



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI URBINO “CARLO BO”

DIPARTIMENTO STUDI UMANISTICI

DOTTORATO DI RICERCA IN SCIENZE UMANE

CURRICULUM PSICOLOGIA

XXIX CICLO

**Personalità e invecchiamento:
uno studio di confronto tra gruppi di anziani “geriatrici
istituzionalizzati” e “geriatrici psichiatrici”**

Settore Scientifico Disciplinare: M-PSI/04

Relatore: Chiar.mo Prof.ssa Carmen Belacchi

Dottorando: Dott.ssa Alessia Zoppi

Correlatore: Chiar.mo Prof. Mario Rossi Monti

ANNO ACCADEMICO: 2015-2016

Indice

Premessa: il progetto Eureka	p.03
Parte I: La ricerca	
1. Introduzione	p.06
2. La rassegna della letteratura: lo stato dell'arte	p.09
2.1. Studi sul funzionamento cognitivo e l'invecchiamento: aspetti organici e cambiamenti della personalità in terza età	p.10
2.2. Studi sull'evoluzione dei tratti	p.13
2.3. Studi sull'evoluzione della personalità sana e patologica in terza età: sindromi psichiatriche early and late onset	p.15
2.3.1 Disturbi dell'umore late onset e demenza	p.18
2.3.2 Dipendenza da alcol late onset	p.22
2.3.3 Sindromi dissociative early and late onset	p.22
2.3.4 Disturbi di personalità early and late onset	p.23
2.4. Alcune osservazioni sull'evoluzione sana della personalità	p.28
2.5. Evidenze e acquisizioni dalla letteratura	p.30
2.6. Carenze e limiti delle evidenze in letteratura	p.31
2.7. Il quesito della ricerca	p.31
2.8. Ipotesi	p.32
3. Metodo	p.32
3.1. Partecipanti	p.32
3.2. Strumenti	p.35
3.3. Procedura	p.42
3.4. Risultati	p.43
3.4.1 Analisi descrittive	p.43
3.4.2 Analisi delle medie	p.45
3.4.3 Confronto tra gruppi	p.55
3.4.4 Associazione tra prestazioni nelle diverse aree	p.58
3.5. Discussione	p.68
3.6. Limiti della ricerca	p.72
3.7. Conclusioni	p.73

Parte II: L'intervento clinico-operativo

1. Definizione del settore di intervento	p.76
2. Domande alla base dell'intervento clinico-operativo	p.78
3. Approccio teorico alla base dell'intervento clinico-operativo	p.79
4. Obiettivi	p.81
5. Tempi e setting	p.82
6. Metodologia (1)	p.82
7. Strumentazione in riferimento a metodologia (1)	p.82
8. Metodologia (2)	p.86
9. Strumentazione in riferimento a metodologia (2)	p.87
10. Metodologia (3)	p.90
11. Strumentazione in riferimento a metodologia (3)	p.91
12. Progettazione ipotizzata	p.92
13. Valutazione di efficacia del trattamento	p.94
14. Criticità emerse e possibili futuri ambiti di intervento	p.96
15. Conclusioni	p.99

Conclusioni generali	p.102
-----------------------------	-------

Appendici

Bibliografia

PREMESSA: IL PROGETTO EUREKA

I progetti di ricerca sperimentale e clinico-operativo che verranno presentati nascono all'interno del dottorato Eureka in Scienze Umane, XXIX ciclo Curriculum Psicologia, dell'Università degli Studi di Urbino "Carlo Bo", che prevede una collaborazione tra Università degli Studi di Urbino "Carlo Bo", la Regione Marche e ASSCOOP società cooperativa Onlus. L'obiettivo di questo tipo di dottorato è migliorare i rapporti tra Università e territorio, facendo in modo di calare la ricerca sperimentale nell'ambito lavorativo clinico-operativo. Lo scopo è apportare innovative proposte di progettazione sul territorio stesso, che accrescano la potenzialità degli interventi psicologici partendo da una valutazione sperimentale del campo di intervento. Il lavoro di ricerca è stato dunque impostato cercando di rispondere all'azienda promotrice ASSCOOP e all'Università, e prevede due progetti diversificati e specifici: il primo progetto è direttamente collegato alla proposta di ricerca, raccolta e valutazione dati nell'ambito specifico dello "scadimento cognitivo nell'anziano istituzionalizzato" ai fini della stesura di una tesi di dottorato di ricerca; il secondo progetto riguarda l'osservazione, valutazione e costruzione di strumenti/interventi atti a migliorare la "qualità della relazione individuo-ambiente" e mirati alla risoluzione di aspetti critici delle strutture specifiche per individui anziani. Il dottorato Eureka si inserisce all'interno di una logica di promozione dell'invecchiamento sano: *"Promuovere un invecchiamento sano, creare ambienti favorevoli e adeguare i sistemi sanitari alle esigenze di una popolazione sempre più anziana: sono questi gli obiettivi che l'Oms Europa cerca di conseguire all'interno del framework offerto dall'Action plan on healthy ageing 2012-2016 e tramite la realizzazione di cinque interventi prioritari: prevenire le cadute, promuovere l'attività fisica, promuovere l'assistenza domiciliare e i servizi di self-care, strategie di sviluppo partecipativo tra personale medico e assistenziale in campo geriatrico, inserire nei setting assistenziali programmi di vaccinazione antinfluenzale e di prevenzione delle malattie."* (OMS, 2008, from: http://www.epicentro.iss.it/focus/mondiale_salute/gms_12.asp). I due interventi sono tra loro collegati, poiché la parte di ricerca costituisce un momento essenziale di assessment necessario al successivo intervento clinico-operativo, attuato sul campo ovvero all'interno di strutture prescelte dalla cooperativa cofinanziante. Per tale ragione la presente tesi di dottorato sarà strutturata in due diverse parti: una prima parte si caratterizzerà per la presentazione della ricerca sperimentale: dalle evidenze della letteratura di riferimento, al quesito della ricerca, al metodo e ai risultati

ottenuti; una seconda parte si caratterizzerà per la descrizione del piano di intervento clinico-operativo attuato nella struttura del territorio prescelta da ASSCOOP per lo svolgimento del progetto realizzato in una struttura geriatrica: dalla progettazione clinica, agli interventi clinico-operativi attuati durante i tre anni di dottorato.

PARTE I
LA RICERCA

**Personalità e invecchiamento:
uno studio di confronto tra gruppi di anziani “geriatrici
istituzionalizzati” e “geriatrici psichiatrici”**

1. INTRODUZIONE

La terza età è una fase di vita caratterizzata da grandi trasformazioni, non solo sul piano fisico e sociale, ma si può anche assistere alla comparsa di inattesi mutamenti della personalità, nelle sue manifestazioni cognitive, comportamentali e affettivo-relazionali (De Beni, 2009). Si possono sviluppare vere e proprie patologie età-specifiche, precedentemente non diagnosticate né manifestate; o variazioni comportamentali tipiche/atipiche legate ai cambiamenti fase-specifici. I cambiamenti a cui l'individuo va incontro possono essere letti all'interno di un processo definito "invecchiamento tipico" che determina la modificazione *“delle strutture e funzioni dell'organismo che implicano il declino nell'autoregolazione delle capacità biologiche, psicologiche e sociali”* (Laicardi, Pezzuti, 2000, p.16). Secondo tale visione nell'anziano si può verificare un declino delle funzionalità psichiche e biologiche che si manifesta in modo graduale e involutivo e che determina anche cambiamenti della personalità. Non è possibile escludere la componente meramente organica come fattore causante tale mutamento. La manifestazione di patologie organiche o psicologiche è altamente variabile e solo talvolta prevedibile nel corso dell'esistenza. Sui cambiamenti sani e patologici della personalità incidono, infatti, in modo significativo sia i fattori di rischio (ad esempio la familiarità) che quelli protettivi (come la resilienza). Nel processo di invecchiamento gioca un ruolo centrale la caratteristica soggettiva della longevità, *“un coefficiente generale di salute”* (Laicardi, Pizzamiglio, 2000, p. 17), un indicatore che qualifica la durata dell'esistenza nel momento in cui si superano i limiti della vita media e che è determinato da una molteplicità complessa di fattori di natura genetica, ambientale, sociale e psicologica (De Beni, 2009).

La vecchiaia non è solo l'esito finale e negativo della vita, ma anche una fase ricca di cambiamenti funzionali. Questi sono favorevoli all'adattamento e possono determinare lo sviluppo di nuove potenzialità, *“developmental reserve capacity”*; queste capacità, talvolta silenti o non espresse a pieno durante la vita, sono state acquisite nel tempo e caratterizzano le conoscenze e l'intelligenza cristallizzata dell'individuo. Esse possono spiegare mutamenti sani della personalità nel corso della

vita; hanno una funzione adattiva e consentono all'anziano di "riaggiustarsi" sulla base delle sue nuove possibilità e limiti dettati dall'età e dai cambiamenti ad essa associati. È possibile, ad esempio, assistere nell'anziano ad una riduzione delle relazioni amicali o degli investimenti macrosociali, secondo un fenomeno sano e normale di "potatura relazionale" che garantisce una più idonea gestione delle relazioni; come indicato dalla "Teoria selettiva socio-emotiva" l'anziano regolerebbe in maniera più sofisticata le emozioni alla luce del "limite temporale" imposto dalla vita (Carstensen, 2006, cit. in De Beni, 2009); nella vita dell'anziano si può altresì cogliere uno spostamento delle attitudini di vita e dei ruoli assunti: dalla realizzazione personale, lavorativa, familiare, sociale, l'individuo anziano sembra assorbire una nuova funzione più intima e ascetica, di testimone e portavoce della storia familiare e sociale-culturale (Erikson, 1950; 1959).

Da una parte è possibile dunque interpretare il processo d'invecchiamento secondo una visione biologista per cui a livello cognitivo e organico la terza età coincide con un graduale scadimento delle funzioni generali dell'individuo che può giustificare mutamenti della personalità di natura patologica. In questa ottica è possibile attendersi un'evoluzione patologica inversamente proporzionale al coefficiente di longevità.

Al contrario, in una visione più complessa e psicologica è possibile pensare alla vecchiaia come crescita di potenzialità e funzionalità adattive (Schroots, 1988), che giustificano cambiamenti di personalità sani e funzionali. I cambiamenti funzionali della terza età, infatti, seppur apparentemente tendenti ad una posizione di ritiro e disimpegno sociale, vanno di pari passo con l'acquisizione di nuovi ruoli più incentrati sull'intimità, sulla narrazione storica, sul ruolo di "saggio", osservatore esterno della vita con un "distacco partecipe" (Callieri, 2008).

Un punto centrale nello studio dello sviluppo sano e patologico della personalità in terza età è definire chi sia l'anziano, quando inizi ad invecchiare e come si possa identificare un cambiamento della personalità rispetto ai cambiamenti fisici e biologici specifici dell'età. Con il concetto di "terza età" si può intendere un periodo della vita molto variabile e ampio, all'interno del quale si assiste a un processo graduale di invecchiamento, la cui fase finale è la vera e propria vecchiaia. L'esperienza della percezione soggettiva di vecchiaia si discosta dall'età anagrafica. La piramide dell'età infatti definisce "giovane vecchio" colui che ha superato la fase dell'età adulta e ha esperito il fenomeno del pensionamento (>60 anni), mentre "vecchio-vecchio" colui che ha superato ampiamente questa fase di vita (>75 anni), fino a coloro che sono centenari (De Beni, 2009). In generale si considera l'inizio dell'invecchiamento nel periodo in cui appaiono i primi forti

cambiamenti rispetto alla vita adulta: pensionamento, si diventa nonni, prime problematiche fisiche o mediche. Anche l'istituzionalizzazione può essere un evento che velocizza il processo di invecchiamento, per la graduale perdita di autonomie (Chattat, 2000).

L'invecchiamento è un processo che conduce alla vecchiaia, ma l'essere anziani e il sentirsi anziani sono due fenomeni molto diversi tra loro e spesso discordanti: una persona può sentirsi ancora giovane pur avendo un'età molto avanzata; viceversa un adulto può facilmente sentirsi più vecchio dell'età che ha. Eventi interni quanto esterni portano ad una spaccatura tra esperienza psichica-percettiva e biologico-anagrafica (De Beni, 2009).

Appare immediatamente dunque molto complesso parlare con certezza di vecchiaia e specificare in senso generale l'inizio dell'invecchiamento, poiché molteplici variabili intervengono nel corso della vita e favoriscono o proteggono dal processo di invecchiamento (Cesa-Bianchi, 1989). Ciò induce a pensare che oltre a oggettivi fattori di natura bio-sociale, l'invecchiamento possa essere soggettivamente determinato da variabili psicologiche complesse e difficilmente prevedibili, tra cui la struttura di personalità stessa. Emerge così uno stretto legame tra personalità sana e patologica espressa nell'arco di vita, qualità dell'invecchiamento e ricadute socio-assistenziali in termini di costi e benefici: *“Alcune malattie mentali (come le demenze) sono particolarmente frequenti nella tarda età; altre invece si differenziano nelle loro modalità di manifestazione clinica rispetto a quelle dell'età adulta oppure presentano particolari e specifici problemi di gestione assistenziale. Nell'anziano sono inoltre di frequente riscontro difficoltà di ordine sociale, polipatologie di carattere somatico come pure deficit a carico delle funzioni sensoriali. Identificazione e gestione appropriate di questi problemi richiedono da un lato competenza specialistica, dall'altro collaborazione multidisciplinare. Un rilievo prioritario deve essere conferito a quelle patologie mentali che possono comportare una quota anche molto elevata di stress, non solo a carico dei pazienti ma anche dei loro familiari. Questo problema è aggravato dal cambiamento che nell'epoca contemporanea la struttura della famiglia sta attraversando. E' crescente il numero di individui anziani che vivono soli al domicilio. Da piani di intervento specifici a carico delle maggiori malattie mentali della tarda età possono spesso scaturire trattamenti efficaci, o che almeno ottengono di migliorare in misura sensibile la qualità della vita dei pazienti e delle loro famiglie. L'aumento numerico dei soggetti anziani affetti da problemi di salute mentale ha richiesto lo sviluppo di una specifica disciplina, la psichiatria dell'anziano.”* (Psichiatria

dell'anziano. Dichiarazione tecnica di consenso, OMS 1996, from: http://www.who.int/mental_health/media/en/397.pdf).

2. LA RASSEGNA DELLA LETTERATURA: LO STATO DELL'ARTE

Le evidenze della letteratura sono eterogenee e riferibili perlopiù a fonti internazionali. Da una analisi delle ricerche dell'ultimo decennio (attraverso diverse banche dati quali PubMed, PsycINFO, Google Scholar, Google libri, libri o riviste cartacee; e specifiche keywords quali *Personality in Elderly or in Aging or in Older, Personality Disorders in Elderly or in Aging or in Older, Psychiatric Disorders or Mental Disorder in Elderly or in Aging or in Older*), sono emerse 160 pubblicazioni, che possono essere classificate in tre grandi *topic* rispetto allo studio dell'evoluzione della personalità sana e patologica in terza età:

- 1- Studi sul funzionamento cognitivo e invecchiamento, all'interno dei quali vengono indagati i cambiamenti della personalità in presenza di sindromi demenziali e l'emersione in terza età di sindromi geriatriche con manifestazioni di natura cognitivo-comportamentale (e.g. Lautenschlager, Förstl, 2007; Steunenberg, Braam, Beekman, et al., 2009; Gala, Perione, Bellodi, et al., 2008; Sutin, Terracciano, Kitner-Triolo, et al., 2011; Cerejeira, Lagarto, Mukaetova-Ladinska, 2012; Dar-Nimrod, Chapman, Robbins, et al., 2012).
- 2- Studi sull'evoluzione dei tratti, che indagano come i tratti di personalità incidano sulla qualità dell'invecchiamento, sia in termini di sviluppi patologici che di perdite cognitive (e.g. Low, Brodaty, Draper, 2002; Segal, Coolidge, Rosowsky, 2006; Zweig, 2008; Ayotte, Potter, Williams, Steffens, Bosworth, 2009; Graham, Lachman, 2012; Dar-Nimrod, et al. 2012; Van den Broeck, Rossi, Dierckx, De Clercq 2012; Debast, Van Alphen, Rossi, Tummers, et al., 2014).
- 3- Studi sull'evoluzione della personalità sana e patologica in terza età, i quali indagano sia l'evoluzione della personalità sana che delle sintomatologie psichiatriche e dei disturbi di personalità in terza età (e.g. Hawton, Hope, Jacoby, 2001; Van Alphen, et al., 2006; Mordekar, Spence, 2008; Helvik, Engedal, Selbaek, 2013; Helvik, Corrazzini, Selbaek, et al., 2016; Oltmanns, Balsis, 2011; Powers, Gleason, Oltmanns, 2013).

In tutte queste ricerche si sottolinea, in modo comune, la differente evoluzione e manifestazione di sintomatologie *early onset and late onset*: una sindrome può manifestarsi in una fase precoce di vita (*early onset*) con andamento cronico, intermittente o in remissione (Stevenson, Mearns, Comerford, 2003; DSM 5, 2014); al contrario la medesima patologia può avere esordio tardivo (*late onset*). Questo secondo esordio, spesso subdolo e inatteso, specificatamente associato alla fase di vita che è la terza età, può essere dovuto a fattori complessi quali patologie organiche età-specifiche, neurodegenerazione, decadimento cognitivo, terapia farmacologica, mutamenti ambientali. Per tali ragioni le patologie *late onset* vengono a loro volta classificate e descritte come *primarie* o *secondarie* a fattori organici (Vampini, 2009). Secondo alcuni autori le patologie neurodegenerative e psichiatriche *early and late onset* sono caratterizzate da differenti profili neuropsicologici, manifestazioni cliniche, risposta ambientale e andamento (Palmar, 2001; Vampini, 2009, Sa et al., 2012; Panegyres, Chen, 2013; Hahn, Lim e Lee, 2014). Per quanto riguarda specificatamente gli esordi *late onset* delle sintomatologie psichiatriche, è necessario porre grande attenzione alla comorbilità con i quadri neurodegenerativi i quali, anche in fase iniziale, possono determinare alterazioni della personalità, del comportamento e dell'affettività. Le patologie psichiatriche *early onset* tendono a ridursi in intensità ed acuzie nel tempo, seppur alcune di esse abbiano uno sviluppo cronico, farmacologicamente controllato; per quanto riguarda invece l'esordio precoce *early onset* di patologie neurodegenerative (ad esempio l'Alzheimer) queste hanno manifestazioni molto diverse dalle medesime sindromi *late onset*, con andamento ingravescente, più rapido, disabilitante per il soggetto e il sistema sociale e familiare di riferimento.

2.1. STUDI SUL FUNZIONAMENTO COGNITIVO E L'INVECCHIAMENTO: ASPETTI ORGANICI E CAMBIAMENTI DELLA PERSONALITÀ IN TERZA ETÀ

Un primo filone di studi nell'ambito di ricerca dello studio della personalità sana e patologica nell'anziano, è quello delle malattie età-specifiche e del loro effetto sull'espressione comportamentale, cognitiva e affettiva dell'individuo. Questo settore di ricerca propone una classificazione clinico-descrittiva dei quadri sindromici *late onset*, sviluppatasi in correlazione a patologie età-specifiche.

Diverse condizioni organiche *late onset* possono infatti slatentizzare quadri patologici nell'anziano che includono anche mutamenti personologici. Cambiamenti patologici alla personalità possono sorgere in primo luogo in diverse condizioni di demenza (Vascolare, Alzheimer, sindrome dei Lobi Fronto-Temporali, a corpi di Lewy), in sindromi quali la Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD) o in tutte quelle condizioni in cui l'insorgenza della componente organica va a determinare alterazioni nelle normali espressioni personologiche dell'individuo. In tutte queste sindromi il carico assistenziale e la complessità terapeutica sono direttamente collegati ai mutamenti cognitivi e comportamentali patologici *late onset* (Trahan, Kuo, Carlson, Gitlin, 2014).

Nelle demenze le disfunzionalità comportamentale e affettiva sembrano direttamente collegate alle componenti organiche, che intaccano molteplici funzioni cognitive essenziali per una autonomia adattiva. Ai sintomi cognitivi si sommano sintomi di natura psichiatrica, comportamentale e relazionale: psicosi (deliri paranoidei, strutturati o misidentificazioni, allucinazioni), alterazioni dell'umore (depressione, euforia, labilità emotiva), ansia, sintomi neurovegetativi, alterazioni del ritmo sonno-veglia, dell'appetito, del comportamento sessuale, disturbi dell'attività psicomotoria (vagabondaggio, affaccendamento afinalistico, acatisia) agitazione, aggressività verbale o fisica, vocalizzazione persistente, alterazioni della personalità (apatia, disinibizione, irritabilità) (DSM-5, 2014). In alcuni casi i cambiamenti alla personalità con manifestazioni di natura psichiatrica vengono considerati indici di inizio di demenza in terza età (Cipriani, Borin, Del Debbio, Di Fiorino, 2015).

Nella BPSD, una sindrome comportamentale associata a demenza, si assiste, ad esempio, ad un corteo sintomatico complesso e variabile (Cerejeira, et al., 2012; Azermai, 2015). Possono emergere un primo gruppo di sintomi rappresentato da alterazioni dell'umore e della sfera affettiva; un secondo gruppo di sintomi in cui sono inclusi i disturbi psicotici veri e propri, eccessiva sospettosità, allucinazioni, etc.; un terzo gruppo di sintomi che sono riferibili a disturbi polimorfi della personalità e del comportamento: apatia, disinibizione, aggressività, atteggiamenti incongrui, etc. (De Giovanni, Di Paolo, Cuzzoni, 2013). La disinibizione è uno dei tratti che si acutizza maggiormente, assieme a fenomeni di pica¹, uso eccessivo di alcol e fumo, guida spericolata, comportamenti pericolosi, imprecazioni, piromania e relazioni sentimentali inappropriate.

¹ Disturbo della nutrizione e dell'alimentazione caratterizzato da persistente ingestione di sostanze senza contenuto alimentare, non commestibili, non giustificato da pratiche culturali o sociali (DSM-5, 2014)

Allo stesso modo in alcune demenze frontali è possibile assistere a disinibizione nel comportamento, perdita di controllo e impulsività, stereotipie, vagabondaggio, aggressività, e ancora ad altri sintomi che inducono a pensare ad una completa mutazione del quadro comportamentale nell'ottica di una psicopatologia complessa. Anche gli affetti sono coartati o espressi in modo inappropriato (Benussi, Padovani, Borroni 2015).

Nell'Alzheimer possono emergere spunti paranoidei e deliri, oltre che le classiche sindromi cognitive tipicamente presenti nella patologia. Anche in questo caso la strutturazione di una sindrome psicotica non può essere giustificata da una insorgenza puramente psichiatrica, quanto ricercata nel decadimento cognitivo e nella patologia organica (Ling Li, et al., 2014).

Nelle condizioni di Mild Cognitive Impairment (MCI), in presenza di malattie organiche (tumore, ictus, vasculopatie, etc.) o di depressione, si può assistere a mutamenti della personalità di tipo patologico come disforia, apatia, irritabilità e ansia (Lautenschlager, Förstl, 2007). Il MCI è una condizione in cui il soggetto anziano non compromesso nelle abilità del *daily living* ma con un disturbo subclinico o isolato della memoria, può potenzialmente sviluppare una patologia più rilevante come l'Alzheimer. Dunque il termine è stato introdotto per quelle condizioni di passaggio tra integrità cognitiva e grave deterioramento cognitivo. Questi soggetti hanno spesso un deficit ad una singola area cognitiva, di sovente la memoria, senza significativa interferenza nelle aree di vita, e in assenza di altre forme patologiche e di demenza. Questi soggetti possono presentare quadri depressivi di rilevanza in una percentuale variabile dal 35 al 60% dei casi (De Giovanni, et al., 2013). Anche l'ansia è un disturbo prevalente nel MCI e può essere predittivo del futuro sviluppo di forme più gravi di demenza, più di altre manifestazioni cliniche. L'ansia non sarebbe un sintomo prodromico della demenza ma potrebbe velocizzare il passaggio da MCI a demenza (Mah, et al., 2015).

Tutte queste alterazioni comportamentali e affettive indurrebbero a pensare, se diagnosticate come sindromi *early onset* dell'adolescente o dell'adulto, a quadri sindromici o personologici di tipo patologico (disturbo borderline, antisociale, impulsività inappropriata, discontrollo degli affetti, etc.); queste diagnosi sono però inappropriate per l'anziano in cui non solo non vi è sempre un riscontro anamnestico del quadro patologico *early onset*, ma anche sembra che questo corteo sintomatico emerga specificatamente nella fase di vita della terza età (*late onset*), in assenza di diagnosi premorbose. Tutte queste manifestazioni confermano una variabilità nell'espressione della personalità giustificata da neurodegenerazione tardiva.

Dal punto di vista metodologico le ricerche che indagano la relazione tra sintomatologia psichica e neurodegenerazione sono caratterizzate da studi di confronto sulla popolazione anziana o analisi trasversali tra campioni di individui sani e patologici, attraverso la somministrazione di testistiche specifiche orientate alla raccolta anamnestica e alla diagnosi psicogeriatrica. Alcuni studi si focalizzano anche sugli effetti terapeutici di alcuni trattamenti specifici per i disturbi sopraindicati, secondo un metodo di analisi dell'efficacia terapeutica su sintomi di rilevanza. Dalle ricerche emergono dati concordanti rispetto a diverse ipotesi sul legame tra personalità, patologie organiche e decadimento cognitivo: in primo luogo, una sindrome organica età-specifica o il decadimento cognitivo legato a demenza incipiente possono determinare importanti cambiamenti alla personalità; la presenza di patologie psichiatriche premorbose *early onset* può acutizzare l'espressione di tratti patologici; si può parlare in generale in terza età di «personalità semplificata o disinibita» e di «sindrome organica della personalità» (De Vanna, 2012), ovvero di una maggiore predisposizione a sviluppare cambiamenti della personalità in senso disinibito o semplificato a causa di fattori di natura organica che intaccano il funzionamento cognitivo generale.

È necessario sottolineare come, nel caso in cui il decadimento sia grave, è impossibile scorgere una struttura personologica di fondo, seppur permangono talvolta comportamenti che possono riferirsi alla personalità premorbose o ai tratti. Esiste, di certo, un legame tra specifici tratti di personalità e sviluppo di queste patologie, come si vedrà in seguito; spesso, infatti, la presenza nella storia dell'individuo di tratti patologici può facilitare la manifestazione di patologie *late onset*, età-specifiche, di tipo cognitivo e affettivo (Ayotte, et al., 2009; Graham, Lachman, 2012; Dar-Nimrod, et al. 2012).

2.2 STUDI SULL'EVOLUZIONE DEI TRATTI

Un secondo versante di ricerca, ampiamente presente nella letteratura rispetto allo sviluppo sano e/o patologico della personalità in terza età, è l'ambito dei tratti di personalità. A differenza del primo contesto di ricerca, specificatamente collegato alla fase di vita della vecchiaia, questo ambito è maggiormente interessato all'osservazione dei mutamenti longitudinali nell'espressione dei tratti, con specifico interesse all'espressione dei tratti in terza età.

Questo settore di ricerca si collega direttamente al precedente, offrendo però un modello causalistico sull'evoluzione sana o patologica della personalità. I ricercatori hanno indagato come

il tratto condizioni lo sviluppo di sindromi *late onset*, la qualità dell'invecchiamento e l'evoluzione sana/patologica della personalità, considerando il tratto come un fattore protettivo o di rischio. Alcuni tratti sono stati considerati dei *trigger* rispetto allo sviluppo di patologie in terza età: nello specifico depressione e decadimento cognitivo sembrano essere direttamente collegate alla presenza del nevroticismo (Lautenschlager, Förstl, 2007; Graham, Lachman, 2012; Dar-Nimrod, et al., 2012; Van de Broeck, et al., 2012; Debast, et al., 2014). Altri studi sostengono che tanto il nevroticismo che l'estroversione siano *trigger* di scadimento cognitivo e declino nell'invecchiamento, nonostante i dati della letteratura siano discordanti rispetto alla loro variabilità nell'arco di vita (Crowe, Andel, Pedersen, Fratiglioni, Gatz, 2006). Allo stesso tempo, in senso contrario, sembra che alcuni tratti possano favorire il mantenimento di capacità cognitive: la stabilità emotiva, l'apertura e l'estroversione (opposte al nevroticismo) consentono di mantenere una migliore prestazione a livello di fluenza verbale; questo legame tra tratto e abilità cognitiva non sembra condizionato da variabili discrete come età e sesso (Sutin, et al., 2011). L'apertura è strettamente associata alle capacità di risposta in compiti di fluenza verbale nell'anziano, probabilmente per il fatto che questo tratto favorisce l'attivazione di aree neuronali funzionali alla memoria di lavoro e all'attenzione (Sutin, et al., 2011). Alti livelli di estroversione e coscienziosità sono stati riconosciuti come fattori di protezione rispetto a disabilità negli anziani; mentre alti livelli di nevroticismo e bassi di investimento sociale possono favorire il rischio di deficit cognitivi, disabilità e morte (Lautenschlager, et al., 2007). In generale, il nevroticismo è il tratto che correla maggiormente con la patologia psichica e cognitiva in terza età, mentre l'apertura rappresenterebbe un fattore protettivo (Sharp, Reynolds, Pedersen, Gatz, 2010).

Le ricerche convergono nel sostenere che l'espressione dei tratti può modificarsi nel corso della vita. I tratti protettivi o quelli *trigger* per la patologia sono tali non tanto per una loro comparsa/scomparsa in terza età, quanto per un aumento/diminuzione della loro intensità ed espressione nell'individuo in risposta a variazioni ambientali. In un anziano particolarmente spaventato per il rischio di cadere, ad esempio, potrebbe ridursi l'estroversione e la coscienziosità, ma aumentare l'evitamento del danno, secondo un processo adattivo specifico in risposta alla fragilità personale e ai limiti generati dall'ambiente e dagli eventi. Questo cambiamento avverrebbe a seguito di un evento che l'individuo non può più gestire con le risorse del passato. L'intensificazione dei tratti inibenti in risposta all'evento potrebbe però portare l'individuo a

chiudersi e perdere le normali funzionalità e dunque sviluppare una patologia o velocizzare il decadimento.

Queste ricerche spiegano tanto l'aspetto stabile che variabile del tratto: il tratto varierebbe in intensità in risposta all'ambiente. Le modificazioni personologiche, sia nel senso di nuove capacità che di cambiamenti disfunzionali, potrebbero essere spiegate da questo meccanismo adattivo di variazione dell'espressione dei tratti. In generale, però, la presenza ed espressione di specifici tratti può favorire lo sviluppo di patologie e risposte disadattive e determinare l'attivazione di risposte di compenso/adattamento rispetto alle variazioni ambientali.

Un altro ambito molto rilevante di studio dei tratti di personalità è quello che indaga il legame con lo sviluppo di patologie di personalità. Al momento non vi sono studi che indicano nella popolazione anziana la rilevanza dei tratti adattivi e maladattivi nell'andamento del disturbo di personalità. I tratti adattivi e maladattivi vengono infatti spesso indagati separatamente e ciò ha portato a sottolineare come i tratti maladattivi, al contrario di quelli adattivi, siano molto più variabili in terza età di quanto si pensi. Questo induce a pensare che la stabilità di alcuni tratti "patologici" sia funzionale al mantenimento di una struttura di personalità altrettanto patologica (Debast, et al., 2014). Uno dei risultati più interessanti di questo campo di ricerca è la revisione della teoria della stabilità dei tratti (Costa, Mc Crae, 1988, 1992). La divergenza teorica rispetto all'evoluzione dei tratti nell'arco di vita ha portato i ricercatori ad affermare la variabilità dei tratti nel corso di vita. Tale variabilità potrebbe spiegare come mai alcuni individui specificatamente sviluppino sindromi di rilevanza nel corso dell'invecchiamento.

2.3 STUDI SULL'EVOLUZIONE DELLA PERSONALITÀ SANA E PATOLOGICA IN TERZA ETÀ: SINDROMI PSICHIATRICHE EARLY AND LATE ONSET

Un terzo ambito di ricerca rispetto al tema dell'evoluzione della personalità sana e patologica riguarda specificatamente l'andamento longitudinale della personalità patologica, ovvero come evolve la personalità nell'arco di vita in presenza di franche diagnosi psicopatologiche. Quando parliamo di evoluzione di personalità patologiche intendiamo considerare l'evoluzione di individui che hanno avuto diagnosi di almeno un disturbo psichiatrico durante la loro vita, con effetti invalidanti e necessità terapeutiche. Questo disturbo può manifestarsi in momenti diversi della

vita, tanto da indurre i clinici a differenziare le sindromi *early onset* o *precoci* da quelle *late onset* o *tardive*. I disturbi psichiatrici hanno, infatti, andamento ed espressione variabile nel corso della vita (Stevenson, Meares, Comerford, 2003), modificandosi nella loro fenomenologia clinica (Magoteaux, Bonnivier, 2009). La letteratura tende ad identificare un andamento tipico dei disturbi *early onset*, con riduzione delle acuzie nella terza età. Al contrario lo studio delle sindromi *late onset* si interessa dell'incidenza e della prevalenza delle patologie psichiatriche emerse in terza età, la cui diagnosi risulta complicata dalla comorbidità con quadri organici, dalla diversa fenomenologia clinica, dalla diversa risposta farmacologica. La manifestazione di sintomatologie psichiatriche *late onset* si differenzia nettamente da quella dei quadri sindromici espressi in modo precoce: ad esempio nell'anziano il disturbo delirante *late onset* si manifesta nelle forme di deliri non bizzarri, con contenuti verosimili tendenti alla cristallizzazione, centrati su un unico tema o su diversi temi collegati tra loro; deliri persecutori (nocumento e danneggiamento) con temi personali; funzionamento sociale migliore. Palmar et al., (2001) identificano una netta differenziazione tra schizofrenia *early onset* e *late onset*, sostenendo che quella tardiva è caratterizzata da un numero minore di sintomi negativi, una migliore performance neuropsicologica, una migliore risposta agli antipsicotici. In comune con la sindrome *early onset* quella tardiva presenta i fattori di rischio genetici, la presenza di franchi e gravi sintomi positivi, problematiche psicosociali, anormalità cerebrali indicate da indagini neurologiche. Nell'ambito di tali ricerche vengono dunque indagate le differenti manifestazioni e le disabilità generate da una sindrome sviluppata in tarda età piuttosto che in un precoce periodo dello sviluppo. Questi studi partono dal presupposto che in tarda età si manifestano quadri sintomatologici specifici caratterizzati da esordio tardivo, tendenzialmente meno gravi di quelli precoci. Helvik et al., (2016) hanno ad esempio individuato nella popolazione anziana istituzionalizzata, una percentuale stimata tra il 4-10% di sintomi psichiatrici. Tra i fattori di rischio per lo sviluppo di una sintomatologia *late onset* come la psicosi Hahn, Lim e Lee (2014) identificano: sesso femminile (recettori D2 - estrogeni); deprivazione sensoriale; isolamento sociale; decadimento cognitivo; polifarmacoterapia; personalità premorboza di tipo paranoide o schizoide. La presenza di una personalità premorboza o del decadimento cognitivo sono due fattori divergenti da un punto di vista evolutivo, ma entrambi *trigger* di rilievo nello sviluppo delle sintomatologie *late onset*: mentre la presenza di una struttura patologica di personalità è storicamente documentata, il decadimento cognitivo ha esordio tardivo e talvolta insidioso, complicando significativamente la

diagnosi. Nello sviluppo *late onset* è dunque fondamentale differenziare manifestazioni psichiatriche primarie, da manifestazioni secondarie a patologie organiche. Di sovente in terza età si assiste, infatti, allo sviluppo di sindromi *late onset* secondarie a patologie età-specifiche. Un ultimo aspetto di rilevanza è differenziare una patologia psichiatrica *late onset* in assenza di decadimento cognitivo, di contro allo sviluppo di una condizione psichiatrica secondaria a decadimento cognitivo o patologia organica. Nei due casi esordio, evoluzione, manifestazioni cliniche, trattamento si dimostreranno divergenti.

Molti studi si occupano di indagare il legame tra sviluppo *late onset* e patologia geriatrica. Aarsland et al., (2016) sostengono che il Parkinson correla nel 10% con altre sindromi psichiatriche, specificatamente con la classe dei disturbi nevrotici (depressione e ansia); di questi il 61% con un solo sintomo, mentre il 45% con più di uno. Il decadimento cognitivo correla significativamente con lo sviluppo di sindromi *late onset*. I sintomi che maggiormente correlano con il decadimento cognitivo sono il delirio, le allucinazioni, l'apatia e i disturbi motori. La gravità dei sintomi non è associata all'età ma alla gravità della patologia, indicata dal Mini Mental State Examination (MMSE). Rispetto alla valutazione cognitiva con MMSE, emerge una correlazione negativa con il delirio, le allucinazioni, l'agitazione. Inoltre la depressione può correlare con le variabili cliniche e cognitive, ma è più spesso presente laddove ci sono anche altri sintomi psichiatrici. In uno studio di Lyketsos et al., (2000) si è riscontrata una simile prevalenza di disturbi psichiatrici su una popolazione di individui dementi (Alzheimer e Demenze Vascolari): i sintomi erano presenti nel 61% del campione, nel 32% la diagnosi era grave. I sintomi più rilevanti erano: apatia, depressione, agitazione, esaltazione, deliri; specificatamente i deliri erano più presenti nella popolazione con Alzheimer, mentre la depressione in quella con Demenza Vascolare. Anche in questo caso l'età dei dementi era più avanzata della popolazione dei non dementi, l'educazione era più bassa (anche se la media generale risultava essere molto bassa con una scolarità fino a 12-13 anni di età) e la popolazione era prevalentemente femminile, in linea con gli studi di altri autori (Helvik, et al., 2016; Paquet, Magnin, Wallon, et al., 2016; Aarsland, Neh Geok, Lim, Janvin, et al., 2016).

2.3.1 DISTURBI DELL'UMORE LATE ONSET E DEMENZA

La difficile diagnosi differenziale tra condizione demenziale e sindrome demenziale secondaria a patologia psichiatrica ha portato i clinici nel 1952 a parlare di “pseudodemenza depressiva”, una forma simile alla demenza primaria ma reversibile, poiché appunto secondaria a condizione psichiatrica quale depressione. Castellano e Di Nuovo (2011), citando Feinberg e Goodman (1984), classificano quattro possibili tipologie di relazione tra depressione e demenza: 1) pseudodemenza depressiva: depressione che si presenta come demenza; 2) pseudodepressione: demenza che si presenta come depressione; 3) Dementia syndrome of depression: depressione con demenza secondaria; 4) Depressive syndrome of dementia: demenza con depressione secondaria. Il termine pseudodemenza è stato criticato e sostituito con quello di condizione “fisiologico-reversibile” tipica dei disturbi psichiatrici versus, “organico-irreversibile” tipica della demenza (Bianchetti, Pezzini, 2001, p.26) (vedi Tabella 2.1).

Tutto ciò indica la complessità della diagnosi differenziale in terza età tra quadri psichiatrici e demenziali primari.

L'aumento di quadri ansiosi, somatici o depressivi in terza età può essere considerata una problematica di rilevanza. La depressione nell'anziano è una patologia spesso presente e con complessa comorbidità psichiatrica e medica, poco valutata in passato pur essendo il problema psicologico più rilevante in certe popolazioni di anziani, ad esempio negli USA o in Inghilterra (Bizzini, et al., 2009). L'incidenza annuale è stimata 30,8% nella popolazione geriatrica, contro il 10-15% della popolazione generale (Blanchard, Waterreus, Man, 1994), con una prevalenza del 40% negli individui istituzionalizzati (Knäuper, Wittchen, 1994).

La depressione si presenta in modo sindromico, raramente con sintomi isolati, e in comorbidità con quadri di tipo cognitivo. La manifestazione della depressione nell'anziano può essere fenomenologicamente diversa da quella dell'adulto e dell'adolescente, esprimendosi con quadri somatici o paure specifiche per età di natura fobica, ossessiva o ansiosa, ad esempio la paura anticipatoria di cadere o timori ipocondriaci diffusi (Bianchi, Gallina, 2012). Queste paure possono portare ad una marcata restrizione delle attività dell'individuo, con un mutamento patologico delle normali funzionalità.

