

# L'invecchiamento attivo: la prospettiva psicologica

MARIO BECCIU<sup>1</sup> - ANNA RITA COLASANT<sup>2</sup>

*Nel presente contributo, che muove da una prospettiva squisitamente psicologica alla tematica in oggetto, intendiamo soffermarci sul benessere e la qualità di vita nella terza età mettendo in luce quei fattori di natura personale e sociale che possono favorire un invecchiamento positivo.*

## Introduzione

A motivo delle mutate condizioni socio demografiche connesse alla riduzione della natalità, al miglioramento delle condizioni alimentari e igienico sanitarie e al progresso dell'assistenza medica e sociale, in tutti i paesi industrializzati si sta verificando un progressivo invecchiamento della popolazione.

L'Italia detiene il primato dell'indice di vecchiaia (rapporto tra numero di anziani ultrasessantacinquenni e numero di giovani sino a 15 anni) ed è al secondo posto dopo la Svezia per indice di invecchiamento (presenza percentuale di anziani sul totale della popolazione).

In altre parole, siamo di fronte ad una vera e propria "rivoluzione della longevità" che porta con sé una profonda trasformazione sia della società che della struttura familiare dove crescono le relazioni verticali (sino a 4 generazioni) e diminuiscono le orizzontali (fratelli e cugini) (Sidoti, 2010).

Tuttavia, sebbene il termine invecchiamento tenda ad evocare immagini di malattia, decadimento e malessere, i nuovi anziani sembrano caratterizzarsi piuttosto per un orientamento verso la salute e verso il benessere e per il per-

<sup>1</sup> Docente invitato Università Pontificia Salesiana.

<sup>2</sup> Docente Università Pontificia Salesiana.

seguimento di uno stile di vita più sano e soddisfacente dove prendono spazio la cura di se stessi e l'impegno attivo del proprio tempo libero.

Infatti, studi recenti che hanno indagato il rapporto tra età e benessere evidenziano come la percezione di quest'ultimo si mantenga e addirittura aumenti nell'invecchiamento, nonostante si verifichi un declino della funzionalità cognitiva e fisica. Oltre l'85% degli anziani riporta alti livelli di benessere percepito e si dichiara soddisfatto della propria vita nonostante le inevitabili difficoltà che l'avanzare dell'età porta con sé. Non a caso, in letteratura, si parla di "paradosso dell'invecchiamento" (Baltes, Mayer, 1999).

Pertanto, il concetto "*senectus ipsa morbus*", nel quale vecchiaia è sinonimo di malattia, sembra non caratterizzare propriamente la società odierna e la qualifica di vecchio, riferita al soggetto non più produttivo che fuoriesce dal lavoro e che diventa fruitore passivo della previdenza sociale, appare piuttosto obsoleta.

Occorre, quindi, che le società più avanzate si pongano in modo strategico e lungimirante di fronte al fenomeno dell'invecchiamento della popolazione puntando, da un lato, a favorire l'autonomia e la qualità di vita delle persone che invecchiano, dall'altro, a valorizzare il contributo che esse possono ancora validamente offrire alla società e alla collettività.

È in questa linea che è stato proclamato il 2012 come l'anno europeo dell'invecchiamento attivo e della solidarietà tra le generazioni, con l'obiettivo di riflettere sulle possibilità da mettere in campo per far sì che le persone invecchino in buona salute continuando a partecipare in pienezza alla vita sociale e lavorativa.

Nel presente contributo, che muove da una prospettiva squisitamente psicologica alla tematica in oggetto, intendiamo soffermarci sul benessere e la qualità di vita nella terza età mettendo in luce quei fattori di natura personale e sociale che possono favorire un invecchiamento positivo.

## ■ Il concetto di benessere soggettivo

Prima di affrontare il tema del benessere nell'invecchiamento e dei fattori che vi si correlano, occorre soffermarci brevemente sul concetto di benessere soggettivo. Quest'ultimo, definito e operazionalizzato come felicità o soddisfazione per la vita (Diener, 1984), sta ad indicare l'esperienza di benessere così come è percepita e valutata dal soggetto stesso, a prescindere dalle effettive condizioni di vita. Si tratta di un concetto che inizia a farsi strada in ambito psicosociale intorno agli anni 60-70, particolarmente nei campi della salute mentale, della qualità della vita e della gerontologia (Cicognani, 2002).

