

# PSICOLOGIA E CONTESTI SANITARI

7

*Direttore*

**Rosario DI SAURO**

Università degli Studi di Roma "Tor Vergata" – Centro Ricerche e Interventi in Psicologia Applicata (CeRIPA) di Latina – Scuola Internazionale di Psicologia Clinica e in Psicoterapia Psicoanalitica (SIRPIDI) dell'Istituto Dermopatico dell'Immacolata (IDI) di Roma

*Comitato scientifico*

**Rosaria ALVARO**

Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"

**Giovanni BONELLI**

Università degli Studi di Siena

**Ivan CAVICCHI**

"Sapienza" Università di Roma

**Marco CHIESA**

University College London

**Gennaro ROCCO**

Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"

**Alberto SBARDELLA**

"Sapienza" Università di Roma

**Massimo SCIALPI**

Istituto Dermopatico dell'Immacolata (IDI)

## PSICOLOGIA E CONTESTI SANITARI

La collana raccoglie contributi che affrontano i temi inerenti il mondo sanitario. In particolare si occupa dei sistemi organizzativi, implementandone all'interno le comunicazioni e le relazioni sempre più necessarie per un'umanizzazione della medicina.



*Vai al contenuto multimediale*

# Solidarietà intergenerazionale Universo Argento

*a cura di*

Laura Dryjanska  
Roberto Giua

*Contributi di*

Antonietta Albanese

Giovanni Anzidei

Elena Bocci

Claudio A. Bosio

Amalia Cecilia Bruni

Maria Elisabetta Calabrese

Gabriele Carbone

Fabio Cembrani

Carmela De Bonis

Leonardo De Chirico

Laura Dryjanska

Francesca Frangipane

Marzia Giua

Roberto Giua

Guendalina Graffigna

George (Gino) Pavia

Franco Pittau

Antonio E. Puente

Marco Ricceri

Marco Trabucchi





Aracne editrice

[www.aracneeditrice.it](http://www.aracneeditrice.it)  
[info@aracneeditrice.it](mailto:info@aracneeditrice.it)

Copyright © MMXVIII  
Giacchino Onorati editore S.r.l. – unipersonale

[www.giacchinoonoratieditore.it](http://www.giacchinoonoratieditore.it)  
[info@giacchinoonoratieditore.it](mailto:info@giacchinoonoratieditore.it)

via Vittorio Veneto, 20  
00020 Canterano (RM)  
(06) 45551463

ISBN 978-88-255-0976-2

*I diritti di traduzione, di memorizzazione elettronica,  
di riproduzione e di adattamento anche parziale,  
con qualsiasi mezzo, sono riservati per tutti i Paesi.*

*Non sono assolutamente consentite le fotocopie  
senza il permesso scritto dell'Editore.*

I edizione: gennaio 2018

*a Franco Pavoncello*



# Indice

- 11 Prefazione  
*Antonio E. Puente*
- 15 Introduzione  
*Roberto Giua, Laura Dryjanska*
- 25 Invecchiamento attivo e turismo intergenerazionale  
*Antonietta Albanese, Elena Bocci*
- 49 Inizieremo a combattere l'Alzheimer solo quando cominceremo a fare prevenzione  
*Giovanni Anzidei*
- 65 Dalla solitudine alla condivisione  
*Amalia C. Bruni, Francesca Frangipane*
- 79 Gli anziani in farmacia  
*Maria Elisabetta Calabrese*
- 105 Interventi riabilitativi mono strategici (diretti e indiretti) e multi strategici (indiretti) nella malattia di Alzheimer  
*Gabriele Carbone*
- 123 Malattie dementigene, fragilità e finitezza umana  
*Fabio Cembrani*
- 163 La famiglia e il malato di Alzheimer  
*Carmela De Bonis*
- 181 "Onora il volto del vecchio" (Levitico 19,32)  
*Leonardo De Chirico*
- 191 Slavery of Aging  
*Laura Dryjanska*

