

## Indice

Prefazione di <i>Benedetto Natalini</i>	7
---	---

### capitolo 1

---

La <i>ageing population</i> : le politiche della salute attraverso i farmaci	9
--	---

1.1. *La popolazione anziana – “My Generation”*, p. 9; 1.2. *Il quadro italiano: gli anziani*, p. 12; 1.3. *I profili epidemiologici*, p. 14; 1.4. *Il bisogno dei farmaci nelle persone. L'approccio della socio-farmacologia*, p. 16; 1.5. *La socio-farmacologia e il capitale sociale*, p. 21; 1.6. *Il “destino” del farmaco: le aree di rischio*, p. 23; 1.7. *Gli anziani stranieri*, p. 29; 1.8. *La malattia e la paura*, p. 31; 1.9. *Un rapporto “dimenticato”*, p. 35; 1.10. *Le “complesse” fragilità*, p. 43; 1.11. *Il rapporto fra i farmaci equivalenti e gli anziani: dinamiche sociali delle prescrizioni con l'indicazione del principio attivo*, p. 49.

### capitolo 2

---

La socio-farmacologia: consumo, dipendenze e relazioni fra medicine ed anziani	61
---	----

2.1. *I farmaci fra le persone anziane*, p. 61; 2.2. *Un principio precauzionale?*, p. 64; 2.3. *I corpi in cura*, p. 65; 2.4. *Le alleanze terapeutiche: lo sguardo della sociologia*, p. 67; 2.5. *Il quadro di riferimento*, p. 70; 2.6. *Le terapie farmacologiche e la vita delle persone: farmaci e società*, p. 75; 2.7. *Efficienza, efficacia e comprensione del farmaco*, p. 80; 2.8. *Il farmaco e i legami sociali*, p. 82; 2.9. *La consapevolezza della cura*, p. 86; 2.10. *I percorsi fra i farmaci e le persone: farmacisti e farmaci*, p. 89; 2.11. *Una società del farmaco?*, p. 93; 2.12. *L'esperienza della terapia nella sociologia: dalla qualità della vita al senso della “vita buona”*, p. 98; 2.13. *Verso una dispensazione sensibile del farmaco*, p. 103; 2.14. *Curare e non ascoltare?*, p. 117; 2.15. *Lo sguardo del sociologo*, p. 123.

### capitolo 3

---

Il valore del farmaco nell'anziano	127
------------------------------------	-----

3.1. *Un problema epistemologico: l'incontro fra le scienze. Evidence based medicine e farmaci nelle terapie degli anziani*, p. 127; 3.2. *Gli obiettivi della “politica” della salute attraverso i farmaci*, p. 129; 3.3. *Rimedi e molecole*, p. 132; 3.4. *Rimedi e placebo*, p. 137; 3.5. *L'ambito della cura*, p. 141; 3.6. *La costruzione delle esperienze*, p. 143; 3.7. *Le dimensioni della terapia nell'anziano: corresponsabilità, partecipazione e fiducia*, p. 148.

capitolo 4

---

Il farmacista di comunità fra le terapie e le disuguaglianze 157

4.1. *Le "costruzioni" della salute e la farmacia di comunità*, p. 157; 4.2. *La disuguaglianza di salute e le farmacie*, p. 166; 4.3. *Il capitale sociale e la società civile*, p. 169; 4.4. *Gli spazi antropologici in farmacia: il ruolo delle terapie e del farmacista di comunità*, p. 174.

capitolo 5

---

Gli anziani e la cura: il farmaco, la relazione col farmacista e con la famiglia  
nel processo di cura. Riflessioni a partire dalla ricerca sul campo 183

5.1. *Gli anziani e le cure domestiche*, p. 183; 5.2. *Il farmacista umanista*, p. 189; 5.3. *Gli anziani e il farmaco in Umbria: l'ipotesi di ricerca*, p. 197; 5.4. *Lo strumento di indagine e il campionamento*, p. 199; 5.5. *La codifica, l'elaborazione e l'interpretazione dei dati*, p. 204; 5.6. *Consumi, farmaci e anziani nella provincia di Terni*, p. 205.

*Gli autori* 215

## Prefazione

**F**armacie, farmacisti e anziani – *Il farmaco come se la persona contasse* – ovvero la sociofarmacologia per gli anziani spiegata ai giovani, pur in presenza di una conclamata discontinuità temporale: ecco, questa nuova fatica di Raffaele Federici e Rosita Garzi prende in esame il rapporto a volte conflittuale, di rifiuto, e a volte di estrema, salvifica accettazione tra i farmaci e gli anziani. Le statistiche ci dicono che la vita media si è allungata di oltre 10 anni negli ultimi 40, che i soggetti considerati anziani godono mediamente di buona salute, pur se la ‘cascata iatrogena’ li porta a dover mettere in conto la possibile perdita della autosufficienza. Pur sottolineando i rischi, le difficoltà, le condizioni disagiati che prendono forma con l’avanzare dell’età, il libro è pervaso di empatia, si legge molto agevolmente perché pone al centro dell’attenzione l’uomo debole. L’anzianità, la vecchiaia sono così il ‘valore aggiunto’ dell’uomo consapevole: personalmente, mi piace vedere un positivismo non contiano nell’uso di termini ricorrenti e pregnanti come ‘dono’, ‘amore per la vita’, ‘solidarietà’, ‘reciprocità’, ‘sostegno’, ‘comunicazione senza barriere’, ‘risorsa per tutti’, ‘successful ageing’, e perfino quando l’Autore parla di dolore in senso protettivo, allarme verso rischi più pericolosi.

Così, la caratterizzazione figurativa dell’anziano attraverso i termini di ‘solitudine’, ‘isolamento’, passa in secondo piano, ampiamente filtrata da queste proiezioni ‘positive’ sullo scenario della vita.

Anzianità, vecchiaia: anche l’OMS si è scomodata nel voler classificare queste fasce d’età, rendendo peraltro complicata la traduzione linguistica col chiamare la fascia 65-75 ‘young elderly’, 75-85 ‘old’ e >85 ‘oldest old’. Una rivisitazione dinamica di questa ripartizione a mio avviso potrebbe suggerire che alla fascia 75-85 sia assegnato il termine ‘elderly’, quindi 85-95 ‘old’ e >95 ‘oldest old’: se non è proponibile adesso, lo sarà, forse, tra qualche anno.

Insomma, nessuno vuole (vorrebbe) invecchiare, nessuno vuole (vorrebbe) morire: attraverso le interviste raccolte nell’area di indagine prescelta, all’Autore ben nota, emerge prepotente il ‘bisogno di relazionalità’, il bisogno di sentirsi ascoltati, in particolare dal farmacista, di ricevere consigli, suggerimenti, prima ancora che ricevere farmaci, e ‘l’alleanza terapeutica’

tra anziano, farmaco, farmacista, famiglia, e aggiungerei 'società', assegna al farmacista un ruolo pivotale insostituibile.