Per la prima volta in quegli anni, anche sulla scia dei nuovi orientamenti promossi dalla psicologia di comunità in materia di salute mentale, si assiste ad uno spostamento di interesse dagli aspetti puramente epidemiologici circa l'incidenza e la prevalenza della sintomatologia psichiatrica, alla salute mentale positiva e quindi alla considerazione e alla valorizzazione di variabili soggettive sino ad allora rimaste in ombra riguardanti appunto la felicità percepita, la soddisfazione personale, le strategie di fronteggiamento.

Specificatamente, è una ricerca su larga scala condotta dall'*Institute of Social Research* dell'Università del Michigan (Gurin, Veroff, Feld, 1960) ad indagare, rispetto alla salute mentale della popolazione, non sono gli aspetti di natura sintomatologica (ansia, depressione, ecc.) quanto piuttosto le variabili connesse con il benessere percepito avvalorando il contributo che le persone stesse e non solo gli psichiatri possono offrire alla comprensione della salute mentale.

Un'ulteriore spinta verso la focalizzazione dell'interesse sul benessere soggettivo si è poi avuta dagli studi sulla qualità della vita. Intorno agli anni 60-70 l'equazione più risorse = più benessere comincia a rivelare le sue inconsistenze o, quanto meno, ad apparire piuttosto riduttiva. In particolare, l'incremento di alcuni fenomeni quali stress, consumismo, abuso di farmaci, impoverimento delle relazioni familiari, allentamento delle reti comunitarie, fortemente correlati allo sviluppo sociale inteso come espansione quantitativa ed economica, pone seri dubbi circa la fondatezza di un'idea di felicità pubblica primariamente radicata sulla produzione e sul possesso di beni materiali e spinge a volgere lo sguardo verso aspetti qualitativi dell'esistenza che non negano ma non si limitano al benessere quantitativo (Goldwurm et al., 2004). La valutazione della qualità della vita viene quindi a basarsi non solo su indicatori oggettivi (reddito, livello economico, abitazione, efficacia dei servizi, ecc.), ma anche su indicatori soggettivi (percezione del proprio benessere psicologico e del proprio funzionamento fisico e sociale, soddisfacimento delle proprie aspirazioni, qualità percepita della propria esistenza ecc.).

In questa prospettiva, il benessere soggettivo diviene il cuore della qualità della vita, l'elemento che la caratterizza e le dà un significato.

Ma a conferire una posizione di primo piano al tema del benessere soggettivo è proprio la ricerca in gerontologia sociale (Ryff, 1989; Cesa-Bianchi, 1987; Laicardi, 1987). Infatti, a fronte del già citato "paradosso dell'invecchiamento" secondo il quale, nelle indagini su larga scala, gli anziani tendono a presentare un livello di soddisfazione per la propria vita pari o superiore a quello dei giovani nonostante gli inevitabili cedimenti sul piano fisico, ci si è chiesti quali siano i fattori implicati nell'esperienza di benessere e in che misura questa possa ritenersi relativamente indipendente da variabili di ordine oggettivo.

Gli studi condotti nei suddetti campi convergono verso le seguenti evidenze:

- gli indicatori oggettivi della qualità della vita predicono una porzione limitata della varianza nei giudizi di benessere globale (al di sotto del 10%); di contro, gli indicatori soggettivi spiegano una varianza di oltre il 50% (Andrews, Robinson, 1991; Lehman, 1983, cit. in Cicognani 2002);
- i giudizi circa la soddisfazione rispetto alla propria vita da parte di coloro che oggettivamente si trovano in condizioni parzialmente sfavorevoli non presentano differenze significative rispetto ai giudizi di coloro che sperimentano situazioni più vantaggiose (Taylor, 1983; Lehman, 1983, cit. in Cicognani 2002);
- sebbene la salute fisica contribuisca all'esperienza di benessere, è soprattutto lo stato di salute auto percepito e le capacità psicologiche ad affrontare positivamente la vita, riassumibili *nell'arte del vivere*, a fare la differenza (Goldwurm et al., 2004);
- infine, nello specificare in cosa consista l'esperienza soggettiva di benessere, i diversi studi sono concordi nell'affermare che essa implichi una consapevolezza e un'attività cognitiva di valutazione rispetto ai propri stati interni. In tal senso, la definizione di benessere che raccoglie i maggiori consensi (Veenhoven, 1984; Argyle, 1987; Diener, 1994) è quella secondo la quale il senso di benessere è dato dallo sperimentare emozioni piacevoli con maggiore frequenza rispetto alle emozioni spiacevoli e dal giudicare come complessivamente soddisfacente la propria vita. Quanto poi alle determinanti del benessere, esse sono da ricondurre a caratteristiche socio demografiche, a condizioni di vita oggettive, ma, soprattutto – come dicevamo – al modo in cui tali condizioni sono percepite soggettivamente e, rispetto a quest'ultimo aspetto, entrano prepotentemente in gioco complessi fattori psicosociali e variabili di personalità.

