

Giovani e Longevi insieme per promuovere la salute

UNICApress/comunicazione

a cura di
R. Pili, G.P. Carrogu, L. Gaviano, D.R. Petretto



I recenti eventi legati alla diffusione della Pandemia da Covid-19 impongono sempre più pressanti riflessioni sulla promozione della salute, della lunga e buona vita e sull'organizzazione di interventi mirati alla prevenzione delle patologie. È ormai assodato che la promozione della salute si concretizzi in azioni quotidiane individuali e collettive che consentono ad ogni singola persona di vivere in una condizione di benessere e buona qualità di vita, anche in presenza di eventuali patologie; un ruolo importante in questo ambito venga svolto dal concetto di dieta in senso lato che comprende non solo l'alimentazione ma quell'intreccio biopsicosociale tra stili di vita, attività fisica, alimentazione e relazionalità. Nonostante questa consapevolezza apparentemente diffusa, assistiamo ad uno scarto tra progressivo aumento dell'aspettativa di vita a livello mondiale e aspettativa di vita in salute; il progressivo invecchiamento della popolazione si associa ad una sempre maggiore diffusione di "patologie non trasmissibili", che guarda caso hanno alla loro base proprio un ruolo centrale della dieta, in quel senso ampio appena descritto.

L'Europa, l'Italia e la Sardegna in particolare rappresentano degli osservatori privilegiati perché da un lato si caratterizzano per un più veloce invecchiamento della popolazione (frutto dell'intreccio tra variabili genetiche, costituzionali, sanitari e scelte comportamentali) ma anche da una progressiva transizione alimentare che influenza notevolmente la diffusione di patologie non trasmissibili soprattutto in alcune fasce più esposte della popolazione.

UNICApres/comunicazione

Giovani e Longevi insieme per promuovere la salute.

Nuove sfide intergenerazionali nella promozione della salute

a cura di

Roberto Pili, Gian Pietro Carrogu, Luca Gaviano,
Donatella Rita Petretto



Cagliari
UNICAPress
2023



Fondazione
di Sardegna

Testo pubblicato nell'ambito del progetto "Giovani e Longevi insieme per promuovere la salute: dalla Sardegna al Mondo" - Progetto finanziato dalla Fondazione di Sardegna alla Associazione Medicina Sociale.

Giovani e Longevi insieme per promuovere la salute: nuove sfide intergenerazionali nella promozione della salute

a cura di Roberto Pili, Gian Pietro Carrogu, Luca Gaviano, Donatella Rita Petretto

© Authors and UNICApres

CC-BY-SA 4.0 license (<https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/>)

Cagliari, UNICApres, 2022 (<http://unicapress.unica.it>)

e-ISBN 978-88-3312-070-6

e-ISBN 978-88-3312-069-0

DOI <https://doi.org/10.13125/unicapress.978-88-3312-070-6>

Indice

- 7 Introduzione
*Roberto Pili, Gian Pietro Carrogu, Luca Gaviano,
Donatella Rita Petretto*
- 13 La maratona della lunga e buona vita
Donatella Rita Petretto e Roberto Pili
- 21 Modelli concettuali nello studio dell'invecchiamento:
dall'invecchiamento attivo all'invecchiamento sano
Luca Gaviano
- 39 I modelli concettuali dell'Invecchiamento: una breve
panoramica internazionale
Luca Gaviano
- 57 La cooperazione intergenerazionale e gli stili di vita
salutogenici, il modello "Nutri-Action"
Gian Pietro Carrogu
- 67 La cooperazione intergenerazionale: criticità e prospettive nella
digitalizzazione dei servizi
Gian Pietro Carrogu
- 81 Invecchiamento e Disabilità: alcune considerazioni preliminari
Roberta Berti
- 97 Conclusioni
*Roberto Pili, Gian Pietro Carrogu, Luca Gaviano,
Donatella Rita Petretto*

Introduzione

Roberto Pili¹, Gian Pietro Carrogu², Luca Gaviano², Donatella Rita Petretto²

¹ Medicina Sociale, Comunità Mondiale della Longevità e IERFOP Onlus

² Dipartimento di Pedagogia, Filosofia, Psicologia - Università degli Studi di Cagliari

Il XX secolo è stato *caratterizzato* da un'importante "transizione epidemiologica": dai disturbi acuti e dalle patologie infettive alla diffusione delle malattie croniche e delle cosiddette "patologie non trasmissibili". Questa transizione epidemiologica ha influenzato la mortalità umana ma anche la vita delle persone e la loro stessa aspettativa di vita. Il principale effetto di questa transizione epidemiologica è stato che la malattia è diventata principalmente la causa di cambiamenti nella vita e nella qualità della vita degli individui; la promozione della salute, della buona qualità della vita e del benessere hanno quindi acquisito un ruolo nello scenario sanitario e sono diventati il fulcro di interventi in ambito sanitario. Nei primi anni del XXI secolo, altri due eventi hanno influenzato il contesto sanitario: l'allungamento mondiale dell'aspettativa di vita, con un più lento aumento dell'aspettativa di vita in buona salute e la "transizione nutrizionale". Con riferimento al primo evento citato, la consapevolezza che all'aumento dell'aspettativa di vita non corrisponde un analogo aumento dell'aspettativa di vita in buona salute, ha posto grande attenzione sulla necessità di acquisire conoscenze sulle malattie legate all'età e sulla necessità di influire sul rischio che le fasi avanzate della vita possano essere caratterizzata da diverse malattie.

Al fine di ridurre questo rischio e prevenire la "morbilità" nella fase avanzata della vita, è stata posta un'elevata attenzione sul ruolo delle "malattie legate all'età" e, ancora una volta, sulle "patologie non trasmissibili". Secondo questo spostamento di attenzione, stili di vita sani e scelte comportamentali sane hanno guadagnato nuovo interesse da parte di ricercatori e medici. Uno dei più noti modelli di invecchiamen-

to di successo, quello di Rowe e Kahn (1987 e seguenti), per esempio sottolinea il ruolo di uno stile di vita sano e di scelte comportamentali sane sulla qualità dell'invecchiamento. Questi autori hanno infatti descritto tre tipologie di invecchiamento: di successo, patologico ed usuale ed hanno evidenziato che l'invecchiamento usuale rappresenta il principale focus di attenzione in quando le persone con forme invecchiamento normale pur avendo un elevato rischio costituzionale e genetico di evolvere verso forme di invecchiamento patologico, ma possono anche controllare alcune variabili legate agli stili di vita e prevenire lo sviluppo di disturbi legati all'età.

Il secondo evento degli ultimi decenni è la cosiddetta "transizione nutrizionale", un profondo cambiamento delle abitudini alimentari e degli atteggiamenti alimentari, che ha effetti diversi in diverse località del mondo. In alcuni siti, la "transizione nutrizionale" ha l'effetto di creare una situazione mista, dove coesistono denutrizione e sovranutrizione che portano a stati carenziali, malnutrizione e allo stesso tempo tutti gli effetti di una dieta obesogenica; in altri siti, l'eccesso di alimentazione e le scelte comportamentali e di stile di vita scorrette e malsane hanno portato a un progressivo e pericoloso aumento delle malattie non trasmissibili – che sta incidendo progressivamente anche nelle fasce più giovani della popolazione.

Il 2020 ha introdotto un ulteriore notevole mutamento negli scenari appena descritti. L'esperienza della Pandemia da Covid-19¹, con la diffusione mondiale di una nuova patologia su base infettiva, ha notevolmente modificato le nostre esperienze precedenti e influenzato anche le credenze nel contesto sanitario, riportando pesantemente l'attenzione sul ruolo degli interventi di prevenzione delle patologie e di promozione della salute. Il diffondersi di gravi patologie su base infettiva, come quelle legate all'infezione da virus Sars-Cov2, ha sollevato il velo sull'influenza che ciascuno di noi può avere nella gestione della propria salute, evidenziando il ruolo di azioni quotidiane individuali e collettive che consentono ad ogni singola persona di vivere in una condizione di benessere e buona qualità di vita, anche in presenza di eventuali patologie. Ha inoltre riportato l'attenzione alla contrapposizione tra patologie trasmissibili e non trasmissibili, riequilibrando in qualche modo la precedente tendenza a considerare le patologie non

¹ Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARS-CoV-2) è il nome del virus e COVID -19 è il nome che ha presto assunto la patologia causata dal virus SARS-CoV-2.

trasmissibili come “l’epidemia del nostro secolo”. In ogni caso, questo riequilibrio ha puntato con enfasi l’attenzione sull’importanza di assumere un ruolo attivo – anche con la riscoperta delle tradizioni alimentari dei nostri avi- nella promozione della salute e nella prevenzione delle patologie, sia a livello individuale sia a livello sociale. Ed ecco quindi che ciò ha motivato rinnovare riflessioni sul ruolo dei diversi fattori e pilastri che possono influire sulla salute individuale e sociale. È ormai da qualche anno un dato assodato che un ruolo importante in questo ambito venga svolto dal concetto di dieta in senso lato che comprende non solo l’alimentazione ma quel complesso intreccio biopsicosociale tra stili di vita, attività fisica, alimentazione e relazionalità. Ed ecco quindi che la pandemia da COVID-19 ha reso ancor più attuali riflessioni ed interventi in questo ambito. Propriamente il contatto relazionale che ha subito numerosi strattoni durante la pandemia e i conseguenti lock-down, nelle fasi di poco precedenti all’evento pandemico si dimostrava come strumento utile al fine di ricucire il contatto tra alimentazione, territorio e cultura. Il contatto con le generazioni precedenti aveva mostrato infatti molteplici criticità della transizione alimentare e proponendo al contempo alternative salutari che potessero ben adattarsi al nuovo contesto culturale.

Anche in passato, ma con maggior urgenza nel periodo attuale, dobbiamo infatti rilevare che nonostante la sempre maggiormente diffusa consapevolezza a livello scientifico del ruolo dei suddetti fattori/ pilastri, si assiste ad una loro non adeguata considerazione di questi aspetti, sia a livello individuale sia a livello sociale (anche in termini di programmazione sanitaria e diffusione della cultura della prevenzione).

La principale conseguenza di ciò è evidente nello scarto tra progressivo aumento dell’aspettativa di vita a livello mondiale e aspettativa di vita in salute, con la conseguenza che il progressivo invecchiamento della popolazione si associa ad una sempre maggiore diffusione di “patologie non trasmissibili”, che guarda caso hanno alla loro base proprio un ruolo centrale della dieta, in quel senso ampio appena descritto. E dobbiamo anche rilevare che la pandemia da COVID-19 ha mostrato un forte legame tra “patologie non trasmissibili” e “patologie trasmissibili”, evidenziando un maggior tasso di mortalità e esiti dell’infezione da virus per coloro che presentano pregresse patologie non trasmissibili. L’Europa, l’Italia e la Sardegna in particolare rappresentano degli osservatori privilegiati perché da un lato si caratterizzano per un più veloce invecchiamento della popolazione (frutto dell’intreccio

tra variabili genetiche, costituzionali, sanitari e scelte comportamentali) ma anche da una progressiva transizione alimentare che influenza notevolmente la diffusione di patologie non trasmissibili soprattutto in alcune fasce più esposte della popolazione.

Partendo dalle conoscenze attuali e da queste riflessioni, con il presente testo intendiamo proporre alcuni spunti per l'approfondimento della relazione tra salute e stili di vita salutari, attraverso i modelli e gli strumenti della psicologia e della psicologia clinica ma con un approccio che mira ad essere biopsicosociale.

Nel presente testo intendiamo porre in particolare un focus su alcuni dei pilastri riconosciuti anche dall'Organizzazione Mondiale della Sanità come necessari per la promozione della salute e della qualità di vita, nonché della lunga e buona vita. Partiremo da una panoramica sul tema dell'invecchiamento e della promozione della "lunga e buona vita" con una discussione che si focalizzerà sulla prospettiva e sugli strumenti della psicologia e della psicologia clinica e della psicologia clinica della salute e della disabilità nell'analizzare l'invecchiamento come fase del ciclo di vita. Ci focalizzeremo quindi sulla disanima di alcuni modelli concettuali dell'invecchiamento, secondo un'ottica biopsicosociale, con un focus specifico sui modelli elaborati e diffusi dall'Organizzazione Mondiale della Sanità. Procederemo quindi con un'analisi dell'invecchiamento secondo alcuni modelli concettuali della psicologia clinica della disabilità, focalizzando l'attenzione sulla relazione tra invecchiamento e condizioni disabilitanti, sulla base dell'intreccio tra le due più note traiettorie evolutive, ma anche ipotizzando percorsi ed intrecci alternativi. Focalizzeremo poi la nostra attenzione sui pilastri ed i predittori della salute e del viver bene ed a lungo, partendo dal concetto di "dieta" in senso lato, con un focus ancor più specifico su relazionalità, alimentazione, attività fisica per proporre. Analizzeremo quindi modelli e prospettive di intervento finalizzate alla promozione di scelte comportamentali salutari, che si caratterizzano per un approccio psicoeducazionale e che vede il coinvolgimento e lo scambio intergenerazionale. A titolo esemplificativo e con un approccio esperienziale, presenteremo l'esperienza del progetto Nutri-Action, realizzato dalla Comunità Mondiale della Longevità²,

² La Comunità Mondiale della Longevità è un'associazione che da tempo opera nel territorio regionale, nazionale e internazionale, attraverso la formazione e la ricerca orientata alla raccolta delle conoscenze attuali nel campo della longevità, della salute, del benessere e dell'invecchiamento attivo. L'area delle attività formativo-divulgative ha come finalità la promozione del benessere dell'individuo e in generale sull'indivi-

e che ha visto il coinvolgimento di giovani adulti e longevi attraverso un modello di intervento psicoeducazionale che punta allo scambio intergenerazionale ed alla co-costruzione di comportamenti salutari che partono dall'esperienza dei longevi per contaminare l'esperienza dei giovani adulti.

Riferimenti bibliografici

Petretto D.R., Pili R. (2020). Ageing and COVID-19: what is the role for elderly people? *Geriatrics*, 5(2), 25.

Petretto D.R., Pili R., Gaviano L., Matos Lòpez C., Zuddas C. (2016). Active ageing and success: a brief history of conceptual models, *Revista Esp. Geriatr Gerontol*, jul-aug, 51(4), 229-41.

Petretto DR. Pili R. (2021). Longevity, Lifestyles and eating: The importance of education. UNICAPress, Cagliari.

Pili R., Petretto D.R. (2020). Longevità, invecchiamento e benessere. Sfide Presenti e future, Edizioni Aracne, Roma.

duo in divenire, in tutto il suo ciclo di vita, prendendo quale assunto fondamentale il concetto che sia necessario imparare ad invecchiare bene fin da bambini.

La maratona della lunga e buona vita

Donatella Rita Petretto¹ e Roberto Pili²

¹Dipartimento di Pedagogia, Psicologia e Filosofia – Università degli Studi di Cagliari

² Medicina Sociale, Comunità Mondiale della Longevità e IERFOP Onlus

Il progressivo aumento della aspettativa di vita a livello mondiale (seppure con diverse velocità tra diverse parti del mondo) è una grande conquista del nostro tempo e rappresenta un importante risultato sia a livello individuale sia a livello di specie umana (Petretto e Pili, 2022). È un fenomeno tutto sommato recente, con una velocità ed un'intensità tali in virtù del miglioramento generale delle condizioni di vita e di salute (a livello igienico sanitario, di ambienti, di sicurezza, di alimentazione e di cure). È anche un fenomeno che presenta velocità diverse tra paesi diversi, pur indicando un generale progressiva tendenza di miglioramento³.

L'aumento della aspettativa di vita consente ad un numero sempre maggiore di persone di raggiungere le fasi più avanzate della vita ed avvicinarsi al completamento della durata massima possibile della vita per gli esseri umani (attualmente stimabile intorno ai 120 anni). È quindi importante riflettere su quali variabili possono incidere su benessere e qualità della vita e sul più generale viver bene, con lo scopo di "aggiungere vita" a questi anni. È anche importante capire come far sì che le persone possano vivere queste fasi avanzate della vita in condizioni di benessere e buona qualità di vita e come possano affrontare tutte le fasi del ciclo di vita, fino a quelle più avanzate, in condizioni di benessere e salute. In altri termini e partendo da un approccio che tenga conto di tutto il ciclo di vita, il quesito fondamentale riguarda come si possa imparare a vivere a lungo e, possibilmente, vivere bene.

³ Durante gli ultimi duecento anni, l'aspettativa di vita media è raddoppiata nella maggior parte dei paesi sviluppati, con un aumento di circa 2,5 anni ogni decade. Il cambiamento è stato troppo veloce per essere legato a fattori genetici, diversi altri fattori hanno avuto un effetto importante, tra cui il miglioramento della qualità dell'acqua, del cibo, dell'igiene, l'immunizzazione rispetto ai disturbi infettivi, il miglioramento dei farmaci, ma anche effetti comportamentali come la dieta, lo stile di vita, l'attività fisica (Pili e Petretto, 2020).

Ma è anche importante evidenziare che questo vivere a lungo deve essere sostenibile per il singolo e per la società. È quindi prioritario poter fornire conoscenze e consapevolezza che consentano alle persone di potersi “attrezzare” di tutto quanto possa essere necessario per questo, ma è anche prioritario che enti ed istituzioni possano creare e garantire le condizioni perché ciò sia possibile.

Pur trattandosi di un tema e di un fenomeno piuttosto complesso, la ricerca offre un contributo nella comprensione dell’invecchiamento e del vivere a lungo, come processo fisiologico, multi sfaccettato e che investe il livello biologico, psicologico e sociale. Dal punto di vista biologico, l’invecchiamento è caratterizzato da una progressiva riduzione funzionale/logoramento di apparati e sistemi corporei. Non è di per sé stesso un processo patologico, né deve essere medicalizzato o patologizzato. Tuttavia, l’invecchiamento può assumere una connotazione patologica ed associarsi a disturbi, malattie e condizioni di disabilità, quando questa riduzione/questo logoramento non siano armonici e funzionali e riguardino alcuni distretti corporei/apparati in misura maggiore rispetto ad altri. In questo caso, si osserva la presenza di patologie e di disabilità. Diviene quindi importante poter intervenire per rendere armonioso questo processo, dal punto di vista biologico (non vi sono complete conoscenze in questo ambito). Occorre infatti riflettere sul fatto che all’aumentare della aspettativa di vita vi è solo un parallelo ma non completo aumento della aspettativa di vita in salute, per cui più lunga è la vita, maggiore sarà la probabilità che vi siano alcuni anni in cui la persona presenta patologie e, naturalmente, molte di queste patologie sono le cosiddette “patologie correlate all’età” il cui rischio di insorgenza e di ingravescenza è maggiore nella fasi più avanzate della vita (tra queste patologie ricordiamo sia quelle cosiddette “trasmissibili” sia quelle cosiddette “non trasmissibili”).

Da un punto di vista psicologico, l’invecchiamento rappresenta una fase del ciclo di vita (la fase o le fasi più avanzate del ciclo di vita). Questa fase si connota per ruoli, relazioni ed attività che sono fortemente determinati culturalmente, socialmente e storicamente. Le fasi più avanzate della vita sono caratterizzate da compiti evolutivi, transizioni e continuità, identità, ruoli ed eventi di vita (positivi e negativi, o almeno soggettivamente tali). Queste fasi possono essere caratterizzate da continuità o discontinuità rispetto a ruoli, compiti e sé autobiografico. In queste fasi vi può essere anche una fase di transizione dalla vita lavorativa, anche in alcuni contesti sociali e culturali questa transizione non avviene mai. Come tutte le fasi del ciclo

di vita, comporta apprendimenti, adattamenti, sfide ed opportunità. Investe tutti i diversi domini del funzionamento della persona, da quello cognitivo, a quello socio-relazionale, a quello affettivo e relativo al controllo delle emozioni, nonché quelli motorio e percettivo-sensoriale. Inoltre, comporta esperire eventi di vita (positivi e negativi) e lo sviluppo, l'apprendimento, l'adattamento di risorse e strategie di coping. Il numero di eventi di vita è sicuramente maggiore in coloro che affrontano le fasi più avanzate del ciclo di vita. Questo processo agisce a livello individuale ed investe sempre anche aspetti relazionali e sociali (famiglia e rete familiare, amicale, e ulteriori reti sociali formali ed informali) e che vi è una continua interazione tra l'individuo e l'ambiente (relazionale, sociale e culturale e l'ambiente considerato in senso lato). Due sfaccettature/processi dell'invecchiamento, che sono in continua interazione: l'invecchiamento primario (un processo geneticamente e biologicamente programmato, a tutt'oggi ancora incontrollabile e, irreversibile, correlato ad un possibile progressivo deterioramento delle funzioni fisiche, biologiche ed una possibile progressiva perdita funzionale a livello cognitivo, sensoriale, percettivo, motorio, durante le fasi più avanzate della vita) e invecchiamento secondario (che si intreccia con il primo e che potrebbe essere influenzato da un qualche tipo di controllo, legato allo stile di vita, psicologico, e potrebbe essere influenzato da fattori sociali e ambientali).

Il ruolo dei fattori sociali e ambientali nell'invecchiamento è molto ben descritto in diversi modelli concettuali sull'invecchiamento e sul suo rapporto con il benessere e la qualità della vita. In modo positivo, i fattori sociali e ambientali possono favorire il viver bene ed a lungo delle persone e ottimizzare le loro opportunità di salute, benessere, partecipazione, autonomia e indipendenza; in modo negativo, i fattori sociali e ambientali possono disabilitare le persone anziane e ridurre le loro opportunità di salute, benessere, partecipazione, autonomia e indipendenza.

Un tema molto importante in ambito psicologico è la connotazione fortemente soggettiva di questo periodo; ciò rende particolarmente importante provare ad approfondire il punto di vista individuale nell'invecchiare "bene" dal punto di vista psicologico. Da questo punto di vista un contributo viene dato dagli studi che analizzano "le voci" degli interessati. In parallelo vi sono gli studi che definiscono cosa si intenda per invecchiare bene dal punto di vista psicologico, con riferimento a concetti come salute, benessere e qualità della vita. Tutti questi concetti hanno una forte valenza soggettiva. La letteratura internazionale

ha utilizzato una terminologia molto varia (invecchiamento successo, sano, attivo, positivo, armonioso, longevità sana, invecchiamento dinamico ed evolutivo)⁴.

L'invecchiamento come fase del ciclo di vita può essere caratterizzato da importanti transizioni sia rispetto ai ruoli, alle relazioni ed alle attività che vengono svolte. Riteniamo utile puntualizzare che anche dal punto di vista psicologico l'invecchiamento non è di per sé stesso un processo patologico né è da patologizzare. La psicologia può offrire un contributo per comprendere questa fase del ciclo di vita, analizzare le transizioni che la caratterizzano e approfondire tematiche come identità e ruolo. Può inoltre consentire di analizzare strategie e modalità di coping e di gestione di eventi di vita, fattori di protezione individuali, punti di forza e di vulnerabilità. Può inoltre consentire di analizzare fattori di protezione, di rischio e di vulnerabilità a livello sociale (rete familiare, amicale, rete sociale più ampia, reti formali ed informali, livello micro e macrosociale). La maggiore durata della vita aumenta in termini statistici la probabilità di incontrare eventi di vita (alcuni dei quali negativi o soggettivamente tali, come lutti, perdite, riorganizzazioni etc.). Inoltre, l'invecchiamento come fase del ciclo di vita è caratterizzato da traiettorie tipiche ed atipiche in ambito affettivo/relazionale, cognitivo, percettivo e sensoriale ed anche da traiettorie tipiche ed atipiche in ambito motorio ed in riferimento a tutti i distretti corporei. Riguardo quest'ultimo aspetto la psicologia può altresì offrire un contributo nello studio delle traiettorie tipiche per consentire di individuare precocemente quelle atipiche (si pensi per esempio all'invecchiamento cognitivo ed a tutti i disturbi neurocognitivi maggiori e minori).

La psicologia può anche offrire un contributo nello studio del vissuto e dei vissuti di coloro che affrontano attualmente le fasi più avanzate della loro vita, anche per un confronto con coloro che le hanno affrontate in altri periodi o in altri contesti. Da questo punto di vista sono

⁴ Questa ampia varietà terminologica nasconde una semantica che abbiamo avuto modo di trattare altrove ma che sarà anche oggetto di analisi in uno dei contributi di questo testo, implica una forte connotazione sociale e culturale nel processo di invecchiamento e nelle sue attualizzazioni in luoghi, culture e periodi storici differenti. Rispetto a questi temi non esiste un accordo internazionale, ma è sicuramente importante approfondire queste specificità sia in termini conoscitivi e di confronto cross-culturale e cross-nazionale, sia nell'obiettivo di organizzare interventi di promozione di processi "buon invecchiamento" non possono non tener conto del forte intreccio tra aspetti soggettivi ed individuali ed influenze sociali, culturali e storiche.

interessanti gli studi che mirano ad analizzare questi aspetti in popolazioni di oldest olds, persone con più di 85 o comunità di longevi (come quelle che si trovano in piccoli centri e comuni italiani e/o in realtà riconosciute per una loro eccezionale presenza di persone longeve, come le cosiddette "Zone Blu"), al fine di poter inferire o derivare possibili determinanti/predittori di tipo psicologico che possono prevedere un invecchiamento in condizioni di salute e/o di benessere psicologico⁵.

Anche dal punto di vista psicologico però possiamo riconoscere dei processi patologici legati all'invecchiamento, sia quelli più propriamente psicopatologici, sia quelli legati allo sviluppo di specifiche patologie età correlate in ambito psichico e cognitivo. Inoltre, la psicologia offre un contributo importante nell'ambito dello studio di componenti/determinanti/predittori di altre patologie cosiddette "età correlate" (sia quelle trasmissibili sia quelle non trasmissibili").

L'Organizzazione Mondiale della Sanità riconosce agli aspetti psicologici, alla relazionalità ed altri domini soggettivi un ruolo centrale nella promozione della salute e del benessere e dell'invecchiamento attivo/sano.

Da un punto di vista sociale, l'invecchiamento progressivo della popolazione è un processo sociale almeno da due punti di vista: intanto si parla ormai di società che invecchiano (Ageing Society) per indicare che questo fenomeno non è un fenomeno transitorio ma durevole e non è legato a singole generazioni (come per esempio la generazione dei cosiddetti "Baby Boomers", cui è legato uno dei miti erronei in questo ambito); inoltre l'invecchiare ed il vivere a lungo e vivere bene è un processo ed una consapevolezza che investe tutte le generazioni, non solo quelle che attualmente si trovano nelle fasi più avanzate della vita, ma anche coloro che affronteranno queste fasi successivamente che possono avere la possibilità di affrontare questo processo in maniera consapevole.