In ogni epoca, farmaco e società sono sempre stati in stretta connessione tra loro: la società ha sempre riposto nel farmaco una fiducia esagerata sulla capacità di sconfiggere le malattie, e gli assertori più convinti di queste proprietà taumaturgiche sono stati sempre e soprattutto i malati, vedendo rappresentata nel farmaco una 'promessa di salute', anche se non sempre mantenuta. A volte il rimedio è peggiore del male (*Graviora quaedam sunt remedia periculis*): vero per tutti, questo principio richiama a una ancora maggiore attenzione negli anziani, *per se* principali consumatori di farmaci, spesso in politerapia, con conseguenti problematiche relative alla corretta assunzione, compliance, interazioni con gli alimenti e tra gli stessi farmaci, come anche evidenziato dall'Autore. E tuttavia, la platea di consumatori di farmaci si è andata via via allargando: ai farmaci per migliorare la salute, si vanno aggiungendo i farmaci per migliorare la qualità della vita (lifestyle drugs, smart drugs). Si è forse avverato il sogno di chi voleva produrre farmaci destinati a 'chi sta già bene e vuole stare meglio'. Alla luce di quest'anuova filosofia, è difficile stabilire chi sta bene: un tempo, stava bene chi 'non stava male' (!!). Oggi, è la misura di numerosi parametri fisiologici che fornisce lo stato di salute di un individuo. Per cui, chi crede di star bene, potrebbe essere solo uno sprovveduto che non si è sottoposto alla serie completa di analisi per stabilire con certezza che 'non sta male'. E se si assumono farmaci per la caduta dei capelli, per l'invecchiamento della pelle, per smettere di fumare, per controllare l'obesità, per controllare l'intestino irritabile, per controllare il deficit di attenzione e l'iperattività, per migliorare le prestazioni sessuali dell'uomo e della donna, ecco che le possibilità di incrocio interattivo si moltiplicano considerevolmente.

Se aumentano le possibilità di intervento, risolutivo o migliorativo, aumentano di pari passo anche i rischi. Come nelle tecniche di vendita 'a imbuto', ecco allora che trova piena comprensione e giustificazione quella 'fuga verso una figura col camice bianco', porto sicuro dove trovare rifugio, ricevere 'care' più che 'cure', e trovare 'una ragione nuova per continuare il proprio cammino'.

*Benedetto Natalini*

## *La ageing population:* le politiche della salute attraverso i farmaci

When I get older, losing my hair, many years from now, will you still be sending me a Valentine, birthday greetings, bottle of wine? If I'd been out 'till quarter to three, would you lock the door? Will you still need me, will you still feed me, when I'm sixty-four?

*Paul McCartney, John Lennon*

### 1.1. *La popolazione anziana – “My Generation”*

Il progressivo invecchiamento della popolazione sembra configurarsi come uno dei fenomeni demografici di maggiore importanza in Italia e in molti paesi occidentali e le considerazioni sociologiche dell'età anziana comprendono almeno due macro compatti ben distinti: l'invecchiamento delle popolazioni e i problemi che hanno diretto riferimento all'anzianità nelle singole persone. Per considerare questi aspetti in relazione alle politiche delle cure (farmacologiche) è comunque rilevante cogliere sia i dati demografici sia gli aspetti di fondo della cultura circa la visione del mondo. Tutto sembra invecchiare sempre più diffusamente e anche le conoscenze sembrano “passivamente” subire questo processo.

In realtà la complessità della vecchiaia come fase del ciclo di vita, risiede, paradossalmente, nel modo in cui si iscrive nella mitologia occidentale e anche nelle sue derive dopo-moderne. L'infanzia è, infatti, valorizzata come una tappa meravigliosa, ricca di promesse e potenzialità e generatore di espressioni incondizionate di amore e di protezione. L'adolescenza, benché temuta, costituisce un ponte tra l'infanzia e la maturità e, in qualche modo, riunisce le aspettative e le speranze ed è osservata per l'intensità e il carattere spettacolare delle sue manifestazioni, anche quando conflittuali. È dal punto di vista dell'età adulta che le altre fasi sono valorizzate; in questa età si vedono associate le competenze professionali, creative e una ricchezza straordinaria di relazioni. La vecchiaia è, invece temuta, rimandata, e il paradosso si manifesta anche sul piano demografico se si considera il fatto che le società che ignorano o deprezzano i vecchi e i valori che rappresentano, sono quelle

che conoscono un processo d'invecchiamento senza precedenti nella storia. Si inventano così delle espressioni bizzarre come quella di "quarta età" che segue la "terza età", o quella di "grande anziano" al posto di "anziano". In questo quadro si iscrive la difficoltà di definire la vecchiaia in termini puramente demografici o biologici poiché i cambiamenti fisici legati ai processi di invecchiamento sono infatti così tanto lenti che, di fatto, relativizzano il ricorso ai riferimenti cronologici. Più dettagliatamente, in una osservazione disaggregata dei dati disponibili, si può notare che la composizione della popolazione che supera i 65 anni è, in Italia, pari a circa 11 milioni di persone. Dal 1950 a oggi l'aumento della speranza di vita è stato pari a circa quattro mesi all'anno: la velocità e l'intensità del processo di invecchiamento sembra perciò essere elevatissima, con riferimento a una coorte demografica "in salute" che, per la prima volta nella storia dell'uomo, è in contatto con un efficace sistema delle cure sin dai primi mesi di vita. La novità, infatti, non è solo quella del grande numero di anziani ma, soprattutto, di un numero di anziani complessivamente in buona salute: gli anziani di oggi sono quelle che persone che già durante l'infanzia sono stati interessati ai programmi di educazione sanitaria, hanno avuto una alimentazione più ricca rispetto alle generazioni precedenti, hanno avuto e hanno la possibilità di disporre di un buon sistema medico e di un apparato sanitario efficiente (si pensi alle campagne di vaccinazione, o, ancora, alla diffusione dei presidi sanitari e delle nuove cure, come, gli antibiotici). In questo quadro, le donne superano gli uomini di quasi due milioni; il maggior numero di donne, è minimo nella fascia di età tra 65-69 anni ed è massimo oltre gli 80 anni dove diventa doppio rispetto agli uomini. Se si osservano le persone che vivono sole, pari complessivamente a tre milioni, si può osservare come la preponderanza femminile sia ancora più rilevante: le donne che vivono sole sono pari a quattro volte gli uomini che vivono soli<sup>1</sup>.

