



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Dipartimento di Psicologia Generale

**Corso di laurea magistrale in
Psicologia Cognitiva Applicata**

Tesi di laurea magistrale

**Opinioni soggettive dell'invecchiamento e funzionamento cognitivo in
persone anziane che praticano attività di volontariato per supportare
anziani con demenza**

Views on aging and cognitive functioning in older adult volunteers for people with
dementia

Relatrice

Prof.ssa Erika Borella

Correlatore

Dott. Enrico Sella

Laureanda: Sara Pavesi

Anno Accademico 2023/2024

INDICE

INTRODUZIONE	4
1. INVECCHIAMENTO ATTIVO E VOLONTARIATO	7
1.1 Il cambiamento demografico e il fenomeno dell'invecchiamento.....	7
1.1.1 La prospettiva dell'arco di vita.....	10
1.1.2 Cambiamenti età-relati nel funzionamento cognitivo	12
1.2 L'invecchiamento attivo e in salute.....	15
1.3 Il volontariato nell'invecchiamento.....	18
1.3.1 Che cos'è il volontariato e il ruolo nell'invecchiamento attivo.....	18
1.3.2 Gli effetti del volontariato su salute, funzionamento psicologico e cognitivo nell'anziano volontario	20
2. OPINIONI SOGGETTIVE SULL'INVECCHIAMENTO ("Views on Aging")	24
2.1 Le opinioni soggettive sull'invecchiamento ("Views on Aging"): definizione e inquadramento teorico.....	24
2.1.1 Opinioni generali sull'invecchiamento.....	25
2.1.2 Opinioni personali sull'invecchiamento	28
2.2 La relazione tra opinioni soggettive dell'invecchiamento, salute, funzionamento cognitivo e psicologico dell'anziano.....	31
2.3 Opinioni soggettive sull'invecchiamento e volontariato: quale relazione ed effetti sul funzionamento psicologico e cognitivo nell'invecchiamento	35
3. RICERCA: PERCEZIONE SOGGETTIVA DELL'INVECCHIAMENTO E FUNZIONAMENTO COGNITIVO IN ANZIANI CHE PRATICANO ATTIVITA' DI VOLONTARIATO.....	39

3.1	Obiettivi della ricerca	39
3.2	Metodo	40
3.2.1	Partecipanti.....	40
3.2.2	Materiali	41
3.2.3	Procedura	50
3.3	Analisi statistiche.....	51
3.4	Risultati.....	52
	BIBLIOGRAFIA.....	72
	SITOGRAFIA.....	86

INTRODUZIONE

In Italia, negli ultimi vent'anni dal 2004 al 2024 l'età media della popolazione è aumentata passando da 42,3 anni a 46,6; i residenti adulti e giovani sono diminuiti di circa 2 milioni, mentre gli over 65 sono aumentati di oltre 3 milioni. Dal 1° gennaio 2024 le persone over 65 costituiscono circa un quarto dei residenti e circa il doppio dei bambini sotto i 15 anni d'età.

L'invecchiamento è un fenomeno che implica una serie di cambiamenti multidimensionali e multidirezionali: infatti la visione secondo la quale questo periodo della vita corrisponde unicamente ad un declino è stata messa in discussione e ha lasciato spazio, ad uno studio più articolato dei cambiamenti di ciò che subisce un calo, ma anche di ciò che invece si mantiene. A livello cognitivo, infatti, si è riscontrato che vi sono delle perdite in alcune capacità (es. la velocità di elaborazione) tuttavia, vi sono domini in cui l'anziano rimane stabile o tende persino al miglioramento, come ad esempio le abilità verbali (De Beni & Borella, 2015). In quest'ottica, è importante scardinare questa visione errata per poter promuovere un atteggiamento pro-attivo che costituisce terreno fertile per l'adozione di buone prassi per invecchiare attivamente, in accordo con le linee guida emanate dall'Organizzazione Mondiale della Sanità nel 2022 in materia di "invecchiamento attivo" (World Health Organization, 2002). Un aspetto cardine di questo concetto è il mantenimento di un buon livello autonomia e di funzionamento fisico e mentale, che permette all'anziano di mantenere un ruolo proattivo, anche nel proprio contesto sociale, contrastando la solitudine e l'isolamento che costituiscono importanti fattori di rischio per la salute (Dahlberg et al., 2022). In linea con questi presupposti, l'altro aspetto importante per il presente elaborato è il ruolo del volontariato, come risorsa in primis per gli adulti anziani che lo attuano, in particolare nel contesto della città di Padova,

che nel 2020 è stata nominata “capitale del volontariato”. In letteratura vi sono evidenze consolidate sugli effetti positivi del volontariato in età adulta anziana sulla salute e sul benessere, al momento però mancano evidenze che mettano in relazione come delle opinioni più positive del proprio invecchiamento, favorite dal praticare volontariato, possano influire anche sul funzionamento cognitivo. Un ulteriore aspetto centrale del presente elaborato è appunto il ruolo dell’invecchiamento soggettivo: sempre più studi dimostrano che il modo in cui una persona vede e interpreta l’invecchiamento, i significati che attribuisce ai cambiamenti dell’età, sia in termini di opinioni generali che personali, hanno ricadute importanti in termini di salute e benessere (Alonso Debreczeni & Bailey, 2021; Palgi et al., 2022; Westerhof et al., 2023).

Il presente elaborato intende approfondire il ruolo della partecipazione ad attività di volontariato sulla percezione del proprio invecchiamento (in termini di opinioni generali e personali), così come l’influenza sul funzionamento cognitivo, (in particolare in relazione ai meccanismi cognitivi di base) e sugli aspetti psicologici legati a solitudine e resilienza, negli adulti (sopra i 40 anni) e anziani (sopra i 60 anni) con invecchiamento normale, confrontandoli con un gruppo di anziani che non pratica nessun tipo di volontariato.

In particolare, nel Capitolo 1 viene fornita una panoramica del cambiamento demografico in atto e una cornice teorica per inquadrare il fenomeno dell’invecchiamento a livello scientifico, sociale, culturale. Sono poi approfonditi i cambiamenti età relati nel funzionamento cognitivo, il tema dell’invecchiamento attivo e i benefici del volontariato negli anziani che lo praticano.

Nel Capitolo 2 presenta un inquadramento teorico rispetto alle opinioni soggettive sull’invecchiamento (“views on aging”), ovvero l’insieme di percezioni, atteggiamenti e aspettative che un individuo sviluppa riguardo all’invecchiamento in generale e al proprio

invecchiamento. In particolare, vengano definiti i concetti e i costrutti che riguardano le opinioni generali e personali nonché il loro impatto sulla salute e sul funzionamento cognitivo e psicologico. Viene inoltre presentata la letteratura riguardante gli effetti delle diverse opinioni soggettive dell'invecchiamento e il funzionamento psicologico e cognitivo in relazione alla pratica del volontariato in età adulta e anziana.

Infine, nel Capitolo 3 è presentato uno studio che intende indagare le differenze tra gruppi in adulti e anziani che praticano attività di volontariato in termini di opinioni soggettive dell'invecchiamento, attraverso la somministrazione di appositi questionari (sia per le opinioni generali che personali) e il funzionamento cognitivo, misurato tramite delle prove cognitive che coinvolgono in particolare la memoria, la velocità di elaborazione e le capacità attentive. Sono poi presentati gli obiettivi dello studio, la procedura, gli strumenti e le analisi statistiche utilizzate. I risultati sono discussi in merito alla letteratura recente nell'ambito delle differenze individuali sulle opinioni soggettive sull'invecchiamento e sul funzionamento cognitivo in anziani che praticano e non attività di volontariato.

1. INVECCHIAMENTO ATTIVO E VOLONTARIATO

1.1 Il cambiamento demografico e il fenomeno dell'invecchiamento

L'assetto demografico mondiale è in notevole mutamento. Secondo una proiezione, pubblicata nel gennaio 2023 dalle Nazioni Unite nel più recente Rapporto Sociale Mondiale, nel 2050 il numero di persone over 65 sarà più che raddoppiato, passando da 761 milioni nel 2021 a 1,6 miliardi nel 2050 e costituirà circa il 20% della popolazione mondiale (United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, 2023). A questo proposito, l'OCSE indica che nei prossimi decenni il progressivo invecchiamento della popolazione aumenterà in tutti i Paesi del G20, anche se a ritmi diversi. In Giappone, ad esempio, è stato registrato il più rapido invecchiamento della popolazione, con 47 persone di età superiore ai 65 anni ogni 100 adulti in età lavorativa nel 2015, rispetto alle 19 persone del 1990 e in aumento fino a 80 persone entro il 2060 (Rouzet et al., 2019).

Anche l'Europa è coinvolta in prima battuta in questo fenomeno, infatti, l'Organizzazione Mondiale della Sanità riporta come il continente Europeo sia quello con l'aspettativa di vita alla nascita più alta, che ammonta a circa 78 anni ma al contempo abbia anche un tasso di crescita naturale negativo, dove il numero annuale delle morti è superiore a quello delle nascite. Per avere una visione immediata della tendenza in corso, i demografi rappresentano graficamente la consistenza delle diverse classi di età in un determinato momento storico, attraverso la piramide delle età. Nel corso degli anni, a causa della riduzione della natalità e del prolungamento della vita media, la base del grafico che rappresenta i nuovi nati, va assottigliandosi; mentre vi è un progressivo allargamento della parte superiore che indica una maggiore presenza di persone anziane. il grafico,

quindi, sta gradualmente perdendo la sua tradizionale forma a piramide, avvicinandosi sempre di più alla forma di una piramide rovesciata.

I dati pubblicati da Istat nel 2023, confermano che l'Italia risente in particolar modo di dell'invecchiamento demografico, infatti, vi sono molteplici indicatori da prendere in considerazione per capire la demografia di un Paese. Il tasso di fecondità, ovvero il numero di nuovi nati rapportato al numero di donne in età fertile (dai 15 ai 49 anni); l'indice di vecchiaia, che consiste in un rapporto percentuale tra la popolazione in età anziana (over 65) e la popolazione in età giovanile (under 15) e l'indice di dipendenza ottenuto rapportando la popolazione residente in età non attiva (sotto i 15 anni e sopra i 65) sulla popolazione in età lavorativa (dai 15 ai 64 anni), che indica il carico demografico che grava sulla popolazione in età attiva.

L'Italia è tra i Paesi dell'UE con il più basso tasso di fecondità e con il più alto indice di vecchiaia, in assoluto, con 193,1 anziani (over 65) ogni 100 giovani (under 15). Questo primato persiste anche se si considera la speranza di vita alla nascita, che nel nostro paese si attesta a 81.1 anni per gli uomini e 85.2 per le donne, quindi decisamente al di sopra della media mondiale (Istat, 2023).

È importante sottolineare come l'allungamento della vita non dipende soltanto da fattori biologici ma anche dall'ambiente in cui si vive, dalle risorse sociali ed economiche a cui la persona può attingere che influenzeranno il tipo di servizi di cui si può godere. Una persona che supera in modo significativo i limiti della vita media è definita longeva, anche se la longevità non è propriamente un indicatore statistico, il suo aumento indica un generale benessere diffuso nella popolazione (De Beni & Borella, 2015).

Queste informazioni demografiche aiutano a capire l'entità del fenomeno dell'invecchiamento demografico definito dall'Organizzazione Mondiale della Sanità

come “un trionfo che è anche una sfida” per tutta la società (World Health Organization, 2002).

Questo nuovo scenario spinge a interrogarsi sempre di più circa la sostenibilità economica del welfare state di un Paese sempre più anziano, come il nostro: in quest’ottica è importante distinguere l’invecchiamento dalla malattia. L’invecchiamento porta inevitabilmente con sé cambiamenti non reversibili, come precedentemente accennato; tuttavia, questi non implicano necessariamente l’insorgenza di una condizione patologica o invalidante (De Beni & Borella, 2015). Infatti, sempre più persone arrivano all’età della vecchiaia in buona salute, con energie e voglia di partecipare e mettersi al servizio degli altri in attività di volontariato, spesso si rivelano figure essenziali a livello familiare nella cura dei più piccoli o dei più anziani, contribuendo a migliorare la conciliazione del rapporto tra vita privata e lavorativa dei componenti ancora “produttivi” (Vecchiato, 2011).

La longevità che sta caratterizzando questo periodo storico ha portato a rivedere la visione dell’invecchiamento che è considerato un fenomeno complesso, e che si caratterizza per esser un processo multidimensionale e multidirezionale: coinvolge cambiamenti età-relati su più aspetti – fisici, sensoriali, cognitivi ed emotivi – che interessano l’intero arco di vita (De Beni & Borella, 2015).

L’invecchiare a seconda del punto di vista considerato, può essere inteso in modi diversi, per questo in letteratura, si fa riferimento all’età come un costrutto multidimensionale. Tipicamente, l’indicatore più comune per classificare l’invecchiamento e i vari periodi della vita è l’*età cronologica o anagrafica* che si identifica come il tempo trascorso dal momento della nascita ed è stabilita dal calendario sulla base dello scorrere degli anni solari. Tuttavia, vista la grande eterogeneità nell’invecchiamento in individui di pari età anagrafica, il concetto di età è stato ampliato. Sono quindi state proposte altre “età”. Tra

queste vi è l'*età biologica* o fisiologica che si riferisce alla morfologia e alla funzionalità di organi, tessuti e apparati rispetto a degli standard di riferimento. A livello sociale si parla, poi, di *età sociale*, riferita ai ruoli e alle aspettative che il contesto nel quale l'individuo vive ritiene propri della sua età cronologica (De Beni & Borella, 2015). Infine, l'*età psicologica*, cioè la capacità dell'individuo di mettersi in gioco in nuove attività o di adattarsi in modo flessibile alle richieste ambientali e alle loro modificazioni adeguando l'utilizzo di strategie cognitive, risposte emotive e il proprio comportamento, sulla base delle proprie risorse interne.

1.1.1 La prospettiva dell'arco di vita

Questo importante cambiamento della società, che vede sempre più individui arrivare a un'età avanzata, ha, infatti, fatto emergere nella popolazione nuove esigenze, problematiche e richieste alle quali la comunità scientifica si è trovata a far fronte.

La psicologia dell'Invecchiamento, che si occupa, nello specifico, di studiare la stabilità e i cambiamenti psicologici nella persona che invecchia e lo psicologo specializzato in Psicologia dell'Invecchiamento, il geropsicologo (American Psychological Association, 2008), rappresentano una risposta a tale fenomeno promuovendo adeguati livelli di salute e benessere (De Beni & Borella, 2024).

Negli ultimi decenni, quindi, come anticipato si è messa in discussione l'idea, storicamente condivisa dalla psicologia dello sviluppo, secondo la quale sia le funzioni fisiologiche sia quelle cognitive raggiungono un picco durante l'età adulta per poi subire un drastico e inevitabile declino con l'avanzare dell'invecchiamento (De Beni & Borella, 2015). Questo è stato possibile anche perché, grazie a condizioni di vita più sane e allo sviluppo della medicina, sempre più persone raggiungono la vecchiaia senza gravi patologie croniche e conducendo uno stile di vita soddisfacente, come evidenziato nel

“Report sulle condizioni di salute della popolazione anziana in Italia, anno 2019”, realizzato prima della pandemia di Covid 19. La psicologia ha quindi adottato un nuovo approccio allo studio dei cambiamenti, ponendo attenzione a tutti quelli che riguardano l’individuo nel corso della sua intera vita, dall’infanzia alla vecchiaia e non più solo fino all’età adulta, secondo la cornice teorica della prospettiva dell’arco di vita proposta negli anni 1980 da Paul Baltes.

La prospettiva dell’arco di vita non è una teoria unitaria ma costituisce un orientamento allo studio dello sviluppo, che allarga il focus di interesse anche all’età avanzata (Baltes, 2019; Baltes et al., 1980). Il concetto cardine di tale approccio è che lo sviluppo continua per tutta la vita, non si arresta con l’età adulta, ma ogni fase della vita, anche quella più avanzata sia caratterizzata da importanti cambiamenti, che siano essi perdite o guadagni. Secondo questa prospettiva vi sono più fattori che interagendo tra loro, giocano un ruolo fondamentale nell’esito dello sviluppo e dell’invecchiamento di un individuo. Baltes identifica alcuni determinanti di base che interagiscono tra loro: gli aspetti biologici ereditari di predisposizione genetica, più legati all’aspetto fisiologico dell’individuo e l’ambiente nonché le condizioni di vita, lo status economico. Questi determinanti di base risentono di alcune influenze sullo sviluppo che possono essere dovute all’età, alla maturazione psicofisica, oppure all’influenza di eventi storici, propri di un determinato contesto geopolitico in un determinato momento (per esempio come può essere stata di recente la pandemia di Covid 19). Infine, vi sono le influenze non normative, ovvero tutti quegli eventi che caratterizzano la propria esperienza biografica, come lutti o divorzi (Baltes, 1987). In quest’ottica è determinante la capacità di un individuo di adattarsi alle diverse condizioni e ai diversi eventi che si trova a vivere, modellando i propri comportamenti e ridefinendo obiettivi e modalità di azione per

adattarli alle richieste ambientali; la persona è quindi un agente attivo nel proprio sviluppo, di cui non si limita a subire gli effetti.

Baltes definisce tre meccanismi psicologici centrali attraverso i quali la persona agisce per raggiungere un invecchiamento “di successo”: la selezione, l’ottimizzazione e la compensazione (Baltes, 1997). La selezione è intesa come la capacità di individuare obiettivi realistici, tenendo conto delle condizioni biologiche e ambientali, aspetto che diventa centrale se si pensa ai cambiamenti percettivi che avvengono con l’avanzare dell’età. Il secondo meccanismo, l’ottimizzazione, avviene quando vi è la consapevolezza delle risorse personali e ambientali disponibili ed esse vengono sfruttate in modo da ricavarne la massima resa, talvolta adottando ausili di supporto, che permettono comunque alla persona di raggiungere un livello di funzionamento soddisfacente, rispettando limiti fisiologici o contestuali. La compensazione, infine, si ha quando per sopperire alle perdite, la persona sviluppa nuove strategie sfruttando le risorse residue, atte a mantenere il proprio benessere (Baltes, 1997). Vari studi più e meno recenti confermano l’importanza di questi meccanismi, che se applicati in modo funzionale, aumentano il benessere percepito e le emozioni positive (Baltes, 1997; Freund & Baltes, 1998; Hoppmann & Pauly, 2022).

1.1.2 Cambiamenti età-relati nel funzionamento cognitivo

In linea con la prospettiva dell’arco di vita di Baltes, l’invecchiamento cognitivo è caratterizzato da un continuo riequilibrarsi di perdite e di nuove acquisizioni, con una grande variabilità interindividuale, e andamenti differenziati delle abilità.

Secondo Baltes, ogni fase della vita è caratterizzata da cambiamenti dovuti all’influenza biologica e culturale. Per spiegarne la traiettoria di sviluppo riprende il modello bifattoriale dell’intelligenza proposto da Cattell (1963), in cui si distingue

l'intelligenza fluida, come un insieme di meccanismi di elaborazione di base e *l'intelligenza cristallizzata*, data dalle conoscenze culturali e dall'esperienza. Baltes, propone *meccanismi cognitivi di base* (intelligenza fluida) come la memoria di lavoro, l'attenzione e l'inibizione e la velocità di elaborazione, che spiegherebbero il funzionamento cognitivo e i cambiamenti nel corso della vita. Questi tendono a subire un declino già a partire dai 25 anni di età.

