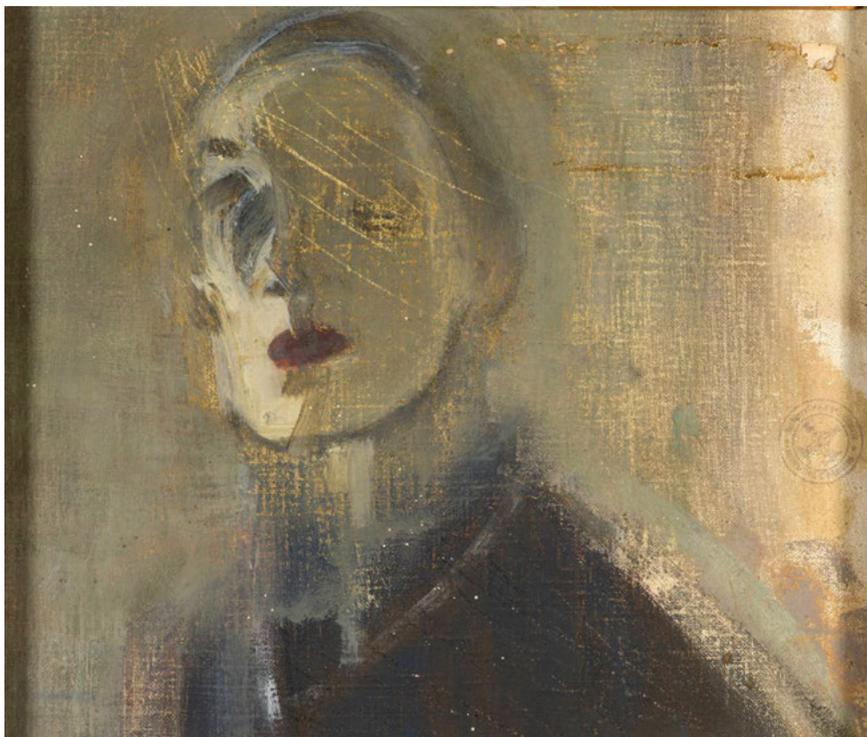


Carte Semiotiche 2024/1

Silver Age

Nuove culture della vecchiaia



la casa
USHER

Carte Semiotiche

Rivista Internazionale di Semiotica e Teoria dell'Immagine

Annali 10 - Giugno 2024

Silver Age Nuove culture della vecchiaia

A cura di
Mauro Portello e Maria Pia Pozzato

SCRITTI DI

ALESSI E LOBACCARO, BELLENTANI E LEONE, BIKTCHOURINA,
BOERO, CARVALHO, CESARI, DE ANGELIS, GALLO,
GALOFARO, GRAMIGNA, LORIA, MAGLI, MONTESANTI,
PONZO, SANFILIPPO, TERRACCIANO, TSALA

la casa
USHER

Carte Semiotiche
Rivista Internazionale di Semiotica e Teoria dell'Immagine
Fondata da Omar Calabrese
Serie Annali 10 - Settembre 2024

Direttore responsabile
Lucia Corrain

Redazione
Manuel Broullon Lozano
Massimiliano Coviello
Stefano Jacoviello
Valentina Manchia
Francesca Polacci
Miriam Rejas Del Pino (Segretaria di redazione)
Giacomo Tagliani
Mirco Vannoni (Segretario di redazione)
Francesco Zucconi

CROSS - Centro interuniversitario di Ricerca "Omar Calabrese"
in Semiotica e Teoria dell'Immagine
(*Alma Mater Studiorum* – Università di Bologna, Campus di Ravenna,
Università di Siena, Università Iuav di Venezia)
SEDE Università degli Studi di Siena
Via Roma, 56
53100 Siena

Copertina
Helene Schjerfbeck, *Unfinished Portrait*,
1921, olio su tela, 44.5x50.1,
Finlandia, Riihimäki Art Museum ©WikimediaCommons
ISSN: 2281-0757
ISBN: 978-88-98811-88-5

© 2024 by VoLo publisher srl
via Ricasoli 32
50122 Firenze
Tel. +39/055/2302873
info@volopublisher.com
www.lacasausher.it

Carte Semiotiche
Rivista Internazionale di Semiotica e Teoria dell'Immagine
Fondata da Omar Calabrese

Comitato scientifico

Maria Cristina Addis	Università di Siena
Luca Acquarelli	Université de Lyon
Emmanuel Alloa	Universität St. Gallen
Denis Bertrand	Université Paris 8
Maurizio Bettini	Università di Siena
Giovanni Careri	EHESS-CEHTA Paris
Francesco Casetti	Yale University
Lucia Corrain	<i>Alma Mater Studiorum</i> – Università di Bologna
Georges Didi-Huberman	EHESS-CEHTA Paris
Umberto Eco †	<i>Alma Mater Studiorum</i> – Università di Bologna
Ruggero Eugeni	Università Cattolica di Milano
Paolo Fabbri †	Università LUISS di Roma
Peter Louis Galison	Harvard University
Stefano Jacoviello	Università di Siena
Tarcisio Lancioni	Università di Siena
Eric Landowski	CNRS - Sciences Po Paris
Massimo Leone	Università di Torino
Anna Maria Lorusso	<i>Alma Mater Studiorum</i> – Università di Bologna
Jorge Lozano †	Universidad Complutense de Madrid
Gianfranco Marrone	Università di Palermo
Francesco Marsciani	<i>Alma Mater Studiorum</i> – Università di Bologna
Angela Mengoni	Università Iuav di Venezia
W.J.T. Mitchell	University of Chicago
Pietro Montani	Università Roma Sapienza
Ana Claudia Mei Alves de Oliveira	PUC - Universidade de São Paulo
Isabella Pezzini	Università Roma Sapienza
Andrea Pinotti	Università Statale di Milano
Wolfram Pichler	Universität Wien
Bertrand Pré vost	Université Michel de Montaigne Bordeaux 3
François Rastier	CNRS Paris
Carlo Severi	EHESS Paris
Antonio Somaini	Université Sorbonne Nouvelle - Paris 3
Victor Stoichita	Université de Fribourg
Felix Thürlemann	Universität Konstanz
Luca Venzi	Università di Siena
Patrizia Violi	<i>Alma Mater Studiorum</i> – Università di Bologna
Ugo Volli	Università di Torino
Santos Zunzunegui	Universidad del País Vasco - Bilbao

Sommario

Silver Age
Nuove culture della vecchiaia
a cura di
Mauro Portello e Maria Pia Pozzato

