

Seminario

“Creatività e Invecchiamento”

“Il Diritto alla rabbia e il Coraggio di invecchiare”

Ancona, 05 Dicembre 2015

Prof. Mario Fulcheri

Università degli Studi “G. d’Annunzio”

Chieti-Pescara

1

Invecchiamento tra “dimensione nomotetica” e “dimensione idiografica”

- Nel corso della storia, l’inizio della senescenza è stato cronologicamente collocato in età diverse della vita dell’uomo. Considerando i limiti di qualsiasi classificazione categoriale, alla luce del rischio di scotomizzare, rispetto a pur comprensibili necessità di generalizzazione, *la singolarità e l’irripetibilità di ogni fenomeno umano*, attualmente, *la letteratura anglosassone distingue le persone avanti negli anni, in “giovani anziani” dai 65 ai 74 anni, “anziani” dai 75 agli 84 anni, e “grandi vecchi” per coloro i quali superano gli 85 anni di età*: è sempre bene, dunque, sottolineare che non esiste una modalità comune di invecchiare, come di vivere.
- Dati questi presupposti epistemologici, un corretto approccio gnoseologico nei confronti del fenomeno invecchiamento, presuppone un movimento conoscitivo *“multidimensionale”* e *“complesso”*, in accordo ad una prassi clinica *“Biopsicosociale”*.

2

“Una protesta in grigio”:

*Il vissuto depressivo nell’anziano dinanzi alla “costrizione”
del suo “diritto alla rabbia”*

- È oggi diffusa e dominante nella società odierna, una cultura del disimpegno nei confronti delle persone anziane, per le quali sembra non valga la pena dedicare tempo e attenzione, precludendo loro addirittura la possibilità di poter liberamente esprimere e realizzare un contributo personale, che trovi un adeguato riscontro, riconoscimento e supporto a livello sociale.
- I criteri di attività e produttività intrinseci alla società attuale e basati su parametri efficientistici di guadagno e profitto, hanno negato le esigenze vitali di **“affermazione e compartecipazione”** del soggetto anziano, instillando in lui sentimenti negativi *controcostrittivi* di **“protesta”**, legati a vissuti depressivi, espressi di volta in volta sia sotto forma di *atteggiamenti passivi, come eccessiva lamentosità, litigiosità, isolamento, solitudine, sia attraverso atteggiamenti di recriminazione, ostilità, rabbia, colpa e risentimento nei confronti della vita.*
- La paura di non essere riconosciuto, di non soddisfare le richieste, porta al ritiro dalla comunità sociale ed all’isolamento: la realtà viene allontanata da sé ed i **compiti della vita (“lavoro, amicizia, amore”)** non vengono più assolti (Rattner, 1970).

3

La rabbia repressa, intesa come sentimento originato dalla convinzione soggettiva di essere stati intenzionalmente o per negligenza trattati senza rispetto e soprattutto frustrati nel desiderio e nel bisogno di rapportarsi all'esterno, sentendosi attivamente inseriti nel mondo, può generare nell'anziano, alla stregua di vere e proprie “mine vaganti”, sentimenti negativi improntati a pessimismo, inquietudine, apatia, cupo fatalismo, perdita di speranza e finanche depressione.

