



I fattori che favoriscono un processo di invecchiamento attivo: un'indagine nel territorio lombardo

The factors that improve an active aging process: an investigation in northern Italy

Emanuela Zappella

Università degli Studi di Bergamo

emanuela.zappella@unibg.it

ABSTRACT

The recent demographically change, characterized by lengthening of the average life and consequently the gradual aging of the population, has led to a growing interest regarding the role and the position taken by elder in today's society. This interest has directed numerous studies aimed at identifying a number of factors that enable the maintenance of a state of well-being and development of the potential of each individual.

In this direction we conducted a research with the aim to identify the factors for a process of active aging. Such research has leading 32 subjects, who underwent an interview and a cognitive test (MMSE). The results showed the existence of three factors: autonomy and ability to make decisions, the ability to remain active and committed, and the quality of the relationships and the support of others.

Il recente cambiamento a livello demografico caratterizzato dall'allungamento dell'età media di vita e conseguentemente dal graduale invecchiamento della popolazione ha determinato un crescente interesse relativamente il ruolo e la posizione assunta dall'anziano nella società attuale. Tale interesse ha orientato numerosi studi indirizzati all'individuazione di una serie di fattori che permettano il mantenimento di uno stato di benessere e lo sviluppo delle potenzialità di ciascun individuo.

In questa direzione è stata condotta una ricerca, con l'obiettivo di individuare i fattori che possono favorire un processo di invecchiamento attivo. Tale ricerca ha visto protagonisti 32 soggetti, i quali sono stati sottoposti ad un'intervista e ad un test cognitivo (MMSE). I risultati hanno mostrato l'esistenza di tre fattori principali: l'autonomia e la capacità di prendere decisioni in prima persona, la possibilità di mantenersi attivi ed impegnati e la qualità delle relazioni vissute e del supporto da parte degli altri.

KEYWORDS

Active Ageing, Cognitive Impairment, Disability
Invecchiamento Attivo; Fragilità Cognitiva; Disabilità.

Introduzione

Negli ultimi decenni si è assistito ad un profondo e rapido cambiamento a livello demografico, caratterizzato dall'allungamento dell'età media di vita e, di conseguenza, dal graduale invecchiamento della popolazione (Rondanelli et al., 2017; Zaidi et al., 2017). Le previsioni mostrano che entro il 2025, il 44% della popolazione avrà più di cinquanta anni (Aisa et al., 2015). L'Italia è stato il primo Paese in cui il numero dei soggetti con un'età superiore a 65 anni ha superato il numero dei soggetti con età inferiore ai 20 e, sempre nel nostro Paese, si è registrato il più alto tasso europeo di aspettativa di vita in salute (Zaidi et al., 2017). I dati Istat (2014) hanno messo in evidenza che la speranza di vita alla nascita è di 80,2 anni (+0,4 rispetto al 2013) per gli uomini e di 84,9 anni (+0,3 rispetto al 2013) per le donne, anche se questo divario tra i sessi si sta riducendo notevolmente con il passare degli anni. Inoltre, l'incremento della vita media non ha riguardato solo la popolazione ultra sessantacinquenne ma anche gli "over 75 e 85". Questi dati hanno condotto ad una crescente attenzione da parte dell'Unione Europea che deve interrogarsi sul ruolo che le persone anziane possono avere all'interno delle comunità.

1. Verso un nuovo concetto di invecchiamento attivo

Il processo di invecchiamento, ancora legato a pregiudizi, è stato interpretato in passato nei termini di cambiamenti dell'organismo caratterizzati dal declino psicofisico e dai conseguenti problemi di autonomia e integrazione connessi alla cosiddetta terza età (Antonucci et al., 2010). A partire dagli anni cinquanta, invece, è stato definito come una fase della vita dell'individuo caratterizzata da un certo grado di distacco dagli impegni tipici dell'età adulta e dalla conseguente diminuzione degli obiettivi e scopi di vita (Dal Negro et al., 2014).

Successivamente, l'introduzione del concetto di *Active ageing*, o invecchiamento attivo, ha condotto a diversi cambiamenti. Innanzi tutto vi è stato il riconoscimento di una serie di determinanti che possono contribuire allo sviluppo di un processo di invecchiamento attivo che sono relative all'ambiente fisico e sociale, alla salute e ai sistemi di servizio sociale (Kitwood, 1996; Aisa et al., 2015). In particolare, la cultura modella le abitudini, i comportamenti, il modo in cui si invecchia ed anche la percezione stessa del processo di invecchiamento (Who, 2012). Quando gli individui sono più propensi ad attribuire i sintomi della malattia al processo di invecchiamento, è meno probabile che pongano attenzione alla prevenzione, alla diagnosi precoce ed ai servizi di trattamento adeguati. La cultura è un elemento chiave anche rispetto allo sviluppo delle relazioni intergenerazionali che sono un fattore positivo nel processo di invecchiamento attivo (Schmitt et al., 2015).

In secondo luogo, l'attenzione si è spostata dalle necessità ad un approccio basato sui diritti (Zambianchi et al., 2012). Le persone hanno diritto ad una soddisfacente qualità della vita durante tutto il corso della loro vita, compreso il periodo dell'invecchiamento. Ciò richiede un coinvolgimento in prima persona del soggetto stesso e la necessità di tenere in considerazione una serie di contesti diversi tra cui quelli familiari, amicali, tra colleghi di lavoro e di vicinato (Then et al., 2015).

Contribuiscono, infine, al processo di invecchiamento attivo alcuni fattori individuali come lo stile di vita, la resilienza e la rete sociale (Ngadu et al., 2015). La

letteratura si è focalizzata principalmente proprio sull'incidenza di tali fattori individuali che sono sintetizzati brevemente di seguito (Deep et al., 2006).

2. L'incidenza dello stile di vita nel processo di invecchiamento attivo

Uno stile di vita sano caratterizzato da alimentazione corretta, esercizio fisico, formazione sui temi della salute e monitoraggio delle condizioni fisiche può favorire un invecchiamento attivo. In una ricerca finlandese, per esempio, sono stati comparati 1260 soggetti divisi in due gruppi: il primo ha partecipato ad un programma che prevedeva dieta bilanciata, esercizio fisico e monitoraggio del rischio vascolare, mentre al secondo sono state fornite solo indicazioni generali sulla salute. Dai risultati è emerso che i membri del primo gruppo hanno ottenuto risultati migliori nei test cognitivi rispetto a quelli del secondo (Ngadu et al., 2015). Viceversa, uno stile di vita errato può accelerare il processo di invecchiamento e condurre ad un rischio significativamente maggiore di sviluppare condizioni patologiche invalidanti. La presenza di comportamenti a rischio durante l'età giovanile e adulta, inoltre, rischia di avere ripercussioni negative in età più avanzata (Niscita-Mauro, 2005; Zambianchi & Ricci Bitti, 2012; Niscita-Mauro et al., 2015).