Introduzione <i>Mauro Portello e Maria Pia Pozzato</i>	9
I destini del corpo. Anzianità, corporeità e significazione nel cinema contemporaneo <i>Flavio Valerio Alessi e Luigi Lobaccaro</i>	31
Ripensare il volto digitale nella Silver Age <i>Federico Bellentani e Massimo Leone</i>	50
Les termes russes pour interpellier et désigner des gens âgés: Usages et évolution dans la littérature et le cinéma <i>Angelina Biktchourina</i>	68
Images of the Elderly in Advertising: a Sociosemiotic Perspective <i>Marianna Boero</i>	89
A Lifelong Neighbourhood: Alvalade in Lisbon, Portugal <i>António Carvalho</i>	104
Silver Age e arti visive, tra realismo, idealizzazione ed estetizzazione. Uno studio diacronico <i>Emma Cesari</i>	124
Vortex in [∞] punti <i>Mario De Angelis</i>	151

Il care robot si prende cura di te: narrazioni e rappresentazioni della Silver Age <i>Giusy Gallo</i>	177
Il superuomo che invecchia: la terza età nei fumetti di supereroi <i>Francesco Galofaro</i>	189
Biography of a wrinkle. Aging, temporality, and transformation of the human face <i>Remo Gramigna</i>	206
Prosocialità, creatività sessuale e tecnologie per l'assistenza medica a distanza. Cambiamenti sociali attraverso nuovi comportamenti nella terza età <i>Emiliano Loria</i>	221
Tra Vanitas e vanità. Marginalità e potere nell' autoritratto femminile <i>Patrizia Magli</i>	234
“OK, NON-BOOMER”: pensare “da vecchi” come risorsa su internet <i>Fabio Montesanti</i>	246
The accumulation of an external memory: semiotic reflections on a counter-narrative about the aged body <i>Jenny Ponzio</i>	259
La cucina della nonna su TikTok. Trasformazioni di un mito culinario. <i>Maddalena Sanfilippo</i>	272
Codificare la vecchiaia: rappresentazioni di corpi, ridefinizioni di pratiche tra moda e cosmesi <i>Bianca Terracciano</i>	297
Décrire le vieillissement : l'amour et la haine au travers des trajectoires d'existence <i>Didier Tsala Effa</i>	314
Biografie delle autrici e degli autori	325

Prosocialità, creatività sessuale e tecnologie per l'assistenza medica a distanza. Cambiamenti sociali attraverso nuovi comportamenti nella terza età
di Emiliano Loria

Abstract in English

The demographic perspective presents a portrait of a new society, where individuals aged over 60 and over 70 will constitute a significant portion of the population in industrialized countries. This scenario, which is evolutionarily and culturally unprecedented, will impact political orientations, socio-economic structures, and medical and welfare needs. While current infrastructures and socio-healthcare characteristics may not be equipped to handle this future scenario, there are models and technological tools in the field of Aging sciences and remote healthcare that can offer capabilities to transform the future aspect of society from a problem into a resource by focusing on the needs, possibilities, and risks of the elderly person.

Keywords: prosociality; healthy-aging; ageism; Telecare

1. Introduzione

L'articolo consiste in un'analisi retrospettiva delle risultanze provenienti dal campo delle scienze dell'invecchiamento e intende soffermarsi su alcuni aspetti dell'invecchiamento, inteso come naturale processo biopsicologico, osservato in questa sede attraverso la comparazione di ricerche sull'attività sessuale negli anziani, sul peso e condizionamento dei pregiudizi ageisti, sull'isolamento e le malattie croniche. In bilico tra *opportunità* e *aspettative* la via per la longevità è minata dai rischi insiti nell'erronea declinazione della nozione di "invecchiamento di successo", che non coincide con quella di "invecchiamento sano". L'accento sull'aggettivo "sano", denso di riferimenti non solo alla sfera fisiologica, dovrebbe enfatizzare un modello di invecchiamento meno performante e più relazionale. I risultati emersi dai più recenti studi evidenziano le potenzialità delle attività solidali e prosociali nell'allungamento della vita in modo accettabile e resiliente, antidoti efficaci per contrastare l'isolamento e la solitudine, che comportano l'insorgere di malattie e comportamenti nocivi per la salute. L'ultima parte dell'articolo riguarda le forme di teleassistenza, ritenute uno dei fattori cruciali per estendere democraticamente le opportunità finalizzate a un invecchiamento sano, e per instaurare senso di prossimità nel rapporto medico-paziente, e da qui fiducia

e sicurezza personale, a loro volta fattori determinanti nell'aderenza terapeutica. Innovative e personalizzate forme di prevenzione promuovono, in conclusione, autoconsapevolezza della persona e restituzione delle dimensioni di autenticità, di interdipendenza e connessione con gli altri, che sono i fattori determinanti della formazione ed evoluzione dell'identità personale nell'arco di vita.

2. Vecchiaia, prosocialità e attività sessuale

Cominciando ad esaminare che cosa si intende comunemente con il termine “vecchiaia”, vediamo da subito emergere delle contraddizioni, dacché il senso comune, viziato da preconcetti culturali, pregiudica un'interpretazione laica e multi-dimensionale del fenomeno dell'invecchiamento, più diversificato di quanto si creda. Un fenomeno naturale, certamente, ma dai contorni inediti su un piano evolutivo: sempre più persone invecchiano a fronte di un calo delle nascite che riguarda molti Paesi industrializzati¹. Il che si traduce, o meglio si sta traducendo, in società sempre più anziane, non attive lavorativamente, con sempre meno giovani. Si tratta, come qualcuno ha detto, di una rivoluzione demografica (Bar-Tur 2021). Ciononostante non vi è categoria sociale più misconosciuta di quella della terza età².

Diversi studi hanno ormai evidenziato che molti anziani sono relativamente sani, attivi, indipendenti e hanno molte più risorse per mantenere alti livelli di benessere. Una porzione (sempre più ampia) di popolazione anziana dimostra di essere resiliente, socialmente impegnata e coinvolta dalle e nelle proprie famiglie e comunità (Golini e Rosina 2011 per il caso dell'Italia). Molti anziani risultano attivi svolgendo volontariato o lavori part-time con i quali possono ancora contribuire al benessere della famiglia e della comunità (Williamson e Christie 2009). Ma non solo. Dall'indagine condotta da Cismaru-Inescu e colleghi (2022) in Belgio è emerso che il 50,3% dei 511 partecipanti ha dichiarato di avere una relazione sessuale, principalmente con il proprio partner; il 31,3% ha dichiarato di essere sessualmente attivo e il 47,3% dei partecipanti sessualmente inattivi ha riferito di aver sperimentato forme di tenerezza fisica nei 12 mesi precedenti alla rilevazione. In poche parole, un adulto anziano su 3 dai 70 anni in su, che vive in Belgio, si dichiara sessualmente attivo.

Negli Stati Uniti il trend sembra seguire questa linea già da tempo, almeno stando ai risultati dello studio di Lindau e colleghi (2007), che hanno condotto un'indagine longitudinale sulla sessualità in una coorte rappresentativa a livello nazionale di 3005 adulti statunitensi di età compresa tra 57 e 85 anni. Nel gruppo di età più anziano, il 54% delle persone sessualmente attive aveva un rapporto almeno due volte al mese e il 23% ha riferito di avere rapporti sessuali una o più volte alla settimana.

