



**Università degli Studi G. d'Annunzio
Chieti-Pescara**

Dipartimento di Scienze Psicologiche, Umanistiche e
del Territorio

Corso di Laurea Magistrale in Psicologia Clinica e della Salute

**“L'Invecchiamento:
Un percorso attivo nel volontariato”**

Relatore:

Chiar.mo Prof. Mario Fulcheri

Candidata:

Rossana Sunna
Matricola n. 3168698

Correlatore:

Prof.ssa Ida Di Gennaro

Anno Accademico 2016 - 2017

Indice

Introduzione	1
1. ACTIVE AGEING	4
1.1 Le radici dell'Invecchiamento Attivo	7
1.1.1 L'Invecchiamento Attivo nell'OMS	9
- Steriotipi sull'età anziana	11
1.1.2 Modelli di Invecchiamento	17
1.2 Teorie di Invecchiamento	18
- La Teoria dell'Attività	18
- La Teoria del Disimpegno	19
- La Teoria della Continuità	19
1.3 Le Strategie dell'Invecchiamento Attivo	20
1.4 Invecchiamento Attivo e Welfare	24
1.4.1 I Modelli proposti dall'UE	25
1.4.2 Strategie di apprendimento intergenerazionale nel sociale	29
2. INVECCHIAMENTO ATTIVO E VOLONTARIATO	31
2.1 Qualità di vita	31
- Strumenti di valutazione	33
2.2 Il Volontariato	35
2.2.1 I fattori che intervengono nella partecipazione	

degli anziani nel volontariato	36
- I Predittori	36
- Le Motivazioni	37
- Le Barriere	38
2.2.2 I benefici del volontariato per l'anziano	39
2.3 Le innovazioni tecnologiche come supporto	41
2.3.1 La tecnologia come strumento terapeutico per l'anziano	44
2.4 Attività ricreative e case di cura	45
3. DEMENZE E VOLONTARIATO	47
3.1 La Demenza Senile	47
- Fattori di rischio	49
3.2 La qualità di vita in pazienti affetti da demenza	50
3.3 Fattori protettivi e rischio di demenza	53
- Il Movimento	54
- La Creatività	55
3.4 I benefici del volontariato e di come esso possa ridurre il rischio di demenza	57
3.4.1 La Clownterapy	57
3.4.2 Intervento dei Clown su pazienti con demenza	59
3.4.3 Assistenza volontaria ai caregivers di pazienti con demenza	60
<i>Conclusioni</i>	63

Introduzione

L'allungamento della vita media ed il crescente invecchiamento della popolazione hanno condotto ad un maggior interesse circa le tematiche dell'invecchiamento. Per comprendere tale fenomeno nella sua globalità e complessità, è risultato utile andare oltre la mera figura dell'anziano con deficit.

Partendo dalle teorie più accreditate in ambito biologico, psicologico e sociale è stato possibile elaborare un approccio multifattoriale in tale ambito.

In concomitanza al drastico cambiamento demografico avvenuto negli ultimi tempi, si è sviluppato un nuovo concetto di invecchiamento, il cosiddetto fenomeno *“dell'Invecchiamento Attivo” (Active aging)*, che ha portato la popolazione anziana non solo ad adattarsi al continuo sviluppo della società, ma anche a rimanere attivi all'interno di essa, attraverso diverse opportunità offerte.

Viene rivalutata la figura dell'anziano, che da semplice padrone di casa, portatore di valori e di saggezza, viene visto ora come una persona attiva e una preziosa risorsa all'interno della comunità.

L'OMS definisce l'Invecchiamento Attivo come *“un processo di ottimizzazione delle opportunità relative alla salute, partecipazione e sicurezza, allo scopo di migliorare la qualità della vita delle persone anziane”*. Nonostante l'OMS ha dimostrato che l'anziano rappresenta un patrimonio cruciale per la società, si aggirano all'interno di essi, degli stereotipi che definiscono l'anziano una persona bisognosa di aiuto e di cure.

Per far fronte al fenomeno dell'Invecchiamento Attivo, sono state messe appunto delle Strategie, o per meglio dire, degli slogan, che contribuiscono a governare tale fenomeno; queste strategie racchiudono sette principi fondamentali necessari a rispondere alle sfide sull'invecchiamento attivo.

Molte iniziative europee, attraverso i diversi Programmi Europei, si sono prese in carico tale concetto al fine di sensibilizzare l'opinione pubblica e la costruzione di politiche e strategie efficienti per promuovere e incrementare le opportunità per una vita migliore.

L'attuale Politica del Welfare, intesa come un sistema volto a garantire a tutti i cittadini servizi sociali, assistenziali e sanitari, ritenuti importanti e indispensabili per rispondere

ai bisogni dell'individuo e della collettività in modo sempre più mirato e appropriato, si pone come obiettivo principale l'attivazione di una politica d'invecchiamento attivo, al fine di incentivare la vita attiva anche in età avanzata, attraverso il contributo sociale, economico, fisico e culturale della società. Attraverso lo stimolo offerto dalla percezione di poter ancora essere utili, gli anziani migliorano il benessere fisico, mentale e sociale, scongiurando l'isolamento, l'inattività e l'apatia e tutte le condizioni patologiche legate a tali situazioni. Inoltre, le politiche sociali proposte si sono interessate a promuovere il ruolo che ha il volontariato all'interno della vita dell'anziano. Successivamente, l'Anno dell'Invecchiamento Attivo ha dimostrato come l'anziano sia una figura importante nelle attività di volontariato, il quale rappresenta uno dei vantaggi primari che permette ai senior di migliorare la propria qualità di vita, il loro senso di identità e il proprio benessere fisico e psichico. Il volontariato favorisce il senso di appartenenza, l'autostima e il godimento; esso può essere generalmente definito come ogni tipo di attività in cui il tempo è prestato gratuitamente in maniera organizzata a vantaggio di un'altra persona, di un gruppo o di una causa. Diversi sono i fattori che intervengono nella partecipazione degli anziani nelle attività di volontariato: i predittori; le motivazioni; e le barriere. Diversi sono anche, i benefici che il volontariato ha dimostrato di avere nei confronti dell'anziano, migliora la salute fisica con una conseguente diminuzione della mortalità, aumenta l'attività sociale, fisica e cognitiva. Il cambiamento demografico, ha portato con sé lo sviluppo di nuovi strumenti tecnologici e che l'introduzione di Internet ha migliorato la qualità di vita dell'anziano, e rappresenta uno strumento di sostegno per la conservazione di un'autonomia funzionale.

L'invecchiamento, come abbiamo detto fin ora, è un periodo particolare nella vita di ogni individuo, è la fase conclusiva del ciclo vitale, se questo non è stato precocemente interrotto per cause accidentali; in questo fenomeno fisiologico si assistono a perdite e deterioramenti a livello funzionale, a cambiamenti ineluttabilmente legati al passare del tempo che portano con sé una componente individuale non indifferente.

La demenza senile, è la causa principale, del deterioramento funzionale e cognitivo tipico del soggetto anziano. La demenza provoca, con il passare del tempo, importanti limitazioni e la perdita di autonomia da parte del paziente affetto, pertanto, è utile che vi

siano delle attività che vadano a migliorare le prestazioni fisiche, sociali e cognitive del paziente demente. Il movimento, la creatività, le associazioni di volontariato, la clowntherapy sono tutti fattori protettivi che riducono il rischio di demenza.

Quando parliamo di demenza è importante prendere in considerazione anche il ruolo svolto dai caregivers, ovvero da coloro che si prendono cura del paziente, tutelando la loro salute attraverso la presenza di servizi sanitari, messi a disposizione dalla comunità.



Active Ageing

Negli ultimi decenni nella nostra società abbiamo spesso sentito parlare del concetto di “*Invecchiamento attivo*”, dovuto al drastico cambiamento demografico avvenuto prima d'ora nella storia.

L'invecchiamento è un processo che interessa tutti gli organismi viventi e che comporta modificazioni biologiche. Nell'uomo si assiste a tali modificazioni del corpo e delle sue funzioni, seguite da un processo di adattamento psicofisico; il fenomeno è graduale e progressivo, anche se variabile per ogni individuo. Tuttavia la vecchiaia può assumere un significato positivo e può essere vissuta nel modo giusto, e non è considerata soltanto il momento della saggezza, ma può essere anche quello della creatività.

È difficile ancora tutt'oggi stabilire l'inizio del processo di invecchiamento, il quale è caratterizzato dall'aumento di processi distruttivi a carico di quelli costruttivi per l'organismo.

Si usa comunemente considerare le seguenti fasce di età:

- *età di mezzo o presenile 45-65 anni*: gli eventi biologici caratteristici sono la menopausa per la donna e l'andropausa per l'uomo, importanti per le modificazioni bio-umorali (aumento dei grassi nel sangue, della glicemia, predisposizione all'ipertensione arteriosa);
- *senescenza graduale, 65-75 anni*: comunemente si indica l'età corrispondente all'inizio della vecchiaia a 65 anni.
- *senescenza conclamata, 75-90 anni*: in passato individui di età superiore ai 65 anni mostravano riduzione dell'efficienza psicofisica, ai giorni nostri si assiste alla comparsa di ultra sessantacinquenni efficienti, e si può ridefinire anziano l'ultra settantacinquenne. In questo periodo le malattie che insorgono tendono a cronicizzarsi ed a determinare interventi assistenziali sociali e riabilitativi.

Biologicamente si assiste ad una generale riduzione del numero delle cellule (atrofia) ed una diminuzione dell'efficienza funzionale, accompagnata da modificazioni organiche e predisposizione ad una serie di disturbi.

La parola 'invecchiamento' si riferisce al corso dell'intera vita, e la parola "attiva" si riferisce al coinvolgimento continuo in attività che variano dal sociale, economico e culturale, o svolgere attività di routine quotidiane (Walker, 2006).

Le statistiche hanno dimostrato che vi è stato un cambiamento demografico, e che l'allungamento della vita, soprattutto per quanto riguarda la popolazione occidentale, diventa una delle sfide in campo medico e sociale, perchè contrariamente a quanto si possa pensare, il raggiungimento di un benessere fisico, una vita sana e felice ha origini antiche.

Se riflettiamo sulla figura dell'anziano all'interno della società, nel corso della storia esso è passato dal rivestire una funzione di "custode" dei valori sociali, religiosi e morali con un ruolo assolutamente centrale nella famiglia, ad un ruolo che oggi è marginale. L'anziano infatti è spesso considerato persona bisognosa di cure, spesso un peso o anche disprezzo all'interno della stessa famiglia. Questo è dovuto soprattutto alla

crescita esponenziale della media dell'aspettativa di vita, passata dai 30 anni del primo caso ai 60 nel secondo.

E' significativo ricordare che l'allungamento della vita non dipende esclusivamente da fattori individuali e biologici, ma è determinato in maniera esponenziale anche dal contesto in cui una persona è inserita e quindi dall'ambiente nel quale vive, dalla loro condizione economica e sociale, dal contesto familiare e dal supporto che è possibile ricevere nel momento del bisogno.

Oggi però tendiamo a dimenticare che l'invecchiamento della popolazione è una conquista importante, il risultato di condizioni di vita più sane e di scoperte mediche che riducono la mortalità prematura. L'intento è quello di sostenere l'invecchiamento attivo in tutti gli aspetti della vita, dalle attività professionali, comunitarie e familiari fino alla capacità di invecchiare mantenendosi indipendenti e in buona salute.

Esso inizia nel mondo del lavoro. I cittadini europei, hanno recentemente affermato in un sondaggio (Eurobarometro) che vorrebbero continuare a lavorare una volta raggiunta l'età pensionabile, anche se non necessariamente a tempo pieno, ma oggi non molti europei hanno la possibilità di farlo.

Il processo dell'invecchiamento attivo ha cercato di portare delle risposte positive ai cambiamenti demografici; si basa principalmente su tre cose:

1. consentire a donne e uomini di restare nel mondo del lavoro. Superando le barriere strutturali (tra cui la mancanza di sostegni per badanti) e offrendo incentivi appropriati, molte persone anziane possono essere aiutate a restare sul mercato del lavoro, con benefici individuali e sistemici.
2. favorire la cittadinanza attiva con la creazione di ambienti che sfruttino il contributo che gli anziani possono dare alla società.
3. Permettere a donne e uomini di mantenersi in buona salute e di condurre una vita indipendente con il passare del tempo, grazie ad un approccio ad un invecchiamento in buona salute per tutta la durata della vita da coniugare con un'edilizia adeguata e ambienti locali che consentano agli anziani di rimanere nelle loro case il più a lungo possibile.

1.1 Le radici dell'invecchiamento attivo

Partendo da questa riflessione, sono stati messi appunto dei programmi sociali e culturali per far fronte e combattere l'anzianità passiva e offrendo la partecipazione degli anziani di realizzarsi anche in questi campi.

Nonostante questo concetto abbia interessato discorsi gerontologici contemporanei, affonda le sue radici negli anni '40 '50 del Novecento, quando i socio-gerontologi hanno sottolineato l'importanza di uno stile di vita attivo nella vecchiaia per soddisfare la vita personale, definita più tardi "teoria dell'attività" (Lynott e Lynott 1996).

Sebbene all'inizio tale teoria non era ben vista da chi considerava l'anziano come persona del tutto passivo, incapace di poter lavorare, negli ultimi anni il concetto di invecchiamento attivo ha fatto sì che quella che era la concezione negativa della vecchiaia venisse spostata su una visione più positiva, stimolando la presenza degli adulti più anziani nella società. Il fulcro quindi si sposta non più sull'attenzione storica, ovvero su ciò che gli adulti più anziani non possono più fare (cioè i loro deficit), ma viene data enfasi sulla loro competenza e conoscenza (Jacobs 2004).

I diversi cambiamenti avvenuti riguardano da un lato all'esistenza di condizioni socio-economiche più favorevoli e dei continui progressi medici, che rendono la vita di tante persone migliori e più lunghe, dall'altro tali cambiamenti si verificano anche nei concetti di vecchiaia nella sua forma più appropriata. Questa idea cambiata di vecchiaia sta diventando sempre più connessa alla necessità di rimanere giovani, sia nel senso dell'attività (Katz 2000) che nell'aspetto fisico (Biggs 2002, Coupland 2007, Featherstone 1991, Featherstone e Hepworth 1991).

Per quanto possano essere state messe appunto delle teorie sociali ed economiche, tali mutamenti non hanno ancora permesso di creare delle vere e proprie teorie psicologiche dell'invecchiamento, tuttavia esistono metafore con l'intento di spiegare i vari processi che avvengono nell'arco della vita, offrendo una visione complessiva dell'invecchiamento.

La metafora dell'albero della vita di Schroots rappresenta, secondo il mio punto di vista, l'andamento di vita di ogni individuo: secondo l'autore la vita è come un albero o, più

dinamicamente, è come un fiume che scorre. L'origine del fiume può essere paragonata alla nascita e ha una serie di ramificazioni che, pur scorrendo in una sola direzione (l'oceano in cui sboccherà, metafora della morte), hanno una loro importante configurazione spazio-temporale complessa. Tali ramificazioni vogliono rappresentare le esperienze di vita, dei vissuti complessi e ramificati che l'anziano porta con sé durante tutto l'arco della sua vita.

Con questa metafora è possibile notare la non linearità della vita, la complessità biologica e psicologica, e la diversità di ogni vita (Birren e Schroots, 1996), infatti ogni fiume (l'anziano) presenta delle diverse ramificazioni che fanno di ciascun fiume un percorso particolare ed individuale.

L'invecchiamento è pertanto considerato un processo complesso, in cui diversi fattori, fisici, psicologici e sociali, interagiscono fra di loro affinché vengano a crearsi tali ramificazioni, complesse e particolari.

Per dimostrare che esso "è un processo altamente individualizzato", Birren e Schroots nel 1996 distinguono l'invecchiamento in, invecchiamento primario, secondario, terziario e differenziato.

- *L'invecchiamento primario* è il cambiamento che ogni persona va incontro immancabilmente. Nel 1969 Busse definì l'invecchiamento primario come quel cambiamento inevitabile per ogni essere umano, caratterizzato dalla perdita di velocità nell'elaborare le informazioni e le risposte di azione, dal rallentamento dell'intelligenza fluida, dall'aumento dell'intelligenza cristallizzata, caratterizzata da un aumento delle competenze verbali e dalla stabilità di alcuni tratti della personalità. Come sostenuto da Birren e Fisher (1993), uno dei marcatori più significativi che sottolineano il lento decadimento dell'organismo è la lentezza di azione, anche qualora venga mantenuto un cervello sano.
- *L'invecchiamento secondario* è considerato patologico, in quanto viene presa in considerazione la malattia, associata all'età, la quale può essere curata con successo, o qualora ciò sia inevitabile, rallentarne gli effetti negativi.
- *L'invecchiamento terziario* si riferisce al declino rapido e irreversibile dell'organismo, in quanto connesso all'ipotesi del declino terminale, e quindi

indipendente dall'età cronologica. Per tale motivo, l'invecchiamento non viene misurato come distanza dalla nascita, ma dalla morte. È associato all'interferenza tra invecchiamento primario e quello secondario, cioè tra destabilizzazione e vulnerabilità, in quanto vanno a creare un invecchiamento a cascata in quanto tale deterioramento sembra acquisire velocità rispetto al funzionamento ottimale, accelerando la malattia e il disagio che l'individuo ha nei confronti di essa.

- *L'invecchiamento differenziale* si riferisce proprio al concetto di individualizzazione, in quanto, non essendo possibile individuare le diverse variabili che determinano tali cambiamenti, possiamo considerare l'invecchiamento differenziale come l'insieme fra l'invecchiamento primario, secondario e terziario, analizzati dal punto di vista biologico, cognitivo e della personalità.

Le persone anziane aiutano e sostengono la cultura, garantendo e offrendo alle nuove generazioni un bagaglio di conoscenze e di esperienze che permettono di agire mettendo in atto strategie di vita apprese durante tutto l'arco della loro vita.

1.1.1 L'Invecchiamento attivo nell'OMS

Il termine "invecchiamento attivo" è attualmente uno dei termini più utilizzati in studi gerontologici, nonché nei documenti nazionali e internazionali relativi ai problemi dell'invecchiamento.

Secondo la definizione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), l'Active Ageing è *“un processo di ottimizzazione delle opportunità relative alla salute, partecipazione e sicurezza, allo scopo di migliorare la qualità della vita delle persone anziane”*.

Ha raggiunto una posizione di rilievo anche nei documenti politici europei; infatti a tale proposito possiamo notare che la promozione dell'invecchiamento attivo non è un concetto nuovissimo: il *“Primo piano d'azione internazionale sull'invecchiamento”*,

concordato dall'ONU a Vienna nel 1982 era evidentemente orientato in tal senso.

Il 1999 è stato proclamato “Anno internazionale degli anziani” al grido di “l'invecchiamento attivo” fa la differenza. Tuttavia, il fatto che tra gli obiettivi principali della proclamazione del 2012 quale “Anno europeo dell'invecchiamento attivo e della solidarietà intergenerazionale” vi sia la sensibilizzazione dell'opinione pubblica e di coloro che stabiliscono le politiche verso tale tematica, lascerebbe intendere che resti ancora molta strada da fare, e in verità il frequente riferimento al tema dell'invecchiamento come emergenza, conferma tale impressione.