Il concetto di stile di vita racchiude alcuni aspetti importanti:

- **Attività lavorativa:** avere un'occupazione condiziona un lungo periodo dell'arco di vita di ciascun individuo (Clougherty et al., 2010). Essere coinvolti in un lavoro impegnativo contribuisce alla resilienza cognitiva dei lavoratori (Grip et al., 2007). I professionisti il cui lavoro richiede un impegno mentale con impiego di strategie di sviluppo, risoluzione di conflitti e attività gestionali, sono meglio protetti dal declino mnemonico e cognitivo rispetto a coloro che hanno svolto incarichi meno impegnativi (Then et al., 2015);
- **alimentazione:** una corretta dieta alimentare, associata ad un adeguato stile di vita, può aumentare l'efficacia delle strategie preventive e diminuire il rischio di deterioramento cognitivo e l'insorgenza di demenze. Alcune vitamine, in particolare, possiedono fortissime proprietà antiossidanti in grado di attenuare l'impatto dell'invecchiamento mentre un buon apporto di calcio e vitamina D può prevenire l'osteoporosi (Dillin et al., 2005; Sun Lee & Frongillo, 2001; Bergamini et al., 2001; Bernini, 2013; Neal et al., 2014);
- **hobby:** intraprendere o continuare a coltivare una passione come il disegno, la pittura, il cinema, il teatro ed il "fai da te" favorisce un invecchiamento attivo, riduce il rischio di declino cognitivo e di indebolimento della memoria in età avanzata, oltre a favorire il mantenimento di una rete sociale attiva (Verghese et al., 2003; Knopman&Petersen, 2010);
- **attività fisica:** è importante che i soggetti siano consapevoli dell'influenza del movimento sulla salute, sulla qualità della vita e anche sulle possibilità di svolgere le attività quotidiane durante il processo di invecchiamento (Schroll, 2003; National Heart Foundation Australia, 2005; Hardman & Stense, 2003). L'attività fisica, inoltre, può favorire il mantenimento dell'indipendenza, riducendo il rischio di ospedalizzazione e di insorgenza di una disabilità (Cyarto et al., 2004, Almeyda et al., 2014; Erickson et al., 2011; Bowen, 2012);
- **utilizzo delle nuove tecnologie digitali:** acquisire e padroneggiare competenze tecnologiche di base può voler dire essere in grado di comunicare in tempo reale un bisogno, curare in modo diretto e immediato la sfera dei propri affetti, il legame con persone lontane e ridurre il divario generazionale. Inoltre, passare qualche ora davanti al monitor può contribuire a contrastare il

declino cognitivo (Cody et al., 1999, Nygard&Kottorp, 2014). Secondo il progetto intitolato “Da Grande- Alfabetizzazione Informatica e Internet Over 65- Contrasto divario digitale degli anziani nella regione Abruzzo”, del 2014, l’utilizzo delle nuove tecnologie rende gli anziani più consapevoli, attivi ed interattivi nei processi sociali, economici e politici, facilitando lo sviluppo di connessioni e relazioni intergenerazionali;

- **fumo**: è la principale causa di morte evitabile nel mondo ed influenza lo stato di salute e la qualità della vita (Who, 2012; Orsitto et al., 2010). Nelle popolazioni di fumatori si possono delineare una serie di anomalie neurobiologiche e cognitive che caratterizzano le fasi pre-cliniche di alcune patologie e condizionano la memoria e la velocità di elaborazione delle informazioni (Querfurth et al., 2010; Ott et al., 2004; Orsitto et al., 2010). Il fumo passivo, allo stesso modo di quello attivo, può essere responsabile dell’incremento del rischio di demenza nei pazienti anziani non fumatori (Barnes et al., 2010).

3. Il concetto di resilienza nell’anziano

Il concetto di resilienza deriva dalla fisica e indica la proprietà di alcuni materiali di conservare la propria struttura e riacquistare la forma originale dopo essere stati esposti a deformazioni, pressioni e schiacciamenti (Southwick et al, 2013). In letteratura sono presenti numerose definizioni che mettono in luce diverse variabili tra loro in relazione (Putton et al., 2008; Layne et al.,2007):

- La capacità di continuare a progettare il proprio futuro a dispetto di avvenimenti destabilizzanti, condizioni di vita difficili e traumi anche severi (Manciaux, 2001; Bonanno et al., 2006);
- La capacità di ri-organizzare positivamente la propria vita dopo aver vissuto situazioni difficili che potevano portare ad un esito negativo (Cylunik, 2005);

Si potrebbe sintetizzare il concetto di resilienza con il processo attraverso il quale le persone riescono a raggiungere e mantenere un buon funzionamento e sviluppare le proprie potenzialità in contesti di vita caratterizzati da avversità o situazioni percepite come ostili o di difficile gestione (Apa, 2010; Zambianchi & Ricci-Bitti, 2012; Masten & Obradovic, 2006).

La resilienza è facilitata se sono presenti alcune risorse individuali relative all’autonomia e alle abilità sociali come: una buona capacità comunicativa, una visione equilibrata della vita, un atteggiamento positivo verso gli altri, la perseveranza, la fiducia in se stessi, il possesso di buone doti intellettive, il senso di unicità, l’attribuzione di significato ad eventi negativi e avere grandi scopi nella vita (Southwick et al., 2013; Zambianchi & Ricci Bitti, 2012; Boyle et al., 2010; Burns, 1996). L’APA ha individuato 10 fattori fondamentali nel processo di costruzione di una buona resilienza (Alyord et al., 2004): la creazione e costruzione di relazioni, lo sviluppo di un pensiero positivo, l’accettazione del cambiamento come elemento che fa parte della vita, la scelta di obiettivi raggiungibili, la volontà di intraprendere azione decisive, il desiderio di conoscere se stessi, lo sguardo positivo su se stessi, il mantenimento di una prospettiva speranzosa e la cura di sé.

La questione della resilienza è stata riferita spesso a soggetti giovani o persone adulte; solo verso la fine degli anni 90, nel panorama delle scienze sociali, si è posta l’attenzione sulla tematica della resilienza in età anziana (Staudiger et al., 1999). Dalle ricerche sono emerse due condizioni che caratterizzano gli anziani resilienti: la presenza di un esito positivo e favorevole rispetto al processo di in-

vecchiamento e la capacità di gestione costruttiva degli eventi critici della vita (Zambianchi & Ricci Bitti, 2012). Secondo Staudiger e colleghi (1999), la resilienza in età anziana è la capacità di mantenere un'elevata soddisfazione di vita nonostante l'aumento dei rischi legati alle perdite e la comparsa di malattie, evitando vissuti depressivi correlati a tali eventi.

Hardy e colleghi (2004), invece, hanno definito l'anziano resiliente come una persona che possiede i seguenti requisiti:

- Capacità di fare esperienza di pochi vissuti ed esperienze depressive;
- Essere in grado di riprendersi efficacemente dopo eventi e situazioni negative o traumatiche;
- Ri-acquisire una propria stabilità di vita in seguito ad un evento destabilizzante;
- Sviluppare nuove forme di progettualità o attività in seguito ad esperienze critiche.

La resilienza è un percorso che si sviluppa nel corso del tempo, gli anziani resilienti sono in grado di reagire in modo costruttivo, riflettendo sulle strategie da mettere in atto per poter acquisire nuovamente una qualità di vita, una percezione e una visione positiva del futuro. Gli elementi che risultano particolarmente rilevanti sono: la capacità di non focalizzare l'attenzione esclusivamente sulle difficoltà, ma considerare anche le possibilità di riuscita; il coinvolgimento attivo nel percorso di resilienza e la capacità, da parte di chi mette in atto l'intervento, di considerare la relazione con l'anziano al di fuori della stretta cornice dei ruoli per considerare l'esperienza che il soggetto sta vivendo nella sua integrità e complessità.