Tra i meccanismi cognitivi di base, la memoria di lavoro (MdL) riveste un ruolo particolare visto il suo coinvolgimento nelle abilità della vita quotidiana. La MdL è un meccanismo che permette il mantenimento e l'elaborazione simultanea dell'informazione (De Beni & Borella, 2015). Facendo riferimento al modello multi-componenziale di Baddeley (2000) è definita come un sistema di capacità limitata che permette di memorizzare temporaneamente e manipolare delle informazioni necessarie per compiti complessi quali la comprensione, l'apprendimento e il ragionamento. Secondo questo modello, la MdL è costituita da più processi: il taccuino visuo-spaziale per la codifica e l'elaborazione di informazioni visive e spaziali e il loop fonologico per le informazioni di tipo acustico o verbale, il meccanismo del buffer episodico agisce per il recupero delle informazioni dalla memoria a lungo termine. Tutte queste componenti sono coordinate dall'esecutivo centrale, ovvero il sistema attentivo, che direziona l'attenzione e agisce sull'inibizione per elaborare il tutto in modo coerente (Baddeley, 2000). Secondo tale visione le differenze individuali nelle prestazioni che riguardano la memoria di lavoro sono dovute a differenze nel funzionamento del sistema esecutivo centrale nella coordinazione delle risorse attentive, generalmente subisce un declino con l'avanzare dell'età e spiega i cambiamenti cognitivi nell'invecchiamento (De Beni & Borella, 2015). Le prove di memoria di lavoro che richiedono il mantenimento e l'elaborazione attiva delle informazioni, sono quindi molto sensibili all'età e si sono dimostrate importanti per

spiegare le differenze età relate in compiti cognitivi più complessi, come per esempio la comprensione linguistica (Alonso Debreczeni & Bailey, 2021; Carretti et al., 2013; Matysiak et al., 2019).

L'attenzione, in generale, può essere definita come un insieme di processi cognitivi, che permettono di selezionare alcuni stimoli ambientali ritenuti importanti, seppur con capacità limitata, ignorandone altri (Pashler et al., 2001). Si classifica come: *selettiva* (richiesta nello scegliere e fissarsi su un'informazione specifica), *focalizzata* (per concentrarsi su una determinata attività), *sostenuta* (per il mantenimento della concentrazione su un'attività o un'informazione per lungo tempo), *divisa* (per prestare attenzione contemporaneamente a due stimoli diversi) e *shifting attentivo* (per lo spostamento rapido dell'attenzione da un'attività ad un'altra). Si ritiene che l'anziano abbia difficoltà nel controllo inibitorio, ovvero quel processo cognitivo che consente di mantenere l'attenzione su stimoli specifici, ignorando quelli non importanti. L'inibizione è un meccanismo attentivo che opera sia nella codifica che nel recupero di contenuti dalla memoria di lavoro (De Beni & Borella, 2015). L'anziano ha una maggiore difficoltà a selezionare le rappresentazioni appropriate per il compito richiesto ed a inibire le rappresentazioni che non sono pertinenti, con un peggioramento delle performance cognitive.

La velocità di elaborazione viene definita come la rapidità tramite cui vengono svolte funzioni cognitive elementari, essa segue uno sviluppo a "U rovesciata" durante la vita (De Beni & Borella, 2015). Secondo Salthouse (Salthouse et al., 1998) essa raggiunge il suo apice con lo sviluppo, nell'età adulta per poi iniziare a declinare con il passare degli anni, per cui l'individuo ha bisogno di più tempo per l'elaborazione degli stimoli.

A differenza di questi meccanismi, le abilità che risentono dell'influenza culturale (intelligenza cristallizzata), come le abilità verbali o numeriche tendono a restare stabili, se non addirittura a crescere, anche in età avanzata grazie a una maggiore acquisizione di conoscenze dovuta all'esperienza (De Beni & Borella, 2015).

1.2 L'invecchiamento attivo e in salute

Invecchiare bene, richiede che la persona riesca a adattarsi in modo dinamico alle richieste situazionali e ai vari cambiamenti che caratterizzano l'esistenza. Questa capacità diviene essenziale soprattutto in questo momento storico, nel quale è importante non solo vivere a lungo ma anche mantenere una buona qualità di vita, attraverso un adeguato livello di autonomia e relazioni sociali soddisfacenti (Azzarita, 2023; Hoppmann & Pauly, 2022). Nel 2002 l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha proposto una nuova concezione dell'invecchiamento, come un periodo della vita non più connotato solo da elementi negativi, ma caratterizzato anche da risorse e da opportunità, durante in quale la persona può agire direttamente sui cambiamenti che la coinvolgono. Si è quindi cominciato a parlare di "invecchiamento attivo" che viene definito dall'OMS come: *"il processo di ottimizzazione delle opportunità relative a salute, partecipazione e sicurezza allo scopo di migliorare la qualità della vita delle persone anziane"* (World Health Organization, 2002). Secondo l'OMS il primo concetto cardine per un invecchiamento attivo è quello legato al mantenimento della salute: sul piano fisico, per quanto riguarda la gestione e la prevenzione di malattie croniche e la promozione di stili di vita salutari; sul piano mentale, comprende il mantenimento delle abilità cognitive e del benessere mentale come la capacità di gestione dello stress e la regolazione dell'umore, su quello

sociale, in riferimento alla presenza di una rete di interazioni sociali di qualità e che permette la partecipazione alla vita comunitaria. Secondo l'OMS, quindi è necessario sviluppare e mantenere quelle abilità funzionali, che permettono all'individuo di rispondere in modo appropriato alle richieste ambientali, attraverso il mantenimento di adeguati livelli di capacità fisiche e mentali. Il secondo punto importante, per un invecchiamento attivo, secondo l'OMS, è la partecipazione quindi la possibilità della persona di mantenere un ruolo proattivo in tutto l'arco di vita, incentivandola a prendere parte attivamente alla vita della comunità e riconoscerla come una risorsa che può agire attivamente sia per il mantenimento della propria salute, sia per il benessere della collettività. Infine, vi è l'aspetto legato alla sicurezza, che riguarda la possibilità per gli anziani di poter accedere ad adeguate risorse economiche, infrastrutturali e sociali, che gli forniscano gli strumenti per riconoscere ed evitare di incorrere possibili rischi per la propria salute (World Health Organization, 2002).

Sulla base di questi presupposti l'Organizzazione Mondiale della Sanità, in sinergia con i Paesi delle Nazioni Unite ha sancito "il decennio dell'invecchiamento in salute" dall'anno 2021 al 2030 (World Health Organization, UN Decade of Healthy Ageing). Esso si articola in un ampio progetto di carattere globale, in linea con gli obiettivi per lo sviluppo sostenibile dell'Agenda 2030, che attraverso la collaborazione di governi, organizzazioni nazionali e locali, società civile, mondo accademico, produttivo e mediatico mira a promuovere una nuova cultura dell'invecchiamento. Vuole costituirsi quindi come una grande occasione per la condivisione di conoscenze, progetti e buone pratiche su vari livelli, con l'obiettivo di accrescere la qualità della vita delle persone anziane e quindi anche delle famiglie e delle comunità che esse abitano. Le aree di azione su cui si sta sviluppando questo impegno decennale sono: la costruzione di ambienti (case, città) adatti a tutte le età, accoglienti e privi di barriere che permettano

alla persona di muoversi sempre in modo agevole; l'implementazione di una rete di servizi integrata, in grado di rispondere alle esigenze della persona in modo flessibile e preciso, secondo le esigenze delle varie fasi della vita, dalle attività di prevenzione alle cure a lungo termine.

Oltre a questi interventi di carattere pragmatico, è necessario un cambio di passo a livello culturale: spesso, infatti, non è l'età in sé a costituire un limite per l'individuo, ma lo sono i pregiudizi negativi a livello individuale o sociale che, se scardinati, aprono la strada alla diffusione di una nuova e positiva immagine della persona che invecchia (Borella & Carbone, 2020). In questo senso, l'Organizzazione Mondiale della Sanità punta l'attenzione sul fenomeno dell'ageismo, ancora largamente diffuso nella società occidentale. L'ageismo è un complesso insieme di stereotipi, idee, credenze e atteggiamenti che portano a categorizzare, giudicare e discriminare le persone (e se stessi) sulla base dell'età. Riguarda tutti, dall'infanzia alla vecchiaia e ha risvolti importanti sulla salute, il benessere e il rispetto dei diritti delle persone, perché tende ad essere presente anche all'interno delle istituzioni, come talvolta si evince ancora da alcune vecchie politiche socioassistenziali che ancora si rivolgono alle persone anziane intendendole esclusivamente come destinatari passivi, fragili e malati. Il modo per combattere questo fenomeno è contrastare gli stereotipi e le credenze negative, sensibilizzando le persone, creando politiche apposite e interventi educativi e intergenerazionali.

Rispetto al contesto italiano, vi sono diverse azioni a livello normativo per favorire la partecipazione attiva degli anziani. Sebbene a livello normativo in Italia non esista una legge nazionale di riferimento sull'invecchiamento attivo, è possibile notare come vi siano ampie differenze e sensibilità a livello regionale, ad oggi sono tredici le regioni che hanno legiferato in merito alla promozione dell'invecchiamento attivo, o hanno incluso tali aspetti

in altri provvedimenti: Abruzzo, Basilicata, Calabria, Campania, Emilia-Romagna, Friuli-Venezia Giulia, Liguria, Marche, Piemonte, Puglia, Umbria, Veneto e Lazio (Barbabella et al., 2020). Si può quindi affermare che anche a livello normativo e legislativo, in Italia ci sia un'attenzione sempre maggiore in materia di promozione dell'invecchiamento attivo. Tuttavia, vi è un'ampia discrezionalità sugli ambiti coinvolti: si va dalla promozione di attività formative, come le università della terza età; al volontariato, con l'istituzione di programmi di servizio civile per anziani; all'assistenza (per esempio con il riconoscimento formale della figura di caregiver familiari), ad attività per la promozione della salute, come sport e attività fisica per anziani (Azzarita, 2023).

1.3 Il volontariato nell'invecchiamento

1.3.1 Che cos'è il volontariato e il ruolo nell'invecchiamento attivo

Il volontariato è inteso in questa sede come qualsiasi tipo di prestazione o di servizio non retribuito, quindi di carattere gratuito, che va a beneficio di altri ed è solitamente erogato attraverso un'organizzazione (de Wit et al., 2022). Per capire il contributo del terzo settore a livello nazionale, la Fondazione Sussidiarietà, ente che da anni si occupa di recensire i numeri e stimare il valore economico di questa realtà, in collaborazione con Istat, ha pubblicato il Rapporto di "Sussidiarietà e Sviluppo Sociale" relativo all'anno 2022. Da questo documento emergono numeri rilevanti sia a livello di persone coinvolte (si parla di 6 milioni di persone coinvolte in varie forme di volontariato in Italia) sia a livello di valore economico stimato: nel solo 2022 il valore del mondo no-profit si aggirava intorno a 84 miliardi di euro. Tuttavia, emergono delle discrepanze territoriali, alcune aree sono particolarmente ricche e responsive a questo tipo di attività come, per esempio, il territorio del nord-est. A dimostrazione di questa attenzione e

propensione, nel 2020 la città di Padova è stata insignita del titolo di “Capitale Europea del Volontariato” (padovaevcapital.it). In quest’occasione si sono tenuti eventi e iniziative per promuovere le realtà attive sul territorio e rendere consapevoli i cittadini, di varie fasce d’età dell’importanza del mettere in gioco le proprie risorse per il benessere collettivo. Sul sito ufficiale “European Volunteering Capital Padova 2020” è possibile trovare alcune statistiche che riportano come il Veneto sia tra le regioni italiane con più enti e associazioni no profit, insieme a Lombardia e Lazio. È possibile vedere le percentuali di età della popolazione coinvolta nel progetto ed è interessante notare come quasi il venti per cento dei partecipanti-volontari sono persone oltre i 55 anni, il trenta per cento circa aveva dai 36 ai 55 anni e la restante parte era under 36.

Questo dimostra la presenza e l’importante valore degli adulti e degli anziani in questo tipo di attività, che costituiscono ricchi momenti di socializzazione e scambio, anche in un’ottica intergenerazionale. Va sottolineato proprio il carattere intergenerazionale delle organizzazioni di volontariato in Italia, che costituiscono un punto di incontro tra stakeholders di diverse età, vantando una notevole ricchezza in termini di competenze, vissuti e capacità.

La partecipazione al terzo settore può essere legata a una motivazione di carattere più individuale, intrinseco e valoriale, data da un desiderio di solidarietà nell’aiutare chi è più in difficoltà; ma anche da motivazioni più estrinseche o di carattere sociale, dettate dalla necessità di soddisfare il bisogno di sentirsi utili, avere un ruolo attivo nella società e creare intorno a sé una rete sociale per combattere l’isolamento (Gibbs et al., 2019; Pardasani, 2018). Questo ultimo aspetto sembra essere particolarmente importante per i volontari adulti-anziani, in particolare se pensionati, infatti dopo l’uscita dal mondo del lavoro, si assiste generalmente, ad un aumento nella frequenza della partecipazione a

questo tipo di realtà, in quanto godono anche di una maggiore flessibilità nella gestione del proprio tempo (Bjälkebring et al., 2021).

In linea con queste evidenze, un recente studio italiano condotto su una popolazione di 240 volontari over 60 e pubblicato a seguito della pandemia di Covid-19, ha indagato proprio il tipo di motivazione che ha spinto volontari anziani a continuare a prestare servizio in ambito sanitario durante l'emergenza Covid-19, nonostante le disposizioni governative invitassero quelle fasce di popolazione all'isolamento. Quello che emerge, seppur riferito ad un contesto drammatico di forte crisi, è che la maggior parte di volontari che ha portato avanti la propria attività è stato mosso da una prevalenza di motivazione di carattere sociale, legata al bisogno di non isolarsi, di stare in contatto con altre persone e avere un ruolo attivo (Principi et al., 2022).

Questi dati sottolineano, come il volontariato porti benefici non solo ai destinatari, ma in primis a chi lo agisce, anche in età adulta-anziana, poiché rinforma sentimenti positivi di cura e affiliazione riducendo le emozioni negative (de Wit et al., 2022; Weziak-Bialowolska et al., 2024). Costituisce un valido strumento per ampliare la propria rete di relazioni e incentivare la partecipazione sociale, che costituisce uno dei principi cardine delle linee guida in materia di invecchiamento attivo (World Health Organization, 2002).

1.3.2 Gli effetti del volontariato su salute, funzionamento psicologico e cognitivo nell'anziano volontario

Vi sono evidenze scientifiche che mostrano come partecipare ad attività di volontariato in età adulta-anziana possa portare dei benefici in diversi aspetti del funzionamento psicologico e cognitivo della persona che pratica il volontariato (es. Barron et al., 2009; Kim & Konrath, 2016; Jongenelis & Pettigrew, 2021). Ad esempio, due recenti

metanalisi hanno indagato i benefici del volontariato in età adulta anziana prendendo in considerazione solo studi europei, quindi particolarmente indicative del nostro contesto socioculturale (de Wit et al., 2022; Morawski et al., 2022).

Volontariato e salute. In merito alla correlazione tra volontariato e salute in età anziana, la prima metanalisi (de Wit et al., 2022), che analizza sei studi longitudinali, di durata trentennale, condotti in ambito europeo coinvolgendo ventidue Paesi dell'Unione, conferma il legame tra volontariato e salute ed evidenzia anche un altro aspetto interessante: l'associazione tra le due variabili cambia sia in relazione all'età, che in relazione al livello di salute iniziale esperita dalla persona. Quindi, se tendenzialmente, le persone che praticano volontariato beneficiano di un miglioramento nella salute (in termini di malattie croniche, presenza di dolori, eventuali limitazioni ad attività quotidiane, salute percepita) rispetto ai non volontari; questo legame si rivela ancora più forte all'aumentare dell'età e particolarmente presente per quanto riguarda il campione di volontari over 60. Inoltre, emerge che gli effetti positivi della pratica del volontariato sono maggiormente presenti in persone che di base godono di un livello più basso di salute, rispetto a quelli che godono alla base di maggior salute.

Volontariato ed effetti psicologici. La seconda metanalisi condotta su 6 studi longitudinali condotti su 18 stati europei, prende in considerazione la relazione tra volontariato nella popolazione over 50 e benessere in termini di qualità della vita (Morawski et al., 2022). A questo proposito, sono state evidenziate differenze geografiche in particolare tra Stati del nord e del sud Europa con gli stati est europei, in termini di adesione e frequenza degli anziani. Tale risultato, mette in guardia sull'importanza di prendere in considerazione anche il contesto socioculturale di appartenenza e il significato culturale attribuito al volontariato, prima di interpretare i risultati in relazione alla qualità della vita. Per quanto riguarda l'Italia, dove vi è una considerazione sociale

“moderatamente buona” del volontariato, esso viene percepito più come un valore intrinseco dell’individuo e non vissuto come qualcosa da fare necessariamente per coscienza civica (come accade invece nei Paesi del Nord Europa). Di conseguenza, la correlazione con la qualità della vita negli over 50 che lo praticano è più forte (Kendall’s tau-b = 14.1, $p < .001$).

Una recente revisione sistematica della letteratura condotta da Sharifi (2024), conferma gli effetti positivi del volontariato sul benessere soggettivo: infatti gli anziani volontari mostrano una maggiore percezione di controllo sugli eventi della propria vita, un aumento della self-efficacy e una diminuzione della solitudine percepita (Sharifi et al., 2024). L’anziano che pratica volontariato riporta quindi una migliore soddisfazione per la propria vita, che viene percepita come maggiormente significativa e quindi un miglioramento nel benessere psicologico (Weziak-Bialowolska et al., 2024).

Volontariato e funzionamento cognitivo. Recentemente, diversi studi si sono focalizzati sulla relazione tra volontariato e l’invecchiamento cognitivo (Guiney & Machado, 2018; Proulx et al., 2018). Una recente metanalisi pubblicata nel 2018, che prende in considerazione 15 studi condotti su adulti anziani sopra i 55 anni, evidenzia come vi siano effect size medio piccoli (d di Cohen compreso tra .003 e .57) negli studi (12) che prendono in considerazione il funzionamento cognitivo globale (Guiney & Machado, 2018). La difficoltà che emerge, spiegano gli autori, è legata anche alla grande variabilità delle attività di volontariato prese in considerazione, da qui la necessità di studi su determinati gruppi di volontari in relazione a specifici domini cognitivi. Infatti, in linea con precedenti studi, l’impatto sul funzionamento cognitivo è molto influenzato dalla tipologia e dalle caratteristiche specifiche dell’attività di volontariato svolta (Anderson et al., 2014). Per questo, una recente metanalisi del 2023 condotta sulla base di 17 studi, si pone come approfondimento della precedente, andando ad analizzare l’andamento di

specifici domini cognitivi nei volontari over 50. Le funzioni cognitive in cui i volontari riportano livelli di prestazione più alti rispetto ai loro coetanei non volontari sono: la memoria di lavoro, misurata con uno l'Operation span (presentazione di una serie di operazioni matematiche, seguite da un numero, alla fine di ogni set i partecipanti devono ricordare tutti i numeri che seguivano le operazioni) e la velocità di elaborazione (misurata con il conteggio all'indietro (Proulx et al., 2018). Generalmente l'effetto benefico del volontariato è maggiore per la popolazione femminile e per le persone con un grado di istruzione minore (Proulx et al., 2018; Sharifi et al., 2024) . La riflessione che gli autori fanno rispetto a questi risultati è inerente a quale sia il meccanismo sottostante a questo miglioramento cognitivo. Il volontariato può essere inteso come un'esperienza di socializzazione e ampliamento dei legami sociali che riducono la solitudine e fungono da fattore di protezione per il declino cognitivo. Allo stesso tempo, l'esperienza del volontariato potrebbe essere interpretata secondo la cornice teorica di riserva cognitiva: l'attività svolta nel terzo settore richiede la capacità di adattare e riorganizzare le risposte ai molteplici stimoli ambientali, che porta, a livello cerebrale, a una fortificazione delle connessioni neurali, in modo simile ad attività più tipicamente cognitive come puzzle o attività di logica. Questo poi va a costituire un rafforzamento delle risorse cognitive dell'individuo, che lo aiuta a contrastare l'invecchiamento cerebrale e mantenere un buon livello di performance (Dennis et al., 2006).