Tabella 2.1: Differenza tra depressione di tipo I e II

	Tipo I	Tipo II
<i>Disturbo primario</i>	Depressione (con modificazioni della memoria secondarie)	Demenza (con sovrapposta depressione)
<i>Esordio</i>	Subacuto (settimane o mesi)	Graduale (anni) nell'AD; improvviso nella VD
<i>Decorso iniziale</i>	I sintomi depressivi usualmente compaiono per primi	Il deficit cognitivo usualmente compare per primo
<i>Stato cognitivo</i>	La perdita di memoria è spesso interamente soggettiva e non sostanziata dai punteggi ai test	Il danno cognitivo è chiaramente apparente ai test
<i>Prognosi</i>	Il trattamento può alleviare sia i sintomi affettivi sia quelli cognitivi	Il trattamento può alleviare la depressione; i sintomi cognitivi di solito non si modificano o si modificano poco

Fonte: Bianchetti, Pezzini (2001), p. 26.

La sindrome depressiva nell'anziano viene anche definita "disforia legata all'età" o "sindrome amotivazionale" o "depressione minore" (Bizzini, et al., 2009), proprio per la caratterizzazione differenziale rispetto alla depressione maggiore dell'adulto. Questa caratteristica la rende mimetica e spesso confusa, dunque non diagnosticata e trattata. La personalità nell'anziano depresso risulta molto cambiata: possono strutturarsi stereotipi negativi di sé, come persona inabile, malata, inefficiente, etc., che determinano un nuovo schema patologico di sé (*self-perception of aging* – SPA). Possono presentarsi sintomi cognitivi quali: deficit memoria a breve e lungo termine, difficoltà di concentrazione, distraibilità, disturbi dell'orientamento, confabulazioni, afasia, agnosia. Nel comportamento e nelle relazioni si assiste a cambiamenti importanti, con una chiusura rigida e solipsistica, lamentosità, che può facilmente indurre a pensare ad un cambiamento nella personalità dovuto a fattori organici. La depressione nell'anziano è un esempio di come in questa popolazione l'insorgenza tardiva di un quadro psichiatrico possa incidere significativamente sul funzionamento cognitivo e sull'espressione della personalità premorbosa (Ayotte, et al., 2009).

La depressione è inoltre una patologia di rilevanza medica in terza età, non solo per la prevalenza e il rischio suicidario ad essa associati, ma anche per la marcata comorbilità con altre sindromi psichiatriche oltre che essere *trigger* di decadimento cognitivo. In uno studio di Dhikav et al., (2014) è emerso che l'incidenza della depressione nello sviluppo del MCI è pari al 15% nella popolazione anziana generale e del 44% in quella istituzionalizzata; 2/3 delle persone con Alzheimer riportano in anamnesi una sindrome depressiva, specificatamente come prima manifestazione della neurodegenerazione. Per tali ragioni si parla di un continuum che va da

depressione a MCI ad Alzheimer. Uno studio meta-analitico identifica il rischio doppio per i depressi di avere tale esito in terza età (Panza, Frisardi, Capurso, et al., 2010). Dhikav et al., (2014) propongono un'ipotesi neuroanatomica, che individua come causa l'atrofia del lobo medio temporale. L'interazione tra decadimento cognitivo, depressione e ansia sembra essere diretta e facilitare un maggiore rischio di mortalità e di patologie organiche, oltre che un più marcato scadimento delle funzioni residue che rendono la persona autosufficiente e in grado di gestire autonomamente diverse aree di vita (Kane, Yochim, Lichtenberg, 2010). La depressione e il decadimento cognitivo hanno dunque una relazione diretta e unanimemente identificata in letteratura (Bianchetti, Pezzini, 2001; Dotson, Resnick, Zonderman, 2008; Gala, et al., 2008; Dotson Zonderman, Davatzikos, et al., 2009; Fiske, Wetherell, Gatz, 2009; Margrett, Martin, Woodard, et al., 2010; Bielak, Gerstorf, Kiely et al., 2011; Gildengers, Tatsuoka, Bialko et al., 2013) (vedi Tabella 2.2 e Figura 2.1).

Tabella 2.2: Sintomi depressivi e outcome clinico

Outcome clinico	Numero di sintomi depressivi al basale		
	0-2	3-5	≥6
Perdita di 3 o più punti al MMSE modificato (n=652)	1,0	1,6 (1,2-2,1)	2,1 (1,4-3,1)
Storia di demenza clinicamente dimostrata al follow-up (n=89)	1,0	1,7 (0,9-3,5)	2,3 (0,9-5,9)

Analisi aggiustata per età, educazione, stato di salute, uso di alcol e stato funzionale. I valori indicano gli odds ratio (95% di intervallo di confidenza).

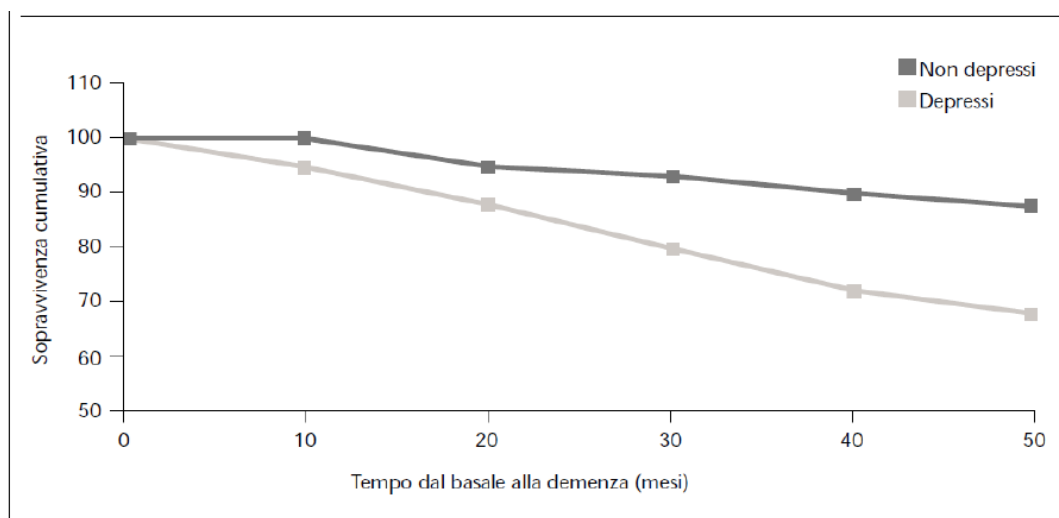
Fonte: Bianchetti, Pezzini (2001), p. 24

La presenza di disturbi dell'umore/apatia come nucleo centrale della demenza è confermata anche da studi di Aalten et al., (2003) che identificano tre fattori centrali nella demenza in individui istituzionalizzati testati con UCLA Neuropsychiatric Inventory (UCLA-NPI), ovvero disturbi dell'umore/apatia nell'80%, psicosi nel 37% e iperattività nel 60%. La popolazione dello studio presenta un punteggio medio di 18,09 al MMSE in un range tra 5 e 28, punteggi alla Cornell Scale for Depression in Dementia di 7.75 in un range tra 0-29, e punteggi medio-bassi alla Geriatric Depression Scale (GDS). L'età media è di 79,43 anni con un range tra 53-96. Il sesso è prevalentemente femminile. L'ansia, presente nel 40% del campione, risulta invece essere un sintomo distinto. Esiste un'alta correlazione tra ansia e disturbi di personalità in terza età (61%) e la copresenza delle diagnosi determina anche strategie di coping con evitamento, diniego e

disimpegno rispetto agli eventi (Coolidge, Segal, Hook, Stewart, 2000). L'ansia sembra essere un fattore predittivo di decadimento cognitivo: ne è stimata la presenza del 52% in sindromi quali l'Alzheimer, il Parkinson e nel decadimento cognitivo lieve. L'ansia si presenta soprattutto nella fase iniziale di queste patologie e aumenta il rischio di slittamento in gravi condizioni di Alzheimer (Lauterbach, 2016).

Anche la bipolarità può manifestarsi nella terza età, nonostante di norma sindromi bipolari *early onset* tendano a ridursi con l'età. Nei casi di evoluzione *late onset* si presentano ampie correlazioni con deficit neurologici (comorbidità presente nel 70% dei casi, del tipo: attacchi ischemici, epilessia, disturbi del movimento, sclerosi multipla, traumi cranici, infezioni, demenza frontotemporale e tumori) e un tasso elevato di mortalità medica. I percorsi che si presentano in terza età rispetto allo sviluppo di sindromi bipolari possono dunque essere eterogenei: disturbo bipolare *early onset* ricorrente o cronico in età senile; mania *late onset* dopo decorso unipolare ricorrente; mania *late onset* primaria; mania *late onset* secondaria a fattori organici (Vampini, 2009).

Fig.2.1: Tempo basale alla demenza nei soggetti depressi e non depressi



Fonte: Bianchetti, Pezzini (2001), p.24.

Le manifestazioni primarie e secondarie a fattori organici sono molto divergenti; la mania in età senile secondaria a patologie organiche si presenta come: esordio *late onset*, distraibilità, ridotta attenzione e concentrazione come in demenza o delirium, lunga latenza tra il primo episodio depressivo e l'esordio di mania, decorso cronico, assenza di storia familiare per disturbi dell'umore, scarsa risposta al litio o comparsa di neurotossicità a livelli bassi di litiemia, una

maggior frequenza di stati misti e sintomi psicotici, ridotta familiarità per disturbi affettivi nelle forme *late onset* e piuttosto fattori eziopatogenetici organici, frequenti situazioni di atrofia corticale e iperintensità sottocorticale (Vampini, 2009).

2.3.2 DIPENDENZA DA ALCOL LATE ONSET

Alcune ricerche sulle dipendenze da alcol hanno scoperto che queste sindromi sembrano particolarmente prevalenti in terza età. Spesso gli individui hanno personalità dipendenti e ansiose, possono anche esprimere variazioni della personalità associate all'assunzione della sostanza (House of Commons Health Committee, 2004; Epstein, et al., 2007, cit. in Klufft, 2008). L'assunzione tardiva (*late onset*) di alcol in forma patologica è definita "reattiva"; i bevitori reattivi tendono a sviluppare la sindrome come risposta a isolamento sociale, solitudine, malattia, etc. Solo 1/3 degli uomini sono bevitori reattivi dopo i 40 anni, mentre oltre il 50% delle donne sono bevitrici tardive.

Il 72.4% delle donne rispetto al 56.8% degli uomini hanno una comorbidità con altre patologie, soprattutto disturbi d'ansia, depressione e abuso di sostanze (Epstein, et al., 2007): *"la depressione avrebbe un ruolo più importante in età avanzata nel favorire l'alcolismo: nell'etilismo a esordio precoce la familiarità assumerebbe, infatti, un peso maggiore nel promuovere la malattia, mentre in quello a esordio più tardivo gli agenti eziologici più importanti sarebbero fattori di ordine ambientale, tra i quali si annovera anche la concomitante patologia depressiva. In molti casi di comorbidità è del resto difficile stabilire il rapporto causa-effetto e cioè se sia il MDD (depressione maggiore) a favorire condotte di abuso d'alcol o se avvenga invece il contrario."* (Bressi, et al., 2008, p.2). L'insorgenza dopo i 40 anni, nelle persone di sesso femminile, è legata a problemi nello status di coppia, alla menopausa, alla perdita della funzione genitoriale e alla sindrome del "nido vuoto".

2.3.3 SINDROMI DISSOCIATIVE EARLY AND LATE ONSET

Un'altra sindrome spesso presente in terza età è la dissociazione. Normalmente considerata una patologia dell'età adulta, questa si presenta spesso *late onset* in correlazione a condizioni organiche o in risposta a esperienze traumatiche di varia entità. Talvolta nell'anziano c'è una

riattivazione di sintomi post traumatici, apparentemente scomparsi durante la vita (Malatesta, 2007; Kluft, 2008). Allo stesso tempo possono mantenersi stabili delle forme dissociative *early onset* che non hanno avuto remissione ma andamento cronico per tutta la vita, nello specifico il disturbo di identità multipla. Nei pazienti anziani tale disturbo si esprime in modo diverso: ad esempio emerge solo un alterego o la sindrome si trasforma in sintomi psicotici di tipo delirante o allucinatorio. Questo è dovuto al fatto che con l'età o con il decadimento cognitivo la capacità di controllare questi alterego può ridursi fino a viverli come voci interne di natura psicotica. I pazienti anziani con anamnesi psichiatriche di questo tipo presentano spesso nell'invecchiamento depressione, sintomi di I rango e voci interne, in assenza di condizione cronica di psicosi (Kluft, 2008).

Negli individui in cui si sviluppa un disturbo dissociativo *late onset*, non specificatamente correlato a decadimento cognitivo o demenza, è possibile identificare una anamnesi psichiatrica o diagnosticare un disturbo di personalità in comorbilità, presente in modo cronico (Coolidge, 2000; Mordekar, 2008; Marley, Fung, 2013). È dunque necessario differenziare l'emersione di quadri psichiatrici *late onset* secondari a sindrome neurodegenerativa o a patologie organiche età-specifiche (es. tumore) da quadri psichiatrici *early onset* in evoluzione nell'arco di vita.

Dal punto di vista metodologico alcune di queste ricerche adottano un metodo di studio longitudinale, osservando l'evoluzione nel corso del tempo di una certa sindrome; vengono anche usate analisi *cross-sectional*, osservando il fenomeno su campioni diversi e mettendo a confronto popolazioni diverse.

Nonostante ciò, le maggiori difficoltà nel compiere una diagnosi psichiatrica in questa fase di vita riguardano: la ricostruzione anamnestica del sintomo; la variazione nell'espressione delle patologie, che sembrano mutare fenomenologicamente assumendo forme atipiche più complesse; la doppia diagnosi con quadri neurodegenerativi. I criteri dei classici manuali possono risultare insufficienti a descrivere l'espressione di sindromi psichiatriche in terza età, rendendo più complessa la diagnosi.

2.3.4 DISTURBI DI PERSONALITA' EARLY AND LATE ONSET

Un altro settore di ricerca molto interessante ma ancora poco sviluppato è quello dell'evoluzione dei Disturbi di Personalità (DP). I DP sono disturbi che per definizione si manifestano nella prima

giovinezza (*early onset*) e si mantengono stabili nel corso della vita. Le difficoltà nella diagnosi e valutazione dell'evoluzione dei Disturbi di Personalità (DP) in terza età sono determinate dall'andamento instabile di alcune manifestazioni tipiche dei disturbi, dalla mortalità del campione, dalla doppia diagnosi, dalla mancanza di strumentazione specifica sul tema, dalla classificazione dei DP orientata su campioni di giovani adulti e adulti piuttosto che sull'intera popolazione. Nonostante ciò alcuni studi sono stati compiuti, e questi sosterrrebbero che i DP *early onset* si mantengono stabili fino alla terza età, ma i cambiamenti primari e secondari dell'invecchiamento, la manifestazione di eccentricità legata all'età, e gli stereotipi culturali complicherebbero la diagnosi (Magoteaux, Bonnivier, 2009). Inoltre la difficoltà di definire e diagnosticare i DP in terza età può essere dovuta alla mancanza di comprensione del contesto culturale di riferimento (Magoteaux, Bonnivier, 2009).

I studi hanno riportato risultati diversi rispetto all'incidenza e prevalenza dei DP in terza età, ma in generale i DP hanno una prevalenza dello 2.8-13% negli individui istituzionalizzati, del 5-33% negli individui ambulatoriali, del 7-61.5% negli individui ricoverati per periodi a breve termine (Van Alphen, et al., 2006).

Questi disturbi precoci e stabili, secondo alcuni autori, possono diventare quiescenti nella vita, con una stabilizzazione o addirittura peggioramento nella mezza età (Stevenson et al., 2003). Altri studi sostengono invece che in terza età si presentino in comorbidità con disturbi di Asse I (DSM-IV Tr), in particolare depressione maggiore (Abrams, Horowitz, 2006) e ansia (Seivewright, Tyrer, Johnson, 2002). Un terzo gruppo di studi sostiene infine che i DP possano ampliarsi in espressione in terza età, nello specifico possano emergere disturbi del cluster A, caratterizzato da eccentricità, sospettosità, isolamento, riduzione delle relazioni sociali, difficoltà e chiusura nelle relazioni intime e affettive (sintomi del Disturbo Paranoide e Schizotipico di personalità) (Rosowsky, 1999). In generale la letteratura è unanime nell'identificare come fattori di mantenimento/esacerbazione dei DP in terza età: maggiore isolamento sociale, minore capacità di gestione dello stress, assenza di coping, presenza di comorbidità psichiatriche, presenza di tratti di personalità che determinano maggiore rigidità della persona a fronte di specifici *stressor* di vita.

La maggior parte della letteratura si accorda inoltre sul fatto che in terza età i cluster dell'eccentricità (cluster A) e dell'ansia (cluster C) tendano a mantenersi stabili o a peggiorare, mentre i disturbi del cluster impulsivo (cluster B) tendano a scomparire o ridursi drasticamente (Abrams, Horowitz, 1996; Singleton, Meltzer, Gatward, Coid, Deasy, 1998; Coolidge, et al., 2000;

Van Alphen, et al., 2006; Oltmanns, Balsis, 2011; Gutiérrez, Vall, Peri, et al., 2012). Il cluster C è quello con più prevalenza in terza età: il 17% degli anziani presenta il disturbo ossessivo-compulsivo di personalità, il 12% quello evitante, contro il 5% quello borderline (Mordekar, Spence, 2008). Gli individui che rientrano nel cluster ansioso-resistente tendono a peggiorare in terza età negli aspetti di ansia, paura e isolamento. Rispetto al cluster A, sembra aumentare la diagnosi del Disturbo Schizoide (Gutiérrez, et al., 2012). Questo può essere facilmente compreso considerando l'espressione clinica del Disturbo Schizoide, ovvero un quadro caratterizzato da comportamento dimesso e ritirato, talvolta burbero o bizzarro. Questi aspetti personologici possono facilmente essere applicati all'anziano, che tenderà, in generale e per natura, più verso il ritiro che verso l'estroversione e l'apertura al mondo.

Al contrario, il tratto impulsivo, tipico del cluster B, sembra andare verso una generale riduzione: nello specifico sembrano ridursi gradualmente tendenza all'*acting* e aggressività (Stevenson, 2003; Seivewright et al., 2002). Nello specifico il Disturbo Borderline (cluster B) sembra essere quello che ha una minore prevalenza nel campione di popolazione anziana; laddove diagnosticato nel corso della vita, emergerà in terza età in forme meno impulsive (Segal, et al., 2006). Sadavoy (1987) sostiene che alcuni fattori costituzionali del Disturbo Borderline permangono stabili durante la vecchiaia: paura dell'abbandono e di solitudine; fallimento nelle relazioni interpersonali di sostegno e assalti narcisistici all'altro; peggioramento della tolleranza affettiva con disforia emotiva; incontrollabilità della rabbia e meccanismi di scissione; vulnerabilità nella coesione del sé, con temporanea perdita di contatto dalla realtà e slittamento psicotico. Gli anziani con questo DP sono spinti, a fronte di perdite reali che la vecchiaia impone sia in senso di lutto che di cambiamenti di vita, a ritirarsi in senso depressivo, difendendosi con difese narcisistiche, preoccupazioni somatiche e caos interpersonale (Sadavoy, 1987). In questi individui sembrano rimanere stabili i nuclei legati alla disregolazione emotiva e le difficoltà nelle relazioni interpersonali, con modalità espressive meno esplosive, impulsive e dirompenti (Segal, et al., 2006; Karaklic, Bungerner 2009; Gutiérrez, et al., 2012). Questi individui, quando sopravvivono fino alla terza età, tendono a rimanere molto caotici e problematici nelle relazioni che intrattengono in case di riposo o comunità (Powers, et al., 2013).

È necessario anche considerare che sulla prevalenza di alcuni DP, soprattutto quelli che si caratterizzano per il comportamento impulsivo aggressivo e incontrollato, possono incidere la

precoce istituzionalizzazione, la cronicità del trattamento o la mortalità. Questi fenomeni possono ridurre la prevalenza del disturbo in fasce di età più tardive.

Osservando l'evoluzione di questi disturbi nel corso della vita, la letteratura ha iniziato ad identificare degli aspetti centrali dei DP, definiti "nuclei stabili", che permangono anche nella vecchiaia a fronte di comportamenti satellitari disfunzionali che si modificano nel corso della vita e che corrispondono a tentativi di compensazione, di difesa o adattamento (Segal, et al., 2006; Karaklic, Bungerner 2009; Gutiérrez, et al., 2012). È stato così ipotizzato il costrutto di "**continuità eterotipica**" nell'evoluzione dei DP in terza età (Rosowsky, Adams, 1999). Questo costrutto sostiene che il disturbo *early onset* si mantenga stabile nel corso della vita, ma esso cambi nell'espressione comportamentale. Ogni DP sarebbe perciò caratterizzato da un nucleo stabile e da comportamenti satellitari. Mentre il nucleo permane immutato nell'evoluzione dell'individuo, tranne nel caso in cui intervenga un processo di psicoterapia che vada a lavorare sul funzionamento di base, i comportamenti si modificano in risposta all'ambiente e ai bisogni della persona secondo un principio di adattamento/mantenimento. Esisterebbe dunque una permanenza del nucleo patologico della personalità, il quale si esprimerebbe attraverso una discontinuità comportamentale secondo una logica di "**equivalenza funzionale**" (Segal, et al., 2006; Debast, et al., 2014). Ad esempio, un individuo tendente a instabilità emotiva e comportamentale, con condotte marcatamente esplosive, tendente all'*acting* o impulsivo, potrebbe esprimere la tendenza all'instabilità emotiva con lamentosità, ansia, depressione invece che con agiti impulsivi, proprio a causa delle ridotte potenzialità fisiche associate all'invecchiamento. Il nucleo di fondo, ovvero l'instabilità emotiva, rimarrebbe stabile ma cambierebbero i modi in cui l'individuo esprime tale nucleo patologico. Questo induce a pensare che la patologia non scompaia mai del tutto (a meno che non intervenga una forma di cura che lavori sui nuclei patologici più che sui comportamenti), piuttosto essa cambia forma, si adatta ai cambiamenti interni ed esterni, si riduce in alcuni tratti e si delinea su altri. Non di rado è possibile incontrare in terza età persone con gravi depressioni, mai esplose durante la giovane età o l'età adulta; queste depressioni *late onset*, non giustificate da decadimento cognitivo, emergono a seguito di ferite narcisistiche generate da eventi di perdita quali il pensionamento o il "nido vuoto"; in questi momenti l'individuo non potendo più incentrare la propria identità grandiosa sul ruolo svolto fino a quel momento, cade in un marcato stato depressivo. Allo stesso modo, un individuo isterico che ha sempre usato la seduttività per esprimere il bisogno di attenzione, potrà

virare verso un atteggiamento più ansioso, ipocondriaco e lamentoso, più adeguato alla fase di vita anziana in cui la sessualità e la seduttività si riducono nettamente (PDM-2, in press).

Un ultimo aspetto deve essere trattato in questo capitolo; la ricerca ha analizzato alcuni quadri di personalità patologica che emergono solo e specificatamente nell'anziano e nella fase di vita riguardante la terza età, come forme *late onset*. Un esempio è la Sindrome di Diogene, un disturbo comportamentale acquisito caratterizzato da inadeguatezza nella gestione personale, dell'igiene, della cura della casa, della persona e delle cure mediche. Spesso si presenta in concomitanza a disturbi cognitivi, psichiatrici e demenze. Da alcuni viene descritta come una variante geriatrica di un disturbo di personalità pregresso non considerato, soprattutto del cluster A. Secondo altri autori è l'effetto di una patologia frontotemporale e dunque causato da un fattore organico che incide sulla personalità. Il disturbo ha un'incidenza dello 0.5 ogni 1000 soggetti di età >60 anni, con prevalenza del 1.6% ogni 10.000, soprattutto nel sesso femminile (Lautenschlager, et al., 2007; Zuliani, Dainese, Milani, Gatti, 2013). Vi è una comorbilità con altre sindromi psichiatriche nel 30-50% dei casi, tanto da farla definire una "sindrome sub-clinica di personalità" (Zuliani, et al., 2013). Questo tipo di patologia è difficilmente inquadrabile come l'effetto di una storia psichiatrica silente o come l'inizio di una qualche forma di demenza, ma va considerata nell'ottica di un processo che dimostra come anche in terza età possano avvenire cambiamenti nella personalità, che assumono vere e proprie forme patologiche, non sempre chiaramente giustificati da deterioramento cognitivo. In terza età il grave deterioramento cognitivo non consente la valutazione del quadro personologico, in quanto esso può condizionare in senso marcatamente disfunzionale l'espressione personologica del soggetto. Nella fase di Mild Cognitive Impairment (MCI) e di demenza lieve possiamo assistere a modificazioni della personalità in senso patologico (es. apatia, abulia, ritiro sociale), che si esprimono *late onset* e sono secondarie all'inizio del decadimento cognitivo (Lautenschlager, Förstl, 2007). Questi fenomeni clinici e le ricerche attuate obbligano a considerare un nuovo modello di diagnosi e classificazione dei DP nell'anziano. Nella valutazione della personalità patologica il problema diagnostico è dunque rilevante. Attualmente infatti non è possibile pensare di individuare e diagnosticare specifici DP in terza età usando i criteri diagnostici applicati al giovane adulto e all'adulto. Nell'anziano è necessario trovare indici diversi, *age-neutral* o *age-specific*. L'importanza di questa nuova classificazione è stata compresa a livello internazionale (Cafforio, Brusadelli, Francavilla, 2012; PDM-2, in press), tanto da indurre i

clinici a riconsiderare i DP nella loro evoluzione temporale, cercando di sistematizzare una classificazione per l'intero arco di vita (PDM-2, in press).

2.4 ALCUNE OSSERVAZIONI SULL'EVOLUZIONE SANA DELLA PERSONALITÀ

Rispetto all'evoluzione "sana" della personalità in terza età è possibile sottolineare una generale tendenza della letteratura a cogliere un processo di andamento psicologico e organico definito "invecchiamento tipico" (Birren, Birren, 1990) in cui si assiste ad un graduale declino delle funzioni psico-fisiche e sociali dell'individuo, secondo un processo involutivo e cumulativo età-determinato. Questo processo induce a pensare che nell'anziano sano vi siano delle perdite adattive, ovvero funzionali alla gestione della vita in linea con i mutamenti età-specifici. Cumming e Henry (1961) sostengono che il benessere in terza età correla con l'accettazione della tendenza fisiologica alla riduzione progressiva di funzioni ed investimenti nel mondo esterno.

Al contempo la letteratura psicoanalitica e psicologica ha sottolineato come parallelamente a questo apparente processo di perdita, si assista nell'invecchiamento sano ad un processo di arricchimento, integrazione e completamento dell'identità e della propria narrazione autobiografica, che conduce l'anziano ad assumere nuovi ruoli (Erikson, 1950; 1959). Una delle teorie più rilevanti in merito all'invecchiare "con successo" si deve a Havighurst (1957), il quale sostiene che l'insorgenza del *feeling of happiness*, ovvero un senso generale di benessere nella terza età, sia una caratteristica essenziale per vivere questa fase di vita in modo positivo. Questa sensazione è però determinata dal tipo di personalità, dall'ambiente, dalle potenzialità soggettive e sociali; ed è indice di sanità e consente all'individuo di sentirsi efficiente, attivo e adattato al mondo, ovvero di proteggersi dalla depressione. Lo sviluppo di potenzialità personali tipiche della terza età induce i clinici a parlare di "personalità senile", intendendo con questa una modalità di esprimersi agire e sentire determinata dall'avanzamento della terza età e che porta a viverci in nuovi ruoli (il ruolo di nonno, di grande vecchio, di vecchio saggio) che salvaguardano dalla caduta melanconica e ansiosa e dall'isolamento sociale che può altrimenti insorgere in terza età (Callieri, 2008). Si ritiene inoltre che la vecchiaia sia l'età più idonea per entrare in contatto con il mondo religioso e spirituale, alzando gli obiettivi di vita a scopi ascetici.

La capacità di usare vecchie abilità con nuove funzioni, di ritirarsi da ciò che risulta inadatto, così come la capacità di riorganizzare i vecchi rapporti (ad esempio, con il coniuge, con i figli, con i

nipoti) e cercare un contatto più profondo con se stessi e con il mondo, possono essere indici di una capacità integrativa dell'Io tipica della persona sana. Secondo la psicoanalisi questa capacità integrativa viene assolta da un sé integro, ovvero dotato di insight, capace di rispondere allo stress con coping adattivi, con una identità coesa e strutturata, con un senso di coerenza interiore personale e storica, e con una visione integrata dell'altro. Questa integrità del sé si collega direttamente alla forza dell'Io nella gestione di emozioni, ad un Super-Io maturo e alla capacità di gestire impulsi di varia natura (Kernberg, 1984). Un individuo sano tenderà a potenziare queste funzioni dell'Io ad esempio gestendo in modo meno estremo le emozioni, tendendo ad essere più maturo e saggio, facendosi portatore di valori e conoscenze, ed elevandosi dalla mera soddisfazione degli impulsi.

Una sana percezione del sé è data anche da stabilità identitaria e autodirezionalità (DSM-5, 2014). La stabilità identitaria è uno degli elementi centrali di funzionamento della personalità, e viene intesa come esperienza di sé unitaria, chiarezza di confini tra sé e gli altri, stabilità nella stima di sé, correttezza nell'autovalutazione, capacità di regolazione emotiva. L'autodirezionalità prevede il perseguire obiettivi stabili, coerenti, nel breve e lungo termine, usare standard di comportamento costruttivo e prosociale, avere capacità autoriflessive (DSM-5, 2014). Questa stabilità del sé si lega ad una buona capacità interpersonale, caratterizzata da empatia e intimità. Tutte queste abilità dell'Io consentono, se raggiunte, di assumere in ogni fase di vita compresa la terza età, una nuova e salda posizione di sé. Nella terza età, specificatamente, l'integrità del sé sarà direttamente collegata all'affrontare i limiti del corporeo, i lutti e il tema della morte, tutti aspetti che mettono in crisi il tema dell'identità, della coesione del sé e del senso della vita.

Alcuni studi hanno identificato nel costrutto di "senso di coerenza" (SOC) un attributo cognitivo e comportamentale dell'anziano sano riferibile ad un Io integro (Helvik, et al., 2013). Il senso di coerenza si caratterizza per la capacità dell'individuo di orientarsi e rispondere con coping adattivi a situazioni problematiche che si trova ad affrontare; è la capacità di percepire gli eventi come comprensibili, maneggiabili, ricchi di significati. Le persone con un buon livello di SOC tendono a sapere identificare e gestire in modo ottimale gli eventi stressanti. Questa funzione tende a crescere con la vita ma può anche inclinarsi a causa di eventi stressanti o traumi. Inoltre essa correla con un buono stato di salute e l'assenza di depressione. Persone con un buon livello di SOC esperiscono maggiore soddisfazione di vita e meno rischi di patologie psichiatriche. Le persone che vedono il mondo come comprensibile, maneggevole, non stressante o pericoloso, sono più in

grado di rivedere la loro vita passata e raggiungere un maggior grado di integrità personale in terza età (Helvik, et al., 2013).

È possibile quindi sostenere che in generale l'anziano sano presenta delle modificazioni nel proprio comportamento che possono indurre a pensare ad una riduzione graduale di diversi comportamenti a favore di nuovi modi di esprimersi nei medesimi ambiti di vita (affettività, relazioni, compiti, lavoro, etc.). L'anziano sano, infatti, seppur dimostrerà di perdere attività ed espressione in contesti macro-sociali, parallelamente acquisirà pregnanza e nuovi ruoli e identità in contesti micro-sociali, soprattutto familiari. In questi contesti egli diventerà memoria del gruppo e portatore di saggezza e conoscenza. L'anziano con un Io integro riuscirà ad esperire un senso di pienezza, equilibrio, armonia, saggezza, moderazione, ciò che si definisce "tregua", caratterizzando la propria identità attraverso continuità, coerenza e appunto integrazione (Demetrio, 1995). Anche il tema della morte sarà affrontato dall'anziano con modalità diverse a seconda del raggiungimento di una sana integrazione di sé o al contrario di un senso terrifico di dispersione e perdita di speranza. Nel primo caso con pacifica accettazione e fede, nel secondo con disperazione e paura.

L'anziano sano è colui che sente di essere stato protagonista di una storia personale, in cui ha costruito il vero Io nella molteplicità delle esperienze di vita. Questa storia viene messa a servizio degli altri nella consapevolezza che si è raggiunta l'aspirazione necessaria per non guardare al futuro con bramosia o terrore, ma con pace e serenità. Si acquisirà così una profondità meditativa e spirituale che apre ancora ad un livello diverso di conoscenza di sé e del mondo.

2.5 EVIDENZE E ACQUISIZIONI DALLA LETTERATURA

Da quanto emerso dallo stato dell'arte, può essere evidenziato un generale accordo della letteratura: la personalità cambia nell'arco di vita in presenza di fattori specifici intervenienti e modificazioni età-specifiche *late onset*: in senso disfunzionale, il decadimento cognitivo e le psicopatologie conclamate (ansia, depressione, dipendenze da sostanze, DP, psicosi) determinano la comparsa di comportamenti patologici; la presenza di alcuni tratti costituzionali di personalità è predittiva di specifici andamenti (funzionali/disfunzionali); le personalità, i tratti e anche i disturbi psichiatrici e di personalità vengono condizionati dall'invecchiamento modificando la loro espressione in terza età e anche condizionano lo stile e la qualità dell'invecchiamento.

2.6 CARENZE E LIMITI DELLE EVIDENZE IN LETTERATURA

Dalla revisione della letteratura emergono molti studi sugli effetti del deterioramento cognitivo e sull'evoluzione della personalità (comportamento, cognizione, affetto) in presenza di decadimento cognitivo ovvero in situazioni cliniche *late onset*. In modo meno rilevante invece emergono studi sull'evoluzione nella terza età delle patologie psichiatriche *early onset*, come queste si modifichino in base all'invecchiamento o lo declinino in senso disfunzionale/funzionale. Mentre gli studi di epidemiologia psichiatrica si concentrano sulla descrizione della prevalenza e incidenza delle patologie prevalentemente durante l'adolescenza e l'età adulta, la psicogeriatra non si è molto interessata al legame tra invecchiamento e malattia mentale *early onset*. È auspicabile dunque approfondire il legame tra psicogeriatra e psichiatria, indagando nella terza età gli esiti di specifiche sindromi psichiatriche *early onset*, la loro comorbidità con il decadimento cognitivo, la loro incidenza sullo sviluppo di patologie geriatriche *late onset* e sullo stile e qualità dell'invecchiamento.

2.7 IL QUESITO DELLA RICERCA

Si è evidenziato come lo stile e la qualità dell'invecchiamento siano determinati da molteplici fattori, tra i quali è rilevante la personalità sana e patologica espressa nell'arco di vita, le sindromi *early onset*, lo sviluppo di sintomi clinici età-specifici *late onset*, il deterioramento cognitivo (Van Alphen, et al., 2006; Ayotte, et al, 2009; Oltmanns, Balsis, 2011; Debast, et al., 2014). Per tale motivo nel presente progetto sono interessata a valutare l'associazione tra il disturbo psichiatrico *early onset* e l'invecchiamento. Lo studio intende esplorare la qualità dell'invecchiamento in rapporto alla assenza VS presenza di disturbo psichiatrico *early onset*. Il quesito principale di questo progetto è: **in che misura il disturbo psichiatrico *early onset* rappresenta un fattore interveniente negativo sullo stile e sulla qualità dell'invecchiamento? Su quali aspetti dell'invecchiamento incide?** La ricerca intende confrontare gruppi di anziani istituzionalizzati, con e senza patologia psichiatrica *early onset* (gruppo psichiatrici con diagnosi *early onset* VS geriatrici con diagnosi *late onset*) e un gruppo di controllo (gruppo geriatrico non istituzionalizzato), il più possibile comparabili su altri tipi di parametri quali: il pattern di sintomi psichiatrici, cognitivi, affettivo-relazionali, di comportamento adattivo e di competenze linguistiche.

2.8 IPOTESI

Per la carenza di letteratura di riferimento non è stato possibile elaborare specifiche ipotesi ma solo attese generali che qui riassumiamo:

- H1: si attendono differenze statisticamente significative tra i punteggi del gruppo di Geriatrici Istituzionalizzati con sindromi *late onset* (da ora indicato come G.I) e quello di Psichiatrici Istituzionalizzati con sindromi *early onset* (da ora indicato come P.I) in tutte le aree oggetto dell'indagine, con livelli di competenze inferiori nel gruppo degli psichiatrici con sindromi *early onset* rispetto al gruppo di geriatrici e al gruppo di controllo.
- H2: per quanto riguarda in particolare le aree oggetto di indagine, si attendono differenze statisticamente significative, benché differenziate, tra ciascun gruppo degli istituzionalizzati e il gruppo di controllo.
- H3: non abbiamo specifiche attese circa i pattern di associazioni significative tra i livelli di competenze all'interno di ciascun gruppo di partecipanti, considerata la specificità e difficile compatibilità di questi gruppi, in particolare per la presenza del gruppo di psichiatrici *early onset*. Rispetto a questo punto l'indagine si caratterizza come esplorativa.

3. METODO

Il disegno della ricerca è del tipo quasi-sperimentale, nella misura in cui, dato l'oggetto dell'indagine, non è stato possibile manipolare le variabili considerate.

3.1 PARTECIPANTI

I partecipanti sono in totale 51 anziani della provincia di Ancona (33 F e 18 M), con un range di età tra 58 e 97 anni (età media 80 anni; d.s. = 8,88), distinti in tre sottogruppi: geriatrici istituzionalizzati (G.I) con disturbi *late onset* (N= 19) età media 86 anni (d.s. = 6,03); geriatrici-psichiatrici istituzionalizzati (P.I) con disturbi psichiatrici *early onset* (N = 12) età media 72,58 anni (d.s. = 9,09); e un gruppo di controllo (N=20) età media 79 anni (d.s. = 7,539) costituito da geriatrici non istituzionalizzati (da questo momento indicati come G.N.I). I gruppi istituzionalizzati vivono in strutture residenziali per geriatrici (case di riposo, residenze protette) e per psichiatrici (comunità terapeutica) della provincia di Ancona, gestite dalla cooperativa ASSCOOP, cofinanziante il progetto di dottorato. L'assegnazione al gruppo dei geriatrici (G.I) e degli

psichiatrici (P.I) è stata effettuata sulla base di diagnosi e/o informazioni anamnestiche disponibili nelle cartelle messe a disposizione dalle strutture in cui si evidenziava o meno una diagnosi psichiatrica *early onset*. Il gruppo di controllo è stato costituito contattando gli anziani nei centri di aggregazione (Auser, Unitre, Circoli per anziani), in base a criteri di appaiamento (età, sesso, scolarità, stato civile) con gli individui dei due gruppi di istituzionalizzati.

Le caratteristiche descrittive dei tre gruppi sono mostrate nella Tabella 3.1a e 3.1 b. Come si può osservare i tre gruppi presentano età medie differenti: geriatrici (G.I) 86 anni (d.s. = 6, 03), psichiatrici (P.I) 72,58 anni (d.s. = 9,09), controllo (G.N.I) 79 anni (d.s. = 7,539). In particolare il gruppo di psichiatrici (P.I) ha mediamente un'età inferiore rispetto al gruppo degli istituzionalizzati. Nel gruppo dei geriatrici (G.I), composti sia da individui autosufficienti che non autosufficienti, sono state riscontrate alcune patologie tipiche dell'invecchiamento (neurodegenerative, organiche, sensoriali, psichiatriche) sviluppatesi *late onset* quali: demenza senile, decadimento cognitivo di varia gravità, senilità, Alzheimer, Parkinson, deficit motori, turbe del comportamento, agitazione psicomotoria, allucinazioni secondarie a demenza senile, patologie organiche quali ictus ischemico, diabete, patologie oncologiche, crisi epilettiche parziali complesse, deficit visivi. In questo gruppo emergono sindromi psichiatriche *late onset*, secondarie a decadimento e istituzionalizzazione (soprattutto depressione, ansia, disturbi comportamentali). Gli psichiatrici (P.I) con anamnesi psichiatrica *early onset*, presentavano i seguenti tipi di disturbi: psicosi paranoidea, psicosi schizofrenica, psicosi cronica, schizofrenia residua, schizofrenia indifferenziata, disturbo bipolare, dipendenze quali alcolismo e tabagismo, ansia, depressione, psicosi d'innesto su deficit intellettivo, autismo, disturbo borderline. Tali patologie sono in trattamento farmacologico e considerate croniche.