Le trasformazioni che oggi interessano la popolazione anziana e, in particolare, il ciclo di vita delle famiglie, sembrano così essere, da un punto di vista socio-demografico, numericamente dirompenti: secondo una indagine multiscopo sulle famiglie dell'Istat<sup>2</sup>, la madre di una donna nata nel 1940 ha mediamente 10 nipoti e due figlie (o nuore) su tre sono casalinghe; per la madre di una donna nata nel 1960 i nipoti si riducono a sei, almeno un genitore di cui prendersi cura e una figlia (o nuora) su due è occupata. La vita si allunga, ma permangono i problemi di chi ha concluso la propria attività

---

1. Elaborazione dati Istat (2004), *Rapporto annuale. La situazione sociale del paese nel 2003*, Roma.

2. Elaborazione dati Istat (2004), *Rapporto annuale. La situazione sociale del paese nel 2003*, Roma.

lavorativa, sente minori stimoli a mantenere attive il proprio sistema relazionale, ricorre più frequentemente ai farmaci, affronta quotidianamente le barriere architettoniche, è afflitto da insonnia o da amnesie, talvolta si lascia andare alla tristezza. Gli anziani aumentano e aumentano non solo i bisogni di assistenza ma si modifica l'idea stessa di assistenza mentre le "risorse" di cura all'interno della rete di parentela diminuiscono. In questo complesso quadro definire i tratti non sembra essere facile<sup>3</sup> poiché il significato sembra essere in relazione a molti fattori<sup>4</sup>, spesso fra loro correlati, soprattutto perché stenta ad essere riconosciuto come tale il processo dell'invecchiamento e la società tende a trasformare la vecchiaia in un argomento "proibito", come se essa non esistesse<sup>5</sup>: ma contro l'invecchiare non valgono né gli esorcismi della ragione analitica, né i processi di rimozione collettiva. Sempre più spesso i messaggi che provengono dal mondo dei consumi sembrano proporre una visione dell'anziano come un "Altro dimenticato", "solo", sofferente: gli anziani soli. Sembra oramai una abitudine associare agli anziani questa caratterizzazione. È la solitudine a uccidere, "più del caldo, delle malattie degli incidenti"<sup>6</sup>. Nonostante queste considerazioni e i tanti studi, a partire da Durkheim, fra salute e società, fra salute e solidarietà e coesione sociale, non troppo frequentemente il legame sociale è stato considerato in relazione alla salute degli anziani. Si consideri però che, velocemente, si avvicinano alla vecchiaia persone sempre più in salute, attive: la "my generation"<sup>7</sup>, la stessa del "when I'm 64"<sup>8</sup>, generazioni che sembrano avere un rapporto

---

3. L'età cronologica è oggi un indicatore poco preciso dell'invecchiamento biologico: invecchiare infatti non è più, come in passato, sinonimo di decadimento.

4. Negli ultimi decenni nella totalità dei paesi a sviluppo avanzato si sono avute profonde trasformazioni demografiche. Il calo delle nascite e l'allungamento della vita media hanno portato a un costante invecchiamento della popolazione. In questo contesto l'Italia si distingue per essere il paese più vecchio del mondo. Secondo il rapporto ONU *Population Ageing 2000*, l'Italia è la prima in classifica con il 25% della popolazione oltre i 60 anni: "il 1999 fu proclamato dall'Organizzazione delle Nazioni Unite anno internazionale dell'anziano in modo che si potessero sensibilizzare tutti i cittadini sul fenomeno dell'invecchiamento delle singole persone e di tutta la popolazione, con l'intento di approdare a una società di tutte le età". Soldini M. (2006), *Filosofia e medicina. Per una filosofia pratica della medicina*, Armando, Roma, p. 73.

5. Scortegagna R. (1999), *Invecchiare*, il Mulino, Bologna.

6. Maturo A. (2005), *Una politica per gli anziani*, in Remuzzi G.-Maturo A., *Tra Igea e Panacea. Riflessioni su medica e società*, FrancoAngeli, Milano, pp. 82-83.

7. *My Generation* è il primo album del gruppo The Who, pubblicato nel 1965.

8. Paul McCartney aveva venti anni quando lui e il resto dei Beatles incidevano *When I'm 64*. Nato il 18 giugno 1942 a Liverpool, è oggi uno dei due Beatles in vita insieme a Ringo Starr, il batterista del gruppo, che i 64 anni li ha compiuti il 7 luglio 2004. Anche David Bowie è entrato ufficialmente nella terza età. "Il simbolo vivente del mutamento perenne, del travestimento, della irrequietezza, tutte caratteristiche associate alla giovinezza, compie sessanta anni". Fonte: "Rolling Stone", gennaio 2007.

con la salute profondamente diverso rispetto a tutte le generazioni precedenti, un rapporto che necessita di interpretazioni ulteriori<sup>9</sup>: per il 99,9% del tempo trascorso dall'*Homo sapiens sapiens* sulla terra l'attesa di vita alla nascita è stata di circa 30 anni<sup>10</sup> e oggi sono nella terza età le persone che, nel corso della loro vita, hanno "vissuto" la maturità della cosiddetta svolta epidemiologica e hanno sviluppato una importante rete non solo nei termini cosiddetti "forti" (capitale sociale vincolante), ma anche nei "legami deboli" (capitale sociale collegante)<sup>11</sup>. In particolare, la generazione del "*when I'm sixty four*" si rappresenta in termini di esperienze, di connessioni e di storie del tutto nuove e meno traumatiche rispetto alle generazioni precedenti: sono stati probabilmente meno travolti dalle dissoluzioni della "modernità" di quello che il senso comune fa pensare: hanno la possibilità di "vivere" un *welfare* in grado, seppur con diverse ombre e con molte differenze fra nord e sud del paese, di rispondere alle esigenze di salute in termini di assistenza e di previdenza. Ma accanto alla dimensione delle forme delle diverse connessioni possibili occorre evidenziare il lato dei contenuti che sembrano indirizzarsi verso un'altra realtà quello di una rete che forse imbriglia e non sempre sostiene.

## 1.2. *Il quadro italiano: gli anziani*

L'Italia è uno dei paesi del mondo con la componente più alta di ultrasessantenni e si attendono ulteriori cambiamenti al termine del decennio in corso<sup>12</sup>, quando diventerà sessantenne la coorte nata tra il 1948 e il 1953, protagonista, ad esempio, del Sessantotto<sup>13</sup>. Una osservazione che si ritrova frequentemente negli studi sull'età sembra confermare che nell'ultimo mezzo secolo comportamenti e atteggiamenti che venivano in passato ritenuti appropriati ai sessantenni, considerati dal senso comune come all'inizio della vecchiaia<sup>14</sup>, anche solo fino a due o tre decenni fa, sono oggi attribuibili agli ultra-settantenni<sup>15</sup>. In fondo gli stessi studi sulla vecchiaia sembrano avere

9. Bichot J. (1999), *Retraites en péril*, Presses de Sciences Politique, Paris.

10. Hayflick L. (2000), *The future of ageing*, in "Nature", 408, pp. 267-269.

11. Cfr. Maturò A. (2007), *Sociologia della malattia. Una introduzione*, FrancoAngeli, Milano, pp. 15-20.

12. Oggi l'attesa di vita in Italia si colloca a 77,8 anni per gli uomini e 83,7 per le donne.

13. Bobbio N. (1996), *De senectute*, Einaudi, Torino.

14. Il concetto di vecchiaia è esteso e molto difficile da circoscrivere, anche in considerazione del fatto che tale termine assume significati diversi in condizioni differenti. A livello individuale è possibile individuare l'anziano in termini biologici, previdenziali, psicologici, bio-sociali e demografici.