Un'attività sessuale regolare, quindi, non rappresenta un evento eccezionale in età avanzata. Molti uomini e donne mature sono sessualmente attivi nonostante l'aumento (naturale) delle disfunzioni sessuali legate all'età. Bisogna, quindi, superare il pregiudizio secondo il quale l'invecchiamento e l'attività sessuale sono inesorabilmente incompatibili. I cambiamenti fisiologici legati all'età non rendono impossibile o necessariamente difficile una relazione sessuale significativa. Esistono diverse opzioni terapeutiche per raggiungere una soddisfacente capacità sessuale in età avanzata, laddove si intende per sessualità intimo contatto, tenere carezze, masturbazione, vicinanza fisica e calore emotivo. Sebbene l'Organizza-

zione Mondiale della Sanità abbia riconosciuto la sfera sessuale come indicatore fondamentale della salute della persona, la sessualità riceve scarsa attenzione nell'educazione e nella formazione degli operatori sanitari, e raramente viene approfondita durante l'anamnesi e l'esame fisico degli anziani. Tanto è vero che, sebbene sia stato scritto molto sulla sessualità degli adolescenti e degli adulti, pochi studi si concentrano sulla natura della sessualità in gruppi di età più avanzata. Ciò potrebbe essere dovuto allo stereotipo dominante, veicolato dai media, dell'"anziano asessuato", una delle tante forme di quello stigma denominato "ageismo", che coinvolge vasti settori della società e di cui non sono esenti medici e personale sanitario (Lochlainn & Kenny 2013)³.

3. Lo stigma dell'ageismo

Con il termine "ageismo" si intende il pregiudizio, la stigmatizzazione, la discriminazione e persino l'oppressione nei confronti di una particolare persona o gruppo di persone a causa della loro età (Overall 2016). L'idea della vecchiaia come orribile, disgustosa e ossessionata dall'approssimarsi della morte ha una lunga storia (Tonetti 2022). L'atteggiamento di molti (giovani e non solo) nei confronti della vecchiaia può essere riassunto nelle tre R di «ripudio», «ripugnanza» e «repulsione» (de Lange 2013: 176). L'insidia insita in ogni stigma, e nell'ageismo in particolare, è quella di influire negativamente sugli individui appartenenti al gruppo stigmatizzato. La stessa ricetta di un buon invecchiamento può includere forme di stigmatizzazione come la definizione di "invecchiamento di successo", che può comportare nell'anziano, e nel modo in cui si guarda l'anziano nelle società occidentali, un carico di aspettative di alta performance. Si richiede, per dirla con altre parole, di non essere mai "vecchi", neanche a letto. Rowe e Kahn (1997) definiscono «l'invecchiamento di successo» attraverso tre componenti principali: bassa probabilità di malattia e di disabilità correlata alla malattia, alta capacità funzionale cognitiva e fisica, e impegno attivo nella vita. Tuttavia, la nozione di "successo" non riesce a cogliere, per ristrettezza concettuale e portata semantica e normativa del termine, la multidimensionalità del processo di invecchiamento. Il modello dell'invecchiamento di successo connesso alla sfera sessuale, poi, finisce per proiettare sull'anziano un'aspettativa di comportamento ad alto funzionamento performativo, data anche l'aggravante, nelle nostre società, di pregiudizi "machisti" – che impongono prestanza fisica negli uomini e sex appeal nelle donne (indipendentemente dall'età).

Secondo Curley e Johnson (2022), lo stigma che consegue dal pregiudizio sociale dell'invecchiamento di successo non riguarda tanto l'accettazione di una sessualità ancora desiderante nelle persone anziane, quanto il non adeguamento di tale sessualità ai canoni machisti, che finiscono per inibire, in privato, la libertà stessa di dare espressione ai propri desideri. In termini psicologici, il peso dello stigma ageista non è irrilevante, come è stato evidenziato da altre ricerche (Sinkovic e Towler 2019). Il non sentirsi adeguati a tali precetti può generare sentimenti di bassa autostima, di non (auto)accettazione e rinforzare quelle tendenze all'isolamento molto diffuse nella terza età, che, a loro volta, aumentano esponenzialmente il rischio di malattie fisiche e psichiche, come vedremo più avanti. Ecco allora che l'etichetta di "invecchiamento di successo", almeno in alcuni progetti di ricerca (si veda ad esempio, per restare al caso italiano, l'Aging Project dell'Università del Piemonte Orientale⁴) è sostituita da quella di "invecchiamento sano".

Ma Hughes (2016) suggerisce un'ulteriore opzione: invecchiamento «autentico», una definizione che mutuata dalle considerazioni storiche e teoretiche del filosofo Alessandro Ferrara (1998).

4. *Invecchiamento autentico e sano*

Alessandro Ferrara (1998) ha suggerito una convergenza su quattro dimensioni di autenticità che derivano dalla tradizione psicoanalitica: coerenza, vitalità, profondità e maturità. La coerenza va intesa in senso di capacità narrativa di rendere conto delle modificazioni avute durante la vita. La coerenza narrativa è un mezzo per l'autenticità, che richiede un grado di integrazione e un senso di continuità nel tempo. La vitalità designa l'esperienza di gioioso *empowerment* che deriva dal soddisfacimento dei propri bisogni principali, dal senso di congruenza del proprio stato attuale con la memoria di ciò che si è stati e dalla sensazione di progredire verso la realizzazione di ciò che si vuole essere. È il sentirsi «genuini e spontanei» (Ferrara 1998: 80, 87, 92). La profondità indica la capacità autoriflessiva di consapevolezza del proprio percorso di costruzione identitaria (*ivi*: 96). La profondità ha a che fare anche con l'autonomia, concepita in termini di relazionalità; l'autonomia relazionale coglie meglio la condizione ontologica di interdipendenza, interconnessione con gli altri, che sono alla base dello sviluppo e dell'evoluzione dell'identità personale nell'arco di vita (Marraffa e Meini 2016). La maturità, infine, sta a indicare un'accettazione della fatticità del mondo naturale e sociale e del proprio mondo interiore (*ivi*: 100), una summa di tutte le altre componenti nei termini di un incessante equilibrio tra le proprie aspirazioni e quel che si è e si può fare, con una dose sufficiente di «ironica accettazione della propria finitudine» (*ivi*: 105).

La concezione di invecchiamento autentico non si discosta poi molto da quella medico-scientifica di invecchiamento sano, soprattutto per l'idea che è alla base della ricetta di un invecchiamento positivo: a qualsiasi età, le persone dovrebbero investirsi della *responsabilità* della propria qualità di vita (Bar-Tur 2021). Le crescenti evidenze neuroscientifiche che collegano il benessere psicologico alla salute fisica e alla regolazione biologica evidenziano che l'impegno, la realizzazione e la crescita di sé e l'autostima influenzano la durata e il benessere della vita. Studi epidemiologici hanno suggerito che il grado di scopo nella vita predice una riduzione del rischio di numerose malattie (malattia di Alzheimer, ictus, infarto del miocardio) (Bar-Tur 2021).

