



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Dipartimento di Psicologia Generale

Corso di Laurea Magistrale in Psicologia Clinica

Tesi di Laurea Magistrale:

**“La percezione soggettiva dell’invecchiamento
in anziani residenti in RSA”**

**“Self-perception on aging among older adults living
in a long-term care facility”**

Relatrice:

Prof.ssa Erika Borella

Correlatrice:

Dott.ssa Elena Carbone

Laureanda:

Cini Chiara

Matricola:

2014853

Anno Accademico 2022-2023

*A chi c'è sempre stato,
A chi ha creduto in me fin dall'inizio e fino alla fine,
Alla forza del sostegno di chi mi sta accanto e di chi veglia su di me.*

*Alla mia famiglia,
Ai miei amici,
Al mio compagno di vita Pier Giorgio,
A mio nonno Tea.*

*Grazie per la vostra presenza luminosa,
Con voi ogni impresa supera l'impossibile.*

Indice

Introduzione.....	6
CAPITOLO I: “Il fenomeno dell’invecchiamento e il caso della demenza”..	8
1.1 L’invecchiamento della popolazione.....	8
1.2 L’invecchiamento secondo la prospettiva arco di vita.....	9
1.3 L’invecchiamento patologico: la demenza.....	11
1.3.1 Epidemiologia della demenza.....	12
1.3.2 La demenza.....	13
1.3.3 Tipologie di demenza.....	15
1.3.4 La rete dei servizi in Italia.....	17
CAPITOLO II: “La visione soggettiva del proprio invecchiamento”	21
2.1 La visione soggettiva del proprio invecchiamento: un costrutto di emergente interesse.....	21
2.1.1 L’Età percepita.....	23
2.1.2 Gli atteggiamenti verso il proprio invecchiamento.....	26
2.1.3. La Consapevolezza dei Cambiamenti Correlati all’Invecchiamento..	28
2.2 La visione soggettiva dell’invecchiamento e funzionamento cognitivo e psicologico in adulti-anziani con invecchiamento tipico.....	30
2.2.1 Effetti sul funzionamento cognitivo.....	30
2.2.2 Effetti sul funzionamento psicologico.....	31
2.3 Percezione soggettiva dell’invecchiamento nelle persone con demenza..	33

CAPITOLO III: “La percezione soggettiva dell’invecchiamento in anziani residenti in RSA”	40
3.1 Obiettivi.....	40
3.2 Metodo.....	40
3.2.1. Partecipanti.....	40
3.2.2 Materiali.....	43
3.2.3 Procedura.....	48
3.3 Risultati.....	49
3.4 Discussione e conclusione.....	53
Bibliografia.....	58
Sitografia.....	64

Introduzione

L'invicchiamento della popolazione mondiale rappresenta una delle sfide più rilevanti dell'attuale contesto socio-demografico. Questo fenomeno ha notevoli implicazioni a livello sociale, economico e sanitario, richiedendo una risposta adeguata da parte dei servizi per garantire il benessere e una buona qualità di vita agli anziani. All'interno del panorama dell'invicchiamento, uno dei fenomeni più rilevanti e complessi è rappresentato dalla demenza. La demenza rappresenta una delle principali cause di disabilità nella persona anziana, la quale è caratterizzata da un declino progressivo delle funzioni cognitive, emotive e sociali della persona, accompagnata da disturbi del comportamento e della personalità, portando ad una perdita progressiva delle autonomie. È una patologia che colpisce in particolare gli individui anziani, ma può manifestarsi anche in età più giovani seppur con minore frequenza, e che determina una necessità di cura da parte dei *caregivers informali*, fino alla presa in carico da parte di specifici servizi assistenziali.

Con il presente elaborato, si è voluto approfondire il tema della percezione soggettiva dell'invicchiamento, come esperienza universale e al tempo stesso unica per ogni singolo individuo. Nonostante l'invicchiamento sia un'esperienza comune a tutti gli esseri umani, può essere vissuta in modo differente, influenzata da stimoli sociali e dalle esperienze di vita. Tale dimensione è importante da indagare in quanto può influenzare profondamente il benessere e la qualità di vita degli individui anziani. Comprendere come la percezione soggettiva dell'invicchiamento si sviluppa e si manifesta nelle persone anziane, comprese quelle affette da demenza, è fondamentale per promuovere un invicchiamento sano e sostenibile. Nonostante l'importanza di questo aspetto, la letteratura scientifica offre ancora poche informazioni specifiche sulla percezione soggettiva dell'invicchiamento nelle persone con demenza, soprattutto per quanto riguarda gli anziani residenti in strutture di lungo periodo.

Il primo capitolo di questo lavoro esamina l'invecchiamento come processo complesso e multidimensionale, concentrandosi sulla demenza. Si forniscono informazioni sull'epidemiologia della demenza, comprese le dimensioni del problema e la sua diffusione nella popolazione. Viene data una definizione di demenza, evidenziandone le caratteristiche cliniche e le necessità di assistenza. Inoltre, si sottolinea l'importante ruolo dei servizi specializzati nel supportare i pazienti affetti da demenza e fornire sostegno ai *caregiver informali*.

Nel secondo capitolo viene trattata la percezione individuale del processo di invecchiamento e dei cambiamenti correlati all'età. Vengono esaminati i costrutti chiave che influenzano la visione personale dell'invecchiamento, tra cui l'età percepita, gli atteggiamenti verso l'invecchiamento e la consapevolezza dei cambiamenti legati all'età. Inoltre, viene esplorato attraverso un'analisi bibliografica come la percezione soggettiva dell'invecchiamento possa influenzare il funzionamento cognitivo e psicologico degli anziani. Infine, viene dedicato uno spazio specifico all'analisi della percezione soggettiva dell'invecchiamento nelle persone affette da demenza.

Il terzo capitolo presenta lo studio sperimentale che si è condotto su 29 anziani della RSA "Villa Fiorita e Villa Althea" di Spinea (VE). Esso ha l'obiettivo di esaminare le differenze nella percezione soggettiva dell'invecchiamento tra anziani con diversi profili di funzionamento cognitivo, inclusi quelli senza deterioramento cognitivo e quelli con una forma lieve di demenza. Si è anche analizzata la relazione tra la percezione soggettiva dell'invecchiamento e il funzionamento psicologico, concentrandosi sulla presenza di sintomi depressivi. I risultati dello studio sono stati discussi alla luce della letteratura scientifica esistente.

CAPITOLO I

“Il fenomeno dell’invecchiamento e il caso della demenza”

1.1 L’invecchiamento della popolazione

L’invecchiamento è un processo che riguarda tutti gli esseri umani, con nessuna esclusione. Questo fatto inevitabilmente porta con sé implicazioni rilevanti da un punto di vista psicologico, sociologico, organizzativo, economico e politico.

Stando ai dati raccolti dall’Istituto Nazionale di Statistica Italiano (ISTAT) e dall’Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), si sta assistendo ad un aumento dell’aspettativa di vita media in tutto il mondo, con una conseguente crescita della popolazione anziana mondiale. Tale risultato può essere giustificato dal repentino e costante miglioramento delle condizioni di salute e di igiene della popolazione mondiale oltre che dai progressi nel campo della medicina, che permettono lo sviluppo di prestazioni e di cure sanitarie all’avanguardia, sempre più efficaci nel curare e prevenire esigenze che potrebbero emergere con l’avanzare dell’età. È da tempo noto, infatti, che le condizioni di ricchezza e benessere di un paese, tipicamente rappresentate dal PIL come loro indicatore generico, correlino in modo piuttosto definito con la speranza di vita; lo dimostrano i dati a livello globale dal 1800 ad ora (Preston, 1975). Contemporaneamente assistiamo ad un forte declino della natalità, in particolare nei paesi occidentali. Il risultato è conseguentemente una modifica degli equilibri demografici per cui la percentuale di persone anziane rappresenta una porzione sempre più abbondante della distribuzione, a discapito dei giovani e degli adulti.

Secondo l’Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), la popolazione anziana - che l’istituto ONU identifica con le persone di età pari o superiore a 60 anni - è cresciuta più rapidamente rispetto a qualsiasi altra fascia d’età negli ultimi decenni. Si stima che la popolazione anziana a livello globale raggiungerà i due miliardi entro il 2050 (World Health Organization, 2021).

Volgendo lo sguardo alla situazione italiana possiamo osservare come la popolazione ultra-sessantacinquenne rappresenti circa il 23,8% (ISTAT, 2020) della popolazione. Se guardiamo invece agli ultra-ottantenni il rapporto è stato in costante aumento nel corso degli ultimi vent'anni, passando dal 4,2% del 2001 al 7,4% del 2020, mantenendosi sempre nettamente al di sopra della media europea. Nello stesso periodo l'età anagrafica mediana si è spostata in Italia da 40,4 a 47,2 anni; in Europa la tendenza è la medesima con uno spostamento da 38,4 a 43,9 (Eurostat, 2020).

Questo cambiamento demografico sta creando importanti sfide per la società, poiché le persone anziane hanno bisogno di assistenza sanitaria e sociale con maggior frequenza e sempre più a lungo termine. Ciò richiede un'attenzione particolare alla pianificazione delle politiche pubbliche per garantire un'adeguata assistenza e un sostegno congruo alla popolazione anziana.

In considerazione di quanto appena osservato si osserva quanto sia importante determinare con maggiore chiarezza cosa significhi invecchiare e quali siano le implicazioni da un punto di vista psicologico e assistenziale.

1.2 L'invecchiamento secondo la prospettiva arco di vita

L'invecchiamento è un processo naturale che interessa l'intero arco dell'esistenza umana. Esso è un fenomeno complesso ed eterogeneo che si verifica con il passare del tempo e con l'avanzare dell'età, il quale coinvolge molteplici aspetti dell'essere umano: biologici, fisici, cognitivi, emotivi, comportamentali e sociali (De Beni & Borella, 2015).

In quanto fenomeno complesso ed eterogeneo, risulta poco funzionale definire l'invecchiamento adottando un approccio semplicistico, magari descrittivo e basato su nozioni del senso comune e stereotipi, o monodimensionale, limitandosi ad osservare l'età anagrafica di un individuo. Un approccio semplicistico, infatti, potrebbe intendere l'invecchiamento come un periodo di declino generalizzato delle funzioni della persona che si conclude con il decesso della stessa. Questa visione negativa e limitata della persona anziana non tiene

conto di molteplici variabili e di cambiamenti che si manifestano durante il suo percorso di vita.

L'aumento generale della popolazione anziana e l'incremento della speranza di vita media - come si è esposto nel paragrafo precedente - hanno via via portato la ricerca contemporanea e le organizzazioni mondiali ad interessarsi sempre più al tema e ad approfondirlo. In questo momento storico in cui il fenomeno dell'invecchiamento della popolazione sta assumendo crescente rilevanza è ipotizzabile che sia in parallelo sviluppo anche la necessità di promuovere una *“cultura corretta e positiva della vecchiaia”*; viene in questo contesto a svilupparsi la psicologia dell'invecchiamento. Tale disciplina specialistica si occupa dello studio, per l'appunto, del fenomeno dell'invecchiamento nella sua complessità da un punto di vista psicologico (De Beni & Borella, 2015) (Rabih, 2021). Essa propone un approccio innovativo rispetto ad una concezione stereotipata nell'intendere il proprio oggetto di studio: invecchiare è un processo fisiologico che riguarda l'intero arco della vita della persona, all'interno del quale l'individuo cresce sul piano dell'esperienza, migliora la conoscenza di se stesso e dell'ambiente che lo circonda, diventa sempre più consapevole della propria esistenza, e si ri-organizza costantemente sulla base dei cambiamenti interni ed esterni, richiedendo la continua messa in gioco delle sue capacità di resilienza e di adattamento. L'anzianità non giunge, infatti, all'improvviso, ma è *“il continuum di esperienze ed eventi, positivi e negativi, di senso e significati, di declino e di valore”* (Cristini, Cesa-Bianchi & De Beni, 2021).

L'OMS definisce *“Healthy Ageing”*, ovvero *“l'invecchiare in salute”* come *“the process of developing and maintaining the functional ability that enables well-being in older age”*, cioè *“il processo di sviluppo e mantenimento dell'abilità funzionale che consente il benessere in età avanzata”*. (World Health Organization , 2015). Da questa definizione si evince come non sia sufficiente l'assenza di malattie croniche che inficino la qualità di vita della persona anziana per considerarla sana, ma è necessario che tale individuo disponga di un buon funzionamento rispetto alle proprie esigenze di vita. Con ciò si fa riferimento ad una serie di caratteristiche intrinseche all'individuo, fisiche e mentali, che gli

permettono di essere in modo consapevole e di fare ciò che desidera in età avanzata. Naturalmente i fattori estrinseci all'anziano, ovvero relativi all'ambiente, vanno ad interagire continuamente con le sue capacità intrinseche e ne influenzano quindi l'abilità funzionale suddetta. Inoltre, un altro aspetto che risulta saliente da tale definizione è la presenza del termine "*well-being*", un benessere considerato come uno "stare bene" nel senso più ampio possibile e che include domini come la felicità, la soddisfazione e l'appagamento.

L'invecchiamento è un fenomeno naturale che inevitabilmente si verifica, tuttavia, la modalità e la qualità con cui si invecchia possono essere influenzate da diversi fattori che caratterizzano la vita di un individuo. Alcuni tra i più rilevanti risultano essere intrinseci all'invecchiamento, che riguardano per l'appunto fattori genetici e cambiamenti specifici di tipo biologico, altri aspetti possono essere di tipo estrinseco come i fattori ambientali e lo stile di vita della persona (De Jaeger, 2018).

L'invecchiamento, come sopra anticipato, si manifesta come un processo eterogeneo, diverso da persona a persona, motivo per cui è possibile trovare sia la persona anziana che gode di un buono stato di salute, che è propositiva, attiva, creativa e che dispone di una buona autonomia, ma al tempo stesso è possibile trovare l'anziano fragile, con disabilità e non autosufficiente, oltre a tutte le possibili variazioni di questo spettro.