In sintesi, gli effetti positivi del partecipare ad attività di volontariato in età adulta anziana sono molteplici, sia sul piano della salute fisica, che, per quanto riguarda il benessere, la qualità della vita e anche per il mantenimento di un buon funzionamento cognitivo.

2. OPINIONI SOGGETTIVE SULL'INVECCHIAMENTO (“Views on Aging”)

2.1 Le opinioni soggettive sull'invecchiamento (“Views on Aging”):

definizione e inquadramento teorico

Come è stato sottolineato nel precedente Capitolo, basandoci su un corpus di letteratura consistente e consolidato sulla psicologia dell'invecchiamento (es. De Beni & Borella, 2024), il fenomeno dell'invecchiamento, inquadrato in una prospettiva dell'arco di vita (Baltes, 1987) risulta complesso e coinvolge una serie di cambiamenti che interessano diversi domini del funzionamento fisico e cognitivo, nonché la sfera sociale e psicologica della persona che invecchia. Questi cambiamenti interessano anche diversi aspetti dell'esperienza che ciascuna persona vive rispetto all'avanzare dell'età, ovvero l'insieme di percezioni, atteggiamenti e aspettative che un individuo sviluppa riguardo all'invecchiamento in generale e al proprio invecchiamento (De Beni & Borella, 2024). Recentemente è stato proposto un nuovo e recente inquadramento concettuale dei vari concetti e costrutti psicologici e sociali che interessano le “opinioni soggettive sull'invecchiamento” (“Subjective Views on Aging”). Questi elementi chiave dell'esperienza psicologica dell'invecchiamento giocano un ruolo cruciale nel modo in cui le persone anziane vivono e affrontano la complessità del processo di invecchiamento.

Inizialmente, le prime ricerche fanno riferimento agli anni 50' e 80', e si sono principalmente concentrate sul costrutto teorico dell'*età soggettiva* (“subjective age” o “felt age”). Questo costrutto riguarda l'età che la persona percepisce di avere, come si colloca rispetto alla sua età cronologica, sentendosi più giovane o più vecchia (Kotter-Grühn et al., 2015). Come sostiene lo studioso Diehl (2014) questa capacità di riflettere e interpretare la propria età, dando un significato al proprio processo di sviluppo, è

unicamente umana. Partendo da questo presupposto, negli anni, si è data sempre più importanza al modo in cui gli individui percepiscono lo scorrere del tempo e i significati che attribuiscono ai vari periodi della vita e la letteratura su questo tema si è arricchita di nuovi concetti ed evidenze, soprattutto a partire dai primi anni Duemila.

Nel 2022 gli autori Palgi, Shrira ed Diehl hanno proposto una concettualizzazione gerarchica, dei vari costrutti che sono emersi nel tempo, attraverso una divisione in due grandi categorie: le opinioni generali sull'invecchiamento, che hanno a che vedere con la componente sociale e culturale e le opinioni personali che riguardano il piano soggettivo, legato alle percezioni individuali dell'invecchiamento. Comprendere come tali opinioni influenzino l'esperienza dell'invecchiamento in età anziana è fondamentale per esplorare il loro impatto su vari aspetti della vita, come per esempio sul funzionamento cognitivo. A questo proposito, si sottolinea come la letteratura scientifica attuale sia ancora sprovvista di un costrutto teorico che definisca e consideri, in modo specifico, le opinioni sia generali che personali, riferite in particolare ai cambiamenti nel funzionamento cognitivo nell'invecchiamento. Questo è un aspetto di novità, che viene tenuto in considerazione e indagato nel presente elaborato, attraverso l'utilizzo di un nuovo strumento appositamente creato per rilevare questo tipo di opinioni il "Questionario sulle visioni dell'invecchiamento cognitivo – Views of Cognitive Aging questionnaire" (Sella, Carbone, Borella, under review).

2.1.1 Opinioni generali sull'invecchiamento

In questa categoria fanno parte le opinioni generali sull'invecchiamento (*"generalized views on aging"*), ovvero le immagini e stereotipi, credenze e atteggiamenti socialmente e culturalmente condivisi rispetto al processo di invecchiamento e alla persona anziana come categoria sociale (Palgi et al., 2022).

Tra i concetti recenti nell'ambito delle opinioni generali sull'invecchiamento vi sono le **credenze essenzialiste e non essenzialiste** (*“essentialist and non-essentialist beliefs*) (Weiss & Weiss, 2016a) ovvero credenze che riguardano l'idea che il processo di invecchiamento sia ritenuto come fisso e statico (credenza essenzialista), esclusivamente legato a fattori biologici e genetici non modificabili; oppure modificabile e malleabile (credenza non essenzialista) attraverso l'esperienza, l'apprendimenti e la relazione con l'ambiente (Palgi et al., 2022). Questo tipo di pensieri è molto legato all'esperienza e al vissuto dell'individuo, infatti, le credenze per definizione sono “una rappresentazione mentale delle caratteristiche del funzionamento dell'ambiente, di sé stessi, delle relazioni e del mondo che la persona crea attraverso l'esperienza” (Dweck, 2008). È importante precisare che questi due tipi di credenze non sono da pensarsi come mutualmente escludenti, ma piuttosto sono da intendersi come un continuum, in quanto la presenza di credenze di un tipo non pregiudica la presenza di credenze opposte (Palgi et al., 2022). A conferma dell'importanza e dell'utilità di tenere in considerazione questi costrutti teorici nella ricerca futura; un recente studio sembra trovare una correlazione con l'ageismo, in quanto, una visione più malleabile dell'invecchiamento contribuisce a ridurre lo stereotipo limitandone lo stress correlato e favorendo migliori prestazioni in compiti cognitivi, ad esempio di memoria (Weiss, 2018a).

L'*ageismo*, come riportato dell'American Psychology Association Dictionary of Psychology, indica l'insieme di stereotipi e pregiudizi negativi e denigratori verso la popolazione anziana, considerata ad esempio più lenta, meno autonoma o meno efficiente sul luogo di lavoro (si veda pagina 17 del presente elaborato).

Lo **stereotipo dell'invecchiamento** (*“old age stereotype”*), è un altro importante costrutto appartenente alla categoria delle opinioni generali sull'invecchiamento. Il termine “stereotipo” identifica una modalità di pensiero semplificata e rigida per

classificare la realtà sulla base di determinate caratteristiche considerate “tipiche” (Kanahara, 2006). Ha sia carattere descrittivo, in quanto definisce quali caratteristiche siano proprie o meno dell’essere anziano o della vecchiaia; che carattere prescrittivo, poiché focalizza l’attenzione su quali azioni siano adatte o meno a questa fase della vita, quali comportamenti siano usuali o meno in quell’età per quel contesto socioculturale (Palgi et al., 2022). Lo stereotipo dell’invecchiamento presenta una peculiarità rispetto ad altri stereotipi: oltre a valere per individui esterni alla persona, è auto-riferito quindi, coinvolge anche la persona stessa (Ayalon & Tesch-Römer, 2018). Infatti, come sostenuto la teoria dell’identità sociale di Tajfel (1974), le caratteristiche negative sono solitamente associate all’outgroup, per mantenere una certa distanza psicologica e preservare l’autostima dell’individuo. Tuttavia, nello stereotipo dell’invecchiamento gli autori Chonody e Teater (2016), evidenziano come, con la progressiva crescita e aumento dell’età dell’individuo, l’outgroup vada a costituirsi come ingroup, che ne diventa vittima a sua volta, coinvolgendo anche la persona stessa (Chonody & Teater, 2016). Questa visione è ripresa da Becca Levy (B. R. Levy, 2022) che analizza l’invecchiamento attraverso la Teoria dell’Incarnazione dello Stereotipo (“Stereotype Embodiment Theory”). Essa sostiene che i membri di un gruppo stigmatizzato tendono ad assimilare gli stereotipi (intesi come immagini caratterizzanti una certa categoria) dall’ambiente sociale, durante il corso della vita. Questo può portare ad un’immagine di sé positiva o negativa e condizionare in modo importante la salute fisica e mentale delle persone anziane.

Il terzo concetto appartenente a questa categoria corrisponde agli **atteggiamenti verso l’invecchiamento** (“attitudes toward aging”). L’atteggiamento è definito in psicologia come “la tendenza a valutare in senso positivo o negativo un determinato oggetto, sia esso reale o astratto, proveniente dall’ambiente sociale” (Eagly, 1993),

consiste in una valutazione durevole relativa ad un oggetto esterno a sé. Quindi, sulla base degli stimoli ambientali legati al proprio contesto di appartenenza e alle proprie esperienze biografiche, l'essere umano elabora delle valutazioni qualitative, dei nessi di causalità (attribuzioni) e sviluppa delle credenze che guidano e danno significato al proprio comportamento. Nell'ambito delle visioni generali dell'invecchiamento, questo concetto si riferisce al tipo di connotazione che la persona dà al fenomeno dell'invecchiamento in generale, in termini positivi o negativi, che condiziona le azioni che metterà in atto. Risulta importante considerare questo fattore anche in relazione alla tutela della salute e alla prevenzione di psicopatologie legate a disturbi dell'umore; infatti, questo costrutto, non solo influenza il livello di salute percepita dalla persona, ma pare ricoprire il ruolo di mediatore tra la salute percepita e la depressione in età anziana (J. Liu et al., 2021).

2.1.2 Opinioni personali sull'invecchiamento

Le opinioni personali sull'invecchiamento (*"personal views on aging"*) riguardano le percezioni, atteggiamenti e aspettative che la persona ha rispetto al proprio processo di invecchiamento.

L'**età soggettiva o percepita** (*"subjective" o "felt age"*) riguarda come una persona percepisce la propria età rispetto alla propria età cronologica, sentendosi più vecchia o più giovane e viene misurata ponendo la domanda "Quale età si sente di avere?". Questo aspetto sembra dipendere molto dalla fase di sviluppo in cui si trova la persona in quanto, generalmente, dall'adolescenza alla prima età adulta le persone tendono a sentirsi più vecchie di quanto lo siano cronologicamente, mentre la traiettoria si inverte dall'età adulta-anziana in poi, quando le persone tendono invece a dichiararsi più giovani (Diehl & Wahl, 2024). Questo cambio di percezione potrebbe avvenire in quanto l'individuo

prova a dissociare sé stesso dalla tipica immagine stereotipata dell'anziano poiché la percezione che ha del proprio invecchiamento è diversa da quella proposta dallo stereotipo di cui è vittima (Kotter-Grühn et al., 2015).

Un concetto strettamente collegato all'età soggettiva è quello di **percezioni soggettive del proprio invecchiamento** (*"Self-Perceptions of Aging"*), con cui si indica un insieme di pensieri, attribuzioni e aspettative che l'individuo elabora rispetto alla propria esperienza dell'invecchiamento relativamente a tre dimensioni: fisica, psicologica e sociale (Sun et al., 2024). Le aspettative che una persona ha per sé stessa in riferimento a domini specifici di vita, (per esempio la famiglia, le amicizie, il tempo libero, salute e benessere psicologico) sembrano correlare con l'età soggettiva: negli ambiti in cui lo stereotipo negativo è percepito come saliente, le persone tenderebbero a percepirsi come più giovani rispetto alla loro età cronologica. Si ipotizza che questo effetto sia dovuto al tentativo di differenziare sé stessi dal gruppo stigmatizzato, reputandosi più giovani; infatti, tale effetto non si osserva per gli ambiti di vita in cui lo stereotipo dell'invecchiamento è meno presente (come, per esempio la sfera lavorativa o finanziaria). Sembrano risentire di questo fenomeno in particolare le persone nella fase di transizione tra la tarda età adulta e l'anzianità (50-65 anni) in quanto vivono un periodo di transizione in cui sperimentano in prima persona molti cambiamenti (Kornadt et al., 2018).

Un concetto recentemente sviluppato all'interno di questa categoria riguarda la **Consapevolezza dei Cambiamenti Età Relati** (*"Awareness of Age-Related Change"*; Diehl e Wahl 2010) per indicare quanto un individuo sia sensibile nel percepire in determinati eventi, situazioni o circostanze, dei cambiamenti nella prestazione, nella messa in atto di comportamenti o strategie per rispondere a diverse esigenze dovute al processo di invecchiamento. In accordo con la prospettiva dell'arco di vita (Baltes, 1987),

secondo la quale ogni fase della vita è caratterizzata da guadagni e perdite, il focus da indagare riguarda la percezione che ha la persona e come vive guadagni e perdite in riferimento a cinque domini comportamentali: la salute e il funzionamento fisico, il funzionamento cognitivo, le relazioni interpersonali, il funzionamento socio-cognitivo e socio-emotivo, lo stile di vita e l'impegno (Diehl & Wahl, 2024). Questo primo costrutto fa riferimento alla percezione della dimensione qualitativa del cambiamento, ma anche la velocità con cui si percepisce l'incedere di tali modificazioni è importante da considerare poiché può avere ripercussioni sul benessere della persona (Palgi, 2020).

Nella letteratura recente questo concetto viene identificato come **percezione soggettiva dello scorrere del tempo** (*“subjective accelerated aging”*) e si riferisce, appunto, alla percezione della dimensione temporale dei cambiamenti, a quanto veloci vengono percepite le modificazioni dovute all'avvento dell'età anziana (Palgi et al., 2022). Parallelamente, il concetto di **vicinanza percepita alla morte** (*“subjective nearness to death”*), sempre inerente alla dimensione temporale dei cambiamenti età relati, fa riferimento alla percezione della persona rispetto a quanto tempo le resta da vivere (Palgi et al., 2022). Questo aspetto può risultare particolarmente interessante se si pensa a come potrebbe influenzare un'eventuale adesione a programmi di promozione della salute: la percezione di un tempo limitato potrebbe portare ad un'ottica cinica, oppure al contrario, spingere la persona a essere maggiormente propositiva.

Dopo aver definito cosa sono le “visioni soggettive dell'invecchiamento” e chiariti i costrutti teorici alla base delle due categorie proposte in letteratura; nella sezione seguente verranno riportate alcune evidenze recenti relative all'impatto che esse hanno sulla salute e funzionamento psicologico in età adulta e anziana.

2.2 La relazione tra opinioni soggettive dell'invecchiamento, salute, funzionamento cognitivo e psicologico dell'anziano

La letteratura recente si è focalizzata sullo studio e l'analisi degli effetti delle opinioni soggettive dell'invecchiamento per capire se e a che livello esse possono essere relate a salute, benessere psicologico e funzionamento cognitivo.

Salute e benessere. In merito alle *opinioni generali* è stato indagato, il legame tra lo *stereotipo dell'invecchiamento*, la *consapevolezza dei cambiamenti età-relati* e gli effetti sulla salute. Brothers e collaboratori hanno condotto una ricerca longitudinale, di due anni, dalla quale è emerso come maggior presenza dello stereotipo si associ anche a una maggiore sensibilità alle perdite, piuttosto che ai guadagni, dovute all'età e questo correla con un livello di salute fisica e mentale peggiore. Lo studio, inoltre, sembra confermare l'ipotesi secondo cui le opinioni generali sull'invecchiamento influenzano quelle personali, i meccanismi di funzionamento rimangono però ancora da analizzare nello specifico (Brothers et al., 2021).

Per quanto riguarda le *opinioni personali*, due metanalisi di Westerhof (2014, 2023) analizzano la correlazione tra e opinioni personali dell'invecchiamento, in termini di *età soggettiva* e *percezione soggettiva dell'invecchiamento* e come esse incidono sulla salute e sulla longevità, in 19 studi longitudinali. Nonostante la grande eterogeneità metodologica di questo tipo di studi, emerge un *effect size* piccolo ma statisticamente significativo (likelihood ratio = 1.347; 95% confidence interval [1.300, 1.396]; $p < .001$) che, può essere giustificato, secondo gli autori, dalla scelta di applicare criteri di analisi statistica più conservativi. Un dato interessante è che, contrariamente a quanto ipotizzato in precedenza, i fattori contestuali come lo status socioeconomico, non sembrano avere un'influenza così marcata sulla longevità. Essa, infatti, sembra dipendere maggiormente

da processi psicologici intrinseci, come la personalità. Si può affermare che chi percepisce sé stesso come più giovane e ha una migliore percezione soggettiva dell'invecchiamento, riporta generalmente una salute fisica migliore e un minore rischio di mortalità (Westerhof et al., 2023).

Funzionamento cognitivo: memoria e attenzione. Vi sono diversi studi che indagano le *opinioni generali* sul funzionamento cognitivo, in particolare rispetto alle credenze essenzialiste (Prati, 2024; Weiss, 2018; Weiss & Weiss, 2016b). Infatti, esse, sembrano incidere in modo importante sul funzionamento cognitivo della persona.

È emerso come gli anziani (in questo caso, il campione si riferiva a persone tra i 61 e gli 86 anni) che hanno più credenze di tipo essenzialista e che vedono l'invecchiamento in ottica di declino inesorabile, quando devono affrontare prove cognitive impegnative come prove di calcolo mentali o prove di controllo inibitorio tipo lo Stroop test, mostrano un'attivazione psicofisiologica con maggiori livelli di cortisolo, che porta ad un peggioramento della performance. Quindi, gli anziani che pensano che le loro capacità mentali siano inevitabilmente destinate al declino mostrano un maggiore livello di stress, che influisce negativamente sulla capacità attentiva in fase di codifica del materiale e quindi ostacola il recupero (Weiss & Weiss, 2016). Un ulteriore studio del 2018 (Weiss, 2018) conferma questo meccanismo e aggiunge il ruolo chiave dello stereotipo dell'invecchiamento: quando l'anziano con opinioni negative dell'invecchiamento viene sottoposto ad un compito tipicamente associato ad un declino come, per esempio, la memorizzazione di una lista di parole con rievocazione immediata e differita, risente dello stereotipo negativo. La salienza dell'immagine negativa dallo stereotipo, infatti, porta all'attivazione delle credenze essenzialiste, che impattano negativamente sulle prestazioni (Prati, 2024).