15. Alla Seconda Assemblea sull'invecchiamento organizzata dall'ONU a Madrid



una origine recente e l'origine "contemporanea" di questi è probabilmente tracciabile solo a partire dagli anni Venti del ventesimo secolo<sup>16</sup> sulla scorta degli studi della sociologia del corso di vita che hanno sottolineato il carattere mobile dei confini e quindi dei passaggi nelle fasi della vita, e hanno attraversato le varietà dei significati di "vecchio/a", "vecchiaia", "invecchiamento" a seconda dei diversi contesti storici<sup>17</sup>. Alcuni Autori hanno, ad esempio, osservato che mentre nel secolo XVIII la vecchiaia era definita sulla base della capacità fisica, tanto che una cinquantenne poteva essere considerata più vecchia di una settantenne, nel XIX secolo cominciò a essere trattata come un problema sociale con prevedibili inizi cronologici<sup>18</sup>. L'invecchiamento non sembra comunque essere una questione di età "assoluta" ma di percezione sociale dell'età: "il rapporto con l'invecchiamento è un processo altamente soggettivo, individualizzato, come per molti altri ambiti di vita delle persone, dove conta la capacità del singolo di adattarsi al mutamento e, anche, di sapere rilanciare, investendo sulle nuove condizioni"<sup>19</sup>. L'immagine tradizionale dell'anziano, ereditata dall'antichità e dei suoi miti, è quella del patriarca la cui esperienza rappresenta la saggezza e ispira il rispetto<sup>20</sup>. Questa rappresentazione è entrata in crisi a partire dal XVII secolo quando la vecchiaia è descritta, nella letteratura e le arti, in termini di decadimento. È solo sul finire del XVIII secolo che l'immagine dell'anziano tende ad essere rivalorizzata anche grazie all'aumento del numero delle persone anziane nella società. Il XX secolo sembra così segnare l'arrivo della nuova condizione dell'anziano: i progressi della medicina e la diffusione dei sistemi pensionistici permettono alle persone di beneficiare di due elementi che modificano la visione della vecchiaia: la vita e il denaro. All'età del passaggio in pensione, l'individuo entra in un periodo di svaghi, di consumo e di attività, in

---

nell'aprile 2002, l'Italia aveva una popolazione di ultrasessantenni pari a un quarto della popolazione totale e di cui si prevedeva l'aumento del 37% per la metà del secolo.

16. Saraceno C. (1986), *Invecchiare: la sociologia dell'età e del corso della vita*, in "Memoria. Rivista di storia delle donne", 16, pp. 5-20.

17. «La nouveauté "démographique" de la fin du second millénaire et du début du troisième, c'est le vieillissement de la population. Ce terme recouvre deux notions distinctes. Le vieillissement désigne d'abord un phénomène individuel, celui des incidences de l'âge, dans ses dimensions biologique et psychologique, depuis la naissance jusqu'à la mort. Il s'agit d'un processus dont les étapes sont difficiles à marquer. Les seuils retenus (l'âge de 60 ou de 65 ans) relèvent plus de représentations sociales que d'une réalité physiologique qui évolue au gré des progrès de l'espérance de vie». Bourdelais P. (1993), *L'Age de la vieillesse*, Odile Jacob, Paris.

18. Troyansky D. (1989), *Old age in the Old Regime. Image and experience in eighteenth century France*, Cornell University Press, Ithaca.

19. Censis Salute-La Repubblica (2007), *VI Rapporto Terza Età. Il tempo della Terza età*, Roma, p. 15.

20. Bois J.P. (1994), *Histoire de la vieillesse*, Presses Universitaires de France, Paris.

una prima vecchiaia valorizzata, la terza età. È questa l'immagine che viene resa pubblica dai *media*: la possibilità di restare giovani. Il cambiamento più significativo è quindi collegato all'allungamento quali-quantitativo della vita, quando è diventato normale per la grande maggioranza della popolazione vivere oltre i sessanta anni: sono oggi alla soglia della "terza età" i *rockers*, e, soprattutto, donne e uomini il cui aspetto è sempre più lontano dalla "rappresentazione classica" dell'anziano.

### 1.3. I profili epidemiologici

Contemporaneamente alla diversa percezione dell'invecchiamento della popolazione e delle sue forme sono cambiati gli stessi profili epidemiologici<sup>21</sup>; questi cambiamenti possono riassumersi nel continuo spostamento in avanti della mortalità e del prevalere delle malattie croniche e degenerative (patologie cardio-vascolari, tumori, diabete, osteoporosi, demenze), spesso per ragioni di rischio potenzialmente modificabili<sup>22</sup>, rispetto alle malattie infettive che viceversa dominavano fino alla prima metà del XX secolo<sup>23</sup>. La

---

21. Costa G.-Demaria M. (1988), *Un sistema longitudinale di sorveglianza della mortalità secondo le caratteristiche socio-economiche, come rilevate ai censimenti di popolazione: descrizione e documentazione del sistema*, in "Epidemiologia e Prevenzione", 36, pp. 37-47.

22. "Dei 7 milioni di morti per cancro registrate a livello mondiale nel 2001, si stima che 2,43 milioni (35%) fossero attribuibili a nove fattori di rischio potenzialmente modificabili. Di queste morti, 0,76 milioni si sono verificate in Paesi ad alto reddito e 1,67 milioni in nazioni a reddito medio-basso. Tra le regioni a reddito medio-basso, Europa e Asia Centrale facevano registrare la più alta percentuale (39%) di morti per cancro attribuibili ai fattori di rischio esaminati. Delle morti attribuibili a questi fattori di rischio, 1,6 milioni hanno colpito gli uomini e 0,83 milioni le donne. Fumo, assunzione di alcolici e scarso consumo di frutta e verdura erano i principali fattori di rischio di morte per cancro, a livello mondiale e nei Paesi a reddito medio-basso. Nei Paesi ad alto reddito, le più importanti cause di cancro erano fumo, assunzione di alcolici e sovrappeso/obesità. Nei Paesi a reddito medio-basso, la trasmissione sessuale del papillomavirus umano è uno dei principali fattori di rischio per lo sviluppo di cancro della cervice uterina". Danae G., Vander Hoorn S. *et al.* (2006), *Cause di cancro nel mondo: valutazione comparativa del rischio associato a nove fattori di rischio comportamentali e ambientali*, in "The Lancet" [edizione italiana], II/2, pp. 174-198.