4

- Tra le manifestazioni di *rabbia cronica*, di cui l'anziano può farsi interprete e divenire vittima, vanno ricordate: a) *l'ingratitudine*, caratterizzata da un meccanismo coattivo e irrazionale di ripetizione, mediato da un *complesso di superiorità*, che tende a rinnegare l'aiuto ricevuto; b) *il broncio*, una modalità infantile di espressione, attraverso la muscolatura mimica facciale, di un affetto di scontrosità, finalizzato a indurre e produrre nell'altro una qualche preoccupazione; c) *la lamentosità*, una modalità di rancore, tipica di chi non riesce a dimenticare o perdonare, per via di una incapacità a *compartecipare emotivamente* con l'esperienza affettiva altrui.
- Tali sentimenti *rabbiosi*, qualora non riuscissero, proprio come dei “*pensieri selvaggi alla ricerca di un nido*” (Resnik, 2012), a trovare un valido contenimento e riconoscimento a livello intrapsichico ed interpersonale, rischiano di trasformarsi in così dette *mine vaganti dirette ad attaccare se stessi e a colorare di grigio il resto della vita*. Può accadere, infatti, che tutta l'aggressività repressa venga inconsciamente indirizzata dall'anziano sulla propria persona, con l'obiettivo di richiamare a sé tutta quell'attenzione e considerazione, di cui la vecchiaia sembra averlo privato. *La rabbia, la protesta, la svalutazione e il disprezzo* rivolti verso se stessi *compenserebbero e giustificherebbero irrazionalmente* agli occhi dell'anziano i suoi fallimenti e le sue perdite, adagiandolo *passivamente* nel buio della depressione.

5

“Il diritto alla rabbia”

- Nel caso in cui la senilità portasse con sé una scotomizzazione di tale consapevolezza, comportando o un senso onnipotente ed irrazionale di sé o una sorta di vera e *propria “perdita dei diritti”* (tra i quali ad esempio quello del “*diritto alla rabbia*”), l'inevitabile conseguente *protesta controcostrittiva* potrebbe colorare di *grigio* la vita quotidiana dell'anziano (demoralizzazione umore irritabile, depressione), fino a sospingerlo verso “*narcisistici culti del privato e una ricerca eccessiva di conforto e vanità individuale rinchiusa nelle pareti domestiche e intrisa di lamentosità e aggressività auto ed etero-diretta*”.
- Lamentosità, litigiosità, amarezza, arroganza, sarcasmo, ingratitudine, broncio, scontrosità come reazione al senso di inutilità, al sentirsi in balia degli eventi, al vagare in un universo privo di certezze, di senso, dove tutto si corrompe, dove tutto è complicato ed è facile si giunga ad un vero e proprio “*contagio che raggiunge le grandi masse e gli ambienti più disparati*”.
- Riconoscere, far emergere e tutelare, al contrario, un vero e proprio diritto alla rabbia, promuovendo ed incoraggiando una rispettosa espressione ed affermazione della propria volontà, favorirà nell'anziano un avvicinamento e un confronto coraggioso con i limiti e le mancanze imposte dall'età.

6

Il diritto dell'anziano ad essere riconosciuto e tutelato, a livello etico nella sua *istanza affermativa* e a livello culturale nei suoi *interessi sociali*, è un prerequisito fondamentale e imprescindibile, affinché qualsiasi tipo di trattamento, *nel solco delle finalità trasformative*, risulti efficace e acquisisca per l'anziano un significato soggettivo, in grado di veicolare un nuovo *senso della vita*. *Incoraggiare* l'anziano all'espressione di un suo *sentimento di rabbia* nella direzione di una ricerca e di un tentativo di avvicinamento e condivisione con l'altro, promuovendo un confronto con i suoi più intimi *bisogni di protezione, affiliazione e appartenenza*, assicurerà ciò che viene definito "successful aging" (Baltes et al., 1990).

7

- La tristezza, invece, è un sentimento comune nella vita delle persone anziane ed è spesso il risultato della perdita del coniuge, di parenti o amici stretti, o la conseguenza del deterioramento, peggioramento della salute fisica, dello status economico e dei supporti sociali: *la tristezza può accompagnare questi avvenimenti e progredire da una transitoria fluttuazione dell'umore allo sviluppo di un disturbo clinico dell'umore*.
- *La depressione, al contrario, insieme alla demenza, è una delle psicopatologie che si presenta con maggiore frequenza nella popolazione anziana:* approssimativamente un terzo della popolazione di età superiore ai 60 anni sperimenta sintomi di depressione; tra il 2% e il 13% di questi individui sperimenta un disturbo dell'umore di entità più grave che soddisfa i criteri per una depressione maggiore vera e propria. La depressione maggiore grave è anche la motivazione di, approssimativamente, il 50% dei ricoveri ospedalieri di soggetti al di sopra dei 65 anni (Livingston et al., 1990; Blazer, 1994).