4. La rete sociale dell'anziano

Il tempo, nel processo di invecchiamento, può essere vissuto dai soggetti interessati come un contenitore grande e vuoto, difficile da colmare sia per la possibile riduzione nelle capacità fisiche che per l'assenza di ruoli da ricoprire all'interno della società. Il tempo trascorso nei contesti relazionali, sia dentro che fuori l'ambiente domestico, è un primo indicatore di partecipazione sociale (Grottola & Lombardo, 2008). Le interazioni sociali e di sostegno con il coniuge, la famiglia e gli amici sono in grado di fornire una migliore accettazione di sé, rappresentano uno dei fattori protettivi contro i problemi fisici e favoriscono la diminuzione della mortalità (Antonucci et al., 2010; Grottola & Lombardo, 2008; Trudel et al., 2007; Sbarra, 2009). Inoltre, le coppie anziane che vivono una relazione robusta vivono livelli di stress bassi, mentre sono evidenti gli effetti negativi sulla salute di rapporti coniugali negativi (Antonucci et al., 2010). La relazione positiva può essere reale o solo percepita, ma l'esito rimane invariato. Ciò indica che non è tanto l'effettiva relazione ma la percezione che i soggetti circa il rapporto con il coniuge a determinare le conseguenze sullo stato di salute e sul processo di invecchiamento (Gestorf et al., 2009).

Le relazioni con i figli, o con altri membri della famiglia, sono comunque importanti anche se hanno un valore inferiore rispetto a quelle con il coniuge (Antonucci et al., 2010). La coppia di anziani condivide la quotidianità e questa relazione diventa fonte di sostegno, cura e benessere (Shaw et al., 2007; Trudel et al., 2007; Reichstadt et al., 2010). Le esperienze positive di vicinato, infine, sono la terza sfera di relazioni significativa per gli anziani e sono importanti perché implicano una dimensione di scelta da parte dell'individuo (Gestorf et al., 2009).

I rapporti che implicano un coinvolgimento sociale contribuiscono allo sviluppo di una visione positiva e di una maggiore accettazione di sé. Il sostegno dato, e ricevuto, è legato alla diminuzione della mortalità ed offre benefici per la salute (Antonucci et al., 2010). Secondo Shaw e colleghi (2007), sono le donne a fornire e ricevere maggior sostegno rispetto agli uomini e a sperimentare modi diversi per mantenere un ruolo attivo all'interno della società soprattutto grazie al volontariato, evitando il rischio della solitudine (Reichstadt et al., 2010; Holmen & Furukawa, 2002; Perissinotto et al., 2014; Berkman, 1995). Alcuni degli anziani intervistati durante lo studio condotto da Shiovitz e Leitsch (2010) hanno riferito di sentirsi dimenticati dalla propria comunità e, proprio questi soggetti, sono riscontrati sintomi di condizioni di salute poco buone (valori alti di pressione sanguigna e problemi cardiovascolari) rispetto a coloro che hanno dichiarato di non provare solitudine.

Obiettivi, metodi e strumenti dell'indagine

Il fenomeno dell'invecchiamento attivo è sempre più pressante sia per via dell'investimento economico che richiede che per il ruolo che queste persone possono svolgere all'interno della società. La letteratura è vasta e frammentata e, seppur riconosca l'importanza di considerare l'arco di vita delle persone, analizza poi i diversi fattori che possono influenzare l'invecchiamento singolarmente. Inoltre, molto spesso gli studi si basano sull'opinione dei familiari senza tener conto del punto di vista dei protagonisti.

La ricerca indaga l'esperienza di invecchiamento di 32 soggetti attraverso l'opinione dei soggetti stessi. Obiettivo dell'indagine è analizzare quali fattori, che caratterizzano la vita degli individui, possono considerarsi elementi significativi nel raggiungimento e nel mantenimento di un invecchiamento attivo.

Partecipanti

Lo studio ha coinvolto 16 uomini e 16 donne, aventi un'età compresa tra i 61 e gli 83 anni. I partecipanti sono stati selezionati su indicazione del medico di base, come soggetti aventi potenzialmente un lieve decadimento cognitivo. Solo 4 individui sono stati reclutati in una struttura residenziale per anziani (RSA). Ai partecipanti è stata chiesta la disponibilità a sottoporsi ad un'intervista ed ad un test cognitivo; il campione proviene omogeneamente da contesti rurali, l'unica differenziazione è determinata dalla provincia di residenza dei soggetti divisi tra la provincia di Milano (n.16), Bergamo (n.12) e Cremona (n. 4).

Dopo l'intervista i soggetti sono stati sottoposti al *Mini-Mental State Examination* (MMSE), il test maggiormente utilizzato a livello internazionale in campo clinico e farmacologico, che comprende 11 subtest, distinti in 5 sezioni che valutano: l'orientamento spazio-temporale; la memoria immediata e quella a lungo termine; l'attenzione e il linguaggio. Il test ha una durata massima di 15 minuti ed i risultati sono così calcolati: il punteggio superiore a 24 è considerato "normale"; si ha un deterioramento lieve tra 19 e 24; moderato tra 14 e 18 e grave se il punteggio è inferiore a 14. I risultati sono corretti in base all'età e alla scolarità, variabili che possono influenzare sistematicamente la prestazione (Folstein et al., 1975). L'età media degli individui coinvolti nell'indagine è di 71 anni, il 50% ha ottenuto un punteggio superiore a 27 mentre il restante 50% inferiore ed è rientrato nella categoria di soggetti con decadimento cognitivo (nell'allegato A sono presentati i punteggi del test ottenuti da ogni partecipante).

Strumenti

Gli strumenti impiegati nella ricerca sono un'intervista semi strutturata, elaborata appositamente per questo studio, e un test cognitivo, ossia il *Mini Mental State Examination* (MMSE) che viene utilizzato per la valutazione dei disturbi dell'efficienza intellettiva e della presenza di deterioramento cognitivo. La scelta di somministrare il test è dettata dalla volontà di individuare la possibile presenza di decadimento cognitivo nei soggetti intervistati.

La ricerca, in accordo con la letteratura, si è fondata su tre grandi aree di indagine, ossia: stile di vita, resilienza e rete sociale. La prima parte dell'intervista ha raccolto i dati personali (sesso, stato civile, età, titolo di studio, domicilio, composizione del nucleo familiare e il possesso della patente). L'area successiva ha preso in considerazione alcuni aspetti relativi allo stile di vita dei soggetti, in particolare: l'attività lavorativa sulla base degli studi di Landsbergis et al. (2001) e Then, et al. (2015); gli hobby e passioni secondo le indicazioni di Verghese et al. (2003), gli sport e l'attività fisica in relazione alle evidenze raccolte da Almeyda et al. (2015), Cyarto et al. (2004), Hardman&Stense (2003) e Rovio et al. (2006); i viaggi e le abitudini alimentari facendo riferimento a Knopman e Petersen (2011) e l'inclinazione al fumo sulla base degli studi di Barnes et al. (2010), Orsitto et al. (2010), Ott et al. (2004) e Del Negro et al. (2014). Infine, sono indagate le aree relative alla resilienza, ovvero alla capacità di reagire a eventi traumatici di diversa natura (come lutti, malattie e situazioni percepite come difficoltose), secondo le ricerche condotte da Kirwin et al. (2005) e la quantità e la qualità di relazioni sociali, alla luce degli studi condotti da Fratiglioni et al. (2004) e Tajalling et al. (2002).

