I geriatri. «Si diventa anziani solo dopo i 75 anni»

«Un 65enne oggi è come un 40enne nel 1990 Ma aumentano i pensionati disabili e manca l'assistenza perché la politica non si pone il problema»

Da oggi la popolazione italiana può considerarsi più giovane: si è ufficialmente «anziani», infatti, dai 75 anni in su. La svolta arriva dal Congresso nazionale della Società italiana di gerontologia e geriatria (Sigg). «Un 65enne di oggi ha la forma fisica e cognitiva di un 40-45enne di 30 anni fa. E un 75enne quella di uno che nel 1980 aveva 55 anni», spiega Niccolò Marchionni, docente all'Università di Firenze e direttore del dipartimento cardiovascolare dell'ospedale Careggi. «Oggi alziamo l'asticella dell'età a una soglia adattata alle attuali aspettative di vita nei Paesi con sviluppo avanzato», dice Marchionni: «in Italia l'aspettativa di vita è aumentata di circa 20 anni rispetto ai primi del 1900. Non solo, larga parte della popolazione tra 60 e 75 anni è in ottima forma e priva di malattie per l'effetto ritardato dello sviluppo di malattie e dell'età di morte». La statistica individua nella media di 85 anni la longevità per le donne e di 82-83 per gli uomini. I geriatri lanciano una definizione più ampia del concetto di «anzianità» che si adatti «alle mutate condizioni demografiche ed epidemiologiche. E tenendo contro che scientificamente si è anziani quando si ha un'aspettativa media di vita di 10 anni».
Ma la quota di anziani disabili con fabbisogno assistenziale si attesta tra il 20 e il 30%. Inoltre, la denatalità e l'aumento dei pensionati hanno un peso notevole sugli assetti delle famiglie e della società. «Nel 2040, cioè tra 20 anni, saremo in una situazione ingestibile, avremo una sproporzione enorme tra anziani che vanno assistiti e giovani che se ne prendono cura. Ma l'anziano per la politica non esiste: è solo una bandiera da sventolare per fini propagandistici», denuncia il presidente della Sigg Raffaele Antonelli Incalzi. E conclude, «per affrontare la realtà che ci aspetta in un futuro vicinissimo ci deve essere una serenità di reddito. Se c'è crescita, il resto ne deriva. Bisogna promuovere l'assistenza geriatrica. Ma i geriatri sono pochi rispetto a chi ne ha bisogno».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Il caso del "farmaco gender" «Troppi rischi, fermiamoci»

Allarme di Scienza & vita e Centro studi Livatino: non è questa la soluzione per la disforia di genere