Il gruppo di controllo, Gruppo dei Non Istituzionalizzati (G.N.I.) non mostrava patologie significative neurodegenerative né psichiatriche, a parte qualche disturbo minore connesso all'invecchiamento quale esaurimento nervoso, ansia, prostatite, prolasso dell'utero, lievi esiti di ictus cerebrale, ipertensione. Gli utenti dei tre gruppi presentano diversi livelli di scolarità e diverse condizioni di stato (vedi Tabella 3.1a). Nei gruppi istituzionalizzati (psichiatrico e geriatrico) emerge un disequilibrio rispetto alla variabile genere, a differenza del gruppo di controllo bilanciato per tale variabile. Considerata la differenza di composizione del campione rispetto al genere, sono state indicate anche le differenze epidemiologiche tra maschi e femmine nei tre sottogruppi (vedi Tabella 3.1b).

Tabella 3.1a: Caratteristiche epidemiologiche dei campioni geriatrico (G.I), psichiatrico (P.I) e controllo G.N.I)

	G.I N = 19		P.I N = 12		G.N.I N = 20	
	N	%	N	%	N	%
Età						
< 70 anni	/	/	N = 6	50%	N = 3	15%
70-80 anni	N = 3	15,8%	N = 3	25%	N = 9	45%
81-90 anni	N = 13	68,5%	N = 3	25%	N = 6	30%
> 91 anni	N = 3	15,8%	/	/	N = 2	10%
	$\bar{x} = 86, \sigma = 6,03$		$\bar{x} = 72,58, \sigma = 9,09$		$\bar{x} = 79, \sigma = 7,539$	
Genere						
Maschio	N = 4	21,1%	N = 3	25%	N = 10	50%
Femmina	N = 15	78,9%	N = 9	75%	N = 10	50%
Stato Civile						
Celibe/nubile	N = 3	15,8%	N = 8	66,7%	/	/
Sposato	N = 1	5,3%	N = 1	8,3%	N = 10	50%
Divorziato	N = 1	5,3%	N = 1	8,3%	N = 1	5%
Vedovo	N = 14	73,7%	N = 2	16,7%	N = 9	45%
Educazione scolastica						
Nessuna educazione	/	/	N = 2	16,7%	/	/
Elementari	N = 17	89,5%	N = 7	58,3%	N = 16	80%
Medie	N = 1	5,3%	N = 3	16,7%	N = 1	5%
Superiori	N = 1	5,3%	N = 1	8,3%	N = 2	10%
Università	/	/	/	/	N = 1	5%

3.1 b: *Caratteristiche epidemiologiche dei campioni geriatrico (G.I), psichiatrico (P.I) e controllo (G.N.I) divise per sesso*

	G.I				P.I				G.N.I			
	M N = 4		F N = 15		M N = 3		F N = 9		M N = 10		F N = 10	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
ETA'												
< 70 anni	/		/		3	100%	2	22,2%	2	20%	1	10%
70-80 anni	2	50 %	1	6,7%	/		4	44,4%	6	60%	3	30%
81-90 anni	2	50%	12	73,3%	/		3	33,3%	2	20%	4	40%
> 91 anni	/		3	20%	/		/		/		2	20%
	$\bar{x} = 83,50$ $\sigma = 5,19$		$\bar{x} = 86,67$ $\sigma = 6,23$		$\bar{x} = 68$ $\sigma = 1$		$\bar{x} = 74,11$ $\sigma = 10,14$		$\bar{x} = 75,80$ $\sigma = 5,20$		$\bar{x} = 82,20$ $\sigma = 8,37$	
STATO CIVILE												
Celibe/nubile	1	25%	1	6,7%	3	100%	5	55,6%	/		/	
Sposato	/		2	13,3%	/		1	11,1%	7	70%	3	30%
Divorziato	1	25%	/		/		1	11,1%	1	10%	/	
Vedovo	4	50%	12	80%	/		2	22,2%	2	20%	7	70%
SCOLARITA'												
Nessuna educazione	/		/		1	33,3%	1	11,1%	/		/	
Elementari	3	75%	14	93,3%	2	67,7%	5	55,6%	7	70%	9	90%
Medie	1	25%	/		/		2	22,2%	1	10%	/	
Superiori	/		1	6,7%	/		1	11,1%	2	20%	/	
Università	/		/		/		/		/		1	10%

3.2 STRUMENTI

L'assessment dei diversi tipi di competenze indagate è stato realizzato attraverso la somministrazione di una batteria di test e strumenti di diverso tipo:

- per la rilevazione del livello cognitivo: MMSE (Folstein, Folstein, McHugh, 1975);
- per i sintomi psichiatrici: UCLA-NPI (Cummings, Mega, Gray, Rosenberg-Thompson, Carusi, Gornbein, 1994; Cummings, 1997),

- per l'area affettiva: GDS (Yesavage, Rose, Lum, Huang, et al., 1983), Cornell Scale for Depression in Dementia (Alexopoulos, Abrams, Young, Shamoian, 1988);
- per l'adattamento psico-sociale: Scale Vineland-II- Survey Form (adattamento e standardizzazione italiana di Balboni, Belacchi, Bonichini, Coscarelli, 2016).
- per la competenza linguistica: scala di competenza definitoria (Belacchi, Benelli, in preparazione, versione modificata da Belacchi e Benelli, 2007).

Sono stati scelti strumenti *age-specific*, utilizzati di norma su popolazioni con lieve e grave deterioramento cognitivo, poiché aprioristicamente non era prevedibile escludere la variabile demenza/decadimento cognitivo nei tre gruppi. Al contrario molti partecipanti, sia del gruppo geriatrico, che psichiatrico, che del controllo, hanno dimostrato avere decadimenti lievi (MCI) o significativi come indicato dai punteggi al MMSE.

In dettaglio descrivo qui di seguito gli strumenti utilizzati:

- **Mini Mental State Examination (MMSE)** è un test cognitivo breve per la diagnosi dello stato cognitivo e delle sospette demenze (Folstein, et al., 1975). Il MMSE è uno strumento eterosomministrato che prende in esame diverse abilità cognitive: memoria di lavoro e a breve/ lungo termine, orientamento spazio-temporale, calcolo, riconoscimento e denominazione di oggetti, attenzione, scrittura, risposta ad un compito, riproduzione di uno stimolo grafico. Il punteggio è calcolato sul totale di risposte corrette in trentesimi. Il punteggio massimo è di 30/30. Lo strumento è valido per cogliere specifici livelli di decadimento cognitivo, identificando una condizione normale (punteggio 30-24), un deficit lieve (punteggio 23-21), medio (20-11) e severo (10-0); lo strumento è valido anche per la discriminazione del tipo di disturbo cognitivo dei pazienti organici rispetto a pazienti non organici. È uno strumento di facile applicabilità che richiede dai 5 ai 10 minuti per la somministrazione. Crum, et al., 1993 (cit. in Conti, 1999) hanno considerato il limite del solo calcolo del punteggio grezzo totale, proponendo di calcolare il punteggio effettivo aggiustato in base all'età del paziente e al suo livello di scolarità (vedi Figg. 3.1, 3.2).

Fig. 3.1: Valori cutoff in base all'età e livello scolarità

TABELLA DEI VALORI DI CUTOFF IN BASE ALL'ETÀ ED AL LIVELLO DI SCOLARITÀ (Crum et al., 1993)														
Classi di età														
Scolarità	18-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	>84
≤4 anni	22	25	25	23	23	23	23	22	23	22	22	21	20	19
5-8 anni	27	27	26	26	27	26	27	26	26	26	25	25	25	23
media super.	29	29	29	28	28	28	28	28	28	28	27	27	25	26
università	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29	28	28	27	27

Fonte: Conti, L. (1999) Repertorio delle scale di valutazione in psichiatria. SEE, Firenze (p.892).

Fig. 3.2: Aggiustamento MMSE per età e scolarità

COEFFICIENTI DI AGGIUSTAMENTO DEL MMSE PER CLASSI DI ETÀ ED
EDUCAZIONE NELLA POPOLAZIONE ITALIANA

Intervallo di età	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89
Anni di scolarizzazione					
0-4 anni	+0,4	+0,7	+1,0	+1,5	+2,2
5-7 anni	-1,1	-0,7	-0,3	+0,4	+1,4
8-12 anni	-2,0	-1,6	-1,0	-0,3	+0,8
13-17 anni	-2,8	-2,3	-1,7	-0,9	+0,3

Il coefficiente va aggiunto (o sottratto) al punteggio grezzo del MMSE per ottenere il punteggio aggiustato.

Fonte: Folstein, et al., 1975; Crum, Anthony, Bassett, Folstein, 1993.

Lo strumento ha una fedeltà test-retest pari a 0,89, con una buona sensibilità (87%) e specificità (82%) nel discriminare individui dementi da non dementi rispetto al punteggio soglia di 24. È un test con buona validità discriminativa (Hoops, Nazem, Siderowf, et al., 2009). La correlazione tra osservatori è stimata per lo 0,83.

- **Geriatric Depression Scale (GDS)** è uno strumento di valutazione autosomministrato che indaga gli aspetti affettivi e la presenza di sindromi depressive in individui adulti e nell'anziano (età > 55 anni) (Yesavage, et al., 1983). Gli item indagano queste aree: sintomi

cognitivi, motivazione, orientamento temporale, sintomi organici, immagine di sé, aspetti ansiosi, pensieri depressivi, rischio suicidario, agitazione, risposta alla perdita e separazione. È costituito da 30 item a risposta SI/NO. La risposta negativa per gli item 1, 5, 7, 9, 15, 19, 21, 27, 29, 30 è indice di depressione, mentre per i restanti item è quella positiva. La presenza di depressione è indicata da punteggi > di 10, con livelli moderati per punteggi tra 11-16, e severi per punteggi maggiori (Conti, 1999; Cembrani, Cembrani, 2008; Bernabei, Manes-Gravina, Mammarella, 2011). La scala ha una buona consistenza interna, paragonabile alla scala Hamilton per la depressione. Anche la validità e l'attendibilità sono confermate (Conti, 1999). Ha una coerenza interna stimata di 0,94 e di 0,89 su campione italiano (α di Chrombach), con una fedeltà test-retest di 0,85 e di 0,95 su campione italiano (Pedrabissi, Santinello, 1991), con una sensibilità dell'84% e specificità del 91% per individui con MMSE \geq 15.

- **Cornell Scale for Depression in Dementia (CSDD)**, è uno strumento per l'eterovalutazione di aspetti affettivi e per la diagnosi di depressione nell'anziano con demenza (Alexopoulos, et al., 1988). E' costituito di 19 item, che vengono somministrati al caregiver o su chi si prende cura dell'utente (infermiere, operatore, etc.). Per una corretta somministrazione la Cornell deve prima essere sottoposta al caregiver e poi all'individuo stesso. Alla fine di questa doppia somministrazione vengono assegnati i punteggi agli item. Data questa doppia somministrazione la scala è idonea a valutare la depressione anche in individui con demenza moderata o severa, a differenza della GDS. I punteggi vengono assegnati su una scala da 0 (assente) a 2 (severo). Le aree indagate sono: alterazione del tono dell'umore (4 item), disturbi del comportamento (4 item), segni fisici (3 item), funzioni cliniche (4 item) e disturbi ideativi (4 item). Il punteggio massimo è di 38, un punteggio pari >9 indica la presenza di una condizione depressiva lieve in soggetti con demenza (Cembrani, Cembrani, 2008; Bernabei, et al., 2011). Ad un maggiore punteggio totale corrisponde un livello depressivo maggiore (Conti, 1999). La coerenza interna (α di Cronbach) è pari a 0,84, la validità è confermata da studi di Spitzer (1978) rispetto ad altri strumenti come la Hamilton Rating Scale for Depression.
- **Scala Vineland-II Second Edition- Survey Interview Form** (Balboni, Belacchi, Bonichini, Coscarelli, 2016) è un' intervista semistrutturata eterosomministrata, inizialmente

introdotta per la valutazione della disabilità intellettiva, e atta ad indagare il comportamento adattivo di individui da 0 a 90 anni di età. È uno strumento che viene somministrato al caregiver o persona che conosce in modo approfondito l'individuo indagato. Lo strumento permette una valutazione ecologica e l'attribuzione di punteggi normativi. Lo strumento indaga diverse dimensioni del comportamento adattivo, essendo suddiviso in 11 scale raggruppate in 4 domini (vedi Fig. 3.3): comunicazione, abilità del vivere quotidiano, socializzazione, abilità motorie. Le sottoscale, che indagano i comportamenti adattivi per scala, sono per la comunicazione: ricezione (come l'individuo ascolta e presta attenzione e che cosa comprende), espressione (come utilizza parole e frasi per fornire informazioni), scrittura (come scrive e legge); per l'abilità del vivere quotidiano: personale (come l'individuo mangia, si veste e si cura dell'igiene personale), domestico (come si occupa della casa), comunità (come si orienta, usa il denaro, il computer, svolge attività lavorative); per la socializzazione: relazioni interpersonali (come l'individuo interagisce con gli altri), gioco e tempo libero (come gioca e gestisce il tempo libero), regole sociali (come manifesta responsabilità e attenzione agli altri); per le abilità motorie: grossolane (come l'individuo usa braccia e gambe per movimento e coordinazione), fini (come usa mani e dita per manipolare oggetti). Il numero totale di item è 383. Una valutazione complessiva del comportamento adattivo si ottiene dalla Scala Composta che è pari al punteggio totale ottenuto alle 4 Scale per individui fino ai 7 anni, e alle Scale Comunicazione, Abilità del vivere quotidiano e Socializzazione per persone di età maggiore. Per Scale, Sottoscale e Scala Composta vengono forniti i punteggi ponderati corrispondenti al punteggio grezzo ottenuto, oltre che i Q.I di deviazione, i ranghi percentili e stanini. La somministrazione richiede un tempo variabile tra 20 e 60 minuti e una formazione dell'esaminatore che dovrà intervistare il caregiver. Essendo indagato lo sviluppo non devono essere proposti tutti gli item ma solo quelli specifici e discriminativi per il livello di sviluppo dell'individuo valutato, per questo gli item di scala sono posizionati in ordine evolutivo (da minore livello evolutivo a massimo per scala) e in modo specifico per competenze adattive (ad esempio "Ascolto e attenzione" nella subscale Ricezione). Nelle interviste vanno sempre identificati "livelli base e tetto", che corrispondono ai livelli di sviluppo massimo e minimo dell'individuo, evitando di indagare quelli precedenti e successivi. Nel corso dell'intervista il somministratore deve valutare i comportamenti che

l'individuo realmente mette in atto, ovvero la sua performance tipica. In base alle risposte del caregiver, l'intervistatore valuta quanto realmente quel comportamento sia messo in atto senza aiuto né essendo ricordato o stimolato; può così assegnare ai singoli item i punteggi 2 (attività svolta di solito dall'individuo senza aiuto o promemoria, attività svolta occasionalmente se necessario ma anche abitualmente se necessario, attività svolta e sostituita con comportamenti più evoluti, attività svolta in modo particolare a causa di deficit specifici), 1 (attività svolta senza aiuto o promemoria solo parzialmente, attività svolta in autonomia solo saltuariamente e non ogni volta che ce ne sia bisogno), 0 (attività mai messa in atto dall'individuo senza aiuto e senza che gli venga ricordato di farlo), N/O (Non opportunità) N/S (Non so). L'uso della scala è funzionale sia a livello clinico che di ricerca. Lo strumento ha dimostrato una buona validità convergente e divergente (particolarmente interessante ai fini di ricerca è il confronto con MMSE, in cui sono stati dimostrati coefficienti di correlazione di Pearson statisticamente significativi) e attendibilità test-retest (superiore a 0,80, tranne per la scala Ricezione pari a 0,75), interviewer (compresa tra 0,80 e 0,90), iterrater (compresa tra 0,70 e 0,90).

Fig. 3.3: Scale e sottoscale Vineland-II Survey Interview Form per la valutazione dei comportamenti adattivi in individui 0-90 anni di età.

Comportamenti adattivi valutati (e numero di item) delle scale e subscale Vineland-II Survey Interview Form	
<i>Scala e subscale</i>	<i>Comportamenti adattivi</i>
Comunicazione (99)	
<i>Ricezione (20)</i>	Come l'individuo ascolta e presta attenzione e che cosa comprende
<i>Espressione (54)</i>	Come l'individuo utilizza parole e frasi per fornire informazioni
<i>Scrittura (25)</i>	Come l'individuo scrive e legge
Abilità del vivere quotidiano (109)	
<i>Personale (41)</i>	Come l'individuo mangia, si veste e cura l'igiene personale
<i>Domestico (24)</i>	Come l'individuo si occupa della casa
<i>Comunità (44)</i>	Come l'individuo si orienta, usa il denaro, il computer e svolge attività lavorative
Socializzazione (99)	
<i>Relazioni Interpersonali (38)</i>	Come l'individuo interagisce con gli altri
<i>Gioco e tempo libero (31)</i>	Come l'individuo gioca e gestisce il tempo libero
<i>Regole sociali (30)</i>	Come l'individuo manifesta senso di responsabilità e attenzione per gli altri
Abilità motorie (76)	
<i>Grossolane (40)</i>	Come l'individuo utilizza braccia e gambe per il movimento e la coordinazione
<i>Fini (36)</i>	Come l'individuo utilizza mani e dita per manipolare oggetti

Fonte: Balboni, Belacchi, Bonichini, Cosciarelli (2016), p. 9.

- **UCLA Neuropsychiatric Inventory (UCLA-NPI)**, versione a 12 item, è uno strumento eterosomministrato atto ad indagare la presenza di sindromi psichiatriche e disturbi comportamentali in terza età (Cummings, et al.,1994; Cummings, 1997). Le aree indagate sono deliri, allucinazioni, agitazione/aggressività, depressione/disforia, ansia, esaltazione/euforia, apatia/indifferenza, disinibizione, irritabilità/labilità, attività motoria, disturbi del sonno, disturbi dell'alimentazione. La risposta agli item viene data dal caregiver, preferibilmente una figura che vive quotidianamente con l'utente. Questo consente l'applicazione anche per utenti con grave deterioramento cognitivo. Le domande vanno poste nell'ordine delle aree indagate (precedentemente indicate); se il caregiver non riconosce la presenza del sintomo e dunque risponde negativamente alla domanda si prosegue con la successiva. Nei casi in cui emergano situazioni che non consentono di dare una risposta chiara e veritiera per condizione di vita dell'utente si risponde N.A (Non applicabile). Oltre che identificare la presenza di un certo sintomo, è necessario che il caregiver ne indichi la frequenza, su una scala da 0 (mai) a 4 (quasi costantemente) e la gravità, su una scala da 1 (lieve) a 3 (severo), oltre che il distress generato dal sintomo, con una scala da 0 (nessuno) a 5 (grave). Il punteggio totale si calcola moltiplicando la frequenza per la gravità, di ogni singolo disturbo, e sommando il totale dei disturbi. Il punteggio massimo ottenibile è di 144 per totale gravità e frequenza dei disturbi, e 60 per totale distress. Un punteggio totale di disturbi <di 20 indica un livello lieve di patologia, mentre un livello moderato corrisponde a punteggio tra 20-50, e grave ad un punteggio > di 50. Nella popolazione normale i punteggi medi di scala sono pari a 0 tranne che per la scala della depressione pari a 0,25 (range 0-6), disinibizione pari a 0,13 (range 0-4), irritabilità pari a 0,05 (range 0-2) (Cummings, 1997). I sintomi che aumentano al diminuire dei punteggi del MMSE sono: apatia, agitazione, irritabilità, deliri, disforia, disturbi motori; mentre al diminuire dei punteggi MMSE diminuisce l'allucinazione. Un andamento curvilineo, rispetto ai punteggi MMSE, hanno ansia, euforia, disinibizione (Cummings, 1997). Oltre che questo indice totale, la scala è valida per l'identificazione di specifiche sindromi di cui è possibile appunto valutare la presenza, la frequenza e la gravità, oltre che il distress generato. Dimostra una inter-rater reliability tra il 93,6% e il 100%, con una validità test-retest di 0,79.

- **Scala Competenza Definitoria** (Belacchi, Benelli, in preparazione). Si articola in sei livelli in cui vengono classificate le tappe evolutive della costruzione progressiva dell'abilità definitoria, intesa come la capacità di *esplicitare verbalmente in forma analitica (nel definiens) il significato, cioè il contenuto concettuale di tale parola (definiendum)*. Il raggiungimento di questa abilità richiede la padronanza delle regole di forma e contenuto. Il primo livello detto "pre-definitorio" riguarda le risposte costituite da una sola parola secondo strategie di tipo assonantico e associativo; il secondo livello "quasi definitorio" riguarda la risposta perifrastica ma inadeguata; il terzo livello "definitorio narrativo-descrittivo" riguarda le risposte perifrastiche morfo-sintatticamente corrette e autonome; il quarto livello "definitorio caratterizzante-sinonimico" riguarda le risposte centrate su categorizzazioni; il quinto livello "definitorio non integrato" riguarda le risposte perifrastiche categorizzanti con specificazioni; Il sesto livello della scala codifica il raggiungimento della competenza più elevata, ovvero quella "metalinguistica", ovvero risposte perifrastiche categorizzanti con specificazione discriminante. La somministrazione è orale, con la seguente consegna: "*Cosa significa, vuol dire la parola...?*". Le risposte vengono trascritte *verbatim* e codificate in base alla scala suddetta, con un range di punteggio da 0 a 6.

3.3 PROCEDURA

Tutti i partecipanti sono stati sottoposti alla medesima batteria di test, somministrati individualmente in questo ordine: MMSE, GDS, Definizione di parole. Dato che le scale Cornell, UCLA-NPI, Vineland-II Survey Form prevedono la somministrazione ad un caregiver, questi strumenti sono stati sottoposti come questionario a scala Likert (Cornell, UCLA-NPI) e nella forma di intervista semistrutturata (Vineland-II). Gli individui hanno espresso il loro consenso alla raccolta e al trattamento dei dati nel rispetto della normativa vigente in materia di privacy.

Per l'analisi dei dati è stato utilizzato il pacchetto software SPSS, 22.0 – Andy Field (2009).

3.4 RISULTATI

3.4.1 ANALISI DESCRITTIVE

- Livello cognitivo

Il punteggio medio grezzo e quello aggiustato nel MMSE sono risultati rispettivamente: nel gruppo geriatrici $\bar{x} = 21,7$ d.s. = 4,9 e $\bar{x} = 22,3$ d.s. = 5,2; nel gruppo psichiatrico $\bar{x} = 21,08$ d.s. = 6,77 e $\bar{x} = 19,88$, d.s. = 6,48; nel gruppo di controllo $\bar{x} = 27,5$ d.s. = 2,14, e $\bar{x} = 26,7$ d.s. = 1,84. (vedi Figure 3.4, 3.5).

Fig. 3.4: Distribuzione del punteggio totale grezzo e aggiustato del MMSE nei gruppi G.I, P.I, G.N.I

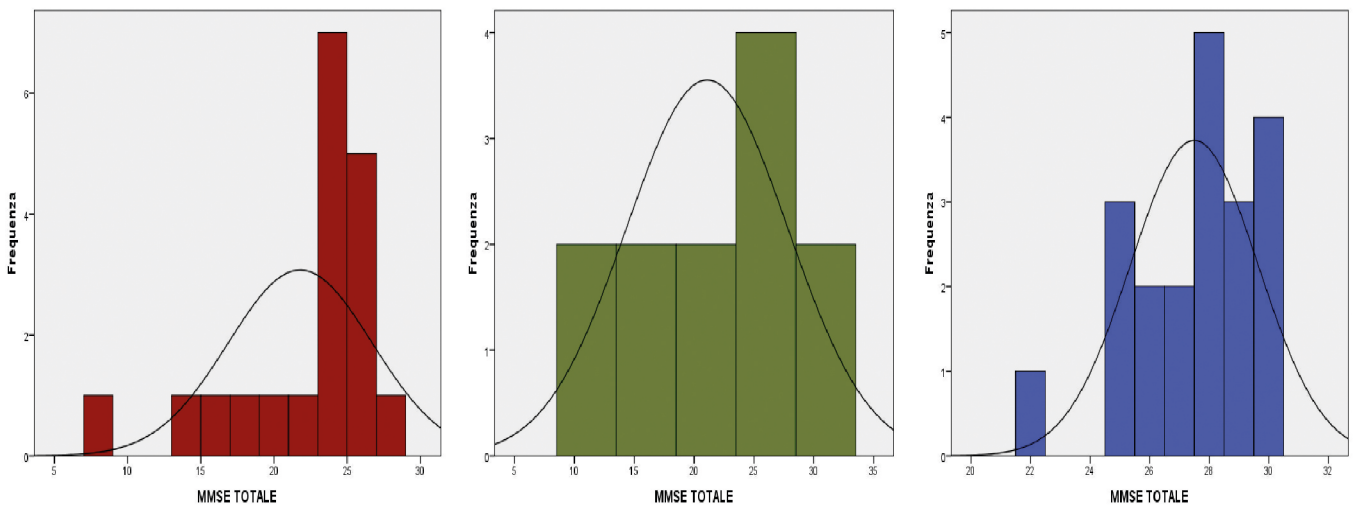
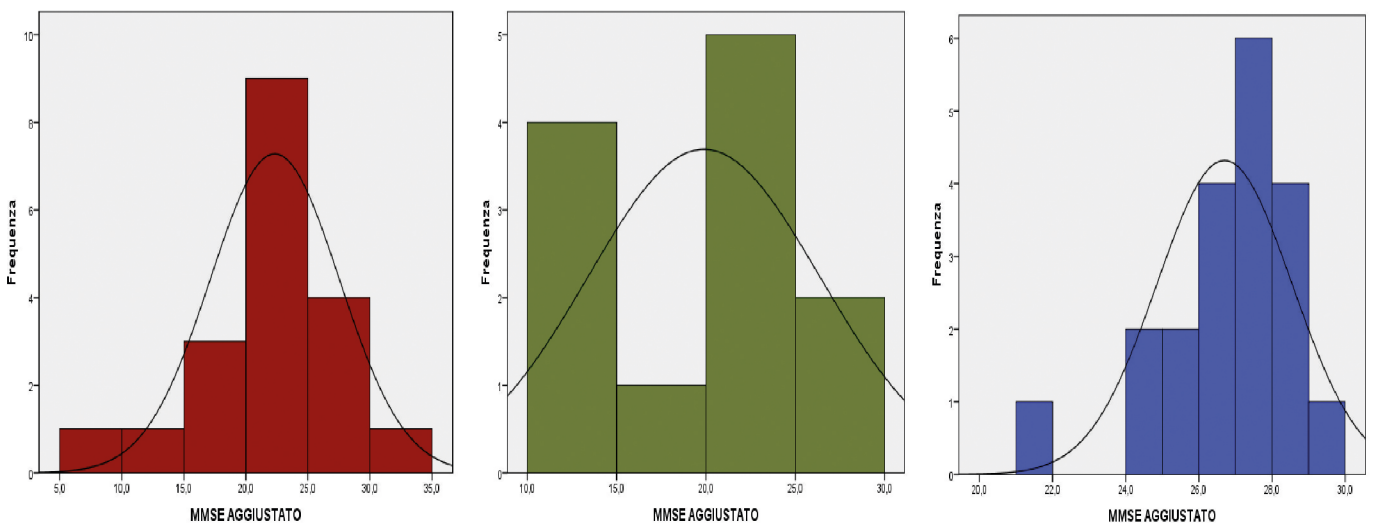


Fig. 3.5: Distribuzione del punteggio MMSE aggiustato dei G.I, P.I, G.N.I



Alla Geriatric Depression Scale (GDS) i geriatrici (G.I) ottengono un punteggio medio $\bar{x} = 10,5$ d.s. = 6,04, gli psichiatri (P.I) $\bar{x} = 10,67$ d.s. = 3,9 mentre il controllo (G.N.I) $\bar{x} = 4,6$ d.s = 2,873. Alla Cornell Scale i G.I ottengono un punteggio medio $\bar{x} = 9,89$ d.s. = 7,9, mentre i P.I $\bar{x} = 17,5$ d.s = 6,6. I, e i G.N.I $\bar{x} = 4,1$ d.s = 2,614. (vedi Figg. 3.6, 3.7).

Fig. 3.6: Distribuzione del punteggio GDS dei G.I, P.I, G.N.I

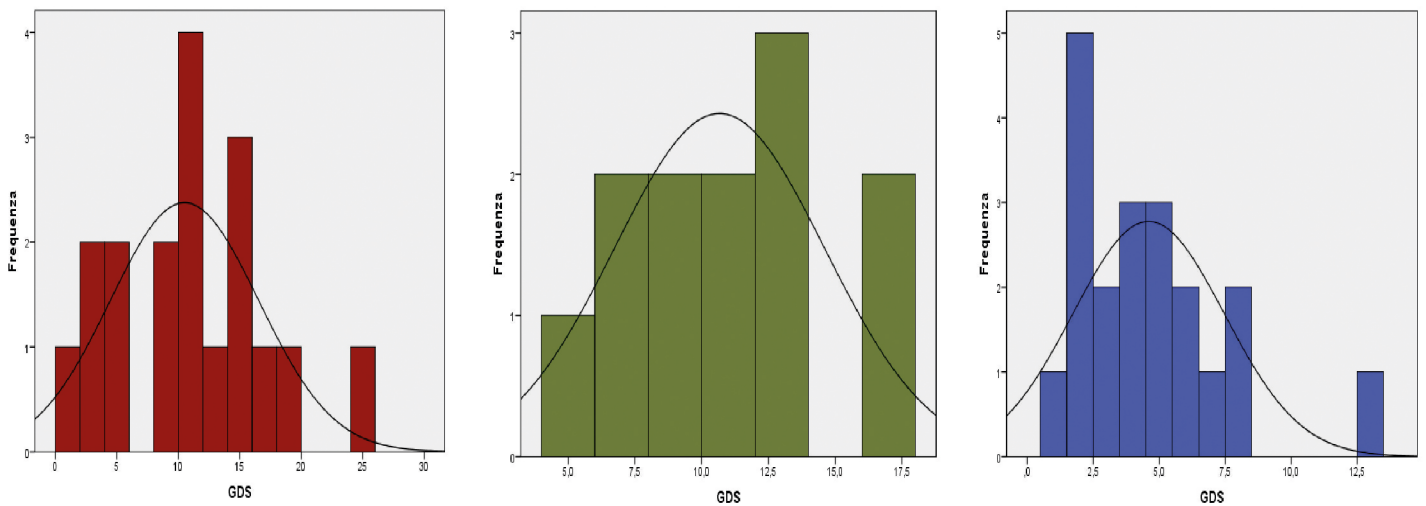
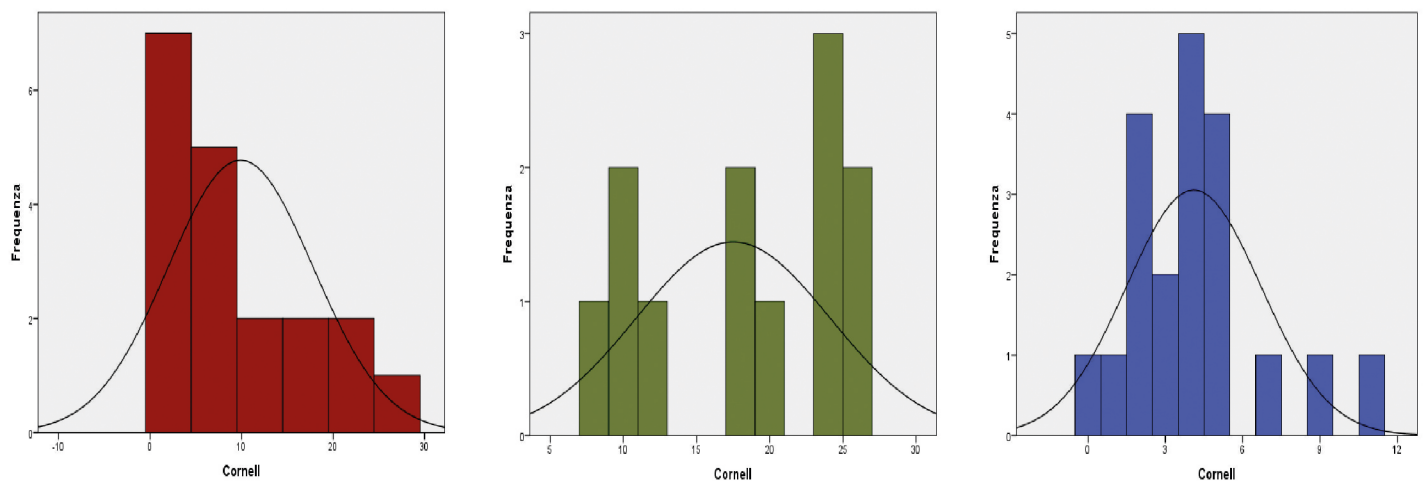


Fig. 3.7: Distribuzione del punteggio Cornell Scale dei G.I, P.I, G.N.I



Come è possibile osservare dagli istogrammi, i gruppi istituzionalizzati hanno distribuzioni che si differenziano dalla distribuzione normale, in particolare gli psichiatri (P.I).

3.4.2 ANALISI DELLE MEDIE

Per analizzare l'impatto delle variabili gruppo di diagnosi (P.I, G.I, G.N.I) e genere (M, F) è stata condotta una serie di analisi non parametriche sui punteggi medi nelle diverse misure considerate (Tab. 3.2.1a/b ,3.2.2a/b, 3.2.3a/b). E' stato scelto il test non parametrico per più campioni indipendenti Kruskal-Wallis, in quanto le distribuzioni delle medie dei punteggi nei test dei tre sottogruppi non risultano normali né è garantita l'omoschedasticità delle varianze e il campione è troppo piccolo per interpretare una distribuzione normale dei dati. Per conoscere la precisa significatività è stato scelto il metodo Monte Carlo. Qui di seguito si presentano i principali risultati illustrati nelle Tabelle 3.2.1a/b, 3.2.2a/b, 3.2.3a/b per i singoli test applicati.

Tabella 3.2.1a: Punteggi medi per tipo di prove nei gruppi geriatrico (G.I), psichiatrico (P.I) e controllo (G.N.I) rispetto alla variabile gruppo

	G.I N = 19	P.I N = 12	G.N.I N = 20	H gdl (2)	p
MMSE TOTALE GREZZO					
\bar{x}	21,79	21,08	27,5	19,50	,001
D.S.	4,92	6,73	2,14		
MMSE AGGIUSTATO					
\bar{x}	22,33	19,88	26,7	17,34	,001
D.S.	5,20	6,48	1,847		
GDS					
\bar{x}	10,5	10,67	4,6	16,25	,001
D.S.	6,04	3,93	2,873		
CORNELL SCALE					
\bar{x}	9,89	17,5	4,1	22,26	,001
D.S.	7,93	6,62	2,614		
UCLA-NPI TOTALE					
\bar{x}	22,21	40,58	5	22,33	,001
D.S.	25,25	15,79	6,75		
DEFINIZIONE					
\bar{x}	2,64	2,12	2,81	4,72	,098
D.S.	0,42	0,89	0,63		
VINELAND II SURVEY FORM:					
- COMUNICAZIONE					
\bar{x}	26	21,25	43,80	15,61	,001
D.S.	16,26	17,68	12,539		
- ABILITA' VIVERE QUOTIDIANO					
\bar{x}	10,16	11,83	48,20	35,49	,001
D.S.	9,46	10,96	6,88		
- SOCIALIZZAZIONE					
\bar{x}	13,53	9,92	47	32,14	,001
D.S.	13,36	7,66	10,32		
- ABILITA' MOTORIE					
\bar{x}	11,53	14,92	26,95	22,63	,001
D.S.	6,8	11,13	5,978		

Tabella 3.2.1.b: Punteggi medi per tipo di prove nei gruppi geriatrico (G.I), psichiatrico (P.I) e controllo (G.N.I) rispetto alla variabile genere

	M N = 17	F N = 34	H gdl (1)	p
MMSE TOTALE GREZZO				
\bar{x}	25,18	23,21	3,67	,054
D.S.	5,78	5,17		
MMSE AGGIUSTATO				
\bar{x}	24,18	23,10	2,18	,142
D.S.	5,58	5,19		
GDS				
\bar{x}	5,59	9,52	6,17	,012
D.S.	3,58	5,58		
CORNELL SCALE				
\bar{x}	7,34	10,50	4,14	,041
D.S.	7,48	7,94		
UCLA-NPI TOTALE				
\bar{x}	11,59	23,88	2,73	,107
D.S.	15,71	24,05		
DEFINIZIONE				
\bar{x}	2,66	2,55	,036	,860
D.S.	,908	,549		
VINELAND II SURVEY FORM:				
- COMUNICAZIONE				
\bar{x}	40	27,29	5,154	,025
D.S.	17,96	16,68		
- ABILITA' VIVERE QUOTIDIANO				
\bar{x}	34,82	20,79	4,83	,030
D.S.	19,44	19,52		
- SOCIALIZZAZIONE				
\bar{x}	36,06	20,68	5,29	,022
D.S.	20,68	18,45		
- ABILITA' MOTORIE				
\bar{x}	23	16,06	5,43	,019
D.S.	11,03	9,35		

- Livello cognitivo

Per quanto riguarda l'effetto della variabile gruppo rispetto al livello cognitivo si è ottenuta una differenza significativa [$H(2) = 17,34, p <,001$]; emerge che gli psichiatrici si differenziano dal gruppo di controllo (19,88 vs. 26,7), mentre i geriatrici (22,33), con punteggi intermedi, non si

differenziano dagli altri due gruppi (vedi Tabella 3.2.1a). La variabile genere non è risultata significativa [H (1) = 2,189, p = ,142] (vedi Tabella 3.2.1b).

- Sintomi psichiatrici

Nelle prestazioni all'UCLA-NPI rispetto al punteggio totale dei sintomi psichiatrici si è ottenuta una differenza significativa [H (2) = 22,33, p <,001]. Gli psichiatrici ottengono punteggi superiori dei geriatrici (40,58 vs. 22,21) e del controllo (\bar{x} = 5). Emerge che gli psichiatrici hanno punteggi medi più elevati dei geriatrici e del controllo alle scale cliniche delirio (4,67), allucinazione (3,42), agitazione (3,17), euforia (1,92), apatia/indifferenza (3,33), irritabilità/labilità (4,17), attività motoria (3,17), totale distress (17). I geriatrici hanno punteggi medi più elevati del gruppo di controllo nella scale apatia/indifferenza (2,05) e totale UCLA-NPI (22,21) (vedi Tabella 3.2.2a). Rispetto alla variabile genere, si evidenzia una differenza significativa per la scala clinica ansia [H (1) = 4,99, p = ,025] che indica un livello maggiore di questo sintomo nelle donne (vedi Tabella 3.2.2b).