Analisi dei dati

Le interviste, realizzate nelle abitazioni dei soggetti (ad eccezione dei residenti della RSA), sono state registrate con il consenso dei partecipanti e analizzate utilizzando l'IPA (analisi fenomenologica interpretativa). Questa metodologia di analisi qualitativa, sviluppata di recente da Smith (2011), è diventata una delle tecniche più utilizzate in psicologia (Smith, 2011). La ricerca fenomenologica individua e analizza la relazione tra l'oggetto e il soggetto dello studio e mette in evidenza la capacità del soggetto di attribuire un senso al mondo e la sua intenzionalità (Tarozzi, 2010).

I dati sono stati analizzati da due ricercatori che hanno operato in modo indipendente. Le interviste sono state lette più volte cercando di evidenziare le unità di testo più significative rispetto all'oggetto di ricerca e attribuire delle etichette descrittive capaci di restituirne con poche parole il senso e far lentamente emergere i temi e le categorie dai testi stessi aggregando etichette affini e attribuendo un titolo ai raggruppamenti. Non si è partiti da un sistema di categorie predefinito, con cui andare a pescare nei dati, ma si è cercato di fare emergere i temi e le categorie dai testi stessi, secondo il principio fenomenologico della fedeltà al dato (Tacconi & Gomez, 2012).

Risultati

Dall'analisi sono emerse sette categorie che sono state raggruppate in tre grandi tematiche che sono descritte di seguito: indipendenza e capacità di far fronte alla realtà; mantenersi attivi e impegnati e la qualità delle relazioni ed il supporto

da parte degli altri. Prima di affrontare ciascun tema singolarmente, si presenta una tabella riassuntiva delle frequenze ottenute da ciascuna categoria nelle interviste analizzate.

tema	categoria	Frequenza
indipendenza e capacità di far fronte alla realtà	"Faccio le cose per me...e per gli altri"	presente in 12 interviste su 16
	"Dipendere dagli altri"	presente in 11 interviste su 16
	"Trovare la forza in sée atterrare sempre in piedi"	presente in 13 interviste su 16
	"Affidarsi alla fede"	presente in 14 interviste su 16
mantenersi attivi e impegnati	"Dedicarsi alle passioni"	presente in 16 interviste su 16
	"Avere una vita rigida e senza hobby"	presente in 11 interviste su 16
	"Avere un'occupazione gratificante"	presente in 14 interviste su 16
	"Una fatica da sopportare"	presente in 12 interviste su 16
qualità delle relazioni e supporto da parte degli altri	"Farsi forza l'un l'altro"	presente in 11 interviste su 16
	"Senso di solitudine"	presente in 16 interviste su 16
	"Legami forti con coniuge e figli"	presente in 14 interviste su 16
	"Incomprensioni con figli e amici che li devi chiamare"	presente in 13 interviste su 16
	"Scambiare due parole con tutti"	presente in 14 interviste su 16
	"Ora non più"	presente in 12 interviste su 16

Tematica 1: "Indipendenza e capacità di far fronte alla realtà"

"Faccio le cose per me...E per gli altri"/"Dipendere dagli altri"

Un primo aspetto che caratterizza le esperienze delle persone intervistate è la capacità di occuparsi di se stessi:

"La mattina mi alzo alle 6.30, preparo la colazione per me e per mio marito e anche per mio figlio, mi preparo e prima di uscire preparo la colazione anche ai miei genitori...poi vado a scuola ...appena arrivo a casa devo sistemare tutto e preparare la cena, devo anche assicurarmi che i miei abbiano preso tutte le medicine...poi dopo aver sistemato la cucina vorrei tanto andare a dormire ma mi tocca sistemare mia mamma...darci le pastiglie, e ci vogliono sempre almeno 2 ore per farlo ...con mio papà porto a prendere il caffè, faccio le cose per lui e con lui"(Carla, senza fragilità cognitiva).

Prendersi cura di sé significa soprattutto "prepararsi ad uscire" e "mantenersi in forma," ma è una forma di attenzione che si estende anche alle persone più vicine (familiari ed amici) ed arriva ad altri membri della comunità. Ciò che ritorna nelle diverse esperienze, è la possibilità di "fare delle cose per gli altri, e insieme agli altri." Le persone con fragilità cognitiva, invece, hanno messo maggiormente in evidenza il fatto che devono dipendere dagli altri:

“Faccio le mie dormite...quando mi sveglio mi alzano, mi lavano e tutto.....la barba me la fanno loro e basta, un po' mi mettono là...là, sulla poltrona che è più comoda vero signorina? Dopo ci portano a dormire .ci fanno sedere e sto la e via ” (Aldo, 76 anni, con fragilità cognitiva)

“Mi mettono là” e “Ci portano a dormire” sono espressioni che fanno riferimento alla continua dipendenza da parte degli altri; non si tratta più di un “fare con” ma semplicemente si subisce una scelta compiuta da altri.

Affrontare la realtà: “Trovare la forza in sé e atterrare sempre in piedi”/“Affidarsi alla fede”

Ogni individuo reagisce in modo diverso a un evento drammatico, tant'è che una reazione d'aiuto valida per un anziano può risultare inefficace in un altro soggetto. Uno dei temi ricorrenti, per le persone senza fragilità cognitiva, è la necessità di “trovare la forza e l'energia in sé stessi”:

“Ho perso mio papà quando avevo 9 anni, non è che mi ricordi molto...mi ricordo che ho sofferto tanto...e che non capivo perché fosse successo...a un bambino di 9 anni non si può spiegare tutto...non ho tanti ricordi di mio papà, ma anche se è passato tanto tempo mi manca ancora molto... [...] non ricordo molto...ma sicuramente ricordo che mia madre e mio fratello mi sono stati vicini e ci siamo aiutati a vicenda, anche se poi mio fratello è dovuto partire per la leva obbligatoria e quindi siamo rimasti soli...io e mia madre...e lì è stato difficile, di nuovo. Mi sono fatto forza e ho capito che dovevo reagire perché se non l'avessi fatto io non avrebbe potuto farlo nessun altro...eravamo rimasti solo noi e dovevamo andare avanti in qualche modo (Gino, 67 anni, senza fragilità cognitiva)”.

Simile è anche il racconto di un'altra persona intervistata, che rimarca la capacità di “uscire sempre fuori” dalle situazioni difficili senza bisogno di aiuto. Un altro elemento che le persone intervistate considerano importante è la capacità di reagire con prontezza nelle situazioni di emergenza soprattutto legate a problemi fisici:

“Mi han trovato un tumore, tra le ovaie e l'utero ...e mi hanno fatto ...ed ero incinta ...gli studenti che c'erano lì all'università studiavano sul mio caso, un giorno mi sono stufata, sono andata dove c'era una chiesetta e sono andata lì, telefonano a mio marito a mia sorella, non la troviamo più, non la troviamo più...poi arriva il prete ...ha sentito che mi lamentavo, perché il posto era piccolo e mi sono svegliata ...e facevo così...il prete che era lì a mettere a posto all'altare ...“ma tu sei quella che stanno cercando vieni fuori di lì!” e ...sono una personalità...sono una persona molto allegra ...molto ...mi piace parlare, mi piace ridere, scherzare (Silvia, 70 anni, senza fragilità cognitiva).”

D'altra parte, invece, nelle persone con fragilità cognitiva emerge maggiormente il ruolo della fede a cui questi soggetti si affidano per risolvere le difficoltà che incontrano. I gruppi legati alla fede diventano anche una grande occasione di incontro:

“Partecipo alle riunioni, ai gruppi...ai gruppi parrocchiali, ci troviamo e preghiamo insieme...vegliamo, ne abbiamo tanti. Ci troviamo tutti i Lunedì sera e viene tutti i lunedì il prete o il parroco, viene a pregare con noi, alle vol-

te c'è la messa delle volte non c'è la messa facciamo le nostre preghiere. A me piace, a parte il tempo in compagnia e poi preghiera, per noi, anche per i nostri figli siamo anche nonni, per i bambini, per la comunità...è così" (Nina, 72 anni, con fragilità cognitiva).