## Il benessere soggettivo nella terza età

Occuparsi di benessere soggettivo nell'invecchiamento implica assumere un nuovo approccio allo studio della terza età, approccio che risente fortemente dell'influsso di alcune recenti discipline psicologiche, quali: la psicologia della salute, la psicologia positiva, la psicologia dell'arco della vita (Marigo et al., 2009).

La *psicologia della salute* come disciplina specifica è emersa da appena qualche decennio (la sezione denominata *Health Psychology* all'interno dell'APA nasce nel 1979) e ha determinato il passaggio dalla psicologia medica, fondata sul modello riduzionistico biomedico, ad una psicologia ispirata dal modello bio-

psicosociale. Secondo la definizione proposta da Matarazzo e ormai ufficialmente accettata dalla comunità scientifica, «la psicologia della salute è l'insieme dei contributi specifici (scientifici, professionali, formativi) della disciplina psicologica alla promozione e mantenimento della salute, alla prevenzione e trattamento della malattia e all'identificazione dei correlati eziologici, diagnostici della salute, della malattia e delle disfunzioni associate. Un ulteriore obiettivo consiste nell'analisi e miglioramento del sistema di cura della salute e nella elaborazione delle politiche della salute» (Matarazzo, 1980). Oggetto privilegiato della psicologia della salute sono le relazioni tra comportamento e benessere e gli stili di vita che favoriscono lo star bene.

La *psicologia positiva* (Seligman, Csikszentmihalyi, 2000) è invece una disciplina che compare nel panorama scientifico intorno agli anni 80, sebbene i suoi prodromi siano già rintracciabili nella psicologia umanistica, con l'obiettivo di spostare il focus dalla patologia, dalla disfunzionalità e dal disagio alla salute mentale positiva individuando e promuovendo le forze e le virtù di ogni individuo che facilitano il sentimento di benessere personale. In tal senso, essa mira ad accrescere lo sviluppo positivo dell'uomo e a migliorarne il livello di felicità e di salute mentale, a prescindere dalla malattia (Linley e Joseph, 2004). Si occupa, pertanto, di aspetti che nella psicologia tradizionale avevano ricevuto solo una fioca e marginale attenzione, dal momento che l'interesse era primariamente volto alla riduzione e all'eliminazione della sofferenza, della debolezza, dell'ansia, ricavandone il benessere come risultato conseguente. La psicologia positiva fa, invece, della promozione della felicità e del benessere il principale oggetto di studio, interessandosi alle variabili personali e psicosociali che permettono all'individuo di superare le difficoltà della vita senza arenarsi nella sofferenza.

La *psicologia dell'arco della vita* non fa capo ad una teoria unitaria, ma rappresenta un orientamento allo studio dello sviluppo che muove dall'assunto che quest'ultimo caratterizzi tutta la vita, non arrendendosi al raggiungimento della maturità fisica ed evolva nelle diverse fasi mediante processi continui o cumulativi e discontinui o innovativi (Rutter, 1995). Secondo la prospettiva dell'arco della vita ad influenzare lo sviluppo intervengono fattori di natura biologica, fattori di natura ambientale, qualità e temporalizzazione delle esperienze, ma, nondimeno, il ruolo attivo del soggetto che costruisce attivamente i propri percorsi. In tal senso, quanto più una persona è in grado di negoziare le esperienze e gli accadimenti e di cambiare le proprie mete, aspirazioni e comportamenti in funzione delle circostanze che le si presentano, tanto più è capace di garantirsi uno sviluppo di successo. Particolarmente nell'invecchiamento, la capacità di massimizzare le opportunità e minimizzare le esperienze negative si rivela preziosa nel mantenimento della salute fisica e mentale e del benessere percepito.