Vi è dunque una concreta possibilità di ottimizzare l'esperienza individuale di invecchiamento, mettendo in atto non solo una serie di comportamenti salutari, ma adottando atteggiamenti esplicitamente autoriflessivi, creativi e prosociali. I risultati del progetto americano MIDUS (www.midus.wisc.edu) hanno documentato che molteplici fattori psicosociali, come lo scopo nella vita, le relazioni sociali, la padronanza di sé e i comportamenti prosociali come il volontariato, sono legati a un migliore stato di salute soggettivamente percepito, un maggiore benessere e una migliore funzione cognitiva, anche in presenza di disabilità e malattie croniche (Toyama 2022).

5. *Il peso della vecchiaia*

In questa nuova visione fenomenologica della terza età, il passaggio del tempo

non sta a indicare un appassimento della vita da medicalizzare, ma un'esperienza di vita e di cambiamento da accogliere. Il cambiamento dell'esperienza sessuale consisterebbe nella ridefinizione di prossimità col partner, di intimità, autenticità, all'insegna di approcci comportamentali trasformativi e aperti a una sessualità diversa e variegata, diversa rispetto a quella delle altre fasi della vita, ma non meno appagante e gioiosa.

Si è insistito fin qui sull'aspetto della sessualità nell'anziano perché è il meno considerato tra i molti problemi che affliggono la terza età, come l'incidenza delle malattie croniche (presenti spesso in comorbidità) e l'isolamento di molti anziani, condizione che spesso è determinata dalle malattie, mentre altre volte ne è la causa. Lo vedremo meglio nel paragrafo successivo. Tali condizioni negative, tra loro concatenate, minano la possibilità di una attività sessuale vitale e autentica. Matthias e colleghi (1997) hanno riscontrato che su 1216 persone di età superiore ai 65 anni con reti sociali carenti (in base alla Lubben Social Network Scale) avevano maggiori probabilità di essere sessualmente inattivi e insoddisfatti. Lindau e Gavrilova (2010) hanno riferito che la frequenza dell'attività sessuale e l'interesse per il sesso sono positivamente associati alla salute nella mezza età e in età avanzata. Questo dato non può lasciare indifferenti i professionisti del settore socio-sanitario al momento della presa in carico della popolazione anziana, soprattutto in una prospettiva cronologica a breve-medio termine. Entro il 2050, infatti, si prevede che il 65% degli ottuagenari saranno donne. La sessualità delle donne anziane è influenzata da molti fattori e la prevalenza delle disfunzioni sessuali è elevata. Generalmente, i disturbi specifici includono secchezza vaginale (58%), dispareunia (39%), diminuzione della sensibilità della clitoride (36%), dell'intensità dell'orgasmo (35%) e della frequenza dell'orgasmo (29%) (Lochlainn & Kenny 2013). Negli uomini, invece, durante l'invecchiamento, si verificano cambiamenti significativi nella struttura del pene, che contribuiscono allo sviluppo della disfunzione erettile⁵.

Le malattie croniche, poi, influenzano direttamente la funzione sessuale interferendo con processi endocrini, neurali e vascolari che mediano la risposta sessuale. Collegati alla disfunzione sessuale sono il diabete mellitus, l'ipertensione, l'obesità, le malattie cardiache, il cancro alla prostata e il suo trattamento, il Parkinson, l'ischemia, la sclerosi multipla, i disturbi renali, le malattie polmonari, vascolari periferiche, l'ipertiroidismo (e altri disturbi endocrini), la depressione, l'ansia, il disturbo ossessivo-compulsivo, lo stress cronico. De Boer e colleghi hanno condotto uno studio nel 2005, nei Paesi Bassi, riportando che l'85,3% degli uomini con disfunzione erettile desiderava sostegno medico-psicologico, ma solo il 10,4% riceveva cure mediche. Lindau et al (2006) evidenziavano, sempre agli inizi del millennio, che negli Stati Uniti la maggior parte delle donne riteneva che i medici dovessero chiedere informazioni sul sesso (75%), tuttavia solo il 55% riferiva che un medico avesse parlato di sesso con loro dopo aver compiuto i 60 anni. In uno studio qualitativo sugli atteggiamenti dei medici di medicina generale, Gott e colleghi (2004) misero in evidenza che la categoria dei medici generali restava influenzata dagli stereotipi sulla sessualità in età avanzata piuttosto che dalla realtà delle esperienze dei loro pazienti anziani.

Come è facile immaginare, la responsabilità non ricade solo sui medici di base. Il pregiudizio ageista esiste a tutti i livelli della società e trova la sua base in atteggiamenti troppo generalizzati, atteggiamenti appresi nei confronti di individui che non si conformano a ciò che viene percepito (erroneamente) come normale all'in-

terno di quella società⁶. Molti professionisti del settore socio-sanitario tendono a trascurare una visione olistica del paziente inserita in un contesto fisico, sociale e mentale, a maggior ragione per alcune patologie come la depressione, che costituisce il disagio più comune negli adulti anziani⁷. Ciononostante, agli anziani vengono raramente offerti interventi psicologici (Serfaty et al. 2009). Il rischio di suicidio tra gli uomini anziani è piuttosto elevato e pare essere determinato soprattutto dall'insorgenza di malattie fisiche croniche e disabilità (Conejero et al. 2018). La cronicità è il vero aggravio della terza età dacché incide profondamente su più livelli: la qualità di vita, la qualità di vita dei caregiver e non ultimo i sistemi nazionali di cura e assistenza. Considerata l'attuale tendenza demografica nei Paesi occidentali industrializzati, la sfida più grande che ci troviamo ad affrontare nei prossimi venti anni è la gestione delle malattie croniche. Attualmente, circa l'80% delle malattie, delle disabilità e delle morti premature sono dovute a malattie croniche, come la broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO), la cardiopatia cronica, l'insufficienza cardiaca cronica (CHF), ictus e malattie neurodegenerative (Scalvini et al. 2018).