1.3 L'invecchiamento patologico: la demenza

Come anticipato nel precedente paragrafo, le dinamiche della salute in età avanzata sono molto complesse e comprendono la messa in gioco di numerosi fattori tra cui i cambiamenti fisiologici, gli aspetti genetici, ambientali, lo stile di vita, e la presenza o meno di malattie croniche. Le modalità in cui si manifestano queste dinamiche si esprimono, in ultima analisi, nelle capacità e nel funzionamento fisico e mentale della persona anziana (World Health Organization, 2015).

Una tra le diverse malattie croniche ed invalidanti, purtroppo sempre più in aumento nella popolazione generale, che può insorgere con l'avanzare dell'età è la “*demenza*”.

1.3.1 Epidemiologia della demenza

Secondo i dati più recenti registrati dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, nel mondo più di 55 milioni di persone sono affette da demenza, con circa 10 milioni di nuovi casi ogni anno (World Health Organization, 2023). Stando ai dati riportati dal Ministero della Salute, la prevalenza della demenza nei paesi industrializzati è circa dell'8% tra gli ultrasessantacinquenni e sale ad oltre il 20% dopo gli ottant'anni. In Italia si possono attualmente stimare la presenza di circa un milione di casi. Secondo alcune proiezioni, i casi di demenza potrebbero triplicarsi nei prossimi 30 anni, questo nei paesi occidentali (Ministero della salute, 2022).

La demenza viene registrata come una tra le più comuni cause di morte, nello specifico attualmente ricopre il settimo posto, ed è inoltre tra le primissime cause di disabilità e dipendenza dalle cure assistenziali fra gli anziani (World Health Organization, 2023).

Nel 2019 la demenza ha rappresentato un'importante sfida anche da un punto di vista economico, costituendo una spesa complessiva globale che si stima intorno ai 1300 miliardi di dollari, che in termini relativi equivalgono ai due terzi del PIL italiano o più dell'1% del PIL globale. Di questi costi, circa il 50% è stato attribuito all'assistenza fornita dai “*caregivers informali*”, ovvero i familiari e gli amici intimi dei pazienti con demenza, i quali dedicano in media 5 ore di cura e supervisione giornaliera ai loro cari, in Italia si parla di 3 milioni di persone.

Il costante incremento nei nuovi casi che registriamo annualmente nella popolazione generale ha portato enti quali l'*Organizzazione Mondiale della Sanità* o l'*Alzheimer Disease International* a definirla una “priorità mondiale di salute pubblica”, che richiede interventi sanitari sempre più tempestivi ed efficaci per arginare gli effetti in termini di salute, costi economici e sociali. A testimoniare la portata dell'attenzione per il fenomeno, l'*Organizzazione*

Mondiale della Sanità ha pubblicato nel mese di maggio dell'anno 2017 il *“Global action plan on the public health response to dementia 2017-2025”*, che tradotto significa *“il piano d'azione globale sulla risposta della sanità pubblica alla demenza 2017-2025”*. Questo documento è stato elaborato e poi condiviso a livello internazionale con l'intento di coinvolgere e stimolare i diversi Stati a sviluppare, il prima possibile, un intervento sanitario mirato e proattivo per affrontare la sfida della gestione dell'aumento di casi di demenza nella popolazione mondiale e della riduzione del rischio di sviluppare tale patologia.

1.3.2 La demenza

La demenza è un disturbo neurodegenerativo che può essere definito come una *“disfunzione cronica, progressiva e generalmente irreversibile delle funzioni del sistema nervoso centrale, il cui risultato è un complesso declino cognitivo, generalmente accompagnato da disturbi dell'umore, del comportamento e della personalità”* (De Beni & Borella, 2015). Ciò significa che tale disturbo, a differenza di altre malattie fisiche o psicologiche specifiche e/o transitorie, ha un'azione pervasiva e duratura sulle funzionalità dell'individuo in ogni suo aspetto, comportando inevitabilmente dei cambiamenti radicali nella vita del paziente e delle persone che lo circondano.

Prendendo come riferimento l'ultima edizione del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM-5) pubblicato dall'*American Psychiatric Association (APA)* nel 2013, le diverse forme di demenza sono state racchiuse all'interno della sezione denominata *“Disturbi Neurocognitivi Maggiori”* (APA, 2013). Secondo i criteri diagnostici, per poter parlare di demenza è necessario riscontrare un declino cognitivo significativo rispetto al precedente stato di funzionamento dell'individuo. Viene a manifestarsi cioè il peggioramento dei livelli di prestazione in uno o più domini cognitivi, quali l'attenzione complessa, le funzioni esecutive, l'apprendimento, la memoria, il linguaggio, la funzione percettivo-motoria o cognizione sociale. Nel DSM-5 si sottolinea come la presenza di tali deficit cognitivi vada ad interferire in modo significativo con la capacità della persona di svolgere in modo indipendente le diverse attività che si

presentano nella vita quotidiana, come per esempio l'amministrazione delle spese domestiche, la gestione dei farmaci, la gestione dei pasti, l'igiene personale, ecc. Inoltre, all'interno del DSM-5 si specifica che per poter effettuare la diagnosi di demenza è essenziale che il declino cognitivo constatato non debba verificarsi in modo esclusivo nel contesto di un delirium e debba non essere meglio spiegato dalla presenza e constatazione di un altro disturbo mentale, come per esempio il disturbo depressivo maggiore e la schizofrenia.

I sintomi e il modo di manifestarsi della demenza possono variare a seconda della tipologia e della fase di sviluppo della patologia. In generale, i cambiamenti dell'umore e del comportamento si verificano spesso in modo antecedente alla comparsa delle prime problematiche di memoria. Il paziente può, infatti, manifestare sintomi depressivi e ansiogeni, può risultare irritabile, sospettoso o paranoico, con sbalzi di umore improvvisi e difficoltà nella gestione delle emozioni. Può inoltre manifestare cambiamenti di personalità, comportamenti inappropriati al contesto sociale, ritiro dalle attività sociali e lavorative e mostrare meno interesse per le emozioni altrui.

In aggiunta ai cambiamenti dell'umore e del comportamento, i sintomi sulla funzionalità cognitiva sono un altro segnale precoce di esordio di demenza. Questi sintomi includono: dimenticare eventi recenti, smarrire o dimenticare cose, disorientamento spazio-temporale durante il cammino o mentre si sta guidando anche in luoghi familiari, perdita della cognizione del tempo, maggior difficoltà nel problem solving o nel decision-making, difficoltà nel seguire il naturale flusso della conversazione, sensazione di non trovare le parole per esprimersi, difficoltà nell'eseguire compiti familiari fin prima svolti, valutare erroneamente a livello visivo le distanze dagli oggetti (WHO, 2023).

La demenza colpisce ogni persona in modo diverso, a seconda delle cause scatenanti, alle condizioni di salute, e del funzionamento cognitivo prima dell'avvento della malattia. I sintomi possono variare per quanto riguarda la tipologia, nella durata e l'intensità. Alcuni tendono a peggiorare nel tempo, mentre altri potrebbero scomparire o manifestarsi solo in un momento successivo. Con il progredire della malattia, come illustrato nel DSM-5, viene ad

aumentare ed aggravarsi la compromissione della funzionalità cognitiva con una conseguente e graduale perdita delle autonomie. La persona con demenza arriva a perdere la capacità di svolgere attività quotidiane e a prendersi cura di sé in ogni suo aspetto a tal punto da necessitare di un sostegno e aiuto esterno. Questa progressiva perdita delle autonomie implica l'aumento dei bisogni di assistenza nel tempo del paziente nei confronti dei *caregiver informali* che fanno parte della sua vita e in assenza di rete di sostegno o nelle manifestazioni più gravi di questa patologia può essere necessaria la presa in carico all'interno di una struttura sanitaria specializzata, come nel caso delle RSA.

1.3.3 Tipologie di demenza

“Demenza” è un termine ampio che fa riferimento a diverse forme di deterioramento cognitivo, le quali hanno specifiche caratteristiche, ovvero racchiudono in sé, infatti, cause, sintomi e necessità di trattamenti specifici. Per questo motivo risulta fondamentale effettuare una diagnosi corretta del caso che determina la scelta del processo di cura più adeguato e potenzialmente più efficace. L'efficacia della cura può essere osservata nel mantenimento delle capacità residue della persona affetta da demenza e nella possibilità di ottenere un miglioramento della qualità di vita della stessa e dei suoi familiari o caregiver.

Assumendo come criterio il “processo eziologico” di malattia, la classificazione delle demenze può essere suddivisa in tre grandi categorie: le “demenze degenerative”, le “demenze non degenerative” ed, infine, le “demenze miste o multifattoriali” (APA, 2013).

Le “demenze degenerative”, anche denominate “idiopatiche” o “primarie” rappresentano il gruppo diagnostico più comune fra le patologie della categoria. Esse sono caratterizzate da un esordio lento e un decorso relativamente poco prevedibile, in cui si assiste ad un progressivo e permanente deterioramento delle funzioni cognitive e fisiche del paziente. Le demenze degenerative contengono a loro volta “la demenza di tipo Alzheimer” (AD), le “demenze fronto-temporali” (FTD), le “demenze con corpi di Lewy” (DLB) e i “disturbi del movimento con demenza” - come nel caso della “malattia di Parkinson”, della

“paralisi sopranucleare progressiva”, della “degenerazione cortico-basale” e della “Corea di Huntington” - . La malattia di Alzheimer rappresenta la forma più frequente di demenza che viene riscontrata, rappresentando da sola infatti tra il 60% e il 70% dei casi diagnosticati (World Health Organization (WHO), 2023).

Le “demenze non generative”, o “da cause note” o “secondarie”, si differenziano dalle “demenze degenerative” in quanto hanno una causa specifica o ben identificabile alla base della insorgenza. Esse possono essere originate in seguito ad eventi noti ed acuti come quanto potrebbero essere ictus, traumi cranici, infezioni del sistema nervoso centrale, danni connessi all’abuso di alcool, sostanze stupefacenti o farmaci, depressione. Dopo l’esordio le “demenze non degenerative” rimangono stabili per anni, ma il loro decorso può variare anche in relazione alla causa sottostante. Alcune possono essere, infatti, reversibili attraverso l’uso di cure specifiche che vanno a trattare la causa scatenante, altre invece, come nel caso della “demenza vascolare” (VD), possono condurre ad un declino cognitivo irreversibile. All’interno di questa categoria, la demenza vascolare (VD) è la forma più comune di demenza dopo la “malattia di Alzheimer”, contando in accordo al National Institute for Health and Care Excellence circa il 20% delle demenze (National Institute for Health and Care Excellence, 2022).

Le “demenze miste o multifattoriali” rappresentano una sfida diagnostica per gli specialisti, in quanto esse sono il risultato complesso della combinazione di più malattie che contribuiscono al deterioramento cognitivo. La “demenza mista” può essere per esempio il risultato della presenza della “malattia di Alzheimer” assieme alla “demenza vascolare”. Queste tipologie di demenza si manifestano in maniera più frequente rispetto alle demenze “pure” (NICE, 2022).

1.3.4 La rete dei servizi in Italia

Le malattie neurodegenerative croniche e le demenze sono patologie che rappresentano un importante problema sociale e sanitario in quanto, come esposto nei paragrafi precedenti, influiscono in modo significativo sulla qualità di vita della persona anziana e della sua rete familiare. Esse provocano un progressivo peggioramento sul piano cognitivo e motorio nonché la perdita di autonomia del paziente, cosa che determina inevitabilmente nel tempo una necessità di assistenza e di supporto sempre più consistente. Per rispondere a tali necessità di cura spesso le famiglie rivestono il principale ruolo di *caregiver* nei confronti dei loro cari affetti da demenza. Come già precedentemente anticipato, infatti, secondo il *Ministero della Salute* nel 2022 circa 3 milioni di persone in Italia sono direttamente o indirettamente coinvolte nell'assistenza di pazienti con demenza (Ministero della Salute, 2022). Questo dato risulta notevolmente elevato se si confronta la reale offerta dei presidi residenziali attivi nel paese. Nel 2020 secondo i dati registrati dall'*Istituto Nazionale di Statistica Italiano (ISTAT)* in Italia sono presenti 12.630 presidi residenziali attivi che prevedono circa 412 mila posti letto, circa 7 ogni 1000 persone residenti nel paese (Istat, 2022). In molti casi quanto appena esposto implica che molte famiglie convivano con persone recanti difficoltà in questo spettro e siano dunque anche costrette ad assumersi la responsabilità dell'assistenza del proprio caro in via autonoma, spesso in assenza di un'alternativa assistenziale usufruibile.

Il Servizio Sanitario Nazionale italiano, seppure non sia nelle condizioni di corrispondere alle esigenze di ogni paziente, prevede una vasta selezione di servizi sanitari e socio-assistenziali rivolti a persone con disturbi cognitivi e con demenze. Questa rete di servizi è stata recentemente aggiornata e migliorata in seguito alla pubblicazione del noto "*Piano Nazionale demenze (PND) - Strategie per la promozione e il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel settore delle demenze*", approvato il 30 ottobre 2014. Questo importante documento di sanità pubblica è il risultato della collaborazione tra il Ministero della Salute, le Regioni, le Province autonome,

L'Istituto Superiore della Sanità e le associazioni di Ricerca e Assistenza delle Demenze presenti nel territorio. Esso contiene una serie di linee guida elaborate al fine di *“promuovere interventi appropriati e adeguati, di contrasto allo stigma sociale, garanzia dei diritti, conoscenza aggiornata, coordinamento delle attività, finalizzati alla corretta gestione integrata della demenza”* (Ministero della salute, 2022). Il PND ha come principale obiettivo quello di favorire un approccio complessivo ed integrato nella gestione dei servizi di assistenza rispettoso della complessità del disturbo in questione e delle caratteristiche delle persone coinvolte. Questo piano mira a rendere uniformi gli interventi sul territorio nazionale per garantire che i pazienti con demenza ricevano la stessa qualità di assistenza ovunque nel paese. Ciò significa che tali servizi dovrebbero essere offerti in modo omogeneo, con particolare attenzione alla tutela e al rispetto dei diritti umani dei pazienti, alla promozione di una corretta coscienza sociale della demenza e alla personalizzazione degli interventi nel rispetto delle caratteristiche del caso.