Ciascuna delle discipline menzionate ha contribuito a mutare approccio verso l'invecchiamento consentendo di superare una sorta di gerontofobia che portava a forme evitative nei confronti di esso per offrirne una visione rinnovata dove l'anziano ha ancora in serbo numerose potenzialità personali, sociali ed economiche e dove le opportunità di una vita soddisfacente e positiva sono ancora numerose.

Ma quali sono i fattori che consentono di vivere a lungo e di vivere bene?

## Accettare le sfide dei cambiamenti legati all'età

Un primo fattore concerne la capacità che abbiamo di rispondere ai compiti evolutivi che la vita ci pone. Invecchiare mette di fronte a cambiamenti fisici, mentali, energetici; implica assumere nuovi ruoli sociali; chiede di fare i conti con l'eventuale perdita del partner o di persone care. Accettare e adeguarsi ai cambiamenti anziché combatterli, negarli o rimuoverli è il modo migliore per far fronte all'avanzare dell'età (Veronesi, 2012).

Si tratta di ricercare un costante equilibrio tra processi di assimilazione e accomodamento, modificando, da una parte, le condizioni ambientali in modo da renderle più funzionali ai propri scopi, ma, soprattutto, dall'altra, riformulando gli obiettivi e ridimensionando le proprie aspirazioni in modo da rendere più probabile il raggiungimento degli scopi stessi (Doubrawa, 2011).

A tale riguardo, può essere molto utile la strategia suggerita da Baltes (1997) nel suo modello SOC (Selezione, Ottimizzazione, Compensazione). Secondo l'autore, per mantenere un livello di sviluppo soddisfacente occorre *selezionare* gli obiettivi sulla base dei limiti imposti dalle risorse biologiche ed ambientali disponibili; *ottimizzare* e sfruttare al meglio le risorse di cui si dispone così da perfezionare i mezzi che consentono di raggiungere gli obiettivi proposti; cercare di *compensare* le perdite subite mettendo in atto strategie che utilizzino le risorse residue. L'autore (Baltes, 1997) cita come esempio emblematico un'intervista rilasciata dal pianista Rubinstein, il quale, alla domanda su come mai riuscisse a mantenere brillanti livelli di prestazione nonostante la tarda età, rispondeva di aver ridotto il suo repertorio selezionando brani adatti alla sua condizione; di dedicare molto più tempo all'esercizio di alcune parti per ottimizzarne l'esecuzione; di aver compensato la perdita di velocità, determinata da un rallentamento motorio delle dita, eseguendo più lentamente alcuni pezzi prima di ogni passaggio veloce così da mantenere lo stesso effetto di accelerazione e di contrasto. Una tale strategia, potenzialmente utile in ogni fase della vita, diviene preziosa nell'invecchiamento, permettendo di mantenere adeguati livelli di funzionamento e una certa capacità di controllo sugli eventi nonostante il venir meno di alcune condizioni. In tal senso, non dobbiamo corre-

lare l'invecchiamento positivo alla semplice assenza di malattie, perdite o di limitazioni (condizione questa per altro non sempre possibile), quanto piuttosto alla capacità di adattamento proattivo che le persone hanno di fronte ai cambiamenti che l'avanzare dell'età comporta (Von Faber et al., 2001).

Un segreto per invecchiare bene sta nel considerare non solo tutto quello che la vecchiaia toglie, ma anche tutto quello che lascia. Come ci ricorda Peters (cit. in Doubrava, 2011), talvolta è proprio la "scoperta della lentezza" che offre all'anziano l'opportunità di accedere a spazi personali altrimenti preclusi conferendo al suo sguardo una diversa profondità di campo.

Così, in questo periodo della vita, sarà importante che le strategie di coping centrate sul problema cedano il posto a quelle centrate sulle emozioni, che i processi accomodativi prevalgano sugli assimilativi, che le emozioni piacevoli e positive superino in frequenza quelle spiacevoli, che le risorse a disposizione si concentrino su quegli ambiti che si sa di poter gestire.

