

Jeff Mateer, il giudice nominato alla corte costituzionale da Donald Trump, ha già in tempi non sospetti affermato che i bambini transgender sono parte del piano di Satana. Il piano deve essere perfettamente operativo se tutti i centri mondiali che si occupano di disforia di genere hanno segnalato il progressivo e vorticoso abbassamento dell'età di consultazione. Il fenomeno fa parte, così come l'incremento dei casi di transito da femmina verso maschio (FtM) (che hanno nettamente superato le più classiche richieste inverse), di un assestamento sociologico globale che interessa le società che hanno effettuato la conversione da famiglia normativa a famiglia affettiva. Autorità genitoriali forti, più impegnate a conculcare regole di comportamento sociale che interessate alla felicità della prole, impediscono infatti non solo la possibilità di iniziare una transizione ma anche l'espressione di un desiderio in questa direzione. Molti anni fa mi capitò di trattare un caso di fratture multiple inflitte da un genitore a un giovane ragazzo che aveva osato esprimere le sue urgenze interiori di appartenenza all'altro sesso; a quei tempi la disforia infantile sembrava più un problema ortopedico che psicoendocrinologico. Nell'attuale universalmente diffusa tipologia occidentale di famiglia, al contrario, la buona genitorialità sembra essere misurata in base alla felicità della prole e contrastare desideri così profondi sebbene infrequenti come l'appartenenza di genere discordante è una sfida che richiede scelte e competenze molto più complesse. Il dilemma fra assecondare o cercare di reprimere ha attraversato la letteratura scientifica degli ultimi venti anni. I ricercatori del Nord Europa (Olanda e Gran Bretagna in testa) forti di una etica empirista forse un po' semplicistica hanno sempre spinto per un atteggiamento se non facilitante almeno non ostacolante; l'etica deontologica continentale ha invece sempre preferito la prudenza fondando le sue resistenze su due costatazioni indubitabili: più del 70 % dei richiedenti transito in età pediatrica cambia idea in epoca prepubere e l'idea che l'appartenenza a un determinato genere sia più motivata dopo averne provato definitivamente uno. Una posizione intermedia fra accettare incondizionatamente e attendere senza agire la maggiore età del richiedente è quella di prolungare la fase di latenza prepubere impedendo ai caratteri sessuali secondari ormonodipendenti di modificare il corpo in modo permanente. Per questo è stato proposto l'uso della Triptorelina un bloccante ipotalamico da somministrarsi dall'età di una richiesta considerata motivata fino all'età di acquisizione dei diritti di una scelta personale svincolata da quella genitoriale. Il farmaco, che appartiene alla categoria degli Analoghi del GnRH, agisce svuotando le riserve ipofisarie di FSH e LH i due ormoni che stimolano la produzione degli ormoni sessuali. Il soggetto prolunga così la sua

fase prepubere senza che i caratteri sessuali secondari (mammelle, disposizione femminile del grasso corporeo nelle femmine; poma d'Adamo, peluria, stempiatura nei maschi) si rendano evidenti. Il farmaco, che è stato utilizzato per trattare la pubertà precoce fin dal 1981 ed è lo stesso utilizzato (per molto più tempo e su persone già sviluppate) in molti paesi per la castrazione chimica dei soggetti con possibile recidiva di reati gravi a sfondo sessuale e quindi gli effetti collaterali sono sufficientemente noti. Se il soggetto non ha patologie concomitanti o altre significative terapie in corso gli unici due settori che richiedono particolare attenzione sono l'apparato scheletrico per una riduzione durata dipendente della mineralizzazione ossea e lo stato dell'umore con una tonalità più virante verso gli aspetti depressivi. Gli accessi in sede di iniezione, le vampate, le alterazioni metaboliche e i rischi cardiovascolari riportati in letteratura, pur da considerare e valutare nei singoli casi, sono statisticamente trascurabili in soggetti giovani e sani. Monitoraggi della funzionalità renale o epatica, un tempo segnalati come indispensabili durante il trattamento, non sembrano più necessari come riportato recentemente da ricercatori dell'Università di Leiden. Nella disforia di genere dato il periodo limitato di somministrazione una adeguata somministrazione di vitamina D e di calcio sono sufficienti a scongiurare qualsiasi effetto sull'osso e i benefici psichici derivati dal non veder cambiare inevitabilmente il proprio corpo verso il sesso non desiderato compensano ampiamente l'abbassamento dell'umore farmaco derivato. I benefici di evitamento della successiva chirurgia demolitiva sono evidenti per tutti i casi in cui la diagnosi sarà confermata al raggiungimento della maggiore età; i soggetti che non proseguiranno nella scelta di conversione riprenderanno lo sviluppo pubere nel sesso di origine con la semplice sospensione del farmaco. Data la reversibilità totale alcuni autori considerano questa terapia come mera "estensione di fase diagnostica". Un effetto da evidenziare sempre prima dell'inizio della terapia è che lo sviluppo completo dei gameti viene ostacolato e che quindi non sarà possibile una preservazione della fertilità mediante crioconservazione come avviene ed è previsto dalle linee guida internazionali per soggetti che iniziano la terapia in età adulta. Sembra tutto semplice ma non lo è: innanzitutto c'è da chiedersi se la scelta definitiva di appartenenza a un determinato genere sessuale possa essere fatta in età così precoce, tutta a livello teorico, senza aver mai sperimentato gli effetti degli ormoni sessuali e coinvolgendo nelle propria scelta genitori spesso del tutto impreparati a gestire una situazione così complessa e che si barcamenano fra opposizione ossessiva e deresponsabilizzante delega totale ai professionisti. Inoltre la maggioranza dei soggetti che in età infantile chiedono il

transito nel sesso opposto cambiano idea nella tarda preadolescenza e quindi una selezione accurata fatta da esperti di settore che individuino la piccola quota dei soggetti da trattare è assolutamente indispensabile. Per quanto le linee guida internazionali prevedano da tempo l'utilizzo per questa indicazione e già una quindicina di anni fa abbia partecipato a un seminario su questo argomento con colleghi inglesi e olandesi, l'utilizzo del farmaco nella popolazione minorenni dell'ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda Cà Granda, Milano (uno dei Centri più grossi del nord Italia) non ha superato il 5% ; tutti casi per i quali è stata richiesta individualmente possibilità di utilizzo al comitato etico interno (che sempre ha risposto che trattandosi di rapporto medico paziente specifico rimandava la decisione motivata al professionista che possedeva tutte le informazioni per la valutazione complessiva). La recente variazione del regime di erogazione del farmaco diventato a carico dell'SSN con la determina GU n 52 del 2-3-2019 ,ha di nuovo radicalizzato le posizioni perché la scelta dell'AIFA di sgomberare questa terapia dalle preesistenti difficoltà economiche (il farmaco aveva una spesa di circa 180 euro mensili e la terapia media è stimata in 18-24 mesi) è sembrata suggerire una adesione a posizioni che garantiscono la totale disponibilità del corpo da parte dell'individuo . Come si sa questo è tema etico da sempre estremamente divisivo nel nostro paese. In realtà se la gratuità ha di certo alleviato le problematiche che i genitori di un minore con disforia devono affrontare questo non ha comportato un alleggerimento dei criteri diagnostici che rendono l'accessibilità alla terapia estremamente selettiva. Il fabbisogno richiesto dal nostro centro alla farmacia ospedaliera (il farmaco in Lombardia viene dispensato in regime di File F) è stato stimato al massimo in 4 casi / anno. Anche sull'età di inizio della terapia soppressiva l'atteggiamento italiano è più prudente rispetto agli standard internazionali che propongono un possibile inizio a 12 anni (in Olanda è questa l'età alla quale il bambino viene consultato per decisioni sanitarie che lo riguardano); 16 anni è l'età proposta per la sospensione in concomitanza con l'inizio della terapia ormonale di conversione nei casi di diagnosi confermata. Ci sono situazioni emergenziali perché chiunque lavori direttamente in questo settore sa che talvolta l'utilizzo garantisce benefici non ottenibili con altri farmaci o con comportamenti più attendisti. Riporto a titolo di esempio il caso di un soggetto di anni 14 che ha richiesto una conversione FtM e che ha effettuato un tentato suicidio con farmaci alla comparsa della prima mestruazione (evento vissuto in modo traumaticissimo talvolta perché sottolinea l'appartenenza al sesso di origine non desiderato e contemporaneamente l'avvicinarsi dei cambiamenti corporei definitivi).E' stata

proposta inizialmente una terapia con estroprogestinico in continua ma l'attentato all'incolumità personale si è ripetuto durante un episodio di spotting , effetto sempre possibile con questa terapia. Su richiesta della famiglia e anche forte pressione del paziente e dopo una valutazione psichiatrica approfondita si è preferito il passaggio alla Triptorelina che garantisce un'amenorrea più certa, in attesa di una valutazione definitiva.

In conclusione, al termine di questa analisi, che pure si è riferita a una semplicistica visione binaria dell'incongruenza di genere che di certo non esaurisce la complessità del fenomeno, la posizione più generalmente accettata e concordata dagli esperti è quella che afferma: *“ l'accesso facilitato al farmaco non deve in alcun modo comportare un abbassamento degli standard diagnostici che devono rimanere rigorosi, ipercontrollati e condivisi (perché riferiti a popolazione estremamente fragile) ma in ogni caso va considerato in modo estremamente positivo per quei pochi casi in cui la convergenza diagnostica di più specialisti ha valutato una inevitabilità di transito sia al fine di non aggiungere il disagio economico a quello acuto intrapsichico sia per evitare successivi inutili calvari chirurgici”*.

1)Antommara AH.,“Pubertal suppression and professional obligations: may a pediatric endocrinologist refuse to treat an adolescent with gender dysphoria? Am J Bioeth,14;43-51 (2014)

2)Bartlett NH., Vasey PL. Et al *“ Is gender identity disorder in children a mental disorder?”* Sex Roles ,43;753-85 (2000)

3)Carel JC,Eugster EA et al. *“Consensus statement on the use of GnRH A in children”*. Pediatrics, 123 ;752-762 (2009)

4)Cohern-Kettenis P.T.,Klink D., *“Adolescents with gender dysphoria”*.Best Practice & Res Clin Endocrinol Metab ,29;485-495(2015)

5)de Vries ALC.,Steensma TD et al *“Puberty suppression in adolescents with gender identity disoredr: a prospective follow up study”* J Sex Med,8 ;2276-2283 (2011)

6)Khatchadourian K.,Amed S. et al. *“Clinical management of youth with gender dysphoria in Vancouver”*.J.Pediat. 164; 906-911 (2014)

7)Klink D.,Caris M et al. *“Bone mass in young adulthood following GnRH A treatment and cross-sex hormone treatment in adolescents with gender dysphoria”* J Clin Endocrinol Metab .100;270-275 (2015)

8)Lawrence AA.,*“Sexual orientation versus age of onset as bases for typologies for gender identity disorder in adolescents and adults”* Arch Sex Behav,39;514-45 (2010)

9)Schagen S.,Cohen-Kettenis P.,et al. *“Efficacy and safety of GnRH A treatment to suppress Puberty in Gender dysphoric adolescents”* J.Sex Med. 13; 1125-1132 (2016)

10)Staphorsius AS.,Kreukels BP.et al. *“ Puberty suppression and executive functioning.An FMRI study in adolescents with gender dysphoria”* Psychoneuroendocrinology. 56; 190-199 (2015)