8

- La depressione può anche essere il primo sintomo di una grave malattia fisica o neurologica (“**pseudodemenza**”), e può essere indotta o aggravata da farmaci utilizzati nel trattamento di diverse patologie fisiche presenti nell’anziano.
- *Nella popolazione generale l’associazione tra depressione e deficit cognitivo, interessa il 25% della popolazione anziana (Blazer, 1994); ciò sottolinea la complessità dell’interazione tra le due condizioni, che ha introdotto l’uso del termine “pseudodemenza” (Kiloh, 1961) per descrivere i casi clinici nei quali i sintomi di tipo cognitivo rappresentano l’elemento immediatamente osservabile di un quadro di tipo prevalentemente affettivo. Nel caso della demenza, i sintomi depressivi possono essere alcune volte prodromici rispetto all’esordio della malattia oppure rappresentare un quadro indipendente (Olin et al., 2002).*
- La presenza clinica della depressione maggiore negli anziani, come nei giovani adulti, consiste nell’umore depresso e/o anedonia, accompagnata da disturbi delle funzioni fisiologiche, attività motoria e del pensiero: *risvegli multipli nel corso della notte, risveglio precoce al mattino, aumento o diminuzione dell’appetito, aumento o perdita di peso e diminuzione dell’energia si verificano spesso nei depressi.*

9

- Alcuni anziani non riconoscono il loro stato depressivo. Lamentano invece ansia, dolori somatici o specifici sintomi cardiovascolari, gastrointestinali, respiratori, muscoloscheletrici o genitourinari.
- I pazienti anziani che sono riluttanti ad ammettere i sentimenti di tristezza o disforia, comunemente “**mascherano**” la loro depressione con lamentate fisiche eccessive ed esagerate, dolore, irritabilità e ritiro sociale; oppure, quando anche fisicamente malati, gli stessi possono presentare aggiuntivamente, non *compliance* al trattamento, ipocondria, ed esagerare il dolore ed il disagio sofferti.
- Per comprendere le cause del fenomeno sono state avanzate numerose ipotesi, tra le quali si possono citare:
 1. **L’ipotesi biologica**, che sottolinea i cambiamenti a livello cerebrale correlati all’invecchiamento oppure quelli determinati dal processo di invecchiamento secondario. Le modificazioni strutturali a livello di alcune aree cerebrali, quali il lobo frontale, la riduzione della disponibilità di neurotrasmettitori e il rallentamento del flusso ematico cerebrale sono alcuni dei fattori ritenuti importanti per l’insorgenza della depressione nella terza età (Krishnan et al., 1998; Kumar et al., 2002; De Asis et al., 2001);
 2. **La comorbidità somatica e la politerapia farmacologica** possono produrre delle modificazioni a livello di disponibilità dei neurotrasmettitori cerebrali, indipendentemente dal loro effetto diretto sul benessere psicologico della persona (Romach et al., 1999; Jacques-Bennett, 2000; Jiang et al., 2001; Astrom et al., 1993; Dew, 1998);
 3. **I fattori psicosociali e la maggiore frequenza di eventi stressanti** affrontati dall’anziano in combinazione con una carenza di risorse sociali ed economiche, possono incidere in maniera significativa sul suo benessere psicologico.