Per quanto riguarda le *opinioni personali* dell'invecchiamento, evidenze riportano come l'età soggettiva influisca sulle prestazioni degli anziani in alcuni domini cognitivi (Aftab et al., 2022; Burmester et al., 2016). Nel 2021 è stato pubblicato uno studio longitudinale di durata ventennale (Stephan et al., 2021), che ha coinvolto due campioni di anziani (età media 68 anni) attraverso due follow up, indagando l'età percepita e il funzionamento di specifici domini cognitivi (memoria episodica, attenzione e velocità di elaborazione, fluenza verbale, abilità numeriche, abilità visuo-spaziali) il primo a distanza di 8 anni e il secondo dopo 20. I risultati sono stati analizzati utilizzando la regressione, in entrambi i gruppi sperimentali è emersa una correlazione significativa tra l'età soggettiva e due domini cognitivi: la memoria episodica e l'attenzione. Dai risultati emerge che chi si percepisce più anziano della sua età cronologica, ottiene punteggi minori nella prova di rievocazione differita (ricordare una lista di parole dopo un giorno) e minori stimoli target individuati in un determinato tempo (Stephan et al., 2021). Questa influenza è confermata anche in altri studi, tuttavia non sempre vi è accordo sulla direzione: in alcuni si riscontra una correlazione solo in negativo dove una peggiore percezione del proprio invecchiamento corrisponde a capacità peggiori in particolare nella memoria di lavoro e nella fluenza verbale (Robertson et al., 2016); in altri, invece, il legame sembra essere significativo solo quando la percezione soggettiva è positiva, con un miglioramento in legato alla memoria di lavoro (Brown et al., 2020).

Funzionamento psicologico: resilienza e solitudine. Le *opinioni personali* sull'invecchiamento agiscono anche livello psicologico. Sulla base di una metanalisi di Alonso Debreczeni e Bailey (2021) condotta su 24 studi che coinvolgevano partecipanti dai 40 anni in su è emerso come un'età soggettiva più giovane correli con una minore presenza di sintomi depressivi ($r = .20$) e un maggiore benessere percepito ($r = .17$), inteso secondo la concettualizzazione di Diener e Ryan (2009). Un risultato interessante,

in questa metanalisi, è relativo all'influenza della cultura: sembra infatti che in una cultura collettivista, l'effetto sia più forte rispetto ad una individualista. Questo potrebbe verificarsi perché, come suggeriscono gli autori, gli Stati con una cultura collettivista, come per esempio il Giappone, hanno registrato un rapido invecchiamento demografico negli ultimi decenni con un rispettivo aumento nella spesa per il welfare state, portando a una visione culturale tendenzialmente più negativa dell'anzianità. L'ipotesi trova sostegno in una metanalisi sul tema pubblicata nel 2015 che analizza gli atteggiamenti verso l'invecchiamento in diverse culture (North & Fiske, 2015).

In linea con quanto detto finora, una recente metanalisi, che prende in considerazione 32 studi pubblicati, sia quantitativi che qualitativi (Velaithan et al., 2024), evidenzia il ruolo della percezione soggettiva dell'invecchiamento nel mediare la soddisfazione per la propria salute e la qualità della vita negli over 60. Questo comporta un incremento nel livello di autostima e autoefficacia, quindi anche una maggiore disponibilità alla partecipazione con un maggior coinvolgimento sociale e un'adesione più costante a programmi per il mantenimento della salute. Quest'ultimo aspetto si rivela particolarmente strategico in ambito medico sanitario, in ottica di attuazione di programmi di prevenzione o cura, e anche di patologie fisiche. Per questo, anche secondo uno studio condotto da Wurm & Schäfer (2022) chi ha una percezione più positiva dell'invecchiamento, non legata solo a una dimensione di perdita, ma come sviluppo continuo o guadagno di nuove risorse, sembra riportare un rischio di morte minore, sul lungo periodo.

In generale, questi studi, suggeriscono che promuovere una visione migliore dell'invecchiamento, già dall'età adulta (dai 40 anni circa) potrebbe costituire la chiave in termini di promozione della salute, di benessere collettivo e una migliore qualità della vita

in età anziana, supportando ulteriormente l'importanza di promuovere un invecchiamento attivo, in linea con le indicazioni dell'OMS riportate nel primo capitolo.

2.3 Opinioni soggettive sull'invecchiamento e volontariato: quale relazione ed effetti sul funzionamento psicologico e cognitivo nell'invecchiamento

Come affermato al termine del primo Capitolo, gli effetti benefici del volontariato sugli anziani sono documentati; tuttavia, rimangono poco chiari quali siano i processi sottostanti a questo tipo di risultati. Sono stati indagati i meccanismi a livello cognitivo e gli aspetti di carattere psicologico legati al benessere, ma gli studi che si occupano di indagare la relazione tra l'attività nel terzo settore in età adulta anziana e le opinioni soggettive dell'invecchiamento in relazione al funzionamento cognitivo, sono ancora limitati. Recentemente si è posta l'attenzione su questo tema per capire se e come la pratica del volontariato possa influire sul modo in cui una persona pensa e vive l'invecchiamento e se questo si traduca in differenze in termini di salute, cognizione e benessere psicologico, anche in un'ottica di promozione della salute e di invecchiamento attivo.

In relazione alle *opinioni generali* dell'invecchiamento è stato indagato (Steward et al., 2022) come l'interiorizzazione dello stereotipo dell'invecchiamento (si veda "Stereotype embodiment theory", (B. Levy, 2009)) agisca da moderatore tra il fare volontariato e il coinvolgimento sociale percepito in over 50 che praticano volontariato. Il coinvolgimento sociale è stato misurato attraverso una versione tradotta "in positivo" della "UCLA loneliness scale" (Russell, 1996) con domande su quanto si sentivano coinvolti per esempio "ci sono persone con cui puoi parlare? / che senti vicine?". Lo

stereotipo internalizzato è stato misurato attraverso la scala “Self-Stereotypes of Aging Scale” (Fernández Ballesteros et al., 2017). Dai risultati è emersa una correlazione positiva tra le ore di volontariato svolte e l’interiorizzazione di stereotipo positivo e allo stesso tempo tra la salute percepita e l’interiorizzazione dello stereotipo positivo che a sua volta è positivamente correlato al coinvolgimento sociale. Emerge quindi che l’interiorizzazione dello stereotipo media la relazione tra le ore di volontariato svolte a settimana e il coinvolgimento sociale; tuttavia, i risultati sembrano non trovare la relazione in caso di stereotipo negativo. In questo studio quindi il volontariato non contribuisce alla riduzione dello stereotipo dell’invecchiamento (positivo o negativo), anzi emerge una crescita dell’interiorizzazione degli aspetti positivi dello stereotipo, che aumento il coinvolgimento sociale percepito. In questo senso gli autori ipotizzano che lo stereotipo positivo possa agire come un rinforzo positivo, che spinge a impegnarsi e creare relazioni aumentando il coinvolgimento sociale (Steward et al., 2022). Questo risultato è coerente con quanto emerso dai numerosi studi di Levy che dimostrano come lo stereotipo positivo sia associato ad una salute fisica migliore (Levy, Slade, & Kasl, 2002; Levy, Slade, Kunkel, et al., 2002)

Per quanto riguarda il volontariato e le *opinioni personali* dell’invecchiamento, esse sono state indagate in termini di atteggiamenti verso il proprio invecchiamento. Si tratta di una ricerca longitudinale della durata di cinque anni, che ha coinvolto un campione di circa 10 mila anziani over 65 (Huo et al., 2021). Dai risultati emerge una correlazione positiva tra il numero di ore di volontariato svolte annualmente e atteggiamenti positivi verso il proprio invecchiamento ($r = 0.12$; $p < .001$) e coerentemente una correlazione negativa tra le ore svolte e gli atteggiamenti negativi ($r = -0.09$; $p < .01$) misurati attraverso il questionario “Attitudes Toward Own Aging” (Lawton, 1975; Levy et al., 2002). Adulti-anziani che svolgono cento o più ore di volontariato all’anno, quindi circa tre ore a

settimana, in modo continuativo riportano di avere atteggiamenti verso il proprio invecchiamento significativamente migliori. Al contrario, chi è coinvolto per meno di cento ore annuali non riporta un beneficio in questo senso. Va sottolineato anche che questo effetto sembra avere un limite: se una persona, di base, ha una visione molto negativa del proprio invecchiamento, l'effetto del volontariato sarà minore in quanto il lavoro fatto come volontario verrà comunque minimizzato (Huo et al., 2021). Questo sottolinea che, a livello metodologico, è determinante quantificare l'attività di volontariato in termini di frequenza.

Uno studio condotto in Cina (Liu et al., 2020) su un vasto campione di volontari over cinquanta, conferma l'esistenza relazione significativa tra il servizio di volontariato e gli atteggiamenti verso il proprio invecchiamento misurati con il questionario AAQ - Assess Attitudes toward aging (Wang et al., 2019) e la salute. In particolare, emerge che la salute fisica misurata in termini funzionamento nella vita di tutti i giorni, utilizzando la scala IADL (Instrumental Activities of Daily Living Scale), e mentale, in relazione alla presenza/assenza di sintomatologia depressiva (misurata con lo strumento Center for Epidemiologic Studies Depression Scale -CESD-10), agiscono come mediatori tra l'adesione al volontariato e gli atteggiamenti verso il proprio invecchiamento. Secondo questo studio, quindi, il volontariato concorre al mantenimento del benessere fisico e mentale della persona, che corrisponde alla presenza di atteggiamenti più positivi verso l'invecchiamento.

Attualmente, sembra emergere una mancanza di evidenze in letteratura, circa gli effetti delle opinioni soggettive sull'invecchiamento sul funzionamento cognitivo sul target specifico degli adulti-anziani che svolgono attività di volontariato.

Gli incoraggianti risultati disponibili, tuttavia, sembrano confermare il legame tra gli effetti positivi del volontariato (in particolare su salute, dimensione psicologica e qualità della

vita nella terza età) e le visioni soggettive sull'invecchiamento, sia generalizzate che personali. Questo suggerisce l'importanza di ampliare la ricerca in questo senso e conferma il ruolo chiave del coinvolgimento sociale, anche nella dimensione del volontariato, sia per aumentare il benessere psico-fisico, che per promuovere una migliore percezione dell'invecchiamento e aiutare le persone a far fronte nel modo migliore e con un'ottica il più possibile positiva ai cambiamenti dell'età.

3. RICERCA: PERCEZIONE SOGGETTIVA DELL'INVECCHIAMENTO E FUNZIONAMENTO COGNITIVO IN ANZIANI CHE PRATICANO ATTIVITA' DI VOLONTARIATO

3.1 Obiettivi della ricerca

Il presente studio fa parte di un progetto di ricerca più ampio che ha l'obiettivo di indagare la relazione tra le opinioni generali e personali sull'invecchiamento, le opinioni soggettive sull'invecchiamento cognitivo, e il funzionamento cognitivo e psicologico in adulti e anziani con invecchiamento tipico.

Questo elaborato, in particolare, si è proposto di esaminare il ruolo della pratica del volontariato sulle opinioni riguardanti l'invecchiamento – in termini di percezione soggettiva dell'invecchiamento (età percepita), opinioni generali (misurate in relazione alle credenze essenzialiste e non essenzialiste) e personali sull'invecchiamento (consapevolezza dei cambiamenti legati all'età e atteggiamenti verso il proprio invecchiamento), oltre che sulle opinioni soggettive generali e personali sull'invecchiamento cognitivo –, il funzionamento cognitivo (memoria di lavoro, attenzione e velocità di elaborazione) e psicologico (resilienza psicologica e solitudine) in adulti e anziani. A tal fine, sono stati confrontati un gruppo di partecipanti che praticano attività di volontariato con un gruppo di partecipanti che non hanno svolto attività di volontariato in riferimento a queste variabili.

In linea con la letteratura ci si aspettava che: i) i volontari avessero una percezione più positiva dell'invecchiamento, in termini: di atteggiamenti verso il proprio invecchiamento, età soggettiva e consapevolezza dei cambiamenti correlati all'invecchiamento (Huo et al., 2021; Y. Liu et al., 2020); ii) i volontari ottenessero

prestazioni cognitive migliori rispetto ai non volontari, in particolare in riferimento ai domini della memoria, dell'attenzione e della velocità di elaborazione (Sharifi et al., 2024; Stephan et al., 2021); iii) i volontari avessero delle migliori opinioni soggettive dell'invecchiamento (nelle variabili di interesse) che correlano con migliori prestazioni nei domini cognitivi nelle variabili di interesse.

3.2 Metodo

3.2.1 Partecipanti

La presente ricerca ha coinvolto un campione di 100 adulti e anziani di età superiore ai 40 anni, di cui 50 che hanno partecipato regolarmente ad attività di volontariato negli ultimi sei mesi (**V**) e 50 non hanno preso parte ad attività di volontariato (**NV**). Di questi, 60 reclutati direttamente per questo studio e 40 estratti casualmente da un dataset più ampio, parte di un progetto di ricerca più grande, menzionato precedentemente negli obiettivi.

I criteri di inclusione sono stati per entrambi i gruppi: i) avere più di 40 anni; ii) avere un punteggio > 26 al MMSE, per escludere deterioramento cognitivo; iii) avere un punteggio alla Geriatric Depression Scale (GDS) < 6, per escludere sintomatologia depressiva. Per il gruppo di volontari un altro criterio era l'aver svolto attività di volontariato negli ultimi sei mesi.

3.2.2 Materiali

I materiali utilizzati nel seguente studio sono contrassegnati da un asterisco

Informazioni generali

Informazioni anagrafiche. Ad ogni partecipante all'inizio della procedura è stato somministrato un questionario conoscitivo (De Beni et al., 2008) allo scopo di raccogliere informazioni generali sulla persona come genere, età, scolarità, lavoro attuale e precedente, anni di pensionamento, sport, hobby e salute (es. farmaci assunti).

Domande ad hoc sul volontariato. È stato chiesto al partecipante se, al momento dell'intervista, partecipasse o meno ad attività di volontariato, la frequenza intesa come il numero medio di ore a settimana, la durata quindi da quanto tempo partecipa e infine veniva chiesto di indicare il tipo di associazione in cui veniva svolta l'attività ("negli ultimi sei mesi ha svolto attività di volontariato?"; "In media, per quante ore totali a settimana dedica al volontariato?"; "Da quanto tempo svolge attività di volontariato?"; "In che tipo di associazione?").

Misure di screening

Mini Mental State Examination. Il funzionamento cognitivo generale è stato testato attraverso la somministrazione del MMSE (Folstein et al., 1975), che esamina diversi domini cognitivi: orientamento spazio-temporale, memoria, capacità di calcolo, abilità linguistiche di comprensione e produzione in forma scritta e orale e abilità visuo-spaziali. Il punteggio è calcolato su un massimo di 30 punti e ponderato per età e anni di scolarità. La variabile dipendente è il livello di funzionamento cognitivo che si ottiene sommando i punteggi ottenuti nei vari compiti, un punteggio inferiore a 26 indica un funzionamento cognitivo deficitario.

Scheda per la Valutazione Multidimensionale dell'Anziano-SVAMA. Sempre per il funzionamento cognitivo generale è stata utilizzata la sotto-scala relativa all'area cognitiva (Gallina et al., 2006). Si tratta di 10 item che indagano l'orientamento spaziale e temporale, la memoria (anche autobiografica, es. "nome da giovane di sua madre") e la capacità di calcolo (es. "contare all'indietro da 20 sottraendo 3 fino alla fine"). La variabile dipendente è il funzionamento cognitivo ottenuto dalla somma dei punteggi ottenuti nelle risposte, dove per ogni risposta corretta viene calcolato 1 punto; 0 se sbagliata.

Geriatric Depression Scale - short form (Yesavage, 1988). Si tratta di uno strumento di screening per valutare la presenza di sintomatologia depressiva nell'adulto-anziano e nell'anziano. Questa versione 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.

Questionari

Opinioni soggettive sull'invecchiamento

Opinioni generali

**Questionario sulle credenze essenzialiste e non essenzialiste nell'invecchiamento - "(Non)Essentialist Beliefs about Aging" (NEBA) (Weiss et al., 2016).* Questo strumento misura le credenze essenzialiste, quindi quanto persona interpreti l'invecchiamento come destino inevitabile e incontrollabile, sul quale non si può agire. È composto da quattro item, in cui viene chiesto alla persona di indicare il proprio grado di accordo su una scala Likert a 6 punti (da 1 = "totalmente in disaccordo" a 6 = "totalmente d'accordo"). La variabile dipendente è data dalla somma dei punteggi degli item: valori elevati, indicano nella persona una predominanza di credenze essenzialiste.

**Domanda ad hoc sulla credenza essenzialista nell'invecchiamento.* “Essentialist Beliefs about Aging” (EBA). Veniva chiesto al partecipante “indichi quanto secondo lei l'invecchiamento è geneticamente determinato o malleabile e modificabile?”. Il partecipante doveva posizionare il cursore su un segmento in cui l'estremo 0 = “geneticamente determinato”, l'estremo opposto 100 = “malleabile e modificabile”. La variabile dipendente è data dal valore numerico in cui il cursore veniva posizionato rispetto al valore 0 (che incava credenze totalmente essenzialiste).

Opinioni personali

**Età Soggettiva.* L'età soggettiva è stata valutata attraverso 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.

Questionario sulle percezioni dell'invecchiamento - “Aging Perceptions Questionnaire” (Barker et al., 2007). Questo strumento riguarda la percezione soggettiva che la persona ha del proprio invecchiamento, le variabili dipendenti sono: le opinioni della persona in merito alla propria esperienza di invecchiamento e l'esperienza dei cambiamenti di salute età-relati. Questo questionario si articola in due parti, con un totale di otto sotto-scale: sette (cronicità e ciclicità di tempo, conseguenze positive e negative, percezione di controllo positiva o negativa e significati emotivi) indagano le opinioni personali in merito al proprio invecchiamento e l'ottava indaga l'esperienza della persona dei cambiamenti fisici età-relati. La prima parte, relativa alle opinioni, è composta da 32 item riguardanti il proprio invecchiamento e come esso possa incidere sulla propria vita.

Si chiede al partecipante di indicare il proprio grado di accordo su una scala Likert a cinque punti (1 = “fortemente in disaccordo”, 2 = “in disaccordo”, 3 = “né d’accordo, né in disaccordo”, 4 = “d’accordo”, 5 = “fortemente d’accordo”). Nella seconda parte, che indaga i cambiamenti riferiti alla salute, vengono elencati una serie di problematiche fisiche e psicologiche e viene chiesto al partecipante di rispondere pensando agli ultimi dieci anni, a due domande: se le ha sperimentate (SI/NO); per quelle che ha sperimentato, se pensa siano dovute esclusivamente al processo di invecchiamento (SI/NO). È possibile ottenere due punteggi: i) riferito all’opinione più o meno positiva del proprio invecchiamento, sommando i punteggi alla scala Likert della prima parte; ii) un identity score, riferito alla percezione dei cambiamenti relativi alla propria salute, attribuiti all’invecchiamento o meno in base alla storia clinica della persona.

**Questionario sulla consapevolezza di cambiamenti correlati all’invecchiamento (CCCI) - Awareness of Age-Related Change (AARC), (Brothers et al., 2019).* È un questionario che contiene 50 affermazioni su come una persona può sentirsi invecchiando e su come vive i cambiamenti che la coinvolgono con l’avanzare dell’età, i termini positivi di “guadagno” o negativi di “perdita”. Ogni affermazione inizia con la formula: “Con l’avanzare della mia età, mi rendo conto che...”. Per ciascun item, il partecipante indica quanto ciascuna affermazione rispecchia la propria percezione e il proprio vissuto, su una scala Likert a 5 punti (1= “per nulla”; 2 = “un po’”; 3= “moderatamente”; 4= “abbastanza”; 5= “molto”). Il questionario è costituito da due scale (ciascuna di 25 item): CCCI-Benefici e CCCI-Danni. Entrambe le scale sono suddivise in cinque sotto-scale che indagano i cambiamenti percepiti nei domini di: salute e funzionamento fisico; funzionamento cognitivo; relazioni interpersonali; funzionamento socio-emotivo e cognitivo e stile di vita e coinvolgimento. Le variabili dipendenti, ottenute dalla somma dei punteggi assegnati ai rispettivi item, sono: la consapevolezza dei

cambiamenti positivi legati all'invecchiamento "guadagni" (scala CCCI-Benefici) e la consapevolezza dei cambiamenti negativi dell'invecchiamento in termini di "perdite" (scala CCCI-Danni). Di conseguenza, punteggi più elevati in una delle due scale, piuttosto che nell'altra, indicano maggior consapevolezza dei cambiamenti in un'accezione positiva o negativa.

**Atteggiamenti Verso il Proprio Invecchiamento.* Sono stati misurati attraverso la sotto-scala "Attitudes Towards One's Own Aging" del questionario Philadelphia Geriatric Center Morale Scale (Lawton, 1975). Si tratta di cinque affermazioni che indagano le attribuzioni di una persona riguardo al proprio invecchiamento, sia in chiave negativa (es. "più invecchio, meno sono utile"), che in chiave positiva (es. "nell'invecchiamento le cose sono migliori di quanto pensassi"). Il partecipante è tenuto a rispondere in base alle proprie opinioni su una scala che va da "fortemente in disaccordo"; "in disaccordo"; "d'accordo"; "fortemente d'accordo". La variabile dipendente è la somma dei punteggi assegnati a ciascun item. Punteggi più alti indicano un atteggiamento più positivo verso il proprio invecchiamento, ovvero una maggiore accettazione e un migliore adattamento ai cambiamenti età-relati.

**Questionario sulle visioni dell'invecchiamento cognitivo – "Views Of Cognitive Aging questionnaire" (VOCA), (Sella, Carbone, Borella, under review).* Si tratta di un nuovo questionario che indaga le opinioni generali e personali rispetto ai cambiamenti nelle abilità cognitive dovuti all'avanzare dell'età. Il questionario è costituito da 2 scale: una relativa alla dimensione qualitativa dei cambiamenti (positivo/malleabile vs negativo/fisso) e una per la controllabilità (controllabile/incontrollabile). Viene chiesto alla persona di rispondere secondo le proprie idee ed esperienze indicando il proprio grado di accordo su una scala Likert a 5 punti dove: 1= per nulla d'accordo; 2= Un po' d'accordo; 3 = Moderatamente d'accordo; 4 =Abbastanza d'accordo; 5 = Molto d'accordo. Le

variabili dipendenti sono: le opinioni generali sui cambiamenti cognitivi età-relati e le opinioni personali sui cambiamenti cognitivi età-relati.

Prove cognitive

**Test D2.* Lo strumento è stato utilizzato per misurare le capacità attentive (Ciancaleoni & Fossati, 2013). In questa prova si richiede al partecipante di individuare e segnare sul foglio di test tutti i caratteri composti da una lettera “d” con intorno, sopra o sotto di essa, due trattini. Prima di procedere con il test effettivo si consegna al partecipante il foglio di “Guida rapida”, contenente le istruzioni, gli item anagrafici e due esempi di familiarizzazione. Il foglio presentato ai partecipanti è composto da 14 righe ognuna comprendente i seguenti caratteri: gli stimoli target mischiati a distrattori simili ad essi. Al partecipante vengono dati 20 secondi per ogni riga per cercare i target, al termine dei secondi si passa alla riga successiva, così via fino ad arrivare alla quattordicesima e ultima riga. I risultati sono stati suddivisi in: somma totale degli stimoli corretti e somma totale degli stimoli erroneamente segnati. La variabile dipendente è la capacità di elaborazione dell’attenzione selettiva, misurata in rapporto al numero di target correttamente riconosciuti in relazione al tempo totale (280 secondi).

**Confronto tra simboli.* È stato utilizzato il Pattern Comparison per misurare la velocità di elaborazione (adattato da Salthouse & Babcock, 1991b): in cui il partecipante, a cui vengono sottoposti una serie di coppie di stimoli, deve siglare ciascuna coppia con una S se i due elementi sono uguali, mentre deve indicarli con una N se sono diversi. Viene chiesto al partecipante di completare il compito nel modo più veloce e accurato possibile. La prova è costituita da due pagine ciascuna con 30 coppie da confrontare. La variabile dipendente è la velocità di elaborazione ottenuta dalla somma del tempo (in secondi) impiegato per completare entrambe le pagine.

**Span di cifre all'indietro* (De Beni et al., 2008). È una prova di memoria di lavoro, in cui si chiede al partecipante di ascoltare una sequenza di numeri che deve cercare di ricordare e di ripetere nell'ordine inverso, appena l'esaminatore avrà finito la serie (rievocazione immediata). La prova è composta da 14 stringhe di numeri, presentate in ordine crescente, su sette livelli di difficoltà: ogni livello ha due serie, la cui lunghezza va aumentando progressivamente: dalle 2 cifre del primo livello alle 8 dell'ultimo. Si assegna 1 punto per ogni serie correttamente ricordata, la variabile dipendente è la capacità della memoria di lavoro data dalla somma dei punteggi delle serie ricordate correttamente.

"The Current and retrospective cognitive reserve" (Borella et al., 2023). Si tratta di un questionario multidimensionale costituito da 24 items che indagano diversi aspetti della vita della persona sia in relazione alla sua situazione attuale, sia rispetto a quando era più giovane. Nella prima parte vengono indagati aspetti di carattere sociodemografico quali: scolarità, occupazione e situazione finanziaria attuale, per poi esaminare la rete di relazioni ed il coinvolgimento familiare del partecipante, compreso quanto spesso e quali mezzi utilizza per tenersi in contatto con i propri cari. A queste seguono domande riferite alla qualità delle relazioni con il partner. Seguono poi item che indagano le attività, sia mentali che fisiche, svolte nel Tempo libero, il Coinvolgimento Sociale e la frequenza con la quale ci si dedica ad attività spirituali. Il partecipante risponde indicando il suo grado di accordo con ogni item del questionario, mediante una scala Likert a quattro punti (0= "in completo disaccordo" a 4= "completamente d'accordo"), o in base alla frequenza con cui svolge le attività, sempre su una scala Likert a quattro punti (0= "mai" a 4= "sempre"). Le variabili dipendenti consistono nei punteggi alle due scale: i) riserva cognitiva attuale, dato dalla somma delle sezioni: rete familiare, qualità delle relazioni, mezzi per mantenersi in contatto con i familiari, spiritualità, tempo libero, coinvolgimento sociale; ii)

riserva cognitiva da giovane, anch'esso dato dalla somma delle singole sezioni che lo compongono: spiritualità, tempo libero e coinvolgimento sociale.

Fattori psicologici

World Health Organization Quality of Life (The Whoqol Group, 1998). Questo questionario indaga la percezione individuale della qualità della propria vita, della propria salute e di altri aspetti relati 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. Seguono altre domande che indagano la qualità di vita percepita in 4 sotto-domini di riferimento: salute fisica; salute psicologica; relazioni sociali; ambiente. 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, è possibile ottenere anche una misura relativa alle singole sotto-scale, sommando i punteggi di ciascun sotto-dominio (variabili dipendenti), punteggi alti indicano una qualità di vita migliore.

Big Five Questionnaire (Ubbiali et al., 2013), si tratta di un questionario di personalità basato sulla concettualizzazione della personalità a cinque dimensioni: Energia, Stabilità Emotiva, Coscienziosità, Amicalità e Apertura Mentale. (Costa & McCrae, 1999). È composto da 44 item a cui la persona deve rispondere se a seconda che si rispecchi o meno nella caratteristica descritta, su una scala likert a 5 punti (da 1= per niente a 5=completamente). Le variabili dipendenti sono quindi le somme delle risposte fornite agli item che valutano i vari tratti di personalità: i tratti di personalità più caratterizzanti della persona sono quelli che hanno un punteggio più alto.

**Scala di Resilienza di Connor e Davidson* (Campbell-Sills & Stein, 2007). È una scala che indaga il costrutto di resilienza: con questo termine si intende l'abilità della persona di far fronte in modo positivo alle difficoltà o alle situazioni avverse che si

presentano durante la vita. Si richiede al partecipante di indicare il proprio grado di accordo con ciascuna delle 10 affermazioni, scegliendo una tra le opzioni di risposta, presentate su una scala Likert a 5 livelli da 1 (= “per nulla vero”) a 5 (= “Quasi sempre vero”). La variabile dipendente è data dal punteggio finale che è la somma del punteggio dei singoli item: ad un maggior punteggio corrisponde un maggior grado di resilienza.

**Lubben Social Network Scale* (Lubben et al., 2006) è un questionario sulle reti sociali, utilizzato per quantificare l'isolamento sociale in persone anziane. È costituito da un totale di 6 item, riguardanti due sotto-scale: legami familiari e legami amicali. Si chiede alla persona di quantificare con quante persone è in contatto, con quante di queste può parlare di cose private e quante chiamerebbe in caso di bisogno. La scala ha diverse etichette da “nessuno”, “uno”, “due”, “da tre a cinque”, “da cinque a otto”, “più di nove”. Le variabili dipendenti sono date dalla somma dei punteggi ai vari item delle due sotto-scale. Punteggi maggiori indicano un isolamento sociale minore.

**De Jong Gierveld Loneliness Scale*. Lo strumento è composto da 6 item, in due sotto-scale riferite alle due tipologie di solitudine. Le variabili dipendenti sono ottenute sommando le risposte agli item che compongono ciascuna sotto-scale, ovvero solitudine sociale ed emotiva. La solitudine può essere intesa come isolamento, cioè la mancanza di legami sociali e di una rete sociale di sostegno (social loneliness) o più propriamente, in modo soggettivo, come la mancanza di legami significativi (emotional loneliness). Un punteggio maggiore va ad indicare una minore percezione di solitudine sociale ed emotiva percepita.

3.2.3 Procedura

La procedura sperimentale, a seguito della visione e accettazione del consenso informato prevedeva -per entrambi i gruppi V e NV- due incontri individuali di 40-50 minuti l'uno svolti in un arco temporale di circa una settimana. Gli incontri avvenivano in presenza utilizzando la piattaforma Qualtrics, per la somministrazione dei questionari, a cui il partecipante si collegava tramite il computer dello sperimentatore. All'inizio del primo incontro, si è presentato brevemente l'obiettivo della ricerca ed è stata assicurata la riservatezza nel trattamento dei dati (per questo è stato utilizzato un codice alfanumerico per associare le risposte del partecipante nelle due sessioni), 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, uguali per entrambi i gruppi, sono state somministrate nel seguente ordine.

Nel primo incontro: 1) MiniMental State Examination (MMSE); 2) Questionario Conoscitivo e Domande sul volontariato; 3) Questionario sulle visioni dell'invecchiamento cognitivo (VOCA); 4) D2 test; 5) Età soggettiva; 6) Big Five questionnaire (BFQ); 7) Confronto di simboli; 8) Questionario sulle percezioni dell'invecchiamento (APQ); 9) 6-item De Jong Gierveld Loneliness Scale; 10) Geriatric Depression Scale (GDS).

Nel secondo incontro: 1) SVAMA; 2) Questionario sulle credenze essenzialiste e non essenzialiste nell'invecchiamento (NEBA); 3) World health organization quality of life assessment (WHOQOL - BREF version) ; 4) Consapevolezza dei Cambiamenti Correlati all'Invecchiamento (CCCI); 5) Span di Cifre all'indietro; 6) Domanda ad hoc sulle credenze essenzialista nell'invecchiamento; 7) Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC-10); 8) Atteggiamenti Verso il Proprio Invecchiamento (ATOA); 9) The Current and retrospective cognitive reserve; 10) Questionario sulle reti sociali.

3.3 Analisi statistiche

Preliminarmente, sono state confrontate, tramite delle ANOVA univariate, le variabili socio-demografiche (età, scolarità, genere) del gruppo dei volontari e non volontari.

È stata poi investigata, attraverso ANOVA univariate, la presenza di differenze tra i due gruppi in termini di opinioni soggettive dell'invecchiamento (età soggettiva, EBA-NEBA, ATOA, CCCI, VOCA), funzionamento cognitivo (Digit span, indietro, D2, confronto di simboli) e fattori psicologici (resilienza e solitudine) in adulti e anziani. Per quantificare le differenze tra il gruppo di volontari e non volontari, sono state calcolate le dimensioni dell'effetto utilizzando l'indice di *eta quadro parziale* (η^2_p). Questo indice misura la proporzione di varianza spiegata da un fattore, escludendo l'influenza degli altri fattori presenti nel modello. Nel presente studio, η^2_p quantifica la varianza spiegata dall'appartenenza al gruppo dei volontari, piuttosto che a quello dei non volontari. Un valore di $\eta^2_p < .01$ è stato interpretato come trascurabile, un $\eta^2_p = .01$ come “piccolo”, un $\eta^2_p = .06$ come “medio” e un $\eta^2_p = .14$ come “grande” (Miles & Shevlin, 2000).

Inoltre, l'associazione tra variabili socio-demografiche, opinioni soggettive sull'invecchiamento, funzionamento cognitivo e fattori psicologici, sono state condotte delle correlazioni di Pearson (r) suddivise per i gruppi di volontari e non volontari adulti e anziani. Tutte le analisi sono state condotte con il software R (Team, 2020).

3.4 Risultati

Caratteristiche del campione e variabili sociodemografiche

Il totale del campione preso in esame è stato di 100 persone (50% di femmine e 50% di maschi), di cui 60 reclutati direttamente per questo studio e 40 estratti casualmente da un dataset più ampio. Nel gruppo dei volontari l'età media era di 63.7 anni e la scolarità media di 11.7 anni, mentre in quello dei non volontari l'età media era di 63.7 anni e la scolarità media di 12 anni. Non risultavano esserci differenze in nessuna di queste variabili sociodemografiche, come emerso dall'ANOVA univariata per età ($F_{1,98} < .001$, $p = .986$), da quella per la scolarità ($F_{1,98} = .125$, $p = .724$) e dal test del chi quadro per il genere ($\chi^2_1 = 1.56$, $p = .211$). In Tabella 1 sono riportate le statistiche descrittive per entrambi i gruppi relativi alle variabili sociodemografiche.

Il gruppo dei volontari era composto da persone che avevano svolto negli ultimi sei mesi attività di volontario. Il 24% svolgeva in media < 3 ore di volontariato alla settimana, il 34% dalle 3 alle 5 ore settimanali e il 42% dichiarava di svolgere > 5 ore settimanali presso associazioni che si occupano, a vario titolo, di supportare persone anziane. Per esempio, in Centri Sollievo per malati di Alzheimer e AUSER (trasporto protetto per anziani), iniziative parrocchiali per sostegno e compagnia ad anziani soli o non autosufficienti oppure in circoli anziani per la promozione del benessere in terza età.

Tabella 1. *Statistiche descrittive (media, deviazione standard, minimo-massimo) e risultati dell'ANOVA a una via per le variabili sociodemografiche*

	Volontari (V)		Non Volontari (NV)		ANOVAs		
	(N=50, 29 M, 21 F)		(N=50, 21 M, 29 F)		F	p	confronto
	Media	DS	Media	DS			
Età	66.66	11.38	63.7	11.67	F<1	0.99	V = NV
Scolarità	11.70	3.82	12.0	4.63	F<1	0.724	V = NV

Confronto tra Volontari e non Volontari: risultati dell'ANOVA

Per studiare le differenze tra il gruppo dei volontari e quello dei non volontari sono state condotte delle ANOVA univariate. Nella Tabella 2 sono riportate le statistiche descrittive ed i risultati delle ANOVA per entrambi i gruppi dei questionari relativi alla percezione soggettiva dell'invecchiamento, del funzionamento psicologico e delle prestazioni alle prove cognitive funzionamento cognitivo.

- *Opinioni soggettive sull'invecchiamento*

Per quanto riguarda le Views on Aging, sono state riscontrate delle differenze tra i due gruppi dei volontari (V) e dei non volontari (NV) nel CCCI e nel VOCA, mentre non sono emerse differenze significative nell'età soggettiva e nei questionari ATOA, NEBA, EBA.

Nel CCCI, nello specifico, nella dimensione dei benefici "CCCI-Benefici" ($F_{1,98} = 4.874$, $p = .030$, $\eta^2_p = .047$), in particolare, nelle sotto-scale "benefici-funzionamento cognitivo" ($F_{1,98} = 6.491$, $p = .012$, $\eta^2_p = .062$), "benefici-stile di vita e coinvolgimento" ($F_{1,98} = 10.269$, $p = .002$, $\eta^2_p = .095$) e "danni-funzionamento cognitivo" ($F_{1,98} = 4.647$, $p = .0034$, $\eta^2_p = .045$). Questo indica che il gruppo dei volontari ha una visione dell'invecchiamento

connotata in generale da più benefici, soprattutto per quanto riguarda gli aspetti legati al funzionamento cognitivo e allo stile di vita, di quanto non ritenessero i non volontari.

Nel VOCA, è emersa una differenza nella dimensione “VOCA 2-Controllabilità” ($F_{1,98} = 8.73, p = .004, \eta^2_p = .082$). Questo denota una maggiore percezione di controllabilità, per quanto riguarda i cambiamenti cognitivi età-relati, nei volontari rispetto ai non volontari.

La dimensione di queste differenze è stata quantificata tramite l'indice di eta quadro parziale. La dimensione della differenza tra volontari e non volontari relativa ai benefici nel CCCI è risultata piccola; quelle delle sottoscale per la percezione positiva del cambiamento cognitivo, per lo stile di vita e il coinvolgimento sociale sono risultate medie. Quella della percezione dei peggioramenti nel funzionamento cognitivo è risultata piccola. Nel VOCA la dimensione della differenza tra i volontari e i non volontari per la dimensione della controllabilità è risultata media.

- *Funzionamento cognitivo*

In merito al Funzionamento Cognitivo, sono state riscontrate delle differenze tra il gruppo volontari e non volontari nel test D2 e nello Span all'indietro; mentre non sono emerse differenze significative nel confronto tra simboli.

Nel test D2 è emersa una differenza nel numero degli stimoli correttamente riconosciuti ($F_{1,98} = 4.91, p = .029, \eta^2_p = .048$). Questo indica un vantaggio nel gruppo dei volontari nella capacità attentiva nell'individuazione corretta di stimoli target.

Nello span all'indietro è emersa una differenza nel numero di serie ricordate in modo corretto ($F_{1,98} = 9.179, p = .003, \eta^2_p = .086$), che indica un vantaggio per il gruppo dei volontari nella memoria di lavoro.

La dimensione della differenza tra volontari e non volontari nel numero di stimoli correttamente riconosciuti è risultata piccola. Mentre quella della differenza nel numero di serie correttamente ricordate nello è risultata di media dimensione.

- *Fattori psicologici: resilienza e solitudine*

per il Funzionamento Psicologico non sono state trovate differenze significative tra i due gruppi in nessuno dei questionari relativi alla Resilienza e alla Solitudine.

Tabella 2.

Statistiche descrittive (media, deviazione standard) e risultati dell'ANOVA a una via per opinioni soggettive sull'invecchiamento, funzionamento cognitivo e fattori psicologici.