Ciononostante, i documenti pubblicati dalla Commissione Europea aspirano ad attuare un concetto differente di ciò che significa invecchiare attivamente. Una delle poche definizioni esplicite può essere trovata in un articolo pubblicato dalla Commissione Europea, il quale definisce l'invecchiamento attivo come strategia che in pratica significa *“adottare stili di vita sani, lavorare più a lungo, ritirarsi più tardi e essere attivi dopo la pensione. La promozione dell'invecchiamento attivo riguarda l'incremento di opportunità per una vita migliore, non limitazione dei diritti”* (Commissione europea 1999). Le conclusioni del Consiglio dell'UE sull'invecchiamento attivo, indicano che «l'invecchiamento attivo significa creare delle opportunità per rimanere più a lungo sul mercato del lavoro, contribuire alla società attraverso un lavoro non retribuito nella comunità come volontari, o trasferendo le proprie abilità ai giovani e nelle loro famiglie estese, e per vivere autonomamente e in dignità per quanto più possibile e per tutto il tempo (Consiglio dell'UE 2010).

L'OMS, inoltre, identifica sette categorie di fattori importanti che determinano l'invecchiamento attivo; cultura e genere sono determinanti trasversali. Da un lato, la cultura plasma la strada delle persone anziane perché influenza tutte le altre determinanti dell'invecchiamento attivo. D'altra parte, il genere è un 'obiettivo' che ci aiuta a considerare come le opzioni politiche influenzano il benessere di uomini e donne. Per quanto riguarda le determinanti relative all'assistenza sanitaria e ai servizi sociali, si suggerisce che i sistemi sanitari utilizzino una prospettiva lungo il corso di vita su cui si concentra la promozione della salute, prevenzione delle malattie e accesso equo a cure primarie di qualità e l'assistenza a lungo termine. I determinanti

comportamentali sono spesso molto importanti per l'invecchiamento attivo. Uno stile di vita sano, impegnarsi in un'attività fisica appropriata, mangiare in buona salute, non fumare e usare saggiamente alcool e medicinali può, ad esempio, prevenire le malattie e sostenere molto l'invecchiamento attivo. I determinanti legati ai fattori personali, sono i geni e i fattori psicologici. Questi includono l'intelligenza e la capacità cognitiva di adattarsi al cambiamento, che può essere una delle cause della malattia. Determinanti legati all'ambiente fisico possono essere, ad esempio, un alloggio sicuro ed evitare cadute. La maggior parte delle lesioni alle persone anziane potrebbe essere evitato avendo ambienti fisici appropriati. Il Sostegno sociale, le opportunità per l'istruzione e l'apprendimento permanente, la protezione dalla violenza e altri fattori sono determinanti importanti legati all'ambiente sociale. Infine, determinanti economici come il reddito, la protezione sociale e il lavoro sono molto importanti. La maggior parte dei fattori, o per meglio dire, le modalità di supporto per l'invecchiamento attivo, presentate dall'OMS hanno una componente tecnologica implicita come, ad esempio, alloggi sicuri, istruzione, servizi di cura e trasporto.

-Steriotipi sull'età anziana

Nonostante l'OMS ha dimostrato che l'anziano rappresenta una risorsa preziosa per la comunità sociale, sono ancora presenti degli antichi steriotipi che definiscono l'anziano come persona non più in grado di essere attivo. I principali sono (Domenico Delcuratolo, 2016):

- *gli anziani sono "scaduti"*: sebbene sia possibile che con l'invecchiamento si abbiano lievi cali nell'elaborazione delle informazioni e nell'attenzione, la maggior parte delle persone anziane mantiene delle ottime competenze mentali e di apprendimento. Inoltre, costoro hanno una marcia in più, dal momento che possiedono una maggiore memoria esperienziale. Anche il deterioramento delle capacità fisiche è di gran lunga minore di quanto comunemente si pensi.
- *Le persone anziane sono impotenti*: sebbene le persone anziane siano particolarmente vulnerabili in caso di emergenza, questo non significa che in

generale esse siano completamente impotenti anzi svolgono un importante ruolo attivo nel momento del bisogno;

- *le persone anziane sono destinate a soffrire di demenza:* innanzitutto, anche se il rischio di sviluppare sintomi di demenza aumenta con l'età; la maggior parte delle persone anziane è in grado di gestire autonomamente i propri affari finanziari e la propria vita quotidiana. Inoltre, le ricerche scientifiche ci mostrano che alcuni tipi di memoria rimangono le stesse o addirittura continuano a migliorare con l'età (come ad esempio la memoria semantica, deputata a ricordare i concetti, gli accaduti e ciò che attiene alla conoscenza in generale).
- *le donne anziane hanno meno valore di quelle giovani:* il ruolo che le donne anziane svolgono nelle loro famiglie e comunità, curando in alcuni casi i partner e i genitori e dando una mano ai propri figli con i nipoti, è spesso trascurato. Nella maggior parte dei Paesi, le donne rappresentano la fonte primaria di supporto e costituiscono per i nuclei familiari d'appartenenza il *caregiver* di riferimento. Alcune di loro, addirittura, hanno in cura più di una generazione pur essendo loro stesse in età avanzata. È utile che tutto questo venga riconosciuto e valorizzato.
- *Le persone anziane non meritano di essere curate:* non possiamo, pertanto, non dobbiamo ritenere gli anziani "vecchi" ormai inutili al mondo. Anzi, gli Stati dovrebbero fare tutti gli sforzi possibili per garantire la tutela del diritto ad avere, a qualsiasi età, una vita in salute. In questo senso, le politiche sociali non possono porre dei divieti, escludendo agli anziani l'accesso a particolari trattamenti di riabilitazione e a protocolli di prevenzione secondaria. Purtroppo, non ci rendiamo conto degli importanti ruoli che essi occupano nella società e nella gestione della vita familiare. Inoltre, a differenza di quanto comunemente si crede, gli anziani godono di buone condizioni fisiche e mentali e non sono quindi un peso, ma una fondamentale risorsa in grado di esprimere al meglio tutte le loro potenzialità, se solo si venissero a creare le condizioni adeguate, sia politiche che sociali.

Da questo momento in poi diversi autori si sono interessati allo studio dell'invecchiamento attivo, proponendo diverse definizioni, approcci, politiche sociali ma anche critiche.

Partiamo infatti da un *tipo di approccio unidimensionale*, secondo cui l'aspetto più importante dell'invecchiamento è esclusivamente il quadro economico, con un focus centrato solo sul mercato lavorativo (Guillemard and Argoud 2004; van den Heuvel et al. 2006), il quale ha dovuto subire nel corso degli anni delle modifiche governative, e l'adulto più anziano si ritrova pertanto a combattere non solo per la propria promozione all'adattamento dei nuovi regimi pensionistici, ma anche sugli svantaggi che l'anziano possa incontrare a causa dei compiti più complessi richiesti dal mercato (Davey 2002). Tale approccio però va contro a quello che viene annunciato dall'OMS, in cui la partecipazione attiva dell'anziano nelle attività sociali, culturali viene ridotta ad una mera partecipazione solo nell'attività fisica; in secondo luogo, vengono esclusi in tale quadro coloro che soffrono di gravi limitazioni fisiche (Walker 2002).

Inoltre possiamo aggiungere che alcuni autori, come Rowe e Kahn (1997), applicano una definizione più ampia, etichettando un'attività come produttiva "se crea valore sociale, indipendentemente dal fatto che sia rimborsato o meno". Oltre al lavoro retribuito, questa definizione comprende attività socialmente importanti come la cura e il lavoro volontario.

Anche in questa interpretazione più ampia, tuttavia, molte attività – che vengono attribuite all'invecchiamento attivo- non si qualificheranno come produttive.

All'approccio unidimensionale viene contrapposto un *tipo di approccio multidimensionale*, riferendosi alla continua partecipazione dell'anziano in diversi settori della vita. Alcuni autori si concentreranno sull'aspetto economicamente e socialmente produttivo (e.g. Castolo, Ferrada and Camarinha-Matos 2004; McKenna 2008), altri invece includono anche le attività di svago (Houben, Audenaert and Mortelmans 2004).

Avramov e Maskova (2003) descrivono il concetto di invecchiamento attivo come una combinazione sociale e individuale di partecipazione continua nel mercato del lavoro, contributo attivo ai compiti domestici (compresa la cura degli altri), partecipazione

attiva alla vita comunitaria (ad es. Volontariato) attività ricreative (attraverso hobby, sport, viaggi e attività creative).

Per la Commissione europea, le pratiche di invecchiamento attivo comprendono l'apprendimento lungo tutto l'arco della vita, lavorano più a lungo, si ritirano in seguito e gradualmente, sono attivi dopo la pensione e si impegnano a migliorare la capacità e a mantenere la salute (Oxley 2009). Nonostante questo approccio include aspetti più ampi dell'approccio unidirezionale non riesce comunque a superare i limiti di questo.

Siegrist e Wahrendorf (2009), infatti trovano effetti positivi di attività socialmente produttive sul benessere solo nella misura in cui si sperimenta in cambio la reciprocità (cioè equilibrio sforzo-ricompensa); mentre le attività di investimento elevate come la cura a lungo termine (LTC) per una persona malata possono anche ostacolare il benessere psicologico.

Sembrirebbe, inoltre che tale approccio, e le attività proposte, sia quasi indirizzato per gli adulti più giovani a discapito dell'adulto più vecchio, in quanto quest'ultimo potrebbe rimanere deluso dalle sue aspettative e potrebbe sperimentare un abbassamento di autostima (Kessler, Rakoczy e Staudinger 2004), al contrario invece l'invecchiamento attivo dovrebbe promuovere e incoraggiare tale individui.

A tale proposito è utile ricordare che sono state messe appunto delle politiche di invecchiamento al fine di promuovere la salute in un ambiente favorevole per l'anziano (Ranzijn 2010).

Le definizioni discusse fino ad ora enfatizzano il *comportamento*.

Alcuni autori, invece, sostituiscono la mera componente comportamentale includendo aspetti come la salute e le circostanze economiche.

Bowling (2005) concettualizza l'invecchiamento attivo come "la salute fisica, psicologica e sociale, la partecipazione, l'indipendenza, l'autonomia, il controllo per il miglioramento della qualità della vita". Mayhew (2005) lo definisce come "consentire alle persone di rimanere indipendenti e di ottenere il loro potenziale indipendentemente dall'età". Cloos et al. (2010) si concentrano su tre componenti dell'invecchiamento attivo: circostanze economiche, supporto sociale, accesso e uso dei servizi sanitari e sociali.

L'inclusione della salute e dell'indipendenza è particolarmente prevalente in queste definizioni di invecchiamento attivo.

Ad esempio, l'Organizzazione per la cooperazione economica e lo sviluppo (OCSE) definisce l'invecchiamento sano come “mantenere gli anziani in buona salute e mantenerli autonomi” e indipendenti per un periodo più lungo dei loro anni restanti" (Oxley 2009). L'invecchiamento sano e l'invecchiamento attivo sottolineano diversi aspetti dell'interazione tra salute e attività.

Alcune attività fisiche, mentali e sociali sono vantaggiose per la salute personale. La buona salute, a sua volta, può influenzare positivamente i livelli di attività personali. Il focus centrale dell'invecchiamento attivo è uno stile di vita attivo e coinvolto. Il mantenimento della salute è una conseguenza potenzialmente vantaggiosa; al contrario, l'invecchiamento sano sottolinea l'identificazione di programmi per migliorare la salute degli adulti anziani.

Ad esempio Cloos et al. (2010) aggiungono le componenti finanziarie ed economiche come fattori importanti dell'invecchiamento attivo, in quanto potrebbero essere utili nella ideazione di nuovi progetti ricreativi o, addirittura, possono incitare a cercare programmi alternativi per i meno fortunati.

Questi approcci, hanno permesso, nonostante abbiano ottenuto delle critiche, il favorire in maniera significativa le opportunità di rimanere attivi all'adulto più anziano e offrendogli le opportunità per farlo (Kriebernegg, Maeirhofer and Mörtl 2011).

Le politiche riguardo l'invecchiamento attivo dovrebbero pertanto promuovere le attività sociali fin dall'infanzia, in quanto le esperienze che avvengono in quegli anni vanno ad influenzare sul modo in cui un anziano invecchia (Malanowski 2009; WHO 2002). Attraverso il loro stile di vita attivo, è più facile accettare per l'individuo la responsabilità della propria qualità di vita nella vecchiaia.

Pertanto, Walker e Jacobs sottolineano l'importanza di una prospettiva molto ampia che comprende tutti i gruppi di età e tutte le attività più significative

Tale prospettiva globale mette a punto 3 principi che possono formare politiche e strategie di invecchiamento attivo in varie fasi della vita.

Comprendono:

- *il potere di adattabilità*: secondo cui si cerca di promuovere nuovi modi di invecchiamento per aiutare gli anziani ad integrare i cambiamenti legati all'età nella loro vita quotidiana, informandoli e fornendo loro gli strumenti per compensare alcune limitazioni funzionali. Oltre a questi strumenti di formazione, vengono messi a disposizione anche dispositivi di assistenza offrendo notevoli possibilità anche a coloro che possiedono delle limitazioni (*ad esempio* la robotica guidata da riconoscimento vocale, l'assistenza di memoria da orologi digitali). In conclusione è possibile affermare che sia gli strumenti tradizionali sia strumenti alternativi possono influenzare positivamente la vita dell'individuo (Malanowski 2009);

- *il fattore umano*: se partiamo dal concetto espresso dal filosofo greco Aristotele che “l'uomo è un animale sociale in quanto tende ad aggregarsi con altri individui e a costituirsi in società”, possiamo intuire che l'impegno nella vita sociale è importante, poiché la qualità dei contatti sociali, piuttosto che la quantità, continua a influire sulla soddisfazione della vita (Berg 2008).

Per facilitare i contatti sociali è utile fornire delle strutture che promuovono il senso di comunità;

- *il primato dell'agenzia sulle barriere strutturali legate all'età*: secondo gli studi socio-psicologici il termine agenzia sta a significare la capacità dell'individuo nel fare le proprie scelte e di agire di conseguenza (Coleman 2011), o come, secondo Stenner, McFarquhar e Bowling (2011) “impostare le proprie norme piuttosto che essere normati da altri”, al fine di eliminare gli ostacoli strutturali nelle attività che si basano sui limiti di età che circoscrivono la possibilità degli anziani di scegliere una determinata attività. Tuttavia una politica sull'invecchiamento attivo dovrebbe fornire a queste persone l'opportunità di scelta senza mettere in pericolo la sicurezza individuale e pubblica. Per rendere questo possibile, senza mettere in pericolo la sicurezza individuale e pubblica, è opportuno prendere in considerazione una trasformazione da criteri etici basati sull'età a un sistema di valutazione delle competenze. Per realizzare tali riforme con successo, la politica potrebbe stimolare la condivisione delle informazioni in tutte le discipline e settori in relazione a quanto già conosciuto sulla competenza, completando questa conoscenza promuovendo nuove ricerche sulle strategie di determinazione delle singole

capacità fisiche e mentali (Carstairs e Keon 2008) . In linea con il principio di adattabilità, c'è anche la necessità di strategie per compensare eventuali alterazioni minori (ad esempio, ricostruzione del lavoro, interventi formativi) (Hansson, Robson e Limas 2001).

Tuttavia, però, è opportuno non ridurre il concetto di invecchiamento attivo alla semplice somma di attività diverse, ma è utile esaminare anche le diverse interazioni tra i diversi settori della vita; pertanto le politiche riguardo l'invecchiamento attivo dovranno concentrarsi sugli impegni della vita in generale, invece di ridurre il concetto di impegno economico o di coinvolgimento in attività altamente fisiche. Promuovere l'adattabilità, sostenere il mantenimento dei rapporti emozionalmente stretti ed eliminare gli ostacoli strutturali legati all'età o di dipendenza possono ulteriormente intaccare le varie fasi della vita.

Come Oancea (2008) afferma: "è ora ampiamente accettato che la passività e il disimpegno aumenta il rischio di problemi di salute cronica in pensione, e che la promozione dell'impegno sociale tra le persone anziane è una componente sensibile delle strategie di sanità pubblica destinate a contenere l'aumento della salute e dei costi sociali ". L'attività viene quindi presentata sia come percorso per un invecchiamento sano e felice sia come parte integrante della responsabilità degli anziani verso se stessi; questa attività può far cambiare positivamente l'immagine che l'anziano ha di se (Hepworth 1995; Rudman 2006).

1.1.2 Modelli di Invecchiamento

Una recente ricerca internazionale (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe, 2011) ha inoltre individuato *cinque modelli di invecchiamento*:

1. *Invecchiamento prolungato*: durata media di oltre 20 anni del processo di invecchiamento, a causa soprattutto della ritardata morte del coniuge. Paesi coinvolti: Svezia, Paesi Bassi, Svizzera.
2. *Invecchiamento medio-lungo*: durata lunga soprattutto per un avvio precoce del

processo. Paesi: Danimarca, Germania, Estonia.

3. *Invecchiamento intermedio*: durata inferiore ai 20 anni con tappe scandite regolarmente, tipico di Francia e Belgio.
4. *Invecchiamento breve*: le tappe si susseguono velocemente e il peggioramento delle condizioni di salute avviene prima che in altri contesti. Paesi: Austria, Repubblica Ceca, Polonia.
5. *Invecchiamento posticipato*: il processo inizia tardi e le tappe si svolgono con irregolarità, tipico di Italia, Spagna, Grecia.

Questi modelli sono stati messi a punto per identificare i diversi periodi in cui l'individuo entra nell'età anziana, considerando che non tutti raggiungano tale periodo in età prestabilita.

1.2 Teorie di Invecchiamento

Così come è possibile programmare la propria vita, è possibile programmare la propria vecchiaia, lavorando in anticipo al fine di poter essere autosufficienti nella terza e nella quarta età. Vi sono alcune variabili, come vivere delle difficoltà di salute, di lavoro o economiche che incidono in maniera significativa sulla persona. Le condizioni personali e familiari, di come si è percepita la propria infanzia, la propria adolescenza e l'età adulta influenzano sui cambiamenti per una positiva vecchiaia. Vi sono tre correnti di pensiero a riguardo: vi è la teoria dell'attività, la teoria del disimpegno e la teoria della continuità.

-La Teoria dell'attività

La teoria dell'attività, elaborata da Havighurst nel 1960, sostiene che un anziano ha le stesse caratteristiche delle persone della mezza età, di conseguenza egli ha gli stessi bisogni sociali e psicologici. Si tende, pertanto, a condurre uno stile di vita il più simile

possibile a quello dell'età lavorativa, sostituendo la mansione svolta durante l'età lavorativa con altri ruoli e differenti attività. Si ritiene infatti, che un invecchiamento sereno dipenda dalla capacità di mantenersi attivi attraverso esercizi fisici e mentali. Tali attività permettono di mantenere un'elevata autostima di sé stessi e dei rapporti sociali, determinando una soddisfazione personale e una serenità che, sono possibili solo attraverso un impegno in attività riconducibili ai vecchi ruoli o a nuovi ruoli altrettanto significativi. Tuttavia, si dà per scontato che la persona anziana possieda le risorse e le competenze per affrontare da sola tali cambiamenti.

Il concetto di "invecchiare bene" proposto dalla teoria dell'attività, comporta che l'anziano si mantenga operoso sino in tarda età, perché è attraverso l'attività che gli individui si sentiranno efficienti e socialmente validi senza che si manifesti quel senso d'inutilità, quella mancanza di speranze e quella depressione che affligge alcuni di loro (Havighurst & Taba 1949).

-La Teoria del disimpegno

Nella Teoria del Disimpegno elaborata da Cumming e Henry nel 1961, l'invecchiamento viene descritto come un periodo della vita, in cui il soggetto sente la necessità di un ritiro sul piano fisico, psicologico e sociale; l'individuo manifesta una graduale perdita d'interesse per la vita sociale e si chiude in un suo mondo interno (Cumming & Henry, 1961). La teoria del disimpegno è stata ampiamente criticata proprio per la sua pericolosità sociale, "in quanto giustificerebbe un processo d'abbandono e influenzerebbe l'isolamento sociale" (Chattat, 2004).

- La Teoria della continuità

La Teoria della Continuità elaborata da Atchley, ritiene che sia essenziale che l'anziano non viva una rottura con le attività, interne alla famiglia, lavorative e sociali, a cui era abituato durante l'età matura"(Atchley, 1989; Manucci & Curto, 2003; Bordogna, 2007,). Questa teoria è stata criticata, perché non prende in considerazione la presenza

di patologie fisiche, che si associano alla vecchiaia e non tiene conto neanche della presenza di quegli eventi negativi come la solitudine o la paura della morte connessi a tale periodo.

1.3 Le strategie dell'invecchiamento attivo

Walker et al. (2002-2009) hanno proposto una visione di una strategia di invecchiamento attivo che si basa su: "un equilibrio di diritti e obblighi" in cui le persone hanno il dovere di approfittare di tutta la vita delle opportunità di apprendimento e di formazione continua per promuovere la propria salute e benessere. Come accennato, Walker et al. hanno elaborato una prospettiva globale, comprendente il potere di adattabilità, il fattore umano e il primato dell'agenzia sulle barriere legate all'età, che ha posto le basi per la progettazione di strategie utili per poter governare il fenomeno dell'invecchiamento attivo.

Non esistono, in realtà, dei veri e propri principi di strategia, ma vengono utilizzati degli slogan per coprire tutto ciò che è in grado di adattarlo.

Vengono definiti pertanto sette principi fondamentali che dovrebbero racchiudere tutti i settori necessari a rispondere ai successi delle sfide sull'invecchiamento attivo.

- In primo luogo è utile che le varie attività contribuiscano al benessere dell'individuo, alla comunità o alla società e non dovrebbero riguardare solamente attività retribuite, nonostante queste siano utili per l'inserimento primario nella società.
- Deve comprendere tutti gli individui anziani, anche coloro che presentano delle difficoltà, fragilità e dipendenze, dovuto al pericolo che il focus sia solo sugli anziani più giovani e non sulla vecchiaia, perché non si tiene conto del fatto che il legame tra attività e salute si mantiene bene anche nella vecchiaia (WHO, 2001).
- In terzo luogo, deve contenere anche il concetto di prevenzione, secondo cui è importante coinvolgere nel progetto di invecchiamento attivo tutti i gruppi d'età

in tutto il corso della vita. L'obiettivo principale, pertanto, dovrebbe essere quello di prevenire malattie, disabilità, perdite di competenze etc.

- Quarto, il processo deve sviluppare delle attività che comprendano le diverse generazioni.
- Quinto, dovrebbe includere diritti e obblighi: diritti per la protezione sociale, istruzione e formazione accompagnati dagli obblighi per sfruttare tali diritti.
- In sesto luogo, le strategie sull'invecchiamento attivo devono promuovere le potenzialità degli individui.
- Settimo, l'invecchiamento attivo deve rispettare le diversità culturali (European Commission, 2000).

Ampliando la definizione della WHO (2002), secondo Walker (2002, 2009) il primo principio dovrebbe includere tutte le “attività” significative che contribuiscono al benessere individuale. Pertanto, le attività come il volontariato dovrebbero essere valutate come un'occupazione retribuita e dovrebbero essere caratterizzate da una rimozione di barriere di età contro i quali non esiste protezione giuridica in molti paesi (Boudiny, 2013; Deeming, 2009; Lloyd et al., 2013).

Nell'ambito dell'Unione Europea il vigente Programma Comunitario di Sanità Pubblica (2008-2013) ha individuato, seguendo lo stesso principio di Walker, delle priorità su cui si fonda il proprio approccio strategico, ovvero, la prevenzione della salute lungo l'intero arco di vita per prevenire malattie e disabilità, intervenendo sui principali fattori di rischio (attività fisica, nutrizione, consumi di alcol e droghe etc.); inoltre si rende disponibile a favorire stili di vita sani efficaci in ogni fase della vita.

I punti cardine della strategia d'intervento sono:

- la partecipazione degli anziani alla vita sociale;
- l'equità di accesso ai servizi;
- l'appropriatezza e la flessibilità della rete dei servizi socio-sanitari;
- la promozione di stili di vita positivi.
- la prevenzione delle principali patologie;
- il trattamento specialistico delle patologie che rischiano di compromettere

l'autonomia;

- la riabilitazione per il recupero e il mantenimento della massima autonomia possibile;
- il sostegno per convivere attivamente con la cronicità;
- la promozione dell'integrazione tra servizi sanitari e sociali;
- la promozione della ricerca sull'invecchiamento e sulle malattie croniche invalidanti;
- la formazione degli operatori, specifica e interdisciplinare,
- mirata alla qualità delle prestazioni e alla umanizzazione dei servizi.

Molto recentemente l'Iniziativa Europea 2010, muove un passo verso una più ampia strategia di invecchiamento attivo basata sulle future innovazioni tecnologiche, presentate come mezzo di supporto per l'anziano.

Le politiche sociali dovrebbero pertanto aiutare le organizzazioni non-profit a migliorare le loro strategie di reclutamento dei volontari anziani, e ciò potrebbe avvenire tramite la creazione di infrastrutture quali, ad esempio, agenzie locali per il reclutamento e l'orientamento dei volontari anziani, come già avviene nei Paesi Bassi e in Germania (Baldock, 1999; Henkin e Zapf, 2006); oppure, stimolando l'interesse pubblico verso il volontariato mediante campagne a livello nazionale (O'Neill, 2006), o incoraggiando gli adulti disoccupati a svolgere attività di volontariato oltre che ricorrere ai sussidi di disoccupazione (Warburton et al., 2007). Lo stesso Governo, con il supporto di forze politiche dovrebbe incentivare a promuovere nuove ed efficienti strategie nazionali sul volontariato e la presenza stessa degli anziani in tali attività (Gomperts, 2006; O'Neill, 2006; Rozario, 2006; Warburton et al., 2007).

Una buona strategia dovrebbe essere "senza età", nel senso che dovrebbe considerare l'intero arco di vita di una persona; per costruire tale strategia per promuovere l'invecchiamento attivo e una società per tutte le età, è importante che vengano a realizzarsi diversi punti:

- cambiare la cultura endemica che influenza il mercato del lavoro e altre strutture chiave della società;

- rimuovere le barriere sulle età in tutti i ceti sociali, in modo che le persone vengano giudicate per la loro competenza;
- sviluppare la gestione in età attiva nel mondo del lavoro, al fine di prevenire che l'età diventi una barriera;
- tenere i lavoratori più anziani in contatto con l'occupazione e consentire loro di mantenere le loro competenze in modo che la lavorabilità non si riduca;
- incoraggiare la flessibilità in pensione, in modo che la divisione rigida tra l'occupazione e la pensione, scompaia;
- facilitare l'accesso alla partecipazione attiva della comunità, sotto forma di volontariato, in modo che gli anziani siano incoraggiati e che le loro competenze vengano utilizzate per una comunità più ampia;
- promuovere la salute pubblica in tutti gli aspetti della vita e tra tutte le età, in particolare le attività come fonte di salute fisica e mentale;
- aumentare il sostegno sociale a disposizione per le persone fragili e anziane vulnerabili in modo che siano in grado di condurre una vita di qualità e che le loro famiglie non sono sovraccaricate;
- assicurare che la protezione sociale continui a promuovere la qualità sociale e non è ridotto alla semplice rete di sicurezza o prestazione minima.

In conclusione possiamo affermare che il raggiungimento di una buona e sana vecchiaia è senza dubbio uno dei principali obiettivi, pertanto è necessario richiedere delle strategie di prevenzioni efficaci che vadano ad agire tanto sul contesto quanto sulla persona (vita attiva che riduca lo stress, esercizio fisico, astensione dal fumo, ambienti privi di rischi per malattie).



 European Year for **Active Ageing**
and **Solidarity between Generations 2012**

1.4 Invecchiamento attivo e Welfare

L'attuale Politica del Welfare viene intesa come un sistema volto a garantire a tutti i cittadini servizi sociali, assistenziali e sanitari ritenuti importanti e indispensabili per rispondere ai bisogni dell'individuo e della collettività in modo sempre più mirato e appropriato.

L'obiettivo principale per l'attivazione di una politica d'invecchiamento attivo è quello di incentivare la vita attiva anche in età avanzata, attraverso il contributo sociale, economico, fisico e culturale della società. Attraverso lo stimolo offerto dalla percezione di poter ancora essere utili, gli anziani migliorano il benessere fisico, mentale e sociale, scongiurando l'isolamento, l'inattività e l'apatia e tutte le condizioni patologiche legate a tali situazioni (Il Magazine degli sportivi).

Il documento posto nell'assemblea dell'anno internazionale e nazionale dell'anziano (1999), ha posto le basi anche sul programma politico sull'inclusione dei lavoratori anziani attraverso misure di pari opportunità.

Il documento "Verso Un'Europa per tutte le età" (EC, 1999) ha individuato quattro sfide da affrontare: il calo della popolazione in età lavorativa; spese relative ai sistemi pensionistici e alle finanze pubbliche; la crescente necessità di assistenza; e la diversità delle risorse e dei rischi delle persone anziane. Queste sfide hanno indotto a loro volta la Commissione a quattro conclusioni politiche: aumentare il tasso di occupazione in Europa (promuovendo l'apprendimento lungo tutto l'arco della vita, le modalità di

lavoro flessibili e migliorando gli incentivi sul lavoro); migliorare le politiche di protezione sociale e invertire le tendenze di pensionamento anticipato; sostenere la ricerca relativa alle politiche sanitarie e alla cura delle vecchie; e sviluppare politiche contro la discriminazione basata sul luogo di lavoro e l'esclusione sociale.

Questa prospettiva cerca di promuovere gli adulti più anziani ad attivarsi per aumentare la crescita economica.

Un decennio più tardi, nel 2009, la "relazione sull'invecchiamento" della CE ha sottolineato un *approccio produttivo all'invecchiamento*, secondo cui aumentando l'età pensionabile, limitando l'accesso ai regimi pensionistici anticipati e le connessioni più strette tra i contributi pensionistici e le prestazioni pensionistiche, è possibile offrire un incentivo migliore per rimanere sul mercato del lavoro (EC, 2009; Walker, 2009).

Tuttavia, un anno dopo, il Consiglio europeo (2010) ha sottolineato un approccio più completo:

“invecchiamento attivo significa creare opportunità di soggiorno nel mercato del lavoro, più a lungo, per contribuire alla società attraverso un lavoro non pagato nella comunità come volontari, o passando le proprie abilità ai giovani e alle loro estese famiglie, e per vivere autonomamente e in dignità per quanto più e per quanto tempo possibile”.

1.4.1 I modelli proposti dall'UE

I discorsi politici dell'UE in materia di invecchiamento attivo negli ultimi due decenni hanno dato luce a due modelli contrastanti. L'enfasi è stata data su un *approccio produttivista* focalizzato sulla vita lavorativa estesa, sostenendo la necessità di limitare i regimi di pre-pensionamento e di stabilire legami più forti tra contributi e benefit pensionistici, come incentivi per rimanere nel mercato del lavoro. Al contrario, esiste anche un *approccio globale* sostenuto dall'OMS e dall'ONU, nonché da alcune parti della EC, non più limitato alla creazione di opportunità per gli anziani di rimanere più a lungo nel mercato del lavoro, ma esteso al lavoro non retribuito nelle comunità (volontariato) o per trasmettere le proprie competenze ai più giovani o per vivere più a

lungo possibile come soggetti autonomi. Per quanto questi due approcci stiano cominciando a coincidere, gli strumenti politici attuali si concentrano principalmente sull'occupazione (Walker, 2009). Come abbiamo accennato fin dall'inizio, l'Anno europeo dell'invecchiamento attivo e della solidarietà tra le generazioni ha fornito il potenziale per attuare un approccio più completo all'invecchiamento attivo. Purtroppo, sebbene siano stati identificati diversi temi, l'occupazione era dominante: l'obiettivo infatti era quello di "contribuire a creare migliori opportunità di lavoro e condizioni di lavoro per il crescente numero di persone anziane in Europa, aiutarli a svolgere un ruolo attivo nella società e incoraggiare l'invecchiamento sano" (EC, 2010).

Facendo riferimento alla strategia globale trattata nel paragrafo precedente, è opportuno che la politica attiva dell'invecchiamento dovrebbe tener conto della diversità, ma non dovrebbe andare fino a esonerare pratiche che violino gli obiettivi e le leggi di uguaglianza e diritti umani nazionali e internazionali (Bowling, 2009).

I piani d'azione messi in atto per attuare delle politiche per l'invecchiamento attivo si rifanno alle strategie proposte in precedenza dall'OMS.

I cinque interventi prioritari e i tre interventi di supporto sono stati scelti nel tentativo di selezionare le azioni e assegnare loro una priorità in base a una serie di criteri:

- Sono basati su strategie, strumenti ed *expertise* esistenti dell'OMS.
- Permettono di ottenere progressi nella Regione Europea dell'OMS in un periodo di tempo limitato.
 - Hanno rilevanza per paesi a ogni livello reddituale e stadio di sviluppo delle politiche per l'invecchiamento sano.
 - Hanno un impatto importante sulla salute e il benessere delle persone anziane, comprovato dalle basi fattuali disponibili.
 - Sono mirati a ridurre le principali sperequazioni e disuguaglianze nell'accesso a interventi efficaci e di buona qualità.
 - Corrispondono alle più importanti preoccupazioni espresse con regolarità dai gruppi di pazienti, dalle famiglie di persone che necessitano di assistenza e da altri gruppi di *stakeholders*.
 - La loro efficacia è comprovata da evidenze scientifiche, e possono contribuire a

migliorare la sostenibilità dei sistemi sanitari e sociali.

- Vi sono evidenze scientifiche a sostegno di una risposta sociale concentrata nei confronti di questo fardello, con strumenti efficaci e adattabili a paesi a ogni livello di sviluppo.
- Nelle strategie globali e regionali esiste un mandato che richiede una risposta da parte degli Stati Membri.

Nella sua forma più completa, l'invecchiamento attivo ha la capacità di abbracciare questioni strutturali ed economiche che interessano gli anziani. Le risorse economiche dovrebbero essere interpretate come determinanti dell'invecchiamento attivo in quanto la situazione finanziaria di un individuo influenza la loro capacità di fornire elementi di invecchiamento attivo (Boudiny, 2013).

A fronte di queste informazioni, possiamo notare che le politiche attive sul territorio Italiano sono quasi completamente assenti e sono riducibili a due semplici concetti:

- *la transizione graduale al pensionamento* che fa riferimento alla fase pre-pensionistica, dove l'individuo si trova ad affrontare un momento di crisi dovuto soprattutto alla riduzione delle ore di lavoro;
- *il prolungamento della vita lavorativa*, si riferisce all'incentivare l'anziano a rimanere attivo sul mercato del lavoro.

La *Strategia Europea 2020*, ha definito inoltre degli obiettivi riguardanti la crescita sulla creazione di posti di lavoro per il periodo 2010-2020, secondo cui il 75% della popolazione in età lavorativa, 20-64 anni, riguarderà l'occupazione delle donne e dei lavoratori più anziani.

Cutler e Hendricks (2000): sottolineano che più l'anziano è attivo nel lavoro, più sentirà l'esigenza di rimanere attivo anche in altri contesti e di spendere tempo in altre forme di partecipazione sociale come il volontariato. Tuttavia, non tutti gli studiosi sembrano essere d'accordo con questa posizione: altri sostengono che lavoro e volontariato sono in competizione e solo dopo il pensionamento le persone possano disporre di più tempo da dedicare al volontariato (Baldock, 1999; Thompson e Wilson, 2001).

Le politiche basate sugli incentivi economici sembrano essere in grado di produrre

buoni risultati: dal momento che le persone con basso reddito sono le meno propense ad impegnarsi socialmente, un minimo incentivo economico rivolto a questi soggetti può attrarre un consistente numero di anziani nel volontariato (Zedlewski e Schaner, 2005; Martinson e Minkler, 2006; O'Neill, 2006). Ciò potrebbe essere garantito sotto forma di rimborso spese, di sgravi fiscali per l'attività prestata, o, come in qualche caso statunitense, di voucher per le spese scolastiche dei nipoti (Thompson e Wilson, 2001; O'Neill, 2006).

Per quanto riguarda, invece, la salute, la politica sull'invecchiamento attivo incoraggia i singoli cittadini e le famiglie a fare "sforzi personali" adottando quelle che sono le pratiche di salute personale positive in tutte le fasi della vita "(WHO, 2002).

L'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) ha elaborato, in occasione di una riunione dell'ONU a Madrid nella primavera del 2002, accanto ad altri punti, la creazione di opportunità per attività culturali per un invecchiamento più attivo.

Il rapporto chiede anche di migliorare la qualità della vita dei disabili e dei malati cronici in tutte le nazioni, come l'Alzheimer. Gruppi e attività gestite in particolare da persone anziane dovrebbero essere supportati per prevenire la solitudine e l'isolamento.

Le applicazioni di politica sociale degli ideali di "invecchiamento attivo", si sono recentemente concentrate sul volontariato come contributo utile e prezioso che le persone anziane possono apportare alle loro comunità.

Come abbiamo potuto notare Alan Walker ha sostenuto in modo prominente il concetto di invecchiamento attivo (Walker, 2002, 2008); tuttavia, egli critica le attuali applicazioni politiche sull'invecchiamento attivo, poiché rappresentano principalmente strumenti fittizi e non si focalizzano su un lavoro a lunga durata (Walker, 2012).

Qui, Walker suggerisce che le politiche sociali dovrebbero essere più efficaci, e adottare una serie di approcci piuttosto che impiegare un approccio top-down. Questo riconoscimento può essere applicato direttamente alle chiamate agli anziani per partecipare al lavoro volontario senza considerare le loro circostanze e necessità. Le politiche organizzative potrebbero anche seguire un approccio più ponderato ai bisogni delle persone anziane. Le organizzazioni di volontariato stanno iniziando a riconoscere

la ricchezza del potenziale potere di volontariato che sarà sempre più disponibile man mano che la generazione del "baby boom" raggiunge la pensione.

Ma oltre al reclutamento in modo appropriato, le organizzazioni di volontariato dovrebbero sviluppare politiche che tengano conto delle particolari esigenze degli anziani (Hong, Morrow-Howell, Tang e Hinterlong, 2009, Tang, Choi e Morrow-Howell, 2010 per esempi di tali considerazioni). Devono riconoscere i diversi supporti pratici e sociali necessari per consentire a tutte le persone anziane di fare volontariato quando vogliono e consentire loro di ritirarsi con grazia quando ne hanno bisogno.