10

“Il senso della vita, il sopravvivere, l'esistere, lo scomparire”

- L'attuale società pare voler fondare, nella cultura del corpo, il proprio bisogno di onnipotenza e di eternità, per cui si assiste a un costante e notevole incremento della medicalizzazione di tutte le principali tappe della vita umana.
- Contro l'esperienza di “*esistenza*” sembra voler prevalere l'esperienza di “*sopravvivenza*”; all'esistenza che si muove nel succedersi ininterrotto del comparire e dello scomparire, si contrappone la sopravvivenza e il suo muoversi, al contrario, nell'eterno.
- Ciò comporta *che “le persone che improntano “fittiziamente” la propria vita all'insegna della sopravvivenza, non potranno che incorrere in profonde crisi conflittuali , in quanto vivranno ogni minaccia di rottura, ogni sospetto di caducità, ogni cambiamento e perdita, come un'esperienza di catastrofe”* (Napolitani, 1984).
- *Una vita senza progetti, senza ideali per cui lottare, costituisce fonte di angoscia talora insostenibile: pare pertanto necessario, attraverso l'educazione al coraggio di esprimere il disagio provocato dall'inevata e ribelle voglia di esistere, indirizzare l'anziano verso la ricerca di aiuto in persone che, professionalmente preparate a comprendere e incoraggiare, consentano il raggiungimento della indispensabile armonia tra “affermazione e compartecipazione”.*

11

“Il coraggio di vivere”

- La Psicologia Individuale, che trova per alcune sue concezioni un fondamento teorico nella filosofia del “*come se*” del neo-kantiano Vahinger, conferisce particolare rilievo al ruolo delle finzioni nella vita psichica. La “*finzione*” è una modalità in vario grado non obiettiva di valutare se stessi ed il mondo, elaborata al servizio di finalità perseguiti dall'individuo. Poiché la malattia e la morte incombono su di noi soprattutto nella senescenza, è più facile che in questa fase di età vengano attuati “*meccanismi finzionali*” volti alla negazione della caducità e della morte.
- Pertanto, essere coraggiosi in età anziana significa riconoscere i propri limiti psicofisici (diminuzione capacità sensoriali, riduzione abilità psicomotorie, minore efficienza sistema immunitario) e riuscire soprattutto ad accettare la propria dimensione ontologica di essere mortale, fino al punto di accostarsi alla possibilità di *intravedere una svolta più adattiva e comprendere che il coraggio invincibile è quello di sapere di essere imperfetti* (Dinkmeyer, Dreikurs, 1936): tale dinamica psichica, risveglierà la “*volontà creativa*” del soggetto anziano, supportandolo nelle sue esigenze di “*affermazione e compartecipazione*”.

12

Da quanto detto emerge che, secondo la Psicologia Individuale, il trattamento psicoterapeutico con individui anziani è possibile, dato il tipo di dinamismi psichici che sottendono le loro crisi. Fermo restando che i criteri di idoneità alla psicoterapia saranno necessariamente più selettivi, in quanto il grado di cultura e il livello di intelligenza hanno, nell'età avanzata, un peso maggiore ai fini della ricettività, va sottolineato che l'obiettivo del trattamento deve essere quello di ricostruire gli elementi dello "*stile di vita*", analizzando e facendo comprendere al soggetto le modalità di compenso negative e le mete fittizie che hanno orientato la sua esistenza, e procedendo a un'azione di recupero basata sull'introduzione di nuove compensazioni. Queste dovranno per lo più sfruttare le potenzialità creative del paziente (fantasia, intuizione), in quanto non subiscono gli effetti deleteri dell'invecchiamento (diversamente ad esempio dalla memoria a breve termine o altre funzioni intellettive). Nel suggerire nuove vie di compenso non si dovrà temere di "*incoraggiare*" un aumento di attività: il riposo infatti, soprattutto psicologico, non è salutare, ma favorisce una perdita più rapida delle funzioni intellettuali, ed è talvolta fonte di reazioni depressive.