23. L'invecchiamento determina la perdita progressiva della capacità di adattamento dell'organismo all'ambiente per l'esaurimento delle riserve funzionali. Al fine di comprendere i complessi meccanismi che lo determinano sono state formulate varie teorie, tra le più accreditate quelle dei "radicali liberi e dei legami crociati", della "alterata sintesi proteica" e dell'orologio molecolare o "fenomeno di Hayflick". Gli studi effettuati su colture di fibroblasti estratti dal polmone di un feto, portarono all'osservazione di una rapida moltiplicazione iniziale di queste cellule, seguita da un rallentamento della loro crescita (fase senescente), fino a giungere al termine delle divisioni cellulari. Hayflick ne dedusse che, non potendo i fibroblasti moltiplicarsi oltre un numero programmato, doveva esistere un "orologio molecolare"

condizione biologica dell'anziano deriva anche dalla combinazione geneambiente: gli studi sui gemelli identici indicano che la salute dipende solo per il 30% dal corredo cromosomico<sup>24</sup>. A questo occorre anche aggiungere che la modalità di uscita dal mondo del lavoro avviene, spesso, in un contesto sociale caratterizzato dalla precarietà e, più in generale, da situazioni di disagio economico anche a causa della mancanza di meccanismi di rivalutazione del sistema delle pensioni. Il complesso sociale che ha infatti caratterizzato l'ingresso nel mondo del lavoro delle coorti demografiche dei sessanta/sessantacinquenni attuali era, precedentemente, un complesso di sicurezze e di contenitori tendenzialmente rigidi e "per la vita": contenitori in cui la persona seguiva un percorso definito. I contenitori della vita lavorativa tendevano a creare strutture in cui la persona trovava riferimenti e "ancoraggi" "per la vita", ed essi stessi funzionavano da grandi concentratori della società: rendevano possibili le aggregazioni delle persone in situazioni di tempo, di spazio e di relazioni simili, favorendo così, la costruzione di "indicazioni" che potessero essere seguite per tutta la vita. Oggi, però, l'uscita dal mondo del lavoro è, spesso, traumatica e coincide con la scomparsa anche fisica del luogo di lavoro e di quanto può rappresentarlo (circolo dei lavoratori, circoli ricreativi, cooperative di consumo, oratori, amicizie legate all'esperienza lavorativa e altro). Questo fatto nasconde un dato piuttosto significativo relativo al costo del lavoro. Impiegare una persona con 25/30 anni di contributi costa all'azienda il 60% in più di un giovane di pari qualifica: venti anni fa il divario era molto più contenuto (circa il 30% in più). Negli ultimi anni, infatti, sono aumentati di differenziali retributivi che, di fatto, hanno ulteriormente accelerato quei processi di dissolvimento dello stato sociale. C'è un dissolvimento, una disarticolazione dei contenitori socio-relazionali, disarticolazione che segue il piano sociale, culturale ed economico. La caduta delle grandi narrazioni, provoca anche la caduta delle grandi etiche di orientamento della persona; questi grandi "modelli di riferimento" si dissolvono, e a quella che era una società legata a gruppi e classi si sostituisce una società che ha nell'individuo il suo punto chiave, aggiungendo un ulteriore disorientamento alla persona rispetto alle sue esperienze, alla sua progettualità e alle sue necessità. Questa svolta sembra così rendere le persone ancor più fragili poiché alla "naturale" crisi dell'identità che accompagna l'uscita dal mondo del lavoro, si aggiunge una fragilità che nasce dalla impossibilità di mantenere una identità che ha continuamente bisogno di un "sostegno narcisistico" e del riconoscimento altrui per il proprio equilibrio, poiché le

---

in grado di regolarne la riproduzione. Le uniche cellule in grado di superare tale limite di moltiplicazione previsto, sono quelle neoplastiche.

24. Finch C.E.-Tanzi R.E. (1997), *Genetics of aging*, in "Science", 278, pp. 407-411.

reti sociali e le forme di associazione, sembrano perdere “spessore” rispetto alle realtà precedenti, dove la reciprocità sembra esaurirsi. Si possono così pertanto costruire delle strutture concettuali di riferimento diverse anche in funzione delle “modifiche” negli stili e nelle abitudini di vita. Si può tentare di immaginare una salute dell’anziano “a rischio di cronicizzazione” come conseguenza della precarizzazione e della fuoriuscita obbligatoria dal mondo del lavoro<sup>25</sup> e altro ancora. Nonostante tutto questo, il 70% della mortalità evitabile dipende dall’ambiente e dagli stili di vita, compreso il mondo del lavoro, ma, nei paesi occidentali, si continua a investire il 95% della spesa sanitaria nelle cure mediche e nella ricerca bio-medica anziché pianificare interventi di sostegno alla vita (sociale, culturale ed economica).

#### 1.4. *Il bisogno dei farmaci nelle persone. L’approccio della socio-farmacologia*

In tale ottica il “bisogno” di farmaci dovrebbe essere rivisto, proprio in relazione al ruolo della informazione e prevenzione della salute, di *caregiving*<sup>26</sup> e di assistenza delle famiglie<sup>27</sup>, alla possibilità di *screening* preventivi, e alla facilità di accesso al servizio di prenotazione delle visite specialistiche, servizio che, spesso, vede l’anziano o la persona “debole” non sempre in grado di raggiungere lo specialista o le strutture specializzate nei tempi di un intervento “possibile”, ovvero prima di cadere in una condizione patologica o, peggio, nella perdita della condizione di autosufficienza. Si ricorda che efficienza economica ed efficienza clinica “sono risultati che, nell’ambito della sanità, difficilmente vanno di pari passo”<sup>28</sup> e, in questa direzione, la strada che si intende proporre è quella di una socio-farmacologia a partire

---

25. Le fuoriuscite di anziani dall’occupazione degli ultimi venticinque anni, sono state ampiamente incentivate da pre-pensionamenti anticipati e da strumenti per la gestione delle crisi industriali (CIGS, *Liste di Mobilità* dal 1991). Così come lo sono state le decisioni di pensionamento in prossimità delle “finestre” che si aprivano negli ultimi dieci anni durante il periodo delle riforme della previdenza pubblica.