	V (N=50)		NV (N=50)		ANOVAs			Confronto
	Media	DS	Media	DS	F	p	η^2_p	
Età sog (felt age)	-0.16	0.17	-0.12	0.17	1.13	0.29	0.01	V=Nv
Atteggiamenti verso il proprio invecchiamento								
ATOA	12.70	1.62	12.30	1.23	1.93	0.17	0.01	V=Nv
Consapevolezza dei Cambiamenti Età Relati								
CCCI, Benefici	90.50	14.09	83.56	17.19	4.87	0.03	0.05	V>NV
CCCI, Danni	48.62	11.99	51.44	13.54	1.22	0.27	0.01	V=Nv
<i>salfis - benefici</i>	15.36	4.48	14.68	4.50	0.57	0.45	0.01	V=Nv
<i>fcogn - benefici</i>	17.70	3.51	15.90	3.55	6.49	0.01	0.06	V>NV
<i>relint - benefici</i>	18.22	3.32	17.74	4.22	0.40	0.53	0.004	V=Nv
<i>Socialem-benefici</i>	19.60	3.70	18.24	3.90	3.20	0.08	0.03	V=Nv
<i>stilvita - benefici</i>	19.62	3.71	17.00	4.43	10.27	0.00	0.09	V>NV
<i>salfis - danni</i>	11.42	3.59	12.56	3.72	2.43	0.12	0.02	V=Nv
<i>fcogn - danni</i>	10.22	3.07	11.74	3.93	4.65	0.03	0.05	V<NV
<i>relint - danni</i>	7.66	2.86	7.32	2.51	0.40	0.53	0.004	V=Nv
<i>socialem - danni</i>	8.38	2.93	8.74	2.93	0.38	0.54	0.004	V=Nv
<i>stilvita - danni</i>	10.94	3.40	11.08	3.48	0.04	0.84	<.001	V=Nv
Credenze essenzialiste -non-essenzialiste sull'invecchiamento								
NEBA	24.02	2.20	23.82	4.53	0.07	0.79	<.001	V=Nv
EBA	16.60	5.34	16.60	5.15	0.00	1.00	0.002	V=Nv
Opinioni soggettive sull'invecchiamento cognitivo								
VOCA-1 Positivo	15.86	2.52	14.76	3.76	2.96	0.09	0.03	V=Nv
VOCA-1 Negativo	15.92	3.94	16.68	3.77	0.97	0.33	0.01	V=Nv
VOCA-2 Control	16.90	2.21	15.38	2.89	8.73	0.00	0.08	V>NV
VOCA-2 Incontr	16.10	6.44	18.18	5.89	2.84	0.10	0.03	V=Nv
Funzionamento cognitivo								
CONFR.simboli	146.72	40.86	159.22	72.93	1.12	0.29	0.01	V=Nv

D2 (corrette)	135.62	30.30	118.52	45.36	4.91	0.03	0.05	V>NV
D2 (sbagliate)	4.36	7.32	5.10	6.40	0.29	0.59	0.003	V=NV
SPAN indietro	6.84	2.15	5.72	1.49	9.18	0.003	0.09	V>NV
Funzionamento psicologico								
Resilienza	36.58	6.37	34.38	6.13	3.10	0.08	0.03	V=NV
Solitudine totale	23.68	3.19	24.68	3.25	2.41	0.12	0.02	V=NV
<i>Solitudine emotiva</i>	12.24	1.85	12.76	1.88	1.95	0.17	0.02	V=NV
<i>Solitudine sociale</i>	11.44	2.14	11.92	1.89	1.41	0.24	0.01	V=NV

Nota: ATOA = Attitudes Towards One's Own Aging; CCCI = Questionario sulla consapevolezza di cambiamenti correlati all'invecchiamento; *salfis* = salute e funzionamento fisico; *fcogn* = funzionamento cognitivo; *relint* = relazioni interpersonali; *social-emotivo* = funzionamento social-emotivo; *stilvita* = stile di vita e coinvolgimento; NEBA = (Non)Essentialist Beliefs about Aging; EBA = Essentialist Beliefs about Aging; VOCA = Views Of Cognitive Aging questionnaire; VOCA-2 Control = Controllabilità; VOCA-2 Incontr = Incontrollabilità; CONFR.simboli = confronto tra simboli; V = gruppo dei volontari; NV = gruppo dei non volontari

Correlazioni per i gruppi di Volontari e non-Volontari

Sono state condotte delle correlazioni di Pearson suddivise per il gruppo dei volontari e quello dei non volontari per esplorare le relazioni tra le variabili prese in esame in questo studio.

Volontari. Le variabili socio-demografiche sono risultate correlare con i fattori cognitivi, ma non con le visioni soggettive dell'invecchiamento e i fattori psicologici (si veda tabella 3).

L'età correla positivamente con il confronto tra simboli ($r = .587, p < .001$), mentre negativamente con il numero degli stimoli correttamente individuati nel test D2 ($r = -0.352, p = .012$) e con il numero di serie ricordate nello span all'indietro ($r = -0.284, p = 0.046$). Quindi, all'aumentare dell'età, aumenta il tempo necessario a svolgere il compito, dunque, più un volontario è anziano, peggiore risulta essere la velocità di elaborazione, così come la capacità attentiva e la memoria di lavoro. Anche la scolarità correla con le prestazioni cognitive: vi è una correlazione negativa con i tempi del confronto tra simboli ($r = -0.366, p = .009$) e correlazioni positive con il numero degli stimoli target riconosciuti nel D2 ($r = 0.506; p < .001$) e con il numero di serie correttamente ricordate nello span all'indietro ($r = 0.456; p < .001$). Questo suggerisce che, nel gruppo degli anziani volontari, una maggiore scolarità si associ a migliore velocità di elaborazione, attenzione e memoria.

Nelle opinioni soggettive dell'invecchiamento sono risultate correlare tra loro i costrutti delle opinioni generali (i.e., EBA e NEBA) e quelli delle opinioni soggettive (i.e., CCCI e ATOA). In particolare, la consapevolezza dei cambiamenti negativi dovuti all'invecchiamento ("CCCI-Danni") mostra una correlazione positiva con le credenze essenzialiste ("EBA") significativa ($r = 0.517, p < .001$). questa correlazione si riscontra anche in 4 delle 5 cinque sottoscale del CCCI-Danni: "danni-salute fisica" ($r = 0.446, p =$

.001); “danni-funzionamento cognitivo” ($r = 0.422, p = .002$); “danni-relazioni interpersonali” ($r = 0.319, p = .024$) e “danni-stile di vita e coinvolgimento” ($r = 0.474, p < .001$). Quindi più l’anziano volontario ha una consapevolezza delle perdite legate all’età, maggiore è la presenza di credenze essenzialiste quindi peggiori opinioni generali sull’invecchiamento, che viene percepito come un fenomeno connotato da perdite e incontrollabilità. Allo stesso tempo è emersa una correlazione positiva tra le opinioni generali e quelle personali, in particolare tra “EBA” e “ATOA” ($r = 0.422, p = .002$). Da questa correlazione sembra, quindi, che l’anziano volontario, anche se ha delle opinioni generali legate ad una dimensione essenzialista dell’invecchiamento, tenda comunque ad avere delle opinioni personali positive verso la propria esperienza di invecchiamento. Infatti, nel gruppo volontari emerge una correlazione significativa tra alcune scale del CCCI e la variabile ATOA. Nello specifico vi sono correlazioni positive con la sotto-scala “benefici-relazioni interpersonali” ($r = 0.297; p = .036$); con la sottoscala “danni-funzionamento cognitivo” ($r = 0.325; p = .021$); con la sottoscala “danni-stile di vita e coinvolgimento” ($r = 0.323; p = .022$). Queste correlazioni suggeriscono che l’anziano volontario, anche al crescere della consapevolezza dei cambiamenti negativi dovuti all’età, mantiene comunque atteggiamenti positivi verso il proprio invecchiamento.

Anche tra le visioni soggettive dell’invecchiamento e le funzioni cognitive sono emerse delle correlazioni legate alla velocità di elaborazione all’attenzione. In particolare, vi è una correlazione positiva tra le opinioni generali “EBA” e il confronto tra simboli ($r = 0.314, p = .026$), questo indica che i volontari con maggiori credenze essenzialiste verso l’invecchiamento riportano tempi più lunghi nella prova di velocità di elaborazione. Diversamente, all’aumentare degli atteggiamenti positivi verso il proprio invecchiamento misurati con l’ATOA, peggiorano le prestazioni nella prova di attenzione, in particolare il numero di stimoli correttamente individuati ($r = -0.412, p = .003$) e il numero di errori ($r =$

0.323, $p = .022$). Per quanto riguarda la memoria di lavoro non sono emerse correlazioni significative. Nell'anziano volontario, quindi maggiori credenze essenzialiste portano a una minore velocità di elaborazione, invece la presenza di atteggiamenti positivi verso il proprio invecchiamento non sembra portare ad un miglioramento nelle capacità attentive.

Infine, per quanto riguarda le visioni soggettive dell'invecchiamento e le variabili psicologiche, nel gruppo dei volontari, sono emerse delle correlazioni significative tra la resilienza e le opinioni personali sull'invecchiamento. Vi è infatti, una correlazione positiva tra punteggi più elevati nella variabile "resilienza" e nella scala "CCCI-Benefici" ($r = 0.360$, $p < .010$), questa correlazione viene riscontrata in particolare nelle sottoscale relative al funzionamento sociale ed emotivo "benefici-funzionamento sociale e emotivo" ($r = 0.331$; $p = .019$) e allo stile di vita e coinvolgimento "benefici-stile di vita e coinvolgimento" ($r = 0.284$, $p = .046$). Nell'anziano volontario una maggiore consapevolezza dei benefici dell'invecchiamento, in particolare per quanto riguarda gli aspetti di soddisfazione emotiva e di partecipazione sociale, è legata ad una maggiore capacità di far fronte allo stress dei cambiamenti. Non sono emerse correlazioni per quanto riguarda la solitudine.

Tabella 3. Correlazioni tra variabili di interesse gruppo volontari (V)

	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	13.	14.	14.	16.	17.	18.	19.	20.	21.	22.	23.	24.	25.	26.	27.
1.ETA'	---																										
2.GENERE	-0.13	---																									
3.SCOLARITA'	-0.43**	0.09	---																								
4.FELT AGE	-0.21	-0.02	-0.14	---																							
5.CCCI BENEFICI	0	-0.14	-0.08	-0.06	---																						
6.CCCI DANNI	0.2	-0.07	-0.11	-0.11	0.01	---																					
7.Salfis-benefici	0.11	0.05	-0.06	-0.12	0.74***	-0.04	---																				
8.Fcogn-benefici	-0.15	-0.21	0.09	-0.09	0.76***	0.19	0.38**	---																			
9.Relint-benefici	-0.03	-0.01	-0.2	0.08	0.79***	0.14	0.54***	0.55***	---																		
10.Socialem-benefici	-0.13	-0.13	0.09	-0.1	0.83***	-0.05	0.37**	0.7***	0.62***	---																	
11.Stilvita-benefici	0.16	-0.26	-0.22	0.04	0.66***	-0.17	0.37**	0.28	0.31*	0.5***	---																
12.Salfis-danni	0.27	-0.19	-0.01	-0.21	-0.11	0.84***	-0.17	0.16	-0.04	-0.12	-0.22	---															
13.Fcogn-danni	0.24	-0.18	-0.24	0.12	0.05	0.76***	0.02	0.11	0.11	-0.02	-0.01	0.62***	---														
14.Relint-danni	-0.05	-0.05	0.02	-0.06	-0.06	0.63***	-0.19	0.08	0.05	0.04	-0.15	0.48***	0.28*	---													
15.Socialem-danni	-0.02	0.25	-0.02	-0.09	0.01	0.72***	0.04	0.19	0.13	-0.04	-0.25	0.44**	0.44**	0.31*	---												
16.Stilvita-danni	0.24	-0.05	-0.16	-0.14	0.16	0.8***	0.17	0.18	0.3*	-0.01	-0.03	0.58***	0.52***	0.33*	0.56***	---											
17.NEBA	-0.15	-0.14	0.25	-0.14	0.16	-0.18	-0.02	0.07	0	0.3*	0.27	-0.07	-0.12	-0.15	-0.01	-0.33*	---										
18.EBA	0.24	-0.22	-0.25	-0.01	0	0.52***	-0.02	0.05	0.23	-0.1	-0.14	0.45**	0.42**	0.32*	0.27	0.47***	-0.41**	---									
19.ATOA	0.16	-0.42**	-0.23	-0.08	0.22	0.24	0.06	0.08	0.3*	0.16	0.27	0.18	0.33*	0.16	-0.13	0.32*	-0.15	0.42**	---								
20.Resilienza	-0.08	-0.33*	0.23	-0.13	0.36*	-0.26	0.2	0.36**	0.2	0.33*	0.28*	-0.16	-0.22	-0.12	-0.27	-0.19	0.19	-0.08	0.08	---							
21.Solitudine totale	-0.01	0.03	0.11	-0.06	0.17	-0.07	0.23	0.05	0.31*	0.03	0	-0.1	-0.04	-0.1	-0.04	0.02	-0.02	-0.22	0.15	0.19	---						
22.Solitudine emotiva	-0.06	-0.03	-0.07	-0.06	0.11	-0.15	0.13	-0.01	0.23	-0.05	0.11	-0.23	-0.02	-0.12	-0.16	-0.05	-0.05	-0.15	0.3*	0.21	0.77***	---					
23.Solitudine sociale	0.03	0.07	0.23	-0.04	0.15	0.03	0.23	0.09	0.26	0.08	-0.09	0.05	-0.04	-0.05	0.07	0.07	0.01	-0.2	-0.04	0.1	0.83***	0.28	---				
24.CONFR.simboli	0.59***	-0.14	-0.37**	0.11	-0.01	-0.02	0.04	-0.2	0.08	-0.07	0.12	0.07	0.07	-0.13	-0.11	-0.01	-0.14	0.31*	0.18	-0.15	0.08	0	0.12	---			
25.D2 (corrette)	-0.35*	0.32*	0.51***	-0.13	0.04	-0.04	0.19	0.1	-0.08	0.09	-0.18	-0.02	-0.16	-0.03	0.08	-0.04	0.13	-0.27	-0.41**	0.08	-0.01	-0.16	0.13	-0.65***			
26.D2 (sbagliate)	0.02	-0.32*	-0.2	0.24	0.14	0.09	0.06	0.16	0.16	0.06	0.12	-0.05	0.13	0.02	0.09	0.16	0.05	0.27	0.32*	0.17	0.1	0.14	0.03	0.1	-0.38**	---	
27.DIGIT	-0.28*	0.05	0.46***	-0.04	-0.03	0.11	-0.05	-0.02	-0.09	0.02	0.02	0.18	-0.05	0.15	0.06	0.07	0.13	0.03	-0.04	-0.17	-0.12	-0.25	0.04	-0.2	0.34	-0.20	---

Nota: ATOA = Attitudes Towards One's Own Aging; CCCI = Questionario sulla consapevolezza di cambiamenti correlati all'invecchiamento; salfis = salute e funzionamento fisico; fcogn = funzionamento cognitivo; relint = relazioni interpersonali; socialem = funzionamento social-emotivo; stilvita = stile di vita e coinvolgimento; NEBA = (Non)Essentialist Beliefs about Aging; EBA = Essentialist Beliefs about Aging; CONFR.simboli = confronto tra simboli

Non Volontari. Per quanto riguarda il gruppo dei non volontari, le variabili sociodemografiche (età e scolarità) sono risultate correlare sia con le visioni soggettive dell'invecchiamento, che con le prestazioni cognitive, ma non con i fattori psicologici (si veda tabella 4).

L'età correla positivamente con la consapevolezza delle perdite dovute all'invecchiamento nella dimensione "CCCI-Danni" ($r = 0.539$; $p < .001$), che si ritrova anche nelle sottoscale "danni-salute fisica" ($r = 0.586$; $p < .001$); "danni-funzionamento cognitivo" ($r = 0.479$; $p < .001$); "danni-relazioni interpersonali" ($r = 0.283$; $p = .046$); "danni-funzionamento sociale e emotivo" ($r = 0.303$; $p = .032$) e "danni-stile di vita e coinvolgimento" ($r = 0.471$; $p < .001$). Questo indica che nel gruppo di anziani non volontari, all'aumentare dell'età aumenta la consapevolezza degli aspetti negativi dovuti all'invecchiamento. È stata riscontrata una correlazione positiva tra l'età e il tempo utilizzato nella prova di confronto tra simboli ($r = 0.603$; $p < .001$) e una correlazione negativa, tra l'età e il numero di stimoli correttamente riconosciuti nella prova D2 ($r = -0.348$; $p = .013$), dunque, maggiore è l'età, peggiori sono le prestazioni nella velocità di elaborazione e nel dominio dell'attenzione.

Per quanto riguarda le visioni soggettive dell'invecchiamento, la scolarità correla in modo negativo con la consapevolezza delle perdite nella dimensione "CCCI-Danni" ($r = -0.472$; $p < .001$) e nelle relative sottoscale "danni-salute fisica" ($r = -0.366$; $p = .009$); "danni-funzionamento cognitivo" ($r = -0.411$; $p < .003$); "danni-relazioni interpersonali" ($r = -0.418$; $p = .003$); in modo positivo con i punteggi relativi al questionario NEBA sulle credenze non essenzialiste ($r = 0.345$; $p = .014$). Inoltre, emergono correlazioni significative tra la scolarità e tutti e tre i domini cognitivi presi in esame (velocità di elaborazione, attenzione e memoria di lavoro): nel confronto tra simboli vi è una correlazione negativa ($r = -0.440$;

$p = .001$), mentre vi sono correlazioni positive con gli stimoli correttamente riconosciuti nel test D2 ($r = 0.473$; $p < .001$) e con il numero di serie correttamente ricordate allo span all'indietro ($r = 0.383$; $p = .006$). Questi risultati suggeriscono che, in adulti anziani non volontari, all'aumentare del numero di anni di scolarità diminuisca la percezione legata alle perdite dovute all'invecchiamento e anche le credenze essenzialiste, lasciando spazio ad una visione più positiva di questo fenomeno. Inoltre, così come nel gruppo dei volontari, anche per i non volontari una maggiore scolarità determina prestazioni cognitive migliori in tutti e tre i domini esaminati.

Le Opinioni Soggettive sull'invecchiamento sono risultate correlare tra loro nei costrutti delle opinioni generali (i.e., EBA e NEBA) e quelli delle opinioni soggettive (i.e., CCCI e ATOA). In particolare, le credenze non essenzialiste (NEBA) correlano positivamente con i punteggi del CCCI nella dimensione dei benefici ($r = 0.412$; $p = .003$) e in parallelo, correlano in negativamente con la dei danni ($r = -0.419$; $p = .002$). Quindi gli anziani non volontari, che sono focalizzati su una percezione dell'invecchiamento come guadagno, hanno meno credenze essenzialiste e percepiscono i cambiamenti in modo più positivo e malleabile; al contrario quelli più focalizzati sulla dimensione delle perdite hanno una visione dell'invecchiamento più connotata da credenze essenzialiste, di un inevitabile declino. Coerentemente, emerge anche una correlazione significativa tra il punteggio relativo alle credenze essenzialiste (EBA) e la scala del "CCCI danni" ($r = 0.427$; $p < .002$), che indica che a una maggiore consapevolezza dei danni dell'età, corrisponde un incremento delle credenze essenzialiste.