- 211    Promuovere la prevenzione in un contesto di cambiamento  
*Marzia Giua*
- 247    Care for Elderly People in Malta  
*George (Gino) Pavia*
- 267    Gli immigrati e il sistema pensionistico italiano  
*Franco Pittau*
- 291    Elementi di valutazione sulla protezione sociale delle per-  
sone anziane nel mondo  
*Marco Ricceri*
- 323    La complessità del mondo degli anziani e le possibili rispo-  
ste di una società che li rispetta  
*Marco Trabucchi*
- 345    Postfazione  
*Albino Claudio Bosio, Guendalina Graffigna*
- 351    *Autori*
- 369    *Ringraziamenti*

## Prefazione

ANTONIO E. PUENTE\*

Il rapporto tra ricerca e politica sanitaria è tipicamente molto lasco e quello tra loro e la giustizia sociale è un concetto relativamente nuovo, soprattutto quando si tratta di questioni di “età d’argento”. Quando questi tre concetti si interfacciano, la sinergia è riservata a coloro che non fanno parte della cultura del gruppo di maggioranza (giovani e persone di mezza età), da cui normalmente emerge un’interpretazione restrittiva del potere. In tal modo, coloro che sono al potere scelgono selettivamente quali vie prendere al di fuori delle linee guida. Negli ultimi anni, l’attenzione si è focalizzata sulla demografia di razza e sulle etnie e solo più recentemente sulla diversità religiosa e sessuale. Quando si tratta di invecchiamento l’attenzione è stata storicamente data ai giovani, soprattutto i più giovani. Nelle culture occidentali il segmento più anziano della nostra popolazione non è solo in gran parte ignorato ma secondo la maggior parte degli standard questo rimane relativamente in silenzio quando si tratta di essere ascoltato, apprezzato e protetto.

Questo potrebbe essere dovuto agli stereotipi negativi spesso attribuiti all’invecchiamento nelle culture occidentali? Come Todd (2016) ha indicato spesso si pensa che le persone anziane siano più interessate a morire che a vivere, che non è possibile accedere alla saggezza a causa dell’aumento di deficit della memoria, il recupero dalla malattia e da altri malanni come lo stress è lento e incompleto, e il loro valore è solo misurato dalla loro produttività.

Questi stereotipi negativi non solo sono ampiamente condivisi dai gruppi dei più giovani e più anziani, ma le percezioni spesso possono trasformarsi in realtà, sia individualmente che collettivamente. Non solo aumenta la depressione, e diminuisce la resilienza ma queste esperienze individuali diventano giudizio collettivo. Tale

\* Professore Ordinario di Psicologia presso l’Università di North Carolina Wilmington, già Presidente della American Psychological Association.

giudizio, a sua volta, si evolve in politica sociale. Un esempio è l'alto livello di interesse per la protezione dei giovani, con entrambe le interpretazioni di legge e regolamentari di giudizio sociale, ma la crescente convinzione della maggioranza della nostra popolazione è che non solo gli anziani sono fonte di stress e un peso per la società ma che anche il loro valore non giustifica la loro protezione in modo simile ad altri gruppi stimati e protetti. Che si tratti di preoccupazioni sociali, economiche, psicologiche o simili, il valore dei giovani nel mondo di oggi mette in ombra la saggezza e l'impatto degli anziani. Questo è particolarmente problematico con l'invecchiamento della popolazione. Prendiamo, per esempio, l'immagine molto ristretta dei membri dell'American Psychological Association. Recenti statistiche indicano che l'aderente medio dell'APA è ben oltre i 50 anni e un numero crescente ha più di 65 anni. Questa suddivisione demografica della popolazione più anziana è riscontrabile in tutto il mondo, soprattutto nei paesi industrializzati.

Una sfida particolarmente interessante dell'invecchiamento è quella della demenza. Tipicamente, la protezione di una vita che si protrae sempre di più è associata alla cura di problemi fisici, soprattutto cardiovascolari e, in misura minore, al processo di morte. Tuttavia, l'attenzione sull'integrità cognitiva e funzionale è molto meno considerata.

La demenza non solo è scarsamente compresa, ma sta raggiungendo dimensioni che potremmo definire epidemiche e ciò indipendentemente dal trovare le sue radici nel campo della genetica o la sua manifestazione in una memoria in declino o nel far fronte a una eventuale perdita di sé. Ancor meno curato è il modo per aumentare l'efficienza, la regolazione e la felicità negli anni d'argento. Per esempio, l'esercizio fisico è considerato utile per la vitalità fisica ma meno, se non per nulla, per un esercizio emotivo o cognitivo.

Inoltre, l'esercizio è considerato quasi sempre "fisico" e non concentrato in ambito cerebrale, emotivo o sociale. Recenti ricerche indicano che, mentre «l'attenzione per l'attività fisica deve rimanere, dovrebbe essere applicata anche ad altre forme di esercizio» (Smith, 2016). Una persona che vive con un corpo intatto, ma una mente e uno spirito impoveriti, per certi aspetti, non vive affatto.

In questa spiacevole situazione l'"esercizio cerebrale" è una promessa di aiuto. Infatti, vi è una crescente evidenza che l'esercizio del cervello, spesso definito come sfida cognitiva, aiuta a mantenere una copertura di protezione per le capacità cognitive esistenti. La pianifi-

cazione per la vita futura, fino a poco tempo fa, non è neppure stata considerata di valore da parte degli psicologi. Nel 2005 l'American Psychological Association per la prima volta ha offerto una guida per affrontare i cambiamenti nel corso della vita negli ambiti della salute, legale, professionale, sociale e psicologica.

Infine, mentre un certo interesse è stato dimostrato per coloro che stanno invecchiando, infermi e soli, minore attenzione è stata fornita ai caregiver. Le famiglie sono isolate e non ben integrate nei sistemi sanitari. Questi individui chiave sono fondamentali nella comprensione dei fenomeni di lungo termine, nella cura e nel benessere degli anziani.

Le più recenti conferenze della Casa Bianca sull'invecchiamento, hanno portato a suggerimenti su come affrontare questi problemi ormai prossimi di un mondo che sta diventando "argento". Gatz, Smyer & Di Giglio (2016) hanno suggerito aree immaginifiche della ricerca psicologica in grado di dare giuste informazioni all'assistenza sanitaria e alla politica. Dalle neuroscienze alle cure sanitarie, le basi per una politica adeguata dovrebbero essere empiricamente convalidate così come socialmente giustificate. Associare scienza e politica, questo è un primo passo fondamentale per un fronte praticabile nella sfida a un invecchiamento di successo. Allo stesso modo, interfacciare scienza e politica con la giustizia sociale è un prossimo passo critico. Con la scienza e la politica da sole, lo spirito umano farà errori nel corso di questi dolenti, critici ma saggi anni.

In linea con questi suggerimenti, con la letteratura in espansione, con il cambiamento dei dati demografici a livello mondiale e la crescente necessità di giustizia sociale per questo, in gran parte ignorato, gruppo di non protetti, questo importante volume cerca di colmare un vuoto culturale e istituzionale. Dalla genetica alla giustizia sociale, gli editori hanno coordinato una serie di argomenti con esperti per aprire gli occhi non solo in Italia, ma, si spera, nel resto del mondo sulla bellezza e la saggezza degli anni d'argento e come le presenti e le future generazioni potranno comprendere, accudire e proteggere il gruppo più importante e vulnerabile che abbiamo tra noi, l'Universo Argento.



## Introduzione

ROBERTO GIUA, LAURA DRYJANSKA\*

Questo volume parte da lontano, dal 2013, quando una sera d'inverno a Roma Laura Dryjanska e Roberto Giua, ebbero la fortuna e l'onore di conoscere il Prof. Vladimir Hachinski, Presidente della World Federation of Neurology; The Lancet lo definisce un pioniere dello studio dell'*Ictus* e della demenza vascolare.

Si trattava di un *interclub* al Rotary a piazza Barberini, per la presentazione delle esperienze a livello mondiale del Prof. Hachinski sul tema della riabilitazione *post ictus* e abbiamo cominciato a parlare su come si potesse promuovere la sensibilizzazione su questi temi e anche come, se possibile, si potesse predire il più possibile l'altra grande piaga dell'umanità: l'Alzheimer.

Ci siamo scritti più volte, visti per Skype e infine Hachinski ci ha dato questo *input*, che noi stiamo cercando di portare avanti, con le nostre piccole forze, per poter dire che non abbiamo tralasciato nulla riguardo le possibilità di sensibilizzazione e prevenzione dell'Alzheimer

Il Prof. Hachinski ci inviò questo spunto:

Progetto: Salute del cervello, una ricchezza suprema.