1.4.2 Strategie di apprendimento intergenerazionale nel sociale

In linea con la Strategia Europea 2020, con le Raccomandazioni dell'OMS e la Risoluzione del Parlamento Europeo del 22 Aprile 2008, è stato opportuno promuovere nuovi modelli formativi sul ruolo che potrebbe ricoprire il volontariato nel contribuire alla coesione sociale tra le generazioni. Tali pratiche di apprendimento intergenerazionali, risulterebbero vantaggiose ai fini di una maggiore comprensione e rispetto verso le generazioni, attraverso le quali gli individui acquisiscono capacità e conoscenze, ma anche attitudini e valori, dall'esperienza quotidiana, da tutte le risorse disponibili nei loro diversi modi di vita.

Diversi autori, infatti, hanno confermato come un scambio reciproco tra giovani e anziani, vada a valorizzare le risorse degli uni e degli altri e potrebbe aprire diverse possibilità per una maggiore co-comprensione reciproca.

A tale proposito Chiosso (2012) afferma che *“un buon rapporto intergenerazionale rappresenta una delle possibili condizioni perché nella terza e quarta età si possa trovare una finalità non solo assistenziale e/o terapeutica, [...], ma anche una finalità utile alle giovani generazioni, aperta ancora al futuro, ricca di speranza e di desiderio della vita”*.

L'educazione e l'apprendimento, infatti, vengono considerati dei fattori importanti che vanno ad agevolare la partecipazione dell'adulto più anziano, e permettono in oltre di far godere di una qualità di vita più positiva durante l'invecchiamento (OMS, 2002).

In relazione ciò, secondo Harlow e Cummings (2003) l'apprendimento, ha tre livelli:

- a) apprendimento di sopravvivenza per il solo fatto di cavarsela;
- b) apprendimento dell'aggiustamento, è un apprendimento forzato e non di proprietà;
- c) apprendimento delle scoperte, o apprendimento intrinseco, che è di proprietà.

Durante l'apprendimento a livello di sopravvivenza, che siano vecchi o meno, gli studenti sperimentano le attività di apprendimento come se fossero oltre la loro portata; per quanto riguarda l'apprendimento forzato, la persona non possiede ancora un processo di apprendimento, pertanto è utile che gli insegnamenti che provengono dall'esterno siano idonei ed efficienti. L'apprendimento delle scoperte invece riguarda il modo in cui la persona, attraverso i risultati ottenuti dall'apprendimento, senta un senso di maestria nell'utilizzo dei vari strumenti.

Il significato dell'invecchiamento attivo non è quindi adeguatamente compreso senza capendo che è progettato per cambiare i nostri punti di vista, le prospettive, comprensione, stereotipi e pregiudizi sull'invecchiamento per ricostruire la realtà sociale pratica del processo di invecchiamento in una "società che invecchia".

Invecchiamento attivo e Volontariato

L'Anno dell'Invecchiamento attivo e della solidarietà intergenerazionale, è stato affermato come l'occasione giusta per soffermarsi sul ruolo che svolgono le persone anziane per quanto riguarda l'attività del volontariato e della solidarietà, partendo dal concetto di benessere e salute della propria vita.

I principali fattori, emersi nella recente letteratura internazionale, possono facilitare o ostacolare la partecipazione delle persone anziane alle attività di volontariato, identificando, al contempo, le relazioni con le principali attività che possono entrare in competizione con esso, come il lavoro e la cura informale. Inoltre, si vogliono presentare le principali iniziative messe in atto dai *policy makers* che favoriscono il coinvolgimento dei senior nel volontariato.

Diversi contributi hanno dimostrato che gli anziani hanno bisogno e vogliono contribuire alla società, attraverso attività di volontariato, in quanto hanno constatato diversi vantaggi sia per quanto riguarda il loro senso di identità sia per quanto riguarda il loro benessere e salute.

2.1 Qualità di vita

La qualità della vita, un processo cognitivo di giudizio, è definita come "una valutazione globale della soddisfazione della vita di una persona in base ai suoi criteri scelti" (Shin and Johnson, 1978).

La qualità di vita, indica sostanzialmente un concetto generico che riflette il modo in cui le persone percepiscono e affrontano il proprio stato di salute e altri aspetti della vita in generale (ivi inclusi quelli sociali e politici); tale concetto assume connotati molto ampi. Non esiste un'unica definizione di qualità di vita, pertanto sono state messe appunto diverse proposte.

Ad esempio l'OMS proponeva nel 1995 la seguente definizione: "*La qualità di vita è la percezione che l'individuo ha della propria posizione nella vita, nel contesto dei sistemi*

culturali, nei valori di riferimento nei quali è inserito, e in relazione ai propri obiettivi, aspettative, standard e interessi” (WHOQOL, The World health organization quality of life assessment, *Position paper from the World health organization*, “Social science and medicine”).

È bene evidenziare che, in generale, quando si parla di QoL tutte le definizioni prendono in considerazione aspetti che vanno al di là delle condizioni di salute dell'individuo, per includerne anche quelli generici, che difficilmente possono essere valutati e misurati nella pratica medica.

Un'altra espressione introdotta più di recente nella letteratura scientifica è *health-related quality of life* (HRQoL). Tale espressione, seppure anch'essa generica, risulta più circoscritta, e pone l'accento su quegli aspetti che sono maggiormente influenzati dallo stato di salute. HRQoL è una formula più rilevante in campo medico, poiché fa riferimento alle condizioni di salute del soggetto e a quanto un'eventuale malattia e/o degli interventi medici possano influire sulla sua vita.

Attualmente esiste nella letteratura internazionale un ampio consenso su alcuni aspetti fondamentali del concetto di QoL, in particolare sul fatto che esso sia un costrutto soggettivo (ossia che deve essere valutato, in linea di principio, dal paziente stesso), multidimensionale, dinamico (ovvero che può variare nel tempo in base a diversi fattori) e culturalmente correlato. Riguardo a quest'ultimo aspetto, la letteratura ha evidenziato come gruppi culturali diversi possano in effetti valutare in modo diverso quali siano gli elementi che maggiormente contribuiscono a determinare la loro QoL (Scott, Fayers, Aaronson et al. 2008). Per quanto concerne la multidimensionalità del costrutto (probabilmente la sua caratteristica più distintiva e importante), vi è oggi un ampio consenso su alcuni aspetti fondamentali che ogni strumento, volto a quantificarla, deve necessariamente considerare: funzionamento e benessere fisico; funzionamento e benessere psicologico (principalmente aspetti emotivi e cognitivi); funzionamento e benessere sociale; sintomi fisici (sia quelli relativi alla specifica patologia sia quelli derivati dai possibili trattamenti per quella patologia).

La maggior parte dei ricercatori concorda sul fatto che la QoL tra gli adulti più anziani, riflette un concetto multidimensionale, inclusi domini fisici, emotivi e sociali (Bowling

2001, Brown et al., 2004, Ellingson e Conn 2000, Haywood e altri 2004, Moons 2004).

La valutazione della QoL tra gli anziani è diventata sempre più importante nelle scienze della salute e sociali. Ciò è dovuto non solo al crescente numero di anziani, ma anche all'eliminazione completa della maggior parte delle malattie infettive; impressionante progresso tecnologico medico; la necessità di rendere più espliciti gli effetti delle cure mediche; e la richiesta di indicatori di benessere, compresi gli aspetti psicologici e sociali (Higgs et al., 2003; Walker 2005).

- Strumenti di valutazione

Esistono differenti strumenti che misurano diversi costrutti della vita dell'individuo: strumenti generici, specifici e specifici per particolari aree:

- *strumenti generali*: si tratta di questionari che possono essere impiegati per descrivere lo stato di salute soggettivo e la QoL di diverse tipologie di pazienti; essi consentono anche di comparare i profili di salute di diversi gruppi di pazienti indipendentemente dalla patologia. È uno degli strumenti di rilevazione generici più utilizzati al mondo, e si compone di 36 domande che indagano le seguenti aree della salute: attività fisica, limitazioni di ruolo dovute alla salute fisica, attività sociali, limitazioni di ruolo dovute allo stato emotivo, salute mentale, dolore fisico, vitalità, percezione generale di salute;

- *strumenti specifici*: in questa seconda categoria rientrano i questionari sviluppati per valutare una serie di aspetti che possono influire sulla QoL di pazienti con patologie specifiche o comunque sottoposti a determinati trattamenti. In quest'ultimo caso i questionari mirano a cogliere quali aree della QoL e in che misura siano maggiormente influenzate dalla specifica terapia a cui il paziente è sottoposto. Essendo strumenti molto specifici, tali questionari vengono impiegati nelle sperimentazioni cliniche per valutare l'efficacia complessiva di una nuova terapia secondo la prospettiva del paziente;

- *strumenti specifici per particolari aree di QoL*: mentre le prime due categorie di strumenti prevedono la valutazione di più aspetti della QoL e della salute del paziente, questa categoria comprende questionari che valutano esclusivamente aspetti specifici, indipendentemente dalla patologia di riferimento, per es. ansia, depressione,

funzionamento fisico, supporto sociale, dolore o stanchezza.

Per quanto riguarda la misurazione relativa agli anziani, vi è una carenza di strumenti per adulti più anziani per la valutazione della qualità della vita (Frytak 2000, Haywood e altri 2004, Hendry e McVittie 2004, Power et al 1999). Tradizionalmente, la QoL negli anziani è stata misurata da strumenti QoL / HRQoL generici applicati a campioni giovani di mezza età e spesso applicati in modo inappropriato (Hendry e McVittie 2004); ad esempio, usando misure che valutano solo "cattive condizioni di salute" e utilizzando domini che sono irrilevanti (Bowling 2001, Ellingson e Conn 2000, Fayers e Machin 2007).

Negli ultimi 10 anni, grazie alle revisioni di Haywood (2000), è stato dimostrato un aumento degli strumenti generici di valutazione per gli anziani.

Diversi autori si sono interessati allo studio della qualità di vita, e hanno dimostrato che spesso tale termine viene associato ai concetti di gioia, felicità, salute e benessere fisico, ma Diener (1984) ha individuato due costrutti per spiegare le determinanti della soddisfazione della vita o della qualità della vita: aspetti soggettivi e oggettivi (Diener, 1984). La costruzione soggettiva ipotizza che la qualità percepita della vita è influenzata dalla personalità o dai fattori disposizionali (es. ottimismo, pessimismo, isolamento, autostima e nevroticismo). D'altra parte, la costruzione oggettiva propone che la qualità della vita sia influenzata da fattori ambientali o situazionali (ad es. famiglia, lavoro, tempo libero, quartiere, comunità e soddisfazione con lo standard di vita). Secondo le determinanti oggettive della qualità della vita, la qualità della vita delle persone tende ad essere una funzione diretta delle loro valutazioni di importanti domini della vita come *supporto sociale*, *attività ricreative* e *standard di vita* (ad esempio, Andrew, 1986; Andrews e Withey, 1976; Diener, 1984). La soddisfazione o l'insoddisfazione percepita, è probabile che si riversi per influenzare il benessere soggettivo e il tenore di vita. Perciò, maggiore è la soddisfazione per il proprio tenore di vita, maggiore è la soddisfazione con la vita e viceversa.

La famiglia, inoltre, svolge un ruolo fondamentale, in quanto risulta essere essenziale nel

mantenere alta la qualità di vita dell'anziano.

2.2 Il Volontariato

Da questi presupposti sono nate diverse attività di svago che permettono all'anziano di sentirsi ancora parte della società: università della terza età, centri ricreativi, attività di volontariato, o l'introduzione di internet e tecnologie come supposto; si è notato, infatti, come tali attività, svolte nel tempo libero, aumentino la qualità di vita.

Come abbiamo affermato nel capitolo precedente, le Politiche Sociali enfatizzano il ruolo del volontariato e la partecipazione attiva degli anziani che sono spesso desiderosi di partecipare, o si considerano importanti fornitori nella comunità (Heenan, 2010).

Alcuni studi infatti hanno dimostrato che molte persone anziane desiderano contribuire alle loro comunità in vari modi, fornendo sostegno finanziario e pratico a familiari e amici, attraverso attività caritatevoli, donazioni e volontariato; altre ricerche hanno scoperto che i volontari apprezzano le opportunità di usare il loro tempo in modo produttivo (Townsend et al., 2014).

Il volontariato favorisce il senso di appartenenza, l'autostima e il godimento (Narushima, 2005; Townsend et al., 2014), e offre opportunità di generatività (Narushima, 2005; Warburton & Gooch, 2007).

Esso può essere generalmente definito come ogni tipo di attività in cui il tempo è prestato gratuitamente in maniera organizzata a vantaggio di un'altra persona, di un gruppo o di una causa.

Il volontariato può essere formale, in termini di servizio fornito ad un gruppo di comunità, o informale e privato, come l'assistenza di un familiare o un vicino (van Tienen, Scheepers, Reitsma e Schilderman, 2011). Sia il volontariato formale che il volontariato informale sono una risorsa importante per qualsiasi comunità, grande o piccola, perché i volontari forniscono servizi che non rientrano nelle competenze delle istituzioni sociali o che non potrebbero essere altrimenti offerti dagli individui e dalla società in generale (Seaman, 2012).

In Australia, ad esempio, è stato scoperto che le persone anziane hanno più probabilità

di fare volontariato per le organizzazioni di comunità e di welfare (Warburton & Cordingley, 2004). Sebbene i gruppi di età più avanzata generalmente offrano volontariamente meno di quelli dei gruppi di mezza età, le persone anziane hanno maggiori probabilità di essere volontari altamente impegnati; dedicano più tempo al loro volontariato e restano con le organizzazioni più a lungo (Lyons & Hocking, 2000; Zappala & Burrell, 2002).

2.2.1 I fattori che intervengono nella partecipazione degli anziani nel volontariato

Tre sono i principali fattori che intervengono nella partecipazione degli anziani nel volontariato: i predittori, le motivazioni e le barriere.

- I Predittori

I predittori statistici ci permettono di comprendere quali sono le condizioni che favoriscono maggiormente i senior nelle attività di volontariato. Essi si distinguono in quattro tipi differenti:

- *i predittori demografici* dimostrano come l'età sia un forte predittore della partecipazione, infatti gli anziani “più giovani” hanno più probabilità di svolgere attività di volontariato (Rozario, 2006; Warburton et al., 2001);
- *i predittori socio-economici* dimostrano che individui con un alto titolo di studio e con uno status economico elevato (Wymer, 1999; Thompson e Wilson, 2001; Warburton et al., 2001; Martinson, 2006; Martinson e Minkler, 2006; Morrow-Howell, 2007) si attivano maggiormente nelle attività di volontariato;
- *i predittori sanitari* sono legati al benessere fisico e psichico dei senior e la loro maggiore partecipazione nelle attività (Burr Bradley, 1999; Cutler e Hendricks, 2000; Warburton e Cordingley, 2004; Martinson, 2006; McBride, 2006; Morrow-Howell, 2006; Rozario, 2006).
- *i predittori inerenti la partecipazione comunitaria* riguarda i legami che hanno gli individui con la comunità in cui vive (Warburton et al. 2001).

-Le motivazioni

Se andiamo ad analizzare le motivazioni che spingono gli anziani a dedicare il loro tempo libero nel volontariato, noteremo che esse saranno di diversa natura.

In primo luogo, e nella maggior parte dei casi si effettuano con natura *altruistica* incentrata sull'aiuto e sulla solidarietà verso l'altro (Kovacs e Black, 1999; Wymer, 1999; Warburton e Cordingley, 2004; Narushima, 2005; Morrow-Howell, 2007), al contrario di quanto avviene tra i giovani, che sono invece più guidati da motivazioni egoistiche.

Tra le motivazioni di tipo altruistico, le più forti sono sicuramente quelle relative al senso del dovere e alle obbligazioni morali (Wymer, 1999; Narushima, 2005), all'instaurazione di un legame positivo con la comunità e la società (Narushima, 2005; Henkin e Zapf, 2006; McBride, 2006; Rozario, 2006), al sentirsi utili nell'aiutare persone in difficoltà (Burr Bradley, 1999; Wymer, 1999; Warburton et al., 2001; Nagchoudhur et al., 2005; Erlinghagen e Hank, 2006), alle precedenti esperienze dirette e indirette di volontariato (Kovacs e Black, 1999; Nagchoudhur et al., 2005) e all'opportunità di restituire quanto avuto dalla vita (McBride, 2006; Morrow-Howell, 2007). Possono, inoltre, sussistere delle motivazioni in cui coesistono sia la dimensione altruistica sia quella egoistica, tra le quali ritroviamo: la possibilità di migliorare le proprie relazioni sociali (Kovacs e Black, 1999; Wymer, 1999; Warburton et al., 2001; Mutchler et al., 2003; Steinberg e Cain, 2004; Warburton e Cordingley, 2004), il desiderio di essere attivi e di incrementare le proprie attività (Burr Bradley, 1999; Wymer, 1999; Steinberg e Cain, 2004; Warburton e Cordingley, 2004; Nagchoudhur et al., 2005; Narushima, 2005; McBride, 2006), il piacere e la soddisfazione derivanti dallo svolgere volontariato per un certo scopo (Warburton et al., 2001; Callow, 2004; Erlinghagen e Hank, 2006), la familiarità con l'organizzazione e la condivisione della sua missione (Kovacs e Black, 1999; Mutchler et al., 2003; Nagchoudhur et al., 2005; Narushima, 2005), l'aver più tempo libero da responsabilità (Burr Bradley, 1999; Narushima, 2005) e l'adeguamento alle proprie credenze religiose (Kovacs e Black, 1999; Steinberg e Cain, 2004). In alcuni casi non è possibile escludere una predominanza di motivazioni egoistiche tra quelle alla base del coinvolgimento degli anziani. In

situazioni simili prevalgono motivazioni quali: gli interessi e le convinzioni personali (Burr Bradley, 1999; Narushima, 2005), il perseguimento dei traguardi personali e prospettive di vita privata (Burr Bradley, 1999), la crescita personale (Burr Bradley, 1999; Nagchoudhur, 2005), il desiderio di ottenere un riconoscimento sociale per il lavoro svolto (Wymer, 1999), il sostegno della propria autostima (Narushima, 2005), la ricerca di una struttura o di senso di affiliazione (Kovacs e Black, 1999; Callow, 2004).

- Le Barriere

Come abbiamo potuto notare fin ora, gli anziani rappresentano una risorsa molto importante per la società nel mondo del volontariato, ma è anche evidente che questo loro coinvolgimento potrebbe incontrare diversi ostacoli. I più diffusi sono senza dubbio le pratiche discriminatorie verso gli over 65, secondo cui i giovani hanno un accesso più immediato nel mondo del volontariato (Baldock, 1999; Warburton e Cordingley, 2004; Warburton et al., 2007).

Altre pratiche e politiche discriminatorie riguardano stereotipi negativi legati all'invecchiamento (Warburton et al., 2001; Hinterlong e Williamson, 2006; Morrow-Howell, 2006), clima non rispettoso per l'anziano (Burr Bradley, 1999), campagne di reclutamento destinate esclusivamente a persone con molto tempo libero che penalizzano gli anziani che prestano aiuto informale in famiglia (McBride, 2006).

Altri tipi di barriere sono di carattere logistico, quali la scarsa accessibilità o disponibilità dei trasporti pubblici, che sono quelli più utilizzati dagli anziani (Burr Bradley, 1999; Warburton e Cordingley, 2004), o gli alti costi sostenuti per gli spostamenti (Warburton e Cordingley, 2004).

A livello psicologico si annoverano barriere come la mancanza di autostima (Warburton e Cordingley, 2004) e la scarsa propensione a collaborare con le organizzazioni per brevi periodi per paura di impegni troppo pressanti (Morrow-Howell, 2007). Gli anziani che non svolgono volontariato infatti, ritengono che un impegno in questo settore comporti la creazione di vincoli verso le organizzazioni, dei legami "eccessivi" che influenzerebbero negativamente la propria vita privata (Warburton et al., 2001). Non

contribuiscono a superare questo stereotipo diffuso, le strategie di comunicazione verso gli anziani; esiste infatti un problema profondo nei tentativi di coinvolgimento degli over 65 nel volontariato.

Un altro ostacolo che l'anziano può incontrare si presenta a livello socio-economico, è possibile notare infatti come gli anziani con un medio-alto status economico partecipa con molta più costanza nelle attività di volontariato al cospetto di coloro i quali presentano delle difficoltà economiche.

2.2.2 I benefici del volontariato per l'anziano

Il volontariato ha anche dimostrato di avere molti effetti positivi sulla salute per i volontari. Una recente revisione ha concluso che "...il volontariato tra gli anziani è correlato ad una migliore salute psicosociale, fisica e cognitiva, oltre a una migliore prestazione funzionale" (Anderson et al., 2014).

Per quanto riguarda la salute fisica, i volontari più anziani hanno maggiori probabilità di avere esiti specifici migliori come la riduzione dell'ipertensione (Burr, Tavares e Mutchler, 2011) e una migliore salute autodenunciata (Piliavin & Siegl, 2007; Thoits & Hewitt, 2001).

Diverse revisioni recenti (ad es. Grimm, Spring, & Dietz, 2007, Harris & Thoresen, 2005; Oman, 2007) e una meta-analisi (Okun, Yeung, & Brown, 2013) hanno supportato la relazione tra il volontariato e la diminuzione della mortalità. La ricerca ha anche dimostrato una migliore salute psicologica per i volontari rispetto ai non volontari (Greenfield & Marks, 2004; Piliavin & Siegl, 2007; Thoits & Hewitt, 2001). Infatti, studi longitudinali hanno scoperto come il volontariato nel tempo ha portato a tassi più bassi di depressione tra gli adulti più anziani (Morrow-Howell, Hinterlong, Rozario e Tang, 2003). Il volontariato, come aumenta l'attività sociale, fisica e cognitiva (a vari livelli in base alle caratteristiche del volontariato), attraverso meccanismi biologici e psicologici, porta a un migliore funzionamento psicologico e alla fine riduce il rischio di demenza.

Particolari benefici psicologici evidenziati sono la conservazione dell'identità personale,

un senso di connessione sociale e sentimenti di appartenenza (Battaglia & Metzger, 2000; Musick, Herzog, & House, 1999). I volontari hanno anche meno probabilità di sentirsi soli o socialmente isolati (Warburton & Cordingley, 2004), e il volontariato può aiutare le persone a sopportare perdite come la vedovanza o il pensionamento (Utz, Carr, Nesse e Wortman, 2002).

In una serie di studi, l'impegno nell'aiutare i comportamenti è stato correlato all'aumento di energia e ai maggiori sentimenti di gioia e felicità tra gli anziani (Dulin, Gavala, Stephens, Kostick e McDonald, 2012; Midlarsky & Kahana, 2007; Wheeler, Gorey, & Greenblatt, 1998).

Un aspetto importante del volontariato è l'impegno sociale o la partecipazione al sociale. L'impegno sociale tra gli anziani è stato ben riconosciuto come un predittore di stato di salute, funzionamento cognitivo e mortalità (Thomas, 2012). Tuttavia, Anderson et al. (2014) hanno esaminato molti studi che indicano i benefici del volontariato rispetto a quelli dell'impegno sociale. Motivi altruistici o aiutare gli altri, e fornire supporto piuttosto che ricevere supporto, hanno dimostrato di essere direttamente correlati a una migliore salute fisica e mentale. Sebbene le persone abbiano varie motivazioni per attivarsi nel volontariato (Narushima, 2005), sembra che l'aspetto altruistico del volontariato sia particolarmente vantaggioso. Un modo fondamentale in cui la funzione sociale e i benefici di aiutare gli altri sono stati teorizzati è in termini di reciprocità. Per le persone anziane "la reciprocità" è vista in termini di "restituire qualcosa", "aiutare gli altri", "sentirsi utili e produttivi" alla società o alla comunità in generale, piuttosto che come un semplice senso razionale di scambio e contabilità (Quandt, Arcury, Bell, McDonald e Vitolins, 2001).

Pertanto, è possibile constatare che il contributo sociale fornisce un'identità positiva per coloro che sono in età avanzata, attraverso il senso di adempiere agli obblighi reciproci di rendimento per i benefici passati e futuri (Narushima, 2005).

Le politiche sociali dell'invecchiamento attivo evidenziano proprio gli obblighi che ogni individuo possiede per una partecipazione attiva nel volontariato.

Per quanto riguarda il reclutamento di volontari anziani in Europa, un contributo molto importante è stato fornito da AGE Platform, la principale federazione europea delle

organizzazioni di anziani. AGE Platform ha suggerito alcune raccomandazioni sulla promozione del volontariato in età anziana (AGE, 2007): si tratta, ad esempio, di collaborazioni trasversali a livello europeo, come la conferenza “Volontari anziani in Europa” organizzata dalla European Network of Older Volunteer Organisations, che ha inteso promuovere buone prassi e sviluppare nuove opportunità per volontari anziani (ENOVO, 2005; TraVeL AGEnts, 2007).

Tuttavia, nella maggior parte dei casi queste iniziative avviate dalle organizzazioni della società civile non hanno trovato un coinvolgimento significativo da parte dei policy makers. Tra le poche iniziative europee degne di nota, si segnalano dei progetti attivati nei Paesi Bassi, ove associazioni di professionisti in pensione sono impegnate in progetti di cooperazione internazionale in Paesi in via di sviluppo (Baldock, 1999).

2.3 Le innovazioni tecnologiche come supporto

Come abbiamo notato nei paragrafi precedenti, I Programmi Europei si impegnano a sostenere e a promuovere la vita indipendente e la qualità di vita di una società che invecchia.

Questo cambiamento demografico ha portato l'anziano ad adattarsi ai vari cambiamenti avvenuti nella società, sfatando i diversi miti che si aggirano intorno al ruolo dell'anziano, in quanto vengono stigmatizzati e categorizzati come pigri, indifferenti o addirittura stupidi; pertanto essi sono desiderosi di apprendere nuove tecnologie e stare al passo con lo sviluppo.

Il “Programma nazionale di lavoro per un invecchiamento attivo, vitale e dignitoso in una società solidale”, ha promosso un’idea diversa e positiva della terza età, riconoscendo l’importanza dell’apprendimento e della formazione permanente, la promozione dell’impegno civile e delle attività di volontariato, l’attenzione alla solidarietà, nonché la trasmissione del sapere e delle conoscenze degli anziani ai giovani, superando il conflitto, anche solo potenziale, tra le generazioni; medesima attenzione è stata dedicata alle questioni connesse all’educazione di stili di vita sani e attivi, e ai contesti strutturali che favoriscono l’invecchiamento “attivo”.

I dati presentati per quanto riguarda l'aumento delle aspettative di vita nel 2020, risultano essere un dato positivo, considerato come una conquista scientifica e sociale, in cui tutti potrebbero utilizzare al meglio le proprie potenzialità a beneficio della società stessa.

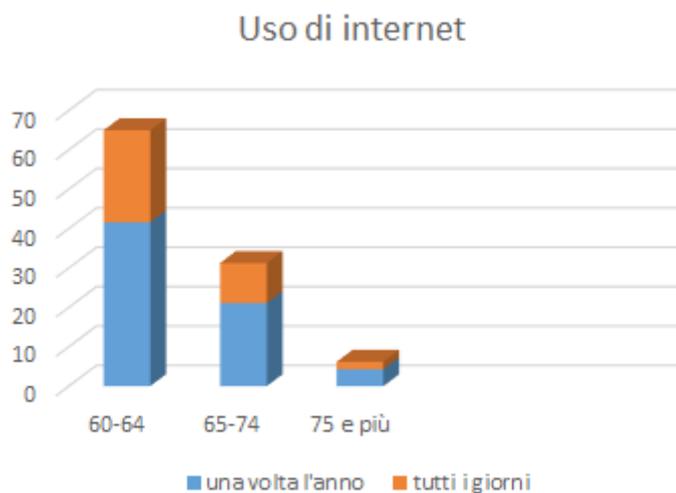
Proprio questo si intende per “invecchiamento attivo”, concetto che ha diversi collegamenti con quello dell’opportuno utilizzo delle nuove tecnologie, le quali richiedono uno sviluppo di competenze da parte degli anziani.

L’aspetto della formazione continua e dell’aggiornamento in età matura è importante anche alla luce del fatto che la maggioranza degli studiosi tende ad indicare un divario strutturale tra i ruoli attualmente disponibili nelle organizzazioni di volontariato e le abilità e le esperienze possedute dai potenziali volontari anziani (Narushima, 2005; Van Ryzin, 2005; Henkin e Zapf, 2006; McBride, 2006; O’Neill, 2006; Harlow-Rosentraub et al., 2007). Questo sviluppo tecnologico ha fatto sì che le organizzazioni diventassero sempre più delle moderne imprese sociali e che potrebbero escludere o discriminare i molti volontari anziani non qualificati nel settore.(Warburton e Cordingley, 2004).

La tecnologia moderna, tuttavia, richiede diversi aggiornamenti, ma nonostante le difficoltà incontrate dagli anziani all'adattamento a tali innovazioni, diversi studi hanno dimostrato che l'introduzione di Internet e le nuove tecnologie hanno migliorato la qualità di vita dell'anziano e ha migliorato positivamente la socialità.

L'uso appropriato di computer, telefoni cellulari, giornali online, forum, ecc. può aiutare a promuovere l'autosufficienza, l'empowerment psicologico, l'apprendimento a lungo termine e la riabilitazione (Bier e Gallo, 1997; Hu and Leung, 2003; Wellman e Haythornthwaite, 2002). Wright (2000) nei suoi studi ha riscontrato come un maggiore coinvolgimento con la comunità online poteva rappresentare un fattore predittivo per gli anziani per la percezione di uno stress inferiore; l'accesso ad Internet, per gli adulti più anziani ha dimostrato una diminuzione della solitudine e il miglioramento del benessere psicologico (White et al., 1999).

Allo stesso modo anche Sum, Mathews, Hughes e Campbell nel 2008 avevano dimostrato che l'utilizzo di Internet da parte degli anziani riguardava soprattutto la comunicazione e non veniva utilizzato per la ricerca di informazioni o attività commerciali, palesando una forte correlazione a livelli più bassi di solitudine.



Istat, Cittadini e nuove tecnologie, 2014

Internet è considerato anche dai senior come un importante strumento di interazione sociale; un esempio sono i social network, che vengono sempre più utilizzati non solo per mantenere le relazioni e i rapporti amicali e familiari, ma anche come strumento di partecipazione alla vita politica. La rete viene utilizzata anche per leggere giornali e ottenere informazioni, scaricare libri o e-book e diffondere contenuti audio e video. In particolare, gli appartenenti alla fascia di età compresa tra i 60-64 anni utilizza internet soprattutto come canale di comunicazione e scambio con la Pubblica Amministrazione, per pagare le tasse e ottenere prestazioni di previdenza sociale in maniera più immediata. Il 53,6% di persone con più di 60 anni nel 2014 ha utilizzato servizi di archiviazione su Internet, salvando o condividendo documenti, immagini, video, musica e altri file. La diffusione della tecnologia tra i senior comporterà un drastico cambiamento del loro stile di vita, rendendoli più attivi e partecipi all'attuale contesto sociale (Istat, Cittadini e nuove tecnologie, 2014).

Uno studio realizzato dal dottor Yonas E. Geda e pubblicato sulla rivista *Mayo Clinic Proceedings* (2011), ha dimostrato come l'utilizzo del computer migliora le capacità cognitive e mnemoniche degli anziani. Nello specifico è stato osservato che chi utilizza strumenti tecnologici quotidianamente riduce l'impatto di un declino cognitivo di tipo lieve che colpisce il 37,6% degli anziani sopra i 70 anni; infatti dichiarano, Yonas E.

Geda, *“Poiché l’uso del computer sta diventando sempre più diffuso anche in questa fascia di età, diventa interessante capire come questo possa influire sull’invecchiamento stesso di queste persone e sulle percentuali di demenza riscontrate”* (2011).

Inoltre sono stati identificati alcuni predittori sull'utilizzo di internet in età avanzata, e includono:

- la sua istruzione e maggiori entrate (Charmerness e Boot, 2009; Wright e Hill, 2009);
- atteggiamenti positivi nei confronti di computer e Internet (Wagner, Hassanein e Head, 2010);
- alta auto-efficacia del computer (Czaja et al. 2006);
- buona salute fisica (Kaye, 2000);
- funzionamento cognitivo (Czaja et al., 2006).

2.3.1 La tecnologia come strumento terapeutico utile per l'anziano

Abbiamo convalidato, come l'uomo si affida alla tecnologia per migliorare il proprio stato di vita, e come l'anziano la utilizza come supporto.

Tutte le tecnologie hanno un impatto diretto nella vita individuale di una persona, e le stesse tecnologie hanno un rilevante impatto nell’ambiente, nell’organizzazione e nello stile di vita, nei modelli culturali di ogni individuo. Pertanto le tecnologie vengono utilizzate anche in altri ambiti della vita.

Infatti essa può essere richiesta come sostegno per vivere più a lungo; come aiuto per un mantenimento di uno stato di benessere complessivo, per la conservazione di un’autonomia funzionale soddisfacente che garantisca alla persona un’adeguata risposta ai propri bisogni; un aiuto per rimediare agli eventuali deficit provocati da malattie invalidanti; un aiuto per guarire dalle malattie, pertanto la tecnologia potrebbe essere molto utile nel mettere appunto piani di riabilitazione verso una buona guarigione, riducendo o eliminando i deficit prodotti dalla malattia stessa, restituendo alla persona gradi di autonomia funzionale perduti; è utile nel mantenimento e nella stabilizzazione delle funzionalità residue, quando, però non si possa provvedere ad un loro reintegro,

non è la guarigione vera e propria il risultato da raggiungere, ma il mantenimento e prima ancora il recupero, dell'autonomia funzionale (compromessa a causa degli effetti negativi prodotti o producibili dalla malattia), che costituiscono gli obiettivi e le linee guida dell'azione curativa nei confronti della persona anziana.

Grazie alle nuove innovazioni e al continuo sviluppo della tecnologia, sono stati messi appunto degli strumenti on-line che permettono all'anziano di monitorare la propria malattia anche da casa, il paziente con questo sistema è infatti al centro dei servizi assistenziali, e l'autogestione occupa una posizione di rilievo.

La gestione individuale della salute rappresenta le fondamenta del complesso sistema di assistenza al paziente.

2.4 Attività ricreative e case di cura

Abbiamo detto precedentemente che l'anziano potrebbe rappresentare un peso per i parenti, pertanto questo è costretto a fare ricorso ai servizi, pubblici o privati; l'anziano è tuttavia una persona che ha il diritto di conservare la propria autonomia il più a lungo possibile, anche quando si riducono le sue capacità funzionali.

Per quanto riguarda i servizi pubblici si affidano ai centri sociali, i quali forniscono un servizio di assistenza integrativa e sostegno alla vita domestica e di relazione; si propone di assicurare agli anziani effettive possibilità di una vita autonoma e sociale, favorendo il rapporto interpersonale e le attività ricreative e culturali.

Le case di cura, invece, per quanto concerne i servizi privati, sono strutture residenziali per anziani parzialmente o totalmente non autosufficienti che hanno bisogno di cura, di assistenza e di sostegno in un luogo protetto e comunitario, dove poter svolgere anche attività sociali.

L'anziano, qui, potrebbe provare delle sofferenze e delle difficoltà ad adattarsi alla nuova situazione, ed è utile quindi che tali strutture si adattino alle loro esigenze: dovrebbero avere degli ampi spazi comuni che favoriscano la socializzazione e garantendo una maggiore libertà di movimento.

Perché l'anziano possa adattarsi al meglio alla nuova situazione è importante che questi centri stabiliscano degli obiettivi:

- Educativo: incentivare e stimolare interessi, partecipazione, coinvolgere in attività sociali e ricreative.
- Promozione culturale ed animazione sociale: dare un'immagine nuova, diversa allo spazio e al contesto per svolgere assieme agli anziani ogni tipo di lavoro adatto a loro.

Le case di riposo, ad esempio, possono disporre di una sala adibita ad attività ricreative finalizzate a soddisfare le esperienze ed i bisogni degli utenti incentivandone la socializzazione. A questo scopo la struttura dovrà ospitare una équipe di animazione che dovrà prima di tutto studiare i loro interessi per promuovere vari laboratori che permettano di soddisfare i bisogni di tutti ed il raggiungimento di obiettivi prestabiliti. L'animatore sociale è una figura professionale che deve essere in grado di proporre delle attività di vario genere, come giochi, attività ricreative, artistiche e motorie. Per la loro realizzazione è fondamentale scegliere ed adattare gli spazi in base alle esercitazioni e raccogliere il materiale necessario per la creazione del programma di animazione. È importante che in queste attività viene preso in considerazione l'anziano nella sua totalità in cui, *gioco, corpo e movimento* permettono alla persona anziana di sentirsi coinvolto positivamente in qualcosa di diverso da quelle che considerava le sue limitate potenzialità.

Demenze e Volontariato

-“Ho perso la memoria” – disse un giorno un anziano di cent’anni ad uno della sua stessa età.

-“Hai perso cosa?” – chiese questi, ch’era sordo.

- “Non lo ricordo più”

(Libro Arguzie e facezie dei padri del deserto)

L’invecchiamento, come abbiamo detto fin ora, è un periodo particolare nella vita di ogni individuo, è la fase conclusiva del ciclo vitale, se questo non è stato precocemente interrotto per cause accidentali; in questo fenomeno fisiologico si assistono a perdite e deterioramenti a livello funzionale, a cambiamenti ineluttabilmente legati al passare del tempo che portano con sé una componente individuale non indifferente.

Il cambiamento demografico, e l'aumento notevole dell'aspettativa di vita, avvenuta, negli ultimi anni, grazie al miglioramento dei servizi sanitari hanno permesso di contribuire alla prevenzione e al trattamento di diverse malattie degenerative.

In questa nuova situazione si è sviluppata una nuova forma epidemica, tipica del soggetto anziano; nei vecchi, in sostanza, è cresciuto a dismisura il rischio di andare incontro a una demenza, vale a dire, a una sindrome caratterizzata dalla perdita della memoria e delle capacità cognitive.

L’allungamento dell’arco della vita ha quindi ben poco valore se non viene preservata anche la qualità della vita.

Per effetto dell'allungamento della vita media dell'essere umano, gli esperti ritengono che il numero di persone con demenza senile sarà destinato ad aumentare progressivamente.

Per quanto concerne le demenze in generale, alcune previsioni sostengono che, nel 2020, il numero mondiale di dementi raggiungerà i 48 milioni circa.

3.1 La demenza senile

La *demenza senile* è una malattia neurodegenerativa dell'encefalo, che colpisce le

persone anziane e determina una riduzione graduale e irreversibile delle facoltà cognitive.