26. Il numero di *caregiver* su cui puntano molte delle politiche attuali per gli anziani, si assottiglierà via via: la generazione dei *baby-boomers*, avvicinandosi alla terza età avrà a disposizione una rete di aiuti parentali assai più limitata di adesso, spesso inesistente. Il cosiddetto fenomeno dei *nidi vuoti* porterà a un aumento degli anziani soli. E tutto ciò è denso di conseguenze in termini di politiche di cura, sociali e sanitarie, che potranno contare su risorse di *care* interne alle famiglie sempre più limitate. Di Nicola P. (1999), *La stratificazione sociale delle famiglie di fronte alle politiche sociali*, in Donati P. (a cura di), *Famiglia e società del benessere. Sesto Rapporto Cisf sulle famiglie in Italia*, San Paolo, Cinisello Balsamo.

27. Taccani P. (a cura di) (1994), *Dentro la cura. Famiglie e anziani non autosufficienti*, FrancoAngeli, Milano.

28. Maturò A.-Remuzzi G. (2005), *Fra Igea e Panacea*, cit., p. 121.

dalla esigenze di salute, facendo così riferimento all'effetto dei fattori sociali e culturali sull'uso e sugli effetti dei farmaci, comprendendo così nell'osservazione anche quei fattori o quelle variabili che nel passato sono state genericamente chiamate "non specifiche" o "non farmacologiche". Si pensi, ad esempio, al solo problema dei nomi commerciali dei farmaci in relazione al principio attivo (molecola): in genere si distingue fra il nome di fantasia attribuito dall'azienda produttrice (*brand name*) e il nome del principio attivo, spesso non riconosciuto dalla persona. Il lavoro di "naming" di un nuovo farmaco inizia quando la molecola è in fase avanzata di sperimentazione spesso cercando un nome che possa richiamare l'organo bersaglio, l'azione o la malattia da curare. Non di rado è una vera questione di *marketing* in cui gli antibiotici finiscono in "in" anche grazie all'impiego di consonanti autoritarie come la Z, la X o la Y, oppure le radici greche (*tachi, bio, psi, xa, idra, ion*). Tutto questo rimanda proprio alla persona, al suo utilizzatore finale, che rimane confuso dall'uso di nomi così lontani dalla vita vissuta. In altri termini, si vuol far riferimento a quelle variabili che non sono farmaceutiche in natura ma che possono avere una influenza anche profonda sull'azione del farmaco. La socio-farmacologia dovrebbe così fornire un *framework* per identificare, classificare e le diverse variabili non specifiche e come queste funzionano per modificare la risposta del farmaco, soprattutto nelle persone deboli e fragili. La socio-farmacologia, in altri termini, potrebbe costituirsi come un metodo primario per integrare e connettere la chimica farmaceutica, la farmacologia, le variabili farmaceutiche ma anche i profili di assistenza e le linee guida (come nel caso della *Evidence-based medicine*) con le variabili sociali e culturali che possono modificare la risposta, gli effetti utente-percepiti e i risultati della terapia farmacologia, con l'obiettivo di migliorare i risultati sia nel processo terapeutico (a monte), sia in termini di prevenzione e informazione (a valle). Si tratta di storicizzare il ricorso al farmaco e, contemporaneamente, considerare che il rapporto fra il farmaco e la persona è comunque squilibrato poiché basato su di una asimmetria informativa sia in termini di conoscenza sia in termini di potere (prescrizione) in cui è scarsa la consapevolezza della persona in cura. La socio-farmacologia dovrebbe così essere considerata una scienza e uno strumento connettivo e orientativo in grado di "stemperare" gli eccessi dei protocolli medico-sanitari che possono essere visti come meccanismi dotati di un certo automatismo che rischiano di trasformare la cura in vera ingegneria clinica: si tratta di pensare il farmaco con una "buona" consapevolezza del percorso terapeutico. Il punto di partenza è quello della consapevolezza e della comprensione come una "chiave" della prevenzione in un sistema in cui la prevenzione e il controllo dovrebbero avere un ruolo fondamentale nella condizione di salute dell'anziano, una condizione che, spesso, si caratterizza attraverso una fragi-

lità emotiva non solo dell'organismo, una fragilità che predispone all'insorgenza delle patologie croniche. Alcuni esempi possono essere quelli del valore di soglia per stabile se è necessario iniziare una terapia con farmaci, tenendo presente i meccanismi di interazione fra più farmaci, le precauzioni d'uso, le controindicazioni e i possibili effetti iatrogeni. L'80% degli anziani è portatore di due o più malattie croniche, spesso irreversibili, che compromettono l'autonomia del soggetto e, secondo una indagine Censis (2005), la perdita dell'autosufficienza rappresenta la paura principale dell'anziano<sup>29</sup>. In tale prospettiva occorre ricordare che la consistenza della popolazione anziana sembra comportare a un crescente squilibrio nell'organizzazione del sistema delle cure poiché i grandi anziani versano spesso in condizioni di salute problematiche e sono esposti al rischio di non-autosufficienza<sup>30</sup>: più in generale è necessario un nuovo orientamento del cosiddetto *listening cycle*<sup>31</sup> fra le persone che necessitano di cura e le persone che curano. Per superare le tante ambiguità e i tanti paradossi tracciati è probabilmente necessario ripartire proprio della strategia del ciclo dell'ascolto come punto di partenza verso un recupero di una dimensione di insieme del mondo vitale delle persone. Il lavoro, la precarietà economica, il ridotto potere di acquisto, le difficoltà all'interno di un mondo del lavoro sempre meno attento alla persona, gli automatismi della pratica medica, dovrebbero far riflettere ancor prima dei dati epidemiologici e dei tassi di disabilità. In un tale contesto, si ricorda che il tasso di disabilità rilevato dall'ISTAT (2001) è passato dal 5,0%, per i 60-64enni, al 9,1% per i 65-69enni, al 14,2% per i 70-74enni, al 23,5% per 75-79enni, al 47% per gli ultraottantenni. Tuttavia, nonostante le diverse osservazioni sulle realtà dell'invecchiamento della popolazione e della relativa crescita in termini di disabilità, a cui si accompagnano complessi mutamenti delle forme di socialità, fra cui, ad esempio, la trasformazione delle reti di sostegno di tipo parentale, il ruolo del sistema delle cure non sembra

---

29. Il 75,4% degli italiani sopra i 60 anni dichiara di "non sentirsi anziano". È un dato prevedibile nella fascia dei "giovani anziani", ovvero dei 60-64enni, fra i quali tale percentuale sale al 90,5%. Ma ricco di implicazioni nella quota consistente di 75-79enni, pari al 68,7%, e 80enni e più, pari al 47,7%, che rifiutano per sé la definizione di "anziano". Probabilmente questo può essere in parte spiegato dalla connotazione negativa che viene sempre più spesso attribuita all'idea dell'invecchiamento: molti infatti indicano come evento-soglia dell'anzianità l'insorgenza di una malattia (34,8%), la perdita dell'autosufficienza (27,5%), la morte del coniuge (30,9%), o la solitudine (31,1%). Censis (2005), *Invecchiare in salute*, Roma.

30. Guaita A. (2001), *Nuove modalità di organizzazione e finanziamento per i servizi socio-sanitari: a favore degli anziani o contro di loro?*, in Gori C. (a cura di), *Le politiche per gli anziani non autosufficienti. Analisi e proposte*, FrancoAngeli, Milano.

31. Si tratta del ciclo dell'ascolto visto come strategia relazionale costitutiva di una dimensione intersoggettiva. Mazzoli L. (2003), *L'impronta del sociale. La comunicazione fra teorie e tecnologie*, FrancoAngeli, Milano p. 143.

seguire lo stesso percorso, non si adatta al progressivo cambiamento della posizione della persona nel corso della vita.. Questo insieme comporta non solo l'incremento (adeguamento) nella domanda di interventi pubblici, di sostegno al terzo settore, di connessione fra i diversi presidi sanitari, ma anche la necessità di ripensarne le caratteristiche con cui il contributo dello studioso del sociale "non pretende di arrivare all'obiettività assoluta, non assume posizioni rigide o chiuse"<sup>32</sup> ma sviluppa un sapere "comprensivo" che dovrebbe rinviare, *in primis*, alla fiducia e alla correlazione. Se la cura dell'anziano mira a prevenire, mantenere o a ripristinare l'autonomia del soggetto, questa autonomia dovrebbe permettere la possibilità di rimanere informati e in grado di poter rimanere in contatto diretto con le strutture sanitarie (ambulatorio del medico di famiglia, frequentazione della farmacia di comunità, accesso ai servizi CUP e altro ancora). In altri termini, il sistema delle cure e l'approccio terapeutico dovrebbero essere in relazione a una *health-related quality of life* poiché non sembra possibile individuare uno stato di salute predefinito, ottimale<sup>33</sup>. Anche per queste considerazioni, sembra configurarsi il ruolo delle persone nel sistema delle cure *fra* le persone all'interno di modalità che possano permettere di realizzare un processo che comprenda una connessione fra i diversi piani di comprensione della cura. È probabilmente necessario introdurre un collegamento fra l'attività terapeutica basata su uno o più farmaci e l'uso che effettivamente se ne fa, rapporto paradossalmente banale e "chiaro", in cui però lo scorrere della vita quotidiana può alterare i processi fisiologici o, ancora, dove l'interpretazione specifica della persona in cura può alterare il profilo tossicologico, dove l'attività del farmaco può retroagire sull'intero sistema relazionale della persona. È (anche) in questa direzione che l'approccio della socio-farmacologia può "consigliare" alla ricerca farmacologica sull'uso nella realtà dei prodotti medicinali rendendo così possibile una "guida" dei trattamenti terapeutici e lo sviluppo di nuovi farmaci. La socio-farmacologia dovrebbe interpretare il ciclo di vita del farmaco nel quotidiano nella comprensione degli effetti terapeutici non strettamente farmacologici. Il farmaco, che è il fulcro della pratica clinica, diventa così un oggetto ulteriore della letteratura sociologica nella misura in cui si sono associati ai problemi di salute, di "senso", di natura sociale, culturale ed economica<sup>34</sup>: la medicina dovrebbe così ritrovare le

---

32. Maffesoli M. (2000), *Elogio della ragione sensibile*, Seam, Formello, p. 69.

33. Santosuosso A. (1998), *Libertà di Cura e Libertà di Terapia*, Il Pensiero Scientifico, Roma.

34. "Nel prossimo decennio, l'espansione della spesa per farmaci sarà determinata non tanto dalla modesta crescita demografica (+1,4%, causata dall'immigrazione, poiché la crescita naturale sarà negativa), quanto dall'invecchiamento della popolazione, che svilupperà un effetto moltiplicativo di circa 8 volte superiore al puro tasso demografico. Data la struttura

radici antropologiche nella solidarietà e nell'empatia e la qualità delle cure dipenderà dal "senso" della vita, dall'esperienza di dolore e della separazione. In assenza delle persone in cura non esisterebbe alcuna pratica clinica, quindi il medico che esercita la sua attività clinica solo una persona e il farmaco, quando prescritto, diventa il tramite di una relazione terapeutica<sup>35</sup>. Simmel ha sottolineato un concetto fondamentale della interazione umana, la reciprocità<sup>36</sup>, il presupposto del vero comunicare. Nella stessa direzione, Gadamer ha identificato, ad esempio, il medico come un guaritore ferito che sa riconoscere la sofferenza come un "comune umano denominatore"<sup>37</sup> perché, per poter curare, non deve mai collocarsi separato rispetto al dolore ma semmai comprendere "clanicamente", cioè vicino, le più dimensioni della sofferenza. In termini più generali si dovrebbe osservare una certa convergenza fra le questioni poste dai medici e dai farmacisti e dai più attenti ricercatori delle scienze sociali<sup>38</sup>; si pensi al problema del controllo, del rispetto della posologia, della corretta dispensazione, del dosaggio, della prevenzione, della auto-medicazione, dall'eccessivo uso di farmaci, delle reazioni avverse non segnalate, dalla corretta conservazione dei farmaci e, anche, del controllo della data di scadenza del farmaco stesso<sup>39</sup>: "il medico sa che il suo aiuto non può essere limitato al momento, ma deve durare nel tempo, poiché in questo caso non può soltanto agire (*handeln*), deve curare (*behandeln*)"<sup>40</sup>. È quindi necessario estendere i modi di pensare la cura e tentare la possibile connessione fra saperi diversi. L'approccio socio-farmacologico connette così la sociologia e la chimica farmaceutica alla psicologia sociale e alla antropologia. È vero che molti effetti non specifici o non farma-

---

demografica e la frequenza specifica dei malati-utenti per classi di età, il numero dei consumatori di farmaci aumenterà del 3,20%, risultante da un + 10,60% dei malati cronici e da un +0,50% dei malati acuti, modificandoselo marginalmente la frequenza dei malati-utenti" Mapelli V. (2005), *Invecchiamento e consumo di farmaci*, IlSole24Ore, Milano, p. 97.

35. Garofalo A. (2007), *Il farmaco come cura. Per una etica della cura*, in Ales Bello A.-d'Ippolito B.M.-Trupia P., *Pensare il farmaco. Etica, scienze economia*, FrancoAngeli, Milano, pp. 121-139.

36. De Simone A. (2007), *L'ineffabile chiasmo. Configurazioni di reciprocità attraverso Simmel*, Liguori, Napoli, p. 234.