A fronte di questa situazione, l'obiettivo degli interventi terapeutici dovrebbe andare verso un incoraggiamento degli anziani a essere più consapevoli dei propri punti di forza. Programmi che perseguono questo intento già esistono: è il caso del modello ABC (Activating events-adversity, Beliefs-Consequences⁸), che si basa sulle nozioni di accettazione incondizionata di sé e delle frustrazioni legate alle inevitabili conseguenze dell'invecchiamento: gli anziani sono incoraggiati ad acquisire un atteggiamento più positivo verso se stessi e il proprio passato, migliorando anche le interazioni con gli altri. Un modo per avere un nuovo scopo nella vita è rivalutare il presente e il passato, o impegnarsi in attività sociali. I volontari anziani, ad esempio, sono risultati più felici, più calmi, più soddisfatti, più appagati e più vitali (Greenfields & Marks 2004). Invece di concentrarsi solo sulle debolezze personali, gli operatori socio-sanitari dovrebbero, quindi, valutare e attivare i punti di forza e le capacità di resilienza dell'anziano e del suo ambiente primario (famiglia, amici, *caregivers*). Ciò anche al fine di disinnescare quello che in letteratura è emerso essere la malattia più insidiosa della terza età: la solitudine e il connesso isolamento sociale, che risultano essere anche effetti non così tanto indiretti del pregiudizio ageista.

6. I mali oscuri dell'invecchiamento: solitudine e isolamento

L'isolamento sociale si riferisce a una mancanza oggettiva di contatti sociali con altre persone ed è caratterizzato dal fatto che una persona ha una rete sociale limitata e contatti sociali infrequenti. La solitudine, invece, è una sensazione soggettiva di disagio che si verifica quando occorre una discrepanza tra le relazioni sociali desiderate e quelle effettive. La solitudine è uno dei più significativi fattori di rischio per l'insorgere di problemi di salute mentale e fisica nella terza età. L'isolamento sociale e la solitudine rappresentano gravi (ma sottovalutati) rischi per la salute pubblica e colpiscono una parte significativa della popolazione anziana. Nel corso della vita, l'isolamento sociale e la solitudine possono essere episodici o cronici, a seconda delle circostanze e delle percezioni dell'individuo. Un numero cospicuo di studi mostra che l'isolamento sociale rappresenta un rischio importante di mortalità prematura, paragonabile ad altri fattori di rischio come l'ipertensione, il fumo o l'obesità⁹. Dalla meta-analisi di Fan e colleghi (2023) risulta

che l'isolamento sociale e la solitudine hanno un ruolo critico nei meccanismi di incidenza, progressione e mortalità dei pazienti con patologie cardiovascolari. Smith e colleghi (2021) hanno indicato che, nel Regno Unito, il rischio di morte senza ricovero ospedaliero risulta sostanzialmente più alto negli individui più isolati socialmente rispetto a quelli meno isolati (almeno per quanto riguarda le malattie coronariche e l'ictus). La solitudine può innescare comportamenti non salutari, come cattiva alimentazione e inattività fisica, che possono aumentare il rischio di morte. Sono stati identificati meccanismi che contribuiscono all'associazione negativa tra solitudine e salute, tra cui comportamenti nocivi, disturbi del sonno e disfunzioni neuroendocrine e immunitarie (Hawkey & Cacioppo 2010). Studi epidemiologici sulle associazioni tra isolamento sociale, solitudine e mortalità hanno evidenziato che il legame tra supporto sociale e salute è bidirezionale, il che conduce a un circolo vizioso per cui gli anziani perdono il supporto sociale nel corso del tempo proprio quando hanno più bisogno di supporto sociale rispetto alla popolazione generale, una volta ammalati (Fan et al. 2023).

7. I Ministeri della solitudine: il confronto tra il caso inglese e giapponese

Il confronto tra Gran Bretagna e Giappone, Paesi che hanno istituito ufficialmente un Ministero della solitudine - per primo il Regno Unito nel 2018 e a seguire il Giappone nel 2021 - è al centro dello studio di Saito e colleghi (2021). Il Regno Unito ha fatto molti progressi nel favorire scambi sociali nella popolazione adulta over 65 anni, mentre il Giappone è ancora indietro anche per peculiarità culturali legate all'etica lavorativa e le disuguaglianze di genere. Oltre a diventare una società molto anziana, il Giappone sta vivendo un rapido aumento del numero di persone mai sposate. Il confronto, dunque, è ancora più istruttivo ai nostri fini. Il divario tra i due Paesi era già evidente venti anni fa, quando nel 2003, l'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico (OCSE) riportò che la percentuale di intervistati che trascorrevano raramente o mai del tempo con i propri cari era diversa nei vari Paesi, e i dati dal Giappone risultavano allarmanti. Gli autori dello studio comparativo stimano che l'1,6% dei decessi annuali in Giappone è oggi associato all'isolamento sociale. L'isolamento è un fattore di rischio che può essere affrontato con diversi interventi. Se, dunque, molte sono le evidenze scientifiche che confermano quanto l'isolamento sociale sia strettamente correlato alla mortalità (per tutte le cause) (Hodgson et al. 2020) - tanto che non è esagerato affermare che la salutare influenza di relazioni sociali adeguate incide sulla diminuzione del rischio di mortalità in maniera paragonabile allo smettere di fumare -, i sistemi sanitari di tutto il mondo dovrebbero imparare a far fronte alle crescenti esigenze della popolazione anziana in maniera mirata. Ad esempio, in linea con quanto esaminato fin qui, promuovere il dialogo e il senso di comunità può aiutare gli anziani ad aumentare il loro sostegno sociale ed emotivo, a trovare il modo di preservare e arricchire i legami con la famiglia, gli amici e la comunità e ad approfittare delle attività di quartiere, della comunità e della socialità per affrontare l'ansia e il senso di isolamento¹⁰. Un passo importante è rappresentato dalle interazioni proattive per contattare gli anziani che non hanno una radicata rete sociale, includendoli negli eventi sociali e nelle attività di associazioni di settore. Le competenze in Internet sono, da questo punto di vista, un vantaggio. Si può insegnare agli anziani a cercare contenuti di interesse per la loro fascia d'età, a leggere i giornali locali, a ottenere informazioni mediche, a informarsi sugli

eventi di interesse personale e a socializzare tramite e-mail o piattaforme social. Alcuni studi mostrano che la conoscenza del computer riduce l'isolamento e rafforza il senso di autonomia (Raj e Kumar 2019).

Dall'inizio della pandemia, molti anziani hanno scelto di rimanere a casa ed evitare di frequentare i centri diurni e altri programmi comunitari. Ciò sottolinea l'importanza di istituire un sistema di assistenza a distanza sia per le patologie fisiche che mentali. Le videochiamate, le televisite – che dal 2020, almeno in Italia, sono riconosciute come servizio erogato dal SSN – possono rappresentare un'enorme opportunità per raggiungere molti anziani, che altrimenti non riceverebbero supporto assistenziale, emotivo. Ciò contribuirebbe sicuramente a ridurre la solitudine e l'isolamento che accompagnano le degenze a lungo termine. A rafforzare e migliorare il rapporto con e tra anziani, caregiver e figure assistenziali (medici, infermieri, personale socio-sanitario), sta intervenendo in maniera sempre più massiccia e multiforme la Teleassistenza.