È molto interessante anche cercare di capire quale potrebbe essere una strada per definire l'idea stessa di invecchiare bene e di vivere bene. A tutt'oggi non esiste una definizione univoca di che cosa significhi invecchiare bene. Esistono, tuttavia, diverse terminologie che sono state utilizzate e che hanno un forte valore e una forte connotazione sociale e culturale, ed è per questo motivo che, ogni qualvolta noi

⁵ Anche di questi aspetti ci siano occupati altrove, con la consapevolezza che naturalmente le generalizzazioni e le inferenze devono sempre essere accompagnate da cautela.

cerchiamo di entrare nel merito di entrare in questo ambito, dobbiamo veramente tener conto di questa forte connotazione sociale, culturale e anche semantica. Forse uno dei modelli che è stato maggiormente diffuso a livello internazionale, per esempio, è il modello di Rowe e Khan che utilizza, per esempio, una terminologia che è quella di “invecchiamento di successo” (Petretto et al., 2016). Questo termine invecchiamento di successo è nato in un contesto americano e ha fatto sì che il modello di Rowe e Khan ricevesse numerose critiche. Tuttavia, a nostro parere, è un modello piuttosto interessante in quanto analizza tre vie possibili nell’ambito dell’invecchiamento, lungo le quali ciascuna persona può trovarsi a doversi incamminare. Una traiettoria è quella, appunto, dell’invecchiamento patologico, quello in cui sono presenti, appunto, tutte le patologie legate all’età che noi sappiamo, appunto, anche in seguito alla transizione epidemiologica che, come abbiamo descritto in precedenza, sembrano essere sempre più attese all’aumentare dell’età della popolazione se non si interviene adeguatamente. Quindi, invecchiamento patologico, invecchiamento, invece, usuale e invecchiamento di successo. Se l’invecchiamento di successo, appunto è quello che in qualche modo rappresenta l’ottimizzazione delle possibilità di partecipazione, di funzionamento di relazionalità e cognitivo, è l’invecchiamento usuale proprio il focus più interessante, perché riguarda quelle condizioni in cui delle persone possono avere un po’ tutte le caratteristiche per poter, in qualche modo, sviluppare delle patologie età correlate, caratteristiche che sono di tipo genetico, anche di tipo costituzionale, ma che potrebbe evolvere o non evolvere lungo poi un invecchiamento cosiddetto patologico. Quindi, qual è il senso di questo modello? Questo modello ci fa vedere che esistono tre linee lungo le quali ci si può muovere ma, sicuramente, l’invecchiamento cosiddetto usuale è quello più interessante perché riguarda quelle persone che potrebbero, in base a quelli che poi vengono chiamati da altri modelli pilastri appunto della salute, potrebbero evitare di andare incontro poi ad un processo di invecchiamento patologico. Quindi, in qualche modo, il focus del presente testo ed anche della nostra ricerca in questo ambito è anche questo: analizzare quelle condizioni in cui delle persone potrebbero vivere la loro vita, nelle fasi più avanzate della vita, viverla bene oppure vivere in condizioni di patologia. I tre pilastri che, in qualche modo, possono condizionare questo passaggio sono appunto: l’alimentazione, gli stili di vita e quindi la dieta in senso lato e ancora, però, la relazionalità, gli aspetti psicologici e la spiritualità.

Riferimenti bibliografici

- Petretto D.R, Pili R. (2022). Ageing and Disability, According to the Perspective of Clinical Psychology of Disability, *Geriatrics*, 7(3), 55; <https://doi.org/10.3390/geriatrics7030055> - 10 May 2022.
- Petretto D.R., Gaviano L., Carrogu G.P., Pinna M., Berti R, Pili R. (2023). Telemedicine: Issues in the Analysis of Its Use in Elderly People and in People with Disabilities, According to the Perspective of the Clinical Psychology of Disability, *Geriatrics* 2023, 8(1), 5.
- Petretto D.R., Pili R. (2020). Ageing and COVID-19: what is the role for elderly people? *Geriatrics*, 2020, 5(2), 25.
- Petretto D.R., Pili R., Gaviano L., Matos Lòpez C., Zuddas C. (2016). Active ageing and success: a brief history of conceptual models, *Revista Esp. Geriatr Gerontol*, 2016, jul-aug, 51(4), 229-41.
- Petretto D.R., Pili R. (2021). Longevity, lifestyles and eating: the importance of education, Unica Press, Cagliari.
- Pili R., Gaviano L., Pili L., Petretto D.R. (2018). Ageing and Spinal cord injury: some issues of analysis, narrative review, *Current Gerontology and Geriatrics Research*, Volume 2018, Article ID 4017858, 7 pages.
- Pili R., Petretto D.R. (2017). Genetics, lifestyles, environment, and longevity: a look in a complex phenomenon, *Open Access Journal of Gerontology and Geriatric Medicine*, 2(1): 555576.
- Pili R., Petretto D.R. (2020). Longevità, invecchiamento e benessere. Sfide Presenti e future, Edizioni Aracne, Roma.
- Rowe J.W., Kahn R.L. (1997). Successful aging. *The Gerontologist* 37(4): 433-440.
- Rowe J.W., Kahn R.L. (1998). Reply to Letter to Editor. *The Gerontologist* 38(2): 151.
- Rowe J.W., Khan R.L. (1987). Human aging: usual and successful. *Science* 237:143-149.

Modelli concettuali nello studio dell'invecchiamento: dall'invecchiamento attivo all'invecchiamento sano

Luca Gaviano

Dipartimento di Pedagogia, Psicologia e Filosofia – Università degli Studi di Cagliari

Rivoluzione demografica, aspettativa di vita e longevità

Nel mondo da diversi anni si registra un incremento dell'aspettativa di vita che permette alle persone di raggiungere importanti traguardi di vita. Questo fenomeno, tanto evidente e consolidato nei paesi ad alto reddito, comincia ad essere esplicito anche nei paesi a medio e basso reddito in cui l'aspettativa di vita si traduce come la possibilità degli individui di raggiungere e superare i sessant'anni di vita (UN, 2019). Il miglioramento delle condizioni di vita, l'accessibilità ai servizi sociosanitari e alle cure sicuramente hanno svolto e svolgono un ruolo fondamentale nel favorire l'invecchiamento. In paesi a basso e medio reddito questo incremento trova spiegazione in alcuni fattori importanti quali la riduzione della mortalità in età infantile, la riduzione della mortalità a seguito di determinate infezioni e malattie e dalla riduzione dei tassi di natalità mentre nei paesi ad alto reddito questo incremento è spiegato dalla riduzione dei tassi di natalità e aumento dell'aspettativa di vita ⁶ (Petretto, et al., 2019).

⁶ Nel World Population Prospects 2019 demografi e sociologi hanno messo in risalto questi cambiamenti relativi all'aumento dell'aspettativa di vita e alla riduzione della mortalità infantile in contesti di Paesi caratterizzati da un basso reddito. Tale analisi ha permesso di studiare questo fenomeno in contesti in cui la scarsa accessibilità alle cure e ai servizi sanitari, oltre a problemi di natura sanitaria di vario genere e problemi di natura economica rendevano differente l'avanzamento dei processi di invecchiamento della popolazione. Infatti, dall'analisi compiute, sulla popolazione è stato evidenziato come in paesi come il Brasile, l'Iran, il Myanmar e altri ancora, i bambini nati nell'ultimo decennio abbiano avuto la possibilità e probabilità di vivere almeno vent'anni più a lungo rispetto ai bambini nati cinquant'anni fa nella stessa nazione. Questi dati rappresentano in maniera molto concreta come a livello mondiale l'aumento dell'aspettativa di vita non sia più solo un appannaggio dei paesi ad alto reddito ma sia

La rivoluzione demografica e il progressivo invecchiamento della popolazione sottolineano da una parte i progressi che le società hanno raggiunto nel corso degli anni, grazie al miglioramento degli stili di vita, alle scoperte in ambito medico-scientifico, allo sviluppo economico e tecnologico, ma dall'altra pone una serie di criticità dovute alla necessità di trovare strategie, strumenti e azioni che permettano di affrontare nel miglior modo possibile la sfida dell'invecchiamento progressivo della popolazione mondiale. Sfide che coinvolgono diversi sistemi, da quello politico, a quello economico, sanitario e sociale e che influenzano il modo con cui le diverse società le affrontano e riescono a trovare risorse e soluzioni per affrontarle al meglio.

Le Nazioni Unite nel 2019 con il report "World Population Prospects 2019", hanno sottolineato come la crescita e l'invecchiamento della popolazione ha rappresentato un cambiamento cruciale nella società del ventunesimo secolo. Questo progressivo e costante aumento della popolazione anziana, era dovuto ad un miglioramento generale dato dalla somma di diversi fattori e può essere inteso come un'opportunità e una conquista. Tale situazione rappresenterà, sicuramente, una delle maggiori sfide per l'immediato futuro, che solo attraverso l'attuazione di un impegno, sistematico urgente e adeguato, da parte di tutti i governi, in tutti i settori (socio-economico, sanitario e ricerca scientifica) si potrebbe trasformare questa sfida in un'opportunità (UN, 2019).

Abbiamo assistito, prima dell'insorgere della pandemia mondiale, a una distribuzione della popolazione differente ed eccezionale rispetto agli anni passati, al punto tale che anche il concetto di "piramide demografica" utilizzata dagli studiosi per descrivere la distribuzione della popolazione per classi di età, ha subito dei cambiamenti nella sua struttura e rappresentazione grafica. Si prevedeva infatti che entro il 2050 la popolazione anziana avrebbe potuto raggiungere il 22% della popolazione totale raddoppiando il dato antecedente alla pubblicazione del report (circa 11%) e che il numero di over 65 avrebbe potuto essere maggiore rispetto al numero degli under 5. Con le stime sulla popolazione proposte dalle Nazioni Unite nel 2019, l'incremento della popolazione rappresentava una tendenza mondiale e maggiormente evidente nei paesi a basso e medio reddito, mentre nei paesi ad alto reddito, dove questo trend era già visibile, la fascia di popolazione con

un fenomeno diffuso globalmente seppur con delle differenze che variano in base a contesto geografico, culturale e sociale (WHO; 2015).

stime di aumento sarebbe stata quella rappresentata dagli oldest-old (over 80), il cui dato avrebbe potuto quadruplicare rispetto alla situazione registrata in quel periodo (UN, 2019)⁷. Queste stime previste, relative ai dati sulla mortalità a livello mondiale, sono attualmente in corso di aggiornamento in seguito all'infezione da Sars-Cov-2 che ha colpito l'intera popolazione mondiale e che dal momento della sua diffusione ad oggi ha prodotto oltre i 6 milioni di morti (OMS, Health Emergency Dashboard, 12 marzo 2022).^{8 9}

⁷ Alla luce della pandemia da Sars-Covid-19, tali indici e tali proiezioni proposte dalle Nazioni Unite devono essere riviste in quanto non tengono conto dei cambiamenti demografici dovuti alla pandemia stessa.

⁸ I tassi di mortalità e le proiezioni dei dati sulla popolazione mondiale, sino al 2020, venivano elaborati dallo storico dei tassi precedenti, utilizzati come base per predire i tassi futuri. Questo sistema ha riscontrato delle difficoltà con l'avvio della pandemia. L'attenzione si è rivolta, pertanto, sul "tasso di mortalità in eccesso" che viene calcolato sulla base della differenza fra il numero di morti osservate e il numero di morti attese (Islam et al, 2021; Pifarré et al., 2021) Sebbene questo metodo sia stato considerato il metodo migliore per stimare gli effetti della pandemia, poiché venivano prese in considerazione le morti dovute al Covid-19 ma anche le morti dovute ad altre patologie, questa modalità viene criticata in quanto non tiene conto dell'età del decesso delle persone che può assumere un peso differente in termine di anni di vita persi. L'aspettativa di vita e l'indice di anni di vita persi (Years Life Lost- YLL), forniscono un dato più dettagliato nelle stime sulla proiezione dei dati di mortalità. L'aspettativa di vita indica quanto una persona può aspettarsi di sopravvivere, sulla base del tasso di mortalità specifico per quell'anno e per quella fascia di età mentre l'indice degli anni di vita persi (YLL) tiene conto delle distribuzioni per età della mortalità attribuendo un peso maggiore ai decessi che si verificano in età più giovane. In tutti i paesi del mondo è stata osservata una tendenza mondiale sull'aspettativa di vita alla nascita sia negli uomini che nelle donne. Tuttavia, a partire dal 2020, la maggior parte dei paesi ha registrato una riduzione dell'aspettativa di vita circa due anni per entrambi i sessi in paesi come la Russia, Stati Uniti, e altri paesi dell'Europa dell'Est, mentre in paesi come l'Italia, la Spagna Inghilterra la riduzione dell'aspettativa di vita si aggira intorno agli 1,5 anni di età. In quasi tutti i paesi la riduzione dell'aspettativa di vita è maggiore negli uomini rispetto alle donne (Islam et al., 2021; WHO, 2013). L'età delle persone decedute determina i 28 milioni di anni di vita persi (YLL- Years Life Lost), in più rispetto a quelli previsti sulla base delle statistiche precedenti. Questi YLL, con la pandemia da Covid-19, si sono quintuplicati rispetto all'epidemia influenzale registrata nel 2015. La più alta riduzione dell'aspettativa di vita e il più alto numero di YLL si sono verificati, in gran parte, nei paesi dove l'aspettativa di vita di vita era più bassa rispetto ad altri paesi (Islam et al., 2021).

⁹ Le politiche sanitarie attuate per fronteggiare le problematiche causate dalla malattia, sono state esposte a cambiamenti sostanziali che differiscono da nazione a nazione. Tali misure sono state, inoltre, influenzate anche da alcune determinanti economiche e sociali che hanno determinato il buon esito e l'accessibilità delle cure stesse. La programmazione di interventi politici e sanitari mirati potrebbe rendere i sistemi sanitari più efficaci per affrontare gli effetti della pandemia sulla popolazione. L'invec-

Obiettivi dell'Agenda 2030 per lo Sviluppo Sostenibile.

L'agenda 2030 rappresenta un insieme di progetti ambiziosi, ma di grande importanza, messi in atto dalla comunità internazionale per affrontare tematiche fondamentali come le diseguaglianze, le ingiustizie sociali ed economiche e i cambiamenti climatici favorendo politiche volte allo sviluppo sostenibile. Tale programma d'azione è stato adottato all'unanimità dai 193 Paesi Membri delle Nazioni Unite il 15 settembre del 2015 e prevedeva come obiettivo, per i successivi 15anni dall'accordo, di realizzare politiche universali per affrontare e risolvere problematiche che sono comuni a tutte le nazioni. L'agenda lancia sfide che sono complesse in quanto coinvolge le tre macro area dello sviluppo ovvero quella economica, sociale e ambientale; queste macro aree sono correlate tra di loro e in ciascun degli obiettivi presenti queste tre aree non possono essere considerate separatamente (UN, 2016) L'ONU con il documento dell'Agenda 2030, si è posto tra gli obiettivi quello di promuovere azioni concrete per realizzare delle politiche che supportino in tutte le tre macro aree, le risorse delle persone che invecchiano e considera l'invecchiamento sano e attivo come un diritto sociale per una società più sostenibile, coerente e sicura per tutte le età. Il fine di queste politiche dovrebbe essere quello di favorire un invecchiamento in buona salute che possa aiutare le persone che invecchiano, ma non solo, a sviluppare le loro risorse, la loro autonomia la loro salute dando il loro contributo in maniera continuativa all'interno del loro contesto di appartenenza. L'agenda è composta di 17 obiettivi generali che hanno lo scopo di promuovere la qualità della vita e il benessere in tutte le fasce d'età. Di questi 17, ben nove riguardano e rappresentano gli obiettivi e le azioni specifiche per promuovere l'invecchiamento degli anziani e i loro diritti soprattutto in un periodo storico in cui le persone vivono più a lungo e la rappresentazione demografica della popolazione stessa impone un livello di attenzione più specifica per le persone che invecchiano (UN, 2016).

- L'Obiettivo 1 sostiene che il benessere e i diritti delle persone anziane possono essere tutelati sostenendo le loro scelte e fornendo una protezione per loro e le loro famiglie.

chiamamento della popolazione necessità quindi di risposte e di interventi efficaci che possono garantire alle persone anziane, ma non solo, l'opportunità di salute, partecipazione, sicurezza e benessere (WHO, 2002).

- L'Obiettivo 2 riguarda i problemi legati alla malnutrizione. Intervenire su questo aspetto, soprattutto nei paesi più poveri, permetterebbe di ridurre la dipendenza dalle cure e aumentando le capacità intrinseche.

- L'Obiettivo 3 analizza l'importanza di rimanere in salute in tutte le fasi della vita in modo da mantenere un buon livello di indipendenza, più partecipazione sociale, supporto economico e minori costi sanitari.

- L'Obiettivo 4 realizzare programmi di alfabetizzazione di base, sanitaria e acquisizione di nuove competenze (tecnologiche) il modo tale che l'anziano sia sempre parte attiva della società

- L'obiettivo 5 mira al potenziamento della presenza e del ruolo della donna all'interno della società.

- L'Obiettivo 9 sostiene che per favorire l'invecchiamento sano ed attivo sia necessario disporre di tecnologie e infrastrutture innovative che possano per esempio monitorare la salute e prevenire determinate patologie.

- L'Obiettivo 10 ha lo scopo di combattere qualsiasi forma di discriminazione, in questo caso si fa riferimento al concetto di Ageismo.

- L'Obiettivo 11 ha lo scopo di sensibilizzare alla creazione di città e ambienti Age Friendly, che possano permettere agli anziani e alle proprie famiglie di accedere con facilità in tutti i luoghi e di sentirsi sicure.

- L'Obiettivo 16 ribadisce l'esigenza di creare e potenziare delle campagne di sensibilizzazione e diffondendo la diffusione di buone pratiche.

Definire il concetto di Invecchiamento

Quando si parla di invecchiamento si affronta un tema complesso, dinamico ed in evoluzione che può essere analizzato attraverso l'analisi di diverse discipline. Attualmente siamo soliti classificare l'invecchiamento in tre macro aree:

- Invecchiamento Biologico, definisce il cambiamento e decadimento fisiologico e omeostatico del nostro organismo;

- Invecchiamento Psicologico, inquadra le modifiche e il mutare dell'adattamento dell'individuo alla propria quotidianità;

- Invecchiamento Sociale si focalizza sull'analisi del cambiamento del ruolo dell'anziano all'interno della società.

Sulla base di questa categorizzazione, studiosi e ricercatori concordano nel definire l'invecchiamento come l'insieme dei processi di involuzione biologica, in cui si assiste ad una lenta e graduale riduzione delle funzionalità molecolari e cellulari del nostro organismo, che interferiscono e influenzano l'adattamento all'ambiente esterno e le funzionalità psico-fisiche dell'individuo. Infatti, già negli ultimi decenni, chi si occupa di invecchiamento assume una posizione di analisi che si determina in una visione bio-psico-sociale dell'invecchiamento, in quanto i mutamenti a livello biologico e fisiologico si ripercuotono nella vita quotidiana e nella sfera psico-sociale degli individui (Petretto et al., 2017; Pili e Petretto, 2017).

Nonostante queste considerazioni ogni individuo vive e sperimenta l'anzianità in maniera differente. Queste differenze sono determinate in parte dal proprio patrimonio genetico ma anche dal modo in cui ogni individuo ha vissuto, ha compiuto delle scelte e dal modo in cui ha portato avanti le sue abitudini nel corso della sua vita.

L'invecchiamento viene definito come un processo complesso che coinvolge differenti diversi aspetti della vita di ciascun essere vivente. Lo studio dell'invecchiamento viene ricondotto alla senescenza, termine che deriva dal latino *senescere* che significa invecchiare. L'invecchiamento è inteso come un processo biologico involutivo, caratterizzato dai cambiamenti che avvengono nelle strutture del nostro organismo e dal decadimento delle attività e delle funzioni biologiche e cognitive del nostro organismo. Questi cambiamenti a livello biologico e fisiologico influenzano lo stile di vita, la quotidianità e il dominio psico-sociale degli individui. Tale processo, che ha inizio nella prima età adulta, è da intendersi graduale, dinamico, continuativo, obbligatorio e, proprio per questi elementi, è complesso da studiare e definire (Petretto, et al., 2019). Questa complessità si riversa poi nella definizione stessa di cosa sia l'invecchiamento al punto tale che non vi è in letteratura un accordo generale e universale.

A livello culturale esiste poi una visione ambivalente dell'invecchiamento, in alcuni contesti l'anziano è vista come una figura degna di onore e rispetto mentre in altri contesti l'anzianità è vista come un fenomeno estremamente negativo sia a livello personale che sociale. Tale fenomeno prende il nome di Ageismo. L'ageismo rappresenta gli stereotipi e le discriminazioni verso le persone anziane (Butler, 1980). L'ageismo può assumere diverse forme incluse atteggiamenti pregiudizievole, pratiche discriminatorie anche a livello politico. Questa con-

cezione negativa è ampiamente diffusa nella società. Tale visione ha delle conseguenze importanti perché rappresenta un grosso ostacolo allo sviluppo di programmi di buone politiche a favore degli anziani ma anche sui sistemi di assistenza sanitaria e sociale.

Il concetto di età

Quando le persone vanno avanti con l'età si interrogano circa il proprio esito di invecchiamento e le domande più ricorrenti riguardano proprio i cambiamenti cui la persona va incontro. Si indaga per capire se quei cambiamenti siano fisiologici oppure siano dovuti ad un disturbo. Capire questa distinzione è compito degli studiosi e della gerontologia. La gerontologia studia, appunto, i processi di invecchiamento compresi i cambiamenti fisici, psicologici e sociali. Le risposte ottenute vengono utilizzate per lo sviluppo delle strategie e dei programmi di intervento al fine di migliorare la vita stessa degli anziani (Petretto, Pili, 2020).

A livello mondiale, per rispondere alle diverse tipologie di sfide che questo tema comporta, (politiche, socio-sanitarie, ed economiche), si è cercato di inquadrare e definire la vita degli individui in fasce d'età distinte, anche se queste erano soggette a variabili legate ai diversi contesti culturali che influenzano le modalità e gli esiti di invecchiamento fra gli individui. Una prima grande riflessione tra gli studiosi, che si occupano di invecchiamento, è stata quella di definire e distinguere il concetto di età. Si è arrivati a parlare quindi di età cronologica, età biologica ed età psicologica (Baars et Visser 2007). L'età cronologica si riferisce allo scorrere del tempo ed è quella che comunemente viene espressa in anni. È un indice utile ai fini sociali e politici che permette la distinzione in fasce d'età. L'età biologica si riferisce ai cambiamenti di natura biologica e fisiologica che si verificano nell'organismo degli individui quando si invecchia. L'età psicologica è riferita a come gli individui stessi si percepiscono; questa dipende da due concetti molto importanti nelle dinamiche sull'invecchiamento, il benessere e la qualità di vita. A queste si aggiunge l'età sociale. Questa rappresenta un costrutto sociale e culturale ed è determinata dai ruoli che il contesto socioculturale di appartenenza definisce per gli anziani in base anche alle possibilità di svolgerli compatibilmente con l'età cronologica (Baars, 2016).

I modelli di Invecchiamento dell'Organizzazione Mondiale della Sanità

Il tema dell'invecchiamento si presenta nel corso degli ultimi anni con delle differenze espressive che sono il risultato del progresso della ricerca e dello studio. Le difficoltà nell'identificare e distinguere il processo di invecchiamento dovuto allo scorrere del tempo rispetto ad un invecchiamento patologico, ha portato diversi autori, tra cui Birren e Schroots (2001) a formulare delle teorie che sottolineano l'esistenza di diversi tipi di esiti dell'invecchiamento in quanto processo altamente individualizzato. Una prima distinzione è stata quella proposta dai due autori che parlano di invecchiamento primario, secondario, terziario e differenziato. L'invecchiamento primario riguardano i cambiamenti inevitabili nei processi biologici, psicologici, cognitivi e affettivi che non interferiscono nella quotidianità dell'individuo stesso. L'invecchiamento secondario, secondo gli autori, differisce dal precedente, poiché si inseriscono le diverse patologie che possono essere associate all'età e che incidono sulla quotidianità e sul livello di autonomia dell'individuo stesso. L'invecchiamento terziario rappresenta al declino rapido e irreversibile dell'organismo giunto in una fase terminale che porta ad un deterioramento che acquista una velocità maggiore rispetto al funzionamento, indipendentemente dall'età. L'invecchiamento differenziale determina, invece, un cambiamento del comportamento della persona con l'età dovuto a particolari eventi avvenuti nel ciclo di vita.

Active Ageing

Una svolta nella definizione di invecchiamento si è avuta nel 2002 con l'Organizzazione Mondiale della Sanità che ha pubblicato un report denominato "Active Ageing: A Policy Framework," in cui si definisce il concetto di Invecchiamento Attivo inteso come: "un processo di ottimizzazione delle opportunità per la salute, la partecipazione e la sicurezza al fine di migliorare la qualità della vita delle persone che invecchiano" (WHO, 2002). Questo modello tende a sottolineare la forte correlazione positiva tra l'invecchiare in maniera attiva e i benefici che si verificano sia a livello fisico quanto a livello psicologico aumentando la qualità e il livello di soddisfazione della vita. Il termine attivo non fa riferimento però ad una visione delle persone over 65 come attive fisicamente e lavorativamente, ma ad una visione in cui viene valorizzata la loro continua partecipazione al mondo economico sociale, culturale religioso e il mantenimento del ruolo nel proprio contesto di

appartenenza. Invecchiamento attivo indica la modalità con la quale il singolo individuo porta avanti le attività per le quali decide di impegnarsi a seconda delle proprie aspirazioni.

Il concetto di invecchiamento attivo è stato adottato dall'OMS già a partire dal 1990 ed è stato pensato per trasmettere un messaggio più inclusivo di invecchiamento e per riconoscere, oltre ai servizi socio-sanitari, i fattori che determinano il processo di invecchiamento. Il modello è stato, inoltre, pensato per eliminare quello stigma negativo associato alla persona anziana, riconoscendogli invece l'importanza che il loro contributo assume per la società e le nuove generazioni. Come sostenuto in un lavoro pubblicato dalla Fernandez-Ballesteros nel 2012 il modello dell'invecchiamento attivo poteva rappresentare la strategia migliore per permettere agli anziani di rimanere indipendenti e attivi continuando a dare un contributo alla società e tale visione risultava essere quella più adatta per affrontare la sfida dell'invecchiamento demografico della popolazione. Il concetto di Active Ageing è stato al centro del dibattito della Seconda Assemblea Mondiale delle Nazioni Unite sull'Invecchiamento (Madrid 2002), ed è stato descritto come l'opportunità di far vivere alle persone anziane un'esperienza più positiva caratterizzata da una aspettativa di vita maggiore accompagnata da continue opportunità di salute partecipazione e sicurezza. Questo concetto si inserisce in una prospettiva evolutiva del corso della vita e riconosce come fondamentale l'importanza delle influenze derivanti dalle fasi precedenti del ciclo di vita che determinano l'esito stesso delle opportunità di invecchiamento. Partecipazione, sicurezza e salute vengono definiti i pilastri di questo modello (WHO, 2002)¹⁰.