La Demenza, è una patologia che si acquisisce in età adulta o comunque che si instaura dopo che si è verificato uno sviluppo cognitivo normale; non si riferisce, pertanto, a quelle situazioni di insufficienza mentale che si protraggono fin dalla infanzia.

Il DSM V definisce la demenza con tre elementi fondamentali:

- disturbi della memoria;
- disordini delle funzioni mentali;
- ripercussioni sulle attività socio-professionali.

Si verifica solitamente nelle persone con età superiore ai 60-65 anni, ed è una malattia che non colpisce solamente il diretto interessato ma anche tutti coloro che vivono con il soggetto malato.

Esistono vari tipi di demenza senile. Le tipologie principali e più note sono: il *morbo di Alzheimer*, la *demenza vascolare* e la *demenza a corpi di Lewy*.

In base alla sintomatologia vengono identificati 4 stadi di demenza senile:

1. *precoce*: i sintomi sono appena pronunciati e non vi sono delle compromissioni cognitive gravi che portano a disabilità e a difficoltà quotidiane, le manifestazioni più caratteristiche sono: piccoli problemi di memoria a breve termine (in genere amnesie); sporadici cambiamenti di personalità; occasionale mancanza di giudizio; lievi difficoltà di linguaggio, calcolo, ragionamento e comprensione di nuovi concetti; tendenza alla passività e alla mancanza d'iniziativa.
2. *moderata*: i sintomi sono più pronunciati e il soggetto talvolta non è in grado di svolgere le attività quotidiane in maniera autonoma, le manifestazioni cognitive più manifeste sono: peggioramento dei problemi di memoria a breve termine; problemi di memoria a lungo termine; aggravamento delle difficoltà di linguaggio; problemi visivi, dall'incapacità di riconoscere i colori e leggere a quella di quantificare approssimativamente una distanza; confusione (o disorientamento) spazio-temporale, con il paziente che fatica a realizzare dove si

trova, a dire con certezza il giorno della settimana ecc; difficoltà nel quotidiano, anche nelle attività più banali; lieve instabilità emotiva;

3. *grave*: vengono ad essere compromesse tutte le facoltà cognitive della persona e non permettono di svolgere alcuna attività quotidiana in maniera autonoma; in disturbi tipici sono: perdita totale o quasi totale delle capacità cognitive; incapacità di accudire alla propria persona, quindi problemi nel mangiare, lavarsi ecc; incapacità di riconoscere le persone care; difficoltà di deglutazione; perdita di controllo della funzione intestinale e vescicale (incontinenza); perdita del controllo motorio, con il paziente che cammina sempre meno;
4. *severa*: il soggetto non ha più le capacità di comunicare.

Oggi sono circa 50 milioni le persone affette da una forma di demenza in tutto il mondo, e ogni 3 secondi si registra un nuovo caso. Proprio nel 2017 l'OMS, a testimonianza della rilevanza socio-sanitaria ed economica della malattia, ha adottato il Piano Globale di Azione sulla Risposta di Salute Pubblica alla Demenza 2017-2025, che invita i Governi a raggiungere precisi obiettivi sul fronte di una maggiore consapevolezza della demenza, della riduzione dei rischi, della diagnosi e dell'assistenza, del supporto ai familiari, ai caregiver, della ricerca.

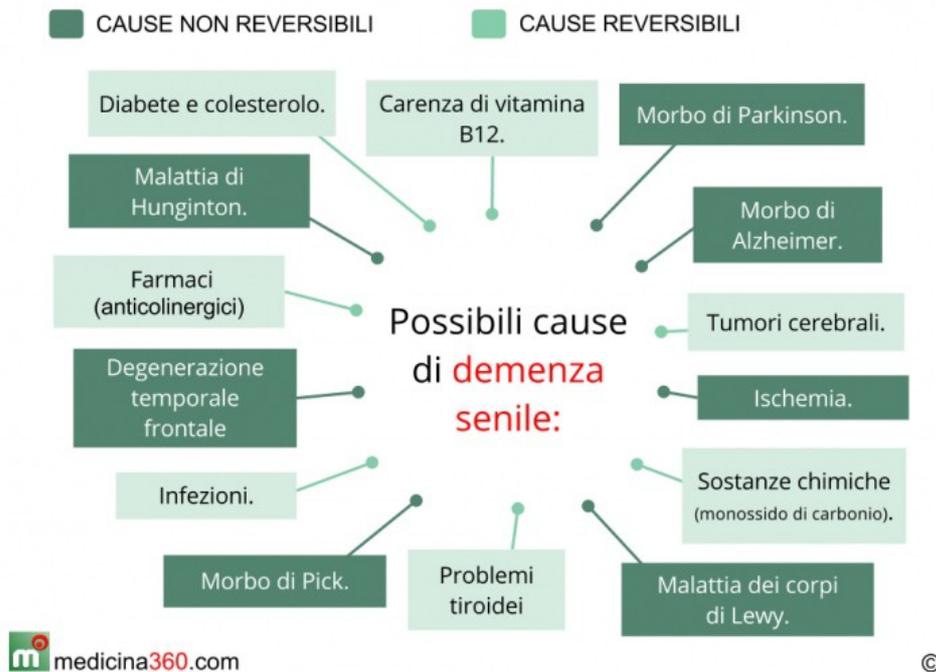
-Fattori di rischio

Lo sviluppo della demenza senile è associata a diversi fattori di rischio, ma che non vanno a determinare con sicurezza l'insorgenza o meno della malattia, ma contribuiscono, a soggetti predisposti, di svilupparla. I fattori principali sono:

- *l'età e il sesso*: l'età compresa tra i 60-65 anni e il sesso femminile sono fattori che vanno ad influenzare l'insorgenza della malattia;
- *il fumo*: danneggia le pareti dei vasi, anche quelli cerebrali, favorendo lo sviluppo della demenza;
- *ipercolesterolemia*: il colesterolo alto è un fattore di rischio, in quanto la formazione di placche aterosclerotiche nelle arterie cerebrali vanno a

danneggiare le cellule cerebrali ostacolando il flusso sanguigno:

- *ipertensione arteriosa*: la pressione alta provoca delle cicatrici, anche a livello cerebrale, portando al progredire della malattia;
- *abuso di alcol*: assunto in quantità eccessive provoca gravi danni a livello cerebrale;
- *fattori di origine genetica*: vi sono delle ricerche scientifiche, anche se non ancora accertate, che dimostrano che due cromosomi, il cromosoma 21 (Sindrome di Down) e il cromosoma 19 (proteina apo E4), siano coinvolti nello sviluppo e nel manifestarsi della demenza.



La demenza senile, come abbiamo già detto, influisce sulle aspettative di vita e può compromettere in maniera grave la qualità di vita.

3.2 La qualità di vita in pazienti affetti da demenza

La qualità della vita (Quality of Life) è un concetto multidimensionale che comprende

domini sociali, psicologici e fisici (Birren, Lubben e Rowe, 1991). È stato dimostrato che per gli individui con demenza, come per la maggior parte delle malattie croniche degenerative, la capacità degli operatori sanitari di intervenire e influenzare la qualità della vita è di gran lunga superiore a quella di influenzare il decorso della malattia. Sfortunatamente, la misurazione della QdV nei pazienti con demenza, sebbene abbia ricevuto di recente un maggiore riconoscimento, è stata ampiamente ignorata a causa delle difficoltà concettuali, logistiche e di misurazione insite nella valutazione accurata della QdV direttamente da questa popolazione. Di conseguenza, le misure proxy, che toccano domini limitati di QoL, sono state utilizzate principalmente, e non è chiaro se la QoL sia stata misurata con precisione. La QoL nella demenza deve essere concettualizzata come un costrutto complesso e completo se i ricercatori devono comprendere appieno l'impatto della malattia demenziale. La QoL rimane una considerazione chiave in:

- valutazione dei programmi di servizio;
- testare l'efficacia di nuovi trattamenti farmacologici;
- il dibattito etico sull'utilizzo delle risorse sanitarie;
- processo decisionale di fine vita;
- sviluppo di linee guida cliniche.

Il concetto di QoL è stato definito e applicato in vari modi negli ultimi due decenni. Nel senso più puro, il termine implica una valutazione soggettiva da parte dell'individuo. Quindi, il termine è stato usato per riferirsi alla valutazione generale della vita delle persone (ad esempio, quanto sono soddisfatti, tutto sommato, con le loro vite attuali) o di varie componenti della vita come la vita sociale, la situazione finanziaria, il lavoro o situazione di vita (Andrews & Withey, 1976; Campbell, Converse, & Rodgers, 1976). Sono disponibili alcuni schemi concettuali di QoL per le persone anziane (George & Bearon, 1980; Lawton, 1994; Stewart & King, 1994); tuttavia, sono spesso abbastanza simili a quelli per le persone di età più giovane.

Per quanto riguarda i pazienti con demenza la valutazione della qualità di vita correlata alla salute, si riferisce proprio alla suscettibilità di essere affetti dalla malattia, i risultati porteranno a costrutti talvolta evidenti e altre volte no e sarà pertanto utile sviluppare

dei concetti completi e accurati. Un altro strumento utile per tale valutazione è il ruolo delle nuove terapia; molti studi, infatti, hanno dimostrato che gli effetti di qualsiasi intervento terapeutico per migliorare la qualità della vita vengono misurati con strumenti specifici ad alta sensibilità per la malattia, e si concentrano sui domini più rilevanti e sulle caratteristiche dei pazienti in cui la condizione è presente (Epstein et al., 1992; Hammond & Aoki, 1992; Meenan, Mason, Anderson, Guccione, & Kazis, 1992; Testa & Simonson, 1996). Gli strumenti specifici per la malattia si rivolgono a domini appropriati e hanno una maggiore probabilità di catturare i cambiamenti nel tempo (Guyatt, Berman, Townsend, Pugsley, & Chambers, 1987; Howard & Rockwood, 1995). Come sappiamo la valutazione dovrebbe comprendere sia aspetti oggettivi sia aspetti soggettivi, ma ciò non è possibile per i pazienti con demenza, perché è difficile evidenziare gli aspetti soggettivi perché influenzati dallo stato di malattia, pertanto è utile far riferimento a domini oggettivi, i quali però non tengono pienamente conto dei valori, dei bisogni e delle capacità di adattamento degli individui a varie circostanze di vita (Flanagan, 1982; Sanifort, Becker & Diamond , 1996).

Diversi studi (Birren, Lubben, & Rowe, 1991) hanno confermato che la demenza colpisce tutti i domini tradizionali della qualità di vita, confermando la convinzione che l'impatto sia multidimensionale, in quanto, è direttamente correlato ai cambiamenti cognitivi, comportamentali e sociali che accompagnano la progressione della malattia. Successivamente, sono stati trovati due nuovi domini importanti per le persone con demenza, domini che riguardano l'estetica e domini che riguardano la capacità di interazione.

L'estetica è definita come l'esperienza dell'apprezzamento e del piacere ottenuti dalla consapevolezza sensoriale a livello verbale o non verbale, come ad esempio vedere o creare arte, i luoghi e i suoni della natura e ascoltare la musica. Si è notato come i pazienti con demenza provano piacere da queste attività, anche nelle fasi successive della loro malattia.

Il dominio di capacità di interazione riflette un'influenza specifica per la malattia per le persone con demenza. Questo dominio include difficoltà di comunicazione e difficoltà nelle interazioni sociali. Le difficoltà di trovare le parole e i problemi di memoria insiti

nella malattia possono interagire per rendere difficile la conversazione di base per le persone affette da demenza. L'interazione sociale tra persone con demenza e altri è spesso tesa a causa della mancanza di comprensione della demenza da parte degli altri e dell'imbarazzo da parte della persona demente. Riteniamo che la difficoltà in questi sotto domini impedisca le interazioni tra la persona con demenza e il suo ambiente.

Whitehouse e Rabins (1992), affermavano che spetta a ciascun individuo di valutare la propria qualità di vita, in base al grado di importanza che attribuisce a ciascun componente. Gli individui con malattie o condizioni simili possono avere una qualità della vita molto diversa a causa dei loro atteggiamenti, convinzioni e circostanze individuali. I pazienti affetti da demenza non sono diversi. Il benessere emotivo e la soddisfazione con la vita sono plasmati da molte forze oltre ai livelli del funzionamento cognitivo. Fattori di salute, interazioni familiari e sociali, stato economico e credenze religiose sono solo alcuni dei fattori aggiuntivi che contribuiscono alla qualità di vita. La demenza non definisce per definizione un individuo di queste influenze. Molti pazienti affetti da demenza e i loro coniugi hanno descritto come la malattia ha migliorato il loro rapporto o come non hanno mai amato il loro coniuge più che in questo momento. Il tempo addizionale, la pazienza e la vigilanza necessarie per misurare con precisione la QoL auto-riferita in persone dementi, sono essenziali se vogliamo veramente misurare questa esperienza soggettiva.

3.3 Fattori protettivi e rischio di demenze

Secondo il Rapporto Mondiale 2014 della federazione internazionale Alzheimer's Disease International, che comprende 84 associazioni in tutto il mondo, attualmente almeno 44 milioni di persone convivono con una demenza. Se gli attuali ritmi demografici e epidemiologici rimangono stabili nei prossimi anni, tale cifra è purtroppo destinata a raddoppiare entro il 2030 e a triplicare entro il 2050.

Intitolato "Dementia and Risk Reduction" (Demenza e riduzione del rischio), il Rapporto presenta un'analisi approfondita dei fattori di protezione dalla malattia su cui

si può intervenire. In particolare, il Rapporto identifica alcuni fattori protettivi principali su cui è necessario intervenire con programmi di salute pubblica:

1. Attività fisica costante
2. Stimolazione delle capacità cerebrali
3. Vita sociale attiva

-Il Movimento

Un studio dell'University School of Medicine, della Virginia, ha monitorato dal 1991 al 1999 circa 70 uomini anziani. Durante questo periodo ad alcuni è stata diagnosticata la demenza senile. Tra quelli sani è stato possibile verificare il beneficio dato dal movimento quotidiano. Camminare almeno per 0.25 miglia al giorno riduceva il rischio di demenza, La passeggiatina quotidiana, infatti, può aiutare a prevenire la demenza senile.

Ricerche precedenti avevano evidenziato l'importanza dell'attività fisica contro il rischio di demenza senile, ma nessuno aveva trovato legami positivi tra i 'due passi' e la buona forma della mente degli anziani .

Il movimento fa sì che l'anziano diriga l'attenzione a quello che il mondo esterno propone, stimolando la funzione cognitiva e quella fisica.

L'attività fisica non solo ha mostrato di associarsi ad un miglioramento della funzione cognitiva, ma sembra suggerire che l'esercizio fisico potrebbe anche ridurre il rischio di sviluppare demenza. Una recente meta-analisi riporta che la riduzione del rischio di demenza osservata varia dal 20% al 50%. Ad esempio, in un campione di 4.615 soggetti anziani partecipanti allo studio CSHA (Canadian Study of Health and Aging), Laurin et al. (2001) hanno osservato che un'attività fisica regolare era associata ad un ridotto rischio di sviluppare declino cognitivo e demenza (in particolare malattia di Alzheimer) dopo 5 anni.

L'esercizio fisico potrebbe quindi influenzare direttamente le funzioni cognitive, determinando modificazioni biochimiche e strutturali a livello cerebrale che si

traducono in un aumento della proliferazione cellulare riducendo la comparsa della demenza.

-La creatività

È stato osservato, inoltre, che un altro fattore protettivo contro il rischio di demenza è la creatività.

La creatività indica l'arte o la capacità cognitiva della mente di creare e inventare, e partendo proprio da questa definizione la creatività in età senile si può manifestare anche nelle varie attività quotidiane; è un'espressione spontanea dell'inconscio che permette anche a chi non riesce, di esprimersi e di tirare fuori ciò che dentro lo logora o non riesce a dire verbalmente.

L'anziano a causa delle esperienze più estese rispetto al giovane, è in grado di sviluppare la capacità di improvvisazione e immaginazione in misura maggiore, ed è stato dimostrato come l'arte e la creatività offra all'anziano una possibilità di scelta e un mezzo per poter comunicare sentimenti sconosciuti verso la vita, Cohen (2001) ricorda come il mantenersi attivi mentalmente garantisce benessere mentale e fisico in età avanzata. Erich Fromm scrisse:

"Essere creativi significa considerare l'intero processo della vita come un processo di nascita e non interpretare ciascuna fase della vita come una fase finale".

È stato notato come in differenti Paesi la creatività, soprattutto, nelle varie istituzioni, è poco conosciuta, pertanto è difficile valutare l'impatto positivo che essa ha sul paziente affetto da demenza; pertanto sono stati presi in considerazione 4 Paesi diversi (Gran Bretagna, Svezia, Giappone e Brasile), perché possiedono diverse mentalità, nuove e innovative forme di assistenza sanitaria olistica per gli anziani, e in particolare per i pazienti affetti da demenza. Alcuni di loro potrebbero fornire una base per una terapia artistica e creativa, e progetti per altri Paesi in cui pazienti affetti da demenza potrebbero partecipare.

•In *Gran Bretagna*, un'organizzazione privata a Glasgow (Arts in Hospital), offre

diversi corsi d'arte (cliniche e case di cura) per anziani e pazienti con diverse forme di demenza, i quali hanno molto apprezzato tali programmi; infatti, è stato osservato come la creatività gioca un ruolo molto importante.

- In *Svezia*, l'Istituto Karolinska ha messo appunto alcune strategie che aiutano il paziente ad essere il più autonomo possibile, e a creatività potrebbe essere una delle risorse di un paziente per dare uno spunto importante per un approccio più olistico all'interno delle istituzioni sanitarie (cliniche, case di cura).

- In *Giappone*, i pazienti vengono invitati a portare le loro idee all'interno delle case di cura, i programmi creativi si basano su l'unione tra arte e natura, e gli operatori fanno attenzione al benessere e alla cura del paziente.

- In *Brasile*, il 'Forum da Terceira Idade São Paulo' (1992), si occupa di anziani con stadio avanzato di demenza e dei senzatetto, mettendo a loro disposizione terapie e attività creative. L'Arteterapia sembra essere efficace e si occupa direttamente della vitalità dei pazienti partecipanti, grazie all'uso di colori vivaci, una vasta gamma di forme e vari materiali. Inoltre l'interazione tra i partecipanti ha un ruolo significativo nel rafforzare l'identificazione con le proprie opere d'arte e con il gruppo. Sia l'atto di espressione creativa che il contesto sociale sono vitali per il benessere mentale e fisico dei partecipanti.

- La soluzione non proviene dall'esterno, bisogna trovare una strada che parta dall'interno, dalla creatività personale.

L'arteterapia e la creatività offrono delle possibilità per affinare le capacità dei sensi dei pazienti ad agire da soli; tutte le attività creative (pittura, musica etc.) sono in grado di influenzare positivamente il benessere dei pazienti all'interno dei sistemi sanitari e nelle case di cura.

Coinvolgere l'anziano in attività ricreative stimola a trascorrere il proprio tempo libero in compagnia. Diverse sono le attività di svago che potrebbero migliorare le performance mnemoniche dell'anziano, ad esempio:

- costruire puzzle

- giocare a dama o a scacchi
- suonare uno strumento musicale
- imparare passi di danza leggeri
- giocare a battaglia navale
- e giocare a Memory
- organizzare attività ricreative per anziani all'aria aperta

3.4 I benefici del volontariato e di come esso possa ridurre il rischio di demenze

È risaputo che dedicarsi agli altri, fare del bene, regalare un sorriso, fare volontariato porta importanti benefici non solo a se stessi ma anche agli altri. Ha degli effetti benefici sul cuore, sulla psiche e anche sul nostro sistema immunitario.