Le credenze essenzialiste (EBA) correlano in modo negativo anche con la percezione del proprio invecchiamento (ATOA) ($r = -0.379$; $p = .007$), quindi al crescere delle credenze essenzialiste negli anziani non volontari, si riscontrano atteggiamenti peggiori verso il proprio invecchiamento; opinioni generali e personali, in questo caso, risultano essere

coerenti. Infine, nel gruppo degli anziani non volontari, vi è una correlazione negativa tra le variabili “CCCI danni” e “ATOA” ($r = -0.411$; $p = .003$) che emerge anche nelle sottoscale “danni-salute fisica” ($r = -0.300$; $p < .034$), “danni funzionamento sociale e emotivo” ($r = 0.476$; $p < .001$) e “danni stile di vita e coinvolgimento” ($r = -0.467$; $p < .001$), quindi negli anziani non volontari una maggiore consapevolezza dei cambiamenti negativi e delle criticità tipiche dell’invecchiamento, soprattutto nelle dimensioni della salute fisica, dei legami sociali e dello stile di vita, porta ad avere opinioni personali più negative sul proprio processo di invecchiamento.

Anche per il gruppo non volontari sono emerse correlazioni significative tra le Visioni Soggettive dell’invecchiamento e il Funzionamento Cognitivo, stavolta in tutti e tre i domini: velocità di elaborazione, attenzione e memoria di lavoro. Non sono emerse correlazione con i costrutti relativi alle opinioni generali (EBA e NEBA) ma sono emerse, invece, per le opinioni personali. Nello specifico, è presente una correlazione negativa tra l’età soggettiva “felt age” e il numero di serie ricordate nello span all’indietro ($r = -0.284$; $p = .046$), quindi i non volontari che si sentono più vecchi della propria età cronologica, tendono ad avere prestazioni di memoria di lavoro peggiori. Anche rispetto alla percezione dei cambiamenti, vi è una correlazione positiva tra “CCCI danni” e prestazione alla prova di confronto di simboli ($r = 0.444$; $p = .001$) e due correlazioni negative tra “CCCI danni” e parole correttamente individuate al D2 ($r = -0.363$; $p = .010$) e con il numero di serie ricordate allo span indietro ($r = -0.317$; $p = .025$). Quindi una maggiore focalizzazione dell’invecchiamento come perdita, si associa a un tempo maggiore nella prova di velocità di elaborazione, a minori capacità attentive nell’individuare uno stimolo target, nonché ad una peggiore memoria di lavoro.

Infine, per quanto riguarda le visioni soggettive dell’invecchiamento e le variabili psicologiche, anche nel gruppo dei non volontari sono emerse delle correlazioni

significative tra la resilienza e le opinioni personali e generali sull'invecchiamento. Tuttavia, stavolta la correlazione tra resilienza e consapevolezza dei cambiamenti è relativa ai danni "CCCI danni" ($r = -0.479$; $p < .001$), quindi i non volontari più concentrati sulle perdite dell'età risultano anche meno resilienti; al contrario chi ha opinioni legate al proprio invecchiamento più positive (ATOA) riferisce di essere più resiliente ($r = 0.344$; $p = .014$). Inoltre, la correlazione positiva tra "NEBA" e "resilienza" ($r = 0.475$; $p < .001$) indica che gli anziani non volontari che hanno opinioni generali positive e vedono l'invecchiamento come modificabile, hanno anche più alti livelli di resilienza.

Tabella 4. Correlazioni tra variabili di interesse gruppo non volontari (NV)

	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	13.	14.	15.	16.	17.	18.	19.	20.	21.	22.	23.	24.	25.	26.	27.
1.ETA'	---																										
2.GENERE	0.1	---																									
3.SCOLARITA'	-0.56***	-0.12	---																								
4.FELT AGE	-0.2	-0.22	0.07	---																							
5.CCCI BENEFICI	0.09	0.25	-0.07	0.03	---																						
6.CCCI DANNI	0.54***	0.14	-0.47***	-0.07	0	---																					
7.Salfis-benefici	0.11	0.27	-0.02	-0.12	0.81***	0.1	---																				
8.Fcogn-benefici	-0.07	0.03	0.08	0.05	0.82***	-0.13	0.6***	---																			
9.Relint-benefici	0.05	0.26	-0.11	0.06	0.88***	-0.01	0.63***	0.65***	---																		
10.Socialem-benefici	-0.02	0.32*	0.02	0.11	0.84***	-0.01	0.54***	0.65***	0.69***	---																	
11.Stilvita-benefici	0.28*	0.15	-0.22	0.05	0.83***	0.04	0.56***	0.56***	0.68***	0.64***	---																
12.Salfis-danni	0.59***	0.04	-0.37**	0.03	0.89***	0.04	-0.08	0.02	0.07	0.06	---																
13.Fcogn-danni	0.48***	0.14	-0.41**	0.01	0.04	0.8***	0.08	-0.22	0.04	0.06	0.16	0.66***	---														
14.Relint-danni	0.28*	0.03	-0.42**	0.01	-0.06	0.71***	0.06	-0.11	-0.09	-0.09	-0.03	0.56***	0.35*	---													
15.Socialem-danni	0.3*	0.12	-0.27	-0.2	-0.11	0.73***	0.07	-0.07	-0.14	-0.18	-0.15	0.54***	0.43**	0.51***	---												
16.Stilvita-danni	0.47***	0.23	-0.45***	-0.12	0.07	0.91***	0.15	-0.05	0.08	0.05	0.06	0.8***	0.67***	0.62***	0.59***	---											
17.NEBA	-0.18	0.08	0.35*	0.02	0.41**	-0.42**	0.28	0.28*	0.41**	0.36*	0.39**	-0.3*	-0.32*	-0.29*	-0.46***	-0.35*	---										
18.EBA	0.08	0.14	-0.19	-0.07	-0.04	0.43**	0.09	-0.01	-0.06	-0.16	-0.05	0.28	0.18	0.43**	0.39**	0.52***	-0.3*	---									
19.ATOA	-0.07	-0.36*	0.08	0.28*	-0.09	-0.41**	-0.21	-0.12	-0.07	-0.09	0.13	-0.3*	-0.24	-0.2	-0.48***	-0.47***	0.27	-0.38**	---								
20.Resilienza	-0.05	-0.07	0.1	0.02	0.28*	-0.48***	0.07	0.24	0.34*	0.19	0.35*	-0.34*	-0.35*	-0.33*	-0.53***	-0.42**	0.48***	-0.23	0.34*	---							
21.Solitudine totale	-0.09	-0.03	0.11	0.15	0.1	-0.03	0	-0.13	0.29*	0.08	0.16	0.05	0.21	-0.14	-0.31*	-0.06	0.22	-0.33*	0.25	0.28*	---						
22.Solitudine emotiva	-0.18	-0.24	0.24	0.07	0.05	-0.14	-0.04	-0.07	0.23	-0.01	0.07	-0.04	0.12	-0.21	-0.37**	-0.17	0.24	-0.29*	0.27	0.25	0.86***	---					
23.Solitudine sociale	0.02	0.18	-0.04	0.19	0.13	0.08	0.04	-0.15	0.27	0.14	0.19	0.12	0.24	-0.03	-0.16	0.07	0.14	-0.27	0.16	0.23	0.86***	0.48***	---				
24.CONFR.simboli	0.6***	0.21	-0.44**	-0.01	0.21	0.44**	0.16	0.03	0.23	0.2	0.21	0.46***	0.47***	0.17	0.21	0.41**	-0.26	0.05	-0.32*	-0.11	-0.07	-0.17	0.06	---			
25.D2 (corrette)	-0.35*	-0.15	0.47***	-0.08	-0.29*	-0.36**	-0.07	-0.18	-0.35*	-0.23	-0.39**	-0.33*	-0.44**	-0.17	-0.05	-0.4**	0.04	-0.25	0.22	-0.06	0.02	0.02	0.02	-0.52***	---		
26.D2 (sbagliate)	0.13	0.14	-0.22	0.01	0.14	0.17	-0.01	0.06	0.19	0.07	0.26	0.14	0.23	-0.11	0.07	0.29*	-0.16	0.28	-0.1	-0.07	0.08	0.12	0.02	0.18	-0.5***	---	
27.DIGIT	-0.25	0.03	0.38**	-0.28*	-0.35*	-0.32*	-0.2	-0.05	-0.4**	-0.26	-0.49***	-0.29*	-0.53***	-0.05	0.06	-0.34*	0.05	-0.15	-0.03	-0.01	-0.26	-0.24	-0.22	-0.42**	0.52***	-0.45**	---

Nota: ATOA = Attitudes Towards One's Own Aging; CCCI = Questionario sulla consapevolezza di cambiamenti correlati all'invecchiamento; salfis = salute e funzionamento fisico; fcogn = funzionamento cognitivo; relint = relazioni interpersonali; socialem = funzionamento social-emotivo; stilvita = stile di vita e coinvolgimento; NEBA = (Non)Essentialist Beliefs about Aging; EBA = Essentialist Beliefs about Aging; CONFR.simboli = confronto tra simboli

DISCUSSIONE

È stato condotto questo studio per indagare eventuali differenze in termini di Opinioni Soggettive sull'invecchiamento e funzionamento Cognitivo in adulti-anziani volontari nel terzo settore e adulti-anziani non volontari. Le differenze sono state indagate in termini di: i) opinioni generali e personali sull'invecchiamento (presenza di credenze essenzialiste e non essenzialiste, età soggettiva, atteggiamenti verso il proprio invecchiamento e consapevolezza dei cambiamenti età-relati); ii) differenze nei meccanismi cognitivi di base quali memoria di lavoro, attenzione e velocità di elaborazione e iii) differenze nei fattori psicologici di solitudine e resilienza.

Nei risultati, il primo aspetto interessante è quello relativo alle differenze nelle opinioni generali e personali dell'invecchiamento tra i due gruppi. In linea con la letteratura e le nostre aspettative, il gruppo dei volontari mostra una percezione generalmente connotata da aspetti più positivi dell'invecchiamento (Huo et al., 2021; Liu et al., 2020): infatti, anche quando l'anziano volontario ha delle opinioni generali connotate da una visione essenzialista dell'invecchiamento; tende comunque a livello personale, ad avere delle opinioni positive verso il proprio processo di invecchiamento, cosa che non avviene, invece, nel gruppo degli adulti anziani non volontari, dove la presenza di credenze essenzialiste corrisponde a degli atteggiamenti più negativi verso il proprio invecchiamento. Come emerge dalle correlazioni, infatti, l'anziano impegnato in attività di volontariato sembra essere più sensibile ai benefici età relati, piuttosto che alle perdite, in particolare nella dimensione del funzionamento cognitivo e dello stile di vita e coinvolgimento. Opinioni soggettive migliori nei volontari in relazione al funzionamento cognitivo potrebbero essere spiegate dalla "teoria dell'incarnazione dello stereotipo - *Stereotype Embodiment Theory*" (B. Levy, 2009). Secondo questa teoria, gli stereotipi a

cui si è esposti nell'ambiente durante il corso della vita condizionano il comportamento, poiché generano aspettative legate ad una determinata condizione. Quando la persona si riconosce in una determinata categoria stereotipata può rifiutare o identificarsi e interiorizzare lo stereotipo. In questo caso, il partecipare ad attività di volontariato porterà l'anziano a confrontarsi anche con altri volontari anziani, esponendosi ad esempi positivi di anziani, questo riduce l'interiorizzazione dello stereotipo negativo a favore di una opinione più positiva dell'invecchiamento, rispetto a chi non vive quest'esperienza (Steward et al., 2022).

Migliori prestazioni cognitive nei volontari potrebbero essere spiegate dalla riduzione del livello di stress nell'approcciarsi ai compiti cognitivi, dovuta al solo fatto di fare volontariato che è dimostrato incidere sulla percezione dei livelli di stress giornaliero (Han et al., 2020). Questo è coerente con il meccanismo identificato in letteratura secondo cui la riduzione dello stereotipo negativo, e delle credenze essenzialiste, negli anziani volontari, porta ad una relativa diminuzione nella produzione di cortisolo, favorendo l'attenzione e la memoria (Weiss, 2018). Anche la social Identity theory di Tajfel (Hogg, 2018) potrebbe spiegare questo meccanismo: nel momento in cui il ruolo saliente non sarebbe più quello di "anziani" ma bensì a quella "volontari", sono maggiormente salienti le attribuzioni positive legate a questo ruolo e questo può spiegare anche il mantenimento di maggiori livelli di autostima e autoefficacia (Velaithan et al., 2024).

Sempre per quanto riguarda le prestazioni cognitive, in questo studio si è cercato di limitare la grande variabilità dovuta alle diverse abilità cognitive richieste dalle eterogenee tipologie di volontariato, come suggerito da varie metanalisi sul tema (Guiney & Machado, 2018; Anderson et al., 2014) circoscrivendo il campione ad adulti-anziani volontari in servizi per il supporto ad anziani con invecchiamento patologico, o la promozione del benessere in età anziana. Nel nostro studio, i volontari riportano migliori

prestazioni cognitive rispetto ai non volontari nella memoria di lavoro e nell'attenzione ma non nella velocità di elaborazione.

Preso atto che nel nostro studio non sono emerse differenze tra i due gruppi nei livelli di solitudine sociale e emotiva, potremmo interpretare questi miglioramenti nel funzionamento cognitivo a vantaggio dei volontari utilizzando il costrutto di riserva cognitiva: l'attività nel terzo settore può alimentare la riserva cognitiva poiché richiede al soggetto di adattare e riorganizzare le risposte a molteplici stimoli, portando ad un consolidamento delle risorse cognitive e all'acquisizione di strategie che aiutano la persona a contrastare le perdite dell'invecchiamento (Dennis et al., 2006).

In linea con il dibattito aperto in letteratura (Stephan et al., 2021; Brown et al., 2020; Robertson et al., 2016) anche nei nostri risultati (nel gruppo dei volontari) emerge come le opinioni generali negative e la presenza di credenze essenzialiste si associano ad una riduzione delle prestazioni cognitive (in particolare nella velocità di elaborazione); ma, per contro, la presenza di migliori opinioni soggettive, date da atteggiamenti positivi verso il proprio invecchiamento, non porta ad un miglioramento nel funzionamento cognitivo (in particolare nel dominio dell'attenzione). In letteratura, la direzione tra le opinioni generali e personali e le funzioni cognitive, non è sempre univoca. Infatti, un aspetto di novità di questa ricerca è l'aver indagato con un apposito questionario, il *"Questionario sulle visioni dell'invecchiamento cognitivo – Views Of Cognitive Aging questionnaire"* (VOCA), (Sella, Carbone, Borella, under review) le opinioni generali e personali dei partecipanti in merito allo specifico tema dei cambiamenti età relati nelle abilità cognitive. In questa specifica dimensione è emersa una differenza tra i due gruppi legati alla dimensione della "controllabilità" nel questionario VOCA: gli anziani volontari sembrano percepire i cambiamenti nelle proprie abilità mentali come più "controllabili"

rispetto ai loro coetanei non volontari, questo può costituire un importante aspetto da tenere in considerazione nelle ricerche future.

Per quanto riguarda i fattori psicologici non sono emerse differenze tra i gruppi in merito alla solitudine e alla resilienza, questi risultati sono in contrasto con la letteratura sul tema (Alonso Debreczeni & Bailey, 2021; Lee, 2023; Weziak-Bialowolska et al., 2024). Coerentemente con la “teoria della selettività socioemotiva di Carstensen” (1992) il miglioramento di queste variabili psicologiche è ricondotto in letteratura al fatto che l’anziano volontario trae soddisfazione dagli obiettivi inerenti all’attività svolta, percepiti come molto significativi. Tuttavia, nel nostro studio uno dei criteri di appartenenza nel gruppo volontari era aver fatto volontariato negli ultimi sei mesi, quindi è possibile che prendendo in considerazione un lasso di tempo così limitato i volontari, non sperimentassero un livello di coinvolgimento e soddisfazione tale da riflettersi sul piano psicologico (Jongenelis et al., 2022).

Per quanto riguarda i limiti e le prospettive future, si segnala la grandezza del campione, soprattutto quello relativo al gruppo dei volontari, potrebbe aver influito sui risultati ottenuti. Da questa esperienza è emersa la necessità per le ricerche future, di definire in modo ancora più accurato la tipologia di volontariato in termini di attività svolte. Quest’ultimo punto in particolare, si rivela critico poiché spesso le realtà del Terzo settore sono inserite in un contesto locale a cui rispondono in base ad esigenze specifiche fornendo servizi anche molto diversi in relazione alle necessità degli utenti. Tuttavia, questi risultati sono solo le prime evidenze che emergono da uno studio più ampio relativo proprio all’influenza delle visioni soggettive dell’invecchiamento sul funzionamento cognitivo che è ancora aperto. Per cui uno sviluppo futuro interessante, seguendo questo filone, potrebbe essere quello di ampliare lo studio con un campione di volontari più

ampio, ma sempre relativo ai servizi di sostegno ad anziani come, per esempio, centri diurni per Alzheimer o Residenze Sanitarie Assistite.

In conclusione, i risultati sembrano confermare che gli adulti anziani che praticano volontariato in modo regolare riportano delle visioni soggettive sull'invecchiamento più positive rispetto ai coetanei non volontari, inoltre mostrano un beneficio a livello cognitivo nei domini della memoria e dell'attenzione. Questo lavoro quindi conferma, alla luce delle evidenze riportate, che la partecipazione ad attività di volontariato in età adulta anziana possa costituire un valido strumento per invecchiare attivamente. Infatti, come dimostrato consente alla persona, non solo di avere un ruolo attivo nel proprio contesto sociale e instaurare relazioni positive, ma anche di trarre benefici in prima persona da questa in termini di opinioni più positive sull'invecchiamento, consentendole di vivere meglio questa fase della vita, anche grazie al mantenimento di un funzionamento cognitivo migliore rispetto ai coetanei non volontari. Queste evidenze possono essere importanti da considerare anche in ottica di progettazione di politiche di promozione della salute pubblica nell'età anziana.