8. *Le opportunità di prossimità all'anziano offerte dalla teleassistenza*

Attualmente vi sono pochi studi esaurienti sul tema dell'adesione e accettazione delle applicazioni di telemonitoraggio (TMA) per i pazienti anziani con morbidità. Lang e colleghi (2022) suggeriscono che le TMA devono essere integrate in modo discreto nella vita quotidiana e dovrebbero essere utilizzate in modo appropriato in base alla malattia, per evitare di stressare il paziente. Per quanto riguarda l'aderenza alle TMA, è fondamentale fornire una persona di riferimento, la quale sia disponibile per i pazienti che hanno problemi a gestire i device tecnologici. I dubbi e le domande sulla salute possono così essere affrontati tempestivamente, garantendo una "sensazione di sicurezza" nel processo di cura, che è l'elemento chiave di *ogni* approccio terapeutico. Il senso di fiducia congiunto a quello di sicurezza possono favorire l'adesione terapeutica, che costituisce uno dei più urgenti problemi clinici da affrontare, praticamente in tutte le branche della medicina¹¹. Soluzioni innovative come l'e-Health potrebbero rispondere a questa esigenza.

La gestione delle malattie croniche in una popolazione che invecchia progressivamente è un problema fondamentale nei paesi occidentali industrializzati e la teleassistenza è un modo per garantire la continuità delle cure nelle malattie croniche (Scalvini et al. 2018). A tal proposito, l'azienda Qwince, specializzata in servizi per la sanità digitale, ha condotto, in collaborazione con Doxa Pharma, l'indagine «Sfide e opportunità nell'aderenza terapeutica dei pazienti cronici: l'apporto della tecnologia». I risultati del rapporto mostrano che i pazienti con malattie croniche sono propensi a utilizzare tecnologie digitali al fine di migliorare l'aderenza alle terapie. L'80% dei 300 pazienti cronici intervistati ha valutato in maniera positiva la possibilità di avvalersi di una piattaforma digitale per facilitare la comunicazione con i medici e con gli operatori sanitari, così da avere un monitoraggio continuo a distanza dello stato di salute, e favorendo l'aderenza alle terapie, anche grazie a una facilitazione nella prenotazione di visite, esami e farmaci. Uno dei dati più significativi emersi dall'indagine è la consapevolezza da parte dei pazienti intervistati dell'utilizzo di questo servizio di telemedicina proprio per migliorare l'aderenza alla terapia: «6 intervistati su 10 ritengono il servizio particolarmente utile a favorire l'assunzione corretta dei farmaci»¹².

Per ottenere la massima centralità dell'utente nei processi di sviluppo delle TMA,

i pazienti – si è chiarito - devono essere coinvolti come esperti, co-progettisti, tenendo conto delle loro esigenze e percezioni, in linea con le più aggiornate pratiche deontologiche in favore di una «giustizia epistemica» in ambito sanitario (Lalumera 2022). L'eHealth - in particolare l'uso della telemedicina - può avere il potenziale per migliorare l'efficienza delle attività dei medici nei processi di cura dei pazienti, ridurre il loro carico di lavoro, nonché i costi, e aumentare la qualità della pratica clinica e dell'assistenza (Scalvini et al. 2013).

Attualmente esistono solo pochi studi completi sull'accettazione delle applicazioni di telemedicina, soprattutto per quanto riguarda i pazienti geriatrici con comorbidità. Diversi studi qualitativi di osservazione condotti in contesti di cure primarie e di comunità con pazienti anziani hanno riportato un alto livello di soddisfazione e di accettazione delle TMA. I pazienti riferiscono un miglioramento soggettivo, una conoscenza più dettagliata della propria salute e una crescente aderenza al processo di cura (Lang et al. 2022).

9. Conclusioni e previsioni

La rivoluzione demografica rappresenta una vera e propria sfida per la società, ma in particolare per la popolazione anziana e i professionisti dell'assistenza socio sanitaria. La sfida per gli anziani è quella di mantenere e, se possibile, aumentare le proprie risorse personali in modo da non sovraccaricare le risorse sociali con i loro bisogni. In un quadro che è stato fortemente aggravato dal Covid (dalla malattia in sé e dai lock-down e conseguente ridefinizione delle priorità sanitarie in contesto di emergenza), la spesa sanitaria in Italia per la gestione delle cronicità occupa l'80% delle risorse sanitarie¹³. Gli anziani in cattive condizioni di salute sono i maggiori consumatori di risorse sanitarie, sia in ospedale che in comunità. Questa tendenza socioeconomica fa sì che ci sia un maggiore interesse a fornire un'assistenza efficace ai malati cronici a domicilio. Nel contesto di proliferazione della tecnologia nel campo medico, lo sviluppo dei servizi di telemedicina, e in generale di teleassistenza – da non confondersi *tout court* con gli strumenti di Intelligenza Artificiale elaborati per migliorare le prestazioni diagnostiche e la gestione dei dati sanitari¹⁴ – va nella direzione di una promozione della prossimità medico-paziente. Una prossimità che si estende ai familiari, ai caregiver e che rappresenta lo strumento più avanzato e forse il più efficace per contrastare i rischi dell'isolamento e della solitudine. Oltre alla condizione di beneficiari di servizi sanitari in costante evoluzione, gli anziani dovrebbero assumersi la responsabilità di mantenere la propria salute, di condurre uno stile di vita sano e di impegnarsi nelle proprie famiglie e comunità. La sfida per i professionisti è, dall'altra parte, quella di allontanarsi dagli stereotipi dell'ageismo e di proporre interventi che si concentrino sul benessere e sulle capacità di adattamento degli anziani piuttosto che sulla malattia. Un punto primario dell'intervento è identificare le risorse e facilitare la cooperazione tra le reti sociali che manterranno gli anziani socialmente e fisicamente attivi e coinvolti nelle loro comunità, con l'obiettivo di fornire opportunità di autorealizzazione, crescita personale continua e impegno sociale.

Note

¹ Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, il numero di persone con più di 60 anni in quasi tutti i Paesi sta crescendo più rapidamente di qualsiasi altro gruppo di età.

² A onor del vero, una sensibilizzazione politica a livello internazionale è indubbiamente emersa da più di vent'anni, ovvero dalla ratifica del Piano di Azione Internazionale di Madrid sull'Invecchiamento (Madrid International Plan of Action on Ageing - MIPAA) da parte dell'Assemblea Generale dell'Organizzazione delle Nazioni Unite (ONU) (Resolution 57/167; UN, 2002). Il fondamento giuridico di questa impostazione è da ricondurre alla Convenzione Internazionale sui Diritti Economici, Sociali e Culturali (a sua volta basata sulla Dichiarazione Universale dei Diritti dell'Uomo) adottata dall'Assemblea Generale dell'ONU il 16 dicembre 1966 ed entrata in vigore il 3 gennaio 1976 (Rospi 2018).

³ Gli uomini, indipendentemente dall'età e/o dalla generazione, sono risultati avere convinzioni stigmatizzanti significativamente più elevate rispetto alle donne o a coloro che hanno dichiarato di appartenere ad un altro sesso (Syme & Cohn 2016).