Diverse sono le motivazioni che spingono gli individui a svolgere attività di volontariato, e diverse sono le forme in cui esso si manifesta.

3.4.1 La Clownterapy

Nell'ultimo decennio, c'è stato un aumento di interesse nello studio degli effetti dell'intervento del clown in una grande varietà di contesti clinici. Da sempre si è affiancato il personaggio del clown ai bambini, ma alcuni studi hanno rivolto la loro attenzione sugli effetti che esso ha sugli adulti.

La storia della clown è lunga e ricca; non solo offrono il dono della risata, ma è ampiamente creduto che hanno anche il potere di conferire il dono della guarigione (Warren e Spitzer, 2013). Ad esempio, si pensò che i clown ebbero lavorato negli ospedali sin dai tempi di Ippocrate, poiché i medici dell'epoca ritenevano che quell'umorismo aveva effetti positivi sulla salute (Koller e Gryski, 2008).

Oggi i clown hanno una maggiore presenza nelle impostazioni mediche e svolgono un ruolo importante all'interno del sistema sanitario. Negli ultimi anni, l'interesse è

cresciuto all'interno dell'area di ricerca, sull'intervento del clown in ambito sanitario: un numero significativo di studi empirici (Finlay, Baverstock, & Lenton, 2014; Sato, Ramos, Silva, Gameiro, & Scatena, 2016) è stato condotto in condizioni cliniche diverse e utilizzando diversi gruppi di pazienti.

La Terapia del Sorriso, più comunemente detta Clownterapia, si basa sugli effetti positivi psicologici e biologici del riso. Questo tipo di cura nasce in America nel 1986, quando Michael Christensen e Paul Binder fondarono la “The Clown Care Unit” (Koller e Gryski, 2008), l'unità di clownterapia, che fa della risata una specie di medicina. Nei primi anni Novanta questo tipo di cura sbarca anche in Europa; gli ospedali francesi e svizzeri sono i primi ad accoglierla. La grande fortuna, però, arriva alla fine degli anni Novanta, con la figura di un noto medico della West Virginia, Hunter “Patch” Adams. Nel 1971 questo dottore alquanto originale fonda, con la collaborazione della compagna e di alcuni amici, l'Istituto Gesundheit. Per molti aspetti il suo è stato un vero e proprio colpo di genio, i risultati denotarono un notevole incremento delle guarigioni che ha dell'incredibile.

La presenza del clown nelle strutture sanitarie rappresenta un modo consolidato per intrattenere bambini, adulti e anziani durante il recupero (Dionigi, Ruch, e Platt, 2014). La figura del Clown nelle impostazioni di assistenza sanitaria, richiede un modo speciale di interagire con pazienti e osservatori a causa della varietà di aspetti medici ed emotivi coinvolti; quindi richiede empatia e rispetto per la malattia e le condizioni psicologiche di ogni paziente. Quando si tratta di pazienti, i clown dottori devono essere in grado di integrare abilità artistiche (ad es. musica, commedia, mimo, magia o marionette), che sono utili nel suscitare emozioni positive, con qualità personali, come l'empatia, l'intelligenza emotiva e l'intuizione. In questo modo, i clown dottori possono stabilire relazioni terapeutiche con i pazienti e contribuire a ridurre il loro dolore e altri effetti negativi associati alle loro malattie, oltre a contribuire al loro benessere e creare un'atmosfera più leggera (Finlay, Baverstock, e Lenton, 2014).

3.4.2 Intervento dei clown su pazienti con demenza

La 'clownterapia' nasce per i bambini e la sfida con gli anziani è ancora più difficile: perché spesso sono diffidenti, disorientati, persino meno disposti alla risata, bisogna quindi saper dosare l'intervento affinché si sentano coinvolti e confortati.

La Clownterapia è efficace per migliorare lo stato psicologico degli anziani, li aiuta ad affrontare con spirito positivo la malattia e la degenza. Anche la riabilitazione cognitiva e comportamentale, nella demenza senile e nell'Alzheimer, può beneficiare dell'apporto del clown, specialmente attraverso il lavoro sugli aspetti motivazionali che ne costituiscono il carburante indispensabile: stimolare la curiosità dell'anziano, qualche volta teneramente infantile e sostenere l'interesse residuo per molti o alcuni aspetti della vita, può costituire un valido appiglio per rallentare peggioramenti e degenerazioni.

Sebbene siano stati condotti pochi studi su pazienti adulti, la ricerca sui clown che lavorano nel settore sanitario si è spesso concentrata su pazienti disabili, come quelli affetti da demenza o malattie psichiatriche.

Un notevole numero di ricerche su persone anziane affette da demenza che vivono in case di cura, ha stabilito la necessità di stimolare gli anziani attraverso attività sociali e culturali.

La Clownterapia sembra, infatti, migliorare la qualità di vita dei residenti nelle case di cura: Hendriks, nel 2012, ha condotto uno studio etnografico nei Paesi Bassi, il quale si concentrava su una forma specifica di Clownterapia che riguardava persone in uno stadio avanzato di demenza. L'autore ha riferito come il clown e la persona affetta da demenza erano coinvolti in una connessione, nel qui ed ora, che ha aiutato i pazienti ad essere in contatto, ed instaurare una conversazione con il proprio corpo e con i propri sensi.

Testad et al. (2014), hanno trovato una buona prova a sostegno del valore di attività piacevoli personalizzate, come la terapia di reminiscenza e la musica, per il trattamento dell'agitazione e per migliorare l'umore. Diversi studi analizzano anche le attività

culturali come strumenti utili per la comunicazione e l'interazione sociale nella cura della demenza. Gli effetti della musica e della danza possono andare oltre la riduzione dei sintomi comportamentali e psicologici, dal momento che la musica e la danza sono così legate alle storie di vita e alle identità personali. I clown dottori sono stati studiati sia come esempi di attività culturali, sia dal punto di vista della cosiddetta "terapia dell'umorismo". L'evidenza derivante da studi su un'ampia gamma di metodologie, compresi studi di controllo randomizzati, nonché studi di osservazione qualitativa o di colloquio, converge su effetti benefici. Alcuni ricercatori nel campo, sostengono che i clown dottori hanno sviluppato delle tecniche specifiche, usando un approccio relazionale, che supporta i processi di empowerment. È stato suggerito che questo approccio aiuti gli anziani a gestire l'ansia e la solitudine. La ricerca conferma quindi che la presenza di clown dottore promuove il benessere nelle strutture sanitarie. Warren & Spitzer (2011) concludono che i clown dottori trovano un equilibrio tra essere intrattenitori e operatori sanitari e contribuiscono a ridurre lo stress per i pazienti e a sostenere le famiglie.

3.4.3 Assistenza volontaria ai caregivers di pazienti con demenza

Un altro aspetto fondamentale nella cura e nella prevenzione di pazienti con demenza, e che può essere considerato una forma di volontariato in senso lato, sono le problematiche ed i vissuti connessi al fornire assistenza a pazienti con malattia di Alzheimer e ad anziani affetti da diverse tipologie di demenza. Sono state condotte diverse indagini a riguardo, le quali hanno riscontrato che prendersi cura di una persona affetta da demenza è altamente stressante e che i caregivers di pazienti dementi accusano spesso disagio psicologico, inteso come ansia e/o depressione, deterioramento della propria salute fisica, isolamento sociale e diminuzione del tempo da dedicare ai bisogni personali e ad altri ruoli familiari, genitoriali, professionali. Lo stress è stato identificato come fattore di rischio di mortalità per il caregiver, mentre la famiglia è stata definita come la "seconda vittima" della Demenza. (Bell et al, 2001; Dunkin et al, 1998).

Le politiche di sostegno rivolte alle persone anziane non possono ignorare il lavoro di cura svolto dai familiari, ma al contrario devono da questi partire, garantendo loro un sostegno affinché possano continuare a farlo; per questo, la rilevazione dei bisogni del caregiver deve diventare un punto di partenza per la definizione dei suoi diritti e degli interventi di sostegno in suo favore.

Spesso i caregivers sono persone inesperte, o anziane, pertanto necessitano di aiuti e servizi messi a disposizione dalla comunità sociale.

Diverse ricerche hanno messo in luce la necessità di identificare nuovi modelli d'intervento per la famiglia dell'anziano non autosufficiente, sviluppandone le capacità e le potenzialità, e sostenendo il nucleo familiare nella soluzione dei problemi e nel reperimento delle risorse a ciò necessarie.

In Italia, diversi sono i servizi di sostegno per i caregivers, anche se spesso limitati nella loro diffusione territoriale:

- *il training educativo e informativo*, incentrato sulla malattia, ma anche il potenziamento delle capacità di “problem solving” (intervento mirato ad implementare le capacità del carer di modificare le modalità stereotipate, ripetitive e improduttive di affrontare i problemi e la loro risoluzione, che favorisce un più agevole raggiungimento degli obiettivi) e delle strategie di “coping” (potenziando cioè la capacità di affrontare e fronteggiare lo stress);
- *il “counseling”*, che offre supporto emotivo immediato attraverso il dialogo e l'interazione duale con un consulente;
- *i servizi di supporto telefonico e servizi informativi in rete*;
- ed infine i *gruppi di auto mutuo aiuto*, in cui è possibile confrontarsi con altri carer, prendendo conoscenza delle proprie difficoltà e potenzialità.

Questi servizi permettono al caregiver di esprimere tutte le emozioni, sentimenti, problematiche e difficoltà affrontate durante il corso della malattia, cercando di alleggerire tale peso grazie all'aiuto di persone esperte.

Il servizio di auto mutuo aiuto è una metodologia praticabile ed efficace ed offre un contributo importante all'assistenza sanitaria e sociale. Rappresenta inoltre un tentativo

di trarre dalla propria esperienza, assieme agli altri, un insegnamento nel percorrere nuove vie e nell'affrontare nuovi problemi.

Gli interventi psicosociali hanno dimostrato effetti positivi nel ridurre il decadimento cognitivo e nel migliorare i sintomi, riducendo lo stress del caregiver e migliorandone la qualità di vita.

Conclusioni

Il presente elaborato ha preso in esame, nella prima parte, il concetto dell'Invecchiamento Attivo, un fenomeno che si è sviluppato in concomitanza al drastico cambiamento demografico avvenuto negli ultimi tempi, che ha portato la popolazione anziana non solo ad adattarsi al continuo sviluppo della società, ma anche a rimanere attivi attraverso diverse opportunità offerte dalla comunità.

L'OMS e i diversi documenti nazionali e internazionali hanno preso in carica tale concetto, al fine di sensibilizzare l'opinione pubblica, attraverso la costruzione di politiche sociali e strategie efficienti, che permettono di promuovere e incrementare le opportunità per una vita migliore, sfatando tutti i miti che si aggirano intorno ad una persona anziana.

L'Anno dell'Invecchiamento Attivo ha dimostrato come l'anziano sia una figura importante nelle attività di volontariato, il quale, come abbiamo potuto constatare attraverso le varie osservazioni svolte, rappresenta un mezzo secondo cui l'anziano si rimette in gioco, migliorando la qualità di vita, il benessere fisico e psichico.

Inoltre il progresso sociale e tecnologico ha fatto sì che l'anziano potesse adattarsi ai nuovi cambiamenti, infatti il Programma Nazionale per un Invecchiamento Attivo, vitale e dignitoso in una società solidale, ha riconosciuto l'apprendimento e la formazione permanente come un'idea positiva che permette all'anziano di rimanere attivo nelle diverse attività quotidiane. Medesima attenzione è stata dedicata alle questioni connesse all'educazione di stili di vita sani e attivi, e ai contesti strutturali che favoriscono un invecchiamento "attivo". L'utilizzo delle nuove tecnologie viene messo in pratica anche in diversi contesti quotidiani; infatti, l'impiego di Internet risulta essere uno strumento di sostegno per l'anziano, utilizzato anche da casa per poter monitorare la propria malattia.

Nel terzo capitolo si è discusso della demenza senile, malattia che colpisce il soggetto anziano in maniera esponenziale, e di come le attività di volontariato aiutano significativamente tali pazienti affetti da demenza.

Il movimento, la creatività, la Clownterapia diventano fattori protettivi contro il rischio di sviluppare la demenza; mantenere il corpo e la mente allenati allunga la vita e preserva la qualità di vita.

Inoltre quando si parla di demenza, si prende anche in considerazione il ruolo che svolge la famiglia e i caregivers. È stato dimostrato come il prendersi cura di pazienti affetti da demenza influisce sulla qualità di vita dei caregivers, aumentando i livelli di stress. Un ruolo importante lo svolge il servizio di auto mutuo aiuto, una metodologia praticabile ed efficace, ed offre un contributo importante all'assistenza sanitaria e sociale. Rappresenta inoltre un tentativo di trarre dalla propria esperienza, assieme agli altri, un insegnamento nel percorrere nuove vie e nell'affrontare nuovi problemi.

Bibliografia

- AGE Formulato (2007). Volontariato in età matura: opportunità, barriere e best practices per il coinvolgimento degli anziani
- Anderson et al., (2014). *Journal of Aging Studies* 33 (2015) 22–27: Volunteering as reciprocity: Beneficial and harmful effects of social policies to encourage contribution in older age
- Andrew, (1986); Andrews e Withey, (1976); Diener, (1984). *Telematics and Informatics* 22 (2005) 161–180: Multiple determinants of life quality: the roles of Internet activities, use of new media, social support, and leisure activities
- Andrews & Withey, (1976); Campbell, Converse, & Rodgers, (1976). The Gerontological Society of America Vol. 39 25-35: Conceptualization and measurement of Quality of Life in Dementia: the dementia quality of instrument. (DQol)*
- Atchley, (1989); Manucci & Curto, (2003); Bordogna, (2007). “Teoria della Continuità”; Teorie dell'invecchiamento in psicologia (Igor Vitale, 2004)
- Avramov & Maskova (2003). “Active Ageing”: from empty rhetoric to effective policy tool
- Baldock, (1999). Volontariato in età matura: opportunità, barriere e best practices per il coinvolgimento degli anziani
- Baldock, (1999); Henkin e Zapf, (2006). Volontariato in età matura: opportunità, barriere e best practices per il coinvolgimento degli anziani
- Baldock, (1999); Thompson e Wilson, (2001). Quaderni Europei sul nuovo Welfare: Quaderno n°16, (2011): Volontariato in età matura: opportunità, barriere e best practices per il coinvolgimento degli anziani
- Baldock, (1999); Warburton e Cordingley, (2004); Warburton et al., (2007). Quaderni Europei sul nuovo Welfare: Quaderno n°16, (2011): Volontariato in età matura: opportunità, barriere e best practices per il coinvolgimento degli anziani
- Battaglia & Metzger, (2000); Musick, Herzog, & House, (1999). *Journal of Aging Studies* 33 (2015) 22–27: Volunteering as reciprocity: Beneficial and harmful effects of social policies to encourage contribution in older age
- Berg (2008). “Active Ageing”: from empty rhetoric to effective policy tool
- Bier e Gallo, (1997); Hu and Leung, (2003); Wellman e Haythornthwaite, (2002). *Telematics and Informatics* 22 (2005) 161–180: Multiple determinants of life quality: the roles of Internet activities, use of new media, social support, and leisure activities
- Biggs (2002). Leisure in old age: disciplinary practices surrounding the discourse of active

ageing

Birren, Lubben e Rowe, (1991). The Gerontological Society of America Vol. 39 25-35: Conceptualization and measurement of Quality of Life in Dementia: the dementia quality of instrument. (DQol)

Boudiny, (2013). Active and Successful Aging: A European Policy Perspective

Boudiny, (2013); Deeming, (2009); Lloyd et al., (2013). Active and Successful Aging: A European Policy Perspective

Bowling (2001), Brown et al., (2004), Ellingson e Conn (2000), Haywood e altri (2004), Moons (2004). Eur J Ageing (2007) 4:229–246: The conceptualization and measurement of quality of life in older adults: a review of empirical studies published during 1994–2006

Bowling (2001), Ellingson e Conn (2000), Fayers e Machin (2007). Eur J Ageing (2007) 4:229–246: The conceptualization and measurement of quality of life in older adults: a review of empirical studies published during 1994–2006

Bowling (2005). “Active Ageing”: from empty rhetoric to effective policy tool

Burr Bradley, (1999). Quaderni Europei sul nuovo Welfare: Quaderno n°16, (2011): Volontariato in età matura: opportunità, barriere e best practices per il coinvolgimento degli anziani

Burr Bradley, (1999); Cutler e Hendricks, (2000); Warburton e Cordingley, (2004); Martinson, (2006); McBride, (2006); Morrow-Howell, (2006); Rozario, (2006). Quaderni Europei sul nuovo Welfare: Quaderno n°16, (2011): Volontariato in età matura: opportunità, barriere e best practices per il coinvolgimento degli anziani

Burr Bradley, 1999; Nagchoudhur, 2005. Quaderni Europei sul nuovo Welfare: Quaderno n°16, (2011): Volontariato in età matura: opportunità, barriere e best practices per il coinvolgimento degli anziani

Burr Bradley, (1999); Narushima, (2005). Quaderni Europei sul nuovo Welfare: Quaderno n°16, (2011): Volontariato in età matura: opportunità, barriere e best practices per il coinvolgimento degli anziani

Burr Bradley, (1999); Warburton e Cordingley, (2004). Quaderni Europei sul nuovo Welfare: Quaderno n°16, (2011): Volontariato in età matura: opportunità, barriere e best practices per il coinvolgimento degli anziani

Burr Bradley, (1999); Wymer, (1999); Steinberg e Cain, (2004); Warburton e Cordingley, (2004); Nagchoudhur e al., (2005); Narushima, (2005); McBride, (2006). Quaderni Europei sul nuovo Welfare: Quaderno n°16, (2011): Volontariato in età matura: opportunità, barriere e best practices per il coinvolgimento degli anziani

Burr Bradley, (1999); Wymer, (1999); Warburton et al., (2001); Nagchoudhur et al., (2005); Erlinghagen e Hank, (2006). Quaderni Europei sul nuovo Welfare: Quaderno n°16, (2011): Volontariato in età matura: opportunità, barriere e best practices per il coinvolgimento degli anziani

Burr BRadley, Tavares & Mutchler, (2011). *Journal of Aging Studies* 33 (2015) 22–27: Volunteering as reciprocity: Beneficial and harmful effects of social policies to encourage contribution in older age

Carstairs & Keon (2008). “Active Ageing”: from empty rhetoric to effective policy tool

Castolo, Ferrada & Camarinha- Matos (2004). “Active Ageing”: from empty rhetoric to effective policy tool

Chattat (2004). “Teoria del Disimpegno”; *Teorie dell'invecchiamento in psicologia* (Igor Vitale, 2004)

Chiosso (2012). Intergenerational Learning and creative experiences to foster reciprocity between generations (citazione)

Cohen (2001). *Gerontology* 2006;52 59–65: Creativity with Dementia Patients (Can Creativity and Art Stimulate Dementia Patients Positively?)