Tabella 3.2.2.a Punteggi medi per sintomi psichiatrici (UCLA-NPI) nei gruppi geriatrico (G.I), psichiatrico (P.I) e controllo (G.N.I) rispetto alla variabile gruppo

	G.I	P.I	G.N.I	H gdl (2)	p
DELIRIO					
\bar{x}	,95	4,67		33,18	,001
D.S.	2,838	4,438			
ALLUCINAZIONE					
\bar{x}		3,42		29,96	,001
D.S.		4,337			
AGITAZIONE					
\bar{x}	2,47	3,17		17,51	,001
D.S.	4,526	2,85			
DEPRESSIONE					
\bar{x}	3,16	4,75	1,5	7,47	,023
D.S.	4,29	4,09	2,43		
ANSIA					
\bar{x}	4,63	4,50	1,80	3,52	,177
D.S.	5,315	4,4	3,54		
EUFORIA					
\bar{x}	,05	1,92		17,95	,001
D.S.	,229	2,27			
APATIA/INDIFFERENZA					
\bar{x}	2,05	3,33		17,40	,001
D.S.	3,7	4,65			
DISINIBIZIONE					
\bar{x}	1	1,92		15,11	,001
D.S.	3	2,71			
IRRITABILITA'/LABILITA'					
\bar{x}	2,89	4,17	,45	6,14	,044
D.S.	4,28	4,609	,605		
ATTIVITA' MOTORIA					
\bar{x}	,68	3,17		30,32	,001
D.S.	2,75	3,32			
DISTURBI DEL SONNO					
\bar{x}	3,26	5,08	,80	10,19	,005
D.S.	4,95	4,27	1,39		
DISTURBI ALIMENTARI					
\bar{x}	1,05	,58	,30	5,11	,077
D.S.	2,83	,515	,92		
DISTRESS					
\bar{x}	5,37	17	,45	28,29	,001
D.S.	10,07	9,59	2,01		
UCLA-NPI TOTALE					
\bar{x}	22,21	40,58	5	22,33	,001
D.S.	25,25	15,79	6,75		

Tabella 3.2.2b: Punteggi medi per sintomi psichiatrici (UCLA-NPI) nei gruppi geriatrico (G.I), psichiatrico (P.I) e controllo (G.N.I) rispetto alla variabile genere

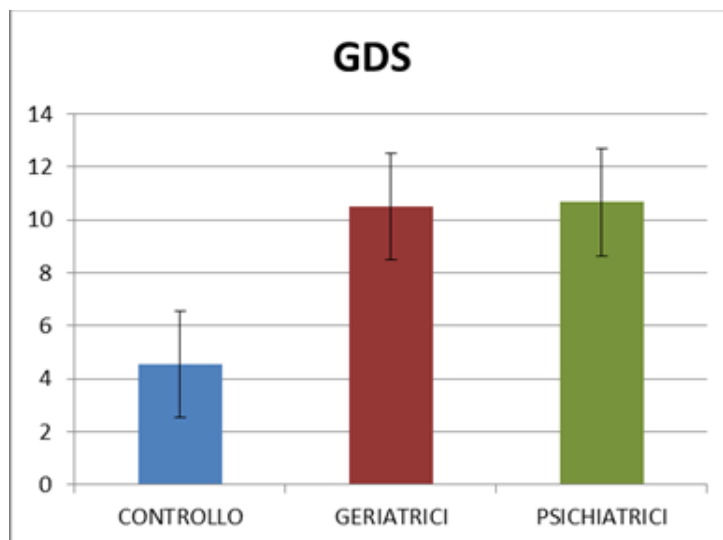
	M N = 17	F N = 34	H gdl (1)	p
DELIRIO				
\bar{x}	,53	1,91	1,06	,316
D.S.	1,38	3,82		
ALLUCINAZIONE				
\bar{x}	,76	,82	,288	,582
D.S.	2,9	2,32		
AGITAZIONE				
\bar{x}	,59	2,21	1,062	,311
D.S.	1,32	3,87		
DEPRESSIONE				
\bar{x}	1,71	3,47	2,52	,114
D.S.	2,59	4,15		
ANSIA				
\bar{x}	1,06	4,71	4,99	,025
D.S.	1,47	5,13		
EUFORIA				
\bar{x}	,53	,44	,268	,638
D.S.	1,32	1,37		
APATIA/INDIFFERENZA				
\bar{x}	1,12	1,76	,480	,498
D.S.	2,97	3,61		
DISINIBIZIONE				
\bar{x}	,41	1,03	,067	,838
D.S.	1	2,75		
IRRITABILITA'/LABILITA'				
\bar{x}	1,71	2,50	,000	,996
D.S.	2,91	4,06		
ATTIVITA' MOTORIA				
\bar{x}	1,18	,91	,221	,694
D.S.	3,08	2,35		
DISTURBI DEL SONNO				
\bar{x}	1,41	3,38	1,43	,246
D.S.	2,48	4,4		
DISTURBI ALIMENTARI				
\bar{x}	,41	,76	,238	,686
D.S.	,618	2,21		
DISTRESS				
\bar{x}	3,71	7,41	2,14	,141
D.S.	7,36	10,96		
UCLA-NPI TOTALE				
\bar{x}	11,59	23,88	2,73	,107
D.S.	15,71	24,05		

- Livello affettivo

Per le prestazioni rispetto alla variabile gruppo nella scala GDS si è ottenuta una differenza significativa nei tre gruppi [$H(2) = 16,25, p < ,001$]. Il gruppo di controllo risulta avere un punteggio medio di scala significativamente più basso dei geriatri e degli psichiatri (4,55 vs. 10,5 vs. 10,67) (vedi Tabella 3.2.1a). La variabile genere risulta significativa [$H(1) = 6,17, p = ,012$] con punteggi superiori delle donne rispetto agli uomini (vedi Tabella 3.2.1b).

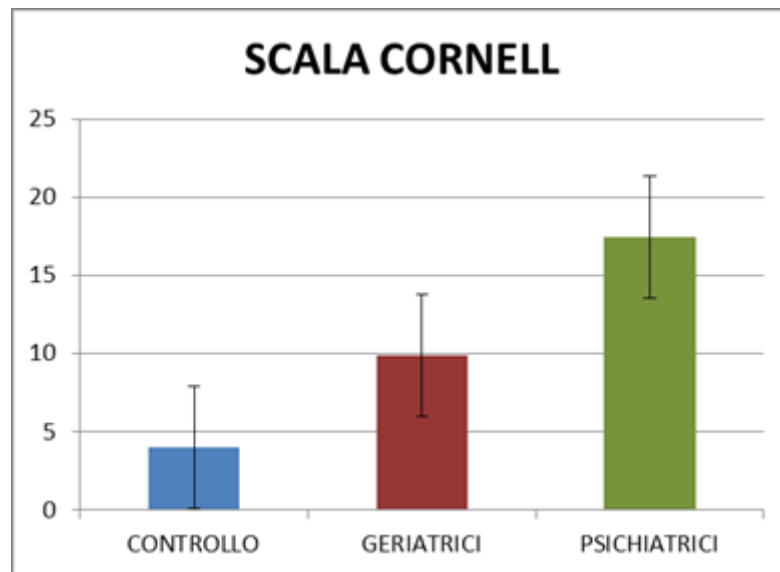
Per le prestazioni alla Cornell Scale si è ottenuta una differenza significativa nei tre gruppi [$H(2) = 22,26, p < ,001$]. Gli psichiatri hanno un punteggio medio più elevato rispetto ai geriatri e al controllo (17,50 vs. 9,89 vs. 4,10) (vedi Tabella 3.2.1a). La variabile genere risulta significativa [$H(1) = 4,14, p = ,041$] ancora una volta con punteggi di scala superiori delle donne (vedi Figg. 3.8a e 3.8b e Tabella 3.2.1a/b).

Fig. 3.8a: Distribuzione dei punteggi medi nei gruppi controllo (G.N.I), geriatri (G.I) e psichiatri (P.I) alla scala GDS



Le barre indicano l'errore standard medio

Fig. 3.8b: Distribuzione dei punteggi medi nei gruppi controllo (G.N.I), geriatrici (G.I) e psichiatrici (P.I) alla scala Cornell Scale.

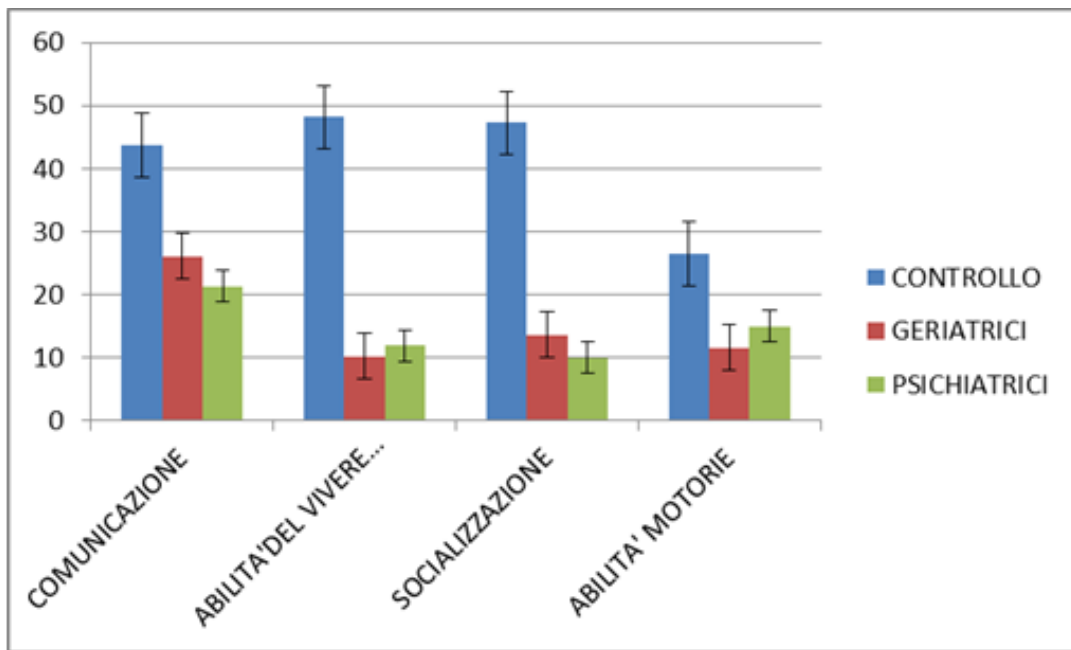


Le barre indicano l'errore standard medio

- Comportamenti adattivi

Alla scala Vineland-II Survey Form si è ottenuta una differenza significativa tra i gruppi in tutte le sottoscale: scala Comunicazione [H (2) = 15,61, p <,001], scala Abilità Vivere Quotidiano [H (2) = 35,49, p <,001], scala Socializzazione [H (2) = 32,14, p <,001] e scala Abilità Motorie [H (2) = 22,63, p <,001]. I geriatrici hanno punteggi migliori degli psichiatrici nelle scale Socializzazione (13,53 vs. 9,92) e nella scala Comunicazione (26 vs. 21,25); inoltre i geriatrici hanno punteggi significativamente peggiori degli psichiatrici nella scala Abilità Vivere Quotidiano (10,16 vs. 11,83) e scala Abilità Motorie (11,53 vs. 14,92) (vedi Tabella 3.2.2a). Si è inoltre ottenuto una differenza significativa del punteggio medio in tutte le scale rispetto alla variabile genere: scala Comunicazione [H (1) = 5,154, p = ,025], scala Abilità del Vivere Quotidiano [H (1) = 4,83, p = ,030], scala Socializzazione [H (1) = 5,29, p = ,022], scala Abilità Motorie [H (1) = 5,43, p = ,019] con punteggi più elevati degli uomini che hanno dunque prestazioni migliori (vedi Fig.3.9 e Tabella 3.2.2b).

Fig. 3.9: Distribuzione dei punteggi dei tre gruppi alle Scale Vineland-II Survey Form



Le barre indicano l'errore standard medio

- Linguaggio

Al compito di Definizione non si è ottenuta una differenza significativa della variabile gruppo [$H(2) = 4,72, p = ,098$]. Nonostante ciò emerge che il gruppo di psichiatrici ottiene mediamente punteggi più bassi nelle definizioni rispetto ai geriatrici (2,12 vs. 2,64) e al controllo (2,81) (Vedi Tabella 3.2.3a). Inoltre si è dimostrata una differenza significativa della variabile gruppo nella definizione delle Parole Astratte [$H(2) = 6,33, p = ,041$] e Emozioni Secondarie [$H(2) = 5,42, p = ,016$] (vedi Tabella 3.2.3a). Gli psichiatrici hanno punteggi significativamente più bassi alla categoria Parole Astratte dei geriatrici (1,937 vs. 2,53) e del controllo (2,70). Allo stesso modo hanno punteggi più bassi alla categoria Emozioni Secondarie (2,06) dei geriatrici (2,55) e del controllo (2,9). La variabile genere non risulta influenzare il Punteggio Medio Definizioni ($p = ,860$) (vedi Figura 3.10 e Tabella 3.2.3b).

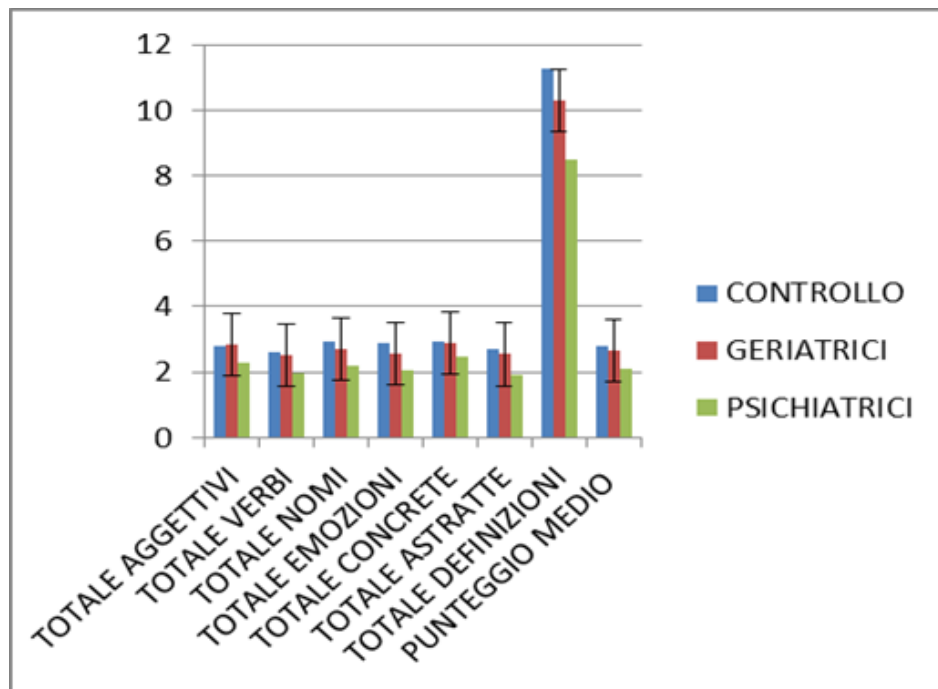
Tabella 3.2.3 a: Punteggi medi per Compito di Definizione nei gruppi geriatrico (G.I), psichiatrico (P.I) e controllo (G.N.I) rispetto alla variabile gruppo

	G.I	P.I	G.N.I	H gdl (2)	p
AGGETTIVI					
\bar{x}	2,83	2,29	2,77	4,44	,109
D.S.	,65	1,16	,50		
NOMI					
\bar{x}	2,7	2,17	2,9	5,57	,061
D.S.	,635	,87	,50		
VERBI					
\bar{x}	2,52	1,96	2,6	4,46	,107
D.S.	,54	,968	,616		
EMOZIONI TOTALI					
\bar{x}	2,55	2,07	2,9	5,42	,062
D.S.	,38	,84	,94		
EMOZIONI PRIMARIE					
\bar{x}	2,55	2,1	2,9	4,45	,104
D.S.	,467	1,08	1,05		
EMOZIONI SECONDARIE					
\bar{x}	2,55	2,06	2,9	8,07	,016
D.S.	,411	,75	,75		
CONCRETE					
\bar{x}	2,88	2,45	2,9	3,08	,219
D.S.	,60	1,05	,75		
ASTRATE					
\bar{x}	,2,53	1,93	2,70	6,33	,041
D.S.	,429	,83	,74		
PUNTEGGIO MEDIO DEFINIZIONI					
\bar{x}	2,64	2,12	2,81	4,72	,098
D.S.	,42	,88	,63		

Tabella 3.2.3b: Punteggi medi per Compito di Definizione nei gruppi geriatrico (G.I), psichiatrico (P.I) e controllo (G.N.I) rispetto alla variabile genere

	M N = 17	F N = 34	H gdl (1)	p
AGGETTIVI				
\bar{x}	2,79	2,62	,304	,585
D.S.	,872	,722		
NOMI				
\bar{x}	2,73	2,65	,008	,928
D.S.	1,06	,673		
VERBI				
\bar{x}	2,38	2,46	,292	,601
D.S.	,849	,672		
EMOZIONI TOTALI				
\bar{x}	2,74	2,49	,493	,485
D.S.	1,13	,584		
EMOZIONI PRIMARIE				
\bar{x}	2,77	2,49	,408	,543
D.S.	1,30	,672		
EMOZIONI SECONDARIE				
\bar{x}	2,73	2,50	,287	,608
D.S.	1,03	,588		
CONCRETE				
\bar{x}	2,85	2,77	,062	,804
D.S.	,91	,739		
ASTRATTE				
\bar{x}	2,55	2,41	,144	,718
D.S.	,957	,580		
PUNTEGGIO MEDIO DEFINIZIONI				
\bar{x}	2,66	2,55	,036	,860
D.S.	,908	,549		

Fig. 3.10: Distribuzione dei punteggi dei tre gruppi al compito di Definizione



Le barre indicano l'errore standard medio

3.4.3 CONFRONTO TRA GRUPPI

Dopo le analisi esplorative di varianza, sopra descritte, si è ritenuto opportuno procedere con confronti tra gruppi il più possibile bilanciati per il maggior numero di variabili. Ciò ha comportato una netta riduzione della numerosità dei gruppi. Il gruppo di controllo (G.N.I), ai fini di tale appaiamento, è stato costruito in modo diverso a seconda del confronto con il gruppo degli psichiatrici (P.I) e dei geriatrici (G.I). Ognuno dei gruppi risultanti e utili ai fini dell'appaiamento è composto di 10 individui, ciò al fine di garantire la massima compatibilità tra di essi. L'esclusione dei casi estremi ha reso il campione più omogeneo e normalizzato. Il metodo statistico utilizzato è il T-Student per campioni indipendenti. Rispetto ai criteri dell'appaiamento nelle diverse variabili si fa riferimento alle tabelle 3.3 e 3.4.

Tabella 3.3: Confronto tra gruppi psichiatrici (P.I) e controllo (G.N.I)

	P.I N = 10	G.N.I N = 10	t	p
Genere	33,3% uomini 66,7% donne	33,3% uomini 66,7% donne		
\bar{x}	1,70	1,70	,001	1
D.S.	,483	,483		
Età				
\bar{x}	75,50	76,30	2,68	,792
D.S.	6,65	6,68		
Stato civile	Celibi/nubili	Sposati	2,334	,032
Scolarità	Scuole elementari	Scuole elementari	1,078	,295
MMSE TOTALE				
\bar{x}	20,27	27,90	3,108	,006
D.S.	7,134	1,663		
MMSE AGGIUSTATO				
\bar{x}	19,82	26,77	3,156	,005
D.S.	6,911	,844		
GDS				
\bar{x}	11,70	5,20	-4,386	,001
D.S.	3,43	3,19		
CORNELL SCALE				
\bar{x}	16,60	4,50	-5,312	,001
D.S.	6,802	2,369		
UCLA-NPI TOTALE				
\bar{x}	37,80	5,10	-5,994	,001
D.S.	15,61	7,34		
VINELAND-II COMUNICAZIONE				
\bar{x}	21,60	45,20	3,487	,003
D.S.	19,48	8,84		
ABILITA' VIVERE QUOTIDIANO				
\bar{x}	11,60	51,90	9,96	,001
D.S.	12,02	4,38		
SOCIALIZZAZIONE				
\bar{x}	9,40	49,50	11,625	,001
D.S.	8,369	6,99		
ABILITA'MOTORIE				
\bar{x}	12,90	27,20	3,705	,002
D.S.	11,15	4,96		
DEFINIZIONE				
\bar{x}	2,25	3	2,002	,061
D.S.	,92	,74		

In sintesi, rispetto alle variabili descrittive, riportate nella tabella 3.3, i gruppi psichiatrici (P.I) e controllo (G.N.I) presentano differenze solo rispetto allo stato civile (i P.I sono prevalentemente celibi/nubili, mentre G.N.I perlopiù sposati), mentre non si differenziano per sesso, età, scolarità. Gli psichiatrici mostrano, in generale, prestazioni peggiori del controllo in tutte le scale: particolarmente rilevante è la differenza di punteggi alle scale che indagano l'affettività (GDS, Cornell Scale) e il decadimento cognitivo (MMSE). Rispetto ai sintomi psichiatrici emergono

punteggi più elevati degli anziani psichiatrici (P.I) nelle scale: delirio, allucinazioni, agitazione, depressione, euforia, irritabilità/labilità, attività motoria, disturbi del sonno, distress. Emergono ancora differenze significative tra psichiatrici (P.I) e controllo (G.N.I) alle scale Vineland –II Survey Form, con minore adattamento degli psichiatrici. La competenza definitoria, con prestazioni peggiori degli psichiatrici, risulta solo marginalmente significativa (p =,061).

Tabella 3.4: Confronto tra gruppi geriatrici (G.I) e controllo (G.N.I)

	G.I N = 10	G.N.I N = 10	t	p
Genere	20% uomini 80% donne	20% uomini 80% donne		
\bar{x}	1,80	1,80	,001	1
D.S.	,422	,422		
Età				
\bar{x}	83,60	82,90	-,201	,843
D.S.	7,60	7,96		
Stato civile	Vedovi	Vedovi	1,028	,318
Scolarità	Scuole elementari	Scuole elementari	2,68	,791
MMSE TOTALE				
\bar{x}	20,80	26,80	3,029	,007
D.S.	5,88	2,15		
MMSE AGGIUSTATO				
\bar{x}	20,84	26,54	2,858	,010
D.S.	5,95	2,06		
GDS				
\bar{x}	11,11	4,70	-2,55	,020
D.S.	7,68	1,94		
CORNELL SCALE				
\bar{x}	11	3,60	-2,77	,013
D.S.	8,19	2,06		
UCLA-NPI TOTALE				
\bar{x}	25,60	5,10	-2,13	,047
D.S.	29,47	7,57		
VINELAND-II COMUNICAZIONE				
\bar{x}	23,90	41,90	3,173	,005
D.S.	13,86	11,37		
ABILITA' DEL VIVERE QUOTIDIANO				
\bar{x}	8,50	47,50	11,191	,001
D.S.	7,36	8,19		
SOCIALIZZAZIONE				
\bar{x}	12,80	47	7,077	,001
D.S.	12,77	8,38		
ABILITA' MOTORIE				
\bar{x}	11,30	25,10	5,736	,001
D.S.	5,41	5,34		
DEFINIZIONE				
\bar{x}	2,54	2,76	1,329	,2
D.S.	,42	,315		

In sintesi, rispetto a quanto descritto nella tabella 3.4, i gruppi geriatrici (G.I) e controllo (G.N.I) non presentano significative differenze nelle caratteristiche descrittive personali, mentre emergono differenze significative per il livello cognitivo (MMSE), affettivo (GDS, Cornell Scale), e comportamentale (Vineland-II), con prestazioni peggiori dei geriatrici in tutte le aree. Anche circa i sintomi psichiatrici sono emerse differenze tra le tipologie di individui, con un numero più rilevante di sintomi nei geriatrici. Nelle aree adattive emergono ancora differenze significative con un andamento peggiore dei geriatrici rispetto al controllo in tutte le scale dell'adattamento. La scala in cui emerge una relativamente maggiore differenza è l' Abilità del Vivere Quotidiano. Diversamente i due gruppi sono bilanciati rispetto alla competenza definitoria, con punteggi mediamente superiori ma non significativi del gruppo di controllo.

Dai due confronti emerge che i geriatrici (G.I) si differenziano dal controllo (G.N.I) per prestazioni peggiori per alcune aree cliniche quali disturbi affettivi, decadimento cognitivo e comportamento adattivo; al contrario i sintomi psichiatrici sono una variabile meno significativa di differenza nei gruppi geriatrici e controllo, così come la competenza definitoria. Al contrario emerge che gli psichiatrici (P.I) si differenziano dal controllo (G.N.I) in tutte le aree indagate, con prestazioni peggiori degli psichiatrici, i quali dimostrano un più marcato scadimento cognitivo, gravità sintomatologica e disadattamento.

3.4.4. ASSOCIAZIONE TRA PRESTAZIONI NELLE DIVERSE AREE

Per rilevare le possibili associazioni intragruppo nelle diverse aree indagate, sono state condotte una serie di analisi di correlazioni bivariate (Coefficiente di correlazione per ranghi di Spearman, ρ_s) a due code².

Nei geriatrici emergono le seguenti correlazioni tra le prestazioni nelle aree indagate, benché non tutte significative: una correlazione negativa tra MMSE ed età ($\rho_s = -,112$) anche per i punteggi aggiustati ($\rho_s = -,040$), che conferma le evidenze della letteratura rispetto al decadimento cognitivo al crescere dell'età. Il MMSE correla positivamente anche con la scolarità ($\rho_s = ,117$). Il sesso sembra correlare tanto con la scolarità, indicando che individui di sesso femminile hanno una




² Nelle analisi di correlazioni bivariate non è stata effettuata la correzione delle probabilità per confronti multipli.

scolarità più bassa ($\rho_s = -,221$), quanto con i punteggi del MMSE ($\rho_s = -,131$). Questo dato però potrebbe essere giustificato dal disequilibrio tra numero di utenti femmine rispetto ai maschi nel gruppo geriatrico. Nel gruppo di psichiatrici il MMSE correla positivamente con la scolarità ($\rho_s = ,593^*$); e negativamente con l'età ($\rho_s = -,251$), anche se aggiustato per età e scolarità ($\rho_s = -,074$). Emerge una correlazione negativa significativa tra età e punteggio MMSE ($\rho_s = -,553^{*3}$), indicando che all'aumentare dell'età si abbassa il punteggio al MMSE; tale significatività viene meno se aggiustato per età e scolarità ($\rho_s = -,024$). Nel gruppo di controllo il sesso correla con il MMSE ($\rho_s = -,440^*$) indicando che le donne ottengono punteggi più bassi al MMSE, probabilmente giustificati dal fatto che le donne hanno un'età mediamente maggiore degli uomini. La scolarità correla negativamente con l'età ($\rho_s = -,124$) e positivamente con il MMSE ($\rho_s = ,308$). Lo stato civile correla con l'età ($\rho_s = ,489^*$) e con il sesso ($\rho_s = ,460^*$), indicando che le donne sono più anziane e più spesso vedove.

Tabella 3.5: Correlazione tra punteggi nelle diverse aree indagate per tipo di gruppo

	UCLA-NPI (TOTALE DI SCALA)	GDS	CORNELL SCALE	DEFINIZIONE
MMSE AGGIUSTATO	-,288 -,014 -,207	,130 -,554* -,718**	-,264 -,389 -,365	,068 ,634* ,254
UCLA-NPI (TOTALE DI SCALA)		,512* ,102 ,479*	,850** ,293 ,660**	-,069 -,151 -,123
GDS			,702** ,075 ,506*	-,188 ,085 -,255
CORNELL SCALE				,023 -,297 -,391*

Legenda: **.p < 0, 01 (a una coda), * .p < 0, 05 (a una coda).

 Geriatrici  Psichiatrici  Controllo

³ Legenda: **.p < 0, 01 (a una coda), * .p < 0, 05 (a una coda).

Di seguito si presentano, di volta in volta, le associazioni tra variabili considerate nella popolazione complessiva e singolarmente nei tre gruppi.

- Decadimento cognitivo e depressione

Nella popolazione complessiva emerge una correlazione negativamente significativa ($-0,483^{**}$) tra punteggi al MMSE (aggiustato) e punteggi alla GDS, e una correlazione negativamente significativa ($\rho_s = -0,506^{**}$) tra MMSE (aggiustato) e Cornell Scale. Specificatamente nei tre gruppi emerge che negli psichiatrici la correlazione tra GDS e MMSE (aggiustato) è negativamente significativa ($\rho_s = -0,554^*$), come pure è negativa la correlazione tra MMSE aggiustato e Cornell ($\rho_s = -0,389$); nel gruppo di controllo la correlazione tra MMSE aggiustato e GDS è negativamente significativa ($\rho_s = -0,718^{**}$), come pure è negativa la correlazione tra punteggi MMSE aggiustato e Cornell ($\rho_s = -0,365$). Questi risultati sono in linea con la letteratura che supporta una significativa relazione tra decadimento cognitivo e depressione (Bianchetti, Pezzini, 2001; Bizzini, 2009; Dotson, et al., 2008; Gala, et al., 2008; Bielak, et al., 2011; Gildengers, et al., 2013).

- Sintomi psichiatrici

Rispetto ai sintomi psichiatrici nella popolazione complessiva emerge una correlazione negativamente significativa tra sintomi espressi con UCLA-NPI ed età ($\rho_s = -0,145$) e UCLA-NPI e MMSE totale grezzo ($\rho_s = -0,430^{**}$) e aggiustato ($\rho_s = -0,478$). Nei gruppi di geriatrici istituzionalizzati ($\rho_s = -0,288$) e di controllo ($\rho_s = -0,207$), considerati distintamente, emergono correlazioni negative tra sintomi psichiatrici e deterioramento cognitivo, mentre negli psichiatrici ($\rho_s = -0,014$) c'è assenza di correlazione. Ciò converge con i risultati della letteratura internazionale che identificano un alto livello di sintomatologia psichiatrica in corrispondenza a maggior decadimento cognitivo nell'anziano (Bianchetti, Pezzini, 2001; Bizzini, 2009; Dotson, et al., 2008; Gala, et al., 2008; Bielak, et al., 2011; Gildengers, et al., 2013). I sintomi che correlano con il decadimento cognitivo nel campione complessivo sono: delirio ($\rho_s = -0,377^{**}$), allucinazioni ($\rho_s = -0,278^*$), agitazione ($\rho_s = -0,606^{**}$), ansia ($\rho_s = -0,349^*$), euforia ($\rho_s = -0,334^*$), apatia/indifferenza ($\rho_s = -0,399^{**}$), disinibizione ($\rho_s = -0,403^{**}$), irritabilità/labilità ($\rho_s = -0,388^{**}$), attività motoria ($\rho_s = -0,341^*$). Questi sintomi rispecchiano la triade descritta in letteratura (Aalten, et al., 2003): disturbi psicotici, disturbi affettivi, disturbi del comportamento associati a decadimento cognitivo.

- Area affettiva

Nella popolazione complessiva i livelli di depressione autopercepiti alla GDS e eteropercepiti alla Cornell Scale correlano positivamente tra loro ($\rho_s = ,694^{**}$), e con il punteggio totale UCLA-NPI (GDS: $\rho_s = ,603^{**}$; Cornell: $\rho_s = ,836^{**}$). A differenza del gruppo degli psichiatri, nei geriatrici e nel controllo emerge una correlazione positiva tra scala UCLA-NPI e la scala per la depressione (GDS): geriatrici (G.I) ($\rho_s = ,512^*$) e controllo (G.N.I) ($\rho_s = ,479^*$); e tra UCLA-NPI e Cornell Scale: geriatrici (G.I) ($\rho_s = ,850^{**}$) e controllo (G.N.I) ($\rho_s = ,506^*$) (vedi Tabella 3.5).

- Comportamento adattivo

Rispetto al comportamento adattivo (Tabella 3.6) sono state indicate le correlazioni tra scale Vineland-II Survey Form e altre scale di valutazione. In tutti e tre i gruppi, distintamente considerati, il punteggio MMSE correla positivamente con le scale Vineland-II. La scala UCLA-NPI ha nei gruppi geriatrico e controllo una correlazione negativa con i punteggi Vineland-II, mentre negli psichiatri emerge una correlazione positiva, benché non significativa, ma solo per le scale Comunicazione ($\rho_s = ,249$) e Socializzazione ($\rho_s = ,203$), mentre una correlazione negativa, non significativa, per le scale Abilità del Vivere Quotidiano ($\rho_s = -,427$) e Motorie ($\rho_s = -,240$). La depressione, indagata con GDS, sembra incidere negativamente sulle scale Vineland-II tranne per i geriatrici in cui emerge una correlazione positiva tra GDS e Abilità del Vivere Quotidiano ($\rho_s = ,025$) e Socializzazione ($\rho_s = ,045$). L'abilità linguistica sembra correlare positivamente con le Vineland-II tranne per la scala Abilità motorie nel gruppo geriatrici ($\rho_s = -,041$) (vedi Tabella 3.6).

Tabella 3.6: Correlazione tra punteggi ponderati alle Scale Vineland-II e punteggi ai test MMSE, UCLA-NPI, GDS, Cornell Scale, Definizione nei tre gruppi.

	MMSE AGGIUSTATO	UCLA-NPI TOTALE	GDS	CORNELL SCALE	DEFINIZIONE
SCALA COMUNICAZIONE	,618 ,760** ,255	-,229 ,249 -,379*	-,231 -,297 -,350	,277 -,581* -,185	,356 ,537* ,492*
SCALA ABILITA' DEL VIVERE QUOTIDIANO	,744** ,688** ,279	-,199 -,427 -,010	,025 -,302 -,078	-,106 -,264 ,180	,161 ,410 ,404*
SCALA SOCIALIZZAZIONE	,626** ,535* ,325	-,262 ,203 -,033	,045 -,392 -,157	-,043 -,391 -,089	,326 ,380 ,527**
SCALA ABILITA' MOTORIE	,560** ,529* ,004	-,493* -,240 -,114	-,140 -,432 -,143	-,322 -,094 ,094	-,041 ,329 ,250

Legenda: **.p < 0, 01 (a una coda), * .p < 0, 05 (a una coda).

 Geriatrici  Psichiatrici  Controllo

Nota: nel caso di assenza di variabilità in una delle misure considerate l'analisi di correlazione non da risultati. In questi casi non è stato indicato nessun valore.

Nei geriatrici (G.I) i sintomi che correlano negativamente in modo significativo con le scale Vineland-II sono, per la scala Comunicazione, delirio ($\rho_s = -,501^*$), agitazione ($\rho_s = -,601^{**}$), attività motoria ($\rho_s = -,504^*$); per la scala Abilità del Vivere Quotidiano è l'agitazione ($\rho_s = -,532^{**}$), che è anche significativa per la scala Socializzazione ($\rho_s = -,573^{**}$); per la scala Abilità Motorie sono ansia ($\rho_s = -,425^*$) e DCA ($\rho_s = -,418^*$). I sintomi psichiatrici che correlano in modo negativamente significativo con le Vineland-II nel gruppo di controllo (G.N.I) sono, per la scala Comunicazione, i disturbi del sonno ($\rho_s = -,522^{**}$); mentre per la scala Abilità del Vivere Quotidiano, l'ansia ($\rho_s = -,409^*$) e i disturbi del sonno ($\rho_s = -,458^{**}$); per la scala Socializzazione sono i disturbi del sonno ($\rho_s = -,384^*$); e per la scala Abilità Motorie sono l'ansia ($\rho_s = -,419^*$) e i disturbi del sonno ($\rho_s = -,426^*$) (vedi Tabella 3.7). In ultimo nel gruppo psichiatrici (P.I) emerge che la depressione correla positivamente con le scale Comunicazione ($\rho_s = ,637^*$), Abilità del Vivere Quotidiano ($\rho_s = ,652^*$) e Abilità Motorie ($\rho_s = ,605^*$). Assieme alla depressione anche il delirio e l'irritabilità/labilità presentano per questo gruppo correlazioni positive con tutte le scale Vineland-II, seppur non

significative. Questo dato è interessante, poiché induce a pensare che alcuni sintomi presenti in modo rilevante negli psichiatri non siano tanto disfunzionali come atteso, ma anzi in qualche modo correlino con il mantenimento di alcuni comportamenti adattivi.

Tabella 3.7: Correlazione tra le Scale Vineland-II Survey Form e sintomi psichiatri alla UCLA-NPI

	COMUNICAZIONE	ABILITA' DEL VIVERE QUOTIDIANO	SOCIALIZZAZIONE	ABILITA' MOTORIE
DELIRIO	-,501* ,424	-,386 ,373	-,220 ,188	-,236 ,431
ALLUCINAZIONE	-,063	,113	-,264	,319
AGITAZIONE	-,601** ,383	-,532** ,377	-,537** ,054	-,514* ,332
DEPRESSIONE	-,260 ,637* -,139	-,181 ,652* ,243	-,098 ,408 ,094	-,361 ,605* -,014
ANSIA	-,337 ,111 -,239	-,261 ,153 -,409*	-,142 ,207 -,307	-,425* -,294 -,419*
EUFORIA	-,215 -,355	-,265 -,081	0,000 ,070	,195 ,211
APATIA/INDIFFERENZA	-,087 -,124	-,219 ,082	-,237 -,128	-,197 ,319
DISINIBIZIONE	-,327 -,246	-,244 -,035	-,106 ,203	-,256 ,168
IRRITABILITA'/LABILITA'	-,097 ,089 ,153	-,022 ,288 ,280	-,319 ,128 ,036	-,180 ,220 ,165
ATTIVITA' MOTORIA	-,504* -,237	-,386 -,122	-,227 -,283	-,222 ,039
DISTURBI SONNO	-,004 ,419 -,522**	-,141 ,424 -,458*	,137 ,474 -,384*	-,064 -,111 -,426*
DISTURBI ALIMENTARI	-,178 -,221 -,339	-,032 ,099 ,047	,039 ,050 -,097	-,418* ,272 -,076

Legenda: **.p < 0, 01 (a una coda), * .p < 0, 05 (a una coda).



Geriatrici



Psichiatrici



Controllo




Nota: nel caso di assenza di variabilità in una delle misure considerate l'analisi di correlazione non da risultati. In questi casi non è stato indicato nessun valore.

Indagata l'area affettiva, con la GDS e Cornell scale, in associazione al comportamento adattivo, con Vineland-II, i dati indicano associazioni differenti tendenzialmente negative (vedi Tabella 3.8). Questo risultato potrebbe essere legato al modo diverso di indagare il costrutto depressione nelle due scale. I dati della GDS e Cornell in correlazione a Vineland-II indicano associazioni in linea ai risultati della letteratura, che identificano nella gravità di sintomi psichiatrici un fattore di disfunzionamento maggiore nelle diverse aree di vita.

Tabella 3.8: Correlazione tra punteggi alle Scale Vineland-II e alle scale GDS (autovalutazione) e Cornell Scale (eterovalutazione) nei gruppi geriatrici, psichiatrici e controllo

	GDS	CORNELL SCALE
SCALA COMUNICAZIONE	-,231 -,297 -,350	-,277 -,581* -,185
SCALA ABILITA' DEL VIVERE QUOTIDIANO	,025 -,302 -,078	-,106 -,264 ,180
SCALA SOCIALIZZAZIONE	,045 -,392 -,157	-,043 -,391 ,089
SCALA ABILITA' MOTORIE	-,140 -,432 -,143	-,322 -,094 ,094

Legenda: **.p < 0,01 (a una coda), *.p < 0,05 (a una coda)

 Geriatrici  Psichiatrici  Controllo

- Linguaggio e livello cognitivo

Per quanto riguarda la correlazione tra MMSE e Compito di Definizione nella popolazione complessiva emerge una correlazione positiva tra MMSE (punteggio aggiustato) e definizione di Aggettivi ($\rho_s = ,485^{**}$), Nomi ($\rho_s = ,437^{**}$), Verbi ($\rho_s = ,477^{**}$), Emozioni ($\rho_s = ,313^*$), Concreti ($\rho_s = ,466^{**}$), Astratti ($\rho_s = ,493^{**}$) e Punteggio Medio Definizioni ($\rho_s = ,443^{**}$). Nello specifico nel gruppo psichiatrici (P.I) emerge una correlazione positivamente significativa tra Punteggio Medio Definizioni e MMSE aggiustato ($\rho_s = ,634^*$), così come nel controllo (G.N.I) la correlazione è

positiva benché non significativa; nei geriatrici (G.I), invece, non risultano associazioni significative ($\rho_s = ,068$). Negli psichiatrici la competenza definitoria di tutte le tipologie di parole considerate correla positivamente con il MMSE. Emerge inoltre una correlazione significativa tra punteggio medio e MMSE, assente negli altri due gruppi (vedi Tabella 3.9).

Tabella 3.9: Associazione tra MMSE e Definizione nei tre gruppi

	MMSE AGGIUSTATO
AGGETTIVI	,356 ,579* ,486*
NOMI	,181 ,830** ,202
VERBI	,161 ,834** ,170
EMOZIONI TOTALI	-,258 ,503* ,139
EMOZIONI PRIMARIE	-,132 ,394 ,044
EMOZIONI SECONDARIE	-,112 ,312 ,135
PAROLE CONCRETE	,287 ,762** ,272
PAROLE ASTRATTE	,165 ,673** ,267
PUNTEGGIO MEDIO DEFINIZIONI	,068 ,634* ,254

Legenda: **.p < 0, 01 (a una coda), * .p < 0, 05 (a una coda).