37. Gadamer H.G. (1994), *Dove si nasconde la salute?*, Raffaello Cortina, Milano, p. 43.

38. Meyer P. (1984), *La Révolution des médicaments, mythes et réalités*, Fayard, Paris.

39. Questo approccio è quello relativo alla teoria del rischio. "The concept of risk is not complex in itself. It can even expressed in any arithmetical formula as the product of a usually negative outcome and probability. This enables one to balance bad but unlikely outcomes with less bad but more frequent ones. This knowledge may be used in risk calculations and risk assessments but how probabilities can be assessed in an objective, unbiased, and thus correct, manner can pose a problem". Guchelaar H. (2003), *Risk and sense of safety*, in "Pharmaceutical World Scientific", 25, p. 81.

40. Gadamer H.G. (1994), *Dove si nasconde la salute?*, cit., p. 111.



cologici sono comunque di natura “chimica” ma gli itinerari terapeutici fanno riferimento al mondo vitale della persona in cura. La sfida della socio-farmacologia è quella “realista”, vicino al “malato” perché dalla malattia e dalla sofferenza si impara sempre. Come osservato da Battisti, i sociologici sono i consiglieri delle trasformazioni sociali e la capacità di osservare, anticipare, è una forma di arte e di scienza<sup>41</sup>.

### 1.5. La socio-farmacologia e il capitale sociale

Il corpo umano (persona) dovrebbe essere compreso nelle sue dimensioni dell'essere e del divenire: se la vita è, infatti, sentita come dono, un dono il cui valore trascende l'utilitarismo della economia, della politica, degli interessi e della storia, la vita sarà apprezzata, “curata” e donata; ma se la vita è sentita e vissuta nel suo atomismo terreno come “non senso”, e come il prodotto e il tempo dell'utilitarismo, allora si cercherà di limitarne il dolore, la durata e il numero dei “beneficiari”. Se si conserva l'orizzonte trascendente e creazionistico, la vita è sentita come dono anche quando è lotta e l'amore verso la vita si trasforma in fiducia, in capitale sociale<sup>42</sup> effettivamente spendibile fra le persone, in progettualità e solidarietà sociale. Gli studi di Brunner (1997) e di Marmot (1999) hanno tentato di individuare un certo numero di meccanismi biologici e di indice di *social networking*; si è osservata una certa relazione fra l'organizzazione di lavoro, il grado di isolamento sociale e la probabilità di sviluppare malattie croniche<sup>43</sup>. Una ricerca di Berkman e Syme ha invece dimostrato che la mortalità fra chi ha un basso indice di *social networking* è doppia rispetto a chi ha molti contatti sociali<sup>44</sup>. Anche se il concetto di capitale sociale è probabilmente insufficiente per descrivere la complessità dei legami fiduciosi (qualità e quantità delle relazioni sociali) all'interno di una comunità, di una rete, comunque costituita, il punto chiave di queste osservazioni è che la partecipazione sociale fornisce benefici,

---

41. Battisti F.M. (2004), *La sociologia come professione e come arte*, intervento in occasione del convegno dell'Associazione Nazionale dei Sociologi *Il Sociologo e il mondo della comunicazione*, 28 maggio 2004, Sora, Cassino.

42. Di Nicola P. (2006), *Dentro la complessità delle relazioni sociali: le dimensioni del capitale sociale*, in Di Nicola P., *Dalla società civile al capitale sociale. Reti associative e strategie di prossimità*, FrancoAngeli, Milano.

43. Brunner E.-Marmot M. (1999), *Social organization, stress, and health*, in Marmot M.-Wilkinson R.G. (a cura di), *Social Determinants of Health*, Oxford University Press, Oxford, pp. 17-43.

44. Berkman L.-Syme L. (1979), *Social networks. Host resistance, and mortality: a nine year follow-up study of Alameda County Residents*, in “American Journal of Epidemiology”, 109, pp. 186-204.

soprattutto quanto porta verso nuova conoscenza. Tuttavia se le circostanze strutturali di base del capitale sociale rimangono importanti per salute, da sole non sembrano essere sufficienti alla spiegazione e alla comprensione delle diverse condizioni di salute e al senso di smarrimento che sembra caratterizzare molti anziani. Se l'orizzonte della "comprensione" si perde, il nichilismo e l'individualismo prendono il campo, come nel caso delle limitazioni ingiustificate delle spese sanitarie per l'assistenza, nelle lungaggini organizzative e procedurali per il riconoscimento della invalidità e della non autosufficienza, per il costo di alcuni farmaci ancora a carico dell'anziano, si palesa più di un possibile rischio all'orizzonte<sup>45</sup>. Ridurre questi rischi vuol dire impegnarsi, anche con uno sguardo "obliquo", nell'osservare lo scorrere della vita e nel connettere saperi diversi, per una ricerca delle motivazioni, delle idealità, delle pratiche virtuose. Si pensi al cosiddetto fenomeno *placebo*. Il *placebo* è strumentale nella ricerca clinica del farmaco come un metodo per confrontare il profilo di investigazione sulla tossicità; inoltre è anche una pratica clinica, fatto che confonde ulteriormente fra fattori specifici e non specifici. Il *placebo* diventa così una lettura "ulteriore" degli effetti dei fattori culturali e sociali. Fisher, fra gli altri, ha identificato un certo numero di principi importanti per capire il ruolo e l'effetto dei fattori non specifici o non-farmacologici negli effetti del farmaco. In primo luogo, se il sistema di risposta coinvolge i processi corticali, come la consapevolezza, la coscienza e le sensibilità soggettive, più grande sarà il ruolo dei fattori non specifici che influenzano la risposta al farmaco<sup>46</sup>. In secondo luogo, più è attivo un farmaco e meno sensibile ai fattori non specifici potrà essere la persona in cura. In terzo luogo, la maggior parte dei dati clinici disponibili suggeriscono che la risposta massima del farmaco può essere ottenuta amministrando la terapia farmacologica in presenza dei fattori *placebogenici* più favorevoli. Schou ha invece notato che nella cura dei pazienti, i medici tendono a cambiare un farmaco se il medicinale prescritto iniziale non produce l'effetto desiderabile anche se questa pratica può non essere la linea di condotta adatta poiché i fattori non-farmacologici possono influenzare la risposta farmacologia<sup>47</sup>.

---

45. Sgreccia E. (2006), *La bioetica nel quotidiano*, Vita & Pensiero, Milano.

46. Fisher, S. (1970), *Nonspecific factors as determinants of behavioural response to drugs*, in Di Mascio A.-Shader R.I. (Eds.) (1970), *Clinical Handbook of Psychopharmacology*, Science House, New York, pp. 17-39.

47. Schou M., (1988), *The integrated approach: on the significance of pharmacological and nonpharmacological factors when lithium prophylaxis fails*, in "Acta Psychiatrica. Scand.", 78, Suppl. 345, pp. 119-123.