Negli ultimi quarant'anni le politiche dedicate agli anziani hanno portato alla creazione di una ricca e articolata rete di servizi per rispondere alle necessità di assistenza delle persone con demenza e della loro rete familiare (De Beni & Borella, 2015). In Italia sono disponibili diversi servizi sanitari e socio-assistenziali, che possono essere erogati da enti pubblici o privati, i quali possono essere raggruppati in tre principali categorie sulla base della tipologia di assistenza fornita: domiciliare (SAD), semiresidenziale e residenziale (Regione Veneto, 2023).

I “Servizi di Assistenza Domiciliare” (SAD) vengono erogati, come suggerisce il nome, presso il domicilio del paziente. Essi prevedono la pianificazione di interventi strutturati, costanti e personalizzati a seconda dei bisogni del caso da parte di professionisti sanitari. Questi interventi hanno molteplici finalità che riguardano il mantenimento delle capacità residue e dell'autonomia dell'anziano, la permanenza del paziente all'interno del contesto di vita originario il più a lungo possibile, la prevenzione dell'insorgenza di eventuali situazioni di disagio

e per ultima, ma non per importanza, alleggerire in parte il carico assistenziale dei *caregiver informali*.

I “Servizi semiresidenziali”, conosciuti anche come “Centri diurni”, rivolti a persone anziane non autosufficienti sono stati organizzati al fine di posticipare il più tardi possibile l’istituzionalizzazione e il declino psico-fisico e al fine di offrire “sollievo” ai *caregiver informali*. Questi servizi accolgono l’utenza durante il corso della giornata, ma non includono una permanenza residenziale della stessa in quanto prevedono il rientro al domicilio in un orario prestabilito.

I “Servizi residenziali”, chiamati anche “Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA)” o nel gergo comune “case di riposo”, rappresentano una soluzione ottimale per gli anziani non autosufficienti che necessitano di assistenza costante. Essi prevedono l’inserimento dell’anziano in modo permanente all’interno della struttura in modo da garantire il massimo e continuativo livello di assistenza possibile. Le RSA offrono un ambiente protetto, sicuro e stimolante ai loro residenti, gli anziani per l’appunto, dove possono ricevere assistenza medica, infermieristica, riabilitativa, tutelare e alberghiera organizzate in base alla specifica unità di offerta. Sono inoltre anche previste giornalmente attività sociali, educative e ricreative.

In questo capitolo si è analizzato il tema dell’invecchiamento, come fenomeno complesso, universale ed eterogeneo. Si è passati poi alla descrizione dell’invecchiamento patologico, in particolare approfondendo il caso delle demenze, le sue diverse tipologie di manifestazione e le necessità di assistenza che porta con sé nel tempo. Si ritiene, tuttavia, che per comprendere al meglio il fenomeno dell’invecchiamento e la sua influenza sulle funzioni fisiche, cognitive e psicologiche dell’individuo, sia importante considerare anche il vissuto soggettivo della persona anziana.

Nel prossimo capitolo viene analizzata la percezione del proprio invecchiamento possa influenzare il funzionamento complessivo della persona anziana in tutti i suoi aspetti ed influenzare così lo stato di benessere e la qualità di vita percepita.

CAPITOLO II

“La visione soggettiva del proprio invecchiamento”

Come esposto nel capitolo precedente, negli ultimi decenni si è assistito ad un aumento delle aspettative di vita e ad una conseguente crescita dell'età media della popolazione mondiale. Tale fenomeno ha suscitato un crescente interesse nei confronti del tema dell'invecchiamento, che ha assunto un'importanza sempre maggiore da un punto di vista medico, sociale, politico, economico e assistenziale.

L'invecchiamento si caratterizza per una serie di cambiamenti che interessano diversi domini, tra cui quello fisico, cognitivo, psicologico e sociale. Questi si esacerbano poi nell'invecchiamento patologico. Tra le diverse prospettive adottabili, il tema dell'invecchiamento può essere indagato anche da un punto di vista psicologico analizzando come l'esperienza dell'invecchiamento e i cambiamenti età-relati vengono vissuti dalla persona.

2.1 La visione soggettiva del proprio invecchiamento: un costrutto di emergente interesse

Il fenomeno dell'invecchiamento è un processo complesso e multifattoriale che può essere vissuto in modo differente da ciascun individuo. Questo significa che non esiste un'unica ed universale esperienza possibile dell'invecchiamento e dei numerosi cambiamenti che questo porta con sé, esistono invece molte esperienze diverse, uniche e personali. Questa diversità deriva dalla capacità intrinseca ed innata che l'essere umano ha di riflettere su sé stesso, sulle sue esperienze personali e, nel lungo termine, sul suo processo di sviluppo e di invecchiamento. Durante l'intero arco dell'esistenza, infatti, tendiamo a dare significato a tutto ciò che ci succede, anche alla complessa combinazione di cambiamenti fisici, sensoriali, psicologici, emotivi, cognitivi e sociali che si manifestano con l'avanzare dell'età (Westerhof & Wurm, 2015). Attraverso la nostra capacità di riflessione e di elaborazione cognitiva, costruiamo

continuamente rappresentazioni soggettive che riguardano il nostro personale processo di invecchiamento.

Questo modo specifico e personale di percepire la senescenza è definito in letteratura con l'accezione "*subjective views on aging*" traducibile con "*visione soggettiva dell'invecchiamento*" (Westerhof & Wurm, 2015; Diehl e coll., 2014). Con questo concetto si fa riferimento all'insieme delle esperienze individuali, degli atteggiamenti, delle aspettative, delle credenze e dei pensieri che le persone associano solitamente all'anzianità e al processo stesso di invecchiamento. È importante evidenziare che essa non è un concetto statico e imm modificabile, ma è il risultato di una complessa interazione di molteplici fattori che si sviluppano e si modificano nel corso della vita di una persona. Tra questi fattori sono comprese le esperienze personali, le relazioni sociali, le caratteristiche culturali e gli stereotipi della società (Diehl et al, 2014). La visione soggettiva dell'invecchiamento, quindi, non è solo influenzata da fattori pregressi, come nel caso degli stereotipi o dei concetti sociali sull'anzianità o nel caso delle esperienze connesse all'invecchiamento che si sono verificate in passato. Essa è un concetto dinamico che può anche essere influenzata ed arricchita da nuovi elementi che emergono nel corso della vita. Gli individui continuamente, infatti, "construct, hold, and reconstruct awareness and knowledge of their own aging process", cioè "costruiscono, conservano e ricostruiscono la consapevolezza e la conoscenza del proprio processo di invecchiamento" (Diehl & Wahl, 2015, p.8). Questo significa che le nuove esperienze, le nuove relazioni e i nuovi contesti sociali possono potenzialmente avere un impatto significativo sulla percezione dell'invecchiamento iniziale e apportare una revisione delle idee e degli atteggiamenti precedenti. Ad esempio, se una persona ha avuto esperienze positive nell'invecchiamento, come mantenersi attiva e coinvolta in nuove attività, stabilire legami sociali significativi o raggiungere obiettivi personali, potrebbe sviluppare una visione più ottimistica dell'invecchiamento. Al contrario, se ha avuto esperienze negative, come problemi di salute, perdita di autonomia o isolamento sociale, potrebbe avere una percezione globalmente più negativa dell'invecchiamento.

La visione soggettiva dell'invecchiamento comprende sia credenze, conoscenze stereotipi, atteggiamenti generali sull'invecchiamento, culturalmente diffuse e condivise ("*general views on aging*"), sia vissuti atteggiamenti e modi in cui ciascuna persona si rappresenta il proprio invecchiamento (*personal views on aging*). In questo paragrafo verranno approfonditi i costrutti che definiscono la visione personale che ciascuna persona ha del proprio invecchiamento, ovvero: l'età percepita ("*felt age*"); gli atteggiamenti verso il proprio invecchiamento ("*Attitudes Towards One's Own Aging*") e la *Consapevolezza dei Cambiamenti Correlati all'Invecchiamento* ("*Awareness of Age-Related Changes*").

2.1.1 L'Età percepita

Sebbene il costrutto "età" sia spesso associato al concetto di "età anagrafica", ovvero la misurazione cronologica basata sugli anni trascorsi dalla nascita, l'invecchiamento coinvolge molteplici dimensioni che vanno oltre la mera dimensione temporale. Esistono, infatti, altri numerosi punti di vista che hanno portato alla concettualizzazione dell'età sulla base di aspetti differenti da quello cronologico: aspetti di tipo *biologico*, *psicologico*, *sociale* ed, infine, *funzionale* (De Beni & Borella, 2015). L'*età percepita*, o "*felt age*", va a definire quindi, come suggerisce il nome, "*l'invecchiamento soggettivo*" sperimentato dalla persona che lo sta vivendo, e che diventa una parte essenziale della sua identità personale e della percezione di sé (Kotter-Grühn, Kornadt & Stephan, 2015).

L'*età percepita* viene misurata chiedendo alla persona "che età si sente?" (Diehl & al., 2014). Oltre alla misurazione generale dell'*età percepita*, alcuni autori hanno introdotto ulteriori dimensioni per affinare questa concezione in un'ottica multidimensionale, ad esempio distinguendo tra "*età mentale percepita*" ed "*età fisica percepita*" (Uotinen et al., 2005). Questa distinzione permette un'analisi più precisa, capace di cogliere le differenze nella percezione soggettiva dell'invecchiamento valutando così aspetti diversi seppur collegati.

A partire dal dato grezzo, l'età soggettiva può essere calcolata: i) come differenza tra età percepita ed età cronologica [età percepita - età cronologica] oppure ii) come differenza relativa, ovvero il rapporto età percepita ed età cronologica al netto dell'età cronologica [(età percepita – età cronologica) / età cronologica], che permette di tenere conto del fatto che la discrepanza tra età percepita ed età cronologica assume significati diversi a seconda dell'età cronologica della persona (Kotter-Grühn, Kornadt & Stephan, 2015). Un “valore negativo” indica che il soggetto si sente “più giovane” della sua età anagrafica, al contrario un “valore positivo” indica che si sente invece “più vecchio” (Kornadt e al., 2016).

La ricerca ha evidenziato che è tendenza comune che le persone di fronte alla domanda “Quanti anni si sente?” diano risposte spesso discordanti con l'*Età cronologica* effettiva (Kotter-Grühn, Kornadt & Stephan, 2015). Questa discrepanza tra l'*Età percepita* e l'*Età cronologica* documentata dimostra che l'*Età soggettiva* può variare notevolmente da persona a persona. Inoltre, la percezione dell'*Età soggettiva* non è costante nel corso della vita, ma tende a cambiare in relazione al periodo evolutivo. La persona definendo la propria *età soggettiva* è infatti influenzata dal modo in cui percepisce sé stessa in termini di abilità, di adattamento, e di resilienza di fronte a nuove esperienze e a nuovi stimoli che le si possono presentare nel quotidiano. Nel corso dell'adolescenza e nel periodo di transizione all'età adulta molti individui dichiarano di sentirsi “più vecchi” rispetto alla loro età effettiva. Questo può essere attribuito al fatto che, in diverse culture, l'"età avanzata" è associata idealmente a livelli più elevati di maturità, status e indipendenza. Di conseguenza, gli individui possono percepire un divario tra la loro *Età cronologica* e l'*Età percepita*, influenzati da ideali sociali e culturali (Kornadt e al., 2016). D'altra parte si è rilevato, invece, che dall'età di 40 anni fino ad oltre i 90 anni, la maggioranza delle persone riferisce di sentirsi “più giovane”. Questa tendenza di sentirsi più giovani rispetto all'età cronologica è riscontrata in molte culture, ma sembra essere maggiormente pronunciata nelle culture orientate verso l'esaltazione della giovinezza, come ad esempio nel caso degli Stati Uniti (Kotter-Grühn, Kornadt & Stephan, 2015). E' stato, poi, osservato che nonostante una diminuzione

assoluta dell'*Età percepita*, la percentuale di sottostima della propria età rispetto alla propria età effettiva tende a rimanere costante al di sopra dei 40 anni (Rubin & Berntsen, 2006). Quest'ultima tendenza dei soggetti adulti nel percepire se stessi come "più giovani" di quanto siano effettivamente, chiamata "*Subjective Age Bias*", ha portato all'ipotesi di una strategia di autoprotezione (Montepare & Lachman, 2013). In altre parole, dichiararsi più giovani potrebbe fungere da meccanismo difensivo per allontanarsi dalle immagini pessimistiche e dagli stereotipi negativi associati alla senescenza. Tuttavia, ulteriori indagini sull'*Età soggettiva*, in collegamento con le teorie di sviluppo dell'identità, hanno portato ad interpretare il fenomeno della percezione di sé "mi sento più giovane/mi sento più vecchio della mia età" come una strategia utile a svolgere funzioni più ampie di formazione e di stabilizzazione dell'identità (Kotter-Grühn, Kornadt & Stephan, 2015). Questo meccanismo percettivo può svolgere un ruolo importante nel mantenere un senso di coerenza e continuità nell'esperienza di sé nel corso del tempo, indipendentemente dai cambiamenti che l'avanzare dell'età porta con sé.

Esistono, però, anche studi che contraddicono la tendenza generale della percezione di sé come "più giovani" rispetto all'*Età cronologica* negli individui adulti. Uno studio condotto da Kotter-Grühn e Hess nel 2012 ha rilevato che gli adulti anziani in buona salute, quando esposti a stereotipi negativi sull'invecchiamento, tendevano a riportare una maggiore *Età soggettiva*, cioè a sentirsi "più vecchi" rispetto alla loro età effettiva. Questo suggerisce che l'esposizione a messaggi o credenze negative sull'invecchiamento può potenzialmente influenzare la percezione di sé come "più anziani".

D'altra parte, ci sono anche prove di stabilità nell'*Età soggettiva*. Alcuni studi non sono riusciti a mostrare una diminuzione dell'età percepita correlata all'età effettiva dopo una certa fase di vita. Ad esempio, uno studio condotto da Kleinspehn-Ammerlahn, Kotter-Grühn e Smith nel 2008 ha evidenziato che, sebbene ci fosse una diminuzione dell'*Età soggettiva* durante l'età adulta media, non emerge tuttavia una diminuzione significativa dell'*Età percepita* tra gli adulti anziani. Allo stesso modo, uno studio condotto da Ward nel 2013 ha rilevato che l'*Età percepita* rimaneva relativamente stabile nell'età adulta

avanzata, senza una diminuzione significativa (Kleinspehn-Ammerlahn, Kotter-Grühn, & Smith, 2008; Ward, 2013).

Il metodo dell'età soggettiva, pur essendo ampiamente utilizzato come strumento per valutare la percezione individuale dell'invecchiamento, presenta alcune limitazioni nella sua misurazione e nella interpretazione. In particolare, l'uso di domande o scale di valutazione semplici come possono essere “quanto si sente vecchio?” oppure “si sente più giovane/uguale/più vecchio della sua età?”, sebbene definite nell'indagare un aspetto specifico, potrebbero non cogliere l'intera complessità e le diverse dimensioni dell'esperienza soggettiva dell'invecchiamento. Le domande utilizzate nel metodo dell'*Età soggettiva*, infatti, si limitano a valutare una stima generale dell'età percepita o a chiedere se ci si sente più giovani o più vecchi rispetto all'età cronologica. Alcune ricerche hanno evidenziato questa limitazione e hanno sottolineato l'importanza di utilizzare misurazioni più complesse e sensibili per valutare al meglio l'*Età soggettiva*. Ad esempio, uno studio condotto da Kotter-Grühn e Hess nel 2012 ha suggerito che la misurazione dell'età soggettiva potrebbe beneficiare di domande più specifiche che esplorano aspetti come la salute, la vitalità, l'autonomia e il benessere emotivo. Inoltre, potrebbe essere utile considerare le dimensioni positive dell'invecchiamento, come la saggezza, l'esperienza e la gratitudine, oltre agli aspetti negativi.

2.1.2 Gli atteggiamenti verso il proprio invecchiamento

Le "*Attitudes Towards One's Own Aging*" (ATOA), ovvero gli “Atteggiamenti verso il proprio invecchiamento” rappresentano un'altra dimensione rilevante per la comprensione della visione personale dell'invecchiamento. Con questo costrutto ci si riferisce all'insieme di disposizioni, di credenze e di valutazioni nei confronti degli anziani come “gruppo di età” e nei confronti del processo di invecchiamento come esperienza personale, sia a livello individuale che sociale (Hess, 2006). Gli ATOA includono elementi affettivi (come le emozioni e i sentimenti legati all'invecchiamento), cognitivi (come le credenze e le percezioni riguardo all'invecchiamento) e valutativi (come le valutazioni positive o negative

dell'invecchiamento). Questi elementi possono riguardare sia contenuti positivi che negativi e influenzano il modo in cui le persone percepiscono gli anziani e l'esperienza dell'invecchiamento. Nella loro revisione della letteratura del 1973, Bennett e Eckman hanno messo in luce come gli atteggiamenti verso l'invecchiamento ricoprano un ruolo di rilevanza per l'adattamento e per la sopravvivenza degli anziani in quanto contribuiscono a determinare comportamenti adattivi e disadattivi. Al tempo stesso, gli atteggiamenti verso l'invecchiamento non solo influenzano le persone anziane, ma tendono a modellare il modo in cui individui più giovani percepiscono e si avvicinano al loro naturale processo di invecchiamento (Kornadt & Rothermund, 2011). Tali atteggiamenti sono fortemente influenzati dagli stereotipi legati all'invecchiamento che vengono trasmessi e tramandati dalla società di appartenenza. Gli stereotipi sull'invecchiamento sono, per l'appunto, un insieme di credenze e di rappresentazioni generalizzate e semplificate che ritraggono la "categoria" degli anziani e l'invecchiamento in modo positivo o negativo. Viene da sé come gli stereotipi possono influenzare, positivamente o negativamente, le aspettative e i comportamenti delle persone nei confronti degli anziani, ma possono anche influenzare la percezione della propria esperienza di invecchiamento (Diehl & Wahl, 2015).

Per valutare l'atteggiamento verso il proprio invecchiamento e le auto-percezioni dell'invecchiamento, viene utilizzata solitamente la scala "Attitudes Towards One's Own Aging" (ATOA) elaborata dalla Philadelphia Geriatric Center Morale Scale. Questo strumento è stato ideato per indagare le componenti affettive, cognitive e valutative incluse nell'atteggiamento di una persona verso il proprio invecchiamento. Nella versione italiana di questo questionario sono presenti item come "Le cose continuano a peggiorare più invecchio", "Più invecchio, meno mi sento utile" e "Ora sono felice così come lo ero quando ero più giovane". Questi quesiti aiutano a rilevare sia gli aspetti positivi che negativi dell'atteggiamento verso l'invecchiamento (Westerhof & Wurm, 2015). Tuttavia, è importante notare che l'atteggiamento verso il proprio invecchiamento può manifestarsi in modo esplicito o implicito. Alcuni individui possono avere una buona consapevolezza del loro vissuto emotivo e delle loro

credenze riguardo alla senescenza, nonché esprimerli apertamente. In altre persone l'atteggiamento può anche manifestare la propria influenza in modo più sottile e inconscio su molteplici aspetti della vita degli adulti anziani, compresi il comportamento, il funzionamento psicologico e cognitivo (Diehl & al., 2014).

2.1.3. La Consapevolezza dei Cambiamenti Correlati all'Invecchiamento

Un ulteriore e più recente costrutto che è stato proposto per indagare la visione soggettiva del proprio invecchiamento è quello di "Awareness of Age-Related Changes (AARC)", ovvero "La Consapevolezza dei Cambiamenti Correlati all'Invecchiamento" (CCCI). Diehl e Wahl nel 2010 hanno definito l'AARC come *"all those experiences that make a person aware that his or her behavior, level of performance, or ways of experiencing his or her life have changed as a consequence of having grown older (i.e., increased chronological age)"* ovvero *"tutte quelle esperienze che rendono una persona consapevole che il suo comportamento, il suo livello di prestazione o il modo di vivere la sua vita sono cambiati come conseguenza dell'essere invecchiati (cioè, maggiore età anagrafica)"* (Diehl & Wahl, 2010, p.342). Da tale definizione vengono ad emergere due aspetti salienti. In primo luogo, l'AARC si basa sulla capacità intrinseca ed innata dell'essere umano di dare significato a ciò che gli succede e di riflettere quindi sul suo comportamento, sulle sue prestazioni e sui cambiamenti che si manifestano nel corso dell'esistenza. In secondo luogo, risulta fondamentale per il processo di consapevolezza che l'individuo veda un collegamento tra questi cambiamenti e l'avanzare dell'età. Secondo gli autori emerge chiaramente che gli individui sono attivamente coinvolti, grazie alla loro predisposizione riflessiva, nel processo di interpretazione e di comprensione dei cambiamenti che si verificano nella loro vita in relazione al loro invecchiamento, attribuendo a questi eventi un significato personale e rendendosi così consapevoli di ciò che accade loro. Il concetto AARC è stato introdotto, quindi, basandosi sulla prospettiva per cui gli individui non sono semplici spettatori del proprio invecchiamento, ma partecipanti attivi nel modellare e monitorare riflessivamente il proprio sviluppo (Brandtstädter & Rothermund, 2002).

La base teorica dell'AARC si basa sui principi evolutivi della multidimensionalità e della multidirezionalità dell'arco di vita presenti nel modello di Baltes intitolato "*life span development*" (Baltes, 1987). Secondo questo modello lo sviluppo umano coinvolge molteplici dimensioni, che si sviluppano ed interagiscono in modo continuo ed unico per ciascun individuo. Questo implica che le diverse dimensioni dello sviluppo, come la sfera fisica, cognitiva, emotiva, psicologica e sociale, non seguono necessariamente lo stesso andamento, ma variano spesso secondo traiettorie differenti. L'uomo viene così continuamente coinvolto in un processo di continua ricerca di equilibrio, dove si trova ad affrontare nuove acquisizioni e allo stesso tempo perdite di abilità.

Per effettuare la misurazione di questa "Consapevolezza dei Cambiamenti Correlati all'Invecchiamento" (CCCI) è stato costruito un questionario ad hoc, che ha l'obiettivo di indagare il modo in cui la persona esaminata esperisce e percepisce l'avanzare dell'età, mettendo in luce sia gli aspetti positivi in termini di "guadagni" e sia aspetti negativi in termini di "perdite" correlati all'invecchiamento. Gli item del questionario vanno ad esplorare una serie di cambiamenti che possono verificarsi sulla dimensione fisica, cognitiva, emotiva e sociale, portando a riflettere sul modo in cui il soggetto ritiene che questi influenzino il proprio benessere complessivo. Nello specifico, i domini che vengono valutati sono: 1) la salute e il funzionamento fisico, 2) il funzionamento cognitivo, 3) le relazioni interpersonali, 4) il funzionamento socio-cognitivo e socio-emotivo, e 5) lo stile di vita e l'impegno (Diehl & Wahl, 2010).

Dai dati raccolti in letteratura il costrutto "Consapevolezza dei Cambiamenti Correlati all'invecchiamento" sembrerebbe meno suscettibile all'influenza sociale confrontandolo con l'Età soggettiva. Tuttavia, è importante notare che questo costrutto è ancora in fase di sviluppo e sono disponibili solo pochi studi che lo hanno esaminato in dettaglio. Sono così necessarie ulteriori indagini per approfondire al meglio questo costrutto e il suo ruolo nella percezione soggettiva dell'invecchiamento.

Nei paragrafi successivi, sarà esplorata la relazione tra la percezione soggettiva dell'invecchiamento e il funzionamento cognitivo e psicologico in anziani con invecchiamento tipico e patologico.

2.2 La visione soggettiva dell'invecchiamento e funzionamento cognitivo e psicologico in adulti-anziani con invecchiamento tipico

La relazione tra la percezione soggettiva dell'invecchiamento e il funzionamento cognitivo e psicologico negli anziani rappresenta un campo di ricerca significativo nell'ambito della Psicologia dell'invecchiamento e della Psicologia dello sviluppo. Comprendere la relazione tra la percezione soggettiva dell'invecchiamento e il funzionamento cognitivo e psicologico (aspetti emotivi, motivazionali e sociali della persona, compresi i suoi stati emotivi, la motivazione, l'autostima, la solitudine e il benessere percepito) può fornire importanti informazioni sulla qualità della vita e sull'adattamento psicosociale degli anziani, nonché fornire indicazioni rilevanti sull'organizzazione e poi sull'attuazione di programmi di prevenzione e tutela della salute.

2.2.1 Effetti sul funzionamento cognitivo

L'avanzare dell'età è comunemente associato ad un repentino declino della funzionalità complessiva e ad un peggioramento delle abilità cognitive. Tuttavia, questa visione risulta semplicistica, in quanto non tiene conto della complessità intrinseca al processo dell'invecchiamento e alle molteplici variabili che entrano in gioco. Vari studi condotti in campo scientifico hanno rilevato, infatti, come la percezione soggettiva dell'invecchiamento sia una tra le numerose variabili che influisce sulle prestazioni cognitive. È interessante notare che una percezione negativa dell'invecchiamento spesso si correla con prestazioni cognitive inferiori, mentre una percezione positiva può essere associata a un miglior funzionamento cognitivo (Wurm et al., 2017).

Il gruppo di ricerca guidato da Levy ha contribuito in modo significativo alla comprensione dell'importanza degli stereotipi sull'età e dell'invecchiamento soggettivo sulle prestazioni cognitive a lungo termine. In uno studio condotto in

un periodo di 38 anni, è emerso che gli individui con stereotipi più negativi mostrano prestazioni di memoria inferiori rispetto a coloro con stereotipi più positivi (Levy & Leifheit-Limson, 2009; Levy, Zonderman, Slade, & Ferrucci, 2011).

Nonostante l'effetto dell'età soggettiva sugli esiti relativi alla salute sia stato oggetto di ricerche meno frequenti, diversi studi hanno fornito prove sulle conseguenze a lungo termine dell'invecchiamento soggettivo sulla salute e sulla mortalità. In particolare, uno studio condotto da Stephan, Caudroit, Jaconelli e Terracciano (2014), che si è concentrato sulla memoria episodica e sulle capacità esecutive, ha dimostrato che i soggetti che dichiaravano di sentirsi "più giovani" rispetto alla loro età reale tendevano ad ottenere migliori prestazioni cognitive al follow-up dopo un periodo di dieci anni.

Ulteriori studi hanno fornito prove a sostegno della correlazione tra percezione dell'invecchiamento e qualità delle prestazioni cognitive, nello specifico concentrandosi sulla correlazione tra percezioni negative dell'invecchiamento e risultati inferiori su prove cognitive. Tali ricerche hanno rilevato una relazione tra l'invecchiamento soggettivo negativo e il declino delle funzioni cognitive, evidenziando come una percezione sfavorevole dell'invecchiamento possa influenzare negativamente il funzionamento cognitivo nel tempo (Robertson, King-Kallimanis, & Kenny, 2016; Seidler & Wolff, 2017; Siebert, Wahl, & Schröder, 2016).

2.2.2 Effetti sul funzionamento psicologico

Diverse ricerche hanno raccolto prove, assumendo una prospettiva a lungo termine, a sostegno del fatto che gli stereotipi sull'età hanno influenza su vari aspetti della salute umana. Ad esempio, uno studio condotto da Emile e alcuni suoi colleghi (2014) ha mostrato come gli individui con stereotipi negativi sull'invecchiamento presentavano percezioni soggettive peggiori della qualità della salute all'interno di un periodo di 9 mesi. Inoltre, uno studio condotto da Rothermund (2005) ha evidenziato che i partecipanti che avevano interiorizzato

stereotipi negativi sull'età ottenevano punteggi più elevati in termini di depressione dopo un follow-up di quattro anni. Queste evidenze suggeriscono che gli stereotipi sull'età possono avere un impatto significativo sulla salute a lungo termine e sul benessere psicologico delle persone (Wurm et al., 2017).

Alcuni studi sperimentali presenti nella letteratura, inoltre, hanno analizzato il ruolo dell'età soggettiva e il suo impatto in termini di salute. Essi hanno fornito ulteriori dati a sostegno della precedente tesi, dove si ritiene che la percezione soggettiva dell'invecchiamento soggettivo porti a lungo termine cambiamenti sulla salute. Da una meta-analisi recente che ha raccolto gli studi longitudinali sul tema è emerso che le persone che tendono ad interpretare il proprio invecchiamento in modo più positivo o si percepiscono più giovani di quanto siano realmente, presentano una migliore salute complessiva. Un esempio è lo studio condotto da Levy, Slade, Kunkel e Kasl (2002), in cui soggetti adulti con una percezione più positiva dell'invecchiamento vivevano, in media, 7,5 anni più a lungo rispetto a soggetti con una percezione più negativa, un effetto che persisteva anche dopo aver controllato altre possibili variabili influenti sui risultati. Inoltre, due recenti studi longitudinali hanno suggerito che sentirsi “più vecchi” aumenta il rischio di ospedalizzazione notturna negli anziani, al contrario percepirsi “più giovani” dell'invecchiamento diminuisce questo rischio (Stephan, Sutin e Terracciano, 2016; Sun, Kim e Smith, 2017). Allo stesso modo, uno studio condotto da Freemann e colleghi (2016) ha esaminato l'impatto della percezione soggettiva dell'invecchiamento sui disturbi mentali all'interno di un periodo di tempo di circa 2 anni e mezzo. Tale studio ha confermato il ruolo delle percezioni negative dell'età sulla crescita e sulla persistenza di sintomi depressivi e ansiogeni (Wurm et al., 2017).

Nel novembre 2019 è stata condotta una metanalisi sistematica sulla percezione soggettiva dell'invecchiamento e il benessere, selezionando solamente articoli che soddisfacevano i criteri di inclusione. La meta-analisi ha incluso ventiquattro set di dati indipendenti e ha analizzato i risultati complessivi. Da questi ultimi emerge una correlazione significativa tra un'età soggettiva percepita come “più giovane” e diversi indicatori di benessere

soggettivo, prestazioni cognitive e una riduzione dei sintomi depressivi ($r = .18$). Inoltre, è apparso come questa associazione risulti più pronunciata all'interno delle culture collettiviste ($r = .24$) rispetto a quelle individualiste ($r = .16$) (Alonso Debreczeni et al., 2020).

Altri resoconti teorici, raccolti all'interno della metanalisi di Alonso Debreczeni e colleghi nel 2020, hanno evidenziato risultati consistenti con la ricerca precedentemente menzionata. Ad esempio, è emerso che sentirsi più giovani rispetto all'età cronologica è associato a livelli più elevati di benessere soggettivo (Westerhof & Barrett, 2005) e a un maggior senso di soddisfazione nella vita (Ambrosi-Randić, Nekic, & Junakovic, 2018; Brothers, Miche, Wahl, & Diehl, 2017). Inoltre, è stato riscontrato che un'età soggettiva percepita come più giovane è correlata ad aspetti affettivi più positivi (Mock & Eibach, 2011; Westerhof & Barrett, 2005). Gli individui che si sentono più giovani tendono a sperimentare livelli più elevati di soddisfazione nella vita, un senso di significato nella propria esistenza, un maggiore ottimismo e un invecchiamento di maggior successo (Ambrosi Randić et al., 2018). Allo stesso modo, è stata riscontrata una correlazione tra sentirsi più giovani e una riduzione dei sintomi depressivi. Gli individui che percepiscono un'età soggettiva inferiore riportano un minor numero di sintomi depressivi (Spuling et al., 2013), hanno una minore probabilità di sperimentare un episodio depressivo maggiore (Keyes & Westerhof, 2012) e mostrano una riduzione dei sintomi della depressione nel complesso (Shrira, Bodner e Palgi, 2014).

2.3 Percezione soggettiva dell'invecchiamento nelle persone con demenza

In precedenza, nel paragrafo dedicato al tema delle demenze, sono stati presentati i dati più recenti in merito, come riportati dall'Organizzazione Mondiale della Sanità. Questi evidenziano la presenza di 55 milioni di persone affette da demenza in tutto il mondo, con circa 10 milioni di nuovi casi ogni anno (World Health Organization, 2023). Inoltre, i dati riportati dal Ministero della Salute indicano che la prevalenza della demenza nei paesi industrializzati si

aggira approssimativamente all'8% tra gli individui di età superiore ai 65 anni, salendo oltre il 20% tra gli ultranovantenni. In Italia, attualmente si stima che ci siano circa un milione di casi di demenza. Tali dati sottolineano un'indubbia situazione di emergenza dove è necessario affrontare e gestire al meglio tale fenomeno. Il ritmo di crescita osservato sembra richiedere un'attenzione particolare, per agire in modo preventivo ed efficace, al fine di rispondere alla crescente domanda di cure.

Nonostante l'incidenza dei disturbi neurodegenerativi, pochi sono ad oggi gli studi che hanno indagato la visione soggettiva dell'invecchiamento in anziani con patologie croniche come la demenza.

Uno degli studi che ha affrontato questo tema è stato condotto da Prasad e colleghi (2021). Con questo lavoro si è esplorata l'associazione tra le nuove diagnosi di condizioni di salute croniche e la *felt age*, osservando inoltre come la variabile "età cronologica" possa influire in tale relazione. Lo studio ha raccolto dati da un campione di partecipanti con età superiore ai 50 anni nel 2010 e successivamente nel 2014. I risultati hanno evidenziato un legame tra le nuove diagnosi di condizioni di salute croniche e le variazioni nella percezione soggettiva dell'età. In particolare, è emerso che ogni nuova diagnosi era correlata in modo significativo ad un aumento di 0.68 anni nella *felt age* riportata nel 2014 rispetto alla *felt age* riportata quattro anni prima. Tuttavia, è importante notare che questo aumento nella *felt age* è stato attenuato di 0.05 anni per ogni anno in più dell'età reale della persona nel 2010. I risultati suggeriscono, quindi, che l'impatto della diagnosi di condizioni di salute croniche sulla percezione soggettiva dell'età può variare in base all'età cronologica delle persone coinvolte nello studio. Tale dinamica è stata interpretata dagli autori come il risultato delle aspettative di una migliore salute nelle fasce di età cronologiche più giovani. Pertanto, la diagnosi di condizioni di salute croniche può avere un'associazione più significativa con la *felt age* tra le persone di mezza età rispetto a quelle più anziane.

Un altro studio rilevante per l'oggetto di indagine è stato condotto da Jaconelli e colleghi (2016). Gli esperti hanno confrontato le valutazioni soggettive dell'età

tra un campione di anziani affetti da demenza e un campione di anziani con invecchiamento tipico, utilizzando dati provenienti da due campioni trasversali in Francia e negli Stati Uniti. I risultati hanno rilevato che non vi erano differenze significative nelle valutazioni tra i due gruppi analizzati, anche dopo aver controllato l'influenza di variabili come per esempio il sesso, l'età cronologica, l'istruzione e la salute autovalutata. Questo studio suggerisce che non sussistano differenze significative nell'esperienza soggettiva dell'età tra individui con e senza demenza.

Sono molteplici i motivi che potrebbero spiegare la mancanza di influenza della demenza sulla percezione soggettiva dell'età, nonostante i sintomi cognitivi, funzionali e comportamentali associati alla malattia. Ad esempio, uno dei sintomi tipici della demenza è la difficoltà nel codificare le nuove informazioni nella memoria a lungo termine, cosa che potrebbe contribuire ad una valutazione di sé più stabile, non facilmente modificabile a causa di questo deficit. Inoltre, molti pazienti con demenza presentano anche una condizione chiamata "anosognosia", che si traduce nella mancanza di consapevolezza o nella negazione dei deficit cognitivi e delle limitazioni funzionali (Kotler-Cope & Camp, 1995). Gli individui affetti da demenza potrebbero non riconoscere pienamente o accettare la presenza della malattia stessa, il che potrebbe influenzare la percezione dell'età e contrastare una visione negativa del proprio funzionamento. L'anosognosia è, infatti, associata ad autovalutazioni più positive e peggiora sempre progressivamente con l'avanzare della demenza (Clare, Marková, Verhey e Kenny, 2005; Conde-Sala et al., 2014). Pertanto, rispetto alle loro persone cognitivamente sane, gli individui con demenza risultano meno sensibili al deterioramento cognitivo e fisico quando si attribuiscono un'Età soggettiva. Inoltre, ulteriori ricerche hanno evidenziato che le persone con demenza tendono a sottostimare i cambiamenti nei tratti di personalità tipici della patologia (Duchek, Balota, Storandt, & Larsen, 2007; Pocnet, Rossier, Antonietti, & Gunten, 2011). Questo fenomeno è legato alla difficoltà nel modificare l'immagine di sé che la persona ha costruito nel tempo, continuando a valutare i tratti di personalità precedenti e trascurando quelli attuali (Rankin et al., 2005).

Un'altra ricerca recente di interesse sul tema è stata condotta da Sabatini e colleghi (2022). All'interno dell'articolo sono stati esaminati gli *"attitudes toward own aging"* (ATOA), ovvero gli atteggiamenti verso il proprio invecchiamento sia in individui con demenza che in individui con invecchiamento tipico. Lo studio si è proposto di valutare eventuali differenze negli atteggiamenti verso l'invecchiamento tra i due gruppi. I ricercatori hanno analizzato le risposte dei partecipanti dove emergeva una apparentemente differenza tra i due gruppi: i pazienti con demenza tendevano a presentare degli ATOA leggermente più negativi rispetto alle persone senza demenza. Tuttavia, è importante sottolineare che questa relazione tra demenza e ATOA è stata spiegata dalla presenza di sintomi depressivi e dall'autovalutazione del proprio stato di salute. Ciò suggerisce che gli atteggiamenti verso l'invecchiamento nella demenza possono essere influenzati da altri fattori aggiuntivi, oltre al solo deterioramento cognitivo. Ad esempio, tra i pazienti con demenza, coloro che presentano la malattia di Parkinson o la demenza con corpi di Lewy possono avere un rischio maggiore di sperimentare ATOA negativi a causa delle menomazioni motorie e visive che caratterizzano tali condizioni. Di conseguenza, tale studio riporta alla fine che non sembrano esserci differenze significative negli ATOA tra i due gruppi d'indagine.

Un altro studio da considerare è stato condotto da Stephan e colleghi (2018), il quale ha fornito risultati significativi. Questo studio longitudinale ha esaminato l'associazione tra l'età soggettiva e la demenza, e ha rilevato che tale associazione è stata parzialmente spiegata dai sintomi depressivi. Quando i partecipanti dichiaravano di "percepirsi più vecchi" si è notato come tale dato fosse correlato ad una presenza di sintomi depressivi (Choi & DiNitto, 2014). Questi risultati suggeriscono che i sintomi depressivi possono fungere da mediatore nell'associazione tra età soggettiva e demenza. Ciò implica che le persone che percepiscono sé stesse come più vecchie potrebbero sperimentare una maggiore presenza di sintomi depressivi, e tali sintomi a loro volta possono aumentare il rischio di sviluppare la demenza (Mirza et al., 2014; Tolppanen et al., 2015).

Un altro studio recente sempre condotto da Sabatini e i collaboratori (2021) è stato realizzato con l'obiettivo di indagare la relazione tra gli ATOA, la giovane età percepita, la qualità di vita e la percezione di benessere in pazienti con demenza. Partendo dal presupposto che gli anziani con invecchiamento tipico che presentano ATOA positivi e/o *felt age* inferiore rispetto alla loro età cronologica (cioè si percepiscono più giovani della loro età) sono associati ad una migliore qualità della vita, una maggiore soddisfazione di vita, una maggiore percezione di benessere e minori sintomi depressivi, i ricercatori hanno voluto esplorare se lo stesso meccanismo si applica anche ai pazienti con demenza. I risultati dello studio hanno confermato che anche nei pazienti con demenza, avere atteggiamenti positivi verso l'invecchiamento e/o una percezione di sé più giovane della propria età cronologica sono correlati a una migliore qualità della vita, maggiore soddisfazione di vita, una maggiore percezione di benessere e una riduzione dei sintomi depressivi. Questi fattori psicologici possono rappresentare delle risorse benefiche che contribuiscono alla capacità dei pazienti di esperire al meglio il proprio invecchiamento nonostante la patologia in essere. Inoltre, secondo gli autori i risultati suggeriscono che promuovere una percezione più positiva dell'invecchiamento a livello sociale potrebbe svolgere un ruolo importante nel dotare le persone con demenza della resilienza necessaria per affrontare in modo positivo la diagnosi e migliorare il supporto disponibile per loro.

In sintesi, la maggior parte degli studi si focalizza sull'invecchiamento tipico ed è concorde nel dire che una percezione più positiva del proprio invecchiamento (es. sentirsi più giovani, avere atteggiamenti più positivi, avere minor consapevolezza dei danni età relati) si associa a migliori outcome di salute fisica cognitiva e psicologica. Pertanto questo è un fattore di emergente interesse perché protettivo e importante per favorire il benessere e la qualità di vita nella persona adulta-anziana e favorire un invecchiamento in salute. Pochi studi hanno analizzato questi aspetti in persone con demenza. Sebbene si possa ipotizzare che questa condizione influenzi negativamente il vissuto soggettivo della persona rispetto al proprio invecchiamento, gli studi non sono concordi e sembra che non vi siano differenze con gli anziani con

invecchiamento tipico. Anche nel caso delle persone con demenza il vissuto soggettivo sembra essere associato ad umore, qualità di vita e benessere.

Il prossimo capitolo presenta uno studio che ha voluto approfondire questo tema ancora poco indagato, nel contesto specifico di pazienti residenti in RSA. Il presente lavoro rappresenta un contributo personale volto a colmare questa lacuna nella ricerca e aumentare la comprensione della percezione soggettiva dell'invecchiamento in relazione a diversi profili di funzionamento cognitivo e psicologico.

È importante notare come la maggior parte degli studi condotti finora sono focalizzati su anziani con invecchiamento tipico, mentre la ricerca specifica su persone affette da demenza risulta limitata. Pertanto, al fine di colmare questa lacuna, il presente studio si è concentrato sugli anziani residenti in RSA e che presentano diversi profili cognitivi. È altresì rilevante sottolineare come l'ingresso in una struttura residenziale rappresenta un'opzione frequente che viene scelta dalle famiglie per rispondere alle necessità di assistenza dei propri cari anziani. Si riconosce che tale transizione rappresenta un processo delicato sia per l'anziano che per i caregiver informali. Pertanto, nell'ambito di questa ricerca, si è dedicata particolare attenzione al modo in cui è vissuta questa esperienza, tenendo conto dello stile di vita e della routine di anziani residenti in RSA da almeno 10 mesi.

CAPITOLO III

“La percezione soggettiva dell’invecchiamento in anziani residenti in RSA”

3.1 Obiettivi

Il presente studio è parte di un progetto di ricerca più ampio che si propone di analizzare la relazione tra la percezione soggettiva dell'invecchiamento e il funzionamento cognitivo e il funzionamento psicologico in anziani con diverso profilo di funzionamento cognitivo residenti in struttura.

Questo elaborato, in particolare, ha avuto l'obiettivo di analizzare se vi fossero differenze nella percezione soggettiva dell'invecchiamento -in termini di età percepita, consapevolezza dei cambiamenti correlati all'età e stereotipi sull'invecchiamento - in anziani residenti in RSA con diverso profilo di funzionamento cognitivo. Inoltre, è stato analizzato la relazione tra la presenza di sintomi depressivi e la percezione soggettiva dell'invecchiamento.

Sulla base della letteratura presente, illustrata all'interno del “Capitolo II”, non erano attese differenze nella percezione dell'invecchiamento soggettivo (Jaconelli et al., 2016; Sabatini e al., 2022;) . D'altra parte, sempre in accordo con la letteratura, ci si aspettava che una minore presenza di sintomi depressivi fosse associata a una percezione più positiva dell'invecchiamento (Stephan et al, 2018).

3.2 Metodo

3.2.1. Partecipanti

La ricerca ha coinvolto un campione di 29 adulti-anziani, di cui 23 donne e 6 uomini, residenti presso la RSA “CSA - Villa Fiorita e Villa Althea” che ha sede a Spinea (VE). Essi hanno partecipato al progetto in modo volontario, previa informativa delle loro famiglie e approvazione degli amministratori di sostegno

se presenti. I partecipanti sono stati selezionati sulla base del loro profilo di funzionamento cognitivo, valutato tramite la somministrazione del *Mini-Mental State Examination (MMSE)*, con un punteggio pari o superiore a 18.

Per la selezione del campione, oltre al profilo di funzionamento cognitivo dei partecipanti, sono state valutate altre variabili che avrebbero potuto influire negativamente sulla partecipazione e sulla validità dei dati raccolti, quali la capacità di comprensione e di comunicazione, nonché la qualità del comportamento nella relazione con l'altro. Per tale ragione, sono esclusi partecipanti con un livello di funzionamento cognitivo compatibile con la soglia considerata ma che presentavano difficoltà nella ricezione degli stimoli uditivi a causa di ipoacusie significative. Inoltre, sono state escluse persone che manifestavano con frequenza disturbi nel comportamento tendenzialmente di tipo oppositivo.

In Tabella 3.1 sono presentate le statistiche descrittive delle caratteristiche socio-demografiche dei partecipanti, divisi in base al profilo cognitivo.

Tabella 3.1. Medie (M) e deviazioni standard (DS) delle caratteristiche demografiche e della prestazione nelle prove di screening per gruppo.

	Nessun deterioramento cognitivo N = 10 (8 femmine)		Demenza lieve N= 19 (15 femmine)	
	M	DS	M	DS
Età (anni)	78.10	9.74	84.80	9.48
Scolarità (anni)	7.10	4.04	6.32	2.47
MMSE	26.51	1.46	21.31	2.25
GDS	6.60	3.98	5.26	3.03
Degenza (mesi)	36.40	37.77	20.68	16.28

Note: MMSE = Mini Mental State Examination; GDS = Geriatric Depression Scale.

Il campione iniziale è stato suddiviso in due gruppi sulla base dei risultati ottenuti con l'esecuzione del Mini Mental State Examination (MMSE) condotto entro l'anno. Nel primo gruppo sono stati inclusi i partecipanti che hanno ottenuto punteggi compresi tra 25.00 e 28.80. Alcune persone racchiuse in questo gruppo hanno cominciato a manifestare lievi difficoltà iniziali nel funzionamento cognitivo, ma queste non sono sufficienti per la diagnosi di demenza. Nonostante queste difficoltà, i punteggi ottenuti si collocano ancora entro i limiti considerati normali e non mostrano segni evidenti di deterioramento cognitivo. Nel secondo gruppo sono stati inclusi, invece, i partecipanti che hanno ottenuto punteggi compresi tra 18.00 e 24.40. Questi punteggi indicano la presenza di una compromissione lieve-moderata del funzionamento cognitivo. I due gruppi non differiscono per età ($t_{(27)} = -1.79$; $p = .08$), scolarità ($t_{(27)} = 0.65$; $p = .52$), punteggio alla GDS ($t_{(27)} = 1.01$; $p = .32$), salute fisica ($t_{(27)} = 0.73$; $p = .47$), salute mentale ($t_{(27)} = -0.21$; $p = .84$), durata della degenza in struttura ($t_{(27)} = 1.58$; $p = .13$) e distribuzione di maschi e femmine ($\chi^2 = .004$; $p = .95$).

La maggior parte dei partecipanti è entrata in RSA dal proprio domicilio, a causa del progressivo peggioramento delle loro condizioni fisiche o cognitive che hanno compromesso l'autonomia. Alcuni partecipanti sono stati ricoverati in seguito a problematiche di tipo fisico, come infarto o emorragia/aneurisma cerebrale, mentre altri sono stati ricoverati a seguito di incidenti, come cadute accidentali. Questi eventi hanno reso necessaria l'assistenza e la cura fornite dalla RSA per garantire il benessere e la sicurezza degli anziani.

La maggior parte dei partecipanti può contare su una solida rete familiare, che li visita in struttura al massimo due volte alla settimana. In aggiunta o in alternativa, mantengono un contatto regolare attraverso telefonate utilizzando il proprio cellulare personale o i dispositivi messi a disposizione dalla RSA. Questo supporto familiare contribuisce a mantenere un legame affettivo e un sostegno emotivo per i pazienti durante il loro soggiorno nella RSA. Inoltre, tutti i partecipanti vengono regolarmente stimolati e coinvolti nelle attività quotidiane offerte dalla struttura che includono programmi di fisioterapia, attività educative e psicologiche, sia in gruppi che in forma individuale. Queste attività mirano a favorire il benessere fisico e mentale e a conservare le capacità residue e le autonomie degli anziani. È importante sottolineare che il campione selezionato comprende persone che risiedono nella RSA da almeno un anno, il che indica una certa stabilità e continuità nel loro percorso di cura e assistenza.

3.2.2 Materiali¹

Percezione soggettiva dell'invecchiamento

**Età percepita.* Con tale denominazione ci si riferisce alla percezione che il partecipante ha della propria età indipendentemente dall'età anagrafica effettiva. Essa è stata misurata inserendo all'interno del questionario conoscitivo due quesiti, ovvero "Si sente più giovane, la sua età o più vecchio della sua età?" e "Quanti anni si sente?". Tali domande sono state poste portando il soggetto a valutare sia "l'età mentale" sia "l'età fisica".

¹ Le prove e questionari considerati nel presente elaborato sono segnalate da un asterisco.

Le variabili dipendenti sono la differenza relativa tra età mentale e fisica percepita, rispettivamente, e l'età cronologica. I punteggi positivi indicano che il soggetto si sente "più vecchio" rispetto alla propria età cronologica, mentre punteggi negativi indicano che lo stesso si sente "più giovane" rispetto alla propria età cronologica.

**Consapevolezza dei Cambiamenti Correlati all'Invecchiamento* (CCCI-10 item; adattato da Brothers et al., 2013). Si tratta di un questionario strutturato composto da 10 affermazioni relative la percezione e l'esperienza del proprio invecchiamento, e ai cambiamenti positivi (guadagni) e negativi (perdite) correlati all'invecchiamento in 5 domini, ovvero salute fisica funzionamento cognitivo stili di vita relazioni interpersonali funzionamento social-emotivo. La persona è chiamata ad indicare il proprio grado di accordo rispetto a ciascuna proposizione su una scala di tipo Likert a 5 punti che va da 1 = "Per nulla" a 5 = "Molto".

Le variabili dipendenti sono date dalla somma dei punteggi agli item relativi rispettivamente ai guadagni (CCCI-Benefici) e alle perdite (CCCI-Danni) legate all'invecchiamento, a maggiori punteggi corrisponde una maggior consapevolezza dei guadagni e delle perdite età-relate.

**Attitude Toward Own Aging Sub-Scale* (ATOA; Lawton, 1975). Esso è un breve questionario costituito da 5 affermazioni che vanno ad indagare l'atteggiamento generale dei partecipanti nei confronti del proprio invecchiamento. Ai partecipanti è richiesto di esprimere il proprio grado di accordo con ciascuna affermazione, scegliendo tra le opzioni "fortemente in disaccordo", "in disaccordo", "d'accordo" e "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 sugli stereotipi legati all'invecchiamento (adattato da Chaasten et al., 2002). È uno strumento costruito per indagare gli stereotipi associati

all'invecchiamento e l'impatto che questi possono avere sulla percezione dell'anzianità e sull'auto-percezione dell'invecchiamento. Consiste in una selezione di 12 aggettivi di cui 6 sono considerati "positivi" (saggio, sano, generoso, curioso, paziente, ottimista) e 6 "negativi" (fragile, pigro, solo, avido, rancoroso, vanitoso). Il partecipante deve indicare quanto ciascun aggettivo sia rappresentativo delle persone anziane su una scala Likert a 5 punti, che vanno da 1 = "per nulla rappresentativo" a 5 = "molto rappresentativo". La selezione degli aggettivi è stata effettuata in modo tale da coprire varie caratteristiche associate tipicamente all'invecchiamento, permettendo così una rilevazione completa degli stereotipi che hanno i soggetti dello studio.

Le variabili indipendenti sono date dalla somma dei punteggi assegnati, rispettivamente, a ciascun aggettivo positivo e negativo. Maggiori punteggi indicano una maggior presenza, rispettivamente, di stereotipi positivi e negativi nei confronti della persona anziana.

Funzionamento psicologico ed emotivo

**Geriatric Depression Scale (GDS-15, adattata da Yasavage, 1987).* Si tratta di un questionario che viene generalmente utilizzato come strumento di screening per la presenza di sintomatologia depressiva nell'adulto-anziano. Si compone di 15 item, costruite per valutare una serie di sintomi tipici del quadro depressivo, come per esempio l'umore deflesso, la perdita di interesse, la noia, l'astenia, la percezione negativa di sé, della propria esistenza e del proprio futuro. Il questionario prevede risposte a scelta dicotomica "Sì/No".

La variabile dipendente è data dalla somma dei punteggi assegnati a ciascun item, e ad un punteggio più elevato corrisponde la presenza di sintomi depressivi.

Questionario di Solitudine Sociale ed Emotiva (Capotosto e coll., 2017). Tale strumento ha lo scopo di esaminare la presenza e l'intensità della solitudine sociale ed emotiva. Esso è la versione italiana della "*Social and Emotional Loneliness Scale*" (De Jong Gierveld & Van Tilburg, 2006). Questo questionario

è costituito da 6 item, tre che indagano la solitudine sociale (es. “ci sono tante persone di cui mi posso fidare completamente) e tre la solitudine emotiva (es. vivo un generale senso di vuoto) percepita dall’individuo. Per ciascuna proposizione, il partecipante è chiamato ad esprimere il suo grado di accordo su una scala Likert a 5 punti, da 0 = “Assolutamente vero” a 5 = “Assolutamente no”.

Le variabili dipendenti sono ottenute sommando le risposte agli item che compongono ciascuna sotto-scale, ovvero solitudine sociale ed emotiva. Un punteggio maggiore va ad indicare una minore percezione di solitudine sociale ed emotiva percepita.

Positive and Negative Affect Scales (PANAS; Terracciano et al., 2003). Esso è un questionario finalizzato a rilevare le diverse sensazioni ed emozioni vissute dal soggetto nell’ultima settimana. Il test è costituito da 20 aggettivi che descrivono diverse tipologie di stati affettivi, 10 positivi (es. entusiasmo, interesse, determinazione, attività) e 10 negativi (es. angoscia, senso di colpa, ostilità, vergogna). Il partecipante deve indicare, su una scala Likert a 5 punti, quanto ciascun aggettivo esprime quello che ha provato ed esperito nell’ultima settimana, da 1 = “per niente” a 5 = “estremamente”.

Le variabili dipendenti sono date dalla somma dei punteggi assegnati, rispettivamente, agli aggettivi positivi (PANAS-P), e agli aggettivi negativi (PANAS-N), a maggior punteggio corrispondono, rispettivamente, uno stato affettivo più negativo e positivo.

Self-Deceptive Enhancement (SDE, Bobbio & Manganelli, 2011). Questo strumento è una scala di valutazione della desiderabilità sociale. Esso ha come scopo l’andare a misurare la tendenza dei partecipanti a fornire risposte socialmente desiderabili, ovvero risposte che cercano di porre il soggetto sotto una luce positiva agli occhi dell’altro, anche a condizione che non siano rappresentative della realtà. La scala è costituita da 8 item, che contengono affermazioni in prima persona su caratteristiche positive (es. “sono una persona completamente razionale”). Il partecipante è chiamato ad indicare il proprio

grado di accordo con ciascuna affermazione su una scala Likert che va da “fortemente in disaccordo” a “fortemente d’accordo”.

La variabile dipendente è data dalla somma dei punteggi attribuiti a ciascun item, a punteggi più elevati corrisponde una maggior tendenza a fornire risposte socialmente desiderabili e a proporsi in modo positivo agli altri.

Funzionamento cognitivo

Montreal Cognitive Assessment - BLIND (MoCA-BLIND; Wittich et al., 2010). Questo test è una versione abbreviata, somministrabile anche da remoto, dell’originale *Montreal Cognitive Assessment*, in cui sono stati esclusi stimoli di tipo visivo. Viene utilizzato come test di screening per valutare il funzionamento cognitivo generale, ed esamina diversi domini tra cui l’attenzione, la memoria, il linguaggio, il calcolo e le abilità esecutive.

La variabile dipendente è data dalla somma dei punteggi ottenuti nelle diverse prove del test (max=22).

Span di cifre all'indietro (De Beni et al., 2008). In questa prova di memoria di lavoro vengono presentate al partecipante stringhe di cifre di lunghezza crescente (da 2 a 8 cifre), e gli viene chiesto di ripeterle nell’ordine inverso rispetto a quello di presentazione. La prova è adattiva: per ogni livello di difficoltà vengono proposte due stringhe di cifre, la prova termina quando il partecipante non ripete correttamente -nell’ordine inverso di presentazione- due stringhe dello stesso livello di difficoltà.

La variabile dipendente è data dalla somma delle stringhe di cifre correttamente riportate.

Aging Concerns Scales e Independence e Alzheimer's Likelihood (ACS; Lachman et al., 1995). Le sottoscale includono rispettivamente 3 e 4 quesiti che vanno ad indagare la preoccupazione rispetto ai cambiamenti delle proprie abilità mentale, nello specifico nella memoria; ad esempio, viene chiesto “Invecchiando, avrò bisogno di chiedere ad altri di ricordare cose per me”. In totale il questionario è costituito da 8 item, per cui il partecipante deve

esprimere il proprio accordo o disaccordo usando una scala Likert a 7 punti, da 1 “per nulla d’accordo” a 7 per “completamente d’accordo”.

Le variabili dipendenti sono date dalla somma dei punteggi attribuiti a ciascun item che compone le due sotto-scale, a maggior punteggio corrisponde, in generale, una maggior preoccupazione per il possibile declino cognitivo legato all'età.

Personalità

Big-Five Inventory 10-item (BFI-10) (Guido et al., 2015). Esso è un questionario ampiamente utilizzato per valutare la personalità, indagando per l'appunto 5 tratti che sono stati definiti come i “Big five”: estroversione, gradevolezza, coscienziosità, nevroticismo e apertura mentale. Il *BFI-10* è una versione abbreviata del “*Big-Five Inventory*” originale, il quale è costituito da 44 item, che include soli 10 item (2 per ogni tratto di personalità), ovvero aggettivi o brevi affermazioni che descrivono alcune caratteristiche di personalità. Ad esempio, per valutare il tratto della socievolezza, viene domandato al partecipante: “Mi vedo come una persona che è spigliata e socievole”. Al partecipante viene chiesto di rispondere ad ogni affermazione scegliendo una delle cinque opzioni di risposta che meglio rispecchiano il suo grado di accordo con ciascuna affermazione, da "per niente d'accordo" a "del tutto d'accordo".

Le variabili dipendenti sono date dalla somma dei punteggi attribuiti dal partecipante agli item corrispondenti ai 5 tratti di personalità. Maggiore è il punteggio ottenuto, maggiore è il livello del tratto di personalità a cui si riferisce.

3.2.3 Procedura

Prima dell'inizio della sperimentazione, è stato consegnato ai potenziali partecipanti un modulo informativo e di consenso alla partecipazione e al trattamento dei dati. Questo documento contiene una descrizione accurata della ricerca, inclusi gli obiettivi, la metodologia, il luogo e la durata della stessa, e richiede l'autorizzazione del partecipante o del suo amministratore di sostegno al trattamento dei dati personali. Una volta ottenuto il consenso firmato alla

partecipazione alla ricerca e al trattamento dei dati personali, la sperimentazione è stata avviata. I partecipanti sono stati coinvolti in due incontri individuali della durata di circa 40 minuti ciascuno, programmati nell'arco di due settimane. Gli incontri sono stati condotti in presenza all'interno di un ufficio messo a disposizione dalla struttura che ha ospitato la ricerca.

Durante il primo incontro, lo sperimentatore ha iniziato con la raccolta di informazioni anagrafiche e socio-demografiche dei partecipanti. In seguito, sono state poste domande circa l'età soggettiva fisica e mentale, nonché la qualità di salute fisica e mentale percepita. Lo sperimentatore ha poi guidato i partecipanti nella compilazione delle seguenti prove e questionari: *Montreal Cognitive Assessment - BLIND (MoCa-Blind)*, *Consapevolezza dei Cambiamenti Correlati all'Invecchiamento (CCCI)*, *Big-Five Inventory 10-item*, dell'*Attitude Toward Own Aging Sub-Scale (ATOA)* e del *Questionario di Solitudine Sociale ed Emotiva*.

Durante il secondo incontro, lo sperimentatore ha proposto al partecipante la prova "Span di cifre all'indietro". È poi stato somministrato un questionario composto da un quesito che valuta la soddisfazione circa le proprie abilità mentali e dalle sottoscale *Aging Concerns Scale* e *Independence e Alzheimer's Likelihood (ACS)*. In seguito, sono stati somministrati il *Positive and Negative Affect Scales (PANAS)*, il *Questionario sugli stereotipi legato all'invecchiamento*, il *Self-Deceptive Enhancement (SDE)*, il *Geriatric Depression Scale (GDS)*.

Alla conclusione di entrambi gli incontri, si è ringraziato il partecipante per la sua collaborazione e per il tempo dedicato alla partecipazione allo studio.

3.3 Risultati

In primo luogo, si è voluto esaminare se vi fossero differenze tra i due gruppi nei diversi indicatori di invecchiamento soggettivo. Per tale ragione sono stati effettuati dei *t-test* per campioni indipendenti con la variabile gruppo (nessun deterioramento vs demenza lieve) come fattore e i punteggi di età mentale e

fisica percepite (*felt age mentale e felt age fisica*), atteggiamenti verso l'invecchiamento (ATOA) e valutazioni dei benefici e dei danni correlati all'invecchiamento (CCCI-Benefici e CCCI-Danni) come variabili dipendenti. I risultati sono presentati in Tabella 3.2.

Tabella 3.2. Medie (M) e Deviazioni standard (DS) dei costrutti che definiscono la visione personale dell'invecchiamento e t-test per campioni indipendenti per la variabile gruppo (nessun deterioramento cognitivo vs demenza lieve).

	Nessun deterioramento cognitivo		Demenza lieve		$t_{(27)}$	p
	M	DS	M	DS		
Felt age mentale	-0.12	0.21	-0.12	0.13	0.04	0.97
Felt age fisica	-0.05	0.21	-0,09	0.12	0.74	0.47
ATOA	12.80	4.52	12.63	2.98	0.12	0.90
CCCI-Benefici	15.70	4.03	15.42	4.05	0.18	0.86
CCCI-Danni	12.00	4.08	12.21	3.98	-0,13	0.90

Note: Felt age = età percepita; ATOA = questionario sugli atteggiamenti verso l'invecchiamento; CCCI = Consapevolezza dei Cambiamenti Correlati all'Invecchiamento in termine di benefici e danni legati all'avanzare dell'età.

Dai risultati non sono emerse differenze significative tra i due gruppi in nessuna delle misure di invecchiamento soggettivo.

Successivamente, per esaminare la relazione tra sintomatologia depressiva e percezione del proprio invecchiamento, sono state calcolate delle correlazioni di Pearson tra i punteggi alla GDS e i diversi indicatori di invecchiamento soggettivo (si veda Tabella 3.3).

Dai risultati è emersa una correlazione significativa, negativa e di medie dimensioni tra punteggi alla scala GDS e i punteggi al questionario ATOA ($r = -.67; p < .01$). Ciò indica che coloro che hanno riportato un atteggiamento più positivo verso il proprio invecchiamento hanno anche mostrato minor sintomatologia depressiva. È emersa anche una correlazione significativa positiva e di medie dimensioni tra i punteggi alla scala GDS e i punteggi alla scala CCCI-danni ($r = -.38; p < .01$). Questo suggerisce che coloro che presentano sintomi depressivi più pronunciati hanno anche una maggiore consapevolezza dei danni legati all'invecchiamento.

Dall'analisi sono emerse, inoltre, delle correlazioni significative tra i diversi indicatori di invecchiamento soggettivo. In particolare, è emersa una correlazione significativa tra *felt age mentale* e la scala CCCI-benefici ($r = -.48; p < .01$); è stata osservata poi una correlazione significativa tra *felt age fisica*, ATOA ($r = -.48; p < .01$) e CCCI-benefici ($r = -.55; p < .01$). Ciò suggerisce che coloro che tendono a percepirsi mentalmente e fisicamente più giovani della loro età riportano una maggior consapevolezza di benefici età-relati, e coloro che si percepiscono fisicamente più giovani mostrano un atteggiamento più positivo verso il loro invecchiamento. Sono emerse delle correlazioni significative tra l'ATOA e sia la scala CCCI-benefici ($r = 0.55; p < .01$) sia la scala CCCI-danni ($r = -0.46; p < .01$). Questi risultati indicano che un atteggiamento positivo verso il proprio invecchiamento è associato a una maggiore consapevolezza dei benefici e a una minore consapevolezza dei danni legati all'età.

Tabella 3.3 Matrice di correlazioni tra le variabili di interesse.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1. Età	-								
2. Genere	0.61**	-							
3. Scolarità	-0.61**	-0.41*	-						
4. Durata degenza	-0.27	0.13	-0.08	-					
5. GDS	-0.15	-0.25	0.12	0.23	-				
6. Felt Age mentale	-0.27	0.02	-0.07	0.09	0.12	-			
7. Felt Age fisica	0.36	0.01	0.10	0.16	0.25	0,72**	-		
8. ATOA	0.03	0.23	0.12	0.04	-0.67**	-0.32	-0.48**	-	
9. CCCI Benefici	0.22	0.05	0.16	-0.12	-0.12	-0.48**	-0.55**	0.55**	-
10. CCCI Danni	0.04	0.04	-0.33	0,38	0.38*	0.18	0.30	-0.46*	-0.26

Note: GDS= Geriatric Depression State; Felt age = età percepita; ATOA = questionario sugli atteggiamenti verso l'invecchiamento; CCCI = Consapevolezza dei Cambiamenti Correlati all'Invecchiamento in termine di benefici e danni legati all'avanzare dell'età.

*p < .05; **p < .01; *p < .001

Infine, non sono emerse correlazioni significative tra le caratteristiche socio-demografiche dei partecipanti e gli indicatori di invecchiamento soggettivo. Tuttavia, è stata osservata una correlazione significativa e negativa tra la durata della degenza in struttura e i punteggi alla scala CCCI-Danni ($r = .37$; $p < .01$). Ciò indica che coloro che risiedono nella struttura da un periodo più lungo hanno riportato una maggiore consapevolezza dei danni legati all'invecchiamento.

3.4 Discussione e conclusione

L'invecchiamento sta assumendo un ruolo via via più centrale nella nostra società, comprenderne i meccanismi e le sfaccettature è quanto mai prima determinante per la qualità della vita di moltissime persone. Questo lavoro si è posto l'obiettivo di indagare la percezione che persone anziane che risiedono in una struttura hanno del proprio invecchiamento, in rapporto a diversi profili di funzionamento cognitivo e in relazione alla presenza o meno di sintomatologia depressiva.

In linea con quanto atteso, dai risultati non sono emerse differenze tra i due gruppi negli indicatori di invecchiamento. Questo sembra confermare la letteratura precedente (Jaconelli et al., 2016; Sabatini e al., 2022;) che mostra come il livello di funzionamento cognitivo non sembra influenzare in modo significativo la percezione che gli anziani hanno del proprio invecchiamento.

Dai risultati è emersa poi una correlazione negativa tra punteggi alla scala GDS e i punteggi al questionario ATOA. Questo risultato è in linea con le ipotesi e gli studi precedenti, che hanno riportato una correlazione negativa tra la presenza di sintomi depressivi e la percezione del proprio invecchiamento (Stephan et al, 2018).

In modo innovativo rispetto alle ricerche precedenti, in questo studio sono stati utilizzati diversi indicatori di invecchiamento soggettivo, ovvero età percepita, atteggiamenti verso il proprio invecchiamento (ATOA) e consapevolezza dei benefici correlati all'invecchiamento (CCCI), che sembrano essere tra loro

associati. Nonostante misurino aspetti diversi della visione soggettiva dell'invecchiamento, dai risultati, infatti, è emerso come coloro che si percepiscono mentalmente più giovani della loro età tendono a riconoscere maggiormente i benefici associati all'invecchiamento, coloro che si percepiscono fisicamente più giovani della loro età mostrano un atteggiamento più positivo verso l'invecchiamento e sono più inclini a riconoscere i benefici legati all'avanzare dell'età e come un atteggiamento positivo verso il proprio invecchiamento sia associato ad una maggiore consapevolezza dei benefici e una minore consapevolezza dei danni associati all'età. Questo suggerisce l'importanza di considerare diversi indicatori e approfondire la loro relazione in studi futuri.

Un altro risultato interessante emerso nello studio è l'associazione tra la durata della degenza e i punteggi alla scala CCCI-Danni. È stata identificata una correlazione significativa e negativa, suggerendo che una permanenza prolungata in RSA tenderebbe ad essere associata a punteggi più elevati in termini di consapevolezza dei danni correlati all'invecchiamento. Questo risultato sembra suggerire come il vivere quotidianamente situazioni di sofferenza, episodi di patologia acuta o anche possibili decessi possa a lungo termine influenzare il modo in cui i residenti percepiscono il proprio stesso invecchiamento. Risulta quindi importante approfondire questi aspetti; sebbene queste strutture siano già improntate su un modello residenziale meno ospedalizzato possibile e adottino approcci di cura che hanno l'obiettivo di sostenere e stimolare le risorse cognitive, emotive e sociali dei residenti e favorire il loro benessere, approfondire questi aspetti in studi futuri potrebbe fornire importanti indicazioni per migliorare le politiche e le pratiche di assistenza all'interno delle RSA.

Nonostante questi risultati promettenti e interessanti, è importante sottolineare che questa ricerca presenta alcuni limiti. Innanzitutto, la dimensione del campione utilizzato nello studio è relativamente limitata, comprendendo solo 29 anziani tutti residenti nella medesima RSA. Sarebbe auspicabile che future ricerche coinvolgano un campione più ampio, per ampliare e confermare i

risultati ottenuti.

Inoltre, la ricerca presentata fa parte di un progetto più ampio, e ci sono diversi aspetti che non sono stati controllati o considerati nel presente studio. Ad esempio, non si è analizzato il possibile impatto di fattori farmacologici o la comorbilità di altre patologie su variabili come la percezione soggettiva dell'invecchiamento o i sintomi depressivi. È noto che l'uso di determinati farmaci o la presenza di condizioni mediche concomitanti possono influenzare sia la percezione dell'invecchiamento che lo stato emotivo degli anziani. Il ruolo di questi aspetti, insieme ad altre variabili, andranno approfonditi.

Nonostante le limitazioni di questo studio, i risultati preliminari ottenuti forniscono importanti indicazioni sulla relazione tra la percezione soggettiva dell'invecchiamento, il profilo cognitivo e i sintomi depressivi negli anziani residenti in RSA. A livello personale, questa ricerca ha avuto un impatto significativo sulla mia comprensione e sul mio approccio nei confronti dell'invecchiamento. Nella mia pratica lavorativa, specialmente nel contesto delle attività educative, ho sempre dato maggiore importanza alla dimensione del gruppo, focalizzandomi sulla stimolazione della socializzazione e sulla promozione delle relazioni interpersonali. Tuttavia, grazie a questa ricerca, ho avuto l'opportunità di esplorare in profondità la relazione duale con i singoli individui e di cogliere elementi che spesso sfuggono quando ci si dedica esclusivamente ai contesti di gruppo. Attraverso le interviste e la raccolta dei dati, ho potuto conoscere meglio le persone anziane con cui ho lavorato e scoprire aspetti che prima non conoscevo. In particolare, ho notato durante le diverse interviste come gli aspetti depressivi influivano notevolmente sulle loro risposte e sul modo in cui percepiscono ed hanno esperienza del loro invecchiare. Questa nuova consapevolezza ha apportato un notevole arricchimento alla mia pratica educativa. Mi ha spinto a considerare l'esperienza individuale come parte integrante del processo di apprendimento e di promuovere una maggiore sensibilità verso gli aspetti psicologici che possono influenzare il modo in cui le persone anziane vivono e percepiscono la propria età avanzata.

In conclusione, l'importanza di analizzare e monitorare il vissuto soggettivo delle persone anziane, comprese quelle affette da demenza, risiede nel fatto che influisce direttamente sul loro funzionamento complessivo e sulla qualità della loro vita. Spesso ci si concentra esclusivamente sui sintomi cognitivi e fisici associati alla demenza, trascurando il vissuto emotivo e psicologico della persona. È fondamentale, invece, che i caregiver e i professionisti sanitari dei centri specializzati nell'assistenza prestino attenzione e valutino attentamente il vissuto soggettivo delle persone, indipendentemente dalla presenza o meno di diagnosi di demenza, in quanto questa variabile influisce sul benessere emotivo e complessivo.

Bibliografia²

Alonso Debreczeni, F., & Bailey, P. E. (2020). A Systematic Review and Meta-Analysis of Subjective Age and the Association With Cognition, Subjective Well-Being, and Depression. *The Journals of Gerontology: Series B*, 76(3), 471–482. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbaa069>.

* American Psychiatric Association, & Biondi, M. (2014). DSM-5. *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*. Cortina Raffaello.

* Baltes, P. B. (1987). Theoretical propositions of life-span developmental psychology: On the dynamics between growth and decline. *Developmental Psychology*, 23(5), 611–626. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.23.5.611>

Bennett, R., & Eckman, J. (1973). Attitudes toward aging: A critical examination of recent literature and implications for future research. In C. Eisdorfer & M. P. Lawton (Eds.), *The psychology of adult development and aging*, American Psychological Association, 575–597.

Brandtstädter, J., & Rothermund, K. (2002). Intentional self-development: Exploring the interfaces between development, intentionality, and the self. In L. J. Crockett (Ed.), Nebraska symposium on motivation. *Agency, motivation, and the life course*, 48, 31–75.

Cipolli, C., & Cristini, C. (Eds.) (2012). La psicologia e la psicopatologia dell'invecchiamento e dell'età senile: un contributo alla ridefinizione dell'arco di vita. Numero monografico dedicato a Marcello Cesa-Bianchi, *Ricerche di Psicologia*, 2-3. <https://doi.org/10.3280/rip1-2021oa11622>.

Chattat & Rabih (2021). La psicologia dell'invecchiamento, *Ricerche di psicologia*, 2, 285-294. <http://digital.casalini.it/10.3280/rip2021oa12613>

² Le opere non consultate integralmente sono segnate con un asterisco.

Clement T Loy, Peter R Schofield, Anne M Turner, John BJ Kwok (2014). Genetics of dementia, *The Lancet*, 383 (9919), 828-840. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60630-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60630-3).

Cristini, C., Cesa-Bianchi, G., & De Beni, R. (2021). *Psicologia dell'invecchiamento e dell'età longeva: il contributo di Marcello Cesa-Bianchi*. FrancoAngeli. <https://doi.org/10.3280/rip1-2021oa11622>.

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

De Jaeger, C. (2018). Fisiologia dell'invecchiamento. *EMC - Medicina Riabilitativa*, 25(2), 1–10. [https://doi.org/10.1016/s1283-078x\(18\)89772-3](https://doi.org/10.1016/s1283-078x(18)89772-3).

Diehl, M. K., & Wahl, H.-W. (2010). Awareness of age-related change: Examination of a (mostly) unexplored concept. *The Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 65B, 340–350. <http://dx.doi.org/10.1093/geronb/gbp110>.

Diehl, M., Wahl, H. W., Barrett, A. E., Brothers, A. F., Miche, M., Montepare, J. M., Westerhof, G. J., & Wurm, S. (2014). Awareness of aging: Theoretical considerations on an emerging concept. *Developmental Review*, 34(2), 93–113. <https://doi.org/10.1016/j.dr.2014.01.001>.

Diehl, M., Wahl, H. W., Brothers, A., & Miche, M. (2015). Subjective Aging and Awareness of Aging Toward a New Understanding of the Aging Self. In *Annual Review of Gerontology and Geriatrics Subjective Aging: New Developments and Future Directions*, 35, 1–28. Springer Publishing Company. <https://doi.org/10.1891/0198-8794.35.1>

Hess, T. M. (2006). Attitudes toward aging and their effects on behavior. In J. E. Birren & K. W. Schaie (Eds.), *Handbook of the psychology of aging* (6th ed., pp. 379–406). San Diego, CA: Academic Press.

Heyn P, Abreu BC, Ottenbacher KJ. (2004) The effects of exercise training on elderly persons with cognitive impairment and dementia: a meta-analysis. *Arch Phys Med Rehabil*, 85, 1694–704.

Hofbauer, L., & Rodriguez, F. (2023). The role of social deprivation and depression in dementia risk: Findings from the longitudinal survey of health, aging and retirement in Europe. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 32, 10. doi:10.1017/S2045796023000033.

Jaconelli, A., Terracciano, A., Sutin, A. R., Sarrazin, P., Raffard, S., & Stephan, Y. (2016). Subjective Age and Dementia. *Clinical Gerontologist*, DOI: 10.1080/07317115.2016.1187695.

Kleinspehn-Ammerlahn, A., Kotter-Grühn, D., & Smith, J. (2008). Self-perceptions of aging: Do subjective age and satisfaction with aging change during old age? *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 63(6), 377-385.

Kornadt, A. E., Hess, T. M., Voss, P., & Rothermund, K. (2016). Subjective Age Across the Life Span: A Differentiated, Longitudinal Approach. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, gbw072. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbw072>.

Kotter-Grühn, D., & Hess, T. M. (2012). The Impact of Age Stereotypes on Self-perceptions of Aging Across the Adult Lifespan. *The Journals of Gerontology: Series B*, 67(5), 563–571. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbr153>.

Kotter-Grühn, D., Kornadt, A. E., & Stephan, Y. (2015). Looking Beyond Chronological Age: Current Knowledge and Future Directions in the Study of Subjective Age. *Gerontology*, 62(1), 86–93. <https://doi.org/10.1159/000438671>.

Levy, B. R., & Leifheit-Limson, E. (2009). The stereotype-matching effect: Greater influence on functioning when age stereotypes correspond to outcomes. *Psychology and Aging*, 24(1), 230–233.

<http://dx.doi.org/10.1037/a0014563>.

Levy, B. R., Zonderman, A. B., Slade, M. D., & Ferrucci, L. (2011). Memory shaped by age stereotypes over time. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*.
<http://dx.doi.org/10.1093/geronb/gbr120>.

Montepare, J. M., & Lachman, M. E. (2013). You're only as old as you feel: Self-perceptions of age, positivity, and health. *Journal of Aging and Health*, 25(1), 8-23.

National Institute for Health and Care Excellence. (2022). *Dementia*.
<https://cks.nice.org.uk/topics/dementia/>.

Prasad A. et al. (2021). Diagnosis of Chronic Health Conditions and Change in Subjective Age: The Moderating Role of Chronological Age. *Gerontologist*, 62, 2, 276-285. doi:10.1093/geront/gnab057.

*Preston, S. H (1975). The Changing Relation between Mortality and Level of Economic Development. *Population Studies*, 29(2), 231–248.
Doi:10.2307/2173509.

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), 71–81.
<http://dx.doi.org/10.1037/pag000006110.1037/pag0000061.supp>.

Rowe, J.W. & Kahn, R.L. (1997). Successful Aging. *Gerontologist*, 37(4), 433-440. <https://doi.org/10.1093/geront/37.4.433>.

Rubin, D., & Berntsen, D. (2006). People over forty feel 20% younger than their age: Subjective age across the lifespan. *Psychonomic Bulletin & Review*, 13, 776–780. doi:10.3758/bf03193996.

Sabatini, S. et al. (2021). Relationship between self-perceptions of aging and 'living well' among people with mild-to-moderate dementia: Findings from the IDEAL programme. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 94. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2020.104328>.

Sabatini, S. et al. (2022). Attitudes toward own aging and cognition among individuals living with and without dementia: findings from the IDEAL programme and the PROTECT study. *BMC Geriatrics*. <https://doi.org/10.1186/s12877-022-03336-5>.

Siebert, J. S., Wahl, H.-W., & Schröder, J. (2016). The role of attitudes toward own aging for fluid and crystallized functioning: 12-year evidence from the ILSE Study. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*. <http://dx.doi.org/10.1093/geronb/gbw050>.

Seidler, A. L., & Wolff, J. K. (2017). Bidirectional associations between self-perceptions of aging and processing speed across 3 years. *GeroPsych*, 30, 49–59. <http://dx.doi.org/10.1024/1662-9647/a000165>.

Stephan, Y., Caudroit, J., Jaconelli, A., & Terracciano, A. (2014). Subjective age and cognitive functioning: A 10-year prospective study. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 22(11), 1180–1187. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jagp.2013.03.007>.

Stephan, Y., Sutin, A. R., Luchetti, M., & Terracciano, A. (2018). Subjective age and risk of incident dementia: Evidence from the National Health and Aging Trends survey. *Journal of Psychiatric Research*. DOI: 10.1016/j.jpsychires.2018.02.008.

Tully-Wilson, C., Bojack, R., Milllear, P. M., Stallman, H. M., Allen, A., & Mason, J. (2021). Self-perceptions of aging: A systematic review of longitudinal studies. *Psychology and Aging*, 36(7), 773–789. <https://doi.org/10.1037/pag0000638>.

Uotinen, V., Rantanen, T., & Suutama, T. (2005). Perceived age as a predictor of old age mortality: A 13-year prospective study. *Age and Ageing*, 34, 368–372. <http://dx.doi.org/10.1093/ageing/afi091>.

Ward, R. (2013). How old do you feel? The role of age discrimination and biological aging in subjective age. *PLoS One*, 8(10), e74925.

Westerhof, G. J., & Wurm, S. (2015). Longitudinal Research on Subjective Aging, Health, and Longevity: Current evidence and new directions for research. In M. Diehl & H. Wahl (Eds.), *Annual Review of Gerontology & Geriatrics. Subjective Aging: New Developments and Future Directions*, 35(1), 145–165. Springer Publishing Company. <https://doi.org/10.1891/0198-8794.35.1>.

World Health Organization (WHO). (2015). *World report on aging and health*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/186463>

World Health Organization (WHO). (2017). *Global action plan on the public health response to dementia 2017-2025*. <https://www.who.int/publications/i/item/global-action-plan-on-the-public-health-response-to-dementia-2017---2025>.

World Health Organization (WHO). (2017). *Risk reduction of cognitive decline and dementia*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550543>.

World Health Organization (WHO). (2021). *Aging and health*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>.

Wurm, S., Diehl, M., Kornadt, A. E., Westerhof, G. J., & Wahl, H. W. (2017). How do views on aging affect health outcomes in adulthood and late life? Explanations. *Developmental Review*, 46, 27-43.

Sitografia

Indicatori demografici dell'Europa – Dati dal 2001 al 2020. Consultato in data Marzo 2, 2023, da <https://www.istat.it/demografiadelleuropa/bloc-1c.html>.

Causes and Risk Factors for Alzheimer's Disease. Consultato in data 24 Marzo, 2023, da <https://www.alz.org/alzheimers-dementia/what-is-alzheimers/causes-and-risk-factors>.

Demenze - dati epidemiologici. Consultato in data 22 Marzo, 2023, da <https://www.salute.gov.it/portale/demenze/dettaglioContenutiDemenze.jsp?lingua=italiano&id=2402&area=demenze&menu=vuoto#:~:text=La%20prevalenza%20della%20demenza%20nei,30%20anni%20nei%20paesi%20occidentali>.

Dementia - World Health Organization (WHO). Consultato in data 20 Marzo, 2023 da <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia#:~:text=Currently%20more%20than%2055%20million,injuries%20that%20affect%20the%20brain>.

Il sistema dei servizi territoriali. Consultato in data 11 Aprile, 2023 da <https://demenze.regione.veneto.it/servizi/il-sistema-dei-servizi-territoriali>.

Le strutture residenziali socio-assistenziali e socio sanitarie - anno 2020. Consultato in data 12 Aprile 2023 da <https://www.istat.it/it/archivio/277776>.

Population structure indicators at national level - Dati del 2020. Consultato in data 2 Marzo, 2023, da https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/DEMO_PJANIND_custom_815687/bookmark/table?lang=en&bookmarkId=4c802ba9-e830-435d-9655-509676433a5c

Piano Nazionale Demenze (PND). Consultato in data 11 Aprile, 2023 da <https://www.iss.it/le-demenze-piano-nazionale-demenze>.

Rete di servizi in Italia. Consultato in data 11 Aprile, 2023 da <https://www.salute.gov.it/portale/demenze/dettaglioContenutiDemenze.jsp?lingua=italiano&id=4894&area=demenze&menu=vuoto>.