 Geriatrici  Psichiatrici  Controllo

Nei geriatrici emerge una correlazione positiva non significativa tra MMSE e Punteggio medio definizioni ($\rho_s = ,068$), ma negativa per le Emozioni ($\rho_s = -,258$).

- Linguaggio e sintomi psichiatrici

Per quanto riguarda le correlazioni tra sintomi psichiatrici e compito di definizione emerge che nella popolazione campionaria c'è una correlazione negativa tra livello totale di sintomatologia psichiatrica e punteggio medio definizione di parole ($\rho_s = -,231$). Negli psichiatrici (P.I) emerge una correlazione negativa tra punteggio totale UCLA-NPI e Punteggio Medio Definizioni ($\rho_s = -,151$), sebbene non tutti i sintomi sembrano avere una correlazione negativa con il punteggio medio definitorio; nello specifico delirio ($\rho_s = ,231$), depressione ($\rho_s = ,606^*$), attività motoria ($\rho_s = ,112$) e disturbi del sonno ($\rho_s = ,171$) che mostrano una correlazione positiva; mentre gli altri sintomi hanno una correlazione negativa (vedi Tabella 3.10). Nei geriatrici (G.I) emerge una correlazione negativa tra punteggio totale di sintomi e punteggio medio definitorio ($\rho_s = -,069$). I sintomi per cui emerge una correlazione negativa significativa sono: delirio ($\rho_s = -,423^*$) e attività motoria ($\rho_s = -,428^*$) (vedi Tabella 3.9). Infine, nel gruppo di controllo (G.N.I) emerge una correlazione negativa tra punteggio medio definizioni e punteggio totale sintomi psichiatrici ($\rho_s = -,123$); tutti i sintomi, tranne irritabilità/labilità ($\rho_s = ,094$), hanno una correlazione negativa con il punteggio medio definizioni. In generale dunque i sintomi psichiatrici correlano negativamente con la prestazione al compito di definizione semantica di parole, sebbene nei gruppi sperimentali depressione e ansia sembrano avere andamenti specifici e diversi rispetto al campione di controllo.

Tabella 3.10: Associazione tra Definizione e sintomi psichiatrici nei tre gruppi

	PUNTEGGIO MEDIO DEFINIZIONI
DELIRIO	-,422* ,231
ALLUCINAZIONE	-,411
AGITAZIONE	-,285 -,488
DEPRESSIONE	,062 ,606* -,067
ANSIA	,137 -,016 -,077
EUFORIA	,108 -,210
APATIA/INDIFFERENZA	-,225 -,262
DISINIBIZIONE	-,261 -,114
IRRITABILITA'/LABILITA'	-,180 -,240 ,094
ATTIVITA' MOTORIA	-,428* ,112
DISTURBI DEL SONNO	-,236 ,171 -,255
DISTURBI ALIMENTAZIONE	,066 -,392 -,305
UCLA-NPI TOTALE	-,069 -,151 -,123

Legenda: **.p < 0, 01 (a una coda), * .p < 0, 05 (a una coda).



Geriatrici



Psichiatrici



Controllo

Nota: nel caso di assenza di variabilità in una delle misure considerate l'analisi di correlazione non dà risultati. In questi casi non è stato indicato nessun valore.

3.5 DISCUSSIONE

La ricerca effettuata si caratterizza come prevalentemente esplorativa nella misura in cui affronta una tematica non ancora sufficientemente indagata nell'ambito della psicologia dell'invecchiamento, tanto da non avere evidenze disponibili che consentano confronti puntuali. La novità di questa ricerca consiste nell'aver confrontato il mantenimento/decadimento di molteplici competenze in gruppi di anziani con caratteristiche distintive rispetto alla presenza/assenza di pregresse patologie psichiatriche *early onset*. Lo studio ha preso in esame confronti differenziati tra un gruppo di individui con disturbi psichiatrici pregressi *early onset* (P.I) e due altri gruppi di geriatrici, di cui uno di individui istituzionalizzati (G.I) e l'altro non istituzionalizzati (G.N.I) con sindromi *late onset*. Dalla ricerca emerge una sostanziale differenza di andamento rispetto alle variabili considerate nei tre gruppi. Considerando la composizione dei tre gruppi si evidenzia che gli individui psichiatrici con sindromi *early onset* (P.I) sono significativamente più giovani degli altri due gruppi. Questo dato è in linea con la letteratura secondo cui gli psichiatrici istituzionalizzati per la comparsa di sindromi psichiatriche *early onset* sono mediamente più giovani del campione geriatrico istituzionalizzato senza sindromi psichiatriche *early onset*, venendo istituzionalizzati in più giovane età a causa della malattia mentale (Lyketsos, Steinberg, Tschanz, et al., 2000; Aalten, et al., 2003; Aarsland, et al., 2016; Paquet, et al., 2016; Helvik, et al., 2016). Per quanto riguarda gli specifici livelli di prestazione e competenza nelle diverse aree oggetto di misurazione, i tre gruppi presentano sia parziali analogie che differenze a seconda dei confronti che sono stati realizzati. I sintomi psichiatrici come atteso sono molto più rilevanti nel gruppo degli individui con disturbo psichiatrico *early onset*, che li presenta tutti, rispetto ai geriatrici *late onset* e al controllo; tuttavia nei geriatrici, ovvero anziani istituzionalizzati per diagnosi tardive, si rilevano molti sintomi *late onset* importanti quali delirio, depressione, ansia, apatia, disinibizione, irritabilità, disturbi del sonno, disturbi alimentari e motori; questi sintomi, che possono definirsi *late onset*, è possibile siano determinati da fattori *age-specific* come la malattia organica, la neurodegenerazione e il decadimento cognitivo da lieve a moderato, e l'istituzionalizzazione stessa. Rispetto alla relazione di causa-effetto tra sintomatologia *late onset* e fattori *age-specific*, i dati a nostra disposizione non sono sufficienti per trarre inferenze, le quali richiederebbero indagini statistiche ulteriori. Nel gruppo di controllo sono stati invece rilevati sintomi *late onset* di minore entità quali ansia, depressione, irritabilità e disturbo del sonno, in presenza di un decadimento cognitivo lieve. Questo dato è in linea ai

risultati della letteratura che riscontrano una correlazione tra ansia, depressione e MCI (De Giovanni, et al., 2013; Mah, et al., 2015). Considerando come valore di riferimento i cutoff dei punteggi medi dei sintomi psichiatrici, indicati da Cummings (1997) relativi alla distribuzione nella popolazione normale, il gruppo psichiatrico *early onset* supera il cutoff per tutte le scale; quello geriatrico *late onset* per tutte le scale, tranne che per la scala allucinazioni; mentre il gruppo di controllo si discosta solo per i sintomi depressione e ansia (area nevrotica), disturbi alimentari e irritabilità. Come atteso, il gruppo psichiatrico P.I, con decadimento cognitivo medio-grave, presenta sintomi psichiatrici più gravi e frequenti a conferma della diagnosi storica *early onset*, seppur sono riferiti livelli molto meno elevati per gravità e frequenza rispetto al momento dell'istituzionalizzazione. Ciò che emerge nel gruppo psichiatrico al momento attuale è una forma attenuata della condizione di sofferenza psichiatrica in ingresso, come descritto in cartella. Sulle prestazioni del gruppo degli psichiatrici, nelle singole competenze indagate, probabilmente sono da considerare anche gli effetti della assunzione cronica e più precoce di psicofarmaci. Queste variabili intervenienti e non manipolabili del gruppo P.I hanno determinato una estrema eterogeneità del gruppo psichiatrico P.I rispetto a decadimento cognitivo valutato con MMSE, depressione valutata con GDS e Cornell Scale, età e sesso, in linea con altri studi che indagano il medesimo campione (Aalten, 2003), eterogeneità che si è espressa nella distribuzione non normale dei punteggi rispetto alle variabili indagate e che ha imposto l'applicazione di strumenti statistici non parametrici. La condizione emersa dallo studio rispetto al gruppo di psichiatrici istituzionalizzati con diagnosi *early onset* induce a pensare che se da un lato l'istituzionalizzazione potrebbe non aver consentito la scomparsa della patologia *early onset* nelle sue forme più gravi né l'evitamento dei suoi effetti sullo scadimento cognitivo, affettivo e comportamentale, che risultano compromessi rispetto al gruppo di controllo, dall'altro potrebbe aver protetto l'individuo dal rischio di acuzie sintomatologiche, suicidarietà, disabilità/disadattamento comportamentale. Negli psichiatrici alcuni sintomi infatti hanno una correlazione positiva con le abilità residue valutate dalla Vineland-II Survey Form, specificatamente il sintomo depressivo. Questo sembra un dato particolarmente interessante, poiché indica una presenza non disfunzionale del sintomo rispetto a specifici comportamenti adattivi (nello specifico Comunicazione, Abilità del Vivere Quotidiano e Abilità Motorie). Il dato è in controtendenza sia rispetto alla letteratura che ai punteggi del gruppo geriatrico e di controllo, in cui i sintomi hanno prevalentemente una valenza negativa rispetto all'adattamento valutato con Vineland-II Survey Form.

Per quanto riguarda lo stato affettivo e il livello di gravità dei sintomi depressivi, si sottolinea come le due scale utilizzate GDS e Cornell Scale correlino tra loro, eppure nel gruppo psichiatrico le scale GDS e Cornell rilevano una differente percezione della depressione espressa/percepita: i punteggi ottenuti alle scale che valutano auto ed eteropercezione della depressione non sono sovrapponibili nella popolazione psichiatrica, inducendo a pensare che il modo di percepirsi depressi degli psichiatrici differisce dal modo in cui gli altri (caregiver) li valutano. Negli psichiatrici infatti l'eteropercezione di depressione indagata con la Cornell risulta significativamente più elevata dell'autopercezione di depressione indagata con la GDS, ovvero il caregiver tende a giudicare il soggetto più depresso di come egli si definisce. Questo dato potrebbe essere anche giustificato dal fatto che il livello di giudizio dell'individuo psichiatrico risulta alterato dal livello di integrità/decadimento cognitivo, come indicato da MMSE. Ricordiamo infatti che la Cornell Scale, a differenza della GDS, è più attendibile rispetto alle condizioni di demenza, essendo uno strumento validato proprio allo scopo di indagare il costrutto di depressione nelle condizioni di demenza. Rispetto alla relazione tra depressione e decadimento cognitivo, molto indagato in letteratura, nel nostro studio emerge una correlazione tra aumento di decadimento cognitivo e livello depressivo in linea ai dati della letteratura (Panza, et al., 2010): nei gruppi psichiatrico e di controllo al diminuire dei punteggi MMSE aumenta il livello depressivo, di contro nel gruppo geriatrico questo dato non è confermato. Questa specifica situazione espressa dal gruppo geriatrico potrebbe essere spiegata dai risultati delle ricerche che sostengono l'importanza di differenziare situazioni depressive *late onset* secondarie a decadimento, rispetto a condizione psichiatrica depressiva primaria: queste due evoluzioni sintomatologiche determinerebbero diverse espressioni patologiche e comportamentali che possono spiegare anche una difficile diagnosi di quadri depressivi in situazioni di medio-grave decadimento cognitivo (Bianchetti, Pezzini, 2001; Gala, et al., 2008).

Per quanto riguarda i livelli di adattamento psicosociale, misurati per mezzo delle scale Vineland-II Survey Form, le capacità relazionali socio-affettive sono maggiori nei geriatrici, di contro ad una maggiore autonomia motoria e gestione della vita quotidiana negli psichiatrici con sindromi *early onset*. In generale, il gruppo dei geriatrici ha punteggio maggiore nelle aree della Comunicazione e Socializzazione, mentre gli psichiatrici nelle aree del Movimento Grossolano, del Tempo Libero, delle Abilità Domestiche e della Cura del Sé. Questi risultati sono in linea ai dati della letteratura che identifica un deficit relazionale associato a problematiche comunicative nella popolazione

affetta da grave psicosi *early onset* (De Sousa, Sellwood, Spray, Bentall, 2016). Tale maggiore disadattamento degli psichiatrici nelle aree di socializzazione e comunicazione, connesso a minore capacità di relazionarsi con gli altri ed entrare in contatto con le proprie e altrui emozioni, potrebbe essere conseguente a deficit nelle capacità metacognitive ed empatiche, come identificato da studi sulla popolazione psichiatrica adulta (Van Donkersgoed, Wunderink, Nieboer, Aleman, Pijnenborg, 2015; Chan, 2016; Kok, Groen, Becke, Fuermaier, Tucha, 2016; Luther, Firmin, Minor, et al., 2016). Tali aspetti, pertanto, sembrerebbero permanere stabili anche nella popolazione psichiatrica in età geriatrica. C'è inoltre da considerare che il piano di intervento educativo (P.E.I) attuato sul gruppo psichiatrico favorisce l'attivazione degli individui psichiatrici in attività che prevedono l'autogestione quotidiana (cura del sé, tempo libero, movimento, etc.). Di contro i geriatrici, istituzionalizzati con un piano di intervento assistenziale (P.A.I), vengono accompagnati e assistiti nella gestione quotidiana del sé e del tempo libero, a causa di una riduzione dell'autonomia residua in questi ambiti. Questo diverso approccio di cura potrebbe avere anche esso influenzato i punteggi alle Vineland-II Survey Form.

Per quanto riguarda una specifica e specializzata capacità cognitivo-linguistica, quale è la Competenza Definitoria, il gruppo di controllo non istituzionalizzato, con minore patologie *late onset*, ottiene punteggi più elevati rispetto ai due gruppi sperimentali istituzionalizzati. Rispetto ai due gruppi sperimentali: gli psichiatrici sono i meno competenti nel compito di definizione, mentre i geriatrici istituzionalizzati hanno punteggi che non si differenziano da quelli del gruppo di controllo. Si sottolinea che la scala di misurazione della competenza definitoria utilizzata è basata su requisiti prevalentemente formali di tipo morfo-sintattico. Considerando che mediamente gli psichiatrici ottengono punteggi di competenza definitoria pari a 2,12, i geriatrici pari a 2,64, mentre il gruppo di controllo pari a 2,81, ovvero che tutti si collocano tra il secondo e terzo livello della scala che rispettivamente indicano risposte di tipo perifrastico, a un diverso grado di correttezza, si può affermare che mediamente gli individui del campione complessivo forniscono risposte sintatticamente articolate. Ciò è in linea con la letteratura che ha evidenziato una sostanziale conservazione della struttura sintattica con l'età (Obler, Albert, 1980), nonostante la produzione di frasi sia maggiore ma caratterizzata da strutture più brevi e semplici, fenomeno che dimostra una riduzione della complessità cognitiva in terza età (Ratti, Amoretti, 1991, p.101). In particolare gli psichiatrici mostrano scarse competenze di definizione in presenza di sintomi quali l'allucinazione e l'agitazione. Al contrario depressione e delirio mostrano una associazione positiva

sulla prestazione. Da sottolineare inoltre che gli psichiatri ottengono punteggi più bassi alle risposte Astratte, rispetto ai geriatrici e al controllo. Inoltre la definizione è caratterizzata da forte connotazione personale, emotività negativa e autoriferimento, con una costruzione morfo-sintattica corretta con contenuti non convenzionali, in linea ai dati della letteratura internazionale che identificano autoriferimento ed emotività negativa nel linguaggio di soggetti con psicopatologia conclamata di tipo umorale e psicotico *early onset* (Fineberg, Leavitt, Deutsch-Link, et al., 2016):

- Ricercatore- individuo 4: “Cosa significa la parola rischioso?” “Papà è rischioso!” ...“Cosa significa la parola tristezza?”, “Uno non ci sta con la testa!”;
- Ricercatore- individuo 5: “Cosa significa la parola senso di colpa?”, “Ho fatto male ad altri!”; ... “Cosa significa la parola rabbia?” “Un qualcosa che sconvolge!”;
- Ricercatore-individuo 6: “Cosa significa la parola frustrare?” “Una persona prima gli fai del bene e poi gli dici male, è come se lo uccidessi!” ... “Cosa vuol dire la parola contagioso?” “Chi va con lo zoppo impara a zoppiare!”
- Ricercatore-individuo 7: “Che cosa significa la parola contagioso?” “Che devo stare in ospedale”.

3.6 LIMITI DELLA RICERCA

La ricerca presenta alcuni limiti metodologici, per altro tipici di questa area di indagine (Aalten, 2003; Watson, 2004; van Alphen, 2012). Lo studio, come più volte sottolineato ha un carattere esplorativo anche considerata la bassa numerosità numerica dei gruppi oggetto di indagine. D'altronde è nota la difficoltà di reperimento di individui anziani in grado di autosomministrarsi prove self report o da sottoporre a indagini di tipo longitudinale per le ovvie condizioni di vita che li caratterizzano. Particolarmente complesso è il reperimento del campione geriatrico-psichiatrico istituzionalizzato nonché l'appaiamento con altri gruppi comparabili. Il gruppo psichiatrico risulta infatti eterogeneo e dunque non distribuito in modo normale, a meno che non vengano esclusi casi limite (per età) che però renderebbero meno rappresentativo il campionamento (Aalten, 2003). È infatti condivisa la più precoce istituzionalizzazione dell'individuo psichiatrico, aspetto che

andrebbe maggiormente indagato rispetto al tema degli effetti sulla qualità dell'invecchiamento. Certamente nel proseguo di questa e di altri possibili ricerche sarà necessario ampliare il gruppo dei partecipanti con attenzione alla sua rappresentatività rispetto alla popolazione generale e anche alla distribuzione a livello geografico. Questo consentirebbe la costruzione di un campione con distribuzione normale su cui applicare indagini parametriche, più robuste dal punto di vista dei risultati.

Un altro limite particolare è lo squilibrio numerico tra individui di sesso maschile e femminile, che può incidere sul tipo di risultati ottenuti, ma che rappresenta un dato oggettivo relativo alle differenti attese di vita tra maschi e femmine e che si presenta in ricerche simili (Aalten, 2003).

Un altro limite è costituito dalla difficoltà a controllare variabili intervenienti come la terapia farmacologica (tipo di farmaco, effetti collaterali o sulle prestazioni del soggetto, tempi e modalità di assunzione, etc.) o la durata del periodo di istituzionalizzazione. Infine questo tipo di ricerca, che non può basarsi sulla attribuzione a random degli individui ai diversi gruppi data la natura del problema studiato, non può limitarsi ad analisi di tipo quantitativo, ma richiede un approccio anche qualitativo, o una integrazione di questi due approcci. In questa sede si è solo impostato uno studio il più possibile integrato di diverse competenze in diverse condizioni di invecchiamento, cercando di evidenziare l'associazione, in alcuni casi la corrispondenza o non corrispondenza in altri, tra la conservazione o meno di tali competenze. Certamente sarebbe opportuno evidenziare dei predittori se non dei veri e propri nessi di causa-effetto tra le variabili considerate. Questa è la sfida per ricerche future.

3.7 CONCLUSIONI

Alla luce di quanto emerso dalla rassegna della letteratura e dai risultati della ricerca, risulta ancora molto complesso definire il legame tra evoluzione della personalità sana/patologica in terza età, andamento cognitivo, affettivo-relazionale, comportamentale. Quello che sembra emergere è la necessità di ripensare la teoria di una "evoluzione tipica della personalità in terza età" (Laicardi, Pezzuti, 2000; De Vanna, 2012), considerando un processo multi-determinato e condizionato dalla salute fisica, dalla resilienza personale, dai tratti, dalle condizioni ambientali e relazionali che caratterizzano la vita dell'individuo. Nei gruppi di studio di questa ricerca la malattia

psichiatrica *early onset*, ovvero la personalità patologica espressa nel corso di vita, si dimostra essere un fattore negativo rispetto all'evoluzione dell'individuo nella fase dell'invecchiamento, che incide in senso peggiorativo sulla qualità di vita e sullo stile di invecchiamento stesso. È necessario ripensare pertanto alla classificazione dei disturbi geriatrici considerando, oltre alle sindromi organiche e neurodegenerative, anche una apposita classificazione nosografica che includa i disturbi psichiatrici e di personalità per la terza età, valutando la complessa eziopatogenesi e fenomenologia clinica (van Alphen, et al., 2006; PDM-2, in press). Le ricerche sostengono l'esigenza di uno studio della sintomatologia psichiatrica nell'intero arco di vita (DSM-5, 2014; PDM-2, in press), dando nuova luce ai quadri sindromici che si mantengono per l'intera vita, mutano, evolvono o addirittura si slatentizzano in fasi specifiche come la terza età o durante processi complessi quale, ad esempio, è l'invecchiamento.

Alla luce di ciò ci si auspica che la psicogeriatraia presti maggiore attenzione allo studio della personalità sana e patologica nella terza età. Questo potrebbe portare a un maggiore confronto tra specialisti dei diversi ambiti di ricerca, nello specifico favorendo il dialogo tra psichiatria e geriatria, ampliando le conoscenze della disciplina che si definisce "psichiatria-geriatria". Ciò potrebbe portare a nuovi sviluppi nel contesto sia della prevenzione che del trattamento precoce di sindromi psichiatriche nell'anziano, oltre che produrre importanti ricadute applicative sulla formazione del personale. Ci si potrebbe maggiormente interrogare, ad esempio, su che tipo di istituzione sia più idonea ad ospitare l'anziano psichiatrico, se questi possa essere semplicemente inserito nelle residenze per anziani o necessiti di strutture che coniughino psichiatria e geriatria, attualmente non previste dalla legislazione regionale (vedi delibera Regione Marche 1331/2014). Dall'esperienza sul campo, durante questo dottorato, mi sembra infatti che sia proprio l'anziano psichiatrico, inserito nelle residenze per geriatrici, a sollevare più problemi nella gestione, relazionali, comportamentali. Le strutture, nelle persone dei coordinatori, infermieri, operatori e animatori, si trovano prive di una formazione specifica per la gestione di questo tipo di anziano, sollevando così domande e malesseri irrisolti.

Come riflessione conclusiva di questo lavoro di ricerca ritengo urgente non solo dal punto di vista teorico e terapeutico, ma anche dal punto di vista etico, affrontare con sistematicità la tematica della specificità dell'invecchiamento e della sua gestione in rapporto a patologie psichiatriche *early onset* e *late onset*.

PARTE II
L' INTERVENTO CLINICO-OPERATIVO

“Qualità di vita e progettazione dell’ambiente per l’anziano istituzionalizzato: strumenti di misurazione per la realtà italiana”.

1. DEFINIZIONE DEL SETTORE DI INTERVENTO: Nell’ambito del progetto di ricerca sperimentale per il Dottorato in Scienze Umane borsa Eureka, XXIX ciclo dell’Università di Urbino “Carlo Bo”, curriculum psicologia, noi dottoranti ci siamo trovati a svolgere un intervento clinico-operativo coniugato al progetto sperimentale precedentemente descritto. La borsa Eureka, cofinanziata da Università Regione e Impresa, prevede infatti che, all’interno di una progettazione sperimentale e di ricerca, il candidato apporti un contributo operativo che possa essere funzionale al miglioramento del lavoro nelle strutture dell’impresa cofinanziante, nel mio caso la Cooperativa ASSCOOP di Ancona. L’intervento operativo doveva essere integrato al lavoro sperimentale portato avanti ai fini della ricerca di dottorato e inerente il tema *“Qualità di vita e progettazione dell’ambiente per l’anziano istituzionalizzato: strumenti di misurazione per la realtà italiana”*. Il lavoro clinico-operativo richiedeva di considerare la specifica area di “domotica”, ovvero lo studio delle tecnologie atte a migliorare la qualità della vita negli ambienti antropizzati. Era previsto per i dottorati in psicologia un intervento concreto sull’ambiente di vita dell’anziano; nel mio caso la progettazione era stata prevista per la struttura “casa di cura e residenza protetta per anziani” del comune di Santa Maria Nuova (AN). Trattare il tema della domotica in psicologia è estremamente rilevante, soprattutto in riferimento a strutture e servizi adibiti alla diagnosi, trattamento e assistenza dell’utente anziano. Soprattutto le persone anziane con disabilità sono molto sensibili all’interazione con l’ambiente di cura (Bianchetti, 2009). Molte ricerche hanno infatti confermato che la qualità di vita dell’anziano può favorevolmente essere incrementata da interventi sull’ambiente che lo circonda (sia ambiente architettonico, che clima ambientale) (Pesaresi, Simoncelli, 2001; Savioli, 2006). L’implementazione dei servizi alla persona anziana è stata favorita dallo sviluppo di scienze architettoniche, bio-tecnologiche e informatiche che hanno consentito l’uso di intelligenza artificiale oltre che umana nel trattamento dell’anziano e del disabile (Cortés, et al., 2004; Annicchiarico, et al., 2007; Bettale, 2007). Per domotica dunque non si intende solo la realtà architettonica vissuta dall’anziano istituzionalizzato, ma anche l’insieme complesso delle figure, con ruoli diversi, attive all’interno dell’istituzione che prende in carico l’anziano (Genevay, Katz, Gasperi, 1994; Bianchetti, 2009), nello specifico gli operatori che *“attraverso attività, modalità di relazione, comportamenti, atteggiamenti di vita, assumono (...) un’importanza cruciale*

per il raggiungimento degli obiettivi di salute.” (Bianchetti, 2009, p. 29). Questa centralità nel trattamento dell’anziano del ruolo del caregiver sia formale che familiare, il quale può subire più direttamente l’impatto del decadimento cognitivo, può determinare sindromi di burnout o difficoltà nella gestione dell’utente anziano, con ricadute sul benessere dello stesso (Pineo, Dominguez, Ferlisi, et al., 2005; IRCCS-INRCA, 2009, Violante, et al., 2009). È confermata infatti la complessità clinico-terapeutica della persona anziana con disabilità o degenerazione neurologica a causa della marcata instabilità clinica (Lopez, et al., 2009), e la complessità dell’assistenza in psicogeriatrica a causa della fragilità e/o disabilità dell’utente anziano (Froni, et al., 2006; Asioli, Trabucchi, 2009; Cristini, et al., 2015). Alla luce di questa specifica progettazione psicologica e in riferimento al parallelo lavoro di ricerca da attuarsi sul medesimo ambito di intervento, ho pensato di pianificare una progettazione “complessa” che riguardasse sia l’utente anziano istituzionalizzato che il suo ambiente di vita.

Prima di entrare in merito alla specifica progettazione psicologica in struttura, è necessario sottolineare la complessità del sistema su cui veniva chiesto a noi dottorandi di intervenire direttamente. I livelli di complessità riguardavano diversi settori:

- Un primo livello di complessità riguardava il settore di intervento. La psicogeriatrica infatti è una branca della psicologia che chiama in causa molteplici aspetti della persona anziana, di tipo biologico psicologico e sociale. Nessuno di questi aspetti può essere dato per scontato o non considerato con la dovuta accortezza, poiché il servizio alla persona anziana necessita di una integrazione multiprofessionale che includa tutti questi contesti di trattamento e presa in carico. La complessità dell’utente psicogeriatrico sta proprio nell’esigenza, da parte del curante, di considerare di rilevanza tutti questi aspetti che riguardano il benessere della persona anziana. I servizi per utenti geriatrici devono così iniziare, o rafforzare in modo sistematico, i percorsi di costruzione del lavoro di équipe multiprofessionale, al fine di poter rispondere, in modo unitario e congiunto, ai bisogni bio-psico-sociali della persona istituzionalizzata (Ferrannini, 2009).
- Un secondo problema riguardava la costruzione di un progetto clinico-operativo che non si sganciasse dalla tematica di ricerca sperimentale. Il progetto di ricerca sperimentale riguardava infatti “la valutazione dell’effetto della personalità patologica sulla qualità e stile dell’ invecchiamento”, nello specifico “il peso delle sindromi psichiatriche sulla qualità

e stile dell'invecchiamento", osservando gli stili di invecchiamento in psichiatrici-geriatrici e geriatrici istituzionalizzati. Questa area di ricerca consentiva di testare a livello psicometrico gli individui geriatrici residenti nella struttura di Santa Maria Nuova e metterli a confronto con utenti psichiatrici di terza età residenti nella medesima struttura e in un'altra struttura prescelta da ASSCOOP. Dalla valutazione attraverso batteria di assessment (MMSE, Cornell Scale, GDS, UCLA-NPI, Compito di Definizione, Vineland-II Survey Form) era possibile trarre un'importante quantità di dati rispetto all'utenza e alle differenze tra condizioni psichiatriche *early and late onset*. Queste inferenze potevano informare riguardo alla specifica popolazione residente e rispetto al livello di richiesta assistenziale, aspetti rilevanti sul clima ambientale e sulla qualità dell'ambiente lavorativo (Bianchetti, 2009). Il legame tra tipo di invecchiamento e qualità dell'ambiente di lavoro è infatti confermato dalla letteratura, che indica una correlazione tra impegno lavorativo, rischio di malattie lavoro-correlate, patologia (Maslach, Jackson, 1981).

- Un terzo problema, che ancora ampliava la complessità del lavoro da svolgersi, era la necessità di considerare i molteplici attori presenti nella pianificazione e progettazione psicologica (Piva, 1993): i committenti, interessati alla rilevanza sociale e all'accessibilità al progetto per i beneficiari; il personale di struttura, che si rapporta direttamente con le dinamiche della struttura e le problematiche dell'utente, ed è beneficiario del progetto in via diretta; gli utenti, ovvero gli individui geriatrici istituzionalizzati beneficiari direttamente e indirettamente del progetto.

2. DOMANDE ALLA BASE DELL'INTERVENTO CLINICO-OPERATIVO

Le domande che muovevano la mia ricerca sperimentale erano: **in che misura il disturbo psichiatrico *early onset* rappresenta un fattore interveniente negativo sullo stile e sulla qualità dell'invecchiamento? Su quali aspetti dell'invecchiamento incide?**

In questa parte di intervento clinico-operativo mi era possibile analizzare gli effetti delle diverse manifestazioni sindromiche psichiatriche (*early and late onset*) sulla qualità dell'invecchiamento e sulla qualità del sistema di cura. Mi chiedevo dunque:

- **Che tipo di problematiche emergono nel personale di una struttura per utenti geriatrici che presentano sindromi psichiatriche *early and late onset*?**

- **Che ruolo può avere lo psicologo nella gestione di queste problematiche all'interno delle strutture?**

3. APPROCCIO TEORICO ALLA BASE DELL'INTERVENTO CLINICO-OPERATIVO

Alla luce dei diversi livelli di complessità indicati e considerando i quesiti di ricerca e l'area di intervento tagliata all'interno del dottorato Eureka, si è pensato di agire intervenendo all'interno della struttura di Santa Maria Nuova, in un arco di tempo triennale e attuando una serie di interventi "attivi sul campo", sviluppati a partire dalle problematiche emergenti nel campo stesso. Il modello di riferimento dell'intervento clinico-operativo è quello del lavoro sui gruppi nella visione di Lewin che teorizza negli anni '50 il concetto di "campo di forze", uno spazio organizzativo che può influenzare l'individuo che ne fa parte sia da un punto di vista psicologico che fisico, fino a determinarne il comportamento. Nella teoria di Lewin (1951) è centrale il concetto di frontiera che delimita la persona (P), l'ambiente (l'ambiente psicologico, diverso da quello fisico, e rappresentazione interna della realtà esterna) (A) e lo spazio di vita (P + A); la realtà psichica è così un sistema dinamico. Il campo, come sistema dinamico in continua mutazione, è sempre determinato dalla relazione tra individuo concreto e situazione concreta; ogni azione del singolo sul e nel campo è mossa da motivazioni personali (bisogni, ideali, aspettative, etc.) e sociali (appartenenza a un gruppo, norme, leggi, etc.), ovvero qualsiasi comportamento o mutamento entro il campo psicologico dipende dalla particolare configurazione del campo psicologico in un dato momento (Lewin, 1951). Lo spazio di vita si differenzia perciò dallo spazio esterno poiché è abitato da aspetti psicologici, e tale spazio è sempre in relazione con le dinamiche del mondo fisico e sociale; le spinte (tensione, valenza, forza, bisogno e quasi bisogno) agenti nel mondo psichico possono distorcere la percezione della realtà oggettiva e l'espressione sana dell'individuo nella realtà stessa. In una visione gestaltica, topologica e dinamica, il campo di forze può essere influenzato e modificarsi a causa del comportamento dell'individuo stesso. Il rapporto tra campo di forze e dinamica collettiva crea lo "spazio sociale". Questo spazio diventa, in un contesto di persone e ruoli, "organizzativo" determinando la condivisione di idee, valori, atteggiamenti, credenze, vissuti, pratiche (Maimone, 2007). Ogni spazio organizzativo è poi caratterizzato da specificazione e divisione interna che sono tipici dei sistemi complessi (Maimone, 2007). Questa complessità da vita ad una rete di scambi e relazioni che si chiamano "costellazioni organizzative". La complessità è una prerogativa di qualsiasi sistema complesso, compreso l'individuo. Ogni

individuo è considerato un Io-soggetto, ovvero dotato di unitarietà, di parti in rapporto tra loro e con il contesto. Ogni individuo è dunque un “sistema”, ovvero dotato di *“un processo continuo e sovraordinato che organizza input e output e che, in continua interazione tra organismo e ambiente, persegue la continuità...”* (Sander, 2002, p.2). Il sistema è costituito di parti, mutevoli e in continuo cambiamento, che per mantenere una stabilità tendono all’auto-organizzazione, ovvero a una coerenza e coesione dei suoi costituenti (Minolli, 2009). Ogni sistema è in divenire, creativo, aperto al mondo esterno ma sempre tendente a una organizzazione necessaria all’integrazione e alla sopravvivenza (Sander, 2002). Il sistema trova un proprio modo di organizzarsi, si auto-organizza. Qualsiasi elemento che turba questa auto-organizzazione tende ad essere ignorato, proprio per favorire il mantenimento dell’integrità di quel sistema, la sua identità. Allo stesso tempo però il sistema è inserito in una “rete di sistemi” (Minolli, 2009), i quali tendono a condizionare l’esistenza del sistema stesso attraverso continue interazioni. Per questo, si dice che ogni sistema è auto ed eco-organizzato. Rispetto agli stimoli provenienti dal mondo esterno, il sistema può chiudersi o aprirsi: un sistema che è sempre chiuso o sempre aperto al mondo esterno tenderà a morire, in quanto l’esito sano della relazione sistema-ambiente è la conservazione e ricostruzione dell’equilibrio interno rispetto alle perturbazioni interne ed esterne al sistema stesso (Ceruti, 1985).

Alla luce del modello teorico di “campo psichico” di Lewin e della teoria dei Sistemi Complessi, si è pensato ad un lavoro nell’organizzazione che partisse appunto dalle macro-dinamiche sociali e organizzative lette non solo come influenzate e influenzanti le micro-dinamiche soggettive, ma anche come l’esito delle forze soggettive attive e dei loro “spazi di vita”, che vanno a relazionarsi in modo dinamico creando un campo di forze interagenti e perturbanti. Il gruppo che lavora nell’istituzione, come un sistema complesso, si auto-organizza e tende spesso, in modo patologico, a chiudersi agli stimoli esterni per mantenere la propria omeostasi. Si è però detto che tale chiusura tende a far morire le forze dinamiche produttive e innovative, rafforzando invece meccanismi difensivi di chiusura e coazione a ripetere. Nelle specifiche istituzioni per anziani questo significa andare a osservare e analizzare un sistema organizzato (la struttura assistenziale accogliente l’anziano), costituito da sottosistemi (personale infermieristico, personale ausiliario, personale assistenziale, coordinamento, personale educativo, amministrazione, utenti, famigliari, medici) altrettanto complessi, dinamici e in relazione tra loro. Ognuno di questi apporta un contributo all’omeostasi o al disequilibrio del sistema finale “struttura assistenziale”; ad esempio

una maternità di un operatore, una malattia di un collega, un licenziamento, uno spostamento di turno, i lutti personali o degli utenti, sono tutti eventi che vanno a richiedere una nuova organizzazione del sistema. Questo, risponderà agli stimoli esterni e interni con modalità di maggiore apertura e/o chiusura, spesso determinate proprio dalla rigidità del sistema stesso. Fenomeni di burnout o stress lavoro-correlato altro non sono che sintomi di un sistema “malato” in cui le singole parti (personale che vi lavora) non trovano più il loro spazio omeostatico nel sistema stesso, il quale a sua volta può essere malato e/o espellente. Alla luce di ciò la persona/le persone che lamentano un disagio nel sistema, non sempre sono quelle malate, talvolta possono essere quelle che si ammalano per dare voce al “tumore” incistato in un sistema chiuso, poco dedito alla creatività e al cambiamento. Ecco perché si ritiene necessario lavorare sui singoli individui e sulle diverse esperienze soggettive, oltre che sul gruppo come insieme dei singoli, allo scopo di cogliere e trattare l’ eventuale “dinamica patologica” che affligge il sistema e le sue parti.

4. OBIETTIVI: partendo dai quesiti **1) Che tipo di problematiche emergono nel personale di una struttura per utenti geriatrici che presentano sindromi psichiatriche early and late onset? 2) Che ruolo può avere lo psicologo nella gestione di queste problematiche all’interno delle strutture per anziani con sindromi early and late onset?** sono stati pensati e costruiti degli obiettivi di intervento, da attuarsi sui tre anni di dottorato e pianificati a partire da una prima fase di osservazione sul campo, che mi consentisse di cogliere le problematiche della struttura e pensare al ruolo attivo dello psicologo nella gestione di tali problematiche.

- Nel primo anno gli obiettivi previsti erano:

- 6 mesi di osservazione naturalistica sul campo, raccolta anamnestica della storia di struttura e identificazione delle dinamiche interne alla struttura al momento di ingresso della figura psicologica.
- 1 mese di assessment sul personale operativo.
- Restanti 5 mesi di inserimento in équipe, pianificazione degli interventi e inizio del lavoro sull’ambiente organizzativo.

Durante il primo anno, parallelamente, ci si è concentrati sulla pianificazione e costruzione della batteria di assessment da sottoporre al campione di individui anziani ai fini della ricerca sperimentale.

- Nel secondo anno gli obiettivi previsti erano:
 - Lavoro psicologico di supporto e formazione sull'équipe.
 - Compilazione P.A.I con coordinatori e personale infermieristico e assistenziale.
 - Lavoro di rimando e confronto con i famigliari per la pianificazione dell'intervento individualizzato.

Parallelamente, è stata condotta la somministrazione della batteria di assessment sugli anziani e la raccolta dati quali-quantitativi ai fini della ricerca sperimentale.

- Nel terzo anno gli obiettivi previsti erano:
 - Rafforzamento degli interventi sul personale.
 - Mantenimento della funzione psicologica per i famigliari, utenti e personale.
 - Negli ultimi 3 mesi, valutazione dell'efficacia del trattamento e stesura della progettazione ai fini del proseguo del lavoro all'interno della struttura.

Parallelamente, sono state concluse le analisi statistiche sui dati raccolti ai fini della ricerca sperimentale e per la stesura tesi.

5. TEMPI E SETTING: Periodo triennale, coerentemente con la periodicità prevista per il dottorato di ricerca Eureka. L'intervento clinico-operativo è stato svolto in CDR (casa di riposo) e RP (residenza protetta) di Santa Maria Nuova (AN).

6. METODOLOGIA (1): ogni intervento inserito nella progettazione è stato pensato secondo una logica di processo "diagnosi-valutazione-intervento", nell'ottica della "complessità del sistema individuo-ambiente".