13

- È evidente che una terapia analitica con soggetti anziani richiede tempo e sforzi maggiori, da parte di entrambi i partecipanti alla relazione terapeutica, rispetto a quella con soggetti più giovani: uno *stile di vita* collaudato a lungo oppone inevitabilmente maggiori resistenze al cambiamento. Questo fatto induce a sottoporre a terapia analitica solo gli anziani per i quali l'intensità e la drammaticità della crisi raggiungano livelli, per così dire, di guardia. Per gli altri, e sono la maggior parte, potrebbero essere vantaggiose delle esperienze di gruppo, non intese come vere e proprie terapie, ma piuttosto come momenti di reintegrazione sociale.
- Anche un intervento di *counseling* può essere proficuo in certi casi di lieve crisi negli anziani: esso andrà condotto, come sempre secondo l'ottica adleriana, abbozzando un'interpretazione dei disturbi che tenga conto delle compensazioni riuscite e di quelle fallite, e incoraggiando il paziente a imboccare nuove vie di compensazione, e a considerare non esaurita la possibilità di formulare progetti.

14

Verso un invecchiamento sano e positivo

- Negli anni cinquanta Havighurst (1950, 1961) ha proposto la così detta “**teoria dell’attività**”, sottolineando che l’invecchiamento adeguato è caratterizzato dalla capacità di mantenere le proprie attività e le proprie attitudini: secondo l’autore la capacità di invecchiare bene coinvolge oltre l’attività, anche il ruolo dei valori individuali e della loro affermazione.
- Il concetto di “*invecchiamento positivo*”, proposto dalla “*Teoria dell’Attività*” (Havighurst, 1963), comporta che l’anziano si mantenga operoso sino in tarda età, perché è attraverso l’attività che gli individui si sentiranno efficienti e socialmente validi, e soprattutto sperimenteranno, a livello soggettivo ed interpersonale, grazie ad un intervenuto “*inserimento sociale*”, una condizione di “*benessere psicofisico*” maggiore, rispetto a coloro i quali si saranno invece ritirati da qualsiasi forma di attività sociale.
- Si può, pertanto, parlare in questo senso di “*active ageing*”, *invecchiamento attivo*, volendo, ancora una volta, ribadire la necessitàopportunità di trovare sempre nuovi obiettivi e nuove motivazioni, per una vita che va continuamente, dinamicamente e soprattutto creativamente riprogettata e reinventata: Scortegagna (2010), a tal proposito, parla di “*lifelong learning*”, a voler intendere il bisogno, la necessità di promuovere nell’anziano un modello di apprendimento continuo, inteso come vero e proprio “*diritto*”, tutelato a livello etico, politico e istituzionale al fine di consentire all’anziano di potersi continuare ad occupare, in accordo a nuove competenze e capacità, di un’attività, attraverso la quale possa sentire ancora valorizzata la sua utilità sociale.

15

- La datata e ormai superata “**Teoria del Disimpegno**” (Cumming, Henry, 1961), che pensava ad un anziano bisognoso di un meritato riposo, lontano da qualsiasi coinvolgimento sociale, è stata ampiamente confutata, in quanto giustificherebbe un processo patologico d’abbandono, che favorirebbe nell’anziano un isolamento sociale, che inciderebbe negativamente sulla sua “*qualità di vita*” (Chattat, 2004). Il riposo, infatti, soprattutto quello psicologico, non è salutare, ma favorisce una perdita delle funzioni intellettuali, ed è talvolta fonte di reazioni depressive. Questa teoria, dunque, è stata criticata sia per la sua pericolosità sociale, sia per le osservazioni che contraddicono il rapporto tra ritiro sociale e benessere soggettivo, in quanto alcune ricerche successive (Bond et al., 1993) hanno evidenziato una **correlazione positiva tra attività sociale, interazioni sociali e benessere psicologico** da un lato, e influenza dell’isolamento sociale sul malessere dell’anziano, dall’altro.
- L’obiettivo principale, che tuttora è alla base di importanti studi sull’invecchiamento, consiste nell’individuare il “**potenziale**” di riserve psichiche da poter utilizzare nella “**senescenza**”. Il concetto di “*successful aging*”, proposto da Baltes e colleghi (1991), intende valorizzare e “potenziare” la positività, riscontrabile nell’invecchiamento. Con il termine positività, così come proposto anche da George E. Vaillant, si intende un insieme di fattori, come l’autostima, la fiducia nelle proprie competenze, il percepire la propria autoefficacia, il senso di controllo sulle proprie azioni e sull’ambiente, una buona capacità di “*resilienza*” e “*intelligenza socio-emozionale*”, che concorrono a determinare una condizione di salute mentale, e soprattutto di “*soddisfazione di vita*” soggettiva del soggetto anziano. Molte ricerche dimostrano, infatti, che i vissuti soggettivi degli anziani non sono differenti, sul piano della prevalente polarità positiva o negativa delle emozioni riportate, da quelli dei giovani (D’Urso, Baroni, 1989; Poderico, 1993).