¹⁰ Il pilastro rappresentato dalla salute ha come obiettivo la riduzione dell'insorgenza delle malattie croniche, ottenibile favorendo la riduzione dei fattori di rischio per determinate malattie, attraverso programmi di sensibilizzazione e intervento diretti sullo stile di vita degli individui, con lo scopo di aumentare l'aspettativa di vita. Aspettativa di vita che viene favorita non solo attraverso questi interventi individuali, ma anche attraverso lo sviluppo e il potenziamento dei servizi socio-sanitari che renderebbero più facilmente accessibili e fruibili i sistemi di cura per le persone che invecchiano.

Il pilastro della partecipazione ha come obiettivo il potenziamento e il mantenimento del ruolo della persona che invecchia all'interno del contesto familiare e sociale in cui vive (Petretto, Pili, 2021) L'idea che guida questa area tematica mira a creare le condizioni affinché tutti i cittadini nel corso della loro vita possano raggiungere un adeguato livello partecipazione alla vita della comunità secondo i propri bisogni, desideri e capacità. È un processo che permette agli anziani di continuare a fare le cose che per loro sono importanti dando un loro contributo positivo

Il pilastro della sicurezza mira innanzitutto a combattere l'ageismo, che può assu-

Per quanto l'obiettivo dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, con il modello dell'Active Ageing fosse quello di attuare delle strategie di intervento volte a migliorare la qualità di vita ed a ottimizzare le opportunità di salute, partecipazione e sicurezza delle persone anziane, le politiche messe in atto, a livello mondiale, dai vari governi si sono orientate più su una prospettiva economica e lavorativa piuttosto che su quella socio-sanitaria.

Il modello prevedeva la promozione della salute attraverso uno stile di vita attivo, indipendente e produttivo, in cui si enfatizza la possibilità di far svolgere attività ritenute importanti per gli individui con il fine ultimo di migliorare la qualità della vita, ma alla fine è risultato come un modello che si oppone alla visione di questa fase della vita come una perdita dei ruoli e degli impegni che gli individui hanno ricoperto in età adulta. (Cappellato et al., 2021).

Healthy Ageing

L'Organizzazione Mondiale della Sanità, in risposta alle critiche relative al paradigma dell'active ageing e ai limiti che il modello aveva evidenziato, ha pubblicato nel 2015 un altro modello sul concetto di invecchiamento che pone l'attenzione sullo sviluppo delle capacità funzionali degli individui, se questi si trovano in un contesto ambientale che favorisce l'interazione fra le capacità dell'individuo e l'ambiente stesso (WHO, 2015). Questo modello include la necessità di considerare l'eterogeneità delle esperienze che possono essere rilevanti per tutte le persone che invecchiano a prescindere dal loro status di salute. Il concetto di invecchiamento attivo non teneva infatti in considerazione la percezione delle persone anziane rispetto a come si definiscono in relazione anche alle differenze culturali e sociali. La nuova concezione del modello prevede che la persona anziana possa adattarsi e modellare il proprio stile di vita in base anche alle sfide che debbano affrontare. Possiamo affermare che vi è una differenza concreta tra il modello dell'invecchiamento attivo o (Active Ageing), e invecchiamento in sa-

mere dei caratteri simili al razzismo con atteggiamenti pregiudizievole e con politiche e pratiche discriminatorie nei confronti degli anziani. Tale pilastro è da intendersi, inoltre, come l'auspicio a costituire delle politiche di sensibilizzazione e inclusione da parte di tutti i governi affinché si possano creare e potenziare, dove presenti, sistemi che massimizzino le capacità funzionali degli anziani sostenendo la loro autonomia e dignità. In tal ottica ciò comporta la predisposizione di cambiamenti anche strutturali che rendendo gli ambienti, i trasporti, gli edifici più facilmente accessibili, (concetto poi sviluppato delle città age-friendly), e che combattano le piaghe sociali dell'isolamento e della povertà delle quali gli anziani sono spesso vittime

lute (Healthy Ageing), anche se, in realtà, diversi studi hanno evidenziato come il modello dell'active ageing sia un mezzo per aspirare al secondo, in quanto il primo modello non coinvolge singolarmente solo l'individuo che invecchia ma i suoi vantaggi sono riscontrabili anche a livello collettivo.

Grande dibattito si è poi acceso sulla scelta del termine "Healthy". Tale termine potrebbe essere utilizzato per indicare una situazione libera da malattia, ma ciò vorrebbe dire escludere una parte di popolazione che invecchia con una condizione di salute particolare. L'OMS utilizza il termine in senso più ampio e olistico concentrandosi su due elementi fondamentali il mantenimento e lo sviluppo delle capacità funzionali. L'OMS ha, infatti, definito l'Healthy Ageing come: "il processo di sviluppo e di mantenimento delle abilità funzionali che consentono agli individui di raggiungere il livello di benessere desiderato nell'età anziana" (WHO, 2015). È un modello strutturato in base alla continua interazione tra tre elementi fondamentali che sono: le abilità funzionali, le capacità intrinseche e l'ambiente.

Le abilità funzionali corrispondono, in questo modello, alle condizioni di salute dell'individuo che gli consentano di fare ed essere ciò che egli desidera. Si intendono come tutte l'insieme di abilità che l'individuo mette in gioco per svolgere dei compiti, affrontare delle sfide e realizzare i propri obiettivi. Tali abilità sono il risultato dell'interazione costante tra l'ambiente e le capacità intrinseche dell'individuo.

Le capacità intrinseche corrispondono a tutte le capacità fisiche e psichiche che un individuo ha a disposizione nel corso di tutta la vita; queste tendono a ridursi nell'arco di vita e questa riduzione può derivare da diversi fattori ed è molto più evidente nell'anzianità. Nel corso della vita ciascuno di noi crea una riserva funzionale di queste abilità che ci permettono di agire e affrontare situazioni nuove e complesse. Grazie al modello dell'ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) è stato possibile determinare queste capacità e sono stati individuati cinque domini (WHO; 2015):

- Benessere: ci si riferisce alle funzioni cardio-respiratorie, al metabolismo e al funzionamento ormonale
- Locomozione: riguardano competenze e abilità riguardanti l'apparato locomotore
- Cognitivo: si riferisce al funzionamento cognitivo ed emotivo dell'individuo

- Sensoriale: riguarda il sistema sensoriale
- Capacità psichiche: include gli stati emotivo e gli aspetti comportamentali degli individui.

La riduzione di queste capacità può dipendere da delle manifestazioni cliniche che vanno a compromettere o che agiscono su uno o più dei cinque domini presentati; questa riduzione è variabile perché può dipendere dall'invecchiamento biologico del nostro organismo o dalle patologie che un individuo può sviluppare nel corso della propria vita. Importante sottolineare come il declino di queste capacità possa non essere dovuto solo a delle patologie ma possono essere dovute all'adozione di stili di vita non salutari, o da eventi e situazioni particolari che influenzano la traiettoria di queste abilità.

La definizione di ambiente nel modello del Healthy Ageing viene presa dal ICF. Il termine "Ambiente" nel ICF, e di conseguenza in questo modello, viene utilizzato nel senso più ampio che possa avere riferendosi a contesti diversi ma che sono determinanti nella vita dell'individuo e che lo indentificano e caratterizzano proprio per il livello di appartenenza; parliamo quindi di ambiente in riferimento al: contesto familiare, all'assistenza sociosanitaria, alla scuola, alle politiche sociali e al lavoro. Questi contesti sono in continua relazione con le capacità intrinseche e l'esito della loro interazione dalle risposte che l'individuo e in grado di introdurre si determina l'esito dell'adattamento (WHO, 2007).

L'healthy Ageing può essere inteso come un modo di approcciare la vita e di investire sulla qualità del proprio invecchiamento. Lo scopo di tale modello ruota su tre elementi fondamentali: posticipare l'insorgenza della malattia cronica, prevenire eventuali ricadute e riadattazioni nei soggetti con un disturbo già conclamato, preservare e aumentare l'autonomia dell'anziano.

Le determinanti dei modelli dell'Organizzazione Mondiale della Sanità

Un elemento importante e in comune tra il modello dell'active ageing e healthy ageing è il concetto di prevenzione (WHO, 1984). Tale concetto è strettamente collegato al concetto di promozione della salute e riguarda non solo tutta una serie di misure finalizzate a prevenire l'insorgenza di una malattia, agendo su quelli che vengono definiti i fattori di rischio, ma anche all'attuazione di strategie di intervento

volte ad arrestare l'evoluzione di una patologia già presente nell'individuo, riducendone le conseguenze e aumentando le possibilità di autonomia soprattutto nella popolazione anziana. Esistono tre tipologie di prevenzione: la prevenzione primaria che ha lo scopo di prevenire l'insorgere della malattia andando a ridurre i determinanti modificabili di malattia, come il tabagismo, l'obesità e altri ancora che svolgono un ruolo fondamentale tra le cause di malattie croniche. La prevenzione secondaria e terziaria ha, invece, lo scopo di ritardare o arrestare le malattie croniche già insorte e i loro effetti sulla quotidianità attraverso una diagnosi precoce e un intervento adeguato alla situazione.

L'invecchiamento si accompagna, spesso, a condizioni di salute non sempre ottimali dovute alla presenza di condizioni cronico degenerative che agiscono influenzando la qualità della vita e il benessere degli anziani, limitando loro l'autonomia e attività di vita quotidiana (Petretto et al., 2021). Come l'individuo invecchia è il risultato dell'interazione fra fattori genetici e fattori ambientali. Gli stili di vita rappresentano i modi con cui noi stessi attuiamo dei comportamenti in merito alla nostra vita. Adottare uno stile di vita errato equivale ad accelerare il processo di invecchiamento e ci espone ad una alta probabilità di sviluppare condizioni patologiche. Numerose ricerche internazionali hanno evidenziato quali sono i fattori di rischi e i fattori di protezione per un invecchiamento sano ed attivo.

Alimentazione e Invecchiamento

L'alimentazione rappresenta sia un fattore di prevenzione ma anche un fattore di rischio. I ricercatori sono concordi nel confermare che uno stile di vita alimentare basato sull'assunzione dei macronutrienti bilanciati, secondo i dogmi della dieta mediterranea, sia il miglior modo per il mantenimento dello stato di salute e per contrastare l'insorgenza delle patologie (Petretto, Pili, 2021).

La Dieta Mediterranea è una tipologia di dieta o regime alimentare tipico delle zone del Mediterraneo, caratterizzata da: ampio consumo di alimenti di origine vegetale (frutta, verdura, legumi, cereali, patate, noci), utilizzo di olio di oliva, consumo moderato di pesce, pollame, uova e di vino durante i pasti, consumo saltuario di carne rossa, insaccati e grassi di origine animali (Keys, 1995).

I cereali, i legumi, gli ortaggi rappresentano fonti di fibre alimentari che, pur non avendo un elevato valore nutritivo ed energetico, svolgono un ruolo molto importante nella regolazione di diverse funzioni fisiologiche dell'organismo; Le fibre sembrano in grado di ridurre il

rischio d'insorgenza di alcune patologie dell'intestino (Nincita-Mauro 2005; Davis et al., 2015). La frutta e la verdura, invece, possono aiutare a prevenire l'insorgenza di alcuni disturbi visivi dell'età avanzata, quali la degenerazione maculare senile e la cataratta. Riducono i livelli ematici di omocisteina, fattore di rischio per le malattie cardiovascolari. L'eccessivo consumo di grassi saturi di origine animale è associato ad un elevato rischio aterotrombotico. L'olio di oliva e i pesci ricchi in acidi grassi polinsaturi, vitamina E e altri antiossidanti esercitano un effetto protettivo sull'insorgenza di tumori e malattie cardiovascolari. Di grande interesse è anche l'effetto protettivo esercitato dal consumo sia di acidi grassi poli-insaturi che monoinsaturi sull'insorgenza di declino cognitivo e demenza (Petretto, Pili, 2021; Nincita-Mauro 2005). Nelle varie rivisitazioni tra i pilastri della dieta Mediterranea compaiono l'attività fisica moderata quotidiana e il consiglio di bere circa due litri di acqua al giorno. Tuttavia, la società moderna è orientata verso un modello di dieta tipica dei paesi occidentali ai quali spesso è associato anche uno stile di vita sedentario. L'unione di queste due elementi fa sì che si verifichi un aumento del rischio di insorgenza di alcune patologie quali: obesità, problemi cardiovascolari, diabete e altre patologie associate (Chrysohoou et al., 2013). L'invecchiamento è inoltre spesso accompagnato dai cambiamenti fisici e sensoriali che impattano negativamente sull'alimentazione, come per esempio la perdita del gusto, problemi di masticazione che aumentano il rischio di malnutrizione negli anziani. Questi cambiamenti hanno anche dei risvolti a livello psicologico provocando depressione, isolamento e solitudine.

Attività fisica e Invecchiamento

Tra le determinanti di un invecchiamento sano e attivo vi è l'attività fisica. Diversi studi in ambito internazionale confermano che svolgere un'attività fisica con regolarità e di intensità moderata, produce effetti positivi per l'individuo (Sundquist et al., 2004). Come primo aspetto riduce significativamente le alterazioni dovute al normale processo di invecchiamento migliorando il funzionamento di diversi apparati del nostro organismo e riducendo così il rischio di patologie età correlate come l'ipertensione, problemi di natura cardiovascolare, il diabete e l'obesità. Si oppone anche ai problemi legati all'ipocinesia, migliorando le performances muscolari, la coordinazione del movimento, l'equilibrio, riducendo così uno dei maggiori rischi correlati all'anzianità ovvero il rischio di cadute e fratture. I benefici dell'attività fisica sono molteplici e non riguardano solo e soltanto la salute fisica dell'indi-

duo, ma i benefici ottenuti dalla sua pratica coinvolgono anche la sfera psicologica e sociale. svolgere un'attività fisica regolarmente favorisce i rapporti sociali e conferisce una sensazione di benessere e miglioramento della qualità della vita. Si migliorano gli aspetti dell'autosufficienza, che contrasta quindi, l'isolamento e la sedentarietà (Petretto, Pili, 2021).

Il ruolo delle determinanti sociali dell'invecchiamento

I rapporti interpersonali e le relazioni sociali rivestono un ruolo fondamentale sulla qualità della vita e sul senso di benessere che ogni individuo attribuisce alla propria persona. Diversi studi hanno dimostrato che negli anziani lo svolgimento di attività piacevoli come leggere, ballare suonare uno strumento, il mantenimento dei propri hobbies e la valorizzazione del proprio ruolo all'interno del contesto familiare e sociale, aumenta la qualità della vita e il benessere dell'anziano stesso. Tale aspetto contrastano dei problemi, spesso troppo presenti, nella vita dell'anziano; infatti, il mantenimento della partecipazione sociale assicura agli anziani una protezione da problematiche di natura psicologica provocate dall'isolamento, quali depressione, bassa percezione di se stessi e bassa autostima, fattori che portano all'aumento dello stress psicologico che, come dimostrato da numerosi studi specifici, risulta essere nocivo per la salute per l'esito di invecchiamento, sulla qualità della vita e sulla percezione di benessere Altri studi hanno dimostrato che uno stile di vita particolarmente attivo e socialmente integrato protegge dal rischio di patologie neurocognitive (Petretto, Pili, 2021; Christensen et al., 1996).

Considerazioni finali

L'invecchiamento rappresenta, quindi un processo inevitabile al quale ciascun individuo va incontro. Decidere come affrontarlo può essere l'unica scelta possibile per ciascun individuo, in fenomeno così complesso determinato dalla stretta relazione fra fattori genetici e ambientali. La scelta che ogni individuo può mettere in atto riguarda proprio il modo con il quale si vuole scegliere di vivere la propria vita. L'invecchiamento infatti non può essere una prerogativa di chi si trova a vivere, o è prossimo, la fase finale della propria vita. L'invecchiamento è un processo che deve partire dalle scelte che vengono fatte, in termini di stile di vita, alimentazione, già dall'inizi dell'età adulta (Petretto, Pili, 2021). Gli studi e la continua ricerca nell'ambito dell'invecchiamento hanno permesso di ottenere informazioni importanti,

consigli e buoni prassi, per far sì che ciascuno di noi possa avere un esito di invecchiamento sano ed attivo. L'adozione di uno stile di vita sano, caratterizzato da una dieta equilibrata, attività fisica, astensione da consumo di alcool, droghe e tabagismo e la partecipazione sociale, rappresentano il modo più completo e adeguato a migliorare la propria qualità di vita, il benessere e ridurre l'insorgenza di patologie severe che influiscono sull'esito di invecchiamento stesso.

Riferimenti bibliografici

- Baars J. (2016). Concepts of time in age and aging. *The Palgrave Handbook of the Philosophy of Aging*. Palgrave Macmillan, London, 69-86.
- Baars J., Visser H. (2007). *Aging and time: multidisciplinary perspectives*. Amityville, NY: Baywood.
- Birren J.E., Schroots J.J.F. (2001). History of geropsychology. In: Birren, J.E., Schaie K.W. (Eds.), *Handbook of the psychology of aging* (pp. 3-28). Academic Press.
- Butler R.N. (1980) Ageism a foreword, *J Soc Issues*, 36(2):811.
- Cappellato V., Mercuri E. (2021). Anziani e «invecchiamento attivo durante l'emergenza Covid-19, in «Cambio. Rivista sulle trasformazioni sociali», OpenLab on Covid-19. DOI: 10.13128/cambio- 10180
- Christensen K., Vaupel J.W. (1996). Determinants of longevity: genetic, environmental and medical factors, *Journal of Internal Medicine* 240: 333-341
- Chrysohoou C., Stefanadis C. (2013). Longevity and Diet. Myth or pragmatism, *Maturitas* 76(2013) 303-307
- Davis C., Bryan J., Hodgson J. (2015). Definition of the Mediterranean Diet: A Literature Review. *Nutrients*. 2015 Nov; 7(11): 9139-9153.
- Fernández-Ballesteros R., Robine J. M., Walker A., Kalache A. (2012). Active Aging: A Global Goal, *Current Gerontology and Geriatrics Research*.
- Islam N., Shkolnikov V.M., Acosta R.J., et al. (2021). Excess deaths associated with covid-19 pandemic in 2020: age and sex disaggregated time series analysis in 29 high income countries. *BMJ* 2021;373: n1137.
- Islam N., Jdanov D.A., Shkolnikov V.M., Khunti K., Kawachi I., White M., Lewington S., Lacey B., (2021). Effects of covid-19 pandemic on life

- expectancy and premature mortality in 2020: time series analysis in 37 countries, *BMJ*.
- Keys A. (1995). Mediterranean diet and public health: personal reflections, *Am. J. Clin. Nutr.* 61 (6 Suppl) 1321S–1323S.
- Nicita-Mauro V., Basile G., Maltese G., Mento A., Mazza M., Nicita-Mauro C., Lasco A., (2005). LifeStyle, aging and longevity *G GERONTOL* 2005;35:340-349
- Petretto D.R., Pili R. (2017). Genetics, lifestyles, environment and longevity: a look in a complex phenomenon, *Open Access Journal of Gerontology and Geriatric Medicine*, 2(1): 555576.
- Petretto D.R., Pili R. (2020). *Longevità nel benessere: sfide presenti e future*. Aracne editrice, Roma
- Petretto D.R., Pili R. (2021). *Longevity, Lifestyles and eating: The importance of education*. UNICA Press, Cagliari.
- Petretto D.R., Carrogu G.P., Gaviano L., Pili L., Pili R. (2021). Dementia and Major Neurocognitive Disorders: Some Lessons Learned One Century after the first Alois Alzheimer’s Clinical Notes *Geriatrics* 6, no. 1: 5.
- Petretto D.R., Gaviano L., Pili L., Carrogu G.P., Pili R. (2019). Ageing and disability: the need of a bridge to promote wellbeing, quality of life and participation, *Open Access Journal of Gerontology and Geriatric Medicine*, 4(5): 555648.
- Petretto D.R., Gaviano L., Pili L., Pili R. (2017). On the Semantic of Ageing: from Successful Ageing to Dynamic and Developmental Model of Ageing, *Open Access Journal of Gerontology and Geriatric Medicine*, 1(3),555562.
- Pifarré I., Arolas H., Acosta E., López-Casasnovas G., et al. (2021). Years of life lost to COVID-19 in 81 countries. *Sci Rep* 2021;11:3504.
- Sundquist K., Qvist J., Sunquist J., Johansson S.E. (2004). Frequent and Occasional Physical Activity in the Elderly. A 12- years follow-up study of mortality. *Am J Prev Med* 2004;27:22-7.
- United Nations, (2016). *Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development*, United Nation, New York
- United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2019). *World Population Prospects 2019*, United Nation, New York
- Woolf S.H., Masters R.K., Aron L.Y. (2021). Effect of the covid-19 pandemic in 2020 on life expectancy across populations in the USA and other

Giovani e Longevi insieme per promuovere la salute

- high income countries: simulations of provisional mortality data. *BMJ* 2021;373:n1343.
- World Health Organization (1984). *Glossary of Terms used in Health for All series*. Geneva Switzerland.
- World Health Organization (2002). *Active ageing: a policy framework*. WHO Press Geneva Switzerland.
- World Health Organization (2007). *ICF- Classificazione internazionale del funzionamento, della disabilità e della salute*. Erickson Italia, Trento.
- World Health Organization (2015). *World Report on Ageing and Health*, WHO Press, Geneva, Switzerland.
- World Health Organization (2013). *WHO methods and data sources for global burden of disease estimates 2000-2011*, Geneva, Switzerland.
- World Health Organization (2022), *WHO Coronavirus “Covid-19” Dashboard*, Geneva, Switzerland.

I modelli concettuali dell'Invecchiamento: una breve panoramica internazionale

Luca Gaviano

Dipartimento di Pedagogia, Filosofia, Psicologia - Università degli Studi di Cagliari

La definizione di cosa si intenda per invecchiamento rappresenta una delle sfide più attuali che i ricercatori e clinici, da oltre cinquanta anni, portano avanti nell'ambito della ricerca scientifica su questo tema. L'elaborazione di questo concetto è delineata da due elementi comuni e caratterizzanti: il primo è quello di definire quali siano le forme di invecchiamento che permettano agli individui di raggiungere un livello di vita qualitativamente buono, il secondo invece, si concretizza nell'enfatizzare il ruolo della centralità e della soggettività della persona che invecchia (Petretto et al., 2020). Tutto ciò lascia però numerosi dibattiti aperti ma pone anche degli interessanti spunti futuri nel determinare la tematica dell'invecchiamento. A livello internazionale, ricercatori e clinici si sono mossi nell'ambito della ricerca attraverso due modalità distinte che hanno permesso di avere una visione più specifica. Molti autori hanno studiato e analizzato il concetto di invecchiamento sano e attivo, mentre altri si sono orientati nell'individualizzare e organizzare interventi di prevenzione e promozione del benessere nelle fasi più avanzate della vita (Petretto et al., 2016, Pili e Petretto, 2017, Petretto et al., 2017). In questo capitolo verrà proposta una sintesi dei modelli più diffusi a livello internazionale sulla base di due criteri specifici: La tipologia di modello proposto e l'area geografica da cui il modello proviene. Analizzando il primo criterio individuato possiamo distinguere la tipologia di modelli in "descrittivi" e "processuali". I modelli descrittivi sono volti a descrivere gli indicatori dell'invecchiamento sano e attivo, mentre i modelli processuali hanno lo scopo di descrivere i processi che hanno come fine ultimo l'invecchiamento di successo e sano individuando però anche i predittori e mediatori del

fenomeno (Ouwehand et al., 2017, Pruchno et al., 2010, Martin et al., 2014, Petretto et al., 2016). Mentre quando ci riferiamo alla distinzione geografica ci riferiamo a modelli che derivano da una tradizione americana (ad es. il modello di Rowe e Kahn) e quelli della tradizione europea (ad es i modelli proposti dall'OMS e i modelli proposti dalla Fernandez-Ballesteros). Tale distinzione è molto interessante perché si mettono in discussione i modelli precedenti cercando di superare quegli elementi di criticità cercando di renderli maggiormente inclusivi e ragionando sulle influenze socioculturali che inevitabilmente influenzano la concettualizzazione del modello stesso (Liang e Luo, 2012, Martinson e Berridge, 2014, Petretto et al., 2016, Pili e Petretto, 2017, Petretto et al., 2017).

Il contesto americano

Havinghurst (1961,1963), nella rivista *The Gerontologist*, descrisse l'invecchiamento di successo come «soddisfazione nella vita». Tale modello era pensato per descrivere le condizioni attraverso le quali si potesse promuovere il miglior livello di soddisfazione e felicità in riferimento alla propria vita presente e passata. Tale condizione potrebbe essere raggiunta solo se vi fosse un coinvolgimento attivo nelle attività di vita quotidiana e significative per la persona che invecchia con la sostituzione di quelle attività ruoli che si sono persi a causa dell'età stessa. Tale modello viene formulato in risposta al modello di Cumming: la "teoria del disengagement" (1961). La Disengagement Theory (anni 60) enfatizza la riduzione progressiva della partecipazione nei vari tipi di attività all'aumentare dell'età dell'individuo. Secondo l'autore il concetto di invecchiamento attivo è volto ad indicare il desiderio e l'abilità della persona di allontanarsi da una vita attiva al fine di preparare sé stesso alla morte. Tale teoria analizza l'invecchiamento a livello di interazione tra individuo, gruppo familiare e contesto sociale di riferimento (Cumming et al., 1961).

I massimi esponenti dell'Invecchiamento di Successo sono Rowe e Kahn, rispettivamente un medico e uno psicologo, che a partire dal 1988 svilupparono tale modello che è molto attuale. Scopo principale dei due autori era quello di bilanciare la tendenza della geragogia ad enfatizzare solo la distinzione fra patologico e non patologico. A tal proposito i due autori introducono infatti il termine «usuale» allo scopo di stimolare le ricerche sulle determinanti dell'invecchiamento e individuare dei target specifici di intervento (Rowe e Kahn, 1987). Con il termine «usuale» ci si riferisce alle persone che non presentano

patologie ma che possono avere un alto rischio di sviluppare patologie e disabilità e ciò dipende dagli stili di vita che gli individui mettono in atto nel corso della propria vita. Con il termine «di successo» i due autori invece, si riferiscono a quella tipologia di persone che hanno un basso rischio di sviluppare patologie e disabilità ma sono caratterizzate da un alto funzionamento. Con il termine «patologico» ci si riferisce a quella tipologia di persone che hanno invece un alto rischio di sviluppare patologie e disabilità e/o hanno già delle patologie o disabilità e un basso funzionamento.

Nella versione successiva (1998) i due autori hanno ipotizzarono una qualità **multidimensionale** dell'invecchiamento di successo caratterizzato da: ridotta probabilità di disturbi e disabilità, elevata capacità cognitiva e fisica, elevato coinvolgimento nella vita. Queste tre componenti sono tra loro legate in una sorta di gerarchia. Infatti, l'invecchiamento di successo è più dell'assenza di malattia ed è più del mantenimento delle capacità funzionali. Inoltre, è il coinvolgimento attivo nella vita che rappresenta il massimo grado di invecchiamento di successo. Due elementi fondamentali sono da mettere in evidenza nella nuova visione del modello: la ridotta probabilità di contrarre un disturbo non si riferisce solo all'assenza o presenza del disturbo ma anche alla presenza, assenza e gravità dei fattori di rischio per il disturbo mentre le capacità fisiche e cognitive si riferiscono a ciò che la persona può fare ma non a ciò che la persona fa realmente. Il coinvolgimento attivo nella vita quotidiana fa riferimento alle attività produttive ed alle relazioni interpersonali che assumono o hanno un significato per la persona. Rowe e Kahn però sostengono che la presenza di limitazioni in uno o due ambiti non esclude la presenza di un invecchiamento di successo, ciò che conta è l'integrazione fra i diversi elementi. Per questo motivo il concetto di invecchiamento di successo è da intendersi come variabile. Le persone possono collocarsi in questo ambito in alcuni momenti della loro vita e non in altri. Il lavoro del 1998 è infatti molto significativo perché vengono indicati e spiegati quelli che potrebbero essere i fattori di rischio. In particolare, gli autori ritenevano che: i fattori intrinseci non determinano il rischio con l'avanzare dell'età mentre i fattori estrinseci (ambienti e stile di vita) giocano un ruolo fondamentale nel determinare lo sviluppo di un disturbo. Con l'avanzare dell'età si riduce l'influenza dei fattori genetici mentre aumentano quelli dei fattori non genetici. Le caratteristiche del modello «usuale» sono modificabili e per questo motivo si focalizzano sul concetto di usuale perché ci permette di individuare e agire su quelle va-

riabili che potrebbero poi ridurre i fattori di rischio. Centrale in questa concezione è l'importanza dell'interazione tra i fattori ambientali e i fattori personali nel determinare l'invecchiamento di successo (Rowe e Kahn 1998, Kahn 2004).

Il modello di Rowe e Kahn ricevette numerose critiche; la critica principale riguardava il fatto che i due autori sembrerebbero, per altri, troppo orientati ad una visione di invecchiamento sano, inteso senza malattia o disabilità e quindi caratterizzato dall'assenza dei fattori personali, fattori sociali e strutturali che influenzano l'invecchiamento. A queste critiche i due autori risposero che l'assenza dei fattori sociali e strutturali fosse dovuta al fatto che vi erano delle limitazioni imposte dai confini fra le varie discipline che si occupavano di invecchiamento ma che per gli studi futuri un approccio multidisciplinare sarebbe stato quello più auspicabile e utile. Inoltre, la ridotta quantità dei fondi di ricerca aveva impedito di allargare l'orizzonte della ricerca in altri settori e confini (Kahn, 2004, Petretto et al., 2020).

Le critiche al modello dell'Invecchiamento di Successo portarono allo sviluppo di altri modelli teorici, tra cui quello dello "**Structural Leg**" di Riley and Riley del 1994. Questo modello intendeva l'invecchiamento come un processo fortemente influenzato dalle opportunità di ruolo che la società rende disponibile per le persone che invecchiano. Queste opportunità di ruolo però sono influenzate a loro volta da variabili sociali strutturali che non sono di facile controllo e si modificano più lentamente nel corso del tempo. Questo è quanto accade con il concetto di età pensionabile: l'età di pensionamento rimane stabile o subisce lente modifiche nel tempo, senza tener conto delle reali potenzialità produttive e della reale partecipazione e coinvolgimento delle persone anziane nelle attività stesse. Per Riley, infatti, la visione istituzionale dell'invecchiamento ha la meglio rispetto le reali opportunità o volontà di partecipazione e coinvolgimento degli anziani, non tiene conto della persona ma impone norme, regole per accedere ai ruoli offrendo dei servizi di supporto organizzativo (Riley e Riley, 1994).

Nel 1980 Baltes e colleghi proposero la Teoria del "**Life Span**", conosciuta anche come la Psicologia del ciclo di vita. Tale modello si occupa dello studio dell'ontogenesi, dal concepimento fino alla vecchiaia. Per Baltes e colleghi, infatti, lo sviluppo non si completa con l'età adulta ma si estende in tutto il corso della vita e coinvolge i processi adattivi delle funzioni e strutture psicologiche (Baltes, 1980). Il concetto di Life Span è da intendersi come dinamico, multidimensionale, multifunzionale e non lineare (Baltes, 1997). Lo scopo di tale approccio

era generare conoscenze su tre componenti dello sviluppo individuale: 1) regolarità nello sviluppo, 2) plasticità interindividuale (malleabilità) in via di sviluppo 3) differenze interistituzionali nello sviluppo (Baltes, 1980).

Ci sono due approcci nella teoria del ciclo di vita, il primo è centrato sulla persona, il secondo è centrato sulle funzioni. Il primo approccio, detto anche olistico, si considera la persona come un sistema che genera conoscenze sullo sviluppo della vita descrivendolo o collegando i periodi di età o di sviluppo (es. gli otto stadi dello sviluppo descritti da Erickson nel 1959). Il secondo approccio è basato sulle funzioni e ci si concentra su una categoria di comportamento o un meccanismo (es. la percezione) e si descrivono i cambiamenti di durata nei meccanismi e nei processi associati alla categoria (Baltes, 1997).

Questa teoria si può analizzare attraverso un'ottica tripartita sulla prospettiva evolutiva e sui cambiamenti legati all'età. Il primo aspetto è legato al genoma dell'individuo. I benefici derivanti dalla selezione evolutiva correlano negativamente con l'età. Con la maturità e con l'invecchiamento le espressioni e i meccanismi del genoma perdono qualità funzionali, anche se questa visione come sottolinea lo stesso Baltes successivamente era dovuta dal fatto che in quel periodo storico poche persone arrivavano alla vecchiaia. Il secondo aspetto riguarda l'aumento del bisogno di cultura legato all'età. In questo approccio per cultura si intendono tutte le risorse psicologiche sociali, materiali, simboliche che gli esseri umani hanno prodotto nel corso della propria esistenza. Tra queste risorse culturali ci sono le capacità motorie e cognitive. Viene considerato un bisogno perché se si immagina che le persone possano raggiungere l'età più avanzata allora sarà necessario che emergono particolari risorse e fattori culturali che rendono possibile quest'aumento dell'aspettativa di vita. Inoltre, le sfide e gli apprendimenti sempre più complessi e avanzati permettono alle persone di continuare a svilupparsi in tutta la vita.

Il terzo approccio riguarda la diminuzione dell'efficacia degli aspetti riguardanti il livello di cultura e di istruzione acquisito durante il ciclo di vita in relazione all'età. Durante la seconda metà della vita, nonostante i vantaggi dovuti all'acquisizione di rappresentazioni e schemi mentali accumulati dai singoli individui durante la loro esperienza di vita, (ci riferiamo, quindi, ad elementi ed informazioni basate sulle conoscenze e sui livelli di apprendimenti passati), si registra una riduzione dell'efficacia dell'utilizzo di tali acquisizioni con l'età, anche se come analizzato dai Baltes esistono diverse modalità nella gestio-

ne degli apprendimenti e delle perdite negli anziani. Più l'individuo avanza con l'età maggiore sarà il tempo che utilizzerà e maggiore sarà il ricorso alla pratica necessario per raggiungere gli stessi risultati di apprendimento paragonati ad altre fasce d'età. Inoltre, gli adulti più anziani potrebbero non essere in grado di raggiungere gli stessi livelli di funzionamento degli adulti più giovani anche dopo molto esercizio pratico che può dipendere da differenti variabili intervenienti, che potrebbero influenzare, interrompere o impedire il processo di apprendimento stesso (Baltes, 1997; Baltes and Smith 1997). Secondo gli autori due sono le cause che spiegherebbero questa riduzione. La prima è spiegata dal potenziale biologico, la seconda è, invece, spiegata dalla richiesta di dispendio di energie, anche psichiche, nell'acquisire competenze nelle fasi di apprendimento.

Questi tre approcci formano tre traiettorie che sono date dall'interazione tra biologia e cultura (intesa come spiegata precedentemente). In che modo queste dinamiche possono essere comprese se vogliamo conoscere le conseguenze nello sviluppo ontogenetico? Per rispondere a questo quesito bisogna distinguere tre obiettivi (Baltes, 1997):

1. Crescita: rappresenta la prima abilità adattiva, decresce con l'età, insieme di comportamenti volti a raggiungere funzionalità e capacità adattiva;
2. Mantenimento (compresa la resilienza): comportamenti volti a mantenere livelli di funzionamento di fronte ad una nuova sfida o tornare a quelle precedenti dopo una perdita;
3. Regolazione delle perdite: comportamenti che ci permettono di organizzare il funzionamento adeguato a livelli inferiori quando la manutenzione o il recupero non è più possibile.

Altro modello molto significativo è il modello "SOC Selection, Optimization and Compensation" di Paul Baltes and Margharet Baltes del 1990. Questo modello è stato pensato come uno che descrive i criteri di definizione dell'invecchiamento attivo, analizzando nello specifico i processi coinvolti e la soggettività delle persone coinvolte in questo processo. Il modello proposto analizza le strategie attraverso le quali gestire le difficoltà associate all'invecchiamento che si possono verificare nel tentativo di raggiungere gli obiettivi principali e personali della propria vita. Riflettere e cercare di raggiungere i propri obiettivi personali risultano essere gli ingredienti migliori per un invecchiamento di successo. L'assunto iniziale alla base riguarda la constatazione

che nonostante vi siano delle difficoltà inevitabili nell'invecchiamento molte persone mantengono un sentimento soggettivo di benessere. Gli autori, Baltes e Baltes, concettualizzano l'invecchiamento come un equilibrio mutevole tra perdite e guadagni, con le persone che possono compensare le eventuali perdite e mantenere un elevato livello di soddisfazione delle proprie vite. Secondo tale modello le persone: selezionano i domini di interesse per sé stessi, ottimizzano le risorse e gli aiuti che li facilitino in questi domini e compensano le perdite e creano un ambiente di sviluppo. I processi di ottimizzazione e compensazione durante l'invecchiamento diventano fondamentali soprattutto quando gli eventi stressanti con l'aumentare dell'età si intensificano e si riducono le risorse come si possono ridurre le condizioni di salute. Il modello del SOC ha lo scopo di massimizzare le acquisizioni e ridurre le perdite con l'obiettivo di far raggiungere alle persone gli obiettivi personali. Le risorse sono limitate e non sempre tutti i domini di interesse possono essere portati avanti. Per questo è necessario che ci sia una «scelta» tra i diversi obiettivi. Il concetto di «selezione elettiva» si riferisce alla capacità dell'individuo di individuare gerarchicamente i domini/obiettivi personali da raggiungere, tenendo presente quali sono le risorse che si posseggono e quali sono invece da acquisire. Fondamentale in questo senso è il processo di Ottimizzazione: il processo attraverso il quale vengono acquisite nuove risorse e abilità. Ottimizzazione e compensazione sono legate alle risorse, dipendono dalla disponibilità delle risorse. Se le perdite superano le acquisizioni allora diventa fondamentale la Selezione. Il modello SOC analizza e descrive i processi attraverso i quali le persone anziane si adattano ai cambiamenti associati all'invecchiamento. Lo scopo degli autori era quello di spiegare che l'invecchiamento non significa non avere delle perdite ma piuttosto significa reagire in maniera adeguata e affrontare i cambiamenti che negativi che si possono incontrare nella vita. Il successo è possibile ma bisogna creare un ambiente personale in cui sia possibile scegliere i vari domini di vita definendo, inoltre, una gerarchia di obiettivi da raggiungere (Ouweland e colleghi, 2007, Martin et al., 2014, Petretto et al., 2016).

Altro modello della tradizione americana è il modello del Coping Proattivo di Kahana e Kahana (1996, 2001). Questo modello riconosce che gli anziani, pur avendo a che fare con perdite, eventi stressanti, stressor e un ridotto adattamento all'ambiente, possono mantenere un buon livello di vita se però sono in grado di fare riferimento a due elementi: le strategie interne di coping e le risorse sociali esterne. Queste strategie sono molto funzionali e possono tradursi in comportamen-

ti adattivi proattivi, ovvero degli adattamenti che si verificano prima dell'arrivo degli eventi stressanti veri. Tali comportamenti adattivi corrispondono alla promozione della salute, all'adattamento, alla pianificazione preventiva etc. Il Coping Proattivo è definito dagli autori come l'insieme di strategie che le persone mettono in atto per prevenire gli stressor futuri o per minimizzare i loro effetti. È un processo psicologici, che secondo gli autori può essere spiegato in cinque fasi:

- 1° fase : disponibilità delle risorse accumulate nel corso della vita
- 2° fase: l'individuo fa un'analisi dell'ambiente alla ricerca di vari pericoli
- 3° fase: ricerca degli stimoli che indicano la presenza degli stressor o di potenziali sfide che richiedono un intervento
- 4° fase: prevede l'attivazione dell'adattamento, che dipende da azioni comportamentali (cercare informazioni sugli stressor) e da azioni cognitive (pianificazione allo scopo con l'intento di prevenire o minimizzare gli stressor stessi)
- 5° fase: fase finale attraverso la quale il coping ci permette di acquisire informazione rispetto agli eventi stressor.

Un adattamento proattivo può quindi ridurre gli effetti degli stressor sulla qualità della vita, ridurre gli effetti degli stressor sul benessere psicologico e ridurre gli effetti degli stressor sul significato della vita. Inoltre, mantenere le attività e relazioni importanti dal punto di vista personale (Kahana e Kahana, 1996, 2001).

Il contesto Europeo

Sin dagli anni Novanta l'Organizzazione Mondiale della Sanità si è occupata di analizzare il fenomeno dell'Invecchiamento sano e attivo al fine di elaborare e stimolare intervento di promozione e prevenzione. L'invecchiamento pone delle sfide e l'aumento dell'aspettativa di vita ha posto anche l'attenzione sui sistemi sanitari che si trovano a dover spendere di più per soddisfare le necessità mediche della popolazione che invecchia (WHO, 2002). Nel 2002 l'Organizzazione Mondiale della Sanità pubblica un report denominato "Active Ageing: A Policy Framework," in cui si definisce il concetto di Invecchiamento Attivo inteso come: "un processo di ottimizzazione delle opportunità per

la salute, la partecipazione e la sicurezza al fine di migliorare la qualità della vita delle persone che invecchiano" (WHO, 2002). Questo modello tende a sottolineare la forte correlazione positiva tra l'invecchiare in maniera attiva e i benefici che si verificano sia a livello fisico quanto a livello psicologico aumentando la qualità e il livello di soddisfacimento della vita. Adottato dall'OMS nel 1990 è stato pensato per trasmettere un messaggio più inclusivo di invecchiamento e per riconoscere, oltre ai servizi socio-sanitari, i fattori che determinano il processo di invecchiamento. Inoltre, è stato descritto come l'opportunità di far vivere alle persone anziane un'esperienza più positiva caratterizzata da una aspettativa di vita maggiore accompagnata da continue opportunità di salute partecipazione e sicurezza. Partecipazione, sicurezza e salute vengono definiti infatti, i pilastri di questo modello che aveva l'obiettivo di provare ad attuare delle strategie di intervento volte a migliorare la qualità di vita ed a ottimizzare le opportunità di salute, partecipazione e sicurezza delle persone anziane stesse (WHO, 2012). Il modello prevedeva sia la promozione della salute attraverso uno stile di vita attivo, indipendente e produttivo (in cui si enfatizza la possibilità di far svolgere attività ritenute importanti per gli individui) sia il miglioramento della qualità della vita, ma alla fine è risultato come un modello che si oppone alla visione di questa fase della vita come una perdita dei ruoli e degli impegni che gli individui hanno ricoperto in età adulta. (Cappellato et al., 2021). Inoltre, le politiche messe in atto sono orientate più su una prospettiva economica e lavorativa piuttosto che su quella socio-sanitaria.

L'organizzazione Mondiale della Sanità, per rispondere alle critiche dell'Active Ageing, pubblica nel 2015 un altro modello sul concetto di invecchiamento che pone l'attenzione sullo sviluppo delle capacità funzionali degli individui, se all'interno di un contesto ambientale che favorisce l'interazione fra le capacità dell'individuo e l'ambiente stesso (WHO, 2015). Il concetto di invecchiamento attivo non teneva infatti in considerazione la percezione delle persone anziane rispetto a come si definiscono in relazione anche alle differenze culturali e sociali. La nuova concezione del modello prevede che la persona anziana possa adattarsi e modellare il proprio stile di vita in base anche alle sfide che debbano affrontare. La definizione di "Healthy Ageing" cerca di mettere in risalto proprio questi aspetti: *"il processo di sviluppo e di mantenimento delle abilità funzionali che consentono agli individui di raggiungere il livello di benessere desiderato nell'età anziana"* (WHO, 2015). È un modello strutturato in base alla continua interazione tra tre elementi

fondamentali che sono: le abilità funzionali, le capacità intrinseche e l'ambiente e può essere inteso come un modo di approcciare la vita e di investire sulla qualità del proprio invecchiamento. Lo scopo finale di tale costrutto teorico ruota su tre elementi fondamentali: posticipare l'insorgenza della malattia cronica, prevenire eventuali ricadute e riadattamenti nei soggetti con un disturbo già conclamato, preservare e aumentare l'autonomia dell'anziano (WHO, 2015).

Il modello della Fernandez-Ballesteros inquadra l'invecchiamento di successo come un concetto multidimensionale che va oltre il semplice concetto di buona salute ma contiene al suo interno diversi fattori biopsicosociali (Fernandez-Ballesteros e colleghi, 2011 a e b). L'autrice afferma che nella definizione di invecchiamento attivo vi sono concetti che rientrano nella visione comune e popolare di cosa sia l'invecchiamento, tra cui: il funzionamento fisico e cognitivo, le relazioni interpersonali, la partecipazione sociale. Inoltre, sostiene che quando si utilizza il termine "invecchiamento attivo" in realtà non si sta parlando di un modello nuovo ma di un nuovo modo di riferirci ad altri termini precedentemente utilizzati come: invecchiamento di successo, positivo, ottimo etc. L'invecchiamento di successo è presentato quindi come un concetto multidimensionale che inoltre può essere considerato come una variabile categoriale con la quale determinare quante persone rientrano in questa categoria di invecchiamento e quanti rientrano nella categoria di invecchiamento dipendente o patologico. La Fernandez-Ballesteros propone in alternativa il concetto di invecchiamento positivo che si basa su tre assunti fondamentali: 1) l'invecchiamento è un complesso fenomeno a cui si associano cambiamenti nel corso della vita, 2) le capacità di modificare, di apprendere e i cambiamenti positivi possono ottimizzare le proprie risorse biologiche, comportamentali e compensare i deficit che possono intercorrere nelle fasi dell'invecchiamento, 3) anticipare attraverso un'attenzione più particolare agli stili di vita il bilancio tra perdite e guadagni. Scopo di tale modello è quello di controbilanciare la tendenza tipica dell'invecchiamento ad analizzare solo gli aspetti negativi. In questo modello autrice e colleghi propongono una visione dell'invecchiamento più ampia e realistica evidenziando gli aspetti positivi riducendo le immagini negative e le loro conseguenze sull'individuo e sulla società (Fernandez-Ballesteros, 2011 a e b).

Il contesto Orientale: dal Successful Ageing al Harmonious Ageing

Secondo Liang e Luo (2012), l'Invecchiamento di Successo è un modello sviluppato sulla base dei dati empirici raccolti nel contesto americano, e in particolare negli Stati Uniti, che viene applicato a senza ulteriori riflessioni estese a differenti culture estere. Ciò che i due autori vogliono far emergere con il concetto di Harmonious Ageing riguarda l'intento di promuovere l'esplorazione intellettuale del significato della vecchiaia e di catturare le diverse variabili culturali che rientrano nell'ambito dell'invecchiamento a livello globale. Liang e Luo, infatti, individuano quattro elementi critici del modello proposto da Rowe e Kahn. Il primo elemento critico è rappresentato dal fatto che l'invecchiamento di successo non viene contestualizzato come "naturale" ovvero un invecchiamento caratterizzato da inevitabili cambiamenti fisici ma propone una visione culturale di età che potrebbe portare ad una disarmonia tra corpo e mente, soprattutto per chi occupa un posto più svantaggioso nella società (Andrews, 1999). In secondo luogo, l'invecchiamento di successo pone l'enfasi sulla partecipazione alle attività, senza però tener conto, secondo i due autori, della qualità con cui gli anziani svolgono quelle attività. Si dà quindi più spazio ad elementi quantitativi (quanta ne fanno) piuttosto che su elementi qualitativi (come la fanno); infatti non si tiene conto del variare del coinvolgimento nelle varie attività da parte degli anziani stessi perché potrebbero essere più selettivi o adattivi nel svolgerla. Un altro elemento di critica di questo modello è stato che secondo alcuni autori il concetto di Invecchiamento di Successo sia usato quasi come un elemento di marketing, che potrebbe creare negli anziani l'idea di dover essere sempre giovani e attivi che oscura il vero significato di vecchiaia (Featherstone & Wernick, 1995; Katz & Barbara, 2003). Infine, l'invecchiamento di successo essendo un modello basato su valori occidentali, non può essere applicato ad altre culture. Il termine successo stesso, potrebbe essere non condiviso a livello universale perché rimanda alla concezione che essere capaci di rimanere giovani e attivi sia la chiave per una vecchiaia buona. Il termine "successo" è stato inoltre oggetto di analisi perché richiama come suo contrario una versione negativa, il fallimento, e ciò potrebbe far emergere una visione discriminatoria dell'invecchiamento stesso.

Il concetto di Invecchiamento Armonioso si ispira alla filosofia orientale, dove l'armonia è il risultato dato dall'equilibrio basato sulle differenze piuttosto che sull'uniformità. Armonia richiama l'idea

di mantenere in equilibrio tutte le sfere della vita di un individuo e coinvolge i rapporti mente-corpo e rapporti sociali (Hochsmann, 2004; Liong, Lou, 2012). La visione dell'Invecchiamento armonioso, che trae ispirazione dalla filosofia del Taoismo e dal Confucianesimo, dovrebbe riuscire a ridurre il gap della disarmonia tra mente e corpo che esiste proprio all'interno dei domini dell'invecchiamento stesso, riconoscendo i cambiamenti che avvengono a livello del corpo e i cambiamenti a livello fisico e funzionale. Il Taoismo, infatti, incoraggia una forte accettazione di sé attraverso una relazione integrata tra mente e corpo. Corpo e mente non devono infatti essere considerati come due elementi distinti, bensì come due dimensioni indivisibili che svolgono funzioni diverse e che hanno funzioni diverse (Liong, Lou, 2012). Secondo il modello concettuale dell'Invecchiamento Armonioso, ogni persona ha una sua interpretazione del significato di invecchiamento che varia a seconda del luogo, del contesto culturale e sociale di riferimento. L'armonia viene costantemente creata dall'individuo che invecchia con lo scopo di raggiungere un equilibrio tra vantaggi e svantaggi, cambiamenti e continuità. Se rapportiamo questa visione nella società occidentale, ci rendiamo conto come queste due dimensioni vengano invece trattate separatamente: corpo e mente, soprattutto negli anziani, sono trattati separatamente; salute fisica e salute psichica sono gestite e analizzate in maniere differenti, molto spesso con poca interazione fra le parti, mentre come già spiegato nella cultura orientale vi è una forte integrazione tra le due parti.

Diversi studiosi hanno riscontrato ciò nei loro studi. Fry, Schental (2007), ad esempio, hanno evidenziato che in un individuo con una condizione di calma e tranquillità psichica può aiutare a mantenere in equilibrio il sistema metabolico contribuendo così alla salute personale.

Levy (2003) suggerisce un approccio alternativo al declino fisico in età adulta. Per l'autore il declino fisico non dev'essere inteso come un solo processo biologico inevitabile, ma deve essere concepito come un costrutto psicologico; infatti, il benessere psicologico sembrerebbe essere un predittore importante per rimanere fisicamente attivi in età avanzata (Heesch, Burton e Brown 2011).

Nei paesi dell'Asia Orientale, Cina, Korea e Giappone, la definizione di armonia riguarda e comprende l'importanza delle relazioni personali e interpersonali e dei i valori condivisi dalla collettività in cui l'individuo è inserito. Seguendo Biggs (2008) l'invecchiamento dovrebbe essere analizzato cercando di colmare il divario tra le varie fa-

sce d'età. Propone, infatti, il concetto di "intelligenza generazionale" che si riferisce alla capacità di ciascun individuo di diventare consapevoli di esser parte di una specifica generazione e quindi di avere tutte le capacità per agire con consapevolezza alle proprie sfide, opportunità generazionali. Sulla base di questo l'invecchiamento si rappresenta come una questione di identità e riconoscimento sociale e quindi l'inclusione sociale non dovrebbe essere raggiunta mettendo a confronto o negando le differenze significative tra le differenti fasce d'età (Liong, Lou, 2012).

Possiamo quindi dire che l'invecchiamento armonioso può essere definito come una prospettiva equilibrata verso l'età più avanzata, che segue contemporaneamente l'aspetto biologico caratterizzato dalle leggi della natura che incide direttamente sul nostro corpo e il benessere psicologico. Una prospettiva che permette all'individuo di implementare il senso di armonia e/o equilibrio con se stessi, con il proprio ambiente e il riconoscimento delle abilità e strumenti in proprio possesso per affrontare le sfide evolutive tipiche per specifica fascia d'età, apportando dei cambiamenti, adeguamenti e nuovi apprendimenti a seconda delle diverse situazioni che ci si trova ad affrontare. Nel contesto orientale il benessere è dato dall'equilibrio fra aspetti positivi e negativi. Liang (2011) evidenzia come nonostante gli individui si trovino ad affrontare numerose sfide relative al ciclo di vita, il raggiungimento di uno stato di benessere e/o equilibrio psicologico sembrano rafforzare le capacità di resilienza, problem solving e strategie di coping dell'individuo, giungendo ad una condizione personale di felicità.

In conclusione, possiamo dire quindi che l'Invecchiamento Armonioso sottolinea l'interdipendenza e la coesistenza del corpo (aspetto fisiologico) e della mente (aspetto psicologico) all'interno di relazioni familiari, sociali con un approccio che tende all'equilibrio.

Conclusioni

Quali contributi possono derivare dalle conoscenze attuali in questo ambito? Questo quesito rappresenta il filo conduttore con il quale questo capitolo è stato sviluppato e nel quale vengono raccolti i contributi dei diversi autori che, in momenti diversi, hanno studiato, affrontato e continuano a studiare un tema complesso come quello dell'invecchiamento. Attualmente non esiste una definizione ed una visione condivisa di cosa sia l'invecchiamento e soprattutto di cosa si intenda per "invecchiare bene". Anche a livello semantico ci sono diverse complessità, in parte queste possono essere spiegate dalle differenze

culturali e geografiche a cui appartengono i diversi autori, altre invece riguardano i molteplici termini associati all'invecchiamento (salute, attivo, di successo, armonioso, positivo, etc.); tale abbondanza è sicuramente legata a fattori sociali, socioculturali e antropologici. Un punto di incontro comune tra tutti questi modelli può essere rintracciato nel fatto che la persona che invecchia assume un ruolo di centralità e ci si focalizza su di una visione prettamente soggettiva rispetto l'esperienza che l'individuo vive e affronta nella sua quotidianità. Sicuramente la complessità del tema richiede un'analisi che valorizzi e si focalizzi, attraverso un'ottica transdisciplinare di studio, su di una visione integrata di un fenomeno così complesso quale l'invecchiamento.

Riferimenti bibliografici

- Andrews, M. (1999). The seductiveness of agelessness. *Ageing and Society*, 19, 301–318.
- Baltes PB., Baltes MM. (1990) *Successful aging: prospective from the behavioral sciences*, pp. 1-34, New York, Cambridge University Press.
- Baltes, P. B. (1997). On the incomplete architecture of human ontogeny: Selection, optimization, and compensation as foundation of developmental theory. *American Psychologist*, 52(4), 366–380. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.52.4.366>
- Baltes, PB., Reese, HW., Lipsitt, LP., (1980). Life-span developmental psychology. *Annual Review of Psychology*, 31, 65–110.
- Biggs, S. (2008). Aging in a critical world: the search for generational intelligence. *Journal of Aging Studies*, 22(2), 115–119.
- Cappellato V., Mercuri E. (2021), Anziani e «invecchiamento attivo» durante l'emergenza Covid-19, in «Cambio. Rivista sulle trasformazioni sociali», OpenLab on Covid-19. DOI: 10.13128
- Cumming E., Henry WE., (1961) *Growing old: the process of disengagement*, New York, Basic Books.
- Featherstone, M., & Wernick, A. (1995). Introduction. In M. Featherstone, & M. Hepworth (Eds.), *Images of Aging: Cultural Representations of Later Life* (pp. 1–15). London, United Kingdom: Routledge.
- Fernandez-Ballesteros R. (2011b), Positive ageing, subjective and combined outcomes, "Electronic Journal Applied Psychology", 7(1) 22-30.

- Fernandez-Ballesteros R., Zamarron Cassinello MD., Lopez Bravo MD., Angeles Molinas Martinez M., Diez Nicolas J., Montero Lopez P., Schettini Del Moral R., (2011a) Successful ageing: criteria and predictors, *Psychology in Spain*, 15(1)94-101
- Fry, B., Scheinthal, S., Kemarskaya, T., & Pruchno, R. (2007). Tai Chi and low impact exercise: effects on the physical functioning and psychological well-being of older people. *Journal of Applied Gerontology*, 26(5), 433–453.
- Heesch, K. C., Burton, N. W., & Brown, W. J. (2011). Concurrent and prospective associations between physical activity, walking and mental health in older women. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 65, 807–813.
- Kahana E., Kahana B. (1996) Conceptual and empirical advances in understanding aging well through proactive adaptation, in Bengtson VL., (ed), *Adulthood and aging, Research on continuities and discontinuities*, New York, Springe, 18-40.
- Kahana E., Kahana B., (2001), Successful aging among people Hiv/Aids, *Journal of Clinical Epidemiology*, 54, s53-s56.
- Kahn RL., (2004) Successful Ageing: Myth or Reality, The 2004 Leon and Josephine Winkelman Lecture University of Michigan School of Social Work.
- Katz S., Calasanti T., (2014) Critical perspectives on successful aging: does it “appeal more than it illuminates?”, *the Gerontologist*.
- Katz, S., & Barbara, M. (2003). New sex for old: lifestyle, consumerism, and the ethics of aging well. *Journal of Aging Studies*, 17, 3–16.
- Levy, B. R. (2003). Mind matters: cognitive and physical effects of aging self-stereotypes. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 58B(4), 203–211.
- Liang J., Luo B., (2012) Toward a discourse shift in social gerontology from. Successful aging to harmonious aging, *Journal of Aging Studies*, 26, 327-334.
- Liang, J. -Y. (2011). Components of a meaningful retirement life — a phenomenological study of the 1950s birth cohort in urban China. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 26(3), 279–298.
- Martin P., Kelly N., Kahana E., Kahana B., Willcox BJ., Willcox DC., Poon LW. (2014), Defining successful: a tangible or elusive concept? *The Gerontologist*.

- Martinson M., Berridge C., (2014), Successful aging. And its discontents: a systematic review of the social gerontology literature, *The Gerontologist* 1-12.
- Ouwehand C., De Ridder DTD., Bensing JM., (2007), A review of successful aging models: proposing proactive coping as an important additional strategy, *Clinical Psychology Review*, 27, 873-884.
- Petretto D.R., Pili L., Gaviano L., Pili R., (2017), On the Semantic of Ageing: from Successful Ageing to Dynamic and Developmental Model of Ageing, *Open access Journal of Gerontology and Geriatric Medicine*, 2017. 1(3), 555562.
- Petretto DR., Pili R., Gaviano L., Matos Lòpez C., Zuddas C., (2016), Active Ageing and success: a brief history of conceptual models, *Revista Esp. GeriatrGeronol* 2016 Jul-Aug 51(4)229-41.
- Pili R., Gaviano L., Pili L., Petretto D.R. (2018), Aging and Spinal cord injury: some issues of analysis narrative review, 2018, Volume 2018, Article ID 4017858, 7 pages, *Current Gerontology and Geriatrics Research*.
- Pili R., Petretto DR., (2017), Genetics, lifestyles, environment and longevity: a look in a complex Phenomenon, *Open Access Jpurnal of Gerontology and Geriatric Medicine*, 2(1): 555576.
- Pili R., Petretto DR., (2020), *La Longevità nel benessere: sfide presenti e future*, Aracne Editore
- Pruchno RA., Wilson–Genderson M., Rose M., Cartwright F., (2010), Successful aging: early influences and contemporary characteristics, *The Gerontologist*, 50, 821–823.
- Riley MW., Riley JW., (1994), Structural lag: Past and future. In M. W. Riley, R. L. Kahn, & A. Foner (Eds.), *Age and structural lag*, 15–36.
- Rowe J.W. (1988), Successful aging of societies, *Daedalus*, *The Journal of the American Academy of Arts & Sciences*.
- Rowe J.W., Kahn R.L. (1987), Human aging: usual and successful, *Science*, 237, 143–149.
- Rowe J.W., Kahn R.L. (1988), *Successful aging*, New York, Random House.
- Rowe J.W., Kahn R.L. (1998), Reply to Letter to Editor, *The Gerontologist*, 38(2), 151.
- World Health Organization WHO (2002), *Active ageing: a policy framework* [Internet]. Switzerland: World Health Organization, Noncommunicable Disease Prevention and Health Promotion, Ageing and Life Course;

Giovani e Longevi insieme per promuovere la salute

World Health Organization WHO, (2012), Global Health and ageing, Ginevra: World Health Organization.

World Health Organization. (2002), Active ageing: a policy framework. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/67215>

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

La cooperazione intergenerazionale e gli stili di vita salutogenici, il modello “Nutri-Action”

Gian Pietro Carrogu

Dipartimento di Pedagogia, Psicologia e Filosofia – Università degli Studi di Cagliari

Nutri-Action è un progetto che nasce dal desiderio di formare le giovani generazioni alla conoscenza dei fattori nutrizionali nella salute, uno degli elementi centrali nella mission della Comunità Mondiale della Longevità¹¹. Come elemento centrale il progetto intende insegnare alle giovani generazioni a invecchiare bene e in salute attraverso un confronto intergenerazionale con le persone che hanno nella loro esperienza di vita raggiunto un invecchiamento di successo. Gli studenti coinvolti nelle attività del progetto devono infatti indossare i panni di giovani ricercatori e divenire in prima battuta i protagonisti dell'esperienza di ricerca, indagando sugli stili di vita e sulle varie scelte alimentari dei longevi del territorio e avviare un confronto dinamico con questi, che inseriti e parte integrante di alcune comunità della Sardegna, hanno vissuto le fasi evolutive giovanili in un'altra epoca, con altre abitudini di vita e alimentari, spesso dettate anche da difficoltà economiche e sociali.

Il progetto intende coinvolgere in particolare una specifica fascia di popolazione giovane, ovvero quella coinvolta nelle ultime tre classi degli istituti superiori in quanto sono le fasce di popolazione studentesca più dinamica e capace di sviluppare con più facilità le autonomie necessarie per avviare un proficuo confronto intergenerazionale, allo

¹¹ La Comunità Mondiale della Longevità è un'associazione che da tempo opera nel territorio regionale, nazionale e internazionale, attraverso la formazione e la ricerca orientata alla raccolta delle conoscenze attuali nel campo della longevità, della salute, del benessere e dell'invecchiamento attivo. L'area delle attività formativo-divulgative ha come finalità la promozione del benessere dell'individuo e in generale sull'individuo in divenire, in tutto il suo ciclo di vita, prendendo quale assunto fondamentale il concetto che sia necessario imparare ad invecchiare bene fin da bambini.

stesso tempo quella più suscettibile alla transizione alimentare. Spesso, infatti nelle fasi di vita successive come nelle esperienze di vita autonoma come quella universitaria, l'immersione in ambienti di forte stress emotivo e temporale incide negativamente sulle abitudini alimentari e sulla scelta dei cibi (Trigueros et al., 2020).

Gli stili alimentari e di vita sono uno degli elementi più incisivi nella salute delle persone e il DALY Disability Adjusted Life Years, è l'indicatore dell'impatto globale di uno o più fattori di rischio nella vita di una persona e viene espresso come gli anni cumulativi di vita persi a causa di morbosità, mortalità e disabilità. Questo nuovo dato è un indicatore nato dalla rilevazione che per una programmazione più efficiente ed efficace delle politiche attive, non sia più sufficiente l'utilizzo esclusivo del parametro indicativo dell'aspettativa di vita di una popolazione come fattore indicante l'incremento di benessere dato da una o più scelte o azioni operate. Questo nuovo indicatore nasce dalla somma degli anni vissuti con malattia o disabilità, con gli anni di vita persi, intesi come la morte precoce rispetto all'aspettativa di vita ($DALY = YLD + YLL$) (World Health Organization, 2019).

In passato le condizioni di vita, del lavoro, delle patologie trasmissibili o dei conflitti erano delle determinanti riguardo la longevità delle persone. A seconda delle aree geografiche e dello stato sociale era più o meno probabile di avere un'aspettativa di vita intorno ai cinquant'anni d'età (Nomura et al., 2017).

In uno degli ultimi recenti report pubblicati da ISTAT sulla transizione demografica, emerge come dal 1901 al 2017 sia mutata la speranza di vita¹², portando questa a raggiungere gli ottanta anni e a superarli. Confrontando i dati relativi all'aspettativa di vita media negli ultimi anni, emerge quanto si sia ristretto il divario tra l'aspettativa di vita alla nascita e all'età di 60 anni in Italia, un dato che rappresenta in modo preponderante quanto il miglioramento delle condizioni di vita, la riduzione della mortalità infantile e di molte azioni attuate in passato abbiano contribuito a ottenere questo risultato. Questo cambiamento però non è un dato univoco relativo a un complessivo miglioramento della condizione di vita e salute della popolazione. L'incremento relativo all'aspettativa di vita media, non corrisponde a un diretto incremento dell'aspettativa di vita in salute, infatti la decrescita costante dell'impatto delle patologie trasmissibili e alle complicanze

¹² Fonti - Istat, serie storiche: tavole di mortalità per sesso ed età (fino al 1960) ed Eurostat, Life expectancy by age and sex [demo_mlexpec].

neonatali ha fatto emergere l'altro aspetto impattante nella vita delle persone, ovvero quanto le patologie non trasmissibili nel carico degli anni di vita persi e vissuti con disabilità (GBD 2015 DALYs and HALE Collaborators, 2016).

Vivere la vita con il maggior grado di autonomia, è un'aspirazione oggi personale e collettiva. L'impatto che la disabilità ha nella vita di una persona è dato dall'interazione dei fattori emergenti da una situazione di salute, ma non si esaurisce in questa. L'articolo 1 della convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità, chiarisce bene questo elemento, la disabilità secondo la suddetta convenzione, combina fattori biologici, psicologici, socio-culturali nell'interazione, ponendo al centro la partecipazione della persona, con e nella società (United Nations, 2006). La disabilità posta sotto questa luce è una situazione che tutti nel corso della vita possiamo sperimentare. Circa l'incremento dell'aspettativa di vita, questo incremento non si sovrappone a un incremento di aspettativa di vita in salute, questo dato è il prodotto di molteplici influenze, una tra tutte è data dai progressi della medicina, dai nuovi strumenti di intervento e diagnostici che permettono a una persona di sopravvivere anche a eventi fortemente impattanti nella vita di una persona. Da questo assunto, è necessario comprendere come evitare che si generino situazioni impattanti nella vita delle persone, individuando quali strategie hanno portato le popolazioni di longevi contemporanei a invecchiare bene e in salute.

Dalle rilevazioni offerte dallo IHME (Institute for Health Metrics and Evaluation, University of Washington), emerge il dato che negli ultimi anni il carico di morbilità pone quelle tumorali e cardiovascolari come le più impattanti nella vita della popolazione italiana. Negli ultimi anni a livello globale, vi sono stati molteplici studi che individuano una connessione tra le principali patologie tumorali e l'alimentazione, lo stile di vita e in particolare condizioni, tra le quali l'obesità.

Riguardo questa premessa, progressivamente a livello mondiale si sta assistendo a un incremento del fenomeno dell'obesità, in particolare nelle fasce più giovani della popolazione, ma anche in quelle attive nel mondo lavorativo. Attualmente si assiste a livello mondiale a un fenomeno di transizione alimentare, causata da una molteplicità di fattori, correlata alla modificazione di paradigmi culturali e socio-economici.

L'intreccio di fattori correlati all'invecchiamento in salute vede l'alimentazione come attore principale. Nell'odierna grande disponibilità di cibo, acquista centralità un'ottica volta all'invecchiamento in salute,

la scelta di questo. La contemporanea situazione di carenza nella diete occidentali relativa a molteplici elementi nutrienti, non strettamente correlata all'assenza di questi nella disponibilità data dalla propria nicchia ecologica, ma più dalla scarsità correlata a un più esteso e complesso fenomeno di transizione alimentare, pone le giovani e adulte generazioni di fronte a un rischio correlato da un lato alla deficienza di nutrienti, dall'altra all'abbondanza e sovra alimentazione in modalità sbilanciata, portando queste persone a sperimentare facilmente condizioni di grave obesità, con tutte le problematiche ad essa connesse. In particolare, l'elevato BMI secondo il recente lavoro di Bhaskaran K., Douglas I, Forbes H., et al., risulta altamente correlato al rischio di incorrere in patologie tumorali.

L'aderenza alla Dieta Mediterranea non è solo un dato concernente un certo tipo di alimentazione, ma una modalità alimentare e comportamentale correlata a uno stile di vita coerente al rispetto del contesto ambientale (Cavaliere et al., 2018). La disaffezione verso la dieta innestata nel proprio territorio, connotata da un forte legame storico, culturale e correlata alla nicchia ecologica locale, pone l'aderenza alla dieta mediterranea nelle fasce d'età scolari, ma anche nelle fasce di popolazione più esposte alla transizione nutrizionale in corso in forte crisi.

In un'ottica volta al superamento di quell'inversione di tendenza ormai avviata, secondo la quale il benessere nelle età avanzate della popolazione, proprio in relazione al divaricarsi di quella forbice sempre più divaricata secondo la quale l'incremento della vita media, non corrisponde a un incremento della vita media in salute, rende urgente il bisogno di attuare interventi su più fronti. Un recente approccio di ispirazione trans-disciplinare, affrontato in chiave geragogica, psico-pedagogica e con un forte influenza della medicina preventiva è stato quello sperimentato dal gruppo di ricercatori della Comunità Mondiale della Longevità e da quello dell'associazione di Medicina Sociale. La sperimentazione proposta è stata concepita e attuata in contesti del territorio, che per qualche specifico motivo, in particolare la presenza di una folta popolazione di persone che hanno raggiunto le età della longevità, possono considerarsi dei luoghi d'intervento e di ricerca.

Le attività educativo-formative attraverso una metodologia inter-generazionale intendono decostruire le false credenze sui cibi salutaris, che tendono a svuotare a ad impoverire il concetto stesso di dieta (Miller et al., 2015), che a far emergere la transizione alimentare in atto e a offrirne un'alternativa.

Tra le prime esperienze di trasmissione di saperi, possiamo ipotizzare, dopo la trasmissione del territorio con le sue vene d'acqua, e delle tecniche venatorie, la conoscenza delle altre componenti nutrienti oltre alle carni del regno animale, infatti la raccolta errata di erbe, frutti o radici avrebbe potuto causare la morte della persona o probabilmente di più persone coabitanti nello stesso gruppo alimentatesi con esse. Oltre alla trasmissione delle tecniche di scelta degli alimenti probabilmente è stata di pari importanza la conoscenza delle tecniche di preparazione dei cibi, infatti molti alimenti centrali per le diete di molte popolazioni hanno caratteristiche di neurotossicità potenziale come la manioca, una pianta che consumata cruda può provocare gravissime intossicazioni (Olsen & Schaal, 1999).

La trasmissione della cultura alimentare e della preparazione dei cibi è stata storicamente un'attività fortemente intrisa di pedagogia, come la condivisione dei saperi non solo quelli relativi alla costruzione di un riparo, della produzione del fuoco o delle tecniche venatorie attraverso le arti rupestri. Il ruolo centrale dell'anziano nella storia è stato proprio quello di raccontare, trasmettere con il racconto e in particolare con il fare insieme in un contesto nel quale la forza delle giovani generazioni si fonde all'esperienza degli anziani, come rilevato da numerosi etnologi spesso investiti dall'appellativo di saggi.

Le fasce d'età che si confrontano con le fasi finali dell'esperienza scolastica si avviano verso l'adulthood, con il bisogno di un'impostazione formativa sempre maggiormente orientata verso l'interattività, attenta al confronto e alla presa in carico in prima persona delle situazioni formative, in una modalità sovrapponibile a quella proposta nella didattica orientata alla formazione degli adulti. La pratica formativa, nell'ambito scolastico delle classi medie superiori in particolare nella tarda adolescenza dovrebbe essere il più possibile attiva, con una condivisione anticipata di intenti, possibilmente una sorta di contratto formativo¹³.

La modalità di intervento formativo e di azione nel campo, in questa visione interattiva, è attuata attraverso una metodologia di apprendimento mediato da un'inchiesta (Nybo & May, 2015), ovvero un ap-

¹³ Le fasce d'età che si confrontano con le fasi finali dell'esperienza scolastica si avviano verso l'adulthood, con il bisogno di un'impostazione formativa sempre maggiormente orientata verso l'interattività, confronto e presa in carico delle situazioni formative, in una modalità sovrapponibile a quella proposta nella didattica orientata alla formazione degli adulti, dovrebbe essere il più possibile attiva, con una condivisione anticipata di intenti e possibilmente una sorta di contratto formativo.

proccio capace di investire gli studenti del ruolo di giovani ricercatori, che affrontando la tematica di ricerca, potranno assimilare elementi sugli stili alimentari, di vita e più in generale sul come vivere bene, a lungo e in salute.

Le inchieste avviate con gli studenti sono orientate alla raccolta di dati al fine di avviare una rilevazione sugli stili di vita, alimentari e rapporti sociali degli abitanti di alcune aree del mediterraneo in particolare all'individuazione dei fattori che hanno permesso il raggiungimento di traguardi di longevità, già nota in particolare nelle Blue Zone viene e riferita da più studi a una correlazione di fattori, quali stile di vita e alimentazione, in particolare alla Dieta Mediterranea (Murphy & Parletta, 2018).

Al fine di preparare gli studenti alla fase di intervento con la somministrazione dei test, sono previste altre due fasi propedeutiche, la prima è volta all'assimilazione dei contenuti relativi alla dieta mediterranea, al concetto di salute, all'alimentazione, agli stili di vita e alle terminologie utilizzate. Nella seconda fase è prevista la preparazione delle competenze relative la somministrazione dei questionari, dapprima vivendo l'esperienza della compilazione in prima persona, in un secondo momento dopo aver analizzato il questionario in tutte le sue parti e aver chiarito il funzionamento dello strumento è utile proporre l'esperienza della simulazione. La simulazione si svolge al termine della seconda fase, vivendo l'esperienza della somministrazione mediante un Role playing nel quale gli studenti suddivisi in gruppi a turni, rivestono il ruolo dell'intervistatore e della persona alla quale viene somministrato il questionario. Al termine della fase formativa in aula segue quella relativa all'azione sul campo concernente l'esperienza diretta degli studenti coinvolti nella realtà abitativa individuata in precedenza. La scelta del paese nel quale vivere l'esperienza è per varie ragioni importante farla prima ancora di avviare le attività, in primo luogo per aver chiaro cosa anticipare agli studenti coinvolti, in quanto è necessario come già detto in precedenza, esplicitare al meglio il percorso formativo da vivere. In secondo luogo, è necessario individuare le persone di riferimento del territorio e in particolare con le amministrazioni locali, queste infatti oltre alla conoscenza del territorio detengono solitamente la capacità di coinvolgere le persone, le associazioni e le strutture che possono arricchire l'esperienza formativa e d'azione degli studenti.

Le fasi progettuali:

Le progettualità inerenti all'esperienza di Nutri-Action prevedono cinque fasi temporali, la prima, la fase preliminare è quella orientata alla programmazione delle azioni e della coerenza interna del progetto e alla stesura dei rapporti con i partner. In questa fase è necessario sulla base dei modelli teorici e degli intenti esposti nelle pagine precedenti¹⁴ individuare un centro abitativo d'interesse e in esso dei partner portatori di interesse nel progetto, in particolare le amministrazioni locali, con queste si possono ipotizzare i tempi d'azione e le popolazioni longeve che possono essere coinvolte. Una volta terminata la programmazione preliminare si possono avviare i rapporti con le Istituzioni scolastiche interessate, queste una volta esposto il progetto, dopo averlo proposto alle famiglie degli studenti possono scegliere se avviare o meno il progetto, in caso positivo è necessaria la stipula di una convenzione nella quale devono essere indicati i partner coinvolti e i loro rappresentanti legali, le classi, i tempi delle attività, le risorse economiche da impiegare, le finalità e i tutor interni dell'Istituzione scolastica e quelli esterni dell'Ente promotore del progetto.

La seconda fase è quella formativa in aula, questa ha inizio con la somministrazione di un questionario relativo all'aderenza alla dieta mediterranea e di indagine sugli stili di vita. La fase formativa in aula si prefigura come un momento didattico nel quale i tutor esterni dell'Ente, in coordinamento con altri professionisti del settore offrono il proprio contributo didattico formativo inerente alle aree tematiche trattanti il concetto di salute e di benessere, la dieta e gli stili alimentari, la quotidianità del movimento nel benessere delle persone, la longevità nel mondo e in Sardegna, infine alcuni elementi della ricerca sociale. La ricerca proposta da vivere nella terza fase è attuata attraverso uno strumento di indagine che è necessario esplicitare e sperimentare nei momenti conclusivi della seconda fase formativa in aula. Sulla base di questo assunto si rileva importante avere chiara la struttura del questionario, le finalità di esso, le modalità di somministrazione e per questo è utile avviare un momento di Role Play nel quale gli studenti a turno vivono la somministrazione interpretando il ruolo dell'intervistatore e dell'intervistato. La seconda fase si conclude con la prepa-

¹⁴ Ovvero dei contenuti da esporre nella fase formativa in aula con gli studenti e nella fase attiva sul campo con la somministrazione dei questionari, proporre la collaborazione alle realtà territoriali.

razione alla fase di azione sul campo con l'organizzazione finale del viaggio nel centro abitato scelto nella fase preliminare.

La terza fase inizia con il viaggio degli studenti e tutor interni dell'Istituzione Scolastica verso il centro abitato di interesse, viaggio da intraprendere con un mezzo, un autobus, definito dall'istituzione scolastica, solitamente attività svolta dalla segreteria della stessa. Alla partenza e all'arrivo i tutor esterni devono monitorare i tempi e coordinare, di concerto con i partner del comune designato, le attività da svolgersi in loco.

Nel momento dell'arrivo al comune è importante prevedere un momento d'incontro con i partner locali nel quale gli studenti presentano sé stessi come giovani ricercatori, l'Istituzione di appartenenza e il progetto di ricerca che intendono perseguire. Le Istituzioni locali nell'incontro presentano le risorse che possono mettere in campo, presentano le persone di riferimento per le attività e anticipano i tempi e le modalità delle attività programmate nel territorio.

Al termine dell'incontro iniziale si avviano le attività, in primo luogo per favorire una maggiore immersione nella realtà del territorio si avvia l'esplorazione del centro abitato, successivamente si avvia la visita a una o più strutture o luoghi di incontro individuati nella fase di programmazione preliminare e si raccolgono i questionari. Le strutture o luoghi d'incontro sono da intendersi come strutture abitative per anziani oppure come luoghi designati in concerto con i partner locali per incontrare, attraverso un evento specifico programmato, il pubblico designato e consentire un agevole incontro e somministrazione dei questionari.

Una volta nel luogo previsto gli studenti sotto la supervisione dei tutor interni ed esterni devono esporre ai futuri intervistati le finalità della ricerca, le modalità nella quale si svolgerà questa, le motivazioni che li hanno spinti ad interessarsi alla tematica e gli elementi che hanno destato interesse nell'esplorazione dell'abitato.

Il momento dell'intervista è un evento centrale, nel quale l'intervistatore o gli intervistatori entrano in contatto con la persona e si concretizza un autentico scambio intergenerazionale, per questo è importante che il questionario non sia inteso come strumento di auto compilazione, il momento della somministrazione del questionario diventa spesso un intimo momento di racconto personale. Questi momenti sono estremamente utili in quanto attivano dei processi di modella-

mento tesi ad impattare nel vissuto esperienziale degli studenti coinvolti (Fryling et al., 2011).

Al termine dell'intervista i questionari raccolti vengono consegnati ai tutor esterni afferenti all'Ente promotore del progetto, verranno archiviati e analizzati da essi. I dati raccolti saranno utilizzati nel momento di confronto finale con gli studenti.

Il viaggio di ritorno rappresenta un momento di confronto con i tutor interni dell'Istituzione scolastica, nei momenti afferenti al viaggio saranno esposti i punti salienti dell'esperienza, le criticità rilevate e le attività più significative per i vissuti personali degli studenti.

L'evento conclusivo, si concretizza a distanza di qualche mese dalla terza fase, per dare tempo all'esperienza di essere meglio assimilata, questa si svolge nella sede formativa già utilizzata nella seconda fase e in questo evento gli studenti coinvolti alla luce dell'esperienza vissuta compilano nuovamente il questionario di aderenza alla dieta mediterranea e agli stili di vita al fine di valutare quali modificazioni sono avvenute nelle abitudini alimentari e di vita degli studenti coinvolti nel progetto.

Durante l'incontro si rievocano le esperienze vissute nelle due fasi precedenti e si analizzano i dati raccolti attraverso le interviste effettuate nella terza fase, quella dello scambio intergenerazionale.

Durante queste attività gli studenti coinvolti, si pongono come giovani ricercatori e sotto la supervisione dei tutor presentano il progetto vissuto ad altre classi di studenti interessati, a rappresentanti dell'Istituzione Scolastica e ai partner del comune nel quale si è affrontata la ricerca sul campo.

Riferimenti bibliografici

Cavaliere A., De Marchi E., & Banterle A. (2018). Exploring the Adherence to the Mediterranean Diet and Its Relationship with Individual Lifestyle: The Role of Healthy Behaviors, Pro-Environmental Behaviors, Income, and Education. *Nutrients*, 10(2).

- Fryling M. J., Johnston C., & Hayes L. J. (2011). Understanding Observational Learning: An Interbehavioral Approach. *The Analysis of Verbal Behavior*, 27(1), 191–203.
- GBD 2015 DALYs and HALE Collaborators. (2016). Global, regional, and national disability-adjusted life-years (DALYs) for 315 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE), 1990-2015: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet (London, England)*, 388(10053), 1603–1658.
- Miller L. M. S., Cassady D. L., Beckett L. A., Applegate E. A., Wilson M. D., Gibson T. N., & Ellwood K. (2015). Misunderstanding of Front-Of-Package Nutrition Information on US Food Products. *PLOS ONE*, 10(4), e0125306.
- Murphy K. J., & Parletta N. (2018). Implementing a Mediterranean-Style Diet Outside the Mediterranean Region. *Current Atherosclerosis Reports*, 20(6), 28.
- Nomura S., Sakamoto H., Glenn S., Tsugawa Y., Abe S. K., Rahman M. M., Brown J. C., Ezoe S., Fitzmaurice C., Inokuchi T., Kassebaum N. J., Kawakami N., Kita Y., Kondo N., Lim S. S., Maruyama S., Miyata H., Mooney M. D., Naghavi M., ... Shibuya K. (2017). Population health and regional variations of disease burden in Japan, 1990-2015: A systematic subnational analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet (London, England)*, 390(10101), 1521–1538.
- Nybo L., & May M. (2015). Effectiveness of inquiry-based learning in an undergraduate exercise physiology course. *Advances in physiology education*, 39, 76–80.
- Olsen K. M., & Schaal B. A. (1999). Evidence on the origin of cassava: Phylogeography of *Manihot esculenta*. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 96(10), 5586–5591.
- Trigueros R., Padilla A. M., Aguilar-Parra J. M., Rocamora P., Morales-Gázquez M. J., & López-Liria R. (2020). The Influence of Emotional Intelligence on Resilience, Test Anxiety, Academic Stress and the Mediterranean Diet. A Study with University Students. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(6), 2071.
- United Nations (2006). Convention on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD). <https://www.un.org/development/desa/disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities.html>
- World Health Organization (2019). Metrics: Disability-Adjusted Life Year (DALY). WHO; World Health Organization. https://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/metrics_daly/e

La cooperazione intergenerazionale: criticità e prospettive nella digitalizzazione dei servizi

Gian Pietro Carrogu

Dipartimento di Pedagogia, Psicologia e Filosofia – Università degli Studi di Cagliari

La vita delle persone è in qualche modo sempre permeata da relazioni sociali e anche coloro che vivono in situazioni di isolamento geografico o personale in qualche modo si interfacciano giocoforza con l'alterità. Le persone hanno bisogni che non possono colmare autonomamente, oppure è il contesto stesso a richiedere qualche risposta, spesso di natura economica o qualche azione da compiere (Stoeklé et al., 2023). In questo contesto gli Stati hanno gestito e intrapreso molteplici ruoli, in primo luogo come enti erogatori di servizi. Questi sono stati erogati a sportello, negli uffici amministrativi per lungo tempo. Negli ultimi decenni progressivamente i servizi hanno maturato anche la ulteriore capacità di essere gestiti anche in procedure a distanza, in una sorta di universo parallelo che recentemente ha avviato una fusione con i servizi erogati nelle metodologie tradizionali. Ovvero i servizi erogati dallo Stato ai suoi cittadini stanno progressivamente migrando da una visione estremamente territoriale e fisica (servizi erogati a sportello, in uno spazio delimitato nel proprio Comune di residenza o circoscrizione) a servizi erogati attraverso le nuove tecnologie. Questi possono essere richiesti tramite tecnologie dell'informazione come e-mail e piattaforme interattive, allo stesso modo gli effetti di queste richieste, oltre ai casi nei quali si otterrà un documento nel proprio domicilio gli stessi prodotti delle richieste verranno erogati e trasmessi attraverso le nuove tecnologie (Choi & Cristol, 2021).

Queste nuove modalità di interazione con i servizi volti ai cittadini offrono molteplici vantaggi in quanto permettono di evitare di fare lunghe file negli sportelli o avere importanti tempi d'attesa al telefono, ma al contempo questa migrazione incontra alcune criticità relative alle risorse dedicate giustappunto alla migrazione telematica. Queste, infatti, essendo limitate necessitano di avviare una migrazione il più

rapida possibile al fine di ridurre i tempi di gestione di un doppio canale, portando quello tradizionale pian piano a scomparire. Questa migrazione si sta manifestando su più tipologie di servizi e contesti, volti al supporto, alla trasmissione di dati, documenti e ai canali informativi per i cittadini. Le stesse informazioni relative a servizi erogati dalle amministrazioni (come quella della raccolta dei rifiuti), spesso viaggiano tempestivamente all'interno di canali social degli Enti pubblici, ma al contempo questi canali non sono di semplice fruizione o capaci di coinvolgere l'intera popolazione poiché prevedono l'utilizzo di dispositivi quali smartphone, tablet o PC e non sempre l'intera popolazione possiede i device o la capacità di utilizzarli proficuamente. Questo contesto porta con sé una situazione paradossale, i dispositivi e canali telematici che potrebbero avere in sé la capacità di superare barriere di natura motoria o sensoriale rischiano al contempo di essere barrieranti se non utilizzati con specifici accorgimenti volti all'accessibilità, validi per l'intera popolazione.

Progressivamente negli ultimi anni nel panorama italiano si è discusso e si sono operate decisioni, investimenti e prescrizioni nell'ambito dell'Agenda Digitale Italiana, al fine di concretizzare gli obiettivi posti dall'Agenda Digitale Europea nell'ambito della Strategia "Europa 2020", si è parlato sempre più così di "cittadinanza digitale". Il significato della cittadinanza digitale è un argomento recentemente dibattuto anche nel panorama internazionale al fine di chiarirne i domini e gli ambiti nei quali questo può investire le persone in un dato ambito territoriale (Rivoltella, 2022).

Nel diritto esistono varie modalità di intendere la cittadinanza, attualmente vi è un interessante dibattito su alcune modalità di intenderlo. Possiamo avere lo *jus sanguinis* che individua il diritto di cittadinanza per la propria discendenza di sangue (pertanto uno o entrambi i genitori devono essere a loro volta cittadini dello Stato) o quello relativo al diritto di cittadinanza dato dal luogo dove si è nati.

Queste visioni di cittadinanza si rifanno a una condizione della persona per "appartenere" a una classe di persone nel pianeta che si possono dichiarare "cittadini" di uno Stato. Una condizione che richiama uno status riconosciuto da un'Entità nazionale, che ha suoi precisi confini, che fa rispettare questo status all'interno di esso e che li tutela, nei limiti delle sue possibilità, al di fuori di esso. Le considerazioni che si possono trarre da questa visione secondo Calzada (2021) sono relative al fatto che infondo la cittadinanza sia definita tale soprattutto attra-

verso il modo in cui le persone interagiscono tra loro e con lo Stato, rispetto a uno status di appartenenza passivo.

Il concetto di cittadinanza e con ciò che ne consegue, recentemente si è però scontrato con una pandemia globale, così come molti altri aspetti della società, dell'economia, della salute. Rispetto a quest'evento secondo Calzada siamo di fronte a una nuova tipologia di cittadinanza appunto "pandemica", concetto di cittadinanza, che ha stravolto la percezione di poco precedente, cosmopolita di cittadini del mondo, capaci di muoversi sia fisicamente che virtualmente in qualsiasi momento e in qualsiasi direzione. Da questo assunto però ne consegue che coloro che non sono capaci di esprimere la propria capacità di "cittadino digitale" in fondo sia meno "cittadini" degli altri, ovvero rischiano di godere in maniera molto più ridotta dei diritti degli altri cittadini.

Oggi ci troviamo in alcune parti del mondo verso una corsa alla digitalizzazione dei servizi alla persona, da quelli relativi alla salute a quelli amministrativi, fiscali, pensionistici. Nel continente europeo a partire dal 2010 l'Unione Europea si è dotata dell'*agenda digitale europea* e nel 2015 della "strategia per il mercato unico digitale" per creare un ambiente digitale "equo, aperto e sicuro".

L'Italia come altre nazioni europee ha adottato una serie di misure al fine di digitalizzare e potenziare i suoi servizi alla cittadinanza, con molteplici strumenti TS-CNS (Tessera Sanitaria-Carta Nazionale dei Servizi), CIE (Carta d'Identità Elettronica), SPID (Sistema Pubblico di identità Digitale), PEC (posta elettronica certificata), Firma digitale. Queste misure stanno progressivamente facendosi strada nella quotidianità e hanno ormai permeato la vita da cittadini del XXI secolo. Si è passati come afferisce Rivoltella da un modello del mondo digitale come parallelo a quello della "realtà fisica" nel quale i cittadini entrano ed escono, a un modello che fa parte come "estensione" della dimensione fisica del mondo; frequentemente influenzandola direttamente attraverso algoritmi capaci di influenzare la capacità decisionale delle persone.

Le amministrazioni stanno facendo un utilizzo sempre più ampio e generalizzato dei social network per condividere informazioni o trasmettere la propria vicinanza alla popolazione. Questo strumento se da un lato permette di raggiungere più persone in tempo reale, dall'altro contiene le spese (in quanto i social network non prevedono un abbonamento o pagamento per la pubblicazione di contenuti). Hanno un elevato grado di interattività e permettono che la popolazione possa esprimersi circa i contenuti condivisi facendo in modo che le criticità

rilevate possano essere smussate in tempi rapidi al fine di fidelizzare con più facilità i cittadini.

Tra i cittadini, vi sono alcune fette di popolazione che sono state meno esposte alle tecnologie, generando così un effetto a cascata che tra diffidenza, scarso esercizio, scarsa alfabetizzazione e aspettative a monte in fase di progettazione, ha portato queste persone a una serie di situazioni escludenti alimentando ed espandendo il fenomeno già in corso del *digital divide*, estendendolo in una prospettiva multidimensionale.

Esiste la percezione degli strumenti tecnologici come impersonali, alcune persone anziane hanno dichiarato di sentire la tecnologia come fredda e impersonale rispetto all'interazione con una persona nei servizi erogati tramite lo sportello. Le persone meno esposte alle tecnologie preferiscono un rapporto faccia a faccia allo sportello in quanto necessitano di un'interazione nella quale si possa comunicare nei modi tradizionali. Rispetto a questa diffidenza vi sono alcuni studi che intendono analizzare ciò che viene preferito dagli utenti dei servizi volti alla cittadinanza. Secondo gli studi di Prokop e Tepe (2022) gli utenti intendono ottenere il servizio richiesto efficacemente senza preoccuparsi troppo dell'interazione se sia con un impiegato o con un dispositivo. Nel caso ci fossero dei problemi, mancate erogazioni o disservizi l'utente non gradirebbe nessuna scusa sia che queste vengano fornite da una macchina o da una persona.

I dispositivi mobili ormai dominano sempre più l'ecosistema delle tecnologie che ruotano attorno ai moderni consumatori, dal secondo decennio del terzo millennio si sono sempre più imposte nell'uso quotidiano, permeando molteplici ambienti, quello della telefonia, della produzione multimediale e dell'intrattenimento. Coloro che per questioni anagrafiche relative a finalità lavorative, ludiche e/o ricreative, non sono stati esposti a queste tecnologie, non hanno avuto il tempo per fare i passi propedeutici all'acquisizione delle competenze necessarie per un utilizzo fluido e autonomo di queste. Nell'immaginario comune come rilevato anche da Prokop e Tepe vi sono alcuni assunti che prevedono a priori una grande diffidenza delle persone anziane verso le nuove tecnologie. I risultati del gruppo di ricerca di Zhang e He (2022) sollevano alcune criticità riguardo questa tematica ormai sotto i riflettori di più gruppi di ricerca. Anche secondo i loro studi gli anziani si avvicinano alle tecnologie con ritardo rispetto ai giovani e fanno un utilizzo più limitato delle risorse online. Facendo riferimento alla letteratura scientifica disponibile sostengono che questa storica-

mente li rappresenta come ostili e diffidenti verso le nuove tecnologie, ma che sia necessaria una ulteriore analisi per definire i contorni di criticità oggettivi e soggettivi oltre che al risultato; ovvero il rifiuto all'utilizzo del mezzo tecnologico. Nel loro lavoro hanno operato intervistando un campione di persone anziane e hanno rilevato il modo in cui le tecnologie hanno inciso nella loro vita. Dalla loro analisi emerge che le caratteristiche soggettive (psicologiche e cognitive) hanno inciso in maniera più impattante rispetto a criteri oggettivi (come l'età anagrafica) circa sull'utilizzo di queste. In questo contesto si innescano anche situazioni nuove, nelle quali i giovani supportano le persone anziane all'uso di strumenti, ribaltando la prospettiva storica che vedeva unicamente l'anziano come portatore di conoscenze da trasmettere alle giovani generazioni.

Altri ricercatori condividendo la ricerca di criteri oggettivi rilevano che con l'invecchiamento inizi un processo che coinvolge una riduzione della capacità cognitive, mnemoniche, motorie, sociali e sensoriali come riduzione della capacità uditiva e visiva e che questa possa incidere negativamente nel processo (Barbosa de Oliveira Camargo et al., 2022). Zhang in questo contesto rileva che le nuove tecnologie possono divenire più accessibili operando verso un adattamento delle interfacce sia sul lato software che hardware colmando quello che definisce "decadimento" causato dall'età attraverso adattamenti e facilitatori software e hardware. Nel loro lavoro i ricercatori rilevano infine che vista la soggettività dei criteri pregiudicanti l'utilizzo e la fruizione di servizi e strumenti digitali, come l'estrazione sociale, la disponibilità economica, esposizione ai media e soprattutto l'obiettivo d'utilizzo dello strumento digitale, sia utile indagare questa tematica attraverso delle ricerche qualitative, in quanto solamente dai dati quantitativi rilevati in precedenza non si è ancora stati capaci di mettere in luce le estreme differenze individuali pregiudicanti l'accesso alla cittadinanza digitale (Zhang & He, 2022).

Il rischio in questo frangente è di intraprendere un percorso di *esclusione digitale* un processo che può svilupparsi per via involontaria o come conseguenza di una scelta personale. Può avvenire per via involontaria per mancanza di opportunità, la questione della scelta personale è stata dibattuta da Cho e collaboratori, definendola come "*la selezione tra le scelte dei media in base a quanto ciascuna opzione li aiuti a soddisfare esigenze o obiettivi specifici*" (Cho et al., 2003) e ciò è valido soprattutto per coloro che hanno disponibilità di tecnologie e dispositivi (Eynon & Helsper, 2011).

Il tema dei fattori individuali relativi all'utilizzo delle tecnologie dell'informazione ci porta ad approfondire così il rapporto già anticipato tra generazioni nel contesto della crescente digitalizzazione. Questo scambio può avvenire su più livelli differenti, con alcune sovrapposizioni.

Le persone scarsamente esposte alle tecnologie per svariate ragioni, alcune già dibattute anche dal lavoro di ricerca presentato poco sopra, possono avere importanti difficoltà ad accedere ai già citati servizi digitali offerti dalle pubbliche amministrazioni, ottenere documentazione sanitaria o semplici informazioni da parte di Enti o società che offrono servizi alla cittadinanza. Questa difficoltà per essere superata può essere affrontata in diverse modalità. Una prima strada è quella della delega, ovvero lasciare che terzi, spesso i più giovani, frequentemente più esposti alle tecnologie si prendano carico dei compiti "digitali" che potrebbero essere svolti direttamente dalle persone più anziane. Una seconda via è quella del "fare insieme", su richiesta del parente o affine, svolgere l'attività necessaria con il supporto di un parente o conoscente più giovane che possa svolgere compiti da assistente/guida (Choolayil & Putran, 2022). Una terza via è quella dell'apprendimento, ovvero il parente o conoscente più giovane tenta di insegnare a utilizzare il mezzo/strumento/dispositivo o il portale nel quale vengono erogati i servizi digitali. Ciascuna di queste strade percorribili è da ricondurre alle risorse interne ed esterne dell'adulto. Una persona con più difficoltà potrebbe tendere a delegare maggiormente di un adulto anziano che nel suo percorso di vita si è interfacciato ed è stato spesso esposto a tecnologie.

Questi tre scenari aprono una serie di problematiche di natura etica e giuridica. La via della delega porta a rischiare di incorrere in una serie di problematiche di natura giuridica in quanto l'identità digitale della persona che viene supportata è indirettamente, anche se con il consenso di questa, esposta a una fuoriuscita di informazioni personali che giocoforza verranno condivise con un terzo, appunto colui che sarà di supporto e verrà delegato a svolgere il compito richiesto. Questo potrebbe portare a conoscenza di dati estremamente sensibili anche di natura economica o sanitaria un giovane delegato e se da un lato possiamo riconoscere facilmente una persona che subisce una forzosa condivisione di dati personali, dall'altra avremmo il giovane delegato che potrebbe essere investito di una gravosa responsabilità circa la segretezza di questi dati.

La condivisione dell'azione, il "fare insieme" sulla stessa linea potrebbe investire i tre attori, persona che viene supportata, giovane che supporta ed Ente nel quale avviene l'operazione. Il fare insieme potrebbe portare il giovane supportante a vedere anche involontariamente informazioni estremamente private. L'adulto vedersi anche in questo caso spogliato dalla riservatezza dei suoi dati (Brites & Castro, 2022).

Nel terzo caso il rischio di fuoriuscita di informazioni personali è molto più circoscritto ma resta sempre quello relativo all'errore, ovvero a spiegare le operazioni da svolgere in modo errato, portando la persona anziana a non risolvere il compito o a creare problemi. Questo elemento, ovvero quello dell'errore da parte di terzi capace di creare un danno, è una costante anche nelle altre vie in quanto nella delega potrebbe esservi, causa di una dimenticanza, anche danno economico, una sanzione amministrativa o penale.

Le persone con l'età possono acquisire sospetto e preoccupazione verso l'utilizzo di strumenti digitali, queste persone nel loro percorso di vita potrebbero avere avuto una scarsa esposizione agli strumenti informatici ed essere ancorati a strumenti analogici, rendendo le tecnologie digitali di difficile comprensione. In particolare, potrebbe essere oscura la modalità l'utilizzo di queste, le possibilità e potenzialità offerte e i loro limiti (Baptista & Gradim, 2020). Nei processi di invecchiamento inoltre potrebbero innescarsi meccanismi di irrigidimento nelle modalità di vivere e la possibilità di abbracciare nuove tecnologie potrebbe rappresentare un allontanamento importante da ciò a cui queste persone sono state abituate, potrebbero così manifestarsi in esse resistenze e fenomeni ansiosi; così come il timore di avere danni verso la propria privacy e sulla sicurezza dei propri dati può portare così ad atteggiamenti di evitamento generalizzato verso gli strumenti digitali (Barbosa de Oliveira Camargo et al., 2022).

Il contatto delle persone di età differente negli anni si è ridotto drasticamente. Vi sono molteplici cause relative a questo fenomeno. Andando a ritroso rileviamo come gli effetti della società post-pandemica con normalizzazione di contatti personali digitalizzati, come la migrazione di comunicazioni, frequentemente anche interne alle stesse istituzioni che hanno nel tempo proceduto verso contatti sempre più "mediati da tecnologie"; dall'incontro personale alla telefonata e infine a un contatto attraverso sistemi di messaggistica o help desk. Gli effetti pandemici hanno nel corso degli ultimi anni portato a restrizioni importanti nel campo della mobilità delle persone, dell'accesso di queste a istituzioni scolastiche, strutture residenziali per anziani e alla chiu-

sura compartimentale degli enti governativi e sanitari, in particolare al lavoro a distanza e flessibile, che spesso ha portato le persone a essere sempre più connesse e immerse nel contesto lavorativo anche di molto oltre l'orario di lavoro.

Prima di questi impattanti eventi le società occidentali erano comunque già avviate verso una frammentazione del contatto intergenerazionale. La vita scolastica e lavorativa, l'uso massiccio di social network e la crescente mobilità delle persone lontano dalle proprie comunità causa lavoro e studio stava già intaccando nella capacità di contatto e trasmissione culturale tra generazioni. Solo tra le ultime delle numerose motivazioni che stanno impattando nei contatti e alla crescente *segregazione intergenerazionale* (Calzada, 2022; Murphy, 2020; Pedro & Teixeira, 2021).

Gli interventi intergenerazionali sono un campo di ricerca relativamente nuovo, ma con un progressivo interesse da parte dei ricercatori che stanno indagando con sempre più sistematicità gli interventi basati su queste modalità. Questa tematica sta rivestendo sempre maggiore interesse anche perché secondo molti ricercatori questa frammentazione può portare a numerosi contraccolpi di natura economica, sociale e culturale. La frammentazione dei rapporti intergenerazionali presenta il rischio concreto di un danno importante nel capitale sociale della comunità, portando con sé a un incremento dei costi dei servizi volti alla sanità, a impatti importanti nel campo della salute psicologica, incrementando la dipendenza da media, privando quest'esposizione a una condivisione e incontro di più punti di vista, generando impattanti fenomeni ansiosi nella popolazione.

Nella letteratura scientifica vi sono molteplici evidenze che suggeriscono che la pratica intergenerazionale possa favorire l'incontro, incidendo nella riduzione della solitudine sia nel bambino che nel longevo, nei giovani l'auto-alienazione prodotta dagli strumenti multimediali sta alimentando fenomeni come quello degli *hikikomori* (Coceli et al., 2023), nell'anziano la progressiva frammentazione familiare (Bagheri et al., 2021) e fuga dei giovani, per causa lavorativa, ha già da tempo avviato fenomeni di isolamento di alcune strutture familiari incidendo particolarmente in quelle con meno mobilità e contatto sociale. Per i giovani gli effetti positivi della pratica intergenerazionale possono incidere nel favorire la comprensione di importanti assunti come gli stili di vita salutogenici, la gestione delle criticità e di fenomeni impattanti come quelli di natura sanitaria, economica e mutazioni sociali incidendo positivamente nella gestione dell'ansia. Per gli an-

ziani gli approcci basati su queste tipologie di attività nella letteratura internazionale hanno prodotto un incremento sul piano del benessere psicologico e la riscoperta di un ruolo attivo e funzionale del longevo nella società (Amaral et al., 2022).

Questi interventi spesso sono erogati da enti e associazioni del terzo settore, possono essere erogati in molte modalità e luoghi come nelle scuole, nelle strutture residenziali, nelle biblioteche o nelle sedi delle associazioni. Queste modalità che permettono l'incontro di persone provenienti da differenti generazioni tutto sommato portano generalmente ricadute positive ma vi sono tuttavia anche delle criticità o punti oscuri sulla conoscenza di queste metodologie, alcuni ricercatori in particolare sostengono la necessità di approfondire una serie di ambiti (Campbell et al., 2023).

In un panorama europeo che vede crescere il numero di over 65 anni gli approcci analizzati da Campbell e collaboratori divengono sempre più interessanti e può essere utile pensarne una rappresentazione nell'ambito digitale. Infatti, le popolazioni più longeve vivono una costante *disuguaglianza digitale* definita da Büchi e Hargittai (2022) come *al modo in cui la posizione sociale delle persone influenza il loro accesso digitale, le competenze e i tipi di utilizzo, nonché i risultati dell'impegno digitale, che in ultima analisi si ripercuotono sulle loro possibilità di vita*. L'isolamento e il disinvestimento nel tessuto sociale delle persone anziane nel loro studio si è configurato come un ulteriore elemento di criticità. Questi elementi sono emersi in modo ancora più lampante con lo scoppio della pandemia di Covid-19 in quanto l'isolamento sul totale della popolazione è stato affrontato da tutti gli stati che hanno deciso di operare pratiche di quarantena attraverso strumenti digitali, sia in campo lavorativo, che ludico e soprattutto per mantenere attiva la rete sociale. Molteplici famiglie hanno fatto largo uso degli strumenti informatici per comunicare ma alcuni membri di queste famiglie hanno avuto un accesso più limitato o ne sono stati esclusi. Queste persone sono state al contempo escluse dall'accesso diretto alle informazioni dalla rete internet e invece hanno ricevuto la maggior parte delle informazioni riguardo la crisi sanitaria attraverso i media tradizionali, venendo però privati della possibilità di condividere punti di vista, sentimenti, emozioni, buone prassi e soluzioni individuate durante l'emergenza sanitaria (Kanižaj & Brites, 2022). Dagli studi proposti da Kanižaj e Brites (2022) emergono interessanti spunti di riflessione, nel loro studio infatti hanno progettato e realizzato dei laboratori durante l'arco temporale pandemico, nei quali si potessero incontrare giovani e anziani creando

uno spazio nel quale si potesse dibattere sui punti di forza e criticità circa i media-digitali, i social network e la rete in generale; il gruppo di ricercatori ha inoltre fatto emergere la sorpresa dei partecipanti al progetto di fronte a tematiche quali fake news e clickbait, ma anche soddisfazione dei partecipanti impegnati nel progetto. Anche il gruppo di Kanižaj e Brites come Büchi e Hargittai condivide la visione secondo la quale le persone anziane differiscono nel loro approccio al digitale a seconda di caratteristiche strutturali e personali, come le funzionalità uditive, visive, cognitive, le conoscenze precedenti, l'esposizione agli strumenti telematici e l'aspettativa riposta nei media digitali. Nella loro ricerca hanno affrontando le tematiche riguardanti il *digital divide* hanno rilevato come tra le molteplici variabili che incidono in questo fenomeno quando ci si trova di fronte alla variabile età ci si possa riferire più a un *grey divide* inteso come "disuguaglianze tra gruppi di età con particolare attenzione ai membri più anziani della società rispetto ai loro successori più giovani" (Morris & Brading, 2007). Queste manifestazioni hanno come conseguenza un inasprimento dell'esclusione delle persone che più ne beneficerebbero dall'*alfabetizzazione sanitaria* fondamentale in situazioni di crisi.

Una interessante modalità d'azione possibile si configura come la *digital storytelling*, ovvero la narrazione digitale, per favorire le narrazioni personali attraverso strumenti innovativi, in modalità capaci di inserirsi in una cultura già permeata da modelli simili di narrazioni digitali già percorse nel modello dei social network.

La narrazione e la reminiscenza sono così stimulate attraverso dei processi capaci di attivare modalità astrattive reali o di fantasia volte a comprendere, condividere e costruire strutture identitarie. Questi processi si sono rivelati come capaci di supportare il benessere delle persone e un approccio volto a più generazioni sull'analisi offerta da Campbell e collaboratori non può che produrre effetti positivi. Così i processi di narrazione ben si sposano con i ruoli culturalmente e storicamente percepiti dei longevi, ovvero come saggi capaci di raccontare e raccontarsi, e attraverso queste narrazioni influenzare e trasmettere le fondamentali cornici culturali e sociali. Le narrazioni digitali così si pongono come medium di contenuti che attraverso uno o più canali multimediali, sistemi di messaggistica o ipertesti telematici possono giungere e attivare interazioni tra diverse generazioni. Il punto di forza della narrazione digitale è proprio nello strumento e nel suo utilizzo operativo sia hardware che software. Questo interfacciarsi porta con sé una ludicizzazione ambivalente, sia nella produzione delle narra-

zioni, che nella fruizione. Attraverso costrutti interattivi, obiettivi da raggiungere o storie a bivi (Ortet et al., 2022).

L'esclusione digitale, il digital divide, il grey divide e la disegualianza digitale, sono ormai delle manifestazioni che rischiano di inacerbire il mancato accesso a elementi fondamentali della vita sociale e di cittadinanza di parti sempre più ampie della popolazione. Nella letteratura scientifica vi sono molteplici richiami alla necessità di individuare soluzioni a queste situazioni nelle quali manca la possibilità di avere pari opportunità per tutti i cittadini, il rischio oltre che morale è chiaramente di natura economica che sociale. La privazione dei diritti personali alla riservatezza, all'autonomia oltre che pesare da un punto di vista di diritto sono anche un onere per terzi, che siano impiegati nel tessuto familiare o di servizi costituiti ad-hoc dalle amministrazioni. Questo contesto può essere affrontato attraverso molteplici direzioni, particolarmente utile secondo la letteratura internazionale si configura quella degli approcci intergenerazionali, che dai dati rilevati incidono su diversi gruppi d'età portando benefici alle due fette di popolazione maggiormente esposte al rischio di isolamento ed esclusione. Da più studi analizzati emerge come sia necessario incrementare la ricerca e la sperimentazione attraverso queste modalità d'azione al fine di individuare ulteriori elementi e modalità di azione efficace.

Riferimenti bibliografici

- Amaral, I., Flores, A. M., Antunes, E., & Brites, M. J. (2022). Intergenerational Digitally Mediated Relationships: How Portuguese Young Adults Interact with Family Members Over 65+. *Lecture Notes in Computer Science (Including Subseries Lecture Notes in Artificial Intelligence and Lecture Notes in Bioinformatics)*, 13331 LNCS, 335–348. Scopus. https://doi.org/10.1007/978-3-031-05654-3_23
- Bagheri, N., Mavoia, S., Tabatabaei-Jafari, H., Knibbs, L. D., Coffee, N. T., Salvador-Carulla, L., & Anstey, K. J. (2021). The Impact of Built and Social Environmental Characteristics on Diagnosed and Estimated Future Risk of Dementia. *Journal of Alzheimer's Disease*, 84(2), 621–632. Scopus. <https://doi.org/10.3233/JAD-210208>

- Baptista, J. P., & Gradim, A. (2020). Understanding fake news consumption: A review. *Social Sciences*, 9(10), 1–22. Scopus. <https://doi.org/10.3390/socsci9100185>
- Barbosa de Oliveira Camargo, M., Valério Rino, M., da Cruz Landim, P., & Sementille, A. C. (2022). The Impact of the Interface on the Perception of Trust of Older Adults Users When Using the Smartphone. In Q. Gao & J. Zhou (A c. Di), *Human Aspects of IT for the Aged Population. Design, Interaction and Technology Acceptance* (pp. 151–159). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-031-05581-2_12
- Brites, M. J., & Castro, T. S. (2022). Digital Rights, Institutionalised Youths, and Contexts of Inequalities. *Media and Communication*, 10(4), Articolo 4. Scopus. <https://doi.org/10.17645/mac.v10i4.5663>
- Büchi, M., & Hargittai, E. (2022). A Need for Considering Digital Inequality When Studying Social Media Use and Well-Being. *Social Media + Society*, 8(1), 20563051211069124. <https://doi.org/10.1177/20563051211069125>
- Calzada, I. (2022). How digital citizenship regimes are rescaling European nation-states. *Space and Polity*, 26(1), Articolo 1. Scopus. <https://doi.org/10.1080/13562576.2022.2072197>
- Campbell, F., Whear, R., Rogers, M., Sutton, A., Robinson-Carter, E., Barlow, J., Sharpe, R., Cohen, S., Wolstenholme, L., & Thompson-Coon, J. (2023). Non-familial intergenerational interventions and their impact on social and mental wellbeing of both younger and older people—A mapping review and evidence and gap map. *Campbell Systematic Reviews*, 19(1), e1306. <https://doi.org/10.1002/cl2.1306>
- Cho, J., Gil, H., Gil de Zúñiga, H., Rojas, H., & Shah, D. (2003). Beyond Access: The Digital Divide and Internet Uses and Gratifications. *IT&Society*, 1, 46–72.
- Choi, M., & Cristol, D. (2021). Digital citizenship with intersectionality lens: Towards participatory democracy driven digital citizenship education. *Theory into Practice*, 60(4), Articolo 4. Scopus. <https://doi.org/10.1080/00405841.2021.1987094>
- Choolayil, A. C., & Putran, L. (2022). Transcending borders and stereotypes: Older parents' intergenerational contacts and social networking through digital platforms. *International Journal of Ageing and Later Life*, 15(2), Articolo 2. Scopus. <https://doi.org/10.3384/ijal.1652-8670.3504>
- Coeli, G., Planas-Lladó, A., & Soler-Masó, P. (2023). The relevance of educational contexts in the emergence of Social Withdrawal (hikikomori). A review and directions for future research. *International Journal of*

- Educational Development, 99. Scopus. <https://doi.org/10.1016/j.ijedudev.2023.102756>
- Eynon, R., & Helsper, E. (2011). Adults learning online: Digital choice and/or digital exclusion? *New Media & Society*, 13(4), 534–551. <https://doi.org/10.1177/1461444810374789>
- Kanižaj, I., & Brites, M. J. (2022). Digital Literacy of Older People and the Role of Intergenerational Approach in Supporting Their Competencies in Times of COVID-19 Pandemic. In Q. Gao & J. Zhou (A c. Di), *Human Aspects of IT for the Aged Population. Design, Interaction and Technology Acceptance* (Vol. 13330, pp. 335–345). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-031-05581-2_25
- Morris, A., & Brading, H. (2007). E-literacy and the grey digital divide: A review with recommendations. *Journal of Information Literacy*, 1(3), 13. <https://doi.org/10.11645/1.3.14>
- Murphy, M. P. A. (2020). COVID-19 and emergency eLearning: Consequences of the securitization of higher education for post-pandemic pedagogy. *Contemporary Security Policy*, 41(3), Articolo 3. <https://doi.org/10.1080/13523260.2020.1761749>
- Ortet, C., Veloso, A. I., & Vale Costa, L. (2022). Senior Citizens as Storytellers: Contribution to Gamified Contexts. In Q. Gao & J. Zhou (A c. Di), *Human Aspects of IT for the Aged Population. Design, Interaction and Technology Acceptance* (pp. 69–79). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-031-05581-2_6
- Pedro, F. X., & Teixeira, A. C. (2021). The impact of accelerated digital transformation on educational institutions. In *Handbook of Research on Developing a Post-Pandemic Paradigm for Virtual Technologies in Higher Education* (pp. 1–26). Scopus. <https://doi.org/10.4018/978-1-7998-6963-4.ch001>
- Prokop, C., & Tepe, M. (2022). Talk or type? The effect of digital interfaces on citizens' satisfaction with standardized public services. *Public Administration*, 100(2), Articolo 2. <https://doi.org/10.1111/padm.12739>
- Rivoltella, P. C. (2022). Educating to Digital Citizenship: Conceptual development and a framework proposal. *Journal of E-Learning and Knowledge Society*, 18(3), Articolo 3. Scopus. <https://doi.org/10.20368/1971-8829/1135821>
- Stoeklé, H.-C., Ivasilevitch, A., & Hervé, C. (2023). Good practice in medicine and biology: Scientific integrity needs global bioethics. *Journal of Translational Medicine*, 21(1). Scopus. <https://doi.org/10.1186/s12967-022-03847-0>

Zhang, H., & He, R. (2022). A study on digital inclusion of Chinese rural older adults from a life course perspective. *Frontiers in Public Health*, 10, 974998. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.974998>

Invecchiamento e Disabilità: alcune considerazioni preliminari

di Roberta Berti^{1 2}

¹Dottorato Tecnologie e Metodi per la formazione universitaria -Università degli Studi di Palermo

²Dipartimento di Pedagogia, Filosofia, Psicologia- Università degli Studi di Cagliari

L'aumento della longevità della popolazione che si è verificato nelle ultime decadi (rivoluzione demografica), si delinea come un fenomeno antropologico e sociale complesso e ha interessato sempre più gli studi e le indagini della comunità scientifica (Petretto, Pili, 2022). Oggi sappiamo che la popolazione mondiale vive più a lungo rispetto al passato e che il vivere più a lungo determina nuove sfide per le persone e richiede nuove capacità di adattamento e di riorganizzazione centrali al fronteggiare le peculiarità delle varie tappe e fasi del ciclo di vita e maggiori rischi di sviluppare disturbi e patologie legate all'età (Petretto, Pili 2019; Pili, Petretto, 2019). Una maggiore aspettativa di vita è dunque caratteristica odierna della popolazione, anche di quella in condizioni di disabilità. Durante il corso del ventesimo e del ventesimo secolo, si è man mano realizzato un cambiamento nell'ottica interpretativa riferita alle conseguenze tipiche che le patologie di grado severo possono avere sulle persone, passando da un focus primario incentrato sul rischio di morte correlato, ad uno riguardante le conseguenze sull'autonomia nelle attività di vita quotidiane ed i cambiamenti nei percorsi di sviluppo, nelle attività d'apprendimento, nel lavoro e nelle attività occupazionali e in generale nella qualità della vita, in vista anche di formulare criteri di eleggibilità per varie forme di assistenza sociale necessarie per tutti coloro che si ritrovano in condizioni di criticità a causa di patologie croniche. Il concetto di disabilità ha subito un'importante evoluzione durante gli ultimi decenni. È avvenuta una vera e propria evoluzione concettuale nei modelli d'interpretazione della disabilità a livello mondiale e si potrebbe raggruppar-

li in quattro tipologie concettuali a seconda dell'ottica interpretativa applicata sulla disabilità e sui fattori presi in esame dall'analisi attuata. I modelli principali sulla disabilità che si sono sviluppati ed evoluti a livello internazionale sono questi (Masala, Petretto, 2008, Petretto et al., 2017):

- pathology-related models
- advanced pathology-related models
- environment related models
- interaction between the person and the environment-related models.

Il primo gruppo comprende quei modelli che analizzano principalmente il ruolo della patologia presente in un individuo (pathology-related models: limitazioni funzionali come attributo della persona e come conseguenza della patologia). Nel secondo gruppo ci sono i modelli che si focalizzano sulla relazione tra la patologia e le sue conseguenze (advanced pathology-related models: ruolo della severità della patologia nelle dinamiche di disablement). Nel terzo gruppo ci sono dei modelli che pongono l'accento sul ruolo dell'ambiente nelle dinamiche di disablement (environment related models). Nel quarto gruppo, infine, i modelli si soffermano sul ruolo della relazione tra persona e ambiente (interaction between the person and the environment-related models: relazione tra le caratteristiche della persona e il suo ambiente di riferimento).

SVILUPPO ED EVOLUZIONE DEI MODELLI CONCETTUALI SULLA DISABILITÀ

Attraverso numerose revisioni dei modelli concettuali sulla disabilità diffusi inizialmente nella seconda metà del ventesimo secolo, si è assistito a livello internazionale ad un'evoluzione interpretativa che è partita da modelli d'interpretazione applicati alla disabilità in generale di carattere puramente "medico" (pathology-related models e advanced pathology-related models) ad altri di carattere più "sociale" (environment related models), sino ad approdare ai modelli di tipo "bio-psico-sociale" (interaction between the person and the environment-related models), dal carattere interattivo e multidimensionale, che includevano il ruolo dei fattori ambientali nella creazione del processo di disabilità. I primi modelli concettuali erano incentrati sulle ca-

ratteristiche della persona, in cui la presenza della patologia era sinonimo di limitazioni funzionali, con ampio rischio di stigmatizzazione delle persone, alle quali si attribuiva una mancanza di indipendenza funzionale di base a causa della patologia presente, senza discernere tra lo status funzionale attuale, diversi gradi di severità della patologia e altre variabili in gioco, causando spesso, per le persone in condizioni di disabilità, una privazione di libertà, spesso istituzionalizzazione ed esclusione dal mercato del lavoro, conducendole a stati di povertà e allontanamento dalla vita e sociale. I modelli successivi, attraverso numerosi studi, integrazioni e revisioni di quelli precedenti, a partire dalla fine degli anni '50 e lungo gli anni '70 e '80 (Nagi, 1965; Wood, 1987; Wood, 1989), hanno condotto ad una nuova interpretazione, ponendo il focus, dapprima, sulle possibili diverse conseguenze della patologia, con lo scopo di descrivere il processo attraverso il quale le persone possono ritrovarsi ad avere limitazioni funzionali e disabilità (advanced pathology-related models), poi sul ruolo decisivo dell'ambiente (environment related models), che aveva spesso un impatto negativo sia dal punto di vista sociale che fisico nella creazione del processo di disabilità (Nagi, 1991; Verbrugge e Jette, 1994). Secondo questi ultimi modelli, a causa di una visione paternalistica diffusa nell'approccio alle patologie e alla gente con patologie, troppe persone in condizioni di problematicità funzionali e strutturali venivano private della loro autorità, della libertà e della possibilità di scegliere per le loro vite: le valutazioni mediche influenzavano tutti gli aspetti delle loro vite e l'ambiente sociale formava difficoltà limitando la loro autonomia e la loro indipendenza (ottica della persona come "disabled by the environment"). Il processo di disablement si connotò, dunque, come il risultato della perdita o della limitazione dell'opportunità di partecipare alla vita individuale e sociale a causa di barriere fisiche e sociali, con l'effetto del privare le persone della possibilità di svolgere specifici compiti. Negli anni '90 si svilupparono così dei modelli più multifaccettati, multidirezionali ed inclusivi (interaction between the person and the environment-related models) basati sull'innovativa introduzione del ruolo pregnante dell'ambiente nella formazione del processo di disablement (Brandt & Pope, 1997) e si focalizzarono su un'importante nuova lettura del concetto di disabilità, domandandosi se il processo di disablement fosse una conseguenza inevitabile delle patologie (circolo vizioso del disablement) o se questo circolo vizioso potesse essere spezzato per attivare invece una reversibilità delle condizioni disabilitanti (circolo virtuoso di enablement). Attraverso l'evol-

luzione dei modelli concettuali sulla disabilità si è man mano assistito alla formazione di queste tre tendenze principali nelle concettualizzazioni interpretative sulla disabilità (Petretto et al., 2017, Mouchaers et al., 2022):

- 1) il passaggio da un percorso unidirezionale e lineare ad uno multidirezionale e non lineare
- 2) il passaggio dalla conseguenza del disagio alla conseguenza dell'interazione tra persona e ambiente
- 3) dal disablement alla salute e al funzionamento.

I PROCESSI DI ENABLEMENT E DI DISABLEMENT

L'approdo ai concetti chiave di enablement e disablement è risultato fondamentale, in quanto ha contribuito ad uscire da una visione deterministica, statica e inevitabile della disabilità e a parlare in termini di possibilità, distinguendo tra loro gli esiti che possono verificarsi in seguito alla relazione tra specifiche condizioni individuali e determinate condizioni ambientali. Attraverso l'evoluzione dei modelli concettuali del ventunesimo secolo, oggi ci si può domandare come e perché una persona possa funzionare meglio o peggio e quali variabili possano mediare la relazione tra la persona ed il suo funzionamento. Il concetto di disablement si è così evoluto, passando da una connotazione di intrinsecità nella persona ad una di eventualità tra possibili esiti del rapporto tra persona e contesto sociale e culturale di riferimento. Si è posto sempre più il focus sulla disabilità intesa come processo dinamico e sull'esistenza di tre dimensioni del processo di disablement (Individuo, Ambiente, Interazione tra individuo-ambiente). Secondo questa visione dinamica del processo di disablement, si rende maggiormente chiara la responsabilità delle tre dimensioni nel processo intero: l'incontro tra una persona con patologie connotate da potenzialità disabilitanti ed il suo ambiente di riferimento può generare o meno un disablement, ed esso può avere un livello più o meno grave, a seconda che l'ambiente circostante sia più o meno supportivo e a seconda della presenza in esso di pochi o molti ostacoli e barriere. Quindi, a parità di deficit e disturbi e/o limitazioni funzionali, possono risultare diversi livelli di disablement in base alla relazione tra un determinato individuo con le sue specificità ed il suo ambiente di riferimento, denotando che l'ambiente può avere influenza positiva o negativa sul benessere e sulla qualità della vita delle persone. La realizzazione del modello ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health)

nel 2001 (World Health Organization, 2001), introdusse il concetto di gap (divario) tra capacità e performance, sottolineando che è l'impatto dell'ambiente a generare tale divario e che ciò può informare anche su come modificare l'ambiente per ridurre tale divario e per migliorare la performance. L'ICF descrive il processo di disablement come il risultato dell'interazione tra persona e ambiente, focalizzandosi su tutte e tre le dimensioni sopracitate. Dunque, non è più sufficiente la sola presenza di condizioni di salute patologiche e di peculiarità individuali per parlare di situazioni limitanti o disabilitanti del funzionamento della persona, ma la sua relazione con l'ambiente di riferimento diviene una variabile indispensabile e imprescindibile per parlare di condizioni di disabilità. Così il disablement non è più una caratteristica intrinseca e statica dell'individuo ma è oramai inteso come uno dei possibili esiti di un percorso fondato sulla relazione tra individuo e ambiente e caratterizzato da un esito negativo: una variabile dipendente funzione dell'interazione tra costui e il suo ambiente. Attualmente, con la diffusione del modello ICF dell'OMS in scala mondiale, la disabilità non è più vista come un attributo della persona né come un evento statico, ma come un processo dinamico che può variare in ampiezza e severità lungo il corso della vita e attraverso i vari scenari ambientali (World Health Organization, 2001). Oggi, i modelli come l'ICF risultano i più avanzati a livello internazionale in termini di inclusione di questa prospettiva interpretativa di tipo interazionale persona-ambiente.

LE DUE TRAIETTORIE NELLA RELAZIONE AGEING-DISABILITY

Il concetto di ciclo di vita (life span) è alla base del modello concettuale di nostra applicazione nell'ambito dell'ottica della Psicologia Clinica della Disabilità: siamo interessati a comprendere le sue fasi e ciò che accade in ciascuna di esse, in termini di ragionamento sulle implicazioni in atto quando le persone si trovano ad affrontare condizioni di disabilità. Bisogna ragionare dunque sulle tematiche della disabilità e del ciclo di vita, relazionandole costantemente tra loro in maniera multidirezionale e multidimensionale: in ogni fase del ciclo di vita vi sono infatti compiti evolutivi da portare a termine e tutta una serie di dinamiche centrali e preganti che vanno ad intercorrere ed incastrarsi con le sfide che eventuali condizioni di disabilità (pregresse o nuove) vanno a creare.

In tal senso è centrale distinguere l'esistenza di due principali traiettorie in merito al concetto di disabilità secondo la Psicologia Clinica della Disabilità (Verbrugge e Yang, 2002; Petretto, Pili 2022):

- 1a TRAIETTORIA: AGEING WITH DISABILITY – INVECCHIARE CON DISABILITA', Focus sulle persone che incontrano condizioni disabilitanti nelle fasi iniziali del ciclo di vita ed invecchiano in condizioni di disabilità (grazie ai progressi nei servizi socio-sanitari possono avere una maggiore aspettativa di vita e vivere più a lungo): l'insorgenza delle condizioni di disabilità avviene durante la giovane età.
- 2a TRAIETTORIA: DISABILITY WITH AGEING – INCONTRARE LA DISABILITA' DURANTE L'INVECCHIAMENTO, Focus sulle persone che incontrano condizioni disabilitanti nelle fasi avanzate del ciclo di vita, durante il loro processo di invecchiamento: insorgenza delle condizioni di disabilità avviene durante l'invecchiamento (età adulta e senile).

Le patologie, infatti, possono insorgere lungo il ciclo di vita in diverse fasi (o età) ed il periodo evolutivo della loro insorgenza si delineerà come importante fattore caratterizzante l'ampiezza e la specificità dell'insieme di dinamiche correlate che entreranno in campo. Le strategie personali di reattività e adattamento alla patologia sono mediate sia dalla fase d'insorgenza durante il ciclo di vita che dalla presenza o meno di una valida rete di supporto da parte dell'ambiente di riferimento. Vi sono infatti importanti differenze nelle dinamiche individuali, relazionali, sociali implicate nelle diverse fasi del ciclo di vita (bambino, adolescente, giovane adulto, adulto, anziano) e nelle modalità di gestione dei compiti evolutivi e delle sfide che si incontrano lungo il percorso.

Nelle fasi avanzate del life span bisogna considerare che si attuano tutta una serie di cambiamenti fisiologici dovuti al normale invecchiamento del corpo con processi di deterioramento e di consumo delle abilità funzionali. La fisiologica erosione dell'organismo durante l'invecchiamento può essere accompagnata anche da processi di modifica ulteriori dovuti ad una sopraggiunta patologia, o ad una comorbidità tra più patologie, che possono mettere l'individuo di fronte a condizioni critiche di diversi gradi di severità, approdando anche a possibili condizioni di disabilità. Si configurano dunque come variabili pregnanti per la nostra indagine sulle implicazioni dell'insorgenza di disturbi causa di disabilità:

- Fase di insorgenza durante il ciclo di vita
- Ambiente di riferimento
- Strategie individuali di coping.

LE STRATEGIE DI COPING

Il coping è un processo a lungo termine di adattamento ad eventi stressogeni che possono occorrere lungo il ciclo di vita individuale e in cui le strategie applicate per fronteggiare l'impatto di questi accadimenti sono variabili e dipendenti dalle circostanze e non solo dalle risorse individuali. I sentimenti e le sensazioni conseguenti ad una patologia disabilitante si intersecano tra loro nelle diverse fasi del processo progressivo delle condizioni di salute, vi sono periodi di accettazione e altri di rifiuto, sebbene sia passato molto tempo dall'esordio patologico, si passa per superamenti di alcune dinamiche interpretative delle condizioni di salute e di vita in cui ci si ritrova e anche ritorni a precedenti stati di interpretazione, con un'alternanza tra momenti buoni e cattivi, accettazione e sconforto. Si può tipicamente, dunque sperimentare un'evoluzione verso un vero e proprio adattamento ed accettazione delle nuove condizioni di vita (coping adattivo) e poi una regressione e rifiuto di quanto vissuto sino al momento e ritornare a vecchie modalità adattive non funzionali (coping disadattivo). Diversi studi hanno confermato la correlazione tra utilizzo di strategie di coping positive e migliore qualità della vita (Rai et al., 2019). Le strategie di coping si evolvono nel tempo, possono essere modificate e integrate tra loro ed è utile comprenderne il significato in relazione ad un possibile miglioramento della qualità della vita. Si è rilevato che, indipendentemente dal tempo trascorso dalla perdita o declino delle funzioni che l'insorgenza di una patologia disabilitante ha comportato, adattarsi alle conseguenze determina una grossa sfida e la necessità di supporto emozionale, pratico e fisico sia per le persone coinvolte direttamente che per le loro famiglie, gli amici e i loro cari ed il personale professionale di cura. Vi sono numerosi fattori che influiscono sul modo in cui le persone si adattano alle conseguenze di una patologia disabilitante: la disponibilità del supporto sociale, l'utilizzo di strumenti di aiuto, la presenza di orientamenti pubblici, la composizione della famiglia e altri fattori situazionali influenzano decisamente le strategie di coping utilizzate (Stevenson, 2015; Rai et al., 2019). È opportuno considerare che lo stesso individuo può alternare lungo il corso della vita delle fasi in cui applica strategie adattive e altre di strategie disadattive e che possono comunque coesistere le due forme di strategie applicate nello stesso periodo a fronte di situazioni diverse e può esservi un'evoluzione o una regressione delle forme di strategie di coping utilizzate lungo il ciclo di vita. Il processo di coping implicato in queste situazioni si

configura infatti come dinamico e a lungo termine e continua ad essere imprescindibile e a ripetersi anche dopo molti anni dall'insorgenza della patologia disabilitante e delle sue conseguenze (Rai et al., 2019).

INVECCHIAMENTO E DISABILITA' (AGEING AND DISABILITY)

Invecchiare è un fenomeno complesso ormai non più riducibile ad un mero processo fisiologico predeterminato, ma è correlato a numerose variabili come quelle genetiche e costituzionali e anche a variabili riguardanti lo stile di vita e ambientali. La progressiva riduzione fisiologica del funzionamento durante l'invecchiamento è soggetta in quantità e qualità all'influenza delle variabili genetiche (25%) e ancor più di quelle ambientali e correlate allo stile di vita (75%) (Pili, Petretto et al., 2018). Se a questa progressiva riduzione del funzionamento si aggiungono anche fattori ambientali negativi, ciò può determinare l'insorgenza di condizioni di disagio, disturbi, limitazioni funzionali e disabilità. Il disablement, infatti, si configura come un processo dinamico che si pone come conseguenza di specifiche condizioni di salute della persona e delle sue relazioni con l'ambiente in cui vive. Con l'aumento dell'aspettativa di vita, correlato al progressivo aumento della longevità della popolazione (rivoluzione demografica), la relazione tra invecchiamento e disabilità è divenuta sempre più importante e ha interessato via via sempre più la ricerca scientifica. Inoltre, maggiore è l'età e maggiore è la frequenza di disabilità alla quale si può andare incontro. È ovvia conseguenza che è così anche aumentato il numero delle persone in condizioni di disabilità che invecchiano e che hanno dunque visto verificarsi un aumento progressivo delle loro aspettative di vita (Pili, Petretto et al., 2018). Concetti come partecipazione, inclusione e qualità della vita sono centrali durante l'invecchiamento e pongono un'importante necessità di discernimento tra differenti modelli d'interpretazione (Petretto, Pili et al. 2019). L'insorgenza di condizioni di disabilità in età senile, in particolare, è una condizione di complessità aggiunta, in quanto durante l'invecchiamento si costellano già di per sé importanti modifiche delle condizioni di salute generali dovute alla progressiva erosione delle funzioni e delle abilità e, quindi, l'invecchiamento di per sé stesso si pone come importante fattore di rischio per l'insorgere di condizioni disabilitanti per l'individuo che richiederanno capacità e strategie di coping mirate a fronteggiarle (Petretto, Pili 2022). I ricercatori concordano sul fatto che le eventuali barriere ambientali, i cambiamenti nella vita quotidiana, i nuovi adattamenti, le

riorganizzazioni necessarie e le loro conseguenze, che le persone devono affrontare in seguito all'insorgenza di condizioni di disabilità lungo le fasi avanzate del ciclo di vita, possono essere unici per ciascuna persona, ma hanno lo stesso alto impatto sulle dimensioni fondamentali del vivere quotidiano come: dipendenza/indipendenza, autonomia, autostima, controllo, fiducia, libertà, identità (Stevelink, 2015). Il ruolo dei fattori sociali e ambientali di riferimento nella complessa relazione tra invecchiamento e disabilità può essere positivo o negativo, ottimizzando od ostacolando le opportunità di salute, benessere, partecipazione, autonomia e indipendenza delle persone che invecchiano in condizioni di disabilità (Petretto, Pili et al. 2019). Il concetto di disabilità è infatti legato strettamente all'influenza di molteplici fattori sulla vita delle persone e si configura come un fenomeno complesso, nella forma di processo dinamico ed evolutivo che non è dato a priori ma che è la risultante di queste interazioni costanti tra la persona ed il suo ambiente di riferimento (Petretto, Pili 2022). Al fine di offrire una lettura quanto più esaustiva della complessità e della multidimensionalità, tenendo in conto tutte le implicazioni di carattere individuale, sociale, ambientale e relazionale ecc... coinvolte, occorre un modello concettuale che studi e consideri la numerosità di tutti quei fattori che promuovono oppure ostacolano il funzionamento, la partecipazione ed una migliore qualità della vita nelle persone in condizioni di disabilità (Pili, Petretto et al. 2018). L'approccio bio-psico-sociale integra i vari aspetti biologici, psicologici e sociali dell'esistenza e ci permette di poter parlare di benessere e qualità di vita anche in presenza vari tipi di disturbi e patologie, mantenendo sempre il focus sull'importanza di considerare questi concetti come strettamente soggettivi ed individualmente e socio-culturalmente definiti. L'analisi attraverso l'approccio bio-psico-sociale consente di caratterizzare ogni persona come avente la possibilità di vivere in ciascuna fase del suo ciclo di vita con benessere e dignità, con inclusione e partecipazione, anche promuovendo a tal scopo concettualizzazioni e modelli dell'invecchiamento e della disabilità più moderni ed inclusivi e in grado di tenere in conto della multidimensionalità, della dinamicità e della specificità delle persone che invecchiano (Petretto, Pili et al. 2019). Secondo i modelli concettuali moderni dell'invecchiamento e della disabilità, ogni intervento dovrebbe basarsi sullo scopo di prevenire l'invecchiamento patologico e di ridurre il rischio di condizioni di salute correlate all'età e le loro conseguenze, promuovendo traiettorie di benessere e qualità di vita per un l'invecchiamento usuale e non patologico.

Sia le concettualizzazioni sull'invecchiamento che quelle sulla disabilità convergono sull'elemento chiave che per avere una buona qualità di vita bisogna (Petretto, Pili et al. 2019):

- riconoscere la centralità della persona
- autonomia: mantenendo il controllo decisionale nei diversi domini della vita
- indipendenza: abilità di scegliere e di fare, anche se con aiuti, le attività del vivere quotidiano
- buona qualità di vita.

La ricerca scientifica recente sulla tematica è ormai orientata sulla necessità di coniugare le due traiettorie d'interpretazione nello studio della relazione tra invecchiamento e disabilità: *ageing with disability and disability with ageing*, col proposito del "closing the gap" (colmare il divario), che sottolinea la necessità di studiare ciascuna traiettoria e trovare i punti di contatto tra le due, identificando le similarità e le differenze specifiche tra le persone che rientrano in ciascuna di queste due categorie (Campbell e Putnam, 2017), focalizzare l'attenzione su programmi di promozione della salute che siano volti a ridurre il peso delle condizioni croniche sulle persone che invecchiano in condizioni di disabilità, il tutto sempre secondo un approccio più comprensivo che veda l'invecchiamento e la disabilità secondo un modello bio-psico-sociale.

L'OTTICA DELLA PSICOLOGIA CLINICA DELLA DISABILITÀ

La Psicologia Clinica della Disabilità è un'area della psicologia che si occupa dello studio dell'insieme complesso delle tematiche e dei fattori inerenti alle persone in condizioni di disabilità e che promuove programmi d'intervento nel percorso di accettazione della disabilità, della crescita, dell'indipendenza e della conquista dell'autonomia personale, nel rispetto delle specificità di ciascun individuo nel suo ambiente di riferimento. Quando una disabilità irrompe nella vita di una persona, le ripercussioni sono molteplici sotto numerosi aspetti e possono investire anche il piano psicologico. L'ottica della Psicologia Clinica della Disabilità offre una lettura multidimensionale e pluri-sfaccettata della disabilità, delle tematiche delle dimensioni coinvolte nell'oggetto di studio ed indagine e delle implicazioni legate all'insorgenza di condizioni disabilitanti lungo il ciclo di vita ed è caratterizzata da una capacità interpretativa della realtà che tiene conto dei rapporti di continua influenza reciproca tra persona e ambiente. Considerare

la complessità e la specificità di ogni singolo individuo, permette di evitare che la disabilità possa assumere la connotazione di limite della persona, e permette una visione della globalità tale che l'autonomia e la progettualità non siano precluse e si mantengano un'integrità ed una continuità nell'autobiografia personale. L'obiettivo che ci si pone attraverso l'applicazione di modelli interpretativi moderni e sensibili ad una realtà tanto complessa e multifaccettata, è quello di supportare le persone in condizioni di disabilità perché accettino e imparino, con gli strumenti in loro possesso e con quelli forniti, a convivere con le loro specificità, sfruttando al meglio le proprie risorse, le capacità e le energie nella vita di tutti i giorni. Sono dunque centrali i propositi di aumentare la conoscenza sul funzionamento delle persone in condizioni di salute diversificate da una visione prettamente standardizzata e di promuovere la qualità della vita, il benessere, l'autonomia, l'indipendenza, la progettualità, la libertà ed il funzionamento di ciascuna persona nel suo ambiente di vita, mantenendo il focus sulla specificità individuale. L'approccio bio-psico-sociale e, in generale, l'attenzione rivolta alla progettualità da parte dei modelli concettuali moderni, che hanno superato una lettura incentrata sull'assistenzialismo e sulla medicalizzazione (relation between person and environment related models), hanno concesso il grande vantaggio di focalizzare l'attenzione sulle risorse e sulle potenzialità delle persone con disabilità, sulle quali si strutturano la quotidianità e la progettualità nella visione sul futuro. La lettura che meglio si adatta all'indagine e all'analisi di queste importanti tematiche è una lettura a 360°, con un approccio trans-disciplinare, che integri la conoscenza di varie discipline e consideri la persona nella sua totalità, considerando l'individuo, nel suo divenire attraverso varie fasi del ciclo di vita, e di tutte le dimensioni individuali coinvolte in costante interazione ed influenza reciproche con l'ambiente di riferimento, tenendo sempre in considerazione il ruolo dei concetti di dinamicità e di reciproca influenza tra svariati fattori individuali, sociali e ambientali in co-presenza tra loro e la loro mutua relazione con il funzionamento degli individui. Descrivere il funzionamento delle persone, ciascuna con il suo peculiare profilo individuale, come il risultato dell'interazione reciproca tra individuo (con le sue caratteristiche specifiche) e ambiente circostante (fisico e sociale) in cui egli vive, si configura anche attraverso un'analisi dei fattori positivi, abilitanti e di quelli negativi, disabilitanti, presenti nella situazione in esame, che non può basarsi solo sugli aspetti generali delle patologie presenti in una persona, ma deve calarsi necessariamente in ogni pro-

filo individuale di riferimento, basandosi sulle peculiarità di ciascuna persona e sulla sua relazione con il suo ambiente, cercando di ridurre in esso i fattori negativi e potenziando o creando ex novo quelli positivi. Ciò determina che il target degli interventi di enablement sia rivolto verso la creazione di una forma di interazione persona-ambiente virtuosa e che si tengano sempre a mente e si implementino interventi contemporanei sulle tre dimensioni imprescindibili coinvolte: persona, ambiente e la loro relazione. Infatti, il processo di disablement può essere convertito in uno di enablement della persona nelle sue peculiari condizioni di salute e nel suo peculiare ambiente di riferimento (Masala, Petretto, 2008, Petretto et al., 2017).

LA VISIONE DELL'INDIVIDUO NELLA SUA GLOBALITÀ

L'ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health, World Health Organization, 2001) fa parte della nuova tipologia di modelli concettuali ed è la classificazione standard più utilizzata e riconosciuta a livello internazionale per misurare e delineare la salute, il funzionamento e la disabilità, risultando pertanto maggiormente adatto ai propositi interpretativi e d'analisi espressi sinora. L'ICF consiste in una revisione del precedente modello ICIDH (World Health Organization, 1980) che offriva, così come il modello di Nagi sulla Disabilità (Nagi 1965; Nagi, 1991), una classificazione statica, unidirezionale e lineare delle principali conseguenze dei disagi e delle loro implicazioni nella vita degli individui, semplificando eccessivamente la visione del processo di disablement, inteso come risultato inevitabile ed irreversibile delle patologie e dei disagi stessi (Mouchaers et al., 2022). Rispetto ai criteri dei modelli precedenti, l'ICF ha introdotto un nuovo modo di osservare la persona con disabilità: l'ICF considera la globalità del soggetto e l'ambiente in cui vive. Non si guarda più soltanto alle menomazioni o ai deficit per elaborare una valutazione ed un percorso riabilitativo, ma si tiene conto della globalità del soggetto e dell'ambiente in cui vive. Dunque, la valutazione è molto più ampia: si presenta il funzionamento dell'individuo in modo dinamico e bidirezionale (Brandt & Pope), 1997, e l'interazione tra le condizioni di salute della persona ed i fattori ambientali non è dunque intesa come lineare ma multidirezionale (Vaz et al., 2017; World Health Organization, 2001). Si focalizza dunque l'attenzione anche sul contesto ambientale (culturale, norme sociali, istituzioni etc.) oltre che sulla persona (genere, età, background sociale, condizione di salute, carattere, professione, strategie adattive etc.) chiarendo che la disabilità non è necessariamente il punto

di arrivo e che può esservi riabilitazione attraverso la cura e l'intervento, rendendo reversibile il percorso di disablement. Ciò consente di non identificare più la persona con la sua disabilità. La disabilità non è più ritenuta inerente all'individuo e, sebbene l'ICF non sia privo di discordanze che richiedono ulteriori revisioni ed integrazioni, in confronto (Mouchaers, 2022), i modelli concettuali di tipo lineare erano mancanti di costrutti volti ad identificare il ruolo pregnante dell'ambiente nel processo di disablement (Masala, Petretto, 2008; Mouchaers, 2022). La visione offerta dai nuovi modelli fa leva sulle caratteristiche e sulle qualità della persona, sulle sue potenzialità ed abilità e si mira a educare l'ambiente circostante affinché si superi il concetto di barriera psicologica e anche strutturale (reazioni e accettazione della disabilità da parte della famiglia e della società, ed interventi di eliminazione degli elementi ostacolanti nell'ambiente fisico di riferimento). A parità di disabilità di partenza, infatti ogni individuo, a seconda del contesto ambientale, vive la propria condizione in modo diverso. L'obiettivo dell'adottare un'ottica basata sulla relazione persona-ambiente è fare in modo che il grado di disabilità si riduca il più possibile, facendo leva sulle parti funzionali dell'individuo e sulle sue potenzialità in rapporto all'ambiente circostante. L'ambiente gioca, infatti, un ruolo fondamentale sugli esiti delle condizioni di salute delle persone: gli individui possono esperire un più grande grado di disabilità in un ambiente scarsamente supportivo rispetto a quanto farebbero in uno supportivo (Brandt & Pope, 1997). Quindi è centrale considerare la dimensione del funzionamento e quella della disabilità come costrutti sociali e olistici e non inerenti al solo individuo (Brandt & Pope, 1997; World Health Organization, 2001) e come risultanti dalla relazione imprescindibile tra individuo (con le sue caratteristiche peculiari e specifiche) e ambiente di riferimento, applicando un modello inclusivo dell'interazione tra persona e ambiente, che si volge verso una visione dell'intervento abilitativo-riabilitativo sulla persona, sull'ambiente e sulla loro reciproca relazione, al fine di trasformare il processo disabilitante in un processo differente, di carattere positivo, abilitante (Masala, Petretto 2008), che tenga conto delle abilità e non riduca la persona alle sue limitazioni, al fine di ottenere una maggiore qualità della vita e del benessere globale percepito (Petretto et al. 2017). Il processo di disablement, infatti, può essere alterato sia a livello individuale che ambientale modificando sia le richieste dell'ambiente che le capacità della persona (Lawton, 1973; Verbrugge & Jette, 1994) e oggi ci si focalizza sul fatto che un adattamento tra persona e ambiente si deve basare soprattutto sulle pre-

ferenze e sulle necessità della persona nella sua specificità, piuttosto che sulle sue competenze, e che l'ambiente debba fornire opportunità e risorse agli individui piuttosto che porre loro delle richieste (Iecovich 2014; Kahana 1982; Kahana et al. 2003; Lawton 2000; Scheidt and Norris-Baker 2004). L'evoluzione dei modelli concettuali ha portato ad una crescente attenzione per la salute ed il funzionamento, la partecipazione alla vita in una comunità d'appartenenza ed il benessere generale della persona (Mouchaers, 2022). Il focus sugli aspetti positivi della salute degli individui permette di mantenere la centralità della dimensione dell'azione, intesa non solo come l'insieme delle capacità individuali ad agire, ma anche come la totalità delle preferenze e dei bisogni e la capacità di prendere decisioni riferite ai progetti futuri e a ciò che le persone vorrebbero fare nel loro ambiente sociale e fisico. Il supporto individuale ed i programmi di trattamento e d'intervento dovrebbero essere sempre realizzati su misura individuale, in base alle preferenze, ai bisogni e ai desideri della persona, piuttosto che in base alle sue condizioni di salute. Il focus sul benessere e sulla qualità della vita delle persone non può prescindere dal ciò che esse vogliono veramente nelle loro vite e da ciò che è importante per loro (Mouchaers, 2022). Si terranno dunque sempre in considerazione, per una lettura della complessità e della multidimensionalità dei processi esaminati in merito all'invecchiamento e alla disabilità, fattori come:

- Benessere percepito
- Qualità di vita
- Autonomia
- Autobiografia
- Efficacia personale
- Autostima
- Resilienza
- Progettualità
- Strategie di coping
- Relazioni sociali e interpersonali
- Ambiente geografico
- Ambiente sociale
- Ambiente culturale
- Rete di supporto
- Partecipazione
- Dignità
- Inclusività.

Riferimenti bibliografici

- Brandt E. N., Pope A. M. (Eds.) (1997). *Enabling America: assessing the role of rehabilitation science and engineering*. Washington, D. C., National Academy Press.
- Campbell M.L., Putnam M. (2017). "Reducing the shared burden of chronic conditions among persons aging with disability and older adults in the United States through Bridging aging and disability," *Health Care*, vol. 5, no. 56, 1–12, 2017.
- Iecovich E. (2014). *Aging in place: from theory to practice*. *Anthropological Notebooks* 20(1):21–32.
- Kahana E. (1982). A congruence model of person-environment interaction. In: Lawton MP, Windley PG, Byerts TO (eds) *Aging and the environment: theoretical approaches*. Springer Publishing Company, 97–121.
- Kahana E., Lovegreen L., Kahana B., Kahana M. (2003). Person, environment, and person-environment fit as influences on residential satisfaction of elders. *Environ Behav* 35:434–453.
- Lawton M.P., Nahemow L. (1973). Ecology and the aging process. *The psychology of adult development and aging*. American Psychological Association, Washington, DC, 619–674.
- Masala C., Petretto D. R. (2008). From disablement to enablement: Conceptual models of disability in the 20th century, *Disability and Rehabilitation*, 30:17, 1233-1244.
- Mouchaers I., Verbeek H., Kempen G.I.J.M. et al. (2022). The concept of disability and its causal mechanisms in older people over time from a theoretical perspective: a literature review. *Eur J Ageing* (2022).
- Nagi S. Z. (1965). Some conceptual issues in disability and rehabilitation. In: M. B., Sussman (Ed.). *Sociology and Rehabilitation*. (pp. 100-113). Washington D.C., American Sociological Association.
- Nagi S. Z. (1991). Disability concepts revised: implications for prevention. In A. M. Pope, A. R., Tarlov, (Eds.), *Disability in America: toward a national agenda for prevention*. Washington D.C., The National Academy Press.
- Petretto D. R., Gaviano L., Pili L., Carrogu G., Pili R. (2019). *Ageing and Disability: The Need of a Bridge to Promote Well Being*.
- Petretto D.R., Pili R. (2022). Ageing and Disability According to the Perspective of Clinical Psychology of Disability. *Geriatrics* 2022, 7, 55.

- Petretto D.R., Vinci S., Todde I.P., Piras P., Pistis I., et al. Conceptual models of disability and their role in the daily routine of clinical rehabilitation, *Rehabilitation Sciences*, 2017a, 2(4): 75-81.
- Petretto D., Gaviano L., Pili L., Carrogu G., Pili R. (2019). Ageing and Disability: The Need of a Bridge to Promote Well Being. 10.19080/OAJGGM.2019.04.555648.
- Pili R., Gaviano L., Pili L., Petretto D.R. (2018). Ageing, Disability, and Spinal Cord Injury: Some Issues of Analysis. *Curr Gerontol Geriatr Res*. 2018;2018:4017858. Published 2018 Nov 19.
- Rai P., Rohatgi J., & Dhaliwal U. (2019). Coping strategy in persons with low vision or blindness - an exploratory study. *Indian journal of ophthalmology*, 67(5), 669–676.
- Scheidt R.J., Norris-Baker C. (2004). The general ecological model revisited: evolution, current status, and continuing challenges. *Annu Rev Gerontol Geriatr* 23(1):34–58.
- Stevelling S.A.M., Malcolm E.M. & Fear N.T. (2015). Visual impairment, coping strategies and impact on daily life: a qualitative study among working-age UK ex-service personnel. *BMC Public Health* 15, 1118.
- Vaz D.V., Silva P.L., Mancini M.C., Carello C., Kinsella-Shaw J. (2017). Towards an ecologically grounded functional practice in rehabilitation. *Hum Mov Sci* 52:117–132.
- Verbrugge L.M., Yang L.S., (2002). "Aging with disability and disability with aging," *Journal of Disability Policy Studies*, 12, 4, 253–267.
- Verbrugge L. M., Jette, A. M. (1994). The Disablement process. *Social Science Medicine*, 38: 1-14.
- Wood P. H. N. (1987). *Maladies imaginaries: some common misconceptions about the I.C.I.D.H.. International Disabilities Studies*. 9: 125-128.
- Wood P. H. N. (1989). Measuring the consequences of illness. *World Health Statistics Quarterly*, 42: 115-121.
- World Health Organization (1980). *International classification of impairments, disabilities, and handicaps: a manual of classification relating to the consequences of disease*. World Health Organization, Geneva, Switzerland.
- World Health Organization (2001). *International Classification of Functioning, Disability and Health: ICF*. Geneva, Switzerland.

Conclusioni

Roberto Pili¹, Gian Pietro Carrogu², Luca Gaviano²,
Donatella Rita Petretto²

¹Medicina Sociale, Comunità Mondiale della Longevità e IERFOP Onlus

²Dipartimento di Pedagogia, Psicologia e Filosofia – Università degli Studi di Cagliari

Il progressivo invecchiamento della popolazione mondiale è un importante fenomeno antropologico e sociale, dovuto al complessivo aumento della speranza di vita e al complessivo incremento delle condizioni di salute e di vita, anche se con andamenti e velocità diverse nei vari paesi del mondo. Le persone possono vivere più a lungo che in passato e possono percorrere tutta la loro vita, raggiungendo gli stadi più avanzati della vita umana possibile. Tuttavia, poiché l'aumento dell'aspettativa di vita non corrisponde completamente all'aumento dell'aspettativa di vita in buona salute e vite più lunghe sono associate a un rischio più elevato di sviluppare disturbi e malattie legati all'età e disabilità, il progressivo invecchiamento della popolazione potrebbe portare ad un incremento del numero di persone che vivono la fase/le fasi più avanzate della vita con malattie/disturbi legati all'età e con disabilità.

In questo testo abbiamo inteso dare un contributo in questo ambito di riflessione, sulla base di un progetto di ricerca e un approccio culturale che riconoscono nello scambio intergenerazionale e nei processi psicoeducativi un ruolo centrale nella promozione della salute delle persone in tutto il ciclo di vita. Abbiamo descritto le basi teoriche e conoscitive di questo approccio ed abbiamo inoltre condiviso una proposta finale di alcuni sintetici principi generali.

La promozione della salute è un obiettivo da affrontare in ogni giorno della vita e in ogni fase della vita; invecchiare bene è un altro obiettivo da affrontare sin dalle prime fasi della vita. Considerando l'attuale complesso scenario sociosanitario, è molto importante individuare interventi che possano "aggiungere vita agli anni" e promuovere benessere e buona qualità della vita degli individui, ancor più se affetti da patologie legate all'età, durante tutto il ciclo di vita. Inoltre, può essere molto importante considerare come preparare le persone ad "affrontare" l'intero ciclo di vita fin dalle prime fasi della vita e come

aiutare le persone a sviluppare strategie e strumenti per “affrontare” tutte le fasi della vita, anche in presenza di patologie.

Dalle pagine del presente testo si evince come si può fare salute solamente approcciandosi alle tematiche affrontate tramite un’integrazione tra un approccio osservativo ed un approccio attivo che mira ad incidere su più fronti: sicuramente prestando attenzione a quello della medicina e della nutrizione, ma anche quello della psicologia e pedagogia, della geragogia e della gerontologia. Queste discipline nel trattare questi aspetti mostrano chiaramente le proprie interconnessioni soprattutto quando queste intendono incidere nel trasmettere buone pratiche salutogeniche attraverso un’analisi offerta dalla lente della psicologia clinica e della geragogia.

Dai temi trattati emerge un filo conduttore che lega il concetto di salute e il vivere bene con la possibilità concreta di raggiungere la centenarietà in salute. Le narrazioni e l’*esserci* – come disponibilità a incontrare l’altro in senso heideggeriano - degli attori che attualmente sono testimoni viventi della possibilità di vivere una buona vita in salute è una mano tesa che dona sé stessa come generosa eredità. Nella relazione la psicologia clinica potrà aiutare a ricucire i rapporti spezzati durante gli ultimi incidenti traumatici della società post-pandemica, così come la pedagogia e le sue radici nella filosofia potranno guidare l’azione morale della geragogia in quella che può divenire un’arte di invecchiare bene, in connessione con l’alterità che negli ultimi anni è stata - giustamente - limitata in via precauzionale, spazialmente, nella cura, nell’ascolto e nel volto; coperto da una maschera.

Con questo libro e questo progetto, abbiamo voluto offrire un contributo in questo ambito di studio, con la consapevolezza che si tratta di tematiche complesse sulle quali sono necessari ulteriori riflessioni e interventi.

Riferimenti bibliografici

Petretto D.R., Pili R. (2021) *Longevity, lifestyles and eating: the importance of education*, Unica Press, Cagliari.

Petretto D.R., Pili R. (2022) *Ageing and Disability According to the Perspective of Clinical Psychology of Disability*, *Geriatrics*, 2022, 7, 55.

Pili R., Petretto D.R. (2020) *Longevità, invecchiamento e benessere. Sfide Presenti e future*, Edizioni Aracne, Roma.

Elenco autori

Donatella Rita Petretto, Università degli Studi di Cagliari, drpetretto@unica.it

Gian Pietro Carrogu, Università degli Studi di Cagliari - IERFOP Onlus, gpcarrogu@gmail.com

Luca Gaviano, Università degli Studi di Cagliari - IERFOP Onlus, luca.gvn@gmail.com

Roberto Pili, IERFOP Onlus, dott.robertopili@gmail.com, presidenza@ierfop.org

Roberta Berti, Università degli Studi di Cagliari – IERFOP Onlus, Roberta.berti80@libero.it

Note biografiche

I curatori:

Donatella Rita Petretto, Psicologa, Specialista in Neuropsicologia. Professore Associato di Psicologia Clinica dell'Università degli Studi di Cagliari. Autrice di testi e di articoli scientifici internazionali nel campo della psicologia clinica, della psicologia clinica dell'invecchiamento, della psicologia clinica della disabilità e della psicopatologia. È responsabile scientifico di progetti di ricerca nazionali ed internazionali.

Gian Pietro Carrogu, Dottorando di Ricerca del 38° ciclo del dottorato in filosofia, epistemologia e scienze umane dell'Università degli Studi di Cagliari (Borsa PNRR - D.M. 351 del 2022). Autore di testi e di articoli scientifici internazionali sul tema della promozione della longevità, dell'invecchiamento attivo, dell'inclusione delle persone con disabilità. Collabora in progetti di ricerca nazionali ed internazionali.

Luca Gaviano, Dottorando di Ricerca del 37° ciclo del dottorato in filosofia, epistemologia e scienze umane dell'Università degli Studi di Cagliari. Autore di testi e di articoli scientifici internazionali sul tema della promozione della longevità, dell'invecchiamento attivo, dell'in-

clusione delle persone con disabilità. Collabora in progetti di ricerca nazionali ed internazionali.

Roberto Pili, Medico, Specialista in Oncologia. Presidente della Comunità Mondiale della Longevità e Presidente di IERFOP (Istituto Europeo di Ricerca, Formazione ed Orientamento Professionale) Onlus. Autore di testi e di articoli scientifici internazionali sul tema della promozione della longevità, dell'invecchiamento attivo, dell'inclusione delle persone con disabilità. Coordina attività di ricerca, sensibilizzazione e formazione in questi ambiti, a livello nazionale ed internazionale.

Partendo dalle conoscenze attuali, con il presente testo si intende proporre un modello di approfondimento della relazione tra salute e stili di vita salutari, secondo l'approccio della Psicologia clinica dell'invecchiamento e con un focus su relazionalità, alimentazione, attività fisica e dieta in senso lato e proporre evidenze derivanti da un modello di intervento per la promozione di scelte comportamentali salutari sviluppato nel corso di questi anni e che si caratterizzano per un approccio psicoeducazionale e che vede il coinvolgimento e lo scambio intergenerazionale. Ci riferiamo in particolare all'esperienza del progetto "Nutri-Action", organizzato dalla Comunità Mondiale della Longevità e da Medicina Sociale, con la collaborazione di un gruppo di ricerca di Psicologia Clinica dell'Invecchiamento dell'Università di Cagliari e che ha visto il coinvolgimento di giovani adulti e longevi attraverso un modello di intervento psicoeducazionale che punta allo scambio intergenerazionale ed alla co-costruzione di comportamenti salutari che partono dall'esperienza dei longevi per contaminare l'esperienza dei giovani adulti.

Il testo si rivolge a docenti, familiari, operatori della psicologia clinica, della psicologia scolastica, delle professioni sanitarie e delle scienze umane.

ISBN 978-88-3312-070-6 (versione online)
978-88-3312-069-0 (versione cartacea)

DOI: [10.13125/unicapress.978-88-3312-070-6](https://doi.org/10.13125/unicapress.978-88-3312-070-6)