7. STRUMENTAZIONE IN RIFERIMENTO A METODOLOGIA (1): Alla luce di questo, si è deciso di dedicare i primi sei mesi del primo anno a: osservazione naturalistica e raccolta anamnestica della

storia di struttura, ricostruzione della gerarchia interna, ricostruzione del progetto educativo in corso, raccolta anamnestica sugli utenti, valutazione di criticità e specifiche dinamiche di struttura. Questo lavoro di raccolta dati è stato necessario per costruire ipotesi rispetto alle dinamiche interne alla struttura, a eventuali problematiche silenti o emergenti, e allo scopo di avere informazioni chiare rispetto alla situazione del sistema organizzativo al momento di ingresso della mia figura. Questa prima parte di raccolta era essenziale per indagare il primo quesito: **che tipo di problematiche emergono nel personale di una struttura per utenti geriatrici che presentano sindromi psichiatriche early and late onset?**

Dall'osservazione e ricostruzione della storia di struttura sono emersi questi dati:

- ✓ Funzione della struttura per l'utenza: la struttura ha una doppia funzione, RP (residenza protetta) e CDR (casa di riposo). Questo determina utenze molto diverse in termini di deterioramento cognitivo, autonomia motoria, deficit specifici di tipo sensoriale. Questa diversità determina a sua volta un diverso grado di presa in carico assistenziale per il medesimo personale di struttura e nel medesimo minutaggio giornaliero.
- ✓ Doppia gestione della struttura: Ente appaltante amministrazione comunale; Ente gestore Cooperativa ASSCOOP. Questo determina richieste complesse, talvolta fatte al personale in modo indiretto o confusivo. Il personale, nello specifico le operatrici socio-sanitarie, fa fatica a identificare chi gestisce e ha potere decisionale sul proprio comportamento nel contesto del lavoro.
- ✓ Tipo di utenti: utenti anziani con età media > 85 anni (10 posti letto in CDR, per utenti autosufficienti; 29 posti letto in RP occupati da utenti non autosufficienti). Di ogni utente è stata analizzata la cartella e ricostruita la storia individuale e il livello attuale di integrità/decadimento cognitivo. È emerso un livello medio-grave di deterioramento degli utenti presenti nella struttura. Si evidenzia la presenza di un'utenza prevalentemente non autosufficiente che richiede interventi specialistici (a livello medico, assistenziale, educativo, psicologico). Emergono inoltre sindromi psichiatriche *early onset* e/o *late onset* in comorbilità alle diagnosi mediche.

✓ Tipo di intervento istituzionale: P.A.I (piano assistenziale individualizzato) ovvero assistenza socio-sanitaria individualizzata. Questo tipo di piano assistenziale non prevede un intervento educativo e/o psicologico individualizzato.

✓ Gestione della giornata dell'utente:

- 6.30: alzata ospiti, igiene individuale praticata da operatori socio-sanitari del turno notte;
- 8.30: colazione;
- 9.00: attività giornaliera (gruppo animazione, ginnastica di gruppo o individuale con fisioterapista, accompagnamento in bagno dei singoli utenti);
- 12.30: pranzo;
- 13.30-14.00: messa a letto per riposo pomeridiano;
- 15.00: alzata di alcuni utenti, mentre altri (5-6 persone) vengono lasciati a letto;
- 15.30: animazione;
- 16.30: merenda;
- 17.30: preparazione per la cena;
- 19.00: cena;
- 20.30: messa a letto, tranne per un gruppo che si ferma in refettorio a giocare a carte.

La gestione giornaliera risulta rigida e scandita dai tempi assistenziali, con poco spazio per interventi individualizzati.

✓ Dallo studio della gerarchia interna alla struttura è emersa questa formazione di équipe:

- 1 coordinatore;
- 3 infermieri (2 titolari, 1 sostituto);

- 12 operatori socio-sanitari (9 titolari, 3 sostituti);
 - 5 ausiliari;
 - 1 borsa lavoro;
 - 1 servizio civile;
 - 1 animatore;
 - 1 fisioterapista.
- ✓ Particolarmente rilevante era la pianificazione del lavoro educativo e di animazione con cui la parte psicologica poteva integrarsi. Dall'osservazione del lavoro di animazione sono emerse queste informazioni:
- L'animatrice svolgeva un lavoro educativo/di animazione del tipo "piccolo gruppo di lavoro", per pazienti con MCI (decadimento cognitivo lieve) o integrità cognitiva. Gli altri utenti, con gravi deterioramenti, non avevano progettazioni specifiche. Allo stesso modo non era previsto un lavoro specifico sui quadri psichiatrici, con turbe comportamentali o rigidità caratteriali, i quali erano giudicati i più difficili da trattare.
 - La presenza dell'attività di animazione era settimanale, 4 mezze giornate da 2 ore circa. La programmazione era mensile. I lavori educativi/di animazione riguardavano: lavori artigianali con cartapesta, stoffe, lana, perline, a tema (es. lavori natalizi); stimolazione cognitiva di gruppo: indovinelli, associazione di parole, richiamo di parole a partire da stimoli fissi (es. "parole che iniziano per..."); visione di film o ascolto brani musicali con discussione; clownterapia; giornata della cura del sé; gite organizzate (es. Loreto); Santa Messa mensile.
- ✓ Dall'osservazione sul campione di utenti residenti, emergeva che tutti gli individui erano stati sottoposti a una valutazione da parte del personale tramite RUG, ovvero un modello osservazionale imposto dalla ASUR, con cadenza trimestrale (1' gennaio, 1' aprile, 1'luglio, 1' ottobre) e/o somministrato a seguito di eventi traumatici o medici. Questo strumento consente di indagare varie capacità funzionali dell'individuo, di cui permanevano trascritti

computerizzati degli ultimi due anni. Negli individui la diagnosi era perlopiù organica e cognitiva. Solo per 11 di essi si diagnosticavano doppie diagnosi di deficit cognitivi associati a sindromi psichiatriche e/o neurologiche quali, disturbi dell'umore (disturbo bipolare, ansioso-depressivo, depressione), psicosi (psicosi cronica, crisi allucinatoria uditiva, pensiero paranoide), epilessia (sindromi parziali complesse).

- ✓ Dall'osservazione e raccolta di informazioni sui cambiamenti più rilevanti al momento dell'ingresso in struttura della mia figura era emerso:
 - Sostituzione momentanea del coordinatore per maternità. Il coordinamento era passato dalla stabile figura dell'assistente sociale, presente da molti anni, alla figura di una coordinatrice nuova, di formazione infermieristica. Questo determinava nuovi equilibri da strutturarsi, con reazioni diverse del personale in base a dinamiche soggettive.
 - Problematiche nel lavoro tra colleghi a livello del personale socio-sanitario. Questo dato faceva immediatamente pensare a un campo di dinamiche complesse strutturate tra colleghi, da analizzare per trattare eventuali disagi del sistema.

8. METODOLOGIA (2): dopo questa prima fase di raccolta anamnestica sulla storia della struttura, sulla base delle osservazioni ottenute e a seguito della raccolta dati di tipo qualitativo, è stato pianificato un primo intervento, che prevedeva ancora una raccolta dati, che rispondesse al quesito: **Che tipo di problematiche emergono nel personale di una struttura per utenti geriatrici che presentano sindromi psichiatriche early and late onset?**

Le principali criticità emerse a livello qualitativo (raccolta di informazioni e osservazione sul campo) riguardavano il personale socio-sanitario (gruppo OSS), rispetto alla gestione dello stress lavorativo a fronte del numero e tipologia di utenti ricoverati e del minutaggio giornaliero ad essi dedicato. Utenti con problematiche molto diverse richiedevano infatti interventi assistenziali molteplici e diversificati, non applicabili in modo flessibile a causa della rigidità del minutaggio previsto, rigidità che comportava la sensazione di automatismo e meccanicità nel proprio lavoro. Queste problematiche inducevano a pensare al rischio di sviluppo di fenomeni di burnout, un fenomeno stress lavoro-correlato, che colpisce a livello psichico il caregiver o chi si prende cura dell'utente malato, determinando esaurimento emotivo, distacco, depersonalizzazione, ansia,

depressione, somatizzazioni, fino alla fuga dall'ambiente di lavoro. Questo fenomeno è tanto rilevante che è stata emanata di recente la D. lsg. 81, introdotta nell'Aprile 2008, che sancisce l'obbligo per il datore di lavoro, a tutela della salute dei lavoratori, di valutare i rischi da stress lavoro – correlato. Le cause del fenomeno di burnout possono essere molteplici: inadeguato carico di lavoro, conflitti verticali e orizzontali, mobbing, clima organizzativo, gerarchia di struttura assente o incerta, ambiente di lavoro poco confortevole, pressioni esterne o da superiori, tipo di utenza e non idoneità di strumenti di intervento, variabili personali quali debolezza psicologica, lutti, sintomi psichiatrici, sensibilità allo stress. Gli effetti più gravi, oltre che manifestarsi sull'individuo colpito, il quale può indebolirsi psicologicamente fino a doversi allontanare dal posto di lavoro, possono anche esprimersi sulla gestione dell'utente: si possono manifestare aggressività, non curanza, depersonalizzazione, deumanizzazione, fino a veri e propri attacchi fisici, molestie, violenza. Alla base di tutto vi è di certo un problema nel poter riconoscere, accettare e comunicare il proprio malessere in struttura.

9. STRUMENTAZIONE IN RIFERIMENTO A METODOLOGIA (2): si è deciso di somministrare una batteria di assessment al personale, per confermare/disconfermare le ipotesi avanzate nella fase di osservazione naturalistica e raccolta anamnestica rispetto alle criticità emerse.

La batteria è stata costruita per indagare problematiche di burnout, stress lavoro-correlato e psicologiche. La batteria prevedeva l'uso di tre strumenti, sulla base della letteratura di riferimento (Tabolli, Ianni, Renzi, et al., 2006).

- Scala MBI (Maslach Burnout Inventory) (Maslach, 1981; Sirigatti, Stefanile, 1993) per la valutazione del burnout: la versione italiana del questionario MBI, composto da 22 domande, è divisa in 3 sottoscale: *Esaurimento emotivo (EE)*, sono 9 item che esaminano *“aspetti motivazionali, che riguardano tanto la percezione scarsamente positiva di attività professionale, quanto la modalità di una scelta che è risultata faticosa e sostanziata da motivi estrinseci alla professione. Note di instabilità emotiva, associate a difficoltà di adesione a norme di condotta, sembrerebbero rappresentare fattori di rilievo nel predisporre esaurimento emotivo”* (Maslach, Jackson, 1993, p. 39). Tipicamente la personalità degli individui con elevato EE è introversa, ansiosa, inibita, chiusa, timida, con risposte di insofferenza alle regole a causa della scarsa capacità di controllo. *Depersonalizzazione (DP)*, 5 item che

indagano la perdita di contatto emotivo con gli utenti del servizio, sostenuta da mancanza di sensibilità ed empatia verso l'utente, assenza di controllo su di sé con tendenza a impulsività, aggressività, autoritarismo, competitività, poca attenzione ai giudizi altrui. *“E' associata ad una visione negativa del proprio lavoro, ad un'immagine contraddittoria, di colui che potrà meglio assolvere alle richieste della professione, ad una scarsa soddisfazione tratta dall'iter formativo seguito”* (Maslach, Jackson, 1993, p. 40). Infine la sottoscala *Realizzazione o gratificazione personale sul lavoro (RP o RL)*, 8 item, valuta la sensazione di competenza e il desiderio di successo nel lavorare con altri. Queste abilità sono sostenute da motivazione verso il lavoro, che può essere persa nel tempo a causa di assenza di rinforzi, conferme, o in presenza di problematiche specifiche dell'ambiente di lavoro. Gli individui con alti punteggi a questa scala sembrano essere estroversi, aperti, in grado di cercare buone relazioni, disinibiti. Questa scala, nei punteggi più alti, descrive infatti *“un'immagine decisamente positiva del proprio lavoro, ...del giudizio espresso dagli altri e al desiderio di rispondere alle aspettative”* (Maslach, Jackson, 1993, p. 40). Le risposte attribuite agli item delle scale possono andare da 0 (mai) a 6 (tutti i giorni), indagando quanto spesso un certo comportamento, pensiero o sensazione attanaglia l'individuo nell'ultima settimana. Per la valutazione del punteggio finale, si osservano i punteggi totali degli item per ogni sottoscala. In generale il cutoff per la popolazione italiana è: Scala EE, il punteggio è elevato se ≥ 23 , medio tra 14-22, basso ≤ 13 ; Scala DP, il punteggio è elevato se ≥ 6 , medio tra 3-5, basso ≤ 2 ; Scala RP, il punteggio è elevato se ≤ 31 , medio tra 32-38, basso ≥ 39 (Maslach, Jackson, 1993, p. 5 tab.38).

- Scala SVS (Scala di valutazione della vulnerabilità correlata allo stress) (Tarsitani, Biondi, 1999; Tarsitani, Maraone, Fabi, Gaviano, Picardi, Massimo Biondi, 2010): misura lo stress e il supporto sociale percepiti, pensando di indagare il rapporto tra vulnerabilità allo stress e deficit nel supporto sociale. Ha 9 item a risposta multipla, 4 punti (0 per nulla, 3 molto). Gli item 7 e 9 vengono conteggiati al contrario, essendo costruiti in forma positiva. Gli item indagano tensione (irritabilità, irrequietezza, sintomi somatici); demoralizzazione (mancanza di coping); ridotto supporto sociale. Lo scoring è così composto: punteggio totale 0-10, indica una

vulnerabilità correlata allo stress che rientra nel range della normalità, o comunque non sembra rappresentare un fattore di rischio significativo per lo stato di salute. Punteggio totale 11-18, indica un livello di vulnerabilità al di sopra della media, che può comportare un rischio significativo di problemi di salute in atto o nel futuro. Punteggio totale >18, suggerisce un'alta vulnerabilità correlata allo stress, livelli significativi di tensione e demoralizzazione, spesso associati ad un supporto interpersonale scarso. Punteggi >4 alle tre sottoscale permettono di identificare livelli significativi delle seguenti dimensioni della vulnerabilità: tensione, manifestazioni di irritabilità, irrequietezza e sintomi somatici attribuiti soggettivamente alla tensione, demoralizzazione e scoraggiamento, problematiche nella gestione delle difficoltà, ridotto supporto sociale che descrive una carenza di persone supportive, isolamento sociale e scarsa qualità del tempo libero.

- Scala GHQ-12 (General Health Questionnaire) (Piccinelli, Bisoffi, Bon, Cunico, Tansella, 1993) per la valutazione della qualità di vita personale; i livelli di stress possono essere valutati con il General Health Questionnaire (GHQ-12), strumento per la valutazione dei disturbi psichiatrici non psicotici, perlopiù di tipo ansia e depressione. Il GHQ-12, nella versione italiana, è già validato e costruito con 12 domande relative alle ultime settimane. Dalla somma dei singoli valori si calcola un punteggio totale che può essere interpretato in questo modo: punteggio da 0 a 14 assenza di sintomatologia; punteggio da 15 a 19 presenza di lievi problematicità; punteggio da 19 a 36 rischio elevato di sintomatologia. Punteggi totali uguali o superiori a 14 sono considerati "casi al GHQ-12", ovvero con una probabilità superiore all'80% di avere disturbi psichiatrici, quali ansia e depressione (Tabolli, et al., 2006).
- Raccolta anamnestica e domande aperte rispetto agli aspetti positivi e negativi del lavoro (vedi appendice A).

Dall' assessment psicologico emerge che: hanno partecipato 16 individui (1 animatore; 1 servizio civile; 1 dirigente infermiere- coordinatore; 2 infermieri; 11 operatori socio-sanitari) ma hanno risposto alla batteria solo 12 di questi.

I dati epidemiologici emersi sono: Età media: 43 aa. Sesso: F = 16, M = 0. Stato civile (non tutti hanno risposto alla domanda): 7 celibi; 1 separato; 11 con figli; 5 senza figli. Anni di lavoro: 4 individui con -5 anni di lavoro; 6 individui con + 5 anni di lavoro; 6 individui con +10 anni di lavoro.

Le risposte medie ai test sono state:

- Risposte alle scale MBI: Scala EE: punteggio medio pari a 15.91. Considerando che il valore cutoff per livelli di burnout moderato si aggira tra i 14-22, possiamo dire che mediamente i testati hanno un livello medio-basso di rischio di burnout per i sintomi indicati dalla sottoscala EE; Scala DP: punteggio elevato pari a 7.91. Considerando che il cutoff per la sottoscala rispetto a burnout elevato è ≥ 6 , possiamo dire che mediamente i testati hanno un livello elevato di rischio di burnout per i sintomi indicati dalla sottoscala DP. Scala RP: punteggio elevato pari a 29.67. Considerando che il cutoff per la sottoscala rispetto a burnout elevato si aggira su punteggi ≤ 31 , possiamo dire che mediamente i testati hanno un livello elevato di rischio di burnout per i sintomi indicati dalla sottoscala RP.
- Risposte alla scala SVS: Solo 3 persone hanno riportato punteggi inclusi tra 11-18. Queste persone riportano anche punteggi alti alla scala GHQ-12 e alla scala MBI.
- Risposte alla scala GHQ-12: Nel nostro campione 8 persone su 12 hanno punteggi superiori a 14, un solo testato ha punteggi superiori a 20 e presenta alti punteggi anche alla scala SVS e MBI. Gli altri presentano punteggi medi attorno al 17, indicando un livello medio di malessere legato al momento attuale di vita. In 6 persone su 8 oltre che punteggi elevati a questa scala si dimostrano livelli elevati di burnout indicati nella scala RP.

10. METODOLOGIA (3): alla luce di quanto emerso dai dati e dagli strumenti della fase di metodologia (1) e (2) si evidenziavano con maggiore chiarezza le problematiche della struttura; in risposta alla domanda **“Che tipo di problematiche emergono nel personale di una struttura per utenti geriatrici che presentano sindromi psichiatriche early and late onset?”** è possibile sostenere che il gruppo di lavoro, costituito da persone prevalentemente adulte con esperienza sul campo da più di 5 anni, ottiene punteggi mediamente elevati alle sottoscale che valutano il rischio burnout, con una prevalenza particolarmente significativa di alti punteggi alle sottoscale RP e DP. Osservando le scale SVS e GHQ-12 emerge che solo in alcuni individui c'è copresenza di punteggi elevati, in correlazione alla presenza di alti punteggi alle sottoscale della MBI; ciò indica

che solo alcuni individui si sentono emotivamente stressati e sono a rischio di sviluppare sintomatologie psicologiche, di natura non psicotica, e sono vulnerabili allo stress. Questo potrebbe indicare che mentre per alcuni il problema lavorativo rimane ancorato alla specificità del contesto di lavoro, per altri ciò che accade a lavoro e nella vita privata può mescolarsi, causando fenomeni psichici di stress e burnout. In generale però l'operatore sembra soffrire molto e lamentare problematiche sul lavoro legate a specifiche tematiche: mancato riconoscimento della propria funzionalità, mancanza di tempo per la costruzione di legami più profondi con l'utente oltre la mera presa in carico assistenziale, difficoltà pratica nello svolgere compiti e mansioni nei tempi previsti con sensazione di "fare tutto di corsa"; inoltre esprimono il desiderio di sentirsi attivi e motivati a svolgere il proprio lavoro, aspetti al momento carenti all'interno della struttura.

11. STRUMENTAZIONE IN RIFERIMENTO A METODOLOGIA (3): In questa fase ho iniziato a progettare un intervento psicologico che rispondesse al quesito: **Che ruolo può avere lo psicologo nella gestione delle problematiche emerse all'interno delle strutture per anziani con sindromi psichiatriche early e late onset?** E' stata così pensata e pianificata una progettazione di interventi molteplici e diretti al personale di struttura, partendo dai dati della letteratura che identificano la centralità del personale operativo rispetto al benessere dell'utente anziano e alla qualità di vita in struttura (Bianchetti, 2009). Alla luce delle criticità emerse si è, infatti, ritenuto necessario lavorare su alcuni punti:

- la realizzazione di un senso di efficacia professionale e personale;
- la costruzione di un contatto con le emozioni generate dall'utente e dalla gestione delle situazioni di problematicità nelle relazioni assistenziali;
- la gestione del carico lavorativo e il riconoscimento dell'impegno profuso in condizioni di difficile espressione di sé e di gestione dello stress rispetto alle problematiche concrete emergenti in struttura.

Parallelamente è stato portato avanti il lavoro di valutazione psicometrica sugli anziani e pianificazione di attività psicoeducazionali da svolgere in équipe.

12. PROGETTAZIONE IPOTIZZATA: la progettazione psicologica pianificata è stata pensata su diversi livelli di intervento e diretta a diverse figure, che avessero bisogni specifici rispetto al tema comune dell'istituzionalizzazione dell'anziano:

- Con gli utenti: è stata pensata una valutazione psicometrica che consentisse di strutturare una conoscenza diagnostica dell'utente ai fini di una progettazione individualizzata. È stata pensata anche una progettazione psicoeducazionale congiunta con la figura dell'animatore, del tipo laboratori psicoeducazionali di gruppo, idonei e diversificati in base alle diverse condizioni psico-fisiche degli utenti e al livello di decadimento cognitivo o di gravità sintomatologica psichiatrica.
- Con operatori socio sanitari e personale infermieristico: sono stati pianificati gruppi psicologici di lavoro su casi clinici difficili o su problematiche emergenti in struttura a cadenza mensile (per un esempio vedi appendice B); è stato inoltre offerto uno spazio di sostegno psicologico individualizzato; gli operatori sono stati invitati a partecipare alla valutazione dell'utente e stesura dei P.A.I per la progettazione di interventi individualizzati allo scopo di rafforzare il lavoro di équipe (Ferrannini, 2009).
- Con l'animatore e il fisioterapista: è stato pensato un lavoro di équipe (es. gestione mezzi e risorse), allo scopo di pianificare una progettazione individualizzata sugli utenti "difficili" che esprimono problematiche personali, di natura sia psicologica che organica, e la cui gestione risulta complessa da parte del personale di struttura (Ferrannini, 2009).

Questa progettualità ha dato vita a diversi interventi multilivello (personale, utenti e famigliari):

- Lavoro sull'utente:
 1. in base all' assessment⁴ si è lavorato per costruire una progettazione di intervento individualizzato (a livello: infermieristico, assistenziale, psicologico ed educativo), rivolto agli utenti definiti "difficili", individui con MCI, psichiatrici o con gravi decadimenti cognitivi le cui problematiche comportamentali rendono complesso il lavoro dell'équipe.

⁴ La batteria di assessment per gli utenti geriatrici è presentata nella sezione I, nel capitolo "Strumenti" ., p. 35.

2. Sono stati costruiti spazi e momenti della settimana per i colloqui con gli utenti con MCI o integrità cognitiva, in presenza di franche sindromi psichiatriche, che rendono complesso il lavoro con l'utente da parte del gruppo di assistenza.
- Lavoro sugli operatori socio-sanitari e sugli infermieri:
 1. Sono stati strutturati mensilmente gruppi a tema: gruppi con lo psicologo, il personale infermieristico e socio-sanitario in cui vengono trattati temi quali negatività, regole, leadership e cooperazione tra colleghi, etc. e/o si elaborano coping di gruppo rispetto alla gestione dei casi difficili. I gruppi hanno una tematica che si costruisce sulla base dell'andamento mensile della struttura o sulle eventuali problematiche emerse in riferimento ad aspetti contingenti (per un esempio vedi appendice B).
 2. È stata istituita una riunione di équipe mensile: un incontro dello psicologo con il gruppo di coordinamento, il personale infermieristico e socio-assistenziale per la valutazione dell'andamento mensile della struttura.
 3. È stato proposto un lavoro sull'espressione emotiva per il personale socio-sanitario, con l'intervento dei "bussolotti": costruzione di bussolotti in cui inserire le problematiche emerse durante i turni di lavoro, in forma cartacea e scritta. L'intervento nasce dal bisogno espresso dal personale di: regole chiare di comportamento in situazioni di problematicità con utenti, familiari, colleghi; strategie di coping per affrontare difficoltà relazionali e lavorative; necessità di strutturare uno spazio di espressione di sé.
 - Lavoro con la collaborazione dell'educatore/animatore: sono stati costruiti spazi nuovi di attività di animazione ed educativa, che avessero una chiara funzione di stimolazione cognitiva ed affettiva, idonea al gruppo di utenti trattato. Sono così stati creati diversi laboratori e giornate a tema:
 1. laboratorio di cucina "Ricostruzione delle storie di vita attraverso il cibo": data l'origine perlopiù contadina e la componente di genere prevalentemente femminile dell'utenza, dato il livello di deficit cognitivo e motorio, si è pensato ad un laboratorio di cucina a tema anche con l'evento "EXPO" 2015 tenutosi in Italia. Le signore, a piccoli gruppi, fanno esperienza di cucina, applicandosi nella preparazione di ricette regionali, tipiche del

territorio e periodo dell'anno (ad esempio: frittelle dolci a carnevale; macedonia e gelato in estate, etc.). Questo laboratorio ha lo scopo di: favorire la motricità fine, favorire il confronto e dialogo tra utenti, favorire il richiamo mnesico di storie di vita grazie al racconto della ricetta. Dal laboratorio è nato un ricettario, accompagnato dai racconti personali delle signore rispetto alle ricette e alle storie di vita ad esse associate, da regalare ai famigliari.

2. Laboratorio manuale "L'orto e i fiori": costruzione di un piccolo orto con piante commestibili, odori, e fiori da far mantenere e coltivare. L'orto cambia in base alle stagioni e al clima, arricchendo le esperienze sensoriali e mnesiche dell'utente che riesce ad associare l'alimento coltivato alla stagione e al clima. Questo laboratorio favorisce la memoria, oltre che stimolare il movimento fine e grossolano.
3. Laboratorio sensoriale: per i soggetti con decadimento cognitivo grave sono stati pensati laboratori di stimolazione sensoriale, a cadenza mensile. In questo spazio l'utente viene reso partecipe all'attività attraverso la stimolazione dei sensi, offrendo uno spazio in cui relazionarsi e sentirsi stimolato nonostante la marcata disabilità. In linea a questo tema della stimolazione sensoriale sono state anche strutturate delle giornate "Pet", con una veterinaria e i suoi cani.
4. Progettazione programmata di risorse di struttura: pianificazione individualizzata del lavoro psicoeducazionale con il supporto del servizio civile (accompagnare gli utenti al mercato del paese, alla messa, etc.).

La maggior parte di questi interventi è attiva al momento della conclusione del progetto di dottorato. Verrà portata avanti e arricchita con nuove proposte anche dopo la conclusione del progetto presentato, seguendo le linee guida indicate durante il progetto.

13. VALUTAZIONE DI EFFICACIA DEL TRATTAMENTO

Al termine dei tre anni di dottorato il personale di struttura presso cui è stato svolto il progetto descritto è stato sottoposto ad un questionario composto da 9 domande aperte che indagano:

- 1) aspetti positivi della attività psicologica;

- 2) utilità degli interventi svolti dallo psicologo;
- 3) momenti di sostegno percepiti;
- 4) ambiti di intervento dello psicologo da ampliare e/o ancora da sviluppare;
- 5) utenza che ha maggiormente giovato della presenza dello psicologo;
- 6) giudizio sulla presenza dello psicologo;
- 7) motivazioni personali che spingono a usufruire dello psicologo;
- 8) aspetti critici emersi.

Non tutto il personale ha risposto al questionario che è stato proposto in forma anonima e da riconsegnare all'interno di un "bussolotto" in qualsiasi momento della giornata⁵. Le risposte ai quesiti del questionario compilato dai partecipanti possono essere riassunte in questo modo:

- 1) **aspetti positivi dell'attività dello psicologo**: confronto tra colleghi; sostegno con indicazioni e suggerimenti per la relazione con ospiti, familiari, colleghi; approfondimento di tematiche e argomenti; confronto sullo stato psicologico degli ospiti.
- 2) **gli interventi più utili sono stati**: giornata "Pet"; riunioni di équipe per la gestione dell'utente e il rapporto tra colleghi.
- 3) **momenti di sostegno percepito**: presenza e sostegno in momenti di problematicità personali e professionali; presenza dello psicologo durante la riunione di équipe come mediatore tra coordinamento, infermieri e operatori; sostegno per il trattamento di specifiche tipologie di utenti; elaborazione dei lutti.
- 4) **ambiti di intervento dello psicologo da ampliare e/o ancora da sviluppare**: aumentare gli incontri/riunioni con il personale; presenza dello psicologo durante i nuovi ingressi; costruzione di sportelli psicologici a disposizione di tutti, compresi familiari; incontri di approfondimento e formazione su altri argomenti collegati al lavoro.

⁵ Questo aspetto è da inserire nelle note di criticità legate alla partecipazione attiva del personale (vedi capitolo "Criticità emerse e possibili futuri ambiti di intervento", p.96).

5) **utenza che ha maggiormente giovato della presenza dello psicologo:** personale e ospiti.

6) **giudizio sulla presenza dello psicologo in struttura:** vista come figura funzionale/utile al lavoro in struttura, richiesta una presenza settimanale fissa.

7) **motivazioni personali che spingono a usufruire dello psicologo in struttura:** conoscere se stessi e gli altri; costruire una collaborazione per strutturare iniziative congiunte; confrontarsi tra colleghi; lo spazio psicologico viene percepito come spazio di sfogo, supporto, consiglio.

8) **aspetti critici emersi:** paura del giudizio; divergenze di visione sulle cose; timore di esprimersi.

Il coordinamento ha dato il proprio rimando rispetto alla attività psicologica svolta nel triennio, attraverso la compilazione di un questionario a parte che potesse raccogliere osservazioni riguardo a:

1) punti di forza del lavoro psicologico nella struttura;

2) criticità;

3) novità apportate;

4) possibile continuità e futuri interventi.

Quanto segue è ciò che è emerso:

1. **Punti di forza:** presenza costante; impegno; professionalità.

2. **Criticità:** apprensione nella gestione degli utenti difficili.

3. **Novità apportate:** incontri costanti con il personale e approfondimenti rispetto a temi quali la comunicazione o la gestione di ospiti con particolari patologie.

4. **Possibile continuità e futuri interventi:** progettazione di un percorso per i nuovi ingressi; continuità nella gestione degli operatori; formazione mirata e costante.

14. CRITICITÀ EMERSE E POSSIBILI FUTURI AMBITI DI INTERVENTO

Durante questa esperienza triennale, partita come progetto pilota a Santa Maria Nuova, e ampliata in altre strutture della cooperativa ("Fondazione Recanatesi" di Osimo (AN), "Le Grazie"

di Gualdo di Macerata (MC)), sono emersi degli spunti che sembrano rilevanti e comuni nelle diverse strutture trattate durante i tre anni. Per tali ragioni si è pensato di lasciare in questa parte una serie di osservazioni legate alle problematiche più comuni del lavoro psicologico in struttura e alcune proposte di soluzione.

1. Un primo punto importante è la possibilità di garantire una formazione psicologica assidua al personale, cercando una partecipazione continua, anche motivata da rinforzi da parte della cooperativa. Il personale infatti con difficoltà spende altre ore in struttura, in modo volontario, per formarsi o partecipare ai gruppi psicologici, impedendo allo psicologo una lettura gruppale necessaria a una efficace interpretazione della situazione attuale. Questo problema emerge in tutte le strutture visitate, in modo più o meno marcato, indicando una tendenza generale degli operatori e degli infermieri a non continuare a formarsi seguendo una stimolazione personale e una dedizione al lavoro. Questo può produrre irrigidimenti mentali e carenze tecniche che nel tempo si cronicizzano e sono più difficili da modificare una volta strutturate. Emerge spesso una ritrosia a partecipare e/o rispondere a stimoli di varia natura (questionari, test, colloqui, etc.) in modo da “dire la propria” per la costruzione di un lavoro di équipe. Alla luce di ciò è necessario formare il personale, fin dal primo ingresso in struttura come collaboratori con varie funzioni e ruoli, a svolgere e accettare una logica di lavoro di équipe, in cui potersi sentire partecipi e attivi, aperti al cambiamento e in continuo ascolto ed espressione del proprio e altrui punto di vista. In questo compito un ruolo importante può averlo la cooperativa e il coordinamento stesso, i quali possono sostenere e rinforzare una logica di partecipazione alla formazione continua e di collaborazione multiprofessionale.
2. Un secondo punto è la costruzione con i coordinatori di una vera collaborazione con la figura dello psicologo. Talvolta infatti i coordinatori agiscono indipendentemente dallo psicologo presente in struttura, in ambiti di competenza psicologica come il colloquio privato con i famigliari o con il personale durante le riunioni di équipe. Questo può generare confusione o trasmissione di doppi e divergenti messaggi, che ledono alla formazione di un vero approccio multidisciplinare e di équipe. Inoltre lo stesso coordinamento deve presenziare in modo costante in struttura, stimolando confronti continui tra i colleghi e il coordinamento stesso. Questo è possibile istituendo momenti di

confronto regolare, come riunioni di supervisione o di *équipe*, dove devono presenziare tutti i membri del gruppo di lavoro.

3. Un terzo punto importante, che nasce dal confronto con i diversi coordinatori, è l'esigenza di pianificare un progetto di accoglienza⁶, in cui strutturare un vero e proprio iter di colloqui di valutazione pre-ingresso dei nuovi utenti; questo iter diagnostico-conoscitivo pre-ingresso potrebbe prevedere almeno un colloquio prima dell'ingresso tra il futuro utente e i suoi famigliari, e lo psicologo, i coordinatori, l'infermiere; lo scopo è raccogliere la storia dell'utente, la condizione attuale, le motivazioni all'ingresso, le problematiche emotive e concrete legate all'ingresso. Il metodo di progettazione per l'accoglienza dimostra efficacia e sembra ridurre il rischio di un approccio casuale al nuovo utente da parte della struttura, con le consequenziali problematiche che ne derivano.
4. Un quarto punto da considerare è la necessità di favorire sempre più un dialogo e una partecipazione dei medici di base alle riunioni di *équipe*, per garantire uno scambio di informazioni e ancora un lavoro multiprofessionale integrato.
5. Un quinto punto riguarda il lavoro sui famigliari, che sono spesso anch'essi fonte di criticità e confusione sul personale e sull'utente ricoverato. Per i famigliari è possibile pensare a uno sportello di ascolto settimanale o istituire gruppi di ascolto psicologico a cui riferirsi per problematiche emotive personali legate al ricovero del parente.
6. Un ultimo punto riguarda il trattamento degli aspetti psichiatrici degli utenti. Sempre più, infatti, nelle strutture per anziani afferiscono utenti di terza età con pregressa storia psichiatrica *early onset*, con MCI e/o in assenza di grave decadimento cognitivo. Questo può accadere in situazioni di difficoltà sociale o ambientale (sfratti, morte del coniuge, assenza di famigliari in vita, problematiche economiche, etc.), per le quali il ricovero è l'unica soluzione. Questi utenti portano con sé un bagaglio di complessità, legata sia alla malattia psichiatrica che al subire il ricovero in strutture per anziani che non sentono idonee per se stessi. E' necessario aiutare il personale nella gestione di questi utenti, con

⁶ Per un esempio esaustivo di una progettazione per l'accoglienza riferirsi al modello " L'approccio capacitante" (Vigorelli, 2012).

una formazione specifica che prenda in considerazione le evidenti differenze, emerse anche in questa ricerca di dottorato, tra utente geriatrico e utente psichiatrico-geriatrico.

15. CONCLUSIONI

In questa progettazione clinico-operativa sono partita da un tema di ricerca-intervento: *“Qualità di vita e progettazione dell’ambiente per l’anziano istituzionalizzato: strumenti di misurazione per la realtà italiana”*; nello specifico si è trattato il costrutto di “domotica” in relazione alla “qualità di vita per l’anziano istituzionalizzato”. Questo tema ha comportato l’approfondimento della letteratura di riferimento, la quale ha confermato la centralità del contesto e dell’organizzazione nel trattamento dell’utente anziano (Genevay, Katz, Gasperi, 1994; Bianchetti, 2009), un utente le cui caratteristiche sintomatologiche (disabilità, non autosufficienza) e psicologiche (fragilità) rendono complessa la presa in carico e il trattamento (Froni, et al., 2006; Asioli, Trabucchi, 2009; Lopez, et al., 2009; Cristini, et al., 2015). Alla luce del tema di ricerca-intervento e della letteratura di riferimento ho formulato due quesiti tra loro correlati, che hanno determinato la costruzione della progettazione clinico-operativa: *Che tipo di problematiche emergono nel personale di una struttura per utenti geriatrici che presentano sindromi psichiatriche early and late onset? Che ruolo può avere lo psicologo nella gestione di queste problematiche all’interno di queste strutture?* I dati della letteratura hanno confermato la centralità della relazione tra caregiver formale (infermieri, operatori, educatori, psicologo, istituzione) e anziano (Bianchetti, 2009); relazione che incide sul benessere/malessere e sulla qualità di vita istituzionale dell’anziano. Tale relazione, densa di emotività e affettività (Cristini, et al., 2015) può determinare importanti ricadute patologiche sia sul caregiver che sull’utente, generando sul caregiver formale fenomeni di burnout, spesso determinati da modalità lavorative stereotipate, confusive, meccaniche (Maslach, Jackson, 1981). Facilmente nelle strutture per anziani manca una logica di continuità, di scambio e di lavoro multidisciplinare, che consenta una progettazione pensata sul singolo utente e calata sulla realtà di vita condizionata dai mezzi e risorse istituzionali (Ferrannini, 2009). Queste carenze possono essere determinate dall’elevato turnover di questo tipo di strutture, a conduzione prevalentemente femminile e gestite dal privato sociale, oltre che dall’assenza di un lavoro di équipe. Nell’assenza di una logica della “Complessità individuo-ambiente” (Sander, 2002), le dinamiche macro e micro-sociali diventano irrigidite e difensive rispetto all’apertura al nuovo, al creativo e al cambiamento. Emerge in questa ricerca-intervento la difficoltà dell’operatore ad

aprirsi a una logica dialettica, creativa, non conforme, di confronto, esprimendo una rigidità sofferta che distrugge il piacere di lavorare con l'anziano. Questa sofferenza ricade sulla qualità dell'ambiente di vita dell'anziano, ambiente che rischia di diventare un mero "inter-spazio" di attesa tra la vita e la morte; spazio, o campo, mancante di una visione dinamica intesa come "in movimento", flessibile, possibilistica, speranzosa, di stupore rispetto all'inatteso (Suàrez, 2007). In assenza di possibilità cresce il senso di solitudine, sentito dal personale ed espresso attraverso il tema del non sentirsi capiti, non essere ascoltati, non essere motivati. La Casa di Riposo diventa più che uno spazio di ristoro, appunto "riposo", uno spazio di attesa della morte, la quale con dolore aleggia dentro il campo e le persone che vi fanno parte, e a cui o si soccombe o si reagisce con eccessiva attivazione: *"cosicché i ruoli attivo – passivo sono fortemente giocati all'interno delle Case di Riposo. Il ruolo attivo è depositato nel personale (lavoratori) che, dal punto di vista dello stereotipo sociale, ha la funzione di dare all'anziano tutto quello di cui può aver bisogno; è per questo che è lì, per dare. Il ruolo passivo rimane per l'anziano, al quale tutto ciò che si chiede è che riceva quello che gli si dà. Questa aggiudicazione di ruoli è mantenuta rigidamente e l'istituzione si struttura sopra di essa."* (Suàrez, 2007). Il rischio è da una parte la sostituzione completa all'anziano nella sua vita, nella sua espressione, nelle sue residue possibilità; dall'altra l'accrescimento del senso mortifero di assenza di speranza e la meccanica ripetizione del fare. In questa dinamica l'utente geriatrico-psichiatrico è un individuo che rompe la rigidità del sistema, poiché la sua condizione "stravagante", diversa, non gli permette di assorbire passivamente l'altro, egli chiede, si ribella, esprime la propria soggettiva differenza. Questo sconvolge il sistema che non ha più mezzi e risorse conosciute per trattare l'utente. La ribellione del soggetto psichiatrico denuncia la staticità di alcune strutture per utenti geriatrici e impone domande rispetto alle possibilità di cambiamento da mettere in campo. Lavorare sul personale è stato per me uno sprone a pensare, immaginare, ma anche digerire il tema della morte (intesa come assenza di alternativa) ripensando alla possibilità. Gli utenti psichiatrici sono stati una spinta importante a domandarmi *"Cosa significa vivere per sempre in questa struttura? Cosa significa invecchiare in questo spazio che non mi appartiene e a cui mi ribello?"*. Le risposte hanno aperto molte riflessioni. In questa ottica ho ritenuto essenziale lavorare sui caregiver formali, i quali sono direttamente investiti da questi contenuti e altrettanto direttamente sono i detentori della speranza e del cambiamento. Perciò ho cercato di lavorare per costruire un gruppo che fosse "gruppo di lavoro pensante", e non "gruppo di meri lavoratori" individualmente relazionati con

l'utente e automatici nel fare ripetitivo di ogni giorno. Il percorso di cambiamento è ancora in atto, ma le soddisfazioni sono state molte e importanti, confermando il bisogno che l'istituzione ha di essere ascoltata nelle sue mille voci e sfaccettature.

CONCLUSIONI GENERALI

I progetti di ricerca sperimentale e clinico-operativo che sono stati presentati fanno entrambi parte della ricerca di dottorato Eureka in Scienze Umane, XXIX ciclo Curriculum Psicologia, dell'Università degli Studi di Urbino "Carlo Bo", che prevede una collaborazione tra Università, Regione Marche e ASSCOOP società cooperativa Onlus. L'obiettivo di questo tipo di dottorato era migliorare i rapporti tra Università e territorio, facendo in modo di calare la ricerca sperimentale nell'ambito psicologico clinico-operativo. Lo scopo era apportare innovative proposte di progettazione sul territorio stesso, che accrescessero le potenzialità degli interventi psicologici partendo da una valutazione sperimentale. Il lavoro di ricerca sperimentale è stato dunque fondamentale per conoscere la realtà istituzionale entro cui parallelamente mi sono trovata ad intervenire come psicologa. Il mio ambito di ricerca, specificatamente "l'impatto della variabile malattia psichiatrica sullo stile e qualità dell'invecchiamento", mi ha portato ad ampliare le conoscenze rispetto al tema suddetto, consentendomi di acquisire maggiori competenze idonee a trattare il gruppo di geriatri istituzionalizzati con patologie psichiatriche *early onset*. Dalla ricerca è infatti emerso la maggiore complessità psichica, relazionale e comportamentale degli individui geriatrici con diagnosi psichiatriche *early onset*, i quali presentano in più giovane età quadri psichiatrici in correlazione a decadimento cognitivo, disturbi dell'umore, difficoltà relazionali e comportamentali. Tale complessità si evince anche in ambito clinico-operativo, come emerso dalle criticità espresse dagli operatori che si trovano a gestire questi individui. Le competenze acquisite tramite lo studio della letteratura e grazie alla ricerca stessa sono state dunque messe a disposizione delle strutture, a sostegno del personale operativo, dei coordinatori, degli infermieri, i quali esprimevano tutti un marcato disagio nel trattare e gestire utenti anziani con disturbo psichiatrico istituzionalizzati all'interno di strutture per utenti geriatrici (case di riposo, residenze protette). Inoltre, l'esperienza di dottorato mi ha consentito di ampliare le conoscenze personali rispetto alla disciplina psicogeriatrica. Ho tentato, nei tempi e nelle disposizioni imposte dal dottorato stesso, di applicare tali competenze teoriche e arricchire le esperienze clinico-operative al servizio dell'istituzione. La fruibilità degli interventi attuati nei tre anni è stata apprezzata dalla cooperativa per la quale continuo a lavorare come psicologa, sia all'interno delle strutture trattate durante il dottorato che in nuove strutture per le quali si è chiesto di applicare il medesimo progetto presentato in questa tesi.

APPENDICI

Appendice A: Scheda anamnestica e domande qualitative al personale per la fase valutativa

Dati personali:

Luogo/ _____ Data _____ Struttura _____ e

Professione _____

Nome

Cognome _____

Età _____

Sesso M F

Anni di attività lavorativa -5 + 5 -10 +10

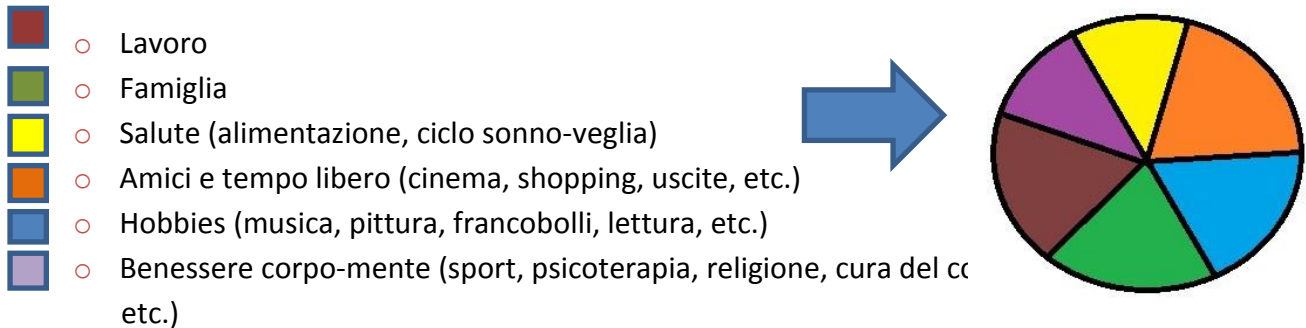
Celibe/ nubile SI NO

Presenza di figli SI NO

Se lei dovesse indicare gli aspetti positivi del suo lavoro quali elencherebbe e perché:

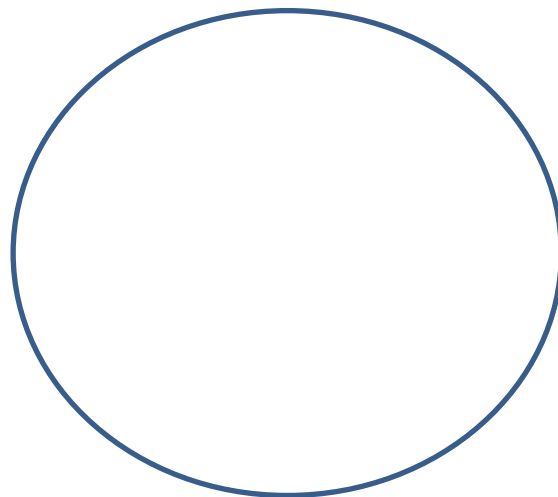
Appendice B: esempio di intervento psicologico (lavoro in gruppo) sul personale di struttura.

SCHEMA DI AUTOVALUTAZIONE DEL BENESSERE PERSONALE: una torta con i giusti ingredienti!

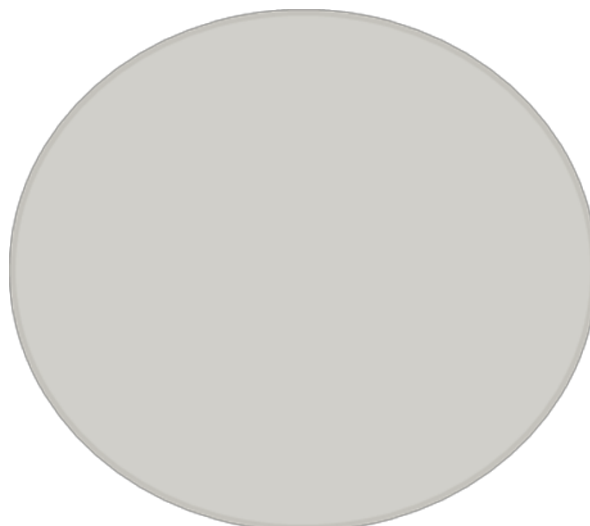


CREA LA TUA TORTA DI AUTOVALUTAZIONE!

1) QUANTO QUESTE AREE SONO IMPORTANTI PER TE? QUANTIFICA IL LORO VALORE!



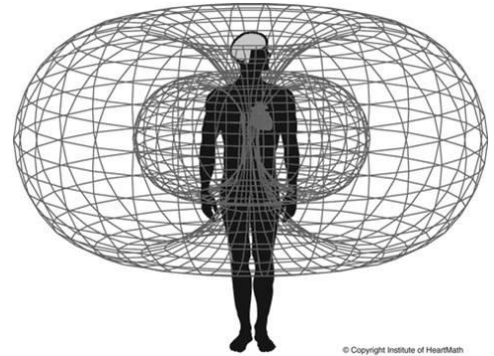
2) QUANTO QUESTE AREE REALMENTE RIEMPIONO LA TUA VITA?



IL POTENZIAMENTO DELLE AREE VITALI AL BENESSERE: RIORGANIZZIAMO ASSIEME CIO' CHE MANCA AL DI FUORI DEL MONDO DEL LAVORO

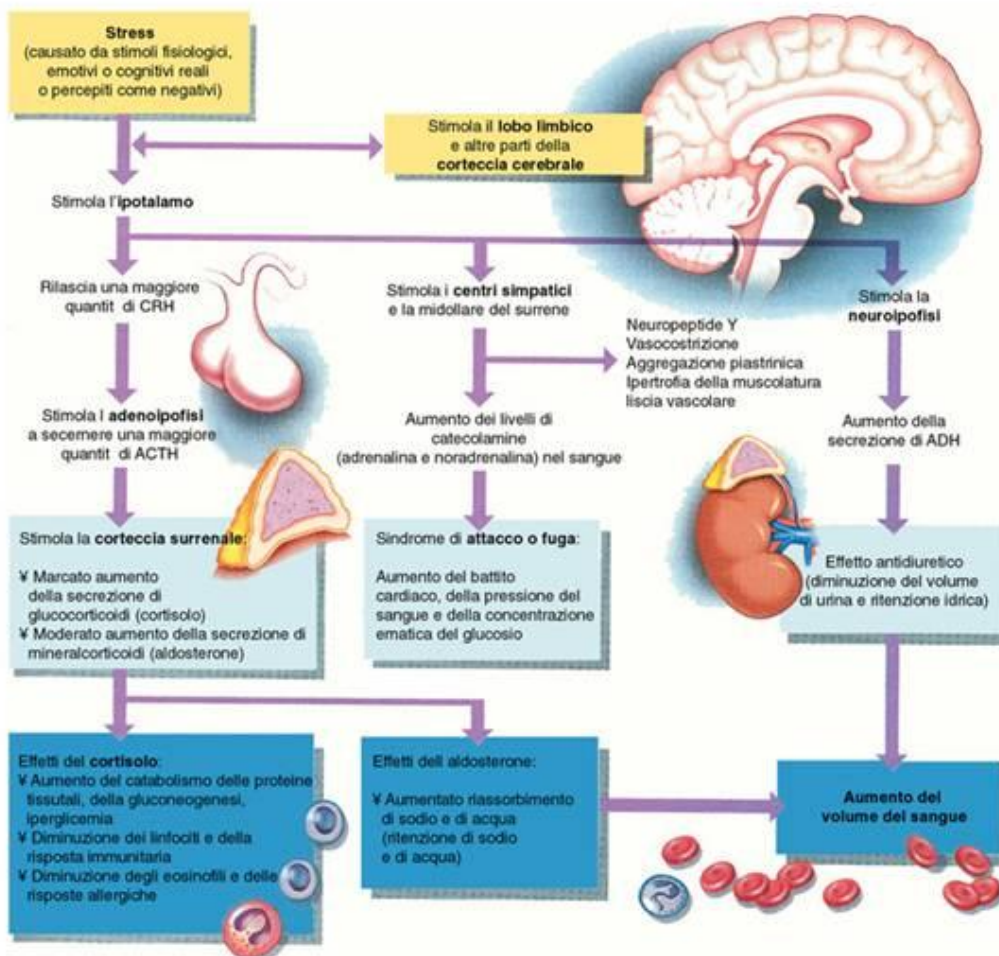
Quanto manca nella vostra vita di questi ingredienti: dai un punteggio da 1 a 10

- **Cibo e Sonno** 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- **La rete sociale** 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- **Cura del corpo e dell'anima** 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- **Tempo libero** 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



© Copyright Institute of HeartMath

PERCHE' UN SI' ALLE AREE VITALI CONTRO LO STRESS



COSTRUZIONE DEL PENSIERO POSITIVO

- **Dal pensiero rinuncia-condanna-abbandono al pensiero speranzoso:** la perdita di speranza è uno dei fattori mentali che più incidono sul malessere corpo-mente, poiché si attivano sistemi biologici di tipo conservazione-ritiro, ovvero una generale diminuzione delle attività biologiche che favoriscono uno spirito combattivo!

Il pensiero combattivo è del tipo “posso farcela!”, “non c’è un limite al fare questa cosa, se non nella mia mente!”, “ posso aiutare a risolvere questo problema”, “ci riusciremo!”.

- **Padronanza degli eventi o locus of control:** noi tutti possiamo attribuire le cause degli eventi a cose che ci capitano o alla nostra responsabilità. Tanto più attribuiamo le cause a fattori esterni (altri, sfortuna, destino) tanto meno siamo in grado di padroneggiare l’evento capendo le cause e gli effetti, imparando così dall’evento a evitare o anticipare una sua ripetizione. Quando invece pensiamo a come ci siamo messi noi in quell’evento, agli errori o colpe, e che cosa abbiamo potuto fare per crearlo, allora attribuiamo le colpe a fattori interni.

Dare la colpa solo a noi o solo agli altri è sbagliato, ma porsi sempre in prima persona negli eventi che ci capitano ci aiuta a capire come pensiamo, cosa possiamo fare per migliorare e come farlo.

Il pensiero sbagliato è:

es: “è colpa della sfortuna” (colpa a fattori esterni)

“è andata come voleva il signore!” (colpa fattori esterni)

“è sempre colpa mia!” (colpa a fattori interni)

“sono inadeguata e non ce la farò” (colpa a fattori esterni)

- **Autoefficacia: IO POSSO INFLUENZARE GLI EVENTI DELLA MIA VITA E RIUSCIRE A TROVARE UNA SOLUZIONE IDONEA.** Solo mettendoci in prima persona negli eventi, con un atteggiamento di possibilità, apertura, confronto e ascolto e atteggiamento propositivo posso trovare una soluzione giusta. Ci vogliono almeno tre convincimenti interni:
 - **Impegno:** posso impegnarmi pienamente in tutte le aree della mia vita che possano darmi benessere e ottenerlo come tutti. Basta volerlo! Basta che io metta ordine negli scopi e obiettivi della mia vita e li persegua credendoci!
 - **Controllo:** non sono in balia di forze esterne ma padrone degli eventi e della mia vita. Scelgo io ciò che mi capita. E posso farli andare bene.

- **Sfida:** tutto quello che mi capita anche se faticoso mi farà crescere e avrò una esperienza in più da insegnare agli altri.
- **SE IMPARO DAGLI EVENTI, E IMPARO DA ME STESSO A GOVERNARLI, INEVITABILMENTE IMPARERO' A TROVARE NUOVE E SEMPRE MIGLIORI SOLUZIONI AI PROBLEMI CHE VERRANNO E AMPLIERO' LA MIA VITA IN MODO DA AVERE UNA "TORTA" EQUILIBRATA!**

Appendice C: Scala di Competenza Definitoria

REGOLE SOTTOSTANTI LA STRUTTURA DELLA “SCALA DI COMPETENZA DEFINITORIA”

di Belacchi – Benelli, 2014

Definire non significa solo individuare l'entità cui una data parola si applica, ma **esplicitare verbalmente in forma analitica** (nel *definiens*) il significato, cioè il contenuto concettuale, di tale parola (*definiendum*).

La **definizione lessicografica** è propriamente un enunciato complessivo in cui il *definiendum* e il *definiens* formano un'unità frasale, nella quale fungono rispettivamente da soggetto e da predicazione dell'enunciazione.

Dal punto di vista evolutivo, l'assunto alla base della costruzione dell'abilità definitoria è che si proceda verso la **progressiva integrazione tra *definiendum* e *definiens***, sia a **livello formale, morfo-sintattico** (relazione di concatenazione sintagmatica) sia a **livello del contenuto concettuale-semantic** (relazione di equivalenza delle rappresentazioni, che nel *definiendum* sono implicite, mentre nel *definiens* sono esplicite).

L'enunciato che costituisce una definizione deve soddisfare entrambe le condizioni (di forma e di contenuto) per realizzare una riflessione analitica sul linguaggio in quanto strumento convenzionale per condividere rappresentazioni mentali. Questa è la cosiddetta **funzione metalinguistica**.

La competenza definitoria implica la padronanza di requisiti o **regole costitutive delle definizioni**, che devono essere tutti soddisfatti, per realizzare una **definizione metalinguistica**, che presenta la **struttura aristotelica**: “Un X (*definiendum*) è (*copula*) un Y (*genus proximum*) che Z (*differentia specifica*)”.

Tali regole sono innanzitutto di **tipo formale**, nella misura in cui solo la **struttura corretta delle espressioni frasali** consente la precisa articolazione e analisi dei contenuti e delle relazioni concettuali che costituiscono le conoscenze semantiche sottostanti le parole. Sono anche **di contenuto**, in quanto ciò che viene espresso nella definizione deve corrispondere **alla natura oggettiva delle entità denotate dalle parole e ai canoni convenzionali delle reti associative** con cui tali entità sono considerate nel contesto linguistico-culturale.

Sono **regole formali**: la *Parafrasi* (uso di **parole diverse** dal *definiendum*), la *Perifrasi* (uso di **più parole** per rendere conto **in forma analitica** del contenuto semantico), *l'autonomia e la correttezza morfo-sintattica* del *definiens* (per esprimere **compiutamente** un contenuto) e l'uso della *copula* (**nesso sintagmatico** tra *definiendum* e *definiens*).

E' una **regola di contenuto** il fatto che non è sufficiente individuare l'area semantica, o degli aspetti appropriati del contenuto, ma deve essere realizzata un'**equivalenza semantica** tra *definiendum* e *definiens*.

Solo la equivalenza semantica consente l'effettiva sostituibilità/intercambiabilità tra i due elementi della definizione, realizzando così **la funzione propria delle definizioni**:

esplicitare il contenuto semantico, convenzionalmente condiviso, delle parole, grazie alla proprietà intrinseca del sistema-linguaggio di rinviare da un elemento (parola) ad altri elementi dello stesso sistema (altre parole ed enunciati).

Questo rinvio si traduce in due processi reciproci e complementari:

Data la parola-*definiendum* si accede al suo significato, tramite l'enunciato-definiens = *processo di Espansione*, in cui consiste l'attività di **Definire**

Dato l'enunciato-*definiens*, si accede al *definiendum*, cioè alla parola che lo esprime in forma sintetica = *processo di Condensazione*, che consiste nell'attività di **Denominare**.

La **Scala di Valutazione della Competenza Definitoria** si articola in **sei livelli** che descrivono e spiegano le tappe evolutive della costruzione progressiva di questa abilità, il cui raggiungimento richiede la padronanza singolare e congiunta delle regole di forma e contenuto sopra evidenziate.

Lo sviluppo della competenza definitoria, in funzione dell'età e dell'istruzione, consiste nel **progressivo utilizzo delle diverse regole costitutive**, attraverso la costruzione di strutture linguistiche via via più articolate e corrette e di riferimenti semantici, sempre più pertinenti e chiari, a contenuti oggettivi e discriminanti.

I **sei livelli della Scala** corrispondono all'acquisizione di tali regole, che si aggiungono ed integrano progressivamente. Solo **all'ultimo livello** della Scala tutti i requisiti formali e di contenuto sono soddisfatti e producono **la definizione metalinguistica**.

La Scala, che attribuisce un **punteggio crescente da 1 a 6** alle risposte dei vari livelli **non** prevede la codifica al suo interno delle **Non risposte** (anche in forma di: "Non so") o delle **Risposte gestuali**, nella misura in cui non soddisfano nessuna delle regole appena descritte.

Tali Non risposte vanno in ogni caso conteggiate (in termini sia assoluti che percentuali sul totale delle parole-stimolo) e sono da considerare come indice di maggiore o minore conoscenza lessicale.

LIVELLI DELLA SCALA E RELATIVA PROPRIETA' DEFINIENTE	REGOLE CARATTERIZZANTI I DIVERSI LIVELLI
LIVELLO I PRE-DEFINITORIO Risposta verbale	Regola di forma: Definire una parola richiede di usare parole (anche con tautologia) e non gesti. Regola di contenuto: Il contenuto può essere anche scorretto
LIVELLO II QUASI-DEFINITORIO Risposta perifrastica ma inadeguata	Regola di Forma: Definire comporta estendere la risposta verbale, per espandere il contenuto. Può essere presente la tautologia. Regola di Contenuto: Il contenuto può essere anche scorretto
LIVELLO III DEFINITORIO NARRATIVO-DESCRITTIVO Perifrasi morfo-sintatticamente autonoma e corretta	Regola di Forma: L' autonomia strutturale e la correttezza morfo-sintattica sono i requisiti formali ed espressivi che consentono di accedere al significato del definiendum, che altrimenti resterebbe inaccessibile o ambiguo. Possono essere presenti tautologie. Regola di Contenuto: Il contenuto, che può essere anche scorretto, è ancora centrato su aspetti concreti/esperienziali.
LIVELLO IV DEFINITORIO CATEGORIZZANTE / SINONIMICO Risposta centrata su categorizzazioni	Regola di Forma: utilizzo di una sola parola , ma costituita da termini di tipo Superordinato o Sinonimico sintagmaticamente uniti al <i>definiendum</i> dalla copula ("è un tipo di"; "significa"). Regola di Contenuto: il contenuto può ancora essere scorretto, ma introduce un livello di considerazione generale-astratto che individua la tassonomia o l'ambito concettuale-semantico , convenzionali, di riferimento
LIVELLO V DEFINITORIO INTEGRATO NON	Regola di Forma: comparsa della formula aristotelica: "X è un Y che Z" . Il termine superordinato o sinonimo deve essere in prima posizione nel <i>definiens</i> , ottemperando al principio della massima rilevanza informativa, per delimitare l'ambito delle possibili predicazioni sul <i>definiendum</i> .

<p>Risposta perifrastica categorizzante, con specificazione</p>	<p>Le specificazioni hanno la funzione di individuare gli aspetti sempre più pertinenti rispetto al definiendum. Nel definiens possono ancora essere presenti tautologie.</p> <p>Regola di Contenuto: Il contenuto espresso non consente la univoca individuazione del significato del definiendum, in quanto può essere o totalmente scorretto o incompleto</p>
<p>LIVELLO VI</p> <p>DEFINITORIO METALINGUISTICO</p> <p>Risposta perifrastica categorizzante con specificazione discriminante</p>	<p>Regola di Forma: uso della formula aristotelica: “ Un X è un Y che Z”;</p> <p>Contenuto: il contenuto espresso dal <i>definiens</i>, sempre corretto, consente l'univoca individuazione del significato, attraverso la adeguata informatività delle specificazioni aggiunte ai termini introduttivi adeguati di diverso grado di astrazione. A questo livello non può essere più presente la tautologia.</p> <p>Si realizza l'integrazione tra la correttezza formale e la correttezza del contenuto, che consente la piena equivalenza tra <i>definiendum</i> e <i>definiens</i>, cioè la loro reciproca e bidirezionale sostituibilità sia semantica che sintattica:</p> <p>Es: L'uomo <i>innocente</i> uscì dalla prigione → l'uomo <i>non colpevole, ingiustamente accusato</i>, uscì dalla prigione.</p>

LIVELLI LORO PROPRIETÀ COSTITUTIVE GENERALI	E PUNT.	CRITERI DI RIPARTIZIONE DEI SOTTO-LIVELLI	ESEMPI DELLA RIPARTIZIONE NEI SOTTO-LIVELLI	SPECIFICAZIONI ECCEZIONI CASI PARTICOLARI
<p>I LIVELLO PRE-DEFINITORIO</p> <p>Caratteristiche formali</p> <p>Il definiens è una risposta fatta da una parola singola* (introdotta o meno dall'articolo)**</p> <p>- che non formi un</p>	1	<p>DUE SOTTO-LIVELLI</p> <p>1A</p> <p>Tautologie / Assonanze</p> <p>Risposta non centrata sul contenuto ma sulla forma fonologica della parola stimolo:</p> <p>Assonanza o Variazioni fonologiche</p>	<p>Biondo – biondino</p> <p>Arancia – arancia</p> <p>Emigrare – emigrato</p> <p>Premura – spremuta</p>	<p>LA RISPOSTA VA CODIFICATA AI LIVELLI SUCCESSIVI NEI SEGUENTI CASI:</p> <p>* - la parola singola è un Superordinato/Sinonimo va assegnata al IV Livello, in quanto collegabile alla parola-stimolo con la copula.</p> <p>- la parola singola in risposta a un Verbo è un avverbio:</p> <p>-va codificata nel II</p>

	<p>1B Associazioni Semantiche</p> <p>Risposta centrata sul contenuto in forma di associazioni semantiche (più o meno comprensibili).</p> <p>L'operazione cognitiva, implicitamente rivelata dalle Associazioni semantiche, può essere tradotta in relazioni di tipo tematico/ schematico, relative alla esperienza, in base a:</p> <ul style="list-style-type: none"> -funzioni/azioni tipiche (Asino – raglio) -contiguità spazio-temporale o contesti tipici (Innocente-prigione) - rapporti di dipendenza (causa-effetto) (Scottare-piangere) - contenente per contenuto o viceversa (Arancia - spicchi); parte per tutto 	<p>Innocente – (la) prigione Battere – martello Emigrare – paese Scottare – piangere Pensare – addolorarsi Arancia – (una) spremuta Ombrello - piovere Biondo – chiari Biondo – (i) capelli Magro – grasso</p>	
--	--	---	--

		(Pagliaccio costume) viceversa - esplicitazione dell'antonimo (educato villano)	- o -		
--	--	---	-------------	--	--

LIVELLI E LORO PROPRIETÀ COSTITUTIVE GENERALI	PUNT.	CRITERI DI RIPARTIZIONE DEI SOTTO-LIVELLI	ESEMPI DELLA RIPARTIZIONE NEI SOTTO -LIVELLI	SPECIFICAZIONI ECCEZIONI CASI PARTICOLARI
<p>II LIVELLO</p> <p>QUASI-DEFINITORIO</p> <p>Iniziale articolazione del contenuto semantico e della struttura linguistica, che non è ancora autonoma e corretta.</p> <p>Il definiens è sempre solo un pezzo di frase</p> <p>- non collegabile al definiendum</p> <p>- ed in cui manca un completo contesto frasale</p> <p>A questo livello non compare mai il verbo nel definiens, in quanto grammaticalmente il verbo costituisce il nucleo di un vero enunciato.</p>	2	<p>TRE SOTTOLIVELLI</p> <p>2A</p> <p>Espansione della Associazione semantica</p> <p>La predicazione espressa dal definiens:</p> <p>- è minima, con l'utilizzo di più di una parola, ma non collegabili sintagmaticamente al definiendum</p>	<p>Biondo – capelli chiari</p> <p>Emigrare - due paesi diversi</p> <p>Pagliaccio - divertimento al circo</p> <p>Premura – Persona gentile</p> <p>Tollerare – tanta pazienza</p> <p>Battere – grande campione sportivo</p>	<p>Nel caso di Verbi transitivi, l'articolo costituisce un nesso sintagmatico che realizza il complemento oggetto:</p> <p>Scottare – la mano</p> <p>Tollerare – una frustrazione</p> <p>Pertanto queste risposte sono di questo livello più evoluto rispetto alla semplice Associazione semantica (1B)</p> <p>NOTA BENE</p> <p>1) Quando la parola-risposta è preceduta dalla ripetizione della parola-stimolo, non si deve considerare tautologia, ma come introduttivo di una una rispostasintagmatica:</p>
		<p>2B</p> <p>Minima unità sintagmatica tra definiendum e definiens</p> <p>La risposta (di una sola parola o più di una parola) è:</p> <p>-o introdotta da nessi sintagmatici quali le preposizioni,</p>	<p>La parola-risposta è introdotta da una preposizione, nel caso di Nome, Verbo, Aggettivo come parola-stimolo.</p> <p>Rotondo – di forma</p> <p>Educato – nei modi</p> <p>Pagliaccio – del circo</p> <p>- col naso rosso</p> <p>Arancia – da spremuta</p> <p>Premura – di persona gentile</p> <p>Scottare - col fuoco</p> <p>Nel caso del Verbo, si realizza un complemento diretto (o</p>	<p>Battere – Battere il martello</p> <p>Ombrello – ombrello da sole</p> <p>Educato – Educato nei modi</p> <p>Va considerata tautologia quando la parola stimolo è</p>

	<p>che esplicitano diverse relazioni semantico-sintattiche (di specificazione, origine, causa, fine, modo, ecc)</p> <p>- o collegabile sintagmaticamente in forma di complemento diretto</p>	<p>compl. oggetto o con un avverbio)</p> <p>Tollerare – qualcosa (con pazienza)</p> <p>Emigrare - dolorosamente</p> <p>Pensare – intensamente (a qualcuno)</p>	<p>ripetuta nel corso della frase-risposta: educato – quando un bambino è educato</p> <p>2) Quando la congiunzione viene preceduta dalla terza persona nel verbo essere, la risposta si deve considerare formalmente inadeguata, in quanto questa forma verbale non è un nesso sintagmatico corretto.</p>
	<p>2C False perifrasi</p> <p>Enunciati più complessi, che devono sempre presentare un verbo, ma</p> <p>- La risposta non realizza ancora un'unità sintagmatica complessiva tra definiendum e definiens, e - non è corretta né autonoma:</p> <p>1) Perché è (o contiene) una frase subordinata introdotta da congiunzioni * (temporale, relativa, causale, ecc) in assenza della</p>	<p>Pagliaccio – quando vai al circo;</p> <p>Scottare – mentre cucini;</p> <p>Innocente – perché non vai in prigione</p> <p>Rivalità – due persone che si combattono</p> <p>Contagioso – passa da uno all'altro</p> <p>Costringere – non vuole fare una cosa ma la fa lo stesso</p> <p>Abilità – è bravo a fare le cose</p> <p>Ombrello – servono per la pioggia</p> <p>Contagioso – malattia</p> <p>Educato – (è una) bambina brava</p> <p>Rotondo – (è una) palla.</p> <p>Rischioso – situazioni difficili</p>	<p>Rivalità – è quando due sono nemici</p> <p>Scottare – è dopo che hai acceso un fuoco</p> <p>Innocente – è perché non hai fatto niente</p> <p>LA RISPOSTA VA CODIFICATA AI LIVELLI SUCCESSIVI:</p> <p>Se l'accordo tra la parola stimolo e la parola-risposta è corretto, si va ai livelli successivi:</p> <p>Rotondo – (è un) cerchio (3B)</p> <p>Ombrello – serve per la pioggia (3B)</p> <p>Nel caso di Nomi astratti, perché il verbo all'infinito ** si può configurare come verbo sostantivato, unibile</p>

	<p>principale</p> <p>2) Perché, per tutti i tipi di parola-stimolo, l'uso del verbo non è adeguato, cioè non è coniugato in modo da essere collegabile al definiendum.</p> <p>Infatti il soggetto dell'enunciato: - non può essere il definiendum e non è esplicitato né è inferibile</p> <p>- nel caso di Nomi, il definiendum non è correttamente accordato, nella persona, al verbo del definiens</p> <p>- nel caso di Aggettivi, il nome-risposta non è accordato correttamente all'aggettivo-stimolo</p> <p>3) Perché per Nomi Concreti</p>	<p>Pagliaccio - ridere al circo Arancia – fare la spremuta Educatore – non rispondere male Contagioso – passare da uno all'altro</p>	<p>al definiendum per mezzo di una copula</p> <p>Premura – (è l') essere gentili con gli altri (VB); - (è l') andare di fretta (5B) Abilità – (è il) saper fare bene le cose (6C)</p> <p>Nel caso di Verbi*** come parole-stimolo, il verbo all'infinito si può configurare o come Sinonimo / Superordinato della parola-stimolo e congiungibile per mezzo di una copula e va codificato ai livelli successivi:.</p> <p>- Pensare – riflettere (4B) - Battere – (è) colpire una cosa (5B) - Frustrare – (è) rendere vani i tentativi di qualcuno (6C)</p>
--	--	---	--

		e Aggettivi , il verbo che introduce la frase è all' infinito*** .		
--	--	--	--	--

LIVELLI LORO PROPRIETÀ COSTITUTIVE GENERALI	E PUNT.	CRITERI DI RIPARTIZIONE DEI SOTTO-LIVELLI	ESEMPI DELLA RIPARTIZIONE NEI SOTTO -LIVELLI	SPECIFICAZIONI ECCEZIONI CASI PARTICOLARI
<p>III LIVELLO</p> <p>DEFINITORIO NARRATIVO/ DESCRITTIVO</p> <p>Enunciati con forma sintatticamente e autonoma e corretta.</p> <p>Il loro contenuto è centrato sulle proprietà esperienziali relative al referente, con riferimenti a oggetti, eventi, proprietà, secondo diverse modalità:</p> <ul style="list-style-type: none"> - di tipo episodico-contestualizzato, - di tipo più generale ma sempre centrato sul referente - anche per analogia con altri referenti. 	3	<p>DUE SOTTOLIVELLI</p> <p>3A</p> <p>Perifrasi Narrative</p> <p>Risposta frasale perifrastica autonoma e corretta, in formato narrativo, ma che non si integra sintagmaticamente con il definiendum.</p> <p>Il soggetto dell'enunciato deve essere :</p> <ul style="list-style-type: none"> - o esplicitato e diverso dalla parola-stimolo - o inferibile (anche se non esplicitato), come nel caso dei <i>pronomi impersonali o generici</i>: si, io, 	<p>Educatore – Un bimbo non fa arrabbiare la maestra</p> <p>Liscio – un gioco può essere liscio</p> <p>Premura – Una persona gentile aiuta gli altri</p> <p>Rivalità – Due persone si combattono tra di loro</p> <p>Costringere – La mamma ti dice di fare una cosa</p> <p>Tollerare – Qualcuno sa accettare le cose anche se non gli piacciono</p> <p>Educatore - obbedisci alla mamma</p> <p>- si salutano le persone</p> <p>Rivalità – ci si combatte</p> <p>Frustrare – si rende la vita difficile agli altri</p> <p>Asino- è (sta) nella stalla</p>	<p>*Se manca l'accordo di genere e numero tra aggettivo-stimolo e nome-risposta, la risposta cade nel livello precedente: rotondo – una palla (2C)</p> <p>**Se il verbo non è correttamente accordato, la risposta va nel livello precedente :</p> <p>Asino – hanno le orecchie lunghe (2C)</p> <p>NOTA BENE</p> <p>1) Si noti la differenza fra i seguenti un enunciati:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Due persone, che si combattono tra di loro (Incompleto = 2C) - Due persone si combattono fra di loro (Autonomo = 3A) <p>NOTA BENE</p> <p>1) Nel caso la risposta sia una sola parola, non va considerata Associazione semantica in quanto la predicazione espressa dall'aggettivo è</p>

<p>(Definizioni di cosa)</p> <p>Il verbo essere inizia ad assumere la funzione grammaticale di copula.</p> <p>Questa è di tipo Descrittivo, cioè introduce una predicazione relativa alle proprietà fenomenico-esperienziali del definiendum .</p>	<p>tu, noi, voi)</p> <p>- o è la parola stimolo, collegata al definiens dal verbo essere (esplicitato e seguito da preposizione) ma che non funge da <i>copula</i> bensì da predicato verbale, equivalendo semanticamente e ad altri verbi:</p>	<p>Arancia – è (serve) per spremerla Costringere – è (serve) per vincere Abilità – è (proviene da) per natura</p> <p>pertinente al nome e formalmente collegabile con la copula (Essere contagiosa è una proprietà della malattia).</p> <p>2) Nelle risposte, la copula o altro verbo spesso sono preceduti dalla espressione “che”.</p> <p>Arancia - che è dolce. Pericoloso – che ti fai male Costringere – che siamo obbligati a fare le cose</p>
	<p>3B Perifrasi Descrittive</p> <p>Risposta perifrastica corretta formalmente, che si integra al definiendum, costituendo un enunciato unico e completo, per mezzo:</p> <p>1) della copula (espressa o inseribile) di tipo Descrittivo.</p> <p>Nel caso di</p>	<p>Arancia- (è) dolce; (è) a spicchi Battere - (è il) miglioramento di un limite; – (è) rumoroso Asino – (è) come un cavallo;</p> <p>Rotondo – (è) il cerchio; Liscio – (è) il pavimento Rischioso – (è) correre sugli scalini;</p>

		<p>Verbi o Nomi, il definiendum costituisce il soggetto grammaticale della predicazione</p> <p>Nel caso di Aggettivi, * il definiendum funge da predicato, mentre il definiens funge da soggetto dell'enunciato definitorio.</p> <p>2) da un altro verbo, accordato correttamente ** al definiendum, che funge da soggetto della predicazione:</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Asino – raglia; - Scottare – fa male - Abilità – si presenta in molte persone - Rivalità – divide le persone 	<p>4) Anche a questo livello la tautologia consiste nel ripetere la parola stimolo (o sua variazione morfologica) nel corso della risposta:</p> <p>Abilità – Uno è abile nelle cose che fa.</p>
--	--	---	---	--

LIVELLI LORO PROPRIETÀ COSTITUTIVE GENERALI	E PUNT.	CRITERI DI RIPARTIZIONE DEI SOTTO-LIVELLI	ESEMPI DELLA RIPARTIZIONE NEI SOTTO -LIVELLI	SPECIFICAZIONI ECCEZIONI CASI PARTICOLARI
IV LIVELLO DEFINITORIO CATEGORIZZANTE / SINONIMICO Risposta costituita da una parola singola , collegabile al definiendum per mezzo della copula (espressa o inseribile) Le risposte presentano un salto nella organizzazione concettuale del contenuto , che non è più concreto ma generale e astratto, in quanto il referente è individuato in forme convenzionalmente codificate che esprimono: - Classificazioni (introduzione di termine	4	DUE SOTTOLIVELLI 4A Semplice Superordinato La copula è Classificatoria (=è membro della classe... "appartiene a.." " è un tipo di..." "è un esemplare di...") A livello di contenuto , la risposta con il solo Superordinato non consente di individuare in modo univoco il referente inteso, ma solo la sua appartenenza categoriale generale.	Asino – (è un) animale Scottare – (è) un'azione Biondo – (è) un colore Educatore – (è un) aggettivo	NOTA BENE 1) I Superordinati possono essere considerati scorretti quando il termine categoriale non è quello della tassonomia convenzionale Balena – (è un) pesce Luna – (è un) pianeta 2) Una risposta è da considerarsi semplice sinonimo anche se il definiens è costituito da espressioni sinonimiche , di più di una parola: Liscio – non (è) ruvido; - (è) senza asperità Magro – non (è) grasso - acromatico – (è) senza colori Innocente – non colpevole 3) Si possono considerare Sinonimi scorretti - termini che sono sinonimi di una parola diversa dalla parola stimolo, equivocata in
		4B Semplice	Gatto- (é un) micio Educatore – (è) gentile	

<p>superordinato specifico o relazionale astratto), che si caratterizza ancora come <i>Definizione di cosa</i>, in quanto la categoria appartiene al mondo extra-linguistico;</p> <p>- Minima Equivalenza Semantica (introduzione del sinonimo) che segnala il passaggio <i>Definizione di parola</i>, perché rimanda al sistema intra-linguistico.</p>		<p>Sinonimo</p> <p>La Copula è Definitoria (= significa, equivale a...), fondando una relazione di equivalenza semantica.</p> <p>Tale equivalenza rimane però implicita in quanto la risposta con il solo Sinonimo individua il contenuto semantico in modo univoco ma non analitico.</p>	<p>Emigrare – (è) espatriare. Tollerare – (è) sopportare - (è) accettare Unire – (è) avvicinare - (è) congiungere Pagliaccio – (è un) clown,</p>	<p>quanto foneticamente simile :</p> <p>Frustrare – sferzare (da frustare) Deplorare – supplicare (da implorare)</p> <p>- sinonimi corretti usati però in forma non adeguata, ad esempio perché il verbo è usato in forma riflessiva</p> <p>deplorare – rimproverarsi scottare – bruciarsi</p>
--	--	---	--	--

LIVELLI E LORO PROPRIETÀ COSTITUTIVE GENERALI	PUNT.	CRITERI DI RIPARTIZIONE DEI SOTTO-LIVELLI	ESEMPI DELLA RIPARTIZIONE NEI SOTTO -LIVELLI	SPECIFICAZIONI ECCEZIONI CASI PARTICOLARI
V LIVELLO DEFINITORIO NON INTEGRATO Compare l'utilizzo della struttura formale aristotelica <i>" Un X è un Y che Z..."</i> , che, pur consentendo la scomposizione analitica del contenuto, non è integrata con la necessaria adeguatezza di tale contenuto. Essendo la forma ormai corretta, è il contenuto che diventa cruciale per stabilire i sotto- livelli: si evidenzia così la padronanza delle diverse componenti del significato e delle sue varie sfumature, che	5	TRE SOTTOLIVELLI 5A Risposte con contenuto scorretto Risposta formalmente corretta, ma relativa ad un altro termine , equivocato o per somiglianza fonologica o per forte area associativa	Frustrare – picchiare qualcuno con la frusta; Premura – (spremuta) succo dell'arancia Innocente – colpevole di un delitto	NOTA BENE La formula aristotelica può utilizzare diversi elementi morfologici per aggiungere le specificazioni: Un X è un Y che Z : "Il cane è un animale che morde " Un X è un Y con Z: "L'asino è un quadrupede con le orecchie lunghe"
		5B Risposte con contenuto incompleto La risposta non è informativamente adeguata, perché non è ancora possibile realizzare il percorso inverso che dal definiens porta all' univoca individuazione del	L'incompletezza del contenuto è individuabile: <i>a) o nel termine introduttivo (Y: superordinato o sinonimo)</i> Arancia – albero da frutto Rivalità – (è il) desiderio di essere migliori degli altri; Implorare – (è) svalutare fortemente qualcuno Innocente – cattivo, ingiustamente accusato; <i>b) o nella specificazione (Z) che può essere</i> - <i>Sbagliata</i> : Premura –atteggiamento di sfida	Un X è un Y + Z : "L'arancia è un frutto rotondo "