## Curare lo stile di vita

Un secondo fattore legato alla longevità di qualità fa riferimento allo stile di vita. Le evidenze che emergono nel campo della psicologia della salute sempre di più ribadiscono l'importanza di comportamenti che aiutino corpo e psiche a tenersi in forma, tra questi: l'esercizio fisico, l'alimentazione, l'attività cognitiva (Veronesi, 2012).

Relativamente all'attività fisica, sebbene essa non costituisca una condizione sufficiente per raggiungere la longevità, di certo mantiene il tono dei muscoli, favorisce la funzione respiratoria e, non da ultimo, stimola la produzione di serotonina, assumendo quindi un importante valore antidepressivo (Bauman, 2004; Kramer, Erickson e Colcombe, 2006). Sono sempre più numerosi gli studi che affermano che un'attività fisica regolare può offrire benefici non raggiungibili con altre modalità terapeutiche e giovare consistentemente alla salute fisica, al benessere mentale e al funzionamento cognitivo (Marigo et al., 2009).

D'altra parte, ogni età ha esigenze e ritmi specifici; pertanto, i carichi non dovranno essere eccessivi, ma commisurarsi sulle reali possibilità. Certamente quando si invecchia si ha meno scatto e meno resistenza, ma non si dovrebbe cedere alla tentazione della pigrizia e della inattività. Oltre a fare le scale, portare pesi leggeri o moderati è importante camminare. Una passeggiata costante e regolare per almeno venti minuti al giorno fa bene al cuore e riduce il rischio di sviluppare malattie (Veronesi 2012).

Insieme ad una regolare attività fisica è importante curare l'alimentazione. In particolare, occorre ridurre le quantità, in modo da equilibrare l'apporto energetico, e assicurarsi la qualità, consumando ampiamente verdure, legumi, frut-

ta, cereali, olio di oliva; moderatamente pesce; limitatamente grassi saturi, carni, latticini. Occorre, inoltre, astenersi dal fumo e fare un uso moderato di alcolici. Questi ultimi, infatti, se assunti in piccole quantità fungono da fattore protettivo rispetto al rischio cardiovascolare (particolarmente il vino rosso sembra avere un'importante funzione antiossidante) (Marigo et al., 2009).

Infine, sempre relativamente allo stile di vita, è importante tener vive le proprie funzioni cognitive. Indubbiamente, la vecchiaia porta con sé un decadimento di molte funzioni: memoria, linguaggio, attenzione, fluidità percettiva; tuttavia, il cervello è un organo plastico, plasmabile capace di evolvere se giustamente stimolato. E poiché può influenzare ampiamente il destino del corpo, nella misura in cui lo aiutiamo a restare attivo, impegnato, curioso possiamo aggiungere anni alla vita e vita agli anni. Per questa ragione, è necessario che con l'avanzare dell'età si continuino a coltivare interessi, soddisfare curiosità, mantenere una vita sociale attiva (Veronesi, 2012, Marigo et al., 2009).

## Coltivare la rete sociale

E veniamo pertanto al terzo fattore di buona longevità: il benessere sociale. Quest'ultimo, identificabile nelle dimensioni di adattamento sociale e sostegno sociale (Mc Dowell, Newell, 1987), sembra correlarsi positivamente alla salute psicofisica e incidere in misura significativa sugli esiti di morbilità e mortalità. Già a partire dalla ricerca longitudinale di Belloc e Breslow (1972), nota come *Alameda Study*, era emerso come i legami sociali fossero utili predittori dello stato di salute per gli ultrasessantenni, e gli studi che si sono succeduti non hanno fatto altro che riconfermare questo dato (Berkman, Syme, 1979; Matarazzo, 1994).

Più specificatamente, l'adattamento sociale si riferisce alla soddisfazione per le relazioni, alla prestazione nell'ambito di ruoli sociali e all'adattamento all'ambiente; il sostegno sociale concerne invece il sostegno disponibile e percepito all'interno della propria rete di relazioni. Entrambe le dimensioni del benessere sociale sono importanti per la qualità della vita dell'anziano: essere inserito in una rete sociale ed essere membro attivo della comunità rafforza la propria identità sociale; allo stesso tempo, è il presupposto per costruire e mantenere legami e per usufruire di relazioni supportive che come sappiamo sono un potente ammortizzatore dello stress. Inoltre, una persona integrata in una rete sociale di familiari e amici è soggetta a maggiori controlli sociali verso comportamenti rilevanti per la salute e quindi più protetta. Per tutte queste buone ragioni è importante che con l'avanzare dell'età e con il venir meno di alcune sollecitazioni non ci si rifugi nella chiusura e nell'isolamento, ma si continui ad essere aperti agli altri e al mondo che ci circonda.

## Mantenersi attivi

Un ulteriore fattore di benessere nella terza età fa riferimento alla possibilità di mantenersi attivi. L'essere occupati, coinvolti e impegnati in una qualche attività che dia soddisfazione, contribuisce all'integrità dello stato funzionale e cognitivo dell'anziano oltre a prevenire stati emozionali spiacevoli, quali ansia, depressione, solitudine, senso di inutilità. Non a caso, il livello di attività è considerato un predittore dello stato funzionale e cognitivo in età avanzata nonché un fattore di protezione rispetto al rischio di sviluppare forme di disagio fisico e psichico (Lennartsson, Silverstein, 2001). In campo clinico, è ormai appurato che il mantenersi quotidianamente attivi permette di migliorare il proprio livello di benessere (Goldwurm et al., 2004).

Certamente, c'è un legame bidirezionale tra energia e livello di attività: se si ha energia si è portati ad impegnarsi in più attività, se ci si impegna in attività si ha più energia. Ora, sebbene l'avanzare dell'età porti inevitabilmente a disporre di meno energia, nella misura in cui si punta l'attenzione non tanto su quello che non si può più fare, ma su quello che si può ancora riuscire a fare, questo può dar vita anche in tarda età ad un circolo virtuoso.

Realizzare attività produttive, coinvolgersi in attività di volontariato, assumersi impegni sociali nella comunità di appartenenza, offre all'anziano la possibilità di rivalutarsi e di acquistare consapevolezza delle proprie potenzialità, mantiene le abilità della vita quotidiana, favorisce il contatto con altre persone, migliora le funzioni cognitive, la salute fisica e mentale.

Quanto fin qui espresso è assolutamente in linea con il concetto di invecchiamento attivo proposto dall'OMS (2002) nel quale la parola attivo non riguarda soltanto l'importanza di mantenersi fisicamente attivi, ma sottolinea il valore attribuito alla possibilità di coinvolgersi in attività produttive, di essere impegnati sul piano sociale, economico, culturale, spirituale e di conservare una certa indipendenza (Marigo et al., 2009).

La seguente tabella sintetizza le determinanti dell'invecchiamento attivo stabilite dall'OMS, esplicitandone i fattori che consentono di far fronte con successo all'avanzare dell'età.

Tab. 1 - Le determinanti dell'invecchiamento attivo secondo l'OMS (2002)

<p><i>Fattori Macrosociali</i> ambientali, sociali, economici e sanitari.</p>	<p><i>Fattori comportamentali e di personalità</i> stili di vita, abilità di coping, autoefficacia, controllo interno, comportamento prosociale, pensiero positivo.</p>
---	---

## Bibliografia

- ANDREWS F.M. - ROBINSON J.P. (1991), *Measures of subjective well-being*, in ROBINSON J. - SHAVER P. - WRIGHTSMAN L. (eds.), *Measures of personality and social psychological attitudes*, vol 1, Academic Press, New York.
- ARGYLE M. (1987), *The psychology of happiness*, Methuen, London (tr. it., *Psicologia della felicità*, Cortina, Milano, 1988).
- BALTES P.B. (1997), On the incomplete architecture of human ontogeny: Selection, optimization, and compensation as foundation of developmental theory, *American Psychologist*, 52, 366-380.
- BALTES P.B. - MAYER K.U. (1999), *The Berlin Aging Study: Aging from 70 to 100*, Cambridge University Press, New York.
- BAUMAN A.E. (2004), Updating the evidence that physical activity is good for health: an epidemiological review 2000-2003, in *J. Sci. Med. Sport*, 7, 6-19.
- BELLOC N.B. - BRESLOW L. (1972), Relationship of physical health status and health practices, in *Preventive Medicine*, 5, 409-421.
- BERKMAN L.F. - SYME S.L. (1979), Social networks host resistance and mortality: A nine year follow up study of Alameda County residents, in *Amer. J. of Epidemiology*, 109, 186-204.
- CESA-BIANCHI M. (1987), *Psicologia dell'invecchiamento*, NIS, Roma.
- CICOGNANI E. (2002), *Il benessere soggettivo: natura e determinanti*, in BRAIBANTI P., *Pensare la salute*, Milano, Franco Angeli.
- DIENER E. (1984), Subjective Well-being, *Psychological Bulletin*, 95, 542-575.
- DIENER E. (1994), Assessing well-being: progress and opportunities, *Social Indicator research*, 31, 103-157.
- DOUBRAWA R. (2011), La terza età, in *Psicologia Contemporanea*, 228, 48-51.
- FERNÁNDEZ-BALLESTEROS R. - CAPRARA M.G. - IRIGUIEZ J. - GARCIA L.F. (2005), Promoción del envejecimiento activo: efectos del programa "Vivir con vitalidad", *Rev. Esp. Geriatr. Gerontol.*, 40, 92-102.
- GOLDWURM G.F. - BARUFFI M. - COLOMBO F. (2004), *Qualità della vita e benessere psicologico*, McGraw-Hill, Milano.
- GURIN G. - VEROFF J. - FELD S. (1960), *Americans view their mental health*, Basic Books, New York.
- KRAMER A.F. - ERICKSON K.I. - COLCOMBE S.J. (2006), Neural Changes associated with training Exercise, cognition and the aging brain, *J. Appl. Physiol.*, 101, 1237-1242.
- LAICARDI C. (1987), *Psicologia e qualità della vecchiaia*, Il Pensiero Scientifico, Roma.
- LEHMAN A.F. (1983), The well-being of chronic mental patients: assessing their quality of life, *Archives of General Psychiatry*, 40, 369-373.
- LENNARITSSON C. - SILVERSTEIN M. (2001), Does Engagement-with-Life Enhance Survival of the Oldest Old? An Assessment of the Social and Leisure Activities of the Swedish Elderly, *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 56, 335-342.
- LINLEY P.A. - JOSEPH S. (eds.) (2004), *Positive psychology in practice*, Hoboken, J. Wiley, New York.
- MATARAZZO J.D. (1980), Behavioral health and behavioral medicine: frontiers for a new health psychology, *American Psychologist*, 35, 815.
- MATARAZZO J.D. (1994), Stili di vita e salute: buone e cattive abitudini nella salute e nella malattia, in *Bollettino di Psicologia Applicata*, 209, 3-13.
- MARIGO C. - BORELLA E. - DE BENI R. - CAPRARA M.G. - FERNÁNDEZ-BALLESTEROS R. - GRANDI C. - LUCIDI F. (2009), Invecchiamento di successo: vivere a lungo, vivere bene, in DE BENI R. (a cura di), *Psicologia dell'Invecchiamento*, 233-258.
- MCDOWELL I. - NEWELL C. (1987), *Measuring Health: a Guide to Rating Scale and Questionnaires*, Oxford University Press, New York.
- ORGANIZZAZIONE MONDIALE DELLA SALUTE (2002), *Active Ageing. A Policy Framework*, Ginevra, WHO.
- RYFF C.D. (1989), *Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being*, *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 6, 1069-1081.
- RUTTER M. - RUTTER M. (1995), *L'arco della vita*, Giunti, Firenze.
- SELIGMAN M.E.P. - CSIKSZENTMIHALYI M. (2000), Positive psychology: An introduction, *American Psychologist*, 55, 5-14.
- SIDOTI E. (2010), *Promuovere la salute nella comunità*, Franco Angeli, Milano.
- TAYLOR S. (1983), Adjustment to threatening events: a theory of cognitive adaptation, *American Psychologist*, 38, 1181-1173.
- VEENHOVEN R. (1984), *Conditions of happiness*, Reidel, Dordrecht.
- VERONESI U. (2012), *Longevità*, Bollati Boringhieri, Torino.
- VON FABER M. - BOOTSMA VAN DER WIEL A. - VAN EXEL E. - GUSSEKLOO J. - LAGAAY A. - VAN DONGEN E. (2001), Successful aging in the oldest old: Who can be characterized as successfully aged, *Archives of Internal Medicine*, 161, 2694-2700.
- ZANI B. - CICOGNANI E. (2000), *Psicologia della salute*, Il Mulino, Bologna.







