

Firenze. Molesta bimba in auