

RECENSIONI

Active Ageing. From Wisdom to Lifelong Learning

di Guido Amoretti, Diana Spulber e Nicoletta Varani
Carocci, Roma 2017

GIOVANNA FERRANDES¹, LUIGI FERRANNINI²

¹ Vicepresidente dell'Associazione Italiana di Psicogeratria. Disciplina Psicologia

² Presidente Comitato di Garanzia ed Indirizzo, Associazione Italiana di Psicogeratria

gferrandes52@gmail.com

“La vecchiaia è un lungo inverno, che va riempito di vita che non finisce. Sono necessarie le cure, ma anche un’immagine che riscatti la vecchiaia dalla fragilità e dalla perdita.”

(Trabucchi M., 2016)

Questo libro, i cui Autori sono docenti universitari del Dipartimento di Scienze della Formazione e di Scienze Sociali dell'Università di Genova, nella quale rientra il Corso di Laurea in Psicologia, affronta con un percorso originale il tema del cd “invecchiamento attivo”. Originale in quanto propone uno sguardo a tutto campo, che collega le definizioni e le azioni per garantire un invecchiamento in salute, prendendo in esame esperienze di diversi Paesi non solo europei e fornendo quindi una visione ampia e documentata su uno dei problemi sociali e sanitari più importanti nell'attuale scenario nazionale ed internazionale. Originale dal sottotitolo stesso: l'invecchiamento attivo è visto attraverso il filo conduttore che intreccia la necessaria *saggezza* con la possibilità di *apprendimento/cambiamento* in tutto l'arco della vita. Il testo consente quindi di conoscere e confrontare metodologie, obiettivi e risultati di differenti processi di approccio al problema e di diversificati percorsi operativi.

L'invecchiamento attivo è, secondo la definizione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (Piano 2012-2020), “un processo di ottimizzazione delle opportunità relative alla salute, partecipazione e sicurezza, allo scopo di migliorare la qualità della vita delle persone anziane” (WHO, 2002). Il punto di partenza è il dato sull'invecchiamento progressivo della popolazione, elemento che costituisce nel contempo “un trionfo e una sfida” per la società e coniuga due aspetti del problema: il miglioramento delle condizioni di vita con la necessità di un adeguamento dei processi di cura e di assistenza.

Ma di quale invecchiamento stiamo parlando? Di quali “vecchi”?

Nuovi fenomeni stanno cambiando e complessizzando lo scenario: l'aumento percentualmente significativo degli ultra centenari in Italia (oltre 17.000 nel 2016 secondo i dati ISTAT), le modificazioni culturali ed etniche della nostra società (pensiamo anche agli effetti a lungo termine dei massicci fenomeni di immigrazione), i problemi economici (in particolare l'impoverimento che colpisce soprattutto gli anziani).

Nel testo ritroviamo in più passaggi approfondimenti nell'elaborazione dei dati demografici: emerge in tutto il mondo un trend in crescita degli anziani, con percentuali su 10.000 abitanti che vedono in testa il Giappone (con il 4,8) ed al secondo posto l'Italia (con il 4,1). Usa, Cina ed India seguono con tassi inferiori, ma sempre fortemente significativi. Ancora più indicativa è la curva di crescita degli ultracentenari nel mondo, che ne prevede per il 2050 3 milioni e 680 circa, a fronte dei 95.000 nel 1990, saliti a 451.000 nel 2015. Dati quindi che segnalano l'esigenza di predisporre interventi sociali e sanitari per accompagnare questa quota di popolazione, garantendo benessere e - quando necessario - cure adeguate, problema questo che si collega alle previsioni sulla sostenibilità dei sistemi sanitari universalistici a fronte di costi crescenti.

Questo scenario pone l'esigenza di una nuova visione della "terza età", che necessita di cambiamenti rispetto a quella attuale: dagli aspetti culturali agli aspetti sanitari, agli aspetti psicosociali alle politiche sull'educazione, sul lavoro, sul pensionamento, sulla sanità e sui servizi, sull'urbanistica, sulle famiglie. Insomma, si rende necessario fare un salto di qualità, costruendo politiche del/sul futuro, evitando che questi problemi diventino deboli ed inopportune giustificazioni dei fallimenti dell'occupazione, dell'economia e conseguentemente della governance politica.

Il libro, focalizzando l'attenzione sui diversi scenari internazionali, affronta vari aspetti del problema: a) le modalità di difesa dai processi di degradimento - non sempre fisiologici - e quindi di resilienza fisica e psichica; b) gli anziani longevi come fattore di aiuto alla comunità, soprattutto in fasi di disgregazione delle reti di supporto e di bassa coesione sociale, come quelle che molti Paesi stanno attraversando; c) gli strumenti per garantire una longevità in salute ed anche i corrispettivi costi per il servizio sanitario e per il supporto sociale; d) una idea di salute (fisica e mentale) che sia strettamente intrecciata con il benessere, l'integrazione sociale, la difesa dei diritti di cittadinanza e le necessarie tutele.

Gli studi presentati consentono di individuare alcune linee di azione fondamentali per la promozione di un invecchiamento attivo:

1. il mantenimento dell'autonomia della persona, ovvero la capacità di controllare, interagire e prendere decisioni personali sulla vita di ogni giorno, in coerenza con le proprie idee e le proprie preferenze;
 2. l'indipendenza, la capacità di svolgere le funzioni correlate alla propria vita quotidiana, cioè la capacità di vivere in maniera indipendente senza o con piccoli aiuti da parte di altri;
 3. la qualità della vita, cioè la percezione individuale del proprio ruolo nel contesto culturale e del sistema di valori del mondo circostante, in relazione ai propri scopi, aspettative, norme e interessi: è un concetto molto ampio che comprende, in un intreccio, la salute fisica, lo stato psicologico, il livello di indipendenza, le relazioni sociali, le convinzioni personali e le caratteristiche salienti dell'ambiente di vita;
 4. l'aspettativa di vita in salute, che rappresenta quanto la persona può aspettarsi come periodo di vita rimanente privo di disabilità.
- Lo stesso modello di invecchiamento attivo proposto dalla WHO - prima citato - permette di identificare i profili più a rischio o più favorevoli al fine di invecchiare attivamente. Ne emerge infatti un modello a 6 fattori (salute, componente psicologica, performance cognitiva, relazioni sociali, componente bio-comportamentale e personalità) in grado di spiegare il 54% della varianza. Esistono variabili oggettive e soggettive che contribuiscono all'invecchiamento attivo e le variabili psicologiche sembrano dare un contributo molto importante al modello. Ma il profilo dell'invecchiamento attivo varia tra i diversi contesti e culture e può essere utilizzato come guida per organizzare interventi individuali e di comunità: il testo lo ricorda costantemente, per evitare generalizzazioni ed errate decontestualizzazioni. L'Europa, per esempio, pone estrema importanza al tema dell'invecchiamento attivo della popolazione, tanto da aver proclamato il 2012 "Anno europeo dell'invecchiamento attivo e della solidarietà tra generazioni". Uno dei risultati degli interventi adottati è stata la costruzione dell'"indice di invecchiamento attivo" per misurare la possibilità degli anziani di realizzarsi pienamente in termini di occupazione, partecipazione sociale e culturale, mantenimento dell'autonomia. L'indice utilizza alcuni indicatori, quali il

tasso di occupazione, lo svolgimento di attività di volontariato, la partecipazione politica, lo svolgimento di esercizio fisico, l’accesso ai servizi sanitari, la sicurezza economica. Viene anche valutata la misura in cui l’ambiente esterno è favorevole all’invecchiamento attivo degli anziani (l’aspettativa di vita, il benessere psicologico, l’uso delle tecnologie, il grado di connettività).

Tuttavia l’Italia sta investendo poco in queste necessarie trasformazioni, confrontate con quelle di altri paesi europei: è questo l’oggetto della ricerca presentata in questo libro, e ne rappresenta la specificità e soprattutto l’utilità per aggiornare interventi ormai poco efficaci verso l’introduzione di processi e tecnologie appropriate e sostenibili.

A fronte delle problematiche presentate, infatti, le politiche per l’invecchiamento attivo in Italia sembrano quasi completamente assenti, e sono riducibili a due: la transizione graduale al pensionamento e il prolungamento della vita lavorativa. Il panorama delle politiche per il coinvolgimento degli anziani nella vita sociale è invece piuttosto debole, mostrando come il concetto di invecchiamento attivo in Italia si declini quasi unicamente nella partecipazione al mercato del lavoro, delegando altre sfere (sociale, culturale, politica) alla libera iniziativa dei singoli o di gruppi più o meno organizzati.

La Fondazione “Italia Longeva” nel novembre 2016, a questo proposito, ha proposto cinque regole come azioni per invecchiare bene: 1) evitiamo da subito tutto ciò che può compromettere la nostra salute di domani, siamo ciò che mangiamo e quindi attenzione massima verso una corretta alimentazione; 2) fumo, alcol e sostanze stupefacenti hanno effetti devastanti più a lungo termine che a breve e quindi vanno eliminate, mentre l’esercizio fisico è la pillola più efficace, ma anche gli affetti costanti e maturi “fanno” longevi; 3) costruiamoci il più possibile (e come/quando è possibile) una sicurezza economica (assicurazioni e pensioni integrative), che garantisca la salute, la possibilità di acquistare prodotti alimentari di qualità, ma anche l’accesso a cure appropriate ed efficaci; 4) anche le nostre abitazioni vanno programmate per il futuro: servizi domotici come controlli automatici per elettrodomestici, luci, gas, acqua, possono non solo darci maggiore sicurezza, ma garantirci un importante risparmio

economico; 5) la tecnologia entra nel controllo della nostra salute: maglie che effettuano check-up costanti, elettrodomestici intelligenti, tablet e telefoni palmari saranno fondamentali, anche per essere sempre in contatto con un centro di riferimento competente o con i propri familiari (soprattutto se si vive da soli), ci renderanno autonomi in molte attività domestiche e ci consentiranno di usufruire di importanti servizi a domicilio, se necessari (Bernabei R., 2012).

La domanda che si impone a questo punto è quanto di tutto ciò si debba legare in modo rigoroso e “critico” ad una più vasta ed approfondita visione dei fattori di rischio e protettivi. Ancora una volta è innanzitutto la prospettiva biopsicosociale che ci aiuta e ci può fare da guida. Ricordiamone con Braibanti P. (2005) gli elementi centrali: interazione nella configurazione dello stato di salute e di malattia tra i processi che agiscono a livello macro; natura multifattoriale delle cause e degli effetti; interazione mente/corpo; prospettiva attiva, di promozione della salute piuttosto che unicamente di salvaguardia. Questa visione globale, dinamica, interattiva, non settoriale, che guarda la persona, senza dimenticarne la specificità e l’unicità, ma che sappia anche guardare il “sociale”, la collettività ed i suoi determinanti. Si apre così la riflessione sul costrutto della resilienza negli anziani e in particolare nei soggetti a rischio di demenza. Resilienza come processo attivo di resistenza, di autoriparazione e di cresciuta in risposta alle crisi e alle difficoltà della vita (Darvesh S. et al., 2003). Tuttavia la resilienza “... permette di superare le avversità ma non rende invincibili gli individui e non dura tutto l’arco della vita” (Zappella E., 2016). Allora ci si deve interrogare sui fattori protettivi e di promozione costante di resistenza e ricostruzione, in un processo dinamico che mette in relazione l’individuo con il suo ambiente, con il tempo di vita, con le avversità e i cambiamenti. Significativi, a nostro avviso, proprio perché, pur riferendosi agli scenari generali e trasversali, sembrano ripercorrere le caratteristiche dell’invecchiamento attivo, sono i punti indentificati dall’American Psychological Association come fondamentali per costruire resilienza (Turner J.E. e Schallert D.L., 2006): creare relazioni, ottimismo e pensiero positivo, accettare il cambiamento, spostare gli obiettivi, intraprendere azioni decisive, cer-

care opportunità per scoprire se stessi, coltivare una visione positiva di se stessi, mantenere una positiva speranza, prendersi cura di se stessi. Allora a questo punto, per non cadere in paradigmi astratti, dobbiamo chiederci come l'invecchiamento attivo si relazioni ai rischi (crescenti?) nello sviluppo di malattie anche gravi, come ad esempio le demenze. Non a caso sono in aumento studi osservazionali e sperimentali sui fattori di rischio: precoci (nascita, prima infanzia), psicosociali (dai traumi infantili agli abusi alle perdite), socio-ambientali (inquinamento, urbanistica), genetici e cardiovascolari (mutazioni genetiche, malattie croniche, obesità). E ancora: stili di vita, reti sociali, relazioni e affetti, stati mentali, disturbi dell'umore. Un intreccio multidimensionale, che si traduce in percorsi di cura e assistenza ma soprattutto in prospettive preventive e supportive. Entrano quindi in campo i fattori individuali e sociali di resilienza, come capacità e possibilità di rapportarsi agli eventi avversi della vita (del corpo e della mente), agli stessi momenti evolutivi e di cambiamento: dalla persona resiliente alle collettività resilienti.

Non dobbiamo inoltre sottovalutare le crescenti disuguaglianze anche nelle possibilità di utilizzo dell'attività fisica, disuguaglianze non solo economiche e degli stili di vita, ma anche degli ambienti di vita, come documenta, con significative evidenze, un recente articolo pubblicato su *Nature* (Althoff T. et al., 2017). Ne scaturisce l'importanza di un uso intelligente dei nuovi strumenti di osservazione e di valutazione (i "big data"), e delle tecnologie che li producono, per monitorare lo stato di salute, ma anche per conservare, stimolare sviluppare le risorse cognitive ed emotivo-relazionali e mantenerle sempre attive.

Il diffuso aumento dell'aspettativa di vita è infatti un'importante conquista legata al miglioramento delle condizioni sociali ed ai progressi tecnologici, ma "più anni di vita" non sempre corrispondono a una "qualità di vita" migliore: l'aumento delle patologie cronico-degenerative, legate all'invecchiamento, determina infatti una crescita dei costi di cura e assistenza.

La ricerca e la lettura scientifica si interroga costantemente e con diversi risultati sui determinanti di salute e sulle possibili correlazioni, spesso in partenza da patologie e disarmonie. Lo abbiamo già citato per le demenze, ma pos-

siamo evidenziarlo anche nel vasto panorama degli studi sui disturbi dell'umore nella vecchiaia. Un esempio fra tutti è il recente studio italiano SEEDS (Safety and Efficacy of Exercise for Depression in Seniors) sul valore della attività fisica nella depressione maggiore degli anziani (Belvederi Murri M. et al., 2015). Lo studio mette a confronto due coorti di pazienti affetti da un disturbo dell'umore, i cui risultati mostrano che il trattamento che integra l'uso di farmaci con l'attività fisica è più efficace del solo trattamento farmacologico.

In questo quadro generale, il libro segnala anche alcuni punti critici e contraddizioni che attraversano tutti i percorsi dell'invecchiamento attivo e le azioni per affrontarli.

In primo luogo, poniamo attenzione a non costruire un ossimoro: l'invecchiamento è sempre una condizione di perdita, di sofferenza, a volte di lutto, con profonde modificazioni fisiche ed emotive. Se non è più vero che "*Senectus ipsa morbus*", è anche vero che l'invecchiamento attivo non è ringiovanimento, ritorno a fasi precedenti della vita con i correlati somatici e mentali, ma produce comunque una significativa modifica dei processi biopsicosociali. Il pensionamento, ad esempio, per non poche persone non rappresenta l'avvio di una nuova vita, felice e libera da obblighi, quanto piuttosto una "linea d'ombra", che mette in crisi identità (psicologica e somatica) e status sociale - soprattutto se precedentemente significativo e rispettato - (ri)aprendo vecchie ferite/delusioni/rinunce/abbandoni, perché, come ci ricorda Magris C. (2016), "nella nostra società il fare non è predicato ma la sostanza stessa dell'essere".

Anche i luoghi (sociali, socio-sanitari, luoghi di cittadinanza e di diritti) devono poter favorire e sostenere nel tempo questi processi, coniugando in un giusto equilibrio la medicina personalizzata (qualche problema somatico l'età lo porta sempre) e l'utilizzo delle tecnologie per sapere, per capire, per osservare, per proteggere e per curare, senza farne un mito che non ha limiti o bias.

Stimolante è la domanda di Majani G. (2015): "Ma l'invecchiamento attivo è un bisogno dell'anziano?" Lo chiede a proposito del rischio di eccesso di focus sulla salute fisica, che tende a negare e sottovalutare la complessità delle conquiste e

delle perdite, le difficoltà a bilanciare l'imperativo a rimanere attivi con la fragilità e l'insicurezza (del corpo e della mente).

Emerge quindi come centrale il tema dei diritti: a) superamento dello stigma (nella comunità e negli operatori); b) diritto ad essere considerato "persona" e non "costo"; c) superamento della trascuratezza (e dell'ignoranza); d) diritto a rimanere a casa, ricevendo supporti (anche per il caregiver); e) diritto a fruire di servizi adeguati alla specifica condizione clinica, fondata su adeguati livelli di formazione degli operatori e sulla ricerca, realmente indipendente dal mercato, di nuovi strumenti. Anche le differenze vanno prese in esame e non sottovalutate: a) ogni persona è insieme uguale e diversa, anche se affetta dalla stessa patologia (medicina personalizzata); b) diversità come specificità/valori positivi e fondanti la giustizia; c) disuguaglianze e responsabilità, per lavorare realmente per il loro superamento; d) è possibile una "care" senza com-passione?; e) dal paradigma della (presunta) uguaglianza al pensiero delle/sulle differenze.

L'AIP, nell'ottica di tutela dei diritti e della dignità dell'anziano, ha di recente richiamato l'attenzione anche sul problema della solitudine dell'anziano. Va ricordata qui la grande campagna nazionale, promossa nel 2018, attraverso l'elaborazione di una proposta operativa denominata "Carta di Padova", che viene presentata e diffusa nei vari eventi delle sezioni regionali, sulla lotta alla solitudine come fattore patogeno sia fisico che psichico e con possibili conseguenze come la messa in atto di comportamenti autolesivi o direttamente suicidiari (De Leo D. e Trabucchi M., 2018).

Il testo che presentiamo si inserisce quindi a pieno titolo in questo scenario di sfida alla complessità, con uno sguardo ampio e vivace, curioso e rigoroso, attento alle diversità dei contesti analizzati e costituisce pertanto un prezioso materiale di conoscenza, di studio e di ricerca su di un tema che rischia di essere semplificato a fronte della complessità delle variabili che lo definiscono e, di conseguenza, della multiprofessionalità necessaria per la messa in campo di interventi integrati.

Significativo il team degli autori: professori e ricercatori in Psicologia, Politiche Sociali, Geografia, esperti in processi formativi ed educativi, in ricerca sociale ed in economia. Il risultato è

uno sguardo d'insieme poliedrico e dinamico, capace di stare dentro una cornice comune - lo dice il titolo stesso *Active Ageing: from Wisdom to Lifelong Learning* - rispettando le differenze teoriche e tecniche, il valore delle diversità e al contempo il diritto di uguaglianza.

In tempi di imprevedibili sfide per la salute, un trend è certo: se ovunque nel mondo l'età della popolazione sta rapidamente aumentando, l'OMS ci ricorda che "affrontare il problema è un investimento e non un costo".

Quale strategia propone la WHO? Per prima cosa rendere i luoghi in cui viviamo molto più piacevoli e fruibili per le persone anziane. Per questi motivi l'Unione Europea ha attivato politiche e programmi, rivolti alla terza età, per migliorare la qualità della vita degli anziani e prolungarne l'autosufficienza, contrastando la solitudine e la povertà. L'impegno dell'Unione Europea, in particolare a partire dal 2012 - come già ricordato "anno europeo" per l'invecchiamento attivo e la solidarietà fra le generazioni - si è concentrato nel finanziare buone pratiche finalizzate al mantenimento attivo degli anziani e alla loro inclusione in una società, che da un lato non può privarsi dei loro contributi in termini di impegno sociale e civico, dall'altro non può farsi carico, a livello assistenziale, di una fetta di popolazione che, in alcuni dei Paesi più avanzati, supera ad oggi il 28% del totale. Ma le politiche di intervento portate avanti dall'Unione Europea non sono state rivolte solo ai Paesi membri: il coinvolgimento di partner esterni all'Unione, ma geograficamente vicini, ha rappresentato e rappresenta un punto fermo nella strategia di diffusione delle buone pratiche.

Nell'ambito della cooperazione internazionale, il libro, come ben descrivono Amoretti, Spulber e Varani nella loro prefazione, documenta accordi e progetti finanziati dalla Unione Europea anche per programmi in altri continenti, consentendo quindi una visione d'insieme e non solo locale, in modo da offrire una panoramica del fenomeno dell'invecchiamento a livello mondiale, utilizzando un approccio multidisciplinare e raccogliendo testimonianze di buone pratiche provenienti da diversi Paesi. Ed è così che ci ritroviamo - solo per citare alcuni degli scenari proposti - nell'Africa subsahariana, in cui l'anziano è passato da essere "fonte inesauribile di saggezza" a

“più bocca da sfamare”. E le cause sono da ricercare sia a livello del micro-sistema (perdita dei legami familiari) che di macro-sistema (processi di globalizzazione, conflitti armati, aggiustamenti strutturali, urbanizzazione, disastri naturali, pandemia di malattie infettive trasmissibili). Ma ci si ritrova poi anche in Brasile, passando per il Nord Europa, dalla Federazione Russa, fino all’Ucraina e all’Azerbaijan. Il filo conduttore è la sottolineatura dell’importanza dell’educazione formale e non formale, con particolare attenzione alle persone adulte ed anziane: la promozione di politiche di educazione permanente è prospettata, in molte delle pratiche presentate negli articoli del testo, come risorsa centrale per una effettiva e necessaria integrazione sociale degli anziani.

I curatori ben sintetizzano i contributi presenti nel volume, organizzati in tre distinte sezioni.

La prima, “*Value of ageing and challenge of the third age*”, esamina il fenomeno dell’invecchiamento nel suo complesso e raccoglie scritti di carattere generale che, attraverso approcci disciplinari diversi, descrivono il fenomeno dell’invecchiamento in diversi contesti socio-culturali, ipotizzando politiche di intervento e possibili sfide per il futuro.

La seconda parte, “*Quality of life and long life learning*”, presenta contributi che affrontano il tema della qualità della vita e sottolineano la valenza preventiva dell’apprendimento permanente rispetto alla condizione di fragilità nella quale si possono trovare gli anziani, in assenza di adeguati interventi socio-educativi e di una rete relazionale efficace. La qualità della vita viene esaminata sia da un punto di vista oggettivo, che come percezione soggettiva: entrambi contribuiscono a promuovere il mantenimento dell’autosufficienza, con l’impatto positivo facilmente immaginabile sulle economie nazionali e sui relativi sistemi sociali e sanitari. La centralità dell’apprendimento, invece, viene riportata come dato di fatto: l’apprendimento lungo tutto l’arco della vita non è più limitato al periodo lavorativo, ma si estende lungo l’intero arco della vita, costituendo una componente essenziale dell’invecchiamento attivo.

Questa parte contiene riflessioni sullo stato economico come fattore importante per l’invecchiamento e sottolinea quanto la disuguaglianza in questo campo sia uno svantaggio sociale con

il quale dobbiamo confrontarci, anche con uno sguardo su Paesi diversi.

La terza ed ultima sezione, “*Third Age and activity: hypothesis and experiences*”, sviluppa le esperienze condotte in diversi Paesi allo scopo di diffondere ulteriormente le buone pratiche realizzate nei vari contesti socio-culturali che caratterizzano i Paesi partner del progetto. Gli articoli evidenziano una serie di casi studio ed esperienze concrete in cui l’aggettivo “attivo” è considerato l’interdipendenza tra cambiamenti nella vita degli anziani e cambiamenti nelle strutture sociali. I determinanti sociali acquisiscono così un ruolo fondamentale nel processo di invecchiamento delle persone. Si passa dal concetto di “produttività” (tipico dell’età lavorativa) a quello di “impegno nella vita” (come partecipazione alla vita sociale), a cui si attribuisce la capacità di contribuire a preservare le funzioni cognitive e le relazioni sociali.

In sintesi, in un mondo abitato da una popolazione che invecchia, questo volume offre una serie di riflessioni, passando dal generale al particolare, che suggeriscono l’assunzione di politiche sociali volte a favorire il mantenimento di un buon livello di attività, per prevenire l’insorgenza di stati patologici ed attivare la realizzazione di interventi in campo sanitario e sociale in grado di contenere la perdita di autosufficienza.

Gli articoli raccolti in questo volume forniscono indicazioni sulle forme di intervento più adatte all’invecchiamento attivo: programmi educativi, Life Long Learning e programmi di potenziamento cognitivo da un lato, politiche di intervento sociale e sanitario dall’altro. La verifica dell’effettiva efficacia di queste misure offre incentivi ai ricercatori che si occupano degli anziani del pianeta, il cui compito è quello di proporre, pianificare e gestire, di concerto con i sistemi legislativi, medici e sociali, azioni che promuovono uno stile di vita attivo, per influenzare il mantenimento dell’autosufficienza degli anziani e ridurre, di conseguenza, i periodi di non dipendenza e i costi economici e sociali ad essa associati.

L’auspicio è che la lettura di questo volume aumenti la sensibilità dei decisori politici verso una politica di prevenzione dell’invecchiamento con la consapevolezza che le risorse investite in questo settore possono rappresentare un risparmio per il futuro, nonché migliorare la qualità della vita di milioni di persone (Amoretti G., 2017).

Bibliografia

Althoff T, Sosic R, Hicks JL, King AC, Delp S, Leskovec J, Large-scale physical activity data reveal worldwide activity inequality, *Nature*. 2017 Jul 20;547(7663):336-339.

Amoretti G, Spulber D, Varani N. Active Ageing From Wisdom to Lifelong Learning. Carocci, Roma 2017.

Belvederi Murri M, Amore M, Menchetti M, Toni G, Neviani F, Cerri M, Rocchi MB, Zocchi D, Bagnoli L, Tam E, Buffa A, Ferrara S, Neri M, Alexopoulos GS, Zanetidou S. Safety and Efficacy of Exercise for Depression in Seniors (SEEDS) Study Group. Physical Exercise for late-life major depression. *Br J Psychiatry*. 2015 Sep;207(3):235-42.

Bernabei R. Le cinque regole per invecchiare bene. Fondazione Italia Longeva, Ancona 2016.

Braibanti P, Zunino A, De Agostini V. Psicologia della salute e modello biopsicosociale. In P. Braibanti e A. Zunino (a cura di), Lo sguardo di Igea. Soggetti, contesti ed azioni di psicologia della salute. Franco Angeli, Milano 2005.

Darvesh S, Walsh R, Kumar R, Caines A, Roberts S, Magee D, Martin E. Inhibition of human cholinesterases by drugs

used to treat Alzheimer disease. *Alzheimer Dis Assoc Disord*. 2003 Apr-Jun;17(2):117-26.

Magris C. Editoriale, *Corriere della Sera*. 23 Novembre 2016.

Majani G. Psicologia dell'invecchiamento attivo. Paper presentato al 15° Congresso Nazionale Associazione Italiana di Psicogeratria. Firenze, Aprile 2015.

Trabucchi M. I volti dell'invecchiare. San Paolo, Cinisello Balsamo (MI) 2016.

Turner JE, Schallert DL. Reazioni e resilienza alla vergogna: rapporti tra aspettative e valori. *Psicologia dell'Educazione e della Formazione*. 2006;2:153-76.

WHO, Active Ageing: A Policy Framework. World Health Organization, Geneve 2002. (http://www.who.int/ageing/publications/active_aging/en/).

WHO. Word Report on Aging and Health. Word Health Organization, Geneve 2015.

Zappella E. Ostacoli e facilitatori verso un invecchiamento attivo della popolazione: una rassegna della letteratura internazionale. *Formazione & Insegnamento*. 2016;XIV-2(Suppl.).