La fede diventa il rifugio, il supporto a cui affidarsi nei momenti difficili. Si tratta però di un affidamento a qualche cosa di esterno, indipendente dalla volontà dei singoli.

Tematica 2: mantenersi attivi ed impegnati

"Dedicarsi alle passioni"/ "Avere una vita rigida e senza hobby"

Un secondo aspetto che emerge nelle interviste è legato alle attività di svago che scandiscono il tempo libero degli intervistati. Alcune delle persone praticano sport sia all'aria aperta che in spazi appositi come piscine o palestre, mentre in altri casi sono svolte all'interno della propria abitazione:

"Hobby... vero e proprio la montagna...quella sì...e poi dopo non lo so...sciare e...ho fatto sempre nuoto e un pochettino, ma poca roba, il tennis.. e mi piace anche dedicarmi a qualche cosa del giardino...così...no...(Emilio, 69 anni, senza fragilità cognitiva)."

La pulizia della casa, la sperimentazione di nuove ricette apprese dalla televisione e la lettura, sono le principali occupazioni delle persone intervistate. In alcuni casi, durante l'intervista sono emerse delle attività praticate in gioventù e ricordare le esperienze passate, è ancora motivo di orgoglio, soprattutto se tale passione può essere trasmessa ai familiari:

"Prima lo facevo a livello agonistico, ho vinto parecchie cose ...camminavo ...andavo ...andavo molto ...adesso c'è il mio Mattia che gli piace da matti, si ...l'hanno già notato qui a Cassano e lo hanno mandato anche a Cinisello ...tutto ...vediamo, boh ...nuoto è bello, è stupendo ... (Tino, 69 anni, senza fragilità cognitiva)."

Le passioni di oggi appaiono come una finestra, o un ponte, che collega il presente ad un passato che è ancora presente. Altre persone, invece, prediligono attività più artistiche e creative, da svolgere da soli oppure in compagnia, come il teatro o la fotografia:

"La mia passione è la fotografia ...c'ho là il box e non posso entrare con la macchina per tutte le fotografie che ho la ...dovrei stare lì a tirarle fuori tutte a fare magari una ...una festa o una ...una mostra di ...di come eravamo 30 anni fa ... (Mimmo, 68 anni, senza fragilità cognitiva)."

Attraverso queste narrazioni si rileva l'importanza di queste passioni e di questi interessi nella vita dei soggetti. Al contrario, invece, le persone con fragilità cognitiva dichiarano di vivere una vita caratterizzata fortemente da routine:

"Eh...adesso è un po'rigida...prima invece...sempre in giro...l'orto mica l'orto...in campagna, al mercato, mica i mercati...adesso invece niente...non posso nemmeno più adoperare la macchina perché non ho più la patente do-

vevo rinnovarla a ottobre ma chi è che va? Dove va che non ci vedo...andare a far figure per niente..."(Giovanni, 71 anni, con fragilità cognitiva).

Il rapporto tra "il prima e l'ora", tra ciò che "c'era ed ora non c'è più", scandisce il racconto dei soggetti con fragilità cognitiva. Oltre a questo, è emersa anche la carenza di interazione con altre persone. La stanchezza, la poca voglia di fare e l'assenza di interazioni sociali rendono faticosa la vita delle persone con fragilità cognitiva.

"Avere un'occupazione gratificante"/"una fatica da sopportare"

Un'esperienza ulteriore preponderante all'interno dei racconti riguarda la sfera del lavoro. Solo pochi soggetti sono contenti di aver smesso di lavorare, spesso traspare un certo grado di "malinconia" relativa l'occupazione lavorativa, fonte di soddisfazione e riconoscimento personale:

"Perché poi io andavo dai clienti no...andavo dalle segretarie della IBM, che li mi amavano alla follia... basta che le salvavo quando non si ricordavano di fare i libri per la scuola e tutte quelle cose lì...e...mi ricordo che...erano tante le persone con cui io vivevo, no...dagli uffici acquisti a quella roba lì a...era tutta roba veramente bella , a me piaceva accontentare il cliente...e...e quando...pubblicità, studiarla insieme, far vedere...mi portavo dietro il grafico...lo portavo negli uffici spiegare cosa avrebbero voluto loro cosino...e li era...poi mi cagavo sotto quando in giro per Milano, che vedevo i cartelli, manifesti...che facevo io...belli no...che avevo ideato io o un depliant che vedevo che se lo sgolosavano perché...ah come è presentato bene...e questo...depliant per mobilifici lì della zona di...Meda...quella zona lì...che avevamo una ditta e una qua a Rodano...e per me era bello lavorare...mi piaceva il mio lavoro e ti dico la verità ero soddisfatto quando sentivo che dicevano "ah che bello!" "guarda come è presentato bene quel lavoro lì"...eh..." (Emilio, 69 anni, senza fragilità cognitiva).

Oltre che fonte di soddisfazione, il lavoro impegna la mente e costringe a restare attivi e concentrati:

"Si si...dinamico ...a ...molto impegnativo perché devi avere la testa a posto, la memoria, neanche un minimo devi ...sgarrare ...la memoria più di tutto, più delle capacità, la memoria e ...però dopo quel paio di ore che sei lì in assemblea con tanti inglesi, tanti tedeschi, tanti francesi e che tu ...io non so l'inglese, però parlavo in italiano e c'era quella che traduceva ...e ...mi davvo da fare ...facevo vedere che l'Italia era una cosa importante no? E loro quando alla fine picchiavano le mani io ero contenta e dentro di me dicevo andate a fanculo, ignoranti che non capite un cazzo ...va be .. ho fatto una vita di soddisfazioni ...ho abbandonato un po' i miei figli, e adesso ogni volta che bisticcio me lo rinfacciano (Antonio, 70 anni, senza fragilità cognitiva)".

Qualche volta restare a casa dal lavoro può essere fonte di difficoltà e di vergogna, tanto che le persone hanno cercato alternative diverse, un secondo lavoro. Le persone con fragilità cognitiva non parlano in modo positivo di come occupano il tempo e, anzi, vivono con fatica le incombenze quotidiane:

"Passione di lui...che l'è malat ...più di lui...a sai che passione...ce ne avevo se volevo di uomini... però m'è capitato quel gratacùl lì...e l'ho sposato...pas-

sione.. il me fiol (mio figlio) che perde il posto di lavoro e lui...del resto guarda...io c'ho passione di stare in casa mia e basta...(Maria, 70 anni, con fragilità cognitiva)".

Queste persone mettono in luce le criticità che vivono, i rimpianti per ciò che non possono più fare e l'assenza di relazioni. Dai loro racconti si evidenzia la loro posizione passiva e subiscono delle scelte che arrivano dall'esterno.

Tematica 3: presenza di relazioni significative e supporto da parte degli altri

"Farsi forza l'un l'altro"/"senso di solitudine"

Un'altra tematica significativa è l'importanza di avere il sostegno di altre persone, soprattutto il coniuge o il compagno di vita:

"Ho sofferto di una malattia che quasi mi portava via per Trecella, un'infezione in bocca che mi sono preso all'ospedale di Treviglio, mi han salvato per miracolo, un mio amico che è primario all'ospedale di Legnano è venuto qua per caso dai Giuffrè, perché lui è paesano e ha un po'di parentela, e ha chiesto come stavo, e ha detto che ero una testa di cavolo che stavo male e non lo chiamavo ...ha fatto vedere gli esami del sangue fa ma qui non ha difese immunitarie, non c'ha più niente, mi ha fatto preparare la borsa, sono andato all'ospedale di Trev...di...di coso.. a li...a Legnano, ho fatto quaranta e passa giorni come Gesù Cristo, flebo di qua, alimentazione di qua e viceversa, non parlavo più, non passava più niente dalla bocca e tutto, e...quello lièstat...mi ha lasciati...da quella volta li ho cominciato ad avere tutte le altre robe e li mi ha lasciato il segno veramente, come ho fatto, con l'aiuto suo di lei...e lui...perché...in quei momenti la, quando entri li pensi che non esci più...e...quello li mi ha lasciato proprio il segno...(Emilio, 69 anni, senza fragilità cognitiva)."

Le persone intervistate sottolineano l'importanza di "rimbocarsi le maniche" e "farsi forza l'un l'altro":

"Ci siamo rimboccati le maniche e ci siamo fatti forza, poi finalmente sono riuscito a trovare un lavoro e la bambina l'abbiamo iscritta al nido (Gino, 65 anni, senza fragilità cognitiva)."

Nei momenti difficili la presenza del compagno permette di sentirsi meno soli ad affrontare le difficoltà che la vita pone:

"Mio marito penso che prima o poi lo faranno santo, sopporta tutto questo e non si lamenta mai, i miei fratelli fanno finta di aiutarmi ma in realtà loro non hanno idea della fatica che faccio tutti i giorni con mia mamma malata di Alzheimer che a volte diventa aggressiva, è come se fosse bambina e io lavoro e la situazione è spesso ingestibile (Carolina, 69 anni, senza fragilità cognitiva)."

L'importanza del supporto del coniuge è confermata anche da chi si trova a vivere ora da solo ma, comunque, lo sente vicino:

"Ma guarda io ti dirò che per fortuna avevo Angelo che comunque mi ha aiutato a venirme fuori che lui drammatizzava le cose no? E ...mi ha dato ab-

bastanza sostegno nel quel lato li...ultimamente ...mancando lui ...diciamo che c'è stato un periodo che anche io ho vacillato, poi anche quando c'era lui ...perché nonostante tutto non ho accettato ...non avevo accettato la malattia di mio marito ...ma forse neanche tanto ...come posso spiegarti ...la malattia si ...è la morte che io non l'accettavo hai capito? Come del resto non la si accetta tutti quando c'è una persona cara, perché poi non è più la stessa cosa .. adesso la morte di ...Angelo ...e ...sarà una vigliaccata, sarà quello che vuoi, sarà...perché non ...non vuoi rifugiarti magari in qualcosa ...però io mio marito me lo sento sempre vicino ...me lo sento sempre ...ci parlo pure ...e dirai questa è scema ...però va beh ...bruciarsi dietro al passato , bisogna ...passato non esiste più, però non puoi cancellare una vita ...questo no ...va beh". (Emilia, 69 anni, senza fragilità cognitiva)".

In altri casi, invece, la scomparsa del coniuge diventa un motivo per reagire e "andare avanti:"

"All'inizio mi sono lasciata andare un po'poi mi sono data una regolata e ho detto bisogna andare avanti, bisogna vivere minuto per minuto perché la vita è breve...è quello che penso...se prima di fare una cosa ci pensavo due volte adesso dico è meglio farla subito perché non si sa domani com'è(Rita, 70 anni, senza fragilità cognitiva)."

Questa signora pone in rilievo come un evento drammatico e difficile abbia determinato in lei la "fuori-uscita" della forza necessaria per affrontare la vita da capo, vivendola minuto per minuto. Viceversa, le persone con fragilità cognitiva mettono in risalto maggiormente il senso di solitudine che vivono:

"Se mi vengono a trovare le persone che conosco, ma non vengono sempre, ogni tanto...se non vengono sono da sola...di solito vengono qualche minuto poi devono andare via perché anche loro...non so come dire...anche loro devono fare le cose e non possono stare sempre...sempre qui... sono in una contrada e non c'è tanta gente, non incontro mai nessuno" (Sabina, 76 anni, con fragilità cognitiva)

In questi casi non è la reciprocità ad essere messa in evidenza ma la solitudine. Anche quando le persone vivono dei rapporti, preferiscono sottolineare la durata limitata e l'insoddisfazione che ne deriva.

"Legami forti con coniuge e figli"/"Incomprensioni con i figli e amici che li devi chiamare"

Un elemento che le persone considerano importante è la famiglia, sempre il punto di riferimento. Accanto alle relazioni familiari, alcuni partecipanti nominano le amicizie di lunga data, quelle "di prima", persone che più volte tornano nel corso dell'intervista.

Sembrano essere meno significative, infine, le relazioni di vicinato, quelle in cui "tutti si salutano"ma poi ognuno sta a casa sua:

"E poi i rapporti di vicinato, però siamo dei vicini, però ognuno sta a casa sua, se ci incontriamo buongiorno, buonasera, se no ...non c'è quella familiarità...si c'è un buon rapporto con tutti ma ognuno a casa sua (Rino, 76 anni, senza fragilità cognitiva)."

Viceversa, le persone con fragilità cognitiva raccontano le difficoltà nei rapporti con i familiari, in particolare con i figli:

“più importanti quelle che ho con mio figlio...quando riesco a parlargli perché lui subito sbuffa (ride) alle 5.00 di mattina...e lui che non ha voglia.. gli telefono e gli dico “ciao Davide dove sei?” “basta mamma non chiedermi più dove sono..scusa e... ma se il mio modo di dire è dove sei, con chi sei...e mi fa non dirmelo più...perché se no...mi sgrida sì...allora ho fatto due tre giorni senza telefonargli...poi lui si è accorto... lui non mi telefonava, non mi sono offesa eh, io non gli ho telefonato più,..sì è incavolato...niente mio figlio, è così(Anna, 73 anni, con fragilità cognitiva).

Allo stesso modo, anche i rapporti con gli amici sono deboli e poco significativi:

“Si ma mi vengono a trovare poco...bisogna dirglielo...solo un mio amico carissimo Ambrogio, un mio amico carissimo Francesco...quei due li vengono sempre...e...gli altri...è venuto là uno una volta e non è venuto più nessuno...”(Alfio, 78 anni, con fragilità cognitiva).

“Sì, ma” queste parole descrivono bene lo stato d’animo delle persone con fragilità cognitiva che sembrano rassegnarsi e subire passivamente la loro condizione. La famiglia è presente ma più per la criticità che porta che non per le relazioni che non sono soddisfacenti.

“Scambiare due parole con tutti”/“Ora non più”

Un elemento ulteriore è legato alla presenza all’interno della comunità, che assume tempi e forme diverse, talvolta superficiali e dettati dalla necessità:

“Lì dal dottore parlo con i pazienti del più e del meno, cose così quando ci si incontra e c’è il gruppetto della chiesa che mi vedo (Ernestina, 78 anni, senza fragilità cognitiva).”.