16

Il modello *dell'invecchiare bene*, che emerge da queste osservazioni, ha contribuito allo sviluppo di una teoria, denominata con l'espressione “*Ottimizzazione Selettiva con Compensazione*”, altrimenti nota con l'acronimo **SOC Theory** (*Selective Optimization with Compensation*). **La selettività** indica la necessità di concentrarsi su alcuni ambiti delle proprie competenze e delle proprie azioni, che si vuole preservare il più a lungo possibile, compatibilmente con l'invecchiamento biologico (cioè, in qualche modo, con la parte non evitabile dell'invecchiamento). Operata questa scelta, come detto solo in parte libera, la strategia suggerita è quella **dell'ottimizzazione** delle abilità personali implicate, attraverso l'esercizio e anche attraverso le residue, ma consistenti capacità di apprendimento, valorizzabili anche in età anziana. Il terzo elemento che interviene a questo punto è la **compensazione**, che permette di sopperire a quelle capacità, che sono andate perdute, o che si sono ridotte con l'età, adottando strategie psicologiche e comportamentali, volte a sostituire le risorse non più utilizzabili, attraverso un processo di trasformazione e soprattutto di accrescimento personale, finalizzato a ritrovare una propria autonomia decisionale, capace di contenere un nuovo “**senso della vita**”, che contempla l'importanza di “*relazioni sociali positive*” (tutela del “**sentimento sociale**”), nelle quali venga valorizzata, in un clima di “*compartecipata parità emotiva e affettiva*”, una dimensione di auto accettazione/valorizzazione e padronanza ambientale (salvaguardia istanza “**volontà di potenza**”).

17

- Nella formulazione di *Rowe e Khan* (1987 e 1997), l'invecchiare con successo, ovvero “*l'invecchiare in salute*”, comprende tre componenti principali: a) *la bassa probabilità di malattia e di disabilità da malattia*; b) *l'alta capacità di funzionamento cognitivo e fisico*; c) *il coinvolgimento e la partecipazione attiva alla vita sociale e relazionale*. Lo stesso *Khan* (2003), sintetizzando e analizzando il concetto di “**invecchiamento con successo**”, suggerisce di integrare i principali modelli proposti, in un'unica cornice teorica e di ricerca, che includa:
 1. Il modello di *Baltes* di *selezione, ottimizzazione e compensazione*, che permette di prendere in considerazione le possibilità e le potenzialità dell'anziano;
 2. Il contributo di *Rowe e Khan*, che permette di aggiungere al modello *SOC*, gli elementi relativi al ruolo dello stile di vita (nutrizione, esercizio fisico, attitudini salutari, ecc.) che possono favorire un intervento di tipo preventivo, enfatizzando così ciò che il soggetto può fare, per migliorare le sue condizioni;
 3. La proposta di *Riley* e colleghi (1990), che interessa lo sviluppo sociale e normativo, orientato a rendere disponibili anche le risorse esterne, che possono aiutare l'anziano a mettere in atto dei comportamenti indirizzati verso il “*successo*”.