Può essere possibile mantenere e migliorare la salute del cervello. A giudicare dai risultati di uno studio clinico dell'efficacia della formazione cognitiva ed esercizio fisico al fine di prevenire la demenza (Ngandu *et al.* 2015).

Partecipanti: Rotariani provenienti da tutto il mondo (possibilmente iniziando con alcuni Paesi in cui la popolazione sta invecchiando molto rapidamente, come l'Italia e il Giappone).

Per il successo della prevenzione della demenza le informazioni non sono mai abbastanza e abbiamo bisogno dei seguenti elementi fondamentali:

\* Professore di Psicologia Sociale presso Rosemead School of Psychology, Biola University, La Mirada, California, USA.

- informazioni corrette;
- motivazione che dipende dalla personalità e dallo stadio del processo di decisione (di partecipare o meno allo *screening* ndr.);
- l'ambiente.

I Rotary club possono fare la differenza con la creazione di diversi tipi di ambienti per allenare il cervello e per fornire l'esercizio fisico. In breve, i Rotary Club possono realizzare progetti che consistono nel creare ambienti per mantenere un cervello sano. La leadership deve essere nelle mani dei Rotariani che potranno individuare le soluzioni più appropriate nel loro contesto territoriale, con riguardo alla cultura e alle abitudini locali.

I soggetti sarebbero scelti in modo randomizzato e divisi in due gruppi: attivo e passivo. Tutti i partecipanti sottoposti a controllo medico basale (pressione sanguigna, peso, ecc). Il gruppo attivo sarà sottoposto a formazione cognitiva e esercizio fisico (yoga, *stretching*, esercizi semplici). Il disegno modulare comprende le cose fondamentali che ognuno fa (esercizio fisico) e altre piccole cose che possono differire tra i club, come visitare mostre d'arte ogni mese, l'arteterapia, basata su progetti del club già esistenti o nuove idee. È un modo per verificare se questi esercizi sono efficaci nel prevenire demenza tra il gruppo attivo e il passivo. Con un ampio campione, sarebbe possibile vedere come i diversi tipi di attività colpiscono il cervello in modo positivo o se non fanno invece alcuna differenza.

[...]

In generale, l'invecchiamento attivo è in sintonia con la visione della solidarietà tra le generazioni, dove un pilastro riguarda i bambini (attraverso campagne come End Polio Now, la lotta contro la schiavitù infantile, ecc.) e l'altro pilastro dovrebbe guardare all'invecchiamento della popolazione, che è in aumento in tutto il mondo. Milioni di persone potrebbero essere uniti attraverso uno sforzo comune per promuovere la salute del cervello e del corpo<sup>1</sup>.

Ecco perché di questo secondo volume sui temi della Solidarietà intergenerazionale (il primo è stato nel 2015 "Solidarietà intergenerazionale: Bambini nell'Ombra") dove noi abbiamo accettato la sfida e la porteremo avanti, con tutte le risorse disponibili, con gli scienziati che ci sono già a fianco, con i volontari, con le associazioni che vorranno essere con noi, con i rotariani, se lo vorranno e i loro *Club*.

L'Europa è sensibile ed esiste una ISCH COST Action IS1311, *Intergenerational Family Solidarity across Europe* (INTERFASOL). Quest'azione di sincronizzare, integrare e migliorare la ricerca europea nel campo della solidarietà intergenerazionale in famiglia, ha i suoi benefici in settori chiave della vita e dei modi in cui essa può essere rafforzata attraverso le generazioni. L'azione ha già lanciato una serie

1. Comunicazione personale del Prof. HACHINSKI a R. GIUA.

di attività che include un sito *web* d'azione, gruppi di lavoro, incontri scientifici, visite di formazione e pubblicazioni.

Gli *Editors*, con questo secondo libro, sono sulle linee guida previste e auspiccate da INTERFASOL.

Perché tutto questo? Perché ci ha mosso una frase del Cancelliere tedesco Adenauer, «siamo tutti sotto lo stesso cielo, ma non tutti abbiamo lo stesso orizzonte».