⁴ <https://www.agingproject.upo.it>. Consultato in data 30 settembre 2023.

⁵ La disfunzione erettile può essere considerata un marker precoce di aterosclerosi, rischio cardiovascolare e malattia vascolare subclinica. Chew et al. (2009) hanno evidenziato che su 1580 uomini in Australia vi è una prevalenza di disfunzione erettile pari al 52% tra i soggetti di età compresa tra i 60 e i 69 anni, del 69% tra quelli di età compresa tra i 70 e i 79 anni e del 76% tra quelli di età pari o superiore agli 80 anni.

⁶ In letteratura mancano informazioni sull'attività sessuale degli anziani nelle case di riposo. Non c'è motivo di credere che questo desiderio di intimità si perda quando si entra in una casa di riposo. Gli ostacoli all'espressione sessuale nelle case di riposo possono essere mancanza di privacy, gli atteggiamenti del personale, la mancanza di conoscenze personale e le opinioni dei familiari dei residenti.

⁷ È noto che forme più lievi di depressione, come la distimia, colpiscono il 20-30% di tutti gli adulti anziani (Sansone & Sansone 2009).

⁸ <https://thedeclarationlab.com/reference-guide/psychology/the-abc-model>. Il modello ABC rielabora una tecnica utilizzata nella terapia cognitivo-comportamentale (CBT), una forma di psicoterapia che aiuta gli individui a rimodellare i loro pensieri e sentimenti negativi. La CBT allena gli individui a essere più consapevoli di come i loro pensieri e sentimenti influenzino il loro comportamento, e il modello ABC viene utilizzato in questa ristrutturazione per aiutare i pazienti a sviluppare risposte più sane all'ambiente e agli eventi che vedono coinvolto il paziente.

⁹ Il programma "Social Isolation and Loneliness in Older Adults" riassume le evidenze di base ed esplora il modo in cui l'isolamento sociale e la solitudine influenzano la salute e la qualità della vita negli adulti dopo i 50 anni e oltre, in particolare tra le popolazioni a basso reddito e vulnerabili (Cfr. National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine (2020), *Social Isolation and Loneliness in Older Adults: Opportunities for the Health Care System*, Washington, DC: The National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/25663>).

¹⁰ Si vedano le riflessioni sui rapporti intergenerazionali nella famiglia di Chiara Saraceno contenute in Golini e Rosina 2011.

¹¹ Si veda ad esempio Laranjeira et al. (2023) e Xie et al. (2020).

¹² <https://medicoepaziente.it/2023/telemedicina-tecnologia-digitali-a-supporto-delladerenza-terapeutica/>
¹³ *Piano nazionale delle Cronicità*. Cfr https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2584_allegato.pdf

¹⁴ Per questo aspetto si veda l'interessante articolo di Hatherley (2020), che si sofferma sulla differenza tra affidabilità dell'IA e fiducia nell'IA all'interno di una relazione terapeutica.

Bibliografia

-
- Bar-Tur, L., Brick Y, Inbal-Jacobson M, Brick-Deshen S, Zilbershlag Y, Pearl-Naim S.
2021 *Telephone-Based emotional support for older adults during the Covid-19 pandemic*, "Gerontology and Geriatrics", 45, 93–112.
- Chew, K.K., Bremner, A., Stuckey, B., et al.
2009 *Sex life after 65: How does erectile dysfunction affect ageing and elderly men?*, "Aging Male", 12, 41e46.
- Cismaru-Inescu A, Hahaut B, Adam, S. et al.
2022 *Sexual Activity and Physical Tenderness in Older Adults*, "Journal of Sexual Medicine", 19, 569-580.
- Clarke M, Fursse J, Connelly N, Jones R.
2018 *Evaluation of the National Health Services Direct Pilot Telehealth Program: Cost-Effectiveness Analysis*, "Telemedicine Journal of E-Health"; 24, 66–76.
- Conejero I, Olié E, Courtet P, Calati R.
2018 *Suicide in older adults: current perspectives*, "Clinical Intervention Aging", 13, 691–9.
- Curley, Christine M. & Johnson Blair, T.
2022 *Sexuality and ageing: Is it time for a new sexual revolution?*, "Social Science & Medicine", 301, 114865.
- De Boer, BJ, Bots, ML, Nijeholt, AA, et al.
2005 *The prevalence of bother, acceptance, and need for help in men with erectile dysfunction*, "Journal of Sexual Medicine", 2, 445e450.
- De Lange, Frist
2013 *Loving later life: aging and the love imperative*, "Journal of the Society of Christian Ethics", 33(2), 169–184.
- Depp AC, Harmell AL, Jeste D.
2014 *Strategies for successful aging: a research update*, "Curr Psychiatry Report", 16: 476.
- Fan, W. et al.
2023, *A systematic review and meta-analysis of 90 cohort studies of social isolation, loneliness and mortality*, "Nature Human Behaviour", 7, 1307–1319.
- Ferrara, Alessandro
1998 *Reflective Authenticity: Rethinking the project of modernity*, Routledge.
- Forsman AK, Nordmyr J, Wahlbeck K.
2011 *Psychosocial interventions for the promotion of mental health and the prevention of depression among older adults*, "Health Promot Int.", 26(Suppl. 1), 85–107.
- García-Barranquero, Pablo, Albareda, Joan Llorca & Díaz-Cobacho, Gonzalo
2023 *Is ageing undesirable? An ethical analysis*, "Journal of Medical ethics", doi: 10.1136/jme-2022-108823.
- Gokalp H. et al.,
2018 *Integrated Telehealth and Telecare for Monitoring Frail Elderly with Chronic Disease*, "Telemedicine Journal of E-Health", 24(12), 940-957.
- Golini, A., Rosina, A., (a cura di)
2011 *Il secolo degli anziani. Come cambierà l'Italia*, Bologna, Il Mulino.
-