LUCIANO MOIA

Farmaco gender, la confusione al potere. Mentre l'Aifa, dopo il via libera del Comitato di bioetica dello scorso luglio, sta ancora decidendo sulle modalità di somministrazione della triptorelina per "curare" la disforia di genere, l'azienda produttrice annuncia la disponibilità della molecola "in formulazione semestrale" anche per l'Italia. Ma i dubbi degli esperti negli otto centri italiani che seguono le linee guida dell'Osservatorio nazionale sull'identità di genere sono tutt'altro che risolti. Davvero il ricorso alla molecola sintetica che inibisce l'ormone dello sviluppo testicolare e ovarico, bloccando di fatto l'adolescenza in attesa di "cambiare sesso", può essere la soluzione decisiva nei casi di disforia di genere?
A fare il punto di una situazione complessa, eticamente preoccupante e tutt'altro che chiara sotto il profilo scientifico, arriva adesso uno studio realizzato dall'associazione Scienza & vita e dal Centro studi Rosario Livatino. L'invito degli esperti che hanno compilato la ricerca è esplicito: bisogna fermarsi perché, di fronte alla scarsità di dati e di conoscenze, serve un supplemento di indagine. C'è infatti il timore che, con la possibilità di accedere all'utilizzo della triptorelina nell'ambito del Servizio sanitario nazionale, «la pratica clinica quotidiana degeneri, finendo per ridurre la soluzione di un problema così complesso e decisivo per la persona alla banale somministrazione di una molecola».
Di cosa stiamo parlando? In Italia c'è un giovane su 9 mila affetto da disturbi dell'identità di genere. Sindrome dalle cause incerte, in cui si mescolano radici biologiche e psicosociali, la cui persistenza al termine dell'adolescenza oscilla tra il 12 e il 27%, con diversità molto accentuate tra maschi e femmine. Vuol dire che su dieci preadolescenti a cui viene diagnosticata la disforia di genere – diagnosi comunque difficile, delicata e spesso controversa – 7-8 risolveranno il loro disturbo al termine dell'età dello sviluppo. Due o tre invece continueranno a sentirsi ingabbiati in un sesso biologico diverso rispetto alla loro identità psicologica. Per costoro alcuni esperti ipotizzano la necessità di ricorrere a un farmaco, appunto la triptorelina, un antitumorale che tra i suoi molteplici effetti ha anche quello di bloccare gli ormoni della pubertà. Questo permetterebbe di minimizzare i disturbi psicologi del ragazzo/a in attesa di arrivare poi alla "riassegnazione chirurgica del sesso" al compimento dei 18 anni. Perché prima della maggiore età la legge italiana, saggiamente, vieta il cosiddetto cambio di sesso. Evidente che una scelta del genere che investe, oltre a quelli biologici, aspetti psicologici, etici, religiosi, non si possa fare in modo superficiale o affrettato. Anche perché esistono tuttora domande a cui nessuno sa rispondere: cosa succede se, dopo due o tre anni di trattamento con la triptorelina – il minino per ottenere qualche risultato – un adolescente cambia idea? Il suo sviluppo ormonale riprenderà regolarmente? E la fertilità sarà mantenuta? E come riallineare lo sviluppo cognitivo, che nessuno può arrestare, con quello puberale che nel frattempo è stato sospeso chimicamente? C'è anche chi ipotizza che il blocco ormonale possa finire per compromettere la definizione morfologica e funzionali di quelle parti del cervello che contribuiscono alla strutturazione dell'identità sessuale. E con quali conseguenze? Impossibile rispondere. E infatti lo studio sottolinea innanzi tutto «la sostanziale carenza di letteratura scientifica che attesti evidenze di efficacia e di sicurezza di questo tipo di trattamento». Le ricerche, a livello mondiale, sono infatti soltanto due. Una mostra un caso singolo, con un *follow up* dopo 22 anni di trattamento. L'altra è uno studio su 55 transgender olandesi. E gli stessi autori, pur giudicando positivamente i risultati, «ribadiscono che si tratta di dati preliminari». Una grande questione riguarda il consenso che il minorenne, secondo quanto previsto dal Comitato di bioetica, dovrebbe esprimere a proposito del trattamento con triptorelina. Ma gli esperti di Scienza & vita e del Centro studi Livatino, giustamente si chiedono: «Un minore in età prepuberale che si trovi in "condizione frequentemente accompagnata da patologie psichiatriche, disturbi dell'emotività e del comportamento" può esprimere un consenso? Come possono i professionisti del settore garantire che il consenso di un preadolescente affetto da disforia di genere sia "libero e volontario"?». Domande che sembrano destinate a rimanere ragionevolmente senza risposta. Ma allora, se come prescrive l'Aifa, l'ipotesi di cura del disturbo del minore che si senta in difficoltà rispetto al sesso biologico attraverso la sospensione del suo sviluppo sessuale, «passa obbligatoriamente dal presupposto di un consenso che egli non è in grado di esprimere» per ragioni di età, di capacità, di problematiche psicologiche o psichiatriche, non sarà il caso di riconsiderare l'intera "questione triptorelina"? Insomma, prima di aggiungere sofferenze ancora più grandi e irreparabili a situazioni che sono già di grave disagio, sembra opportuno congelare una pratica ad alto rischio.

Lo studio

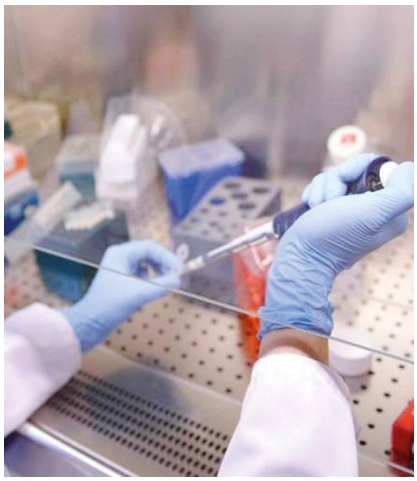
No all'impiego della triptorelina, un farmaco che blocca lo sviluppo puberale in attesa del "cambio di sesso". Troppe le incognite

© RIPRODUZIONE RISERVATA

SU FOXLIVE

La vicenda di un "bambino-farfalla" si trasforma in fiction La tv dà per scontato quello che per la scienza è ancora problematico