Sì, vogliamo dire che anche una persona anziana, pur colpita da un male come l'Alzheimer deve ancora poter avere un proprio orizzonte, in cui il rispetto, la comprensione delle diversità e, come più volte affermato da Fabio Cembrani, “la dignità umana” devono essere salvaguardate, nonostante:

La maturità della società moderna sia messa oggi in tensione dalla crisi economica internazionale, dalla perdurante perdita di valori, dalla povertà, dal terrorismo, dalle disuguaglianze e dalle discriminazioni... perché i diritti, pur dichiarati e proclamati a gran voce nelle Carte, nelle Convenzioni e nelle Costituzioni sono poi traditi nei fatti proprio da chi dovrebbe promuoverli e dare a essi una protezione.

Come sottolinea Laura Dryjanska nel proprio saggio, ci si domanda, pensando a un orizzonte per gli anziani, «esistono varie fasi o tappe della vecchiaia?» «a volte le risposte più attuali paradossalmente si trovano leggendo i pensatori nati centinaia di anni fa». L'universo argento in questo caso corrisponderebbe a una fase ben delineata dall'Abate Gioacchino nella Tavola IV dei tre cechi trinitari.

Ecco quindi che anche l'anziano non è una persona in fine vita, ma un sistema che evolve di continuo, dalla vita alla morte, per ricominciare da un nuovo essere umano, dove ognuno nella fase che sta vivendo dà un contributo alla fase precedente e a quella seguente.

Quindi sì, anche l'anziano ha un suo orizzonte.

Nonostante questo però, parole come vecchiaia, anzianità, terza età, età pensionabile, portano con sé uno stigma.

Dryjanska si sofferma sul «fatto che lo stigma di essere anziani esiste ed è comprovato dalle connotazioni negative che percepiamo quando descriviamo qualcuno come vecchio. Nei paesi anglosassoni molti studiosi, in particolare psicologi e sociologi, definiscono il fenomeno di *ageism*, come l'influenza di pregiudizi legati all'età sull'uso del linguaggio».

Per fortuna ci sono molti studi decisamente contro tendenza, come Albanese-Bocci, che sottolineano:

La psicologia studia i fattori psicosociali che incidono sul processo d'invecchiamento; eventi come lutti o pensionamenti generano senso di vuoto, inadeguatezza; così tra i Sé possibili può prevalere negli anziani l'immagine "invecchiamento/malattia/morte". Tuttavia, il "tempo liberato" può favorire predisposizioni all'azione, come il recupero dei rapporti familiari intergenerazionali o lo svolgimento di attività ludiche.

Altrettanto si può dire di studi che riguardano la prevenzione; sì, la prevenzione, sembra strano parlarne applicata a persone di una certa età, secondo il senso comune, invece è proprio di prevenzione che si ha fortemente bisogno anche nella terza età, se si considera che talvolta per essere efficace, contro l'invecchiamento e il relativo decadimento cognitivo, si dovrebbe partire a fare prevenzione non oltre i 50 anni.

Fà riflettere molto l'affermazione di Giovanni Anzidei sul fatto che:

La medicina negli ultimi decenni ha fatto formidabili progressi e ci ha resi più longevi. Oggi si guarisce da malattie che 15–20 anni fa erano considerate incurabili. Purtroppo non sono stati fatti altrettanti progressi nel campo degli studi sul cervello, così si rischia nei prossimi decenni di andare verso una popolazione di longevi, molti dei quali affetti da deficit cognitivi.

Sul tema della prevenzione troviamo Marzia Giua, che afferma che dobbiamo:

Sottolineare come le strutture territoriali deputate ad assistere, definire e risolvere i malesseri dell'individuo sono troppo incentrate sul processo: malessere–medicina–guarigione, anche perché, nonostante ormai un decennio di prove a suo favore, non esiste l'indispensabile affiancamento dello Psicologo di base o meglio lo Psicologo delle Cure Primarie sul territorio, con indubbi e misurabili effetti di risparmio per le casse del SSN. (ISTAT 2015).

Sempre Giua ci fa riflettere su un tema:

Vi siete mai chiesti perché oggi parlare di cancro, di radioterapie o chemio non è più un tabù e la società non emargina certo un malato per questo suo stato, mentre possiamo dire che solo trent'anni fa questo non era poi così scontato e invece oggi ci si vergogna ad affermare che si va dallo psicologo e psicoterapeuta o, peggio, che si teme uno stato di sofferenza neurodegenerativa? Perché ci si vergogna di avere bisogno di sostegno psicologico e non di una chemioterapia? Forse perché per il cancro esistono alcune soluzioni, si possono tentare molte strade più o meno valide ma

comunque esistenti, mentre per le demenze, per chiamarle con il loro nome, oggi non si può fare molto?