BIBLIOGRAFIA

- Aftab, A., Lam, J. A., Thomas, M. L., Daly, R., Lee, E. E., & Jeste, D. V. (2022). Subjective age and its relationships with physical, mental, and cognitive functioning: a cross-sectional study of 1,004 community-dwelling adults across the lifespan. *Journal of Psychiatric Research*, *152*, 160–166.
- Alonso Debreczeni, F., & Bailey, P. E. (2021). 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>
- Anderson, N. D., Damianakis, T., Kröger, E., Wagner, L. M., Dawson, D. R., Binns, M. A., Bernstein, S., Caspi, E., & Cook, S. L. (2014). The benefits associated with volunteering among seniors: a critical review and recommendations for future research. *Psychological Bulletin*, *140*(6), 1505.
- Ayalon, L., & Tesch-Römer, C. (2018). *Contemporary perspectives on ageism*. Springer Nature.
- Azzarita, V. (2023). La cultura per l'invecchiamento attivo. *Economia Della Cultura*, *33*(Speciale), 147–154.
- Baddeley, A. (2000). The episodic buffer: a new component of working memory? *Trends in Cognitive Sciences*, *4*(11), 417–423. [https://doi.org/10.1016/S1364-6613\(00\)01538-2](https://doi.org/10.1016/S1364-6613(00)01538-2)

- Baltes, P. B. (1987). Theoretical propositions of life-span developmental psychology: On the dynamics between growth and decline. *Developmental Psychology*, 23(5), 611.
- Baltes, P. B. (1997). On the incomplete architecture of human ontogeny: Selection, optimization, and compensation as foundation of developmental theory. *American Psychologist*, 52(4), 366.
- Baltes, P. B. (2019). Life-span developmental psychology: Observations on history and theory revisited. In *Developmental psychology* (pp. 79–112). Routledge.
- Baltes, P. B., Reese, H. W., & Lipsitt, L. P. (1980). Life-span developmental psychology. *Annual Review of Psychology*, 31(1), 65–110.
- Barbabella, F., Checcucci, P., Aversa, M. L., Scarpetti, G., Fefè, R., Socci, M., Di Matteo, C., Cela, E., Damiano, G., & Villa, M. (2020). Le politiche per l'invecchiamento attivo in Italia. *Rapporto Sullo Stato Dell'arte*.
- Barker, M., O'Hanlon, A., McGee, H. M., Hickey, A., & Conroy, R. M. (2007). Cross-sectional validation of the Aging Perceptions Questionnaire: a multidimensional instrument for assessing self-perceptions of aging. *BMC Geriatrics*, 7, 1–13.
- Barron, J. S., Tan, E. J., Yu, Q., Song, M., McGill, S., & Fried, L. P. (2009). Potential for intensive volunteering to promote the health of older adults in fair health. *Journal of Urban Health*, 86(4), 641–653.
- Bjälkebring, P., Henning, G., Västfjäll, D., Dickert, S., Brehmer, Y., Buratti, S., Hansson, I., & Johansson, B. (2021). Helping out or helping yourself?

Volunteering and life satisfaction across the retirement transition. *Psychology and Aging*, 36(1), 119.

Borella, E., & Carbone, E. (2020). *Con.impegno per un invecchiamento attivo: Un programma con attività, strategie e buone prassi per (ri)attivare le risorse mentali*. Franco Angeli Edizioni.
<https://books.google.it/books?id=0FPsDwAAQBAJ>

Borella, E., Ghisletta, P., Carbone, E., & Aichele, S. (2023). The Current and Retrospective Cognitive Reserve (2CR) survey and its relationship with cognitive and mood measures. *European Journal of Ageing*, 20(1), 23.

Brothers, A., Gabrian, M., Wahl, H.-W., & Diehl, M. (2019). A new multidimensional questionnaire to assess awareness of age-related change (AARC). *The Gerontologist*, 59(3), e141–e151.

Brothers, A., Kornadt, A. E., Nehr Korn-Bailey, A., Wahl, H.-W., & Diehl, M. (2021). The Effects of Age Stereotypes on Physical and Mental Health Are Mediated by Self-perceptions of Aging. *The Journals of Gerontology: Series B*, 76(5), 845–857. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbaa176>

Brown, K. E., Kim, J., Stewart, T., Fulton, E., & McCarrey, A. C. (2020). Positive, but Not Negative, Self-Perceptions of Aging Predict Cognitive Function Among Older Adults. *The International Journal of Aging and Human Development*, 93(1), 543–561. <https://doi.org/10.1177/0091415020917681>

- Burmeser, B., Leatham, J., & Merrick, P. (2016). Subjective cognitive complaints and objective cognitive function in aging: a systematic review and meta-analysis of recent cross-sectional findings. *Neuropsychology Review*, 26, 376–393.
- 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: Official Publication of The International Society for Traumatic Stress Studies*, 20(6), 1019–1028.
- Carretti, B., Borella, E., Zavagnin, M., & de Beni, R. (2013). Gains in language comprehension relating to working memory training in healthy older adults. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 28(5), 539–546.
- Cattell, R. B. (1963). Theory of fluid and crystallized intelligence: A critical experiment. *Journal of Educational Psychology*, 54(1), 1.
- Chonody, J. M., & Teater, B. (2016). Why do I dread looking old?: A test of social identity theory, terror management theory, and the double standard of aging. *Journal of Women & Aging*, 28(2), 112–126. <https://doi.org/10.1080/08952841.2014.950533>
- Ciancaleoni, M., & Fossati, L. (2013). d2-R test di attenzione concentrata. *Milano: Hogrefe.[Google Scholar]*.
- Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1999). A five-factor theory of personality. *Handbook of Personality: Theory and Research*, 2(01), 1999.

- Dahlberg, L., McKee, K. J., Frank, A., & Naseer, M. (2022). A systematic review of longitudinal risk factors for loneliness in older adults. *Aging & Mental Health*, 26(2), 225–249.
- De Beni, R., & Borella, E. (2015). *Psicologia dell'invecchiamento e della longevità* (Il Mulino, Ed.; Seconda).
- De Beni, R., & Borella, E. (2024). *Psicologia dell'invecchiamento e della longevità*. (Terza). Società editrice il Mulino spa.
- De Beni, R., Borella, E., Carretti, B., Marigo, C., & Nava, L. (2008). *BAC. Benessere e Abilità Cognitive nell'età adulta e avanzata*. Giunti OS Organizzazioni Speciali.
- de Wit, A., Qu, H., & Bekkers, R. (2022). The health advantage of volunteering is larger for older and less healthy volunteers in Europe: a mega-analysis. *European Journal of Ageing*, 19(4), 1189–1200. <https://doi.org/10.1007/s10433-022-00691-5>
- Dennis, M., Yeates, K. O., Taylor, H. G., Fletcher, J. M., & Stern, Y. (2006). *Cognitive reserve: Theory and applications*.
- Diehl, M., & Wahl, H.-W. (2024). Self-perceptions of aging: A conceptual and empirical overview. *Current Opinion in Psychology*, 55, 101741. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2023.101741>
- 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/https://doi.org/10.1016/j.dr.2014.01.001>

- Diener, E., & Ryan, K. (2009). Subjective well-being: A general overview. *South African Journal of Psychology*, 39(4), 391–406.
- Dweck, C. S. (2008). Can personality be changed? The role of beliefs in personality and change. *Current Directions in Psychological Science*, 17(6), 391–394.
- Eagly, A. H. (1993). The psychology of attitudes. *Fort Worth/Harcourt Brace Jovanovich College Publishers*.
- Fernández Ballesteros, R., Olmos Albacete, R., Santacreu Ivars, M., Bustillos López, A., Schettini del Moral, R., Huici Casal, C., & Rivera Casado, J. M. (2017). Assessing aging stereotypes: Personal stereotypes, self-stereotypes and self-perception of aging. *Psicothema*.
- Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). "Mini-mental state": a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12(3), 189–198.
- Freund, A. M., & Baltes, P. B. (1998). Selection, optimization, and compensation as strategies of life management: correlations with subjective indicators of successful aging. *Psychology and Aging*, 13(4), 531.
- Gallina, P., Saugo, M., Antoniazzi, M., Fortuna, P., Toffanin, R., Maggi, S., & Benetollo, P. (2006). Validazione della scheda per la valutazione multidimensionale dell'anziano (SVAMA). *Tendenze Nuove*, 6(3), 229–264.
- Gibbs, D., Garman, L., Janusz, C., Lee, T., Mace, E., Mellinger, M., & Schar, L. (2019). Examining Motivations of Volunteer Drivers in a Senior Ride Program. *Open Access Library Journal*, 6(8), 1–18.

- Guiney, H., & Machado, L. (2018a). Volunteering in the Community: Potential Benefits for Cognitive Aging. *The Journals of Gerontology: Series B*, 73(3), 399–408. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbx134>
- Guiney, H., & Machado, L. (2018b). Volunteering in the community: Potential benefits for cognitive aging. *The Journals of Gerontology: Series B*, 73(3), 399–408.
- Han, S. H., Kim, K., & Burr, J. A. (2020). Stress-Buffering Effects of Volunteering on Daily Well-Being: Evidence From the National Study of Daily Experiences. *The Journals of Gerontology: Series B*, 75(8), 1731–1740. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbz052>
- Hogg, M. A. (2018). Social identity, self-categorization, and the small group. In *Understanding group behavior* (pp. 227–253). Psychology Press.
- Hoppmann, C. A., & Pauly, T. (2022a). A lifespan psychological perspective on solitude. *International Journal of Behavioral Development*, 46(6), 473–480. <https://doi.org/10.1177/01650254221130279>
- Hoppmann, C. A., & Pauly, T. (2022b). A lifespan psychological perspective on solitude. *International Journal of Behavioral Development*, 46(6), 473–480. <https://doi.org/10.1177/01650254221130279>
- Huo, M., Miller, L. M. S., Kim, K., & Liu, S. (2021). Volunteering, self-perceptions of aging, and mental health in later life. *The Gerontologist*, 61(7), 1131–1140.
- Istat, I. N. di S. (2023). *Annuario Statistico Italiano 2023*.

- Jongenelis, M. I., Jackson, B., Warburton, J., Newton, R. U., & Pettigrew, S. (2022). Aspects of formal volunteering that contribute to favourable psychological outcomes in older adults. *European Journal of Ageing, 19*(1), 107–116.
- Jongenelis, M. I., & Pettigrew, S. (2021). Aspects of the volunteering experience associated with well-being in older adults. *Health Promotion Journal of Australia, 32*, 384–390.
- Kanahara, S. (2006). A Review of the Definitions of Stereotype and a Proposal for a Progressional Model. *Individual Differences Research, 4*(5).
- Kim, E. S., & Konrath, S. H. (2016). Volunteering is prospectively associated with health care use among older adults. *Social Science & Medicine, 149*, 122–129.
- Kornadt, A. E., Hess, T. M., Voss, P., & Rothermund, K. (2018). Subjective age across the life span: A differentiated, longitudinal approach. *The Journals of Gerontology: Series B, 73*(5), 767–777.
- 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>
- Lawton, M. P. (1975). The Philadelphia geriatric center morale scale: A revision. *Journal of Gerontology, 30*(1), 85–89.
- Lee, S. (2023). Loneliness, Volunteering, and Quality of Life in European Older Adults. *Activities, Adaptation & Aging, 47*(2), 250–261. <https://doi.org/10.1080/01924788.2022.2148408>

- Levy, B. (2009). Stereotype Embodiment: A Psychosocial Approach to Aging. *Current Directions in Psychological Science*, 18(6), 332–336. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8721.2009.01662.x>
- Levy, B. R. (2022). Stereotype embodiment theory. In *Encyclopedia of gerontology and population aging* (pp. 4763–4767). Springer.
- Levy, B. R., Slade, M. D., & Kasl, S. V. (2002). Longitudinal benefit of positive self-perceptions of aging on functional health. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 57(5), P409–P417.
- 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.
- Liu, J., Wei, W., Peng, Q., & Guo, Y. (2021). How Does Perceived Health Status Affect Depression in Older Adults? Roles of Attitude toward Aging and Social Support. *Clinical Gerontologist*, 44(2), 169–180. <https://doi.org/10.1080/07317115.2019.1655123>
- Liu, Y., Duan, Y., & Xu, L. (2020). Volunteer service and positive attitudes toward aging among Chinese older adults: the mediating role of health. *Social Science & Medicine*, 265, 113535.
- Lubben, J., Blozik, E., Gillmann, G., Iliffe, S., von Renteln Kruse, W., Beck, J. C., & Stuck, A. E. (2006). Performance of an abbreviated version of the Lubben Social Network Scale among three European community-dwelling older adult populations. *The Gerontologist*, 46(4), 503–513.

- Matysiak, O., Kroemeke, A., & Brzezicka, A. (2019). Working memory capacity as a predictor of cognitive training efficacy in the elderly population. *Frontiers in Aging Neuroscience, 11*, 126.
- Morawski, L., Okulicz-Kozaryn, A., & Strzelecka, M. (2022). Elderly Volunteering in Europe: The Relationship Between Volunteering and Quality of Life Depends on Volunteering Rates. *VOLUNTAS: International Journal of Voluntary and Nonprofit Organizations, 33*(2), 256–268. <https://doi.org/10.1007/s11266-020-00267-w>
- North, M. S., & Fiske, S. T. (2015). Modern attitudes toward older adults in the aging world: a cross-cultural meta-analysis. *Psychological Bulletin, 141*(5), 993.
- Palgi, Y. (2020). Positive mental health moderates the association between PTSD symptoms and subjective accelerated aging among older adults. *International Psychogeriatrics, 32*(7), 885–889. <https://doi.org/DOI:10.1017/S1041610220001349>
- Palgi, Y., Shrira, A., & Diehl, M. (2022). *Subjective views of aging: theory, research, and practice*. Springer.
- Pardasani, M. (2018). Motivation to volunteer among senior center participants. *Journal of Gerontological Social Work, 61*(3), 313–333. <https://doi.org/10.1080/01634372.2018.1433259>
- Pashler, H., Johnston, J. C., & Ruthruff, E. (2001). Attention and performance. *Annual Review of Psychology, 52*(1), 629–651.

- Prati, G. (2024). Changes in essentialist beliefs about cognitive aging predicts changes in mental health: Evidence from a 10-year longitudinal study. *Psychology and Aging*.
- Principi, A., Lucantoni, D., Quattrini, S., Di Rosa, M., & Socci, M. (2022). Changes in volunteering of older adults in the time of the COVID-19 pandemic: the role of motivations. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *19*(22), 14755.
- Proulx, C. M., Curl, A. L., & Ermer, A. E. (2018). Longitudinal Associations Between Formal Volunteering and Cognitive Functioning. *The Journals of Gerontology: Series B*, *73*(3), 522–531. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbx110>
- Robertson, D. A., King-Kallimanis, B. L., & Kenny, R. A. (2016). Negative perceptions of aging predict longitudinal decline in cognitive function. *Psychology and Aging*, *31*(1), 71.
- Rouzet, D., Sánchez, A. C., Renault, T., & Roehn, O. (2019). *Fiscal challenges and inclusive growth in ageing societies*.
- Russell, D. W. (1996). UCLA Loneliness Scale (Version 3): Reliability, validity, and factor structure. *Journal of Personality Assessment*, *66*(1), 20–40.
- Salthouse, T. A., & Babcock, R. L. (1991). Decomposing adult age differences in working memory. *Developmental Psychology*, *27*(5), 763.
- Salthouse, T. A., Fristoe, N., McGuthry, K. E., & Hambrick, D. Z. (1998). Relation of task switching to speed, age, and fluid intelligence. *Psychology and Aging*, *13*(3), 445.

- Sharifi, S., Khorzoughi, K. B., & Rahmati, M. (2024). The relationship between volunteering and cognitive performance in older adults: A systematic review. *Geriatric Nursing, 55*, 89–96.
- Stephan, Y., Sutin, A. R., Luchetti, M., Aschwanden, D., & Terracciano, A. (2021). Subjective age and multiple cognitive domains in two longitudinal samples. *Journal of Psychosomatic Research, 150*, 110616. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2021.110616>
- Steward, A. T., Hasche, L., & Laser, J. A. (2022). Do internalized age stereotypes mediate the relationship between volunteering and social connectedness for adults 50+? *Journal of Aging Studies, 61*, 101031. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jaging.2022.101031>
- Sun, J., Zhou, N., Zhang, H., Wu, H., Wang, F., & Luo, Y. (2024). Longitudinal analysis of the mediating role of self-perception of aging in the relationship between frailty and intrinsic capacity: A cross-lagged mediation model. *Archives of Gerontology and Geriatrics, 120*, 105336. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.archger.2024.105336>
- Tajfel, H. (1974). Social identity and intergroup behaviour. *Social Science Information, 13*(2), 65–93. <https://doi.org/10.1177/053901847401300204>
- Team, R. C. (2020). R: A language and environment for statistical computing, R Foundation for Statistical Computing. *Computing*.

- The Whoqol Group. (1998). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. *Social Science & Medicine*, 46(12), 1569–1585.
- Ubbiali, A., Chiorri, C., Hampton, P., & Donati, D. (2013). Psychometric properties of the Italian adaptation of the Big Five Inventory (BFI). *Bollettino Di Psicologia Applicata*, 266, 37–46.
- United Nations, Department of Economic and Social Affairs, & Population Division. (2023). *World Social Report 2023*. United Nations. <https://doi.org/10.18356/9789210019682>
- Vecchiato, T. (2011). *Invecchiamento e sostenibilità dei sistemi regionali di welfare*. <https://www.researchgate.net/publication/266706794>
- Velaithan, V., Tan, M.-M., Yu, T.-F., Liem, A., Teh, P.-L., & Su, T. T. (2024). The Association of Self-Perception of Aging and Quality of Life in Older Adults: A Systematic Review. *The Gerontologist*, 64(4), gnad041. <https://doi.org/10.1093/geront/gnad041>
- Weiss, D. (2018a). On the Inevitability of Aging: Essentialist Beliefs Moderate the Impact of Negative Age Stereotypes on Older Adults' Memory Performance and Physiological Reactivity. *The Journals of Gerontology: Series B*, 73(6), 925–933. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbw087>
- Weiss, D. (2018b). On the Inevitability of Aging: Essentialist Beliefs Moderate the Impact of Negative Age Stereotypes on Older Adults' Memory Performance and

Physiological Reactivity. *The Journals of Gerontology: Series B*, 73(6), 925–933.
<https://doi.org/10.1093/geronb/gbw087>

Weiss, D., & Weiss, M. (2016a). The interplay of subjective social status and essentialist beliefs about cognitive aging on cortisol reactivity to challenge in older adults. *Psychophysiology*, 53(8), 1256–1262.

Weiss, D., & Weiss, M. (2016b). The interplay of subjective social status and essentialist beliefs about cognitive aging on cortisol reactivity to challenge in older adults. *Psychophysiology*, 53(8), 1256–1262.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1111/psyp.12667>

Westerhof, G. J., Nehrkorn-Bailey, A. M., Tseng, H.-Y., Brothers, A., Siebert, J. S., Wurm, S., Wahl, H.-W., & Diehl, M. (2023). Longitudinal effects of subjective aging on health and longevity: An updated meta-analysis. *Psychology and Aging*, 38(3), 147.

Weziak-Bialowolska, D., Skiba, R., & Bialowolski, P. (2024). Longitudinal reciprocal associations between volunteering, health and well-being: evidence for middle-aged and older adults in Europe. *European Journal of Public Health*, 34(3), 473–481. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckae014>

World Health Organization. (2002). *ACTIVE AGEING: A POLICY FRAMEWORK Active Ageing*. <http://www.who.int/hpr/>

Wurm, S., & Schäfer, S. K. (2022). Gain-but not loss-related self-perceptions of aging predict mortality over a period of 23 years: A multidimensional approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 123(3), 636.

Yesavage, J. A. (1988). Geriatric depression scale. *Psychopharmacol Bull*, 24(4), 709–711.

SITOGRAFIA

<https://www.istat.it/comunicato-stampa/le-condizioni-di-salute-della-popolazione-anziana-in-italia-anno-2019>

<https://www.decadeofhealthyageing.org/>

<https://www.who.int/initiatives/decade-of-healthy-ageing>

<https://dictionary.apa.org/>

<https://www.sussidiarieta.net/>

<https://www.sussidiarieta.net/cn3430/sussidiarieta-e-sviluppo-sociale.html>

<https://www.padovaevcapital.it/volontariato-numeri/>

<https://www.istat.it/comunicato-stampa/censimento-permanente-delle-istituzioni-non-profit-primi-risultati/>

<https://www.apa.org/ed/graduate/specialize/geropsychology>