Prima ancora di andare in onda in Italia, la miniserie inglese Butterfly – che parte in questi giorni su FoxLife – sta già scatenando polemiche. La storia è quella di Max/Maxine (Calium Booth-Ford), una "bambina" che sente di essere nata in un corpo maschile. Il dramma, quello della disforia di genere, coinvolge l'intera famiglia alla ricerca delle soluzioni più opportune, compreso il ricorso alla triptorelina, per risolvere il problema. I media inglesi hanno accolto la miniserie con giudizi estremamente positivi. Il *Guardian* ha parlato di «dramma meravigliosamente delicato». Il *Times* di una «famiglia calda, imperfetta e credibile che cerca di far fronte a una situazione estremamente complessa». La preoccupazione dello sceneggiatore Tony Marchant è stata soprattutto rivolta all'obiettivo di non tradire complessità e sofferenza della situazione. «C'è chi dipinge la transizione da un sesso all'altro come un processo molto semplice: i bambini manifestano questa esigenza e i genitori lo accettano. Invece – ha spiegato Marchant – si tratta di una strada molto travagliata. Per raccontare questa evoluzione ho fatto molte ricerche perché mi sentivo una grande responsabilità addosso». Nascono da questo approccio problematico le figure della mamma – che si colpevolizza perché desiderava una bambina mentre era incinta – e del papà che aveva sognato per il suo Max un futuro da calciatore. Invece sono costretti entrambi a mettere da parte i loro progetti per quel figlio "strano" e interrogarsi, con lo spettatore, sull'opportunità di ricorrere al percorso farmacologico per fermare l'adolescenza del ragazzo in vista di una "riassegnazione chirurgica" del sesso. In ogni caso una fiction destinata a dividere. Propaganda transgender orchestrata dalle lobby lbgt? Vedremo se l'edizione italiana riuscirà a sfuggire a questo rischio. (***L.Mo.***)



L'Aifa

Con l'obbligo dei vaccini spesa aumentata del 18%

Tra il 2016 e il 2017, ovvero a seguito dell'introduzione dell'obbligo, c'è stato un aumento del 18% della spesa per vaccini. Lo ha detto Luca Li Bassi, direttore generale dell'Agenzia italiana del farmaco (Aifa), nel corso di un'audizione in Commissione igiene e sanità del Senato, precisando che la spesa per gli obbligatori ammonta a circa 132 milioni, pari 2,2 euro pro capite. Tra i temi affrontati dalla commissione, le formulazioni monocomponenti, che contengono cioè singoli antigeni per evitare che il soggetto riceva un vaccino per malattie infettive per le quali ha già l'immunizzazione naturale. «Non ci sono evidenze in letteratura che indicano un aumento del rischio dei multicomponenti rispetto ai monocomponenti». Anzi maggiori rischi sono semmai correlati a questi ultimi. Dovendo prevedere molte singole somministrazioni sono infatti «associati a rischio di immunizzazione incompleta» perché «più elevato è il numero di somministrazioni più e facile si arrivi in ritardo» e «maggiore la probabilità di eventi avversi e reazioni locali» intrinseche. Tra l'altro alcuni vaccini monocomponente non sono più autorizzati in Italia «in quanto revocati per un mancato rinnovo, o su rinuncia delle aziende titolari». Si è sviluppata infatti negli ultimi anni «esperienza e evidenza scientifica internazionale che ha portato a supportare i multicomponenti e questo ha influenzato drasticamente il mercato», ha detto Li Bassi. Né in Italia «sono presenti siti di produzione capaci di far fronte all'eventuale fabbisogno di produzione di monocomponenti». Lo stesso stabilimento chimico-farmaceutico militare «non è strutturato per la produzione di vaccini».
Quanto alla possibilità di sottoporre il prezzo dei vaccini a contrattazione obbligatoria dell'Aifa come avviene per altri farmaci, la normativa vigente prevede che ciò avvenga solo per farmaci classificati in fascia A o H. Mentre «per quelli che sono in fascia C, come i vaccini, il prezzo può esser fissato liberamente dall'azienda» e le stesse ditte hanno comunicato ad Aifa «la loro indisponibilità a rivedere la classificazione».

Tra il 2016 e il 2017 raggiunti i 132 milioni, pari a 2,2 euro pro-capite. Ma i prezzi oggi sono fissati dalle aziende farmaceutiche

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Trieste, 40 anni dopo la Basaglia

Gli ex manicomi d'Italia, monumenti alla memoria

LUCIA BELLASPIGA

«Quando sfoglio le cartelle cliniche nell'archivio, le penso come quei racconti che i nativi del Nord America dipingevano sulle pelli di bisonte inverno dopo inverno, come annali pittografici della loro storia, testi che non ci raccontano un passato, ma ci inducono a confrontarci nel presente con una varietà notevole di memorie di cui tutti siamo fatti». Sanno di poesia, le parole di Pompeo Martelli, direttore del Museo Laboratorio della Mente di Roma, ex manicomio di Santa Maria della Pietà, ma sono di una concretezza tangibile. Siamo a Trieste in un luogo unico al mondo, l'ex manicomio di San Giovanni, oggi Parco Culturale, da cui 40 anni fa lo psichiatra Franco Basaglia rivoluzionò la psichiatria mondiale. Tema del convegno "Che ne è dei 70 manicomi italiani?", ancora più impressionanti oggi che in gran parte rovinano fatiscenti, privati anche dei lamenti di chi per decenni vi era stato recluso.
Sempre difficile scindere follia e poesia, in effetti, forse perché la seconda trae linfa dal dolore di cui la prima è densa. Così Giancarlo Carena spiega lo spirito del convegno che ha organizzato: «Trieste è città di frontiera, sempre aperta alle contaminazioni – dice il presidente della cooperativa "Agricola Monte San Pantaleone" –, e qui parleremo dei 70 manicomi, 70 giardini reali o invece possibili, con voi che siete i giardinieri del mondo».
Liberati dalle catene i matti e riportati dalla legge Basaglia (del 1978) alla dignità di esseri umani, i manicomi italiani hanno preso direzioni diverse, alcuni ancora pochi mesi fa abitati in parte dai pazienti, altri invece subito smantellati ma rimasti in balìa del disfacimento, altri ancora riutilizzati a diversi fini, nei casi virtuosi come luoghi che proseguono il processo di trasformazione sociale, altre volte "traditi" e riconvertiti per battere cassa. Se Trieste resta un fiore all'occhiello al punto da aver attratto in un anno le delegazioni di 38 Paesi, come ha ricordato Roberto Mezzina, il direttore del Dipartimento di Salute mentale che ha portato a termine l'integrazione nel territorio di tutti i pazienti, anche altre città vincono in parte la sfida, «da Milano con il "Paolo Pini", caso interessante che oggi ospita l'università, la Asl, alcune cooperative sociali per i disabili e attività di arte curativa – dice Angela D'Agostino, docente di Progettazione Architettonica all'università Federico II di Napoli –, a San Servolo di Venezia con il suo centro studi e il museo del manicomio». Si deve alla tesi di laurea di Maria Pia Amore la mappatura delle 70 strutture italiane, dallo stato di abbandono di Napoli o Vercelli o Pesaro, all'estremo opposto (e molto contestato) di San Clemente a Venezia, oggi hotel di lusso per isolamenti dorati.
Sono luoghi che vanno difesi, si diceva ieri con passione, non come mausolei di un tempo andato, ma come laboratori del presente: «La memoria impegna l'avvenire, non riguarda il passato», ha spiegato Mezzina. Mentre l'architetto Domenico Luciani ha delineato quel passo in più che dalla comunità terapeutica di Basaglia ha portato alla comunità responsabile, «che siamo tutti noi che viviamo e lavoriamo qui: questi luoghi sono un bene comune». Giuseppina Scavuzzo, docente di Architettura all'ateneo triestino, si occupa della rigenerazione dell'ex manicomio di Gorizia, per il quale è istituito un tavolo tecnico tra Regione, Asl, Comune e università: «Tutto partì da lì il 16 novembre 1971 con l'arrivo del giovane direttore Basaglia al suo primo incarico. Dunque non si tratta di ristrutturare dei muri, ma in modo quasi rabdomantico di riattingere al pensiero di quel luogo, al genius loci *che accese la rivoluzione». L'ex ospedale psichiatrico di Gorizia nacque sotto l'Austria come realtà d'avanguardia, rovinò con la prima Guerra mondiale, fu restaurato durante il Fascismo, «poi uno dei suoi lati combaciò con il confine jugoslavo e divenne uno dei Muri della Cortina di Ferro, divise in due il mondo. Infine si dissolse e parte del parco fu venduto per costruire abitazioni». Come accade a Genova, dove i 750 mila metri quadri di verde di Prato Zanino sono stati venduti nel 2008 per coprire i buchi nel bilancio pubblico: «Nessuno ci può più entrare – denuncia Amedeo Gagliardi – dentro ci sono affreschi vincolati dalle Belle Arti e un presepe di 400 metri quadri che rappresenta la vita del manicomio, fatto dai pazienti con un infermiere». Insomma, anche l'architettura ha in parte mancato la sua funzione terapeutica, conclude Giuseppina Scavuzzo, e cita Basaglia: «Se il manicomio è una farsa, i capocomici sono lo psichiatra e l'architetto».*

© RIPRODUZIONE RISERVATA

VkVSlyMjVm9sb0Vhc3lSZWFkZXJfQ2VplyMjNzFlMmJhZmItNTJiOC00MjdlLWJkNjEtZWNiYjYxZDA4N2JhIyMjMjAxOC0xMi0wNVQxMDowNDo0MSMjI1ZFUg==