Il fatto di condividere uno spazio, come lo studio medico, diventa l’occasione per “scambiare due parole” con le persone che si incontrano. In altri casi, invece, è un interesse comune ad assumere la funzione di collante, come nel caso delle attività in parrocchia. D’altra parte, invece, le persone con fragilità cognitiva mettono il luce il rammarico per tutte quelle azioni che in passato facevano e ora non fanno più:

“Prima sì, prima di più, andavo sempre a fare le cose insieme ai preti lì all’oratorio, facevo le feste, quelle cose lì, con i preti...poi sono diventato vecchio e non mi volevano più, però prima andavo sempre là, anche alla sera andavo sempre là all’oratorio, adesso ne ho un po’meno (di occasioni di parlare) perché non vado più in paese e quindi c’ho meno da parlare con la gente e...quando mi vedono mi salutano e tutto però (Giulia, 69 anni, con fragilità cognitiva).

“Prima si andava”, “si faceva”, anche in questo caso a prevalere è il rimpianto per un passato che non può più tornare.

Conclusioni

Il progressivo invecchiamento della popolazione ha reso sempre più evidente la necessità di interrogarsi sul ruolo che le persone anziane possono avere all'interno delle comunità. Il concetto di invecchiamento attivo ha introdotto alcuni elementi chiave che devono essere presi in considerazione analizzando l'esperienza dei soggetti lungo tutto il corso della loro vita.

Il processo di invecchiamento non è più visto come un declino inevitabile che caratterizza una fase della vita, ma è il risultato di più fattori, che fanno riferimento sia alla sfera individuale dei soggetti che a quella più ampia delle comunità di appartenenza, su cui è possibile intervenire attivamente durante tutto il corso dell'arco di vita.

A livello individuale, è importante scegliere uno stile di vita sano ma anche garantire ai soggetti, per quanto possibile, di mantenere la propria indipendenza ed un buon grado di autonomia decisionale. Il primo elemento che emerge in modo significativo dalla ricerca e dai vissuti delle persone intervistate è stato il binomio autonomia versus dipendenza.

Le persone con fragilità cognitiva, infatti, hanno più volte ribadito di dover dipendere dalle scelte che altri compiono e di affidarsi ad una forza esterna, come la fede, che diventa un rifugio ed una protezione. Le persone senza fragilità cognitiva, al contrario, hanno messo in luce l'importanza di potersi occupare ancora di se stessi e dei propri cari. Essere protagonisti delle proprie scelte significa sentirsi ancora capaci e importanti all'interno della famiglia e della comunità in cui si è inseriti.

Un secondo binomio che caratterizza le esperienze degli intervistati fa riferimento alla qualità del tempo vissuto. Avere (o avere avuto) un'occupazione è fonte di soddisfazione ma accresce anche l'autostima ed il senso di auto efficacia. Coltivare passioni ed interessi permette di "sentirsi vivi" e rappresenta un ponte che collega il passato ed futuro. Gli intervistati hanno raccontato di quanta soddisfazione possa dare un lavoro che piace, una passione o un hobby da condividere con gli amici o magari da trasmettere ai nipoti. Le persone con fragilità cognitiva, al contrario, si sono dichiarate prigioniere di una routine da cui non riescono ad uscire e vivono di rimpianti per quel che non possono più fare. Queste routine sono spesso subite e percepite come una fatica difficile da affrontare.

Il terzo binomio, infine, che può essere definito con i termini sostegno versus solitudine, è legato alle relazioni sociali che le persone costruiscono e che assumono forme e significati differenti. Il legame più solido è quello con il coniuge che, anche quando non c'è più, è considerato un riferimento chiave per i soggetti ed uno stimolo per andare avanti. Prendersi cura dei figli, anche quando sono cresciuti, aiuta a mantenersi attivi ed accresce la sensazione di essere utili. Le relazioni con i vicini, invece, sembrano essere più superficiali perché spesso si limitano a brevi momenti di incontro. Infine, ci sono dei luoghi che si frequentano per scelta (come teatri e cinema) o per necessità (lo studio del medico) in cui è possibile interagire, seppur per brevi momenti, con altri membri della comunità. D'altra parte, le persone con fragilità cognitiva hanno descritto le relazioni come una fatica da dover sopportare e come una fonte di disagio. Non solo è espresso in modo evidente il senso di solitudine ma anche la difficoltà di gestire i rapporti con i figli e con gli amici che, oltre ad essere poco presenti, spesso sono fonte di sofferenza.

La ricerca ha messo in luce come sia possibile intervenire per costruire condizioni migliori e fare in modo che le persone, durante il loro processo di invecchiamento, possano sperimentare una condizione di benessere.

Una prima attenzione deve essere rivolta ai soggetti stessi che, per quanto possibile, devono poter usufruire di spazi e servizi che consentano loro di continuare a svolgere nel modo più autonomo possibile le attività quotidiane.

I familiari sono sicuramente un elemento chiave anche se, come emerso dalle interviste, non sempre sembrano essere adeguatamente preparati soprattutto ad affrontare le difficoltà che le persone più fragili sembrano avere. I vicini di casa, poi, potrebbero essere una risorsa significativa a supporto dei soggetti che invecchiano anche se i rapporti, per quanto raccontato dagli intervistati, sono spesso sporadici e superficiali.

Più in generale, la comunità intera dovrebbe interrogarsi da un lato rispetto alle modalità che può mettere in atto per fare in modo che questa fascia di popolazione possa mantenere un ruolo attivo al suo interno e, dall'altro, sulle forme di supporto che può mettere in atto per offrire un aiuto positivo per far fronte alle difficoltà.

Le principali limitazioni di questo studio sono tre. Da un lato il campione modesto e riferibile ad un contesto rurale contenuto all'interno delle provincie di Milano, Bergamo e Cremona. In secondo luogo, è stata considerata solo l'opinione dei soggetti mentre per successive indagini sarebbe interessante raccogliere anche il parere dei familiari dei loro familiari e delle persone che si prendono cura di loro. L'IPA, infine, è un metodo interpretativo basato sulla soggettività del ricercatore e sulla unicità della relazione tra intervistatore e intervistato; pertanto, le scelte tematiche che emergono dai risultati sono il frutto di una interpretazione dei dati e non rappresentano l'interpretazione migliore o più veritiera.

Riferimenti bibliografici

- Aisa, R., Larramon, G., Pueyo, F. (2015). Active aging, preventive health and dependency: Heterogenous workers, differential behavior, *Journal of Economic Behavior & Organization*, 117, 1-9.
- Almeyda, O., P., Khan, K., M., Hankey, G., J., Yeap, B., B., Golledge, J., Flicker, L. (2014). 150 minutes of vigorous physical activity per week predicts survival and successful ageing: a population-based 11-year longitudinal study of 12,201 older Australian men. *British Journal of Medicine*, 48, 220-225.
- Antonucci, T., Birditt, K., Webster, N. (2010). Social relations and mortality: A more nuanced approach. *Journal of Health Psychology*, 15(5), 649-659.
- Barnes, D.E., Haight, T.J., Mehta, K.M., Carlson, M.C., Kuller, L.H., Tager, I.B. (2010). Second-hand smoke, vascular disease and dementia incidence: findings from the cardio-vascular health cognition study. *American Journal of Epidemiological*, 171, 292-302..
- Bowen, M.E. (2012). A prospective examination of the relationship between physical activity and dementia risk in later life. *American Journal of Health Promotion*, 26 (3), 333-340.
- Boyle, P.A., Buchman, A.S., Barnes, L.L., Bennett, D.A. (2010). Effect of a purpose in life on risk of incident Alzheimer disease and mild cognitive impairment in community-dwelling older persons. *Arch Gen Psychiatry*, 67 (3), 304-310.
- Callahan, C., M., Arling, G., Tu, W., Rosenman, M., B., Counsell, S., R., Stump, T., E., Hendrie, H.C. (2012). Transitions in care for older adults with and without dementia. *Journal of the American Geriatrics Society*, 60 (5), 813-820.
- Clougherty, J.E., Souza, K., Cullen, M.R. (2010). Work and its role in shaping the social gradient in health. *Ann N Y Acad Sci*, 1186, 102-124.
- Dal Negro, R.W., Bonadiman, L., Tognella, S., Bricolo, F.P., Turco, P. (2014). Extent and prevalence of cognitive dysfunction in chronic obstructive pulmonary disease, chronic non-obstructive bronchitis, and in asymptomatic smokers, compared to normal reference values. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 9 (1), 675-683.
- De Beni, R. (2009). *Psicologia dell'invecchiamento*, Bologna, Il Mulino.