<p>però non sono ancora ben unificate in un'ottica convenzionale e condivisa</p>	<p>definiendum):</p> <p>Asino – animale a quattro zampe = predicazione che si applica ad un'infinità di altri referenti della stessa categoria</p>	<p>Tollerare – accettare con rabbia</p> <p>Magro – sottile nelle braccia</p> <p>- <i>Incompleta e non discriminante</i></p> <p>Premura – (è un) atteggiamento verso il prossimo</p> <p>Frustrare – (è) rendere la vita difficile al prossimo</p> <p>Emigrare – (è) andare in un altro paese</p> <p>Biondo – colore dei capelli</p> <p>Innocente – condizione di una persona che non ha fatto nulla</p>	
	<p>5C</p> <p>Risposte con contenuto metaforico o traslato</p> <p>La risposta individua solo l'aspetto connotativo codificato e non quello denotativo convenzionale del significato</p>	<p>Asino – (è una) una persona ignorante</p> <p>Costringere – (è) la tortura di Procuste</p> <p>Magro – (è) povero dal punto di vista economico</p>	

LIVELLI E LORO PROPRIETÀ COSTITUTIVE GENERALI	PUNT.	CRITERI DI RIPARTIZIONE DEI SOTTO-LIVELLI	ESEMPI DELLA RIPARTIZIONE NEI SOTTO -LIVELLI	SPECIFICAZIONI ECCEZIONI CASI PARTICOLARI
<p>VI LIVELLO DEFINITORIO META-LINGUISTICO</p> <p>Tutte le risposte sono perifrasi in cui definiendum e definiens sono integrati e corretti</p> <p>- sia nella forma aristotelica</p> <p>“ Un X è un Y che Z...”.</p> <p>- sia nel contenuto.</p> <p>Anche se esiste una ripartizione interna, questa non esprime più una progressione evolutiva di correttezza formale (in quanto sono tutte formule adeguate) pur rappresentando gradi diversi di precisione nello stabilire l'equivalenza</p>	6	<p>QUATTRO SOTTOLIVELLI</p> <p>La ripartizione interna delle definizioni viene effettuata sulla base del tipo di termine introduttivo:</p> <p>6 A Perifrasi Aristoteliche con termine introduttivo categoriale generico (cosa ..., uno ..., qualcuno; quello.., ecc.):</p> <p>6 B Perifrasi Aristoteliche con termini che esprimono relazioni gerarchiche o dimensioni verticalizzanti attraverso::</p>	<p>Nei Nomi:</p> <p>- Pagliaccio – uno mascherato che fa ridere al circo</p> <p>- Abilità – cosa che si ha quando si sa fare bene qualcosa</p> <p>- Premura – quella che hai quando hai fretta</p> <p>- Asino – quello con le orecchie lunghe e che raglia</p> <p>Nei Verbi l'espressione generica introduttiva deve essere: “cosa che si fa ..”, equivalente generico di: “azione di...”</p> <p>- Tollerare – cosa che si fa quando si è pazienti verso gli altri</p> <p>Negli Aggettivi, la generica espressione introduttiva deve essere: - “cosa che si dice, si predica, di...” che equivale alla espressione: “è la proprietà di ...”</p> <p>- Biondo – cosa che si dice di una persona con i capelli chiari.</p> <p>Il termine introduttivo del definiens per Nomi, Verbi e Aggettivi, è sempre un nome:</p> <p>- Asino – quadrupede simile al cavallo, grigio, usato da soma</p> <p>- Premura – atteggiamento di affettuosa disponibilità e attenzione</p>	<p>NOTA BENE</p> <p>1) La struttura aristotelica di base può ulteriormente articolarsi, con l'uso dei vari mezzi morfo-sintattici, per rendere in conto in maniera dettagliata della natura specifica del referente :</p> <p>Es: “Il cane è un animale domestico, con il pelo, che abbaia”</p> <p>Più il contenuto è complesso, e/o più l'atteggiamento è analitico, più le specificazioni saranno espresse in vari modi in una stessa risposta di definizione.</p> <p>2) La quantità di informazioni necessarie a stabilire la equivalenza semantica dipende da vari fattori, quali:</p> <p>- il <i>tipo di parola-stimolo</i>: nel caso di Nomi o Verbi è</p>

<p>semantica. Le varie tipologie dei risposta rispondono piuttosto a stili individuali o dipendono alla natura linguistica del definiendum*</p> <p>Le risposte di questo livello indicano un atteggiamento metalinguistico, perché articolano analiticamente le componenti costitutive del significato secondo criteri concettuali e formule linguistiche convenzionali.</p>		<p>- un superordinato a diversi livelli tassonomici</p> <p>- un termine che designa altre relazioni generali astratte quali: elemento che..., esemplare di..., parte di ... modo di..., condizione in cui...; stato in cui</p> <hr/> <p>6 C Perifrasi Aristoteliche sinonimiche</p> <p>Il termine introduttivo del definiens è un sinonimo del definiendum, cioè della stessa categoria grammaticale e dello stesso livello tassonomico</p>	<p>- Biondo – (è il) colore chiaro di capelli</p> <p>- Contagioso – (è la) proprietà di trasmettere ad altri atteggiamenti, condizioni, come una malattia.</p> <p>- Battere – azione di colpire con forza e ripetutamente qualcosa o qualcuno;</p> <p>- Tollerare – (è la) capacità di sopportare condizioni difficili o spiacevoli</p> <p>- Emigrare - (è il) modo di cercare lavoro lasciando il proprio paese.</p> <p>Per i Nomi astratti, il termine introduttivo può anche essere un verbo all'infinito. Questo, essendo sostantivato, funge da apposizione in una predicazione nominale esprimente in modo astratto attività o stati:</p> <p>Spionaggio – (è il) prendere informazioni senza autorizzazione;</p> <p>Premura – (è l') andare sempre di fretta</p> <p>Rivalità – (è il) contrapporsi ad altri per primeggiare capelli chiari</p> <hr/> <p>- Pagliaccio – clown del circo</p> <p>- Tollerare – sopportare pazientemente persone e situazioni moleste</p> <p>- Biondo – chiaro di capelli</p> <p>- Educato – gentile nei modi</p> <p>- Battere – colpire qualcosa o qualcuno ripetutamente</p>	<p>facile risalire alle categorie e alle proprietà o modalità che convenzionalmente li caratterizzano.</p> <p>Nel caso di Aggettivi, è più difficile risalire alle relative categorie superordinate, o individuare con certezza i possibili referenti cui essi si applicano.</p> <p>- la <i>natura del referente inteso</i>, cioè la presenza di proprietà esclusive o almeno altamente tipiche, tali da attivarne con immediatezza la rappresentazione</p> <p>Gatto – animale (a quattro zampe) che miagola;</p> <p>Calamita – elemento (di ferro) che attira il ferro</p> <p>-la <i>forza delle convenzioni</i> nella utilizzazione di un dato referente concreto o nella sua rappresentazione semantica, che lo rendono più individuabile di un altro</p>
---	--	---	---	--

	del definiendum		Ombrello – oggetto che si usa per ripararsi dalla pioggia (più prototipico di impermeabile o cappello)
	<p>6D Perifrasi Aristoteliche linguistico- grammaticali</p> <p>Il termine introduttivo è costituito da parole che esprimono categorizzazio ni di tipo intra- linguistico, (“è un nome che..., è il contrario di...”) che precedono la categorizzazio ne extralinguistica del referente .</p> <p>Costituiscono la forma più sostanziosa di definizione metalinguistica e in quanto esprimono una doppia categorizzazio ne</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Arancia – nome che indica un frutto che..... - Biondo –aggettivo che descrive i capelli chiari - Battere – verbo che indica il modo di colpire ripetutamente qualcosa - Emigrare – Verbo che indica lo spostarsi da un paese ad un altro per cercare lavoro - Innocente – sinonimo di non colpevole - Biondo – contrario di moro - Acromatico – etimologicamente significa senza colore 	

La scala

Parola-stimolo	Risposta	Codifica
1. Pagliaccio		
2. Biondo		
3. Scottare		
4. Contagioso		
5. Battere		
6. Premura		
7. Liscio		
8. Rivalità		
9. Magro		
10. Unire		
11. Rotondo		
12. Frustrare		
13. Rischioso		
14. Ombrello		

15. Innocente		
16. Emigrare		
17. Abilità		
18. Spionaggio		
19. Costringere		
20. Arancia		
21. Educato		
22. Pensare		
23. Tollerare		
24. Asino		
25. Invidia		
26. Felicità		
27. Paura		
28. Orgoglio		
29. Tristezza		

30. Rabbia		
31. Vergogna		
32. Senso di colpa		

BIBLIOGRAFIA

- Aalten, P., de Vugt, ME., Lousberg, R., et al. (2003). Behavioural problems in dementia: a factor analysis of the neuropsychiatric inventory. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 15, pp. 99–105.
- Aarsland, D., Neh Geok, JPL., Lim, NG., Janvin, C., et al., (1999). Range of neuropsychiatric disturbances in patients with Parkinson's disease. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 67, pp. 492–496.
- Abrams, R.C., Bromberg, C.E. (2007). Personality Disorders in the Elderly. *Psychiatric Annals*, 37(2), pp. 123-127.
- Abrams, R.C., Horowitz, S.V. (1999). Personality disorders after age 50: A meta-analytic review of the literature. In E. Rosowsky, R.C. Abrams, R.A. Zweig (Eds.). *Personality disorders in older adults: Emerging issues in diagnosis and treatment*. Erlbaum, Mahwah, NJ, pp. 55–68.
- Alexopoulos, G.S., Abrams, R.C., Young, R.C., Shamoian, C.A. (1988). Cornell Scale for Depression in Dementia. *Biological Psychiatry*, 23, pp.271-284;
- Alexopoulos, G. S. (2005). Depression in the elderly. *Lancet*, 4-10, 365(panel 1), pp. 1961-1970.
- American Psychiatric Association (2000). DSM-IV-TR. *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali: text revision*. Masson, Milano (2001).
- American Psychiatric Association (2014). DSM-5. *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. Quinta edizione*. Raffaello Cortina, Milano.
- Annicchiarico, R., Cortés, U., Martínez, A. B., Urdiales, C., Federici, A., & Caltagirone, C. (2007). E-technology: una opportunità per gli anziani. *Tendenze nuove*, 7(6), pp. 677-680.
- Ayotte B.J., Potter, G.G., Williams, H.T., Steffens, D.C., Bosworth, H.B. (2009). The moderating role of personality factors in the relationship between depression and neuropsychological functioning among older adults. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 24, pp. 1010–1019.
- Asioli, F., Trabucchi, M. (a cura di) (2009). *Assistenza in psicogeriatría. Manuale di sopravvivenza dell'operatore psicogeriatrico*. Maggioli Editore, Rimini.
- Azermai, M. (2015). Dealing with behavioral and psychological symptoms of dementia: a general overview. *Journal of Psychology Research and Behavior Management*, 8, pp.181-185.

- Balboni, G., Belacchi, C., Bonichini, S., Coscarelli, A. (2016). *Vineland-II. Vineland Adaptive Behavior Scales Second Edition- Survey Interview Form. Standardizzazione italiana*. Giunti O.S, Firenze.
- Belacchi C., Benelli B. (2014). *Scala di competenza definitoria*. In preparazione.
- Belacchi, C., Petruzzi MA., Farina, E. (2012). *Relationships between fluid intelligence, comprehension and definition of emotions in schizophrenic individuals: An explorative study*. Poster, The Trieste Symposium on Perception and Cognition and Language: Research conference in memory of Patrizia Tabossi - Trieste 9 Novembre 2012.
- Benussi A, Padovani A, Borroni B. (2015). Phenotypic Heterogeneity of Monogenic Frontotemporal Dementia. *Frontiers in Aging Neuroscience*, 1(7), pp.1-19.
- Bernabei, R., Manes-Gravina, E., Mammarella, F. (2011). Disturbi dell'umore in età geriatrica. *Giornale di Gerontologia*, 59, pp. 298-303.
- Bettale, F., & Giaretta, F. (2007). Approccio riabilitativo ai disturbi neuropsicologici. *Giornale di gerontologia*, 55(5), p.419.
- Bianchetti, A. (2009). La dimensione organizzativa: la eterogeneità dei luoghi. In Asioli, F., Trabucchi, M. (a cura di) (2009). *Assistenza in psicogeriatrica. Manuale di sopravvivenza dell'operatore psicogeriatrico*. Maggioli Editore, Rimini, p. 29.
- Bianchetti, A., Pezzini, A. (2001). Depressione e demenza: Approccio clinico e trattamento. *Demenza Update*, 9, pp. 23-33.
- Bianchi, F., Gallina, F. (2012). Imagery e paura di cadere negli anziani. *Appunti del centro di terapia cognitiva*, 10, pp.51-62.
- Bielak, A.A.M, Gerstorf, D., Kiely, K.M. et al. (2011). Depressive Symptoms Predict Decline in Perceptual Speed in Older Adulthood. *Psychology and Aging*, 26(3), pp. 576–583.
- Binetti, G., Magni, E., Rozzini, L., Bianchetti, A., Trabucchi M., & Cummings, J. L. (1995). "Neuropsychiatric Inventory": validazione italiana di una scala per la valutazione psicopatologica della demenza. *Giornale di Gerontologia*, 43, pp. 864-865.
- Bizzini, L., Bizzini, V., Favre, C. (2009). *Curare la depressione negli anziani. Manuale di terapia cognitiva di gruppo*. Franco Angeli, Milano.
- Blanchard, M.R., Waterreus, A., Man, A.H. (1994). The nature of depression among older people in inner London and the contact with primary care. *British Journal of Psychiatry*, 164, pp.396-402.
- Borga, E. (1999). *Noi siamo colloquio: gli orizzonti della conoscenza e della cura psichiatrica*. Feltrinelli, Milano.

- Bressi, C., Sarotti, E., Manoussakis, C., Porcellana, M., Iandoli, I. I., Marinaccio P., Paletta S., Invernizzi, G. (2008). Il paziente anziano e la patologia depressiva: Fattori di rischio, comorbidità, trattamento e prognosi. *Rivista di Psichiatria*, 43(1), pp. 1-14.
- Brink T.L., Yesavage J.A., Lum O., Heersema P., Adey M.B., Rose T.L. (1982). Screening test for geriatric depression. *Clinical Gerontologist*, 1, pp. 37-44.
- Brown, M., Kuperberg, G.R. (2015). A Hierarchical Generative Framework of Language Processing: Linking Language Perception, Interpretation, and Production Abnormalities in Schizophrenia. *Frontiers in Human Neuroscience*, 27(9), pp. 1-23.
- Cafforio, G., Brusadelli, E., Francavilla, S. (2012). The absence of elderly people in the PDM: a wrong to be redressed? *Bollettino di psicologia applicata*, 265, pp. 67-77.
- Callieri, B. (2008). L'invecchiamento tra emarginazione e creatività. *Comprendere*, 16-17-18, pp.54-62.
- Callieri, B. (2009). La dimensione ambigua dell'incontro con lo psicotico. *Comprendere*, 19, pp. 24-33.
- Castellano, S., Di Nuovo, S. (2011). Assessment psicometrico nelle diverse forme di demenza. *Life Span and Disability / Ciclo Evolutivo e Disabilità / XIV*, pp. 109-138.
- Cembrani, F., Cembrani, V. (2008). Welfare e demenza: una proposta di lavoro per un'assunzione (forte) di responsabilità. *I luoghi della cura 2*, anno VI, 2, pp. 19-24.
- Cerejeira, J., Lagarto, L., Mukaetova-Ladinska, E.B. (2012). Behavioral and psychological symptoms of dementia. Review article. *Frontiers in neurology*, 73 (3), pp. 1-21.
- Ceruti, M. (1985). La hybris dell'onniscienza e la sfida della complessità. In Bocchi, G., Ceruti, M. *La sfida della complessità*. Feltrinelli, Milano.
- Cesa-Bianchi, M. (1989). *Psicologia dell'invecchiamento. Caratteristiche e problemi*. Nis, Roma.
- Chan, KK. (2016). Associations of symptoms, neurocognition, and metacognition with insight in schizophrenia spectrum disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 65, pp. 63-69.
- Chattat, R. (2000). *La valutazione in psicologia gerontologica*. Argomenti di psicometria 7, Pitagora Editrice, Bologna.
- Cipriani G1, Borin G, Del Debbio A, Di Fiorino M. (2015). Personality and dementia. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 203(3), pp. 210-214.
- Conti, L. (1999). *Repertorio delle scale di valutazione in psichiatria*. SEE, Firenze (p.892).

- Coolidge, F. L., Segal, D. L., Hook, J. N., Stewart, S. (2000). Personality disorders and coping among anxious older adults. *Journal of Anxiety Disorders*, 14, pp. 157–172.
- Costa, P. T. J., McCrae, R. R. (1992). *Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI- R) and the Five Factor Inventory (NEO-FFI): Professional Manual*. Psychological, Odessa, FL.
- Costa, P. T. Jr., McCrae, R. R. (1988). Personality in adulthood: A six-year longitudinal study of self-reports and spouse ratings on the NEO personality inventory. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, pp. 853–863.
- Cristini, C., Cesa-Bianchi, M., Porro, A., Cipolli, C. (2015). *Fragilità e affettività nell'anziano*. Franco Angeli, Milano.
- Crowe, M., Andel, R., Pedersen, N.L., Fratiglioni, L., Gatz, M. (2006). Personality and risk of cognitive impairment. *Psychology and Aging*, 21, pp. 573–580.
- Crum, R.M., Anthony, J.C., Bassett, S.S., Folstein, M.F. (1993). Population-based norms for the Mini-Mental State Examination by age and educational level. *JAMA*, 269 (18), pp. 2386-2391.
- Cummings, J. L. (1997). The Neuropsychiatric Inventory: Assessing psychopathology in dementia patients. *Neurology*, 48, pp.10-16.
- Cummings, J., Mega, M., Gray, K., Rosenberg-Thompson, S., Carusi, D. A., Gornbein, J. (1994). The Neuropsychiatric Inventory: Comprehensive assessment of psychopathology in dementia. *Neurology*, 44, pp. 2308-2314.
- Dar-Nimrod, I., Chapman, B.P., Robbins, J.A., et al. (2012). Gene by Neuroticism Interaction and Cognitive Function among Older Adults. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 27(11), pp. 1147–1154.
- De Beni, R. (2009). *Psicologia dell'invecchiamento*. Il Mulino, Bologna.
- De Giovanni, A., Di Paolo, E., Cuzzoni, G. (2013). Depressione in pazienti con Mild Cognitive Impairment: trattamento con SSRI ed esiti. *Bollettino della Società Medico Chirurgica di Pavia*, 126(3), pp. 643-648.
- De Giovanni, A., Di Paolo, E., Cuzzoni, G. (2013). Il significato prognostico dei disturbi psicotici associati all'esordio di deficit cognitivi. *Bollettino della società medico-chirurgica di Pavia*, 126 (3), pp. 649-654.
- De Sousa, P., Sellwood, W., Spray, A., Bentall, RP. (2016). The affective reactivity of psychotic speech: The role of internal source monitoring in explaining increased thought disorder under emotional challenge. *Schizophrenia Research*, 172(1-3), pp. 189-194.

- De Vanna, M. (2012). *Emozione e comprensione nel decadimento cognitivo lieve*. Retrived on <http://www.psychiatryonline.it/node/1666>.
- Debast, I., van Alphen, B. P. J., Rossi, G., Tummers, J. H. a., et al. (2014). Personality Traits and Personality Disorders in Late Middle and Old Age: Do They Remain Stable? A Literature Review. *Clinical Gerontologist*, 37, pp. 1-19.
- Demetrio, D. (1995). *Raccontarsi. L'autobiografia come cura di sé*. Raffaello Cortina, Milano.
- Dhikav, V., Sethi, M., Anand, KS. (2014). Medial temporal lobe atrophy in Alzheimer's disease/mild cognitive impairment with depression. *The British Journal of Radiology*, 87, pp.1-3.
- Dotson, V.M., Resnick, S.M., Zonderman, A.B. (2008). Differential Association of Concurrent, Baseline, and Average Depressive Symptoms with Cognitive Decline in Older Adults. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 16(4), pp. 318–330.
- Dotson, V.M., Zonderman, A.B., Davatzikos, C., et al. (2009). Frontal Atrophy and Attention Deficits in Older Adults with a History of Elevated Depressive Symptoms. *Brain Imaging and Behavior*, 3(4), pp. 1-20.
- Elia, F., Belacchi, C. (2013). *Rapporto tra comprensione delle emozioni, intelligenza fluida e abilità metalinguistiche in adulti affetti da schizofrenia e disabilità cognitive*. Tesi non pubblicata.
- Epstein, E. E., Fischer-Elber, K., Otaiba, Z. (2007). Women, aging, and alcohol use disorders. *Journal of Women & Aging*, 19, pp. 31-48.
- Erikson, E.H. (1950). *Childhood and society (1st ed.)*. Norton, N.Y.
- Erikson, E.H. (1959). *Identity and the Life Cycle*. International Universities Press, N.Y.
- Erikson, E.H. (1982). *The life cycle completed*. Norton, N.Y.
- Fazel, S., Hope, T., O'Donnell, I., et al. (2001). Hidden psychiatric morbidity in elderly prisoners. *The British Journal of Psychiatry*, 179, pp. 535-539.
- Ferrannini, L. (2009). La dimensione multidisciplinare: l'équipe. In Asioli, F., Trabucchi, M. (a cura di) (2009). *Assistenza in psicogeriatría. Manuale di sopravvivenza dell'operatore psicogeriatrico*. Maggioli Editore, Rimini, p. 41.
- Field, A. (2009). *Discovering statistics using SPSS*. III ed. Sage, London.
- Fineberg, S.K., Leavitt J., Deutsch-Link S., et al. (2016). Self-reference in psychosis and depression: a language marker of illness. *Psychological Medicine*, 46(12), pp. 2605-2615.
- Fiske, A., Wetherell, J.L., Gatz, M. (2009). Depression in Older Adults. *Annual Review of Clinical Psychology*, 5, pp. 363–389.

- Folstein, M.F., Folstein, S.E., McHugh, P.R. (1975). Mini-Mental State: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12, pp. 189-198.
- Foroni, M., Mussi, C., Erzili, E., Salvioli, G. (2006). L'anziano fragile e il paziente anziano fragile: problema solo terminologico? *Giornale di Gerontologia*, 54, pp. 255-259.
- Gala, C., Perione, A., Bellodi, S. et al., (2008). Depression and cognitive impairment in the elderly. *Giornale di Gerontologia*, 56, (Suppl 1), pp. 25-33.
- Gildengers, A., Tatsuoka, C., Bialko, C. et al. (2013). Correlates of disability in depressed older adults with bipolar disorder. *Cutting Edge Psychiatry in Practice*, 1, pp. 332–338.
- Genevay, B., Katz, R. S., & Gasperi, L. (Eds.). (1994). *Le emozioni degli operatori nella relazione di aiuto. Il controtransfert nel lavoro con gli anziani*. Edizioni Erickson.
- Graham, EK, Lachman, ME (2012). Personality stability is associated with better cognitive performance in adulthood: are the stable more able? *The Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 67(5), pp. 545–554;
- Gum, A.M., Cheavens, J.S. (2008). Psychiatric comorbidity and depression in older adults. *Current Psychiatry Reports*, 10(1), pp. 23-29.
- Gutiérrez, F., Vall, G., Peri, J.M., et al., (2012). Personality disorder features through the life course. *Journal of Personality Disorder*, 26(5), pp.763-774.
- Hahn, C., Lim, H. K., Lee, C. U. (2014). Neuroimaging findings in late-onset schizophrenia and bipolar disorder. *Journal of geriatric psychiatry and neurology*, 27(1), 56.
- Havighurst, R.J. (1951). Validity of Chicago attitude inventory as a measure of personal adjustment in old age. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 46, pp. 24-29.
- Havighurst, R.J. (1957). L'invecchiare con successo. *Longevità*, 6, pp.16-21.
- Hawton, K., Hope, T., Jacoby, R. (2001). Psychiatric disorder and personality factors associated with suicide in older people : a descriptive case. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 16 (2), pp. 155–165.
- Helvik, A.S., Engedal, K., Selbaek, G. (2013). Change in sense of coherence (SOC) and symptoms of depression among old non-demented persons 12 months after hospitalization. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 56(2), pp. 314–320.

- Helvik, A.-S., Corazzini, K., Selbæk, G., Bjørkløf, G. H., Laks, J., Šaltytė Benth, J., Engedal, K. (2016). Health-related quality of life in older depressed psychogeriatric patients: one year follow-up. *BMC Geriatrics*, 16(1), 131, pp.2-9.
- Hoops, S., Nazem, S., Siderowf, A.D., Duda, J.E., Xie, S.X., Stern, M.B, Weintraub, D. (2009). Validity of the MoCA and MMSE in the detection of MCI and dementia in Parkinson. *Neurology*, 73(21), pp. 1738-1745.
- IRCCS-INRCA (Agenzia nazionale per l'invecchiamento) (2009). *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. Rapporto 2009*. Maggioli Editore, Rimini.
- Kane, K.D., Yochim, B.P., Lichtenberg, P.A. (2011). Depressive Symptoms and cognitive impairment predict all-cause mortality in long term care residents. *Psychology and Aging*, 25(2), 446–452.
- Karaklic, D., Bungener, C. (2010). Course of borderline personality disorder: literature review. *Encephale*, 36(5), pp. 373-379.
- Kernberg, O. (1984). *Disturbi gravi di personalità*. Bollati Boringhieri, Torino, 1987.
- Kluft, P.R. (2008). The older female patient with a complex chronic dissociative disorder. *Journal of women & aging*, 19(1-2), pp. 119-137.
- Knäuper, B., Wittchen, H.U. (1994). Diagnosis major depression in the elderly: evidence for response bias in standardized diagnostic interviews? *Journal of Psychiatric Research*, 28(2), pp. 147-164.
- Kok, F.M., Groen, Y., Becke, M., Fuermaier, A.B., Tucha, O. (2016). Self-Reported Empathy in Adult Women with Autism Spectrum Disorders – A Systematic Mini Review. *PLoS One.*, 11(3), pp.1-13.
- Laicardi, C., Pezzuti, L., (2000). *Psicologia dell'invecchiamento e della longevità*. Il mulino, Bologna.
- Landesman, E. (2003). Mahler's developmental Theory. Training the nurse to treat the older adults with borderline personality disorders. *Journal of Gerontological Nursing*, pp.22-28.
- Lautenschlager, N.T., Förstl, H. (2007). Personality change in old age. *Current opinion in psychiatry*, 20, pp.62-66.
- Lauterbach, E.C (2016). Repurposing psychiatric medicines to target activated microglia in anxious mild cognitive impairment and early Parkinson's disease. Review Article. *American Journal of Neurodegenerative Disease*, 5(1), pp. 29-51
- Lawton, E.M., Oltmanns, T.F. (2013). Personality pathology and mental health treatment seeking in a community sample of older adults. *Personality and Mental Health*, 7, pp.203–212.

- Lewin, K. (1951). *Field theory in social science*. Harper and Row, N.Y. Tr.it. *Teoria e sperimentazione in psicologia sociale*. Il mulino, Bologna (1972).
- Ling Li, X., Hu, N., Shan Tan, M., Tai Yu, J., Lan Tan, L. (2014). Behavioral and Psychological Symptoms in Alzheimer's Disease. Review article. *BioMed Research International*, anno 2014, pp.1-9.
- Lopez, S., Sibilano, A., Stefanoni, M. G., Gazzardi, S., Balconi, R., Guaita, A. (2009). La complessità e l'instabilità clinica nell'anziano istituzionalizzato. *Giornale di Gerontologia*, 57, 23-32.
- Low, L.F., Brodaty, H., Draper, B. (2002). A study of premorbid personality in behavioral and psychological symptoms of dementia in nursing home residents. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 17, pp. 779–783.
- Luther, L., Firmin, R.L., Minor, K.S., Vohs, J.L., Buck, B., Buck, K.D., Lysaker, P.H. (2016). Metacognition deficits as a risk factor for prospective motivation deficits in schizophrenia spectrum disorders. *Psychiatry Research*, 245, pp. 172-178.
- Lyketsos, C.G., Steinberg, M., Tschanz, J.T., Norton, M.C., Steffens, D.C., Breitner, J.C.S. (2000). Mental and Behavioral Disturbances in Dementia. Findings from the Cache County Study on Memory in Aging. *American Journal of Psychiatry*, 157, pp. 708-714.
- Magoteaux, A.L., Bonnavier, J.F. (2009). Distinguishing between personality disorders, stereotypes, and eccentricities in older adults. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 47(7), pp. 19-24.
- Mah, L., Binns, M.A., Steffens, D.C. (2015). Alzheimer's Disease Neuroimaging Initiative. Anxiety symptoms in amnesic mild cognitive impairment are associated with medial temporal atrophy and predict conversion to Alzheimer disease. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 23, pp. 466–76.
- Maimone, F. (2007). *Dalla rete al silos. Modelli e strumenti per comunicare e gestire la conoscenza nelle organizzazioni flessibili*. Franco Angeli, Milano.
- Malatesta, V.J. (2007). Introduction: the need to address older women's mental health issues. *Journal for Woman & Aging*, 19(1-2), pp. 1-12.
- Margrett, J., Martin, P., Woodard, J.L., et al. (2010). Depression among Centenarians and the Oldest Old: Contributions of Cognition and Personality. *Gerontology*, 56, pp. 93–99.
- Marley, J., Fung, R. (2013). Debate: Are we overlooking personality disorder in older people? *Old Age Psychiatrist*, 55, pp. 1-8.

- Maslach, C., Jackson, S.E., (1981). *MBI: Maslach Burnout Inventory*. Consulting Psychologists Press, Palo Alto, CA (tr. it. a cura di Sirigatti, S., Stefanile, S. (1993). *MBI Maslach Burnout Inventory. Adattamento italiano*. O.S. Organizzazioni Speciali, Firenze).
- Minolli, M. (2009). *Psicoanalisi della relazione*. Franco Angeli, Milano.
- Mordekar, A., Spence, S. (2008). Personality disorder in older people: how common is it and what can be done? *Advances in Psychiatric Treatment*, 14, pp. 71-77.
- Obler, L., Albert, M. (1980). Language and aging: a neurobehavioral analysis. In D.S. Beasley, D.G., Davis (eds.), *Aging and communication processes and disorders*. Grune and Stratton, NY.
- Oltmanns, T.F., Balsis, S. (2011). Personality disorders in later life: measurement, course and impact of disorders. *Annual review of clinical psychology*, 7, pp. 321-349.
- Oltmanns, T.F., Balsis, S. (2010). Assessment of personality disorders in older adults. In P.A. Lichtenberg, (Ed.). *Handbook of Assessment in Clinical Gerontology*. Academic/Elsevier, pp. 101-122.
- Palmer, B.P., McClure, F.S., Jeste, D.V. (2001). Schizophrenia in Late Life: Findings Challenge Traditional Concepts. *Harvard Review Of Psychiatry*, 9(2), pp. 51-58.
- Panza, F., Frisardi, V., Capurso, C., et al. (2010). Late-life depression, mild cognitive impairment, and dementia: possible continuum? *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 18, pp. 98-116.
- Paquet, C., Magnin, E., Wallon, D., et al. (2016). Utility of CSF biomarkers in psychiatric disorders: a national multicenter prospective study. *Alzheimer's Research & Therapy*, 8(27), pp.1-8.
- PDM Task Force (2006). *Manuale diagnostico psicodinamico*. Raffaello Cortina, Milano (2008).
- PDM- 2, Task Force (in press). *Manuale diagnostico psicodinamico*. Raffaello Cortina, Milano.
- Pedrabis, L., Santinello, M. (1991). Contributo all'adattamento italiano e taratura della geriatric depression scale. *Bollettino di psicologia applicata*, 198, pp.3-7.
- Pesaresi F., Simoncelli M., (2001). Quali sfide per le RSA in Italia. *Prospettive sociali e sanitarie*, 10, pp. 1-7.
- Piccinelli, M., Bisoffi, G., Bon, M.G., Cunico, L., Tansella, M. (1993). Validity and test-retest reliability of the Italian version of the 12-item GHQ in general practice: a comparison between three scoring methods. *Comprehensive Psychiatry*, 34, pp. 198-205.
- Pineo, A., Dominguez, L. J., Ferlisi, A., Galioto, A., Vernuccio, L., Zagone, G., et al. (2005). Violenza contro le persone anziane. *Giornale di Gerontologia*, 53, pp.112-119.

- Powers, A., Gleason, M.E.J., Oltmanns, T.F. (2013). Symptoms of Borderline Personality Disorder Predict Interpersonal (but not Independent) Stressful Life Events in a Community Sample of Older Adults. *Journal of Abnormal Psychology*, 122(2), pp. 469–474.
- Ratti, M.T., Amoretti, G. (1991). *Le funzioni cognitive nella terza età*. NIS, Roma.
- Rosowsky, E., Abrams, R.C., Zweig, R. A. (Eds.) (1999). *Personality disorders in older adults: Emerging issues in diagnosis and treatment*. Erlbaum, Mahwah, NJ.
- Sá, F., Pinto, P., Cunha, C., Lemos, R., Letra, L., Simões, M., & Santana, I. (2012). Differences between early and late-onset Alzheimer's disease in neuropsychological tests. *Frontiers in neurology*, 3, 81.
- Sadavoy, J. (1987). *Character disorders in the elderly: an overview*. In *Treating the Elderly with Psychotherapy: The Scope for Change in Later Life*. International Universities Press: Madison, CT.
- Sander, L.W. (2002). Pensare diversamente. Per una concettualizzazione dei processi di base dei sistemi viventi. La specificità del riconoscimento. *Ricerca Psicoanalitica*, XVI(3), pp. 267-300, 2005.
- Salvioli, G. (2006). Continuità delle cure o cure continue per gli anziani. *Giornale di Gerontologia*, 54, pp. 71-79.
- Segal, D.L., Coolidge, F.L., Rosowsky, E. (2006). *Personality Disorders and Older Adults. Diagnosis, assessment and treatment*. John Wiley & Sons, Inc., Hoboken, NJ.
- Seivewright, H., Tyrer, P., Johnson, T., (2002). Change in personality status in neurotic disorders. *Lancet*, 359, pp. 2253-2254.
- Sharp, E., Reynolds, C.A., Pedersen, N.L., Gatz, M. (2010). Cognitive Engagement and Cognitive Aging: Is Openness Protective? *Psychology and Aging*, 25(1), pp. 60–73.
- Singleton, N., Meltzer, H., Gatward, R., Coid, J., Deasy, D. (1998). *Psychiatric Morbidity Among Adults in England and Wales*. TSO, London.
- Steunenberg, B., Braam, A. W., Beekman, A. T. F., Deeg, D. J. H., Kerkhof, A. J. F. M. (2009). Evidence for an association of the big five personality factors with recurrence of depressive symptoms in later life. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 24(12), pp. 1470–1477.
- Stevenson, J., Meares, R., Comerford, A. (2003). Diminished impulsivity in older Patients with Borderline Personality Disorder. *American Journal of Psychiatry*, 160, pp. 165–166.

- Suàrez, F. (2007). *La dinamica della passività in una casa di riposo per anziani*. Retrived on <http://www.bleger.org/la-dinamica-della-passivita-in-una-casa-di-riposo-per-anziani/>.
- Sutin, A.R., Terracciano, A., Kitner-Triolo, M.H., et al. (2011). Personality traits prospectively predict verbal fluency in a lifespan sample. *Psychology and Aging*, 26(4), pp. 994–999.
- Tabolli, S., Ianni, A., Renzi, C., et al. (2006). Soddisfazione lavorativa, burnout e stress del personale infermieristico: indagine in due ospedali di Roma. *Giornale Italiano Medicina del Lavoro, Supplemento Psicologia*, 28(1), pp. 49-52.
- Tampi, R.R., Williamson, D., Muralee, S., et al. (2011). Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia: Part I—Epidemiology, Neurobiology, Heritability, and Evaluation. *Clinical Geriatric*, 19, pp.1-6.
- Tarsitani, L., Biondi, M. (1999). Sviluppo e validazione della scala VRS (Valutazione rapida dello stress). *Medicina Psicosomatica*, 3, pp. 163-177.
- Tarsitani, L., Maraone, A., Fabi, E., Gaviano, I., Picardi, M., Biondi, M. (2010). La valutazione della vulnerabilità correlata allo stress. *Psychomed*, 3, anno V, pp.46-49.
- Trahan, M.A., Kuo, J., Carlson, M.C., Gitlin, L.N. (2014). A Systematic Review of Strategies to Foster Activity. *Health Education & Behavior*, 41(1 Suppl), pp. 70-83.
- Vampini, C. (2009). Il disturb bipolare nell’anziano. In BRIDGE - Bipolar Disorder: Improving Diagnosis, Guidance and Education. POL It, From: <http://www.psychiatryonline.it/node/2634>.
- Van Alphen, S.P.J., Derksen, J.J.L., Sadavoy, J. Rosowsky E. (2012). Features and challenges of personality disorders in late life. *Aging & Mental Health*, 16(7), pp.805-810.
- Van Alphen, S.P.J., Engelen, G.J.J.A., Kuin, Y., Derksen, J.J.L. (2006). Editorial: the relevance of a geriatric sub-classification of personality disorders in DSM-V. *International Journal of Geriatric psychiatry*, 21, pp.205-209.
- Van den Broeck, J., (2012). *A Trait-Based Perspective on the Assessment of Personality and Personality Pathology in Older Adults*. Dissertation submitted in fulfillment of the requirements for the degree of Doctor in Psychological Sciences, Vrije Universiteit Brussel Faculty of Psychology and Educational Science Department of Clinical and Lifespan Psychology, Brussel, 2012.
- Van den Broeck, J., Rossi, G., Dierckx, E., De Clercq, B. (2012). Age-neutrality of the NEO-PI-R: potential differential item functioning in older versus younger adults. *Journal of*

- Psychopathology and Behavioral Assessment. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*, 34(3), pp. 361-369.
- Van Donkersgoed, R.J., Wunderink, L., Nieboer, R., Aleman, A., Pijnenborg, G.H. (2015). Social Cognition in Individuals at Ultra-High Risk for Psychosis: A Meta-Analysis. *PLoS One.*, 10(10), pp. 1-16.
- Vigorelli, P. (2012). *Aria nuova nelle case per anziani. Progetti capacitanti*. Franco Angeli, Milano.
- Violante, S., Benso, P. G., Gerbaudo, L., Violante, B. (2009). Correlazione tra soddisfazione lavorativa e fattori di stress, burnout e benessere psicosociale tra infermieri che lavorano in differenti ambiti sanitari. *Giornale Italiano Medicina del Lavoro ed Ergonomia*, 31(1), pp.36-44.
- Watson, D. (2004). Stability versus change, dependability versus error: Issues in the assessment of personality over time. *Journal of Research in Personality*, 38, pp. 319–350;
- Yesavage, J.A., Rose, T.L., Lum, O., Huang, V., et al. (1983). Development and validation of geriatric depression screening: a preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, 17, pp.37-49.
- Zuliani, G., Dainese, A., Milani, P., Gatti, M. (2013). Dyogenes syndrome: description of four cases and revision of literature. *Giornale di Gerontologia*, 61, pp. 50-57.
- Zweig, R. A. (2008). Personality Disorder in Older Adults: Assessment Challenges and Strategies. *Professional Psychology: Research and Practice*, 39(3), pp. 298–305.