18

In questo contesto, a conclusione, non si può non riportare un estratto dell'intervento di Marcello Cesa-Bianchi sul tema “Comunicazione, creatività, invecchiamento”, nell'ambito del conferimento della laurea honoris causa in Psicologia, a lui assegnata dall'Università degli Studi di Napoli il 13/11/2002: “*La creatività è un modo di comunicare, con gli altri e con se stessi. La comunicazione è una delle modalità con cui si esprime la creatività. L'invecchiamento può non solo conservare, ma anche potenziare creatività e comunicazione; laddove, in età avanzata, la comunicazione mediante parole pronunciate o scritte può essere difficoltosa, è fondamentale mettere gli anziani nelle condizioni di comunicare; i messaggi attraverso la mimica, le posture, gli atteggiamenti, assumono spesso un significato di rilievo, perché possono sostituire quelli trasmessi verbalmente; la dimensione creativa in età senile può influenzare la qualità della vita, sollecitare nuovi interessi e impegni, suggerire nuovi sviluppi di senso alla quotidianità e all'immediato futuro, all'adempimento di percorsi e progetti individuali; la vecchiaia può costituire un rimedio alla creatività dimenticata o sopita e apportare energie, esperienze, ispirazioni e forza ai processi della fantasia e dell'espressione creativa; in età senile il pensiero creativo può non solo conservare, ma anche incrementare e arricchire le capacità creative, il desiderio di conoscenza, la concezione di sé e del proprio destino; la creatività è la qualità che meglio consente alla persona anziana di continuare a esprimersi, di conservare, tutelare e consolidare la propria dignità fino agli ultimi giorni di vita; la comunicazione, la creatività e l'invecchiamento, studiati in modo approfondito nelle loro caratteristiche intrinseche, trovano una possibilità di integrazione che rispetta la loro specificità, ma evidenzia anche la loro complementarietà; la ricerca non ha soltanto il compito di chiarire i dubbi, verificare o formulare ipotesi, scoprire nuovi percorsi, ma deve anche fornire indicazioni per migliorare la condizione umana in tutte le sue dimensioni”.*

19

Vivere e valorizzare il tempo

Vivere e valorizzare il tempo è un testo scientifico realizzato con il contributo di numerosi specialisti fra i più qualificati nel settore della psicogerontologia accademica e professionale. Si rivolge a tutti coloro che sono coinvolti nella formazione e invecchiamento nelle università, nelle scuole di psicoterapia e in tutte le strutture formative in ambito geriatrico. L'obiettivo principale dell'opera è fornire elementi di approfondimento e sensibilizzazione a tutte le persone interessate al tema dell'**invecchiamento positivo**.

Proposta in **formato ebook** come volume unico o suddivisa in tre argomenti **Invecchiare con creatività** ◆ **Invecchiare con coraggio** ◆ **Invecchiare bene** sarà prossimamente in vendita su tutti gli store online.



A cura di
Marcello Cesa-Bianchi, Carlo Cristini, Mario Fulcheri, Luciano Peirone

Il progressivo invecchiamento della specie umana nella civiltà occidentale genera nuovi problemi e nuovi bisogni, richiede nuove soluzioni e proposte più attente e mirate all'utile. Il trend più importante è quello di importanti interventi sociali e, di conseguenza, adeguamenti delle offerte formative, aperte alle più svariate categorie professionali. Il trend dominante, accanto alle indispensabili nuove diagnosi-terapie cliniche e assistenziali a benefici soprattutto della quarta età, è la valorizzazione dell'anziano quale risorsa: per se stesso, per i più vecchi, per le nuove generazioni. Ciò determina uno spostamento progressivo dall'ottica clinica all'ottica della salute intesa come star bene, star meglio.

Conoscenza, creatività, coraggio, spirito di iniziativa sono caratteristiche della persona che si esprime sia prima sia durante l'aging process e permettono di raggiungere un invecchiamento positivo, cioè se le condizioni di salute non sono più ottimali. La preventzione e la preparazione in vista del passare del tempo, l'impegno a mantenere relazioni interpersonali, la capacità di gestire con una visione il più possibile positiva i problemi sociali si riconducono al concetto di bene e stoccano in quell'**'Active Ageing e Successful Ageing** di cui tanto si parla a livello sanitario europeo e globale, tant'è che l'approccio della geriatria oggi è anche orientato a una visione di psicologia positiva.