- Depp, C. A., & Jeste, D. V. (2006). Definitions and predictors of successful aging: a comprehensive review of larger quantitative studies. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 14(1), 6-20.
- Demurats, P., Gesano, G., Heins, F., Menniti, A., Prosperi, M. (2014). *L'uso del tempo degli italiani e il processo di invecchiamento*. Roma: Consiglio Nazionale delle Ricerche- Istituto di Ricerche sulla Popolazione e le Politiche Sociali (IRPPS Workingpapers n. 65/2014)
- Erikson, K.I., Voss, M.W., Prakas, R.S., Basak, C., Szabo, A., Chaddock, L., Kim, J.S., Heo, S., Alves, H. (2011). Exercise training increases size of hippocampus and improves memory. *Proceedings of the National Academy of Science*, 108 (7), 3017-3022.
- Gerstorff, D., Hoppmann, C., Kadlec, K., McArdle, J. (2009). Memory and depressive symptoms dynamically linked among married couples: longitudinal evidence from the AHEAD study. *Developmental Psychology*, 45 (6), 1595-1610.
- Giantin, V. (2014). *Invecchiare in forma*. Roma, Città Nuova ed.
- Kirkwood, T. (1996). *Mechanisms of Ageing*. In *Epidemiology in Old Age*. Ebrahim S and Kalache A (eds) London: BMJ Publishing Group
- Knopman, D., S., Petersen, R., C. (2014). Mild cognitive impairment and mild dementia: A clinical perspective. *Mayo Clinic Proceedings*, 89 (10), 1452-1459.
- Istat (2014). Tendenze demografiche e trasformazioni sociali. Nuove sfide per il sistema di welfare.
- Ngadu et al (2015). A 2 year multidomain intervention of diet, exercise, cognitive training, and vascular risk monitoring versus control to prevent cognitive decline in at-risk elderly people (FINGER): a randomised controlled trial, *The Lancet*, 385 (9984), 2255-2263.
- Nygaard, L., Kottorp, A. (2014). Engagement in instrumental activities of daily living, social activities, and use of everyday technology in older adults with and without cognitive impairment. *British Journal of Occupational Therapy*, 77 (11), 565-572.
- Orsitto, G., Venezia, A., Turi, V., Fulvio, F., Tria, D., Manca, C. (2010). Smoking, dementia and cognitive decline in hospitalized elderly patients, *Giornale Italiano di Gerontologia*, 58, 283-289.
- Ott, A., Andersen, K., Dewey, M.E., Letenneur, R., Brayne, C., Copeland, J.R.M., Dartigues, J.F., Kragh-Perissinotto, C.M., Cenzer, I.S., Covinsky, K.E. (2012). Loneliness in older persons: a predictor of functional decline and death. *Arch Intern Med*, 172 (14), 1078-1084.
- Querfurth, H.W., La Ferla, F.M. (2010). Alzheimer's disease. *New England Journal of Medicine*, 362 (4), 329-344.
- Reichstadt, J., Sengupta, G., Depp, C., Palinkas, L., Jeste, D. (2010). Older adults' perspectives on successful aging qualitative interviews. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 18 (7), 567-575.
- Rondanelli, M., Nichetti, M., Perna, S., Peroni, G., & Faliva, M. (2017). LA NUTRACEUTICA PER OTTENERE UN INVECCHIAMENTO DI SUCCESSO The nutraceutical to obtain a successful aging. *Giornale Italiano di Farmacoeconomia e Farmacoutilizzazione*, 9(1), 124-131.
- Rosholm, J.U. (2011). The widening gap. A reflection on the European Year for Active Ageing. *European Geriatric Medicine*, 2 (3), 129.
- Schmitt, E., Hinner, J., Kruse, A. (2015). Potentials of survivors, intergenerational dialogue, active ageing and social change, *Procedia- Social and Behavioral Sciences*, 171, 7-16.
- Smith, J. A. (2011). Evaluating the contribution of interpretative phenomenological analysis. *Health psychology review*, 5(1), 9-27.
- Soutwick, S.M., Litz, B.T., Charney, D., Friedman, M.J. (2013). Resilience and mental health: challenges across the Lifespan. *Occupational Medicine*, 63 (5), 383- 386.
- Tacconi, G., & Gomez, G. M. (2012). Osservazione in classe e videoriprese come strumenti per lo sviluppo professionale dei docenti e la ricerca didattica. Note di metodo su un'esperienza in corso nella Provincia di Bolzano. *Form@ re-Open Journal per la formazione in rete*, 12(79), 22-33.
- Then, F.S., Luck, T., Lupp, M., Konig, H.H., Angermeyer, M.C., Riedel-Heller, S.G. (2015). Differential effects of enriched environment at work on cognitive decline in old age. *Neurology*, 84 (21), 2169-2176.
- WHO (2012). World health Statistics 2012. Global Health Observatory (GHO) data. The World Health Organization, Geneva.

Zaidi, A., Gasior, K., Zolyomi, E., Schmidt, A., Rodrigues, R., & Marin, B. (2017). Measuring active and healthy ageing in Europe. *Journal of European Social Policy*, 27(2), 138-157.
 Zambianchi, M., Ricci Bitti, P.E. (2012). *Invecchiamento positivo*. Carocci editore, Roma

Allegato 1. Esiti test MMSE

I risultati sono presentati nel modo seguente. Il campione di soggetti senza fragilità cognitiva presenta un esito superiore a 24. Sono stati segnalati con il colore giallo i soggetti che hanno ottenuto un punteggio vicino alla soglia minima, ovvero 25. Per i soggetti con fragilità cognitiva invece i punteggi sono stati evidenziati nel modo seguente:

fragilità cognitiva lieve, tra 19 e 24: colore verde

fragilità cognitiva moderata, tra 14 e 18: colore fucsia

fragilità cognitiva grave, inferiore a 14: colore rosso

soggetti senza fragilità cognitiva	punteggio MMSE	soggetti con fragilità cognitiva	punteggio MMSE
Carla	27	Aldo	23
Gino	25	Nina	14
Silvia	29	Giovanni	11
Emilio	26	Maria	13
Tino	25	Sabina	15
Mimmo	30	Anna	18
Antonio	26	Alfio	21
Gino	29	Giulia	20
Carolina	29	Mario	22
Emilia	27	Luca	21
Rino	28	Stefano	10
Ernestina	25	Luigi	11
Rocco	28	Riccardo	15
Silvana	28	Gisella	16
Luigina	26	Giovanna	21
Lucrezia	26	Livia	12