Cloos et. al. (2010). “Active Ageing”: from empty rhetoric to effective policy tool

Coleman (2011). “Active Ageing”: from empty rhetoric to effective policy tool

Cutler e Hendricks (2000). Quaderni Europei sul nuovo Welfare: Quaderno n°16, (2011): Volontariato in età matura: opportunità, barriere e best practices per il coinvolgimento degli anziani

Commissione Europea, (2009); Walker, (2009). *Active and Successful Aging: A European Policy Perspective*

Commissione Europea (2010). *Active and Successful Aging: A European Policy Perspective*

Cumming & Henry (1961). “Teoria del Disimpegno”; *Relazione: “Anziani in istituto e in famiglia: perdita e mantenimento delle capacità residue* (Marchioro Lisa, 2015/2016)

Davey (2002). “Active Ageing”: from empty rhetoric to effective policy tool

Diener (1984). *Telematics and Informatics* 22 (2005) 161–180: Multiple determinants of life quality: the roles of Internet activities, use of new media, social support, and leisure activities

Dionigi, Ruch, e Platt, (2014) *Europe's Journal of Psychology* 2016, Vol. 12(3), 473–488: Clowning in Health Care Settings: The point of view of adults

Dulin, Gavala, Stephens, Kostick e McDonald, (2012); Midlarsky & Kahana, (2007); Wheeler, Gorey , & Greenblatt, (1998). *Journal of Aging Studies* 33 (2015) 22–27: Volunteering as

reciprocity: Beneficial and harmful effects of social policies to encourage contribution in older age

ENOVO, (2005); TraVeL AGEnts, (2007). Volontariato in età matura: opportunità, barriere e best practices per il coinvolgimento degli anziani

Epstein et al., (1992); Hammond & Aoki, (1992); Meenan, Mason, Anderson, Guccione, & Kazis, (1992); Testa & Simonson, (1996). The Gerontological Society of America Vol. 39 25-35: Conceptualization and measurement of Quality of Life in Dementia: the dementia quality of instrument. (DQol)

Finlay, Baverstock, & Lenton, (2014); Sato, Ramos, Silva, Gameiro, & Scatena, (2016). Europe's Journal of Psychology 2016, Vol. 12(3), 473–488: Clowning in Health Care Settings: The point of view of adults

Flanagan, (1982); Sanifort, Becker & Diamond, (1996). The Gerontological Society of America Vol. 39 25-35: Conceptualization and measurement of Quality of Life in Dementia: the dementia quality of instrument. (DQol)

Frytak (2000), Haywood et al. (2004), Hendry e McVittie (2004), Power et al. (1999). Eur J Ageing (2007) 4:229–246: The conceptualization and measurement of quality of life in older adults: a review of empirical studies published during 1994–2006

George & Bearon, (1980); Lawton, (1994); Stewart & King, (1994). The Gerontological Society of America Vol. 39 25-35: Conceptualization and measurement of Quality of Life in Dementia: the dementia quality of instrument. (DQol)

Gomperts, (2006); O'Neill, (2006); Rozario, (2006); Warburton et al., (2007). Quaderni Europei sul nuovo Welfare: Quaderno n°16, (2011): Volontariato in età matura: opportunità, barriere e best practices per il coinvolgimento degli anziani

Greenfield & Marks, (2004); Piliavin & Siegl, (2007); Thoits & Hewitt, (2001). Journal of Aging Studies 33 (2015) 22–27: Volunteering as reciprocity: Beneficial and harmful effects of social policies to encourage contribution in older age

Grimm, Spring, & Dietz, (2007), Harris & Thoresen, (2005); Oman, (2007). Journal of Aging Studies 33 (2015) 22–27: Volunteering as reciprocity: Beneficial and harmful effects of social policies to encourage contribution in older age

Guillemard & Argoud (2004); Van Den Heuvel et. al. (2006). “Active Ageing”: from empty rhetoric to effective policy tool

Guyatt, Berman, Townsend, Pugsley, & Chambers, (1987); Howard & Rockwood, (1995). The Gerontological Society of America Vol. 39 25-35: Conceptualization and measurement of Quality

of Life in Dementia: the dementia quality of instrument. (DQol)

Haywood (2000). Eur J Ageing (2007) 4:229–246: The conceptualization and measurement of quality of life in older adults: a review of empirical studies published during 1994–2006

Hansson, Robson & Limas (2001). “Active Ageing”: from empty rhetoric to effective policy tool

Harlow e Cummings (2003). Educational gerontology, 31: 301–329, 2005: Cognitive Learning Applied To Older Adult Learners And Technology

Havighurst (1960). “Teoria dell'Attività”; Relazione: “Anziani in istituto e in famiglia: perdita e mantenimento delle capacità residue (Marchioro Lisa, 2015/2016)

Havighurst & Taba (1949). L'arte di Invecchiare; “teoria dell'attività”

Hendry e McVittie (2004). The conceptualization and measurement of quality of life in older adults: a review of empirical studies published during 1994–2006

Heenan, (2010). Journal of Aging Studies 33 (2015) 22–27: Volunteering as reciprocity: Beneficial and harmful effects of social policies to encourage contribution in older age

Hepworth (1995); Rudman (2006). Leisure in old age: disciplinary practices surrounding the discourse of active ageing

Higgs et al., (2003); Walker A. (2005). Eur J Ageing (2007) 4:229–246: The conceptualization and measurement of quality of life in older adults: a review of empirical studies published during 1994–2006

Hong, Morrow-Howell, Tang e Hinterlong, (2009); Tang, Choi e Morrow-Howell, (2010). Journal of Aging Studies 33 (2015) 22–27: Volunteering as reciprocity: Beneficial and harmful effects of social policies to encourage contribution in older age

Houben, Audenaert & Mortelmans (2004). “Active Ageing”: from empty rhetoric to effective policy tool

Istat, Cittadini e nuove tecnologie, 2014

Jacobs (2004). “Active Ageing”: from empty rhetoric to effective policy tool

Katz (2000). Leisure in old age: disciplinary practices surrounding the discourse of active ageing

Kessler, Rakoczy & Staudinger (2004). “Active Ageing”: from empty rhetoric to effective policy tool

Koller e Gryski, (2008). Europe's Journal of Psychology 2016, Vol. 12(3), 473–488: Clowning in Health Care Settings: The point of view of adults

Kovacs e Black, (1999); Callow, (2004). Quaderni Europei sul nuovo Welfare: Quaderno n°16,

(2011): Volontariato in età matura: opportunità, barriere e best practices per il coinvolgimento degli anziani

Kovacs e Black, (1999); Mutchler et al., (2003); Naghouthur et al., (2005); Narushima, (2005). Quaderni Europei sul nuovo Welfare: Quaderno n°16, (2011): Volontariato in età matura: opportunità, barriere e best practices per il coinvolgimento degli anziani

Kovacs e Black, (1999); Nagchoudhur et al., (2005). Quaderni Europei sul nuovo Welfare: Quaderno n°16, (2011): Volontariato in età matura: opportunità, barriere e best practices per il coinvolgimento degli anziani

Kovacs e Black, (1999); Steinberg e Cain, (2004). Quaderni Europei sul nuovo Welfare: Quaderno n°16, (2011): Volontariato in età matura: opportunità, barriere e best practices per il coinvolgimento degli anziani

Kovacs e Black, (1999); Wymer, (1999); Warburton et al., (2001); Mutchler et al., (2003); Steinberg e Cain, (2004); Warburton e Cordingley, (2004). Quaderni Europei sul nuovo Welfare: Quaderno n°16, (2011): Volontariato in età matura: opportunità, barriere e best practices per il coinvolgimento degli anziani

Kovacs e Black, (1999); Wymer, (1999); Warburton e Cordingley, (2004); Narushima, (2005); Morrow-Howell, (2007). Quaderni Europei sul nuovo Welfare: Quaderno n°16, (2011): Volontariato in età matura: opportunità, barriere e best practices per il coinvolgimento degli anziani

Kribernegg, Maeirhofer & Mörtl (2011). “Active Ageing”: from empty rhetoric to effective policy tool

Laurin et al. (2001). GERONTOL 2006; 54:186-194: Physical exercise, cognitive decline and dementia in older adults

Lynott & Lynott (1996). “Active Ageing”: from empty rhetoric to effective policy tool

Lyons & Hocking, (2000); Zappala & Burrell, (2002). Journal of Aging Studies 33 (2015) 22–27: Volunteering as reciprocity: Beneficial and harmful effects of social policies to encourage contribution in older age

Malanowski (2009); WHO (2002). “Active Ageing”: from empty rhetoric to effective policy tool

Marianna Davidde (2015/2016). L'Invecchiamento Attivo, Fondazione ISTUD

Mayhew (2005). “Active Ageing”: from empty rhetoric to effective policy tool

McBride, (2006). Quaderni Europei sul nuovo Welfare: Quaderno n°16, (2011): Volontariato in

età matura: opportunità, barriere e best practices per il coinvolgimento degli anziani

McBride, (2006); Morrow-Howell, (2007). Quaderni Europei sul nuovo Welfare: Quaderno n°16, (2011): Volontariato in età matura: opportunità, barriere e best practices per il coinvolgimento degli anziani

McKenna (2008). “Active Ageing”: from empty rhetoric to effective policy tool

Morrow-Howell, (2007). Quaderni Europei sul nuovo Welfare: Quaderno n°16, (2011): Volontariato in età matura: opportunità, barriere e best practices per il coinvolgimento degli anziani

Morrow-Howell, Hinterlong, Rozario e Tang, (2003). *Journal of Aging Studies* 33 (2015) 22–27: Volunteering as reciprocity: Beneficial and harmful effects of social policies to encourage contribution in older age

Narushima, (2005). *Journal of Aging Studies* 33 (2015) 22–27: Volunteering as reciprocity: Beneficial and harmful effects of social policies to encourage contribution in older age

Narushima, (2005). Quaderni Europei sul nuovo Welfare: Quaderno n°16, (2011): Volontariato in età matura: opportunità, barriere e best practices per il coinvolgimento degli anziani

Narushima, (2005); Henkin e Zapf, (2006); McBride, (2006); Rozario, (2006). Quaderni Europei sul nuovo Welfare: Quaderno n°16, (2011): Volontariato in età matura: opportunità, barriere e best practices per il coinvolgimento degli anziani

Narushima, (2005); Townsend et al., (2014). *Journal of Aging Studies* 33 (2015) 22–27: Volunteering as reciprocity: Beneficial and harmful effects of social policies to encourage contribution in older age

Narushima, (2005); Van Ryzin, (2005); Henkin e Zapf, (2006); McBride, (2006); O’Neill, (2006); Harlow-Rosentraub et al., (2007). Volontariato in età matura: opportunità, barriere e best practices per il coinvolgimento degli anziani

Narushima, (2005); Warburton & Gooch, (2007). *Journal of Aging Studies* 33 (2015) 22–27: Volunteering as reciprocity: Beneficial and harmful effects of social policies to encourage contribution in older age

Oancea (2008). Leisure in old age: disciplinary practices surrounding the discourse of active ageing

Okun, Yeung, & Brown, (2013). *Journal of Aging Studies* 33 (2015) 22–27: Volunteering as reciprocity: Beneficial and harmful effects of social policies to encourage contribution in older age

OMS (1995). Enciclopedia Treccani: WHOQOL, The World health organization quality of life assessment, *Position paper from the World health organization*, “Social science and medicine”

O’Neill (2006). Quaderni Europei sul nuovo Welfare: Quaderno n°16, (2011): Volontariato in età matura: opportunità, barriere e best practices per il coinvolgimento degli anziani

Oxley (2009). “Active Ageing”: from empty rhetoric to effective policy tool

Piliavin & Siegl, (2007); Thoits & Hewitt, (2001). *Journal of Aging Studies* 33 (2015) 22–27: Volunteering as reciprocity: Beneficial and harmful effects of social policies to encourage contribution in older age

Programma Comunitario di Sanità Pubblica (2008-2013)

Quandt, Arcury, Bell, McDonald e Vitolins, (2001). *Journal of Aging Studies* 33 (2015) 22–27: Volunteering as reciprocity: Beneficial and harmful effects of social policies to encourage contribution in older age

Ranzijn (2010). “Active Ageing”: from empty rhetoric to effective policy tool

Rowe & Kahn (1997). “Active Ageing”: from empty rhetoric to effective policy tool

Rozario, 2006; Warburton et al., 2001. Quaderni Europei sul nuovo Welfare: Quaderno n°16, (2011): Volontariato in età matura: opportunità, barriere e best practices per il coinvolgimento degli anziani

Shin and Johnson, (1978). *Telematics and Informatics* 22 (2005) 161–180: Multiple determinants of life quality: the roles of Internet activities, use of new media, social support, and leisure activities

Scott, Fayers, Aaronson et al. (2008). Enciclopedia Treccani: Qualità di Vita

Seaman, (2012). *Journal of Aging Studies* 33 (2015) 22–27: Volunteering as reciprocity: Beneficial and harmful effects of social policies to encourage contribution in older age

Siegrist & Wahrendorf (2009). “Active Ageing”: from empty rhetoric to effective policy tool

Stenner, McFarquhar & Bowling (2011). “Active Ageing”: from empty rhetoric to effective policy tool

Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (2011). SHARE

Testad et al. (2014). *Geriatrics* (2016) Strategies for diversity: medical clowns in dementia care an ethnographic study

Thomas, (2012). *Journal of Aging Studies* 33 (2015) 22–27: Volunteering as reciprocity: Beneficial and harmful effects of social policies to encourage contribution in older age

Thompson e Wilson, (2001); O’Neill, (2006). Quaderni Europei sul nuovo Welfare: Quaderno n°16, (2011): Volontariato in età matura: opportunità, barriere e best practices per il

coinvolgimento degli anziani

Townsend et al. (2014). *Journal of Aging Studies* 33 (2015) 22–27: Volunteering as reciprocity: Beneficial and harmful effects of social policies to encourage contribution in older age

Utz, Carr, Nesse e Wortman, (2002). *Journal of Aging Studies* 33 (2015) 22–27: Volunteering as reciprocity: Beneficial and harmful effects of social policies to encourage contribution in older age

Van Tienen, Scheepers, Reitsma e Schilderman, (2011). *Journal of Aging Studies* 33 (2015) 22–27: Volunteering as reciprocity: Beneficial and harmful effects of social policies to encourage contribution in older age

WHO (2002); Walker A. (2002, 2009). *Active and Successful Aging: A European Policy Perspective*

Walker A. (2002, 2009). *Active and Successful Aging: A European Policy Perspective*

Walker A. (2006). “Active Ageing”: from empty rhetoric to effective policy tool

Walker a. (2009); Commissione Europea (2009). *Relazione sull'Invecchiamento: approccio produttivo all'invecchiamento*

Walker A. (2012); *Journal of Aging Studies* 33 (2015) 22–27: Volunteering as reciprocity: Beneficial and harmful effects of social policies to encourage contribution in older age

Warburton et al. (2001). *Quaderni Europei sul nuovo Welfare: Quaderno n°16, (2011): Volontariato in età matura: opportunità, barriere e best practices per il coinvolgimento degli anziani*

Warburton et al., (2001); Callow, (2004); Erlinghagen e Hank, (2006). *Quaderni Europei sul nuovo Welfare: Quaderno n°16, (2011): Volontariato in età matura: opportunità, barriere e best practices per il coinvolgimento degli anziani*

Warburton & Cordingley, (2004). *Journal of Aging Studies* 33 (2015) 22–27: Volunteering as reciprocity: Beneficial and harmful effects of social policies to encourage contribution in older age

Warburton & Cordingley, (2004). *Quaderni Europei sul nuovo Welfare: Quaderno n°16, (2011): Volontariato in età matura: opportunità, barriere e best practices per il coinvolgimento degli anziani*

Warburton et al., (2001); Hinterlong e Williamson, (2006); Morrow-Howell, (2006). *Quaderni Europei sul nuovo Welfare: Quaderno n°16, (2011): Volontariato in età matura: opportunità, barriere e best practices per il coinvolgimento degli anziani*

Warburton et al. (2007). *Quaderni Europei sul nuovo Welfare: Quaderno n°16, (2011):*

Volontariato in età matura: opportunità, barriere e best practices per il coinvolgimento degli anziani

Warren & Spitzer (2011). *Geriatrics* (2016) Strategies for diversity: medical clowns in dementia care an ethnographic study

Warren e Spitzer, (2013). *Europe's Journal of Psychology* 2016, Vol. 12(3), 473–488: Clowning in Health Care Settings: The point of view of adults

Whitehouse e Rabins (1992). *The Gerontological Society of America Vol. 39* 25-35: *Conceptualization and measurement of Quality of Life in Dementia: the dementia quality of instrument. (DQol)*

Wright (2000). *Telematics and Informatics* 22 (2005) 161–180: Multiple determinants of life quality: the roles of Internet activities, use of new media, social support, and leisure activities

Wymer, (1999). *Quaderni Europei sul nuovo Welfare: Quaderno n°16*, (2011): Volontariato in età matura: opportunità, barriere e best practices per il coinvolgimento degli anziani

Wymer, (1999); Narushima, (2005). *Quaderni Europei sul nuovo Welfare: Quaderno n°16*, (2011): Volontariato in età matura: opportunità, barriere e best practices per il coinvolgimento degli anziani

Wymer, (1999); Thompson e Wilson, (2001); Walburtun et al., (2001); Martinson, (2006); Martinson e Minkler, (2006); Morrow-Howell, (2007). *Quaderni Europei sul nuovo Welfare: Quaderno n°16*, (2011): Volontariato in età matura: opportunità, barriere e best practices per il coinvolgimento degli anziani

Yonas E. Geda (2011). *Rivista Mayo Clinic Proceedings* (2011); Anziani e memoria. Per non perderla bisogna giocare al PC

Zedlewski e Schaner, (2005); Martinson e Minkler, (2006); O'Neill, (2006). *Quaderni Europei sul nuovo Welfare: Quaderno n°16*, (2011): Volontariato in età matura: opportunità, barriere e best practices per il coinvolgimento degli anziani

Ringraziamenti

Dopo lunghi e intensi mesi dedicati alla stesura di questa tesi finalmente posso dire di AVERCELA FATTA!

La fine è arrivata, ma un nuovo e spaventoso cammino avrà inizio.

Ringrazio, la Professoressa Ida Di Gennaro per l'aiuto fornitomi e per la disponibilità mostratami durante la stesura di tale tesi.

Ringrazio mio padre, mia madre, mia sorella e mia zia, che nonostante tutte le difficoltà che si sono presentate durante questo periodo, mi hanno sempre sostenuto.

Ringrazio la mia migliore amica, Annamaria, colei che mi ha sempre sostenuta, incoraggiata, aiutata nei momenti di sconforto e nei momenti di gioia; colei che anche solo con uno sguardo è in grado di rassicurarmi. L'amica di sempre e per sempre. Grazie per l'autostima che riesci ad infondermi e per avermi sempre tenuto la mano in questo percorso e in questi mesi difficili. Due corpi e un'anima sola.

Ringrazio Maria Elena e Simona, colleghe, ma soprattutto amiche, con cui ho condiviso tutti i momenti più belli trascorsi a Chieti, che hanno sopportato le mie ansie per tutti gli esami della mia carriera universitaria.

Ringrazio Francesco, beh lui sa perchè...

Ringrazio La Compagnia del Sorriso, che ha saputo trasmettermi il valore che può assumere un Sorriso, che il volontariato svolto con il cuore è un atto d'amore che può donare una speranza ai più bisognosi.

Infine, ringrazio ME STESSA, perchè, perdonatemi l'egoismo, tutto questo non sarebbe mai avvenuto.