- Gott M, Hinchliff S, Galena E.
2004 *General practitioner attitudes to discussing sexual health issues with older people*, "Social Science & Medicine", 58, 2093e2103.
- Greenfield EA, Marks N.
2004 *Formal volunteering as a protective factor for older adults' psychological well-being*, "Journal of Gerontology", 59B, S258–64.
- Grote T, Berens P.
2019 *On the ethics of algorithmic decision-making in healthcare*, "Journal of Medicine and Ethics", 1-7.
- Hatherley, J.J.
2020, *Limits of trust in medical AI*, "Journal of Medical Ethics", 46, 478-481.
- Hawkey, L.C. & Cacioppo, J. T.
2010 *Loneliness matters: a theoretical and empirical review of consequences and mechanisms*, "Annals of Behavioral Medicine", 40, 218–227.
- Hughes, J.C.
2016 *The Physiology and Psychology of Aging: Should Aging Be Successful or Authentic?* In Scarey G. (ed.), *The Palgrave Handbook of Philosophy of Aging*, 56-68.
- Humphreys P.
2009 *The philosophical novelty of computer simulation methods*, "Synthese", 169(3), 615-26.
- Hodgson, S., Watts, I., Fraser, S., Roderick, P. & Dambha-Miller, H.
2020 *Loneliness, social isolation, cardiovascular disease and mortality: a synthesis of the literature and conceptual framework*, "Journal of the Royal Society of Medicine", 113, 185–192.
- Hollander JE, Carr BG.
2020, *Virtually perfect? Telemedicine for COVID-19*, "New England Journal of Medicine", 382, 1679–81.
- Laranjeira C, Carvalho D, Valentim O, Moutinho L, Morgado, T., Tomás, C., Gomes, J. & Querido A.
2023 *Therapeutic Adherence of People with Mental Disorders: An Evolutionary Concept Analysis*, "International Journal of Environmental Res Public Health", 20(5), 3869.
- Lalumera, Elisabetta
2022 *Etica della comunicazione sanitaria*, Il Mulino, Bologna.
- Lang, Caroline, Voigt, Karen, Neumann Robert, Bergmann Antie & Holthoff-Detto Vjera
2022, *Adherence and acceptance of a home-based telemonitoring application used by multi-morbid patients aged 65 years and older*, "Journal of Telemedicine and Telecare", 28(1), 37–51.
- Lindau, S.T., GavriloVA, N.
2010 *Sex, health, and years of sexually active life gained due to good health: Evidence from two US population based cross sectional surveys of ageing*, "BMJ", 340, c810.
- Lindau ST, Leitsch SA, Lundberg KL, Jerome J.
2006 *Older women's attitudes, behavior, and communication about sex and HIV: A community-based study*, "Journal Womens Health", 15, 747e753.
- Hughes, J.C.
2016 *The Physiology and Psychology of Aging: Should Aging Be Successful or Authentic?* In Scarey G. (ed.), *The Palgrave Handbook of Philosophy of Aging*, 56-68.
- Lochlainn M.N. & Kenny, R.A.
2013 *Sexual Activity and Aging*, "JAMDA" 14, 565e572.
- Matthias RE, Lubben JE, Atchison KA, Schweitzer SO.
1997 *Sexual activity and satisfaction among very old adults: Results from a community-dwelling Medicare population survey*, "Gerontologist", 37, 6e14.
- Mayordomo T., Viguer P, Sales A, Satorres E, Meléndez JC.
2016 *Resilience and coping as predictors of well-being in adults*, "Journal of Psychology", 150, 809–21.
- Marraffa, M., Meini, C.
2016 *L'identità personale*, Roma, Carocci.
- Overall, C.
2016, *The meaning of Aging*, In Scarey, G. *The Palgrave Handbook of Philosophy of Aging*, 56-68.
- Raj, A., Kumar, P.
2019 *Ageing and positive mental health: a brief overview*, "Indian Journal of Health and Social Work", 1, 10–19.

- Rospi, M.
2018 *L'invecchiamento attivo della popolazione all'interno della coesione sociale tra generazioni: gli strumenti della multilevel governance per nuovi sistemi di welfare*, "Rivista dell'Associazione Italiana dei Costituzionalisti", n. 3, https://www.rivistaaic.it/images/rivista/pdf/3_2018_Rospi.pdf
- Ryff, CD.
2014 *Psychological well-being revisited: advances in the science and practice of eudaimonia*, "Psychotherapy and Psychosomatology", 83, 10–28.
- Sansone, R.A., Sansone, L.A.
2009 *Dysthymic disorder: forlorn and overlooked?*, "Psychiatry", 6, 46–51.
- Saito, Masashige, Aida, Jun, Cable, Noriko, Zaninotto P, Ikeda T, Tsuji T, Koyama S, Noguchi T, Osaka, Ken & Kondo Katsunori
2021, *Cross-national comparison of social isolation and mortality among older adults: A 10-year follow-up study in Japan and England*, "Geriatrics & Gerontology International", 21(2), 209-214.
- Scalvini, S., Bernocchi, P., Zanelli, E., Comini, L. & Vitacca M.
2018 *Maugeri Centre for Telehealth and Telecare: A real-life integrated experience in chronic patients*, "Journal of Telemedicine and Telecare", 24(7), 500-507.
- Scalvini S, Zanelli E, Comini L, et al.
2013 *Home-based versus in-hospital cardiac rehabilitation after cardiac surgery: a nonrandomized controlled study*, "Phys Therapy", 93, 1073–1083.
- Serfaty, MA, Haworth, D., Blanchard, M., Buszewicz, M., Murad, S. & King M.
2009 *Clinical effectiveness of individual cognitive behavioral therapy for depressed older people in primary care: a randomized controlled trial*, "Archives of General Psychiatry", 66, 1332–40.
- Sinković, M, Towler, L.
2019 *Sexual Aging: A Systematic Review of Qualitative Research on the Sexuality and Sexual Health of Older Adults*, "Quality Health Resources", 29(9), 1239-1254.
- Smith, R.W., Barnes, I., Green, J., Reeves, G.K., Beral, V. & Floud, S.
2021 *Social isolation and risk of heart disease and stroke: analysis of two large UK prospective studies*, "Lancet Public Health", 6, e232–e239.
- Syme, M.L., Cohn, T.J.
2016, *Examining aging sexual stigma attitudes among adults by gender, age, and generational status*, "Aging and Mental Health", 20(1), 36-45.
- Tek Kiat Liam K. et al.,
2015 *Aging and wisdom: age-related changes in economic and social decision making*, "Frontiers Aging Neuroscience", 18; 7: <https://doi.org/10.3389/fnagi.2015.00120>.
- Tonetti, Luca
2022 *L'arte di prolungare la vita*, Editrice Bibliografica
- Toyama, Masahiro
2022 *Longitudinal Associations between Personal Growth and Cognitive Functioning in Adulthood*, "Journal of Gerontology. Series B Psychological Sciences and Social Science", 77(10), 1841-1851.
- Vahia IV, Blazer DG, Smith GS, Karp JF, Steffens DC, Forester BP, et al.
2020 *COVID-19, mental health and aging: a need for new knowledge to bridge science and service*, American Journal of Geriatric Psychiatry, 28, 691–4.
- Xie, Z., Liu, K., Or C, Chen J, Yan, M, & Wang, H.
2020 *An examination of the socio-demographic correlates of patient adherence to self-management behaviors and the mediating roles of health attitudes and self-efficacy among patients with coexisting type 2 diabetes and hypertension*, "BMC Public Health", 20(1), 1227.
- Williamson, G.M., Christie, J.
2009 *Aging well in the 21st century: challenges opportunities*, In Snyder CR, Lopez SL (eds), Oxford Handbook of Positive Psychology, Part 3. New York, NY: Oxford University Press, 65–170.