Ecco che quindi torniamo al concetto di orizzonte.

Non solo; come afferma Amalia C. Bruni, «la malattia di Alzheimer, demenza progressiva e irreversibile, “ladra di identità” oltre che di memoria, scardina profondamente la struttura dell’individuo rappresentando non solo un problema medico ma anche un costrutto culturale con significative conseguenze sociali».

Ecco perché «solo il coinvolgimento di diverse professionalità e una comunità *dementia friendly* consentirà l’individuazione di percorsi di cura e assistenza in grado di migliorare la qualità di vita degli ammalati e delle loro famiglie, nell’ottica di poter “vivere insieme” la malattia».

Dalla solitudine alla condivisione, come ci ricorda sempre la Bruni, perché «nel *continuum* della demenza e nel percorso di cura la condizione di sofferenza accomuna tutte le figure diversamente coinvolte, dalla persona ammalata, al familiare, all’equipe curante».

Per completezza sociologica, vogliamo ricordare le parole di Franco Pittau, che spezza più di una lancia a favore di riconsiderare in modo equilibrato e non distorto da pregiudizi, la situazione, certamente non favorevole, dei nuovi pensionati immigrati.

Si tratta di un tema spinoso, e il saggio di Pittau ha il grande pregio di essere uno dei pochi in questo momento che tenta una sintesi intelligente, anche se controversa, del tema.

A questo proposito, Marco Trabucchi, segnala che «il processo d’invecchiamento della popolazione non oscura le differenze e le specificità che caratterizzano la vita del singolo individuo».

«Il fenomeno dell’invecchiamento della popolazione non deve infatti essere vissuto solo in termini problematici, spesso angoscianti, ma come un evento da leggere con serenità, cercando di trovare gli spazi per rispondere alle grandi sfide, fondandosi sulla realtà dei singoli individui e sulle motivazioni per costruire una convivenza significativa per tutti, a tutte le età».

«La vita è un sistema instabile; ogni cambiamento produce nuovo cambiamento, creando le condizioni per una plasticità dell’essere uomo — come biologia e spirito — indispensabile per affrontare le difficoltà». Noi forse ci permettiamo di definirlo un sistema aperto e quindi relazionale, ma il senso non cambia, è un continuo divenire.

Ma sono queste le parole di Trabucchi che più ci hanno colpito, «la lunga esperienza aumenta il carico d'informazioni che arrivano al cervello creando nuova vita, emozioni, fatiche».

Quindi attenzione perché «l'anziano — in particolare se povero economicamente, culturalmente e di rapporti — è quindi drammaticamente esposto ad ogni ulteriore cambiamento, diventa una “vita di scarto” al pari di altre minoranze».

Trabucchi, con forza e passione sottolinea che «alla fine, la dialettica è tra anomia e riconoscimento, cioè tra la perdita della differenziazione e il riconoscimento dell'individualità, che ha il sopravvento anche sulle, talvolta, ineluttabili manifestazioni patologiche. «“Invecchiare” non è malattia perché la malattia non cancella la vita dell'individuo».

Maria Elisabetta Calabrese interviene per rafforzare l'idea della socializzazione e della necessità di rompere il muro del silenzio, in un ambiente «familiare, accogliente, di facile accessibilità» e il farmacista, tutti i farmacisti, sono al centro della quotidianità degli anziani e non solo come punto di riferimento per esigenze di salute, ma anche, e in alcuni casi soprattutto, come luogo dell'ascolto e dell'accettazione incondizionata del sé.

«Capii da quell'esperienza, quanto, di fronte ai segnali d'allarme della salute, la semplicità di alcuni clienti o la notorietà di altri, mascherasse comunque, nascondendole, le più comuni fragilità, quelle stesse che per tutti, nel complesso equilibrio tra psiche e soma, emergono inesorabilmente allo scandire del tempo che avanza».

Ma attenzione perché:

Le debolezze, le fragilità e il senso di smarrimento che spesso caratterizzano il rapporto dell'anziano con la prescrizione medica, sembrano trovare una prima, parziale spiegazione nell'eccessiva medicalizzazione della società. Quello che forse oggi manca, è un nuovo modello di riferimento professionale sia nel medico che nel farmacista, nell'assistenza della persona anziana.

E Calabrese chiude dicendo «non possiamo restare indifferenti al tema della solidarietà intergenerazionale, di fronte a simili cifre e in tal senso, il servizio svolto nel luogo dove s'indossa per divisa di lavoro, un camice contraddistinto da un caduceo, può significare molto in termini d'interconnessione sociale-sanitaria».

Carmela De Bonis ci riporta, diremmo brutalmente, a delle considerazioni che indicano come il paziente malato di Alzheimer non è

solo, ma coinvolge tutta la sua rete di relazioni, familiari e sociali e ne influenza pesantemente l'evoluzione.

In questo ambito i caregiver sviluppano comportamenti diversi: si passa dalla negazione della malattia, che comporta il rifiuto e la non accettazione della condizione del malato, alla rabbia, all'ansia per il coinvolgimento continuo, alla depressione, all'angoscia e alla frustrazione. Per i familiari si delinea quindi un percorso lungo e complesso; i disturbi comportamentali e cognitivi del malato sono infatti difficilmente accettati, come accade quando non vengono riconosciuti dal proprio caro.

Marco Ricceri ci sostiene in un'analisi del problema del riconoscimento dei diritti e delle tutele, non scontate, che debbono essere rivolte agli anziani, tutti, ma soprattutto a quelli più fragili: «La solidarietà intergenerazionale proiettata sulla protezione e tutela delle persone anziane trova un punto di riferimento fondamentale innanzitutto nelle valutazioni, orientamenti e indicazioni di percorso elaborate dall'Organizzazione Internazionale del Lavoro-ILO».

Eccoci quindi proiettati in un contesto europeo, dove «nel più recente Rapporto 2014/2015 sulla Protezione Sociale nel Mondo mettendo in luce le grandi criticità che stanno emergendo con il progressivo e diffuso invecchiamento delle società contemporanee», emergono «le difficoltà crescenti a garantire alle persone anziane delle condizioni adeguate soprattutto nella sicurezza dei redditi e nella tutela della salute. . . ».

Forte è la denuncia in queste parole:

Nell'illustrare la situazione mondiale del 2012, l'ILO constata nel Rapporto che mentre vi è stata una tendenza generale a estendere la protezione sociale in particolare nei paesi a reddito medio, l'efficacia dei sistemi di sicurezza sociale è a rischio in un numero elevato di paesi a reddito elevato e ciò come conseguenza dei provvedimenti di consolidamento fiscale, collegate alle diffuse misure di austerità adottate dai governi per ridurre i *deficit* pubblici e l'accumulazione dei debiti, soprattutto dopo la crisi economica e finanziaria mondiale esplosa nel 2008. Il consolidamento fiscale avviato soprattutto nel 2010 e tuttora in corso ha portato ben 122 paesi, in particolare in numerosi paesi a reddito più elevato, a ridurre le spese pubbliche rispetto al PIL, con conseguenze negative diffuse in termini di maggiore povertà ed esclusione sociale, un fenomeno che si è aggiunto all'alta disoccupazione, bassi salari, tasse elevate. — E si prosegue — per l'ILO è essenziale che le persone possano disporre di una base di redditi sufficienti ad affrontare in sicurezza i bisogni emergenti nel corso della loro età anziana. Decisiva è anche la possibilità di accedere ai servizi pubblici, forniti gratuitamente o a

basso costo, tra i quali in primo luogo sono i servizi per la salute e le cure continuative e di lungo periodo.

Ecco che con queste parole si ritorna al concetto che l'innalzamento della vita deve combinarsi con il concetto di star bene, non solo di invecchiare ma soprattutto con il necessario cambiamento di mentalità e di politiche pubbliche che inesorabilmente, per sopravvivere, dovranno passare dall'attenzione prioritaria delle emergenze e fasi acute delle malattie a una lunga stagione di malattie croniche e lentamente debilitanti.

Non dimentichiamo, anche se alcuni hanno questa sgradevole abitudine, che il riferimento a questi temi ricorre nei documenti della Dichiarazione Universale dei Diritti Umani (UDHR) sin dal 1948 e della Convenzione Internazionale sui Diritti Economici, Sociali e Culturali (ICESCR) del 1966!

Infine, ricorda Ricceri, «sicuramente le condizioni economiche delle nazioni maggiormente soggette all'invecchiamento saranno sottoposte a verifiche dal momento che i sistemi economici registreranno fenomeni di rallentamento mentre i carichi finanziari per il sostegno della salute e delle pensioni di una popolazione che invecchia saranno destinati ad aumentare». Valutazioni e considerazioni analoghe si ritrovano, per esempio, in numerosi documenti della Banca Mondiale, delle Nazioni Unite e dell'Unione Europea.

Quindi non suoni strano che «investire nella prevenzione delle malattie, nella promozione di un invecchiamento attivo e salutare e in cure sanitarie più efficaci saranno aspetti centrali dello sforzo per conservare e sviluppare una manodopera produttiva e in buona salute, capace di lavorare più a lungo».

È di fine luglio 2016, la pubblicazione di uno "Special Issue" da parte della prestigiosa rivista americana «American psychologist» che vede un articolo del Prof. Glenn E. Smith, della University of Florida, sul tema *Healthy Cognitive Aging and Dementia Prevention*.

Smith afferma che le strategie ambientali e comportamentali di prevenzione possono aiutare un più alto livello cognitivo e una maggior integrità funzionale e possono ridurre il peso sociale, medico ed economico connesso all'invecchiamento cognitivo e ai disturbi neurodegenerativi associati.

Interventi che coinvolgono l'esercizio fisico e l'allenamento cognitivo stanno significativamente dimostrando effetti positivi sulle capacità intellettive degli adulti anziani. Il "Brain fitness", come vie-

ne pittorescamente definito l'esercizio cognitivo e fisico, ora si sta dimostrando di avere notevoli effetti per 10 anni e oltre.

Una meta-analisi ha suggerito che questi esercizi fisici e le stimolazioni con esercizi di allenamento del cervello danno quasi gli stessi risultati nelle misurazioni formali delle funzioni cognitive. L'Istituto Nazionale di Salute espanderà le proprie ricerche sulla salute intellettuale per sviluppare nuove vie di prevenzione e trattamento delle demenze.

Ma tutto è basato sulla possibilità di avere dei grandi numeri su cui misurare gli effetti di questi trattamenti e tutte le istituzioni in USA sono mirate a questo. Vi domanderete il perché: semplice, in USA ci sono quasi 5 milioni di malati di Alzheimer, il 17% delle donne e il 9% degli uomini sopra i 65 anni. Gli americani di origine africana e i latino-americani hanno un più alto livello di Alzheimer che non gli americani bianchi. Si prevede che nel 2050 il numero si triplicherà, raggiungendo oltre 13 milioni di malati e questo avrà un impatto economico devastante.

Questi segnali non vogliono essere degli atti di terrorismo psicologico, ma un doveroso segnale che la prevenzione su una dimensione di tale entità deve essere prioritaria a qualsiasi altra forma di malattia ed è supportata dal National Alzheimer's Plan.

Proprio qualche giorno fa abbiamo avuto l'occasione di parlare con un caregiver di un aspetto non abbastanza trattato in questo volume e ce ne scusiamo con i lettori, quello degli aspetti medico legali e del diritto della persona con demenza e dei messaggi che dovrebbero per tali canali arrivare al legislatore. Ci troviamo infatti troppo spesso davanti a un malato che in qualche modo è ostaggio di altri, familiari o estranei, con tutti i rischi che coinvolgono le responsabilità di chi si prende cura di una persona non del tutto in grado di essere autosufficiente e che sempre meno lo sarà. Stiamo chiamando in causa quella che oggi ci piace chiamare la cultura dell'Etica, perché è anche troppo evidente che se non vi è un substrato etico nel lavoro di caregiver, che sia affrontato da un parente o meno, poco importa, ma che impone un codice etico di comportamento che sappia salvaguardare totalmente il malato da abusi, da raggiri, da indifferenza della società nei suoi confronti, sarà molto difficile che un malato di Alzheimer possa avere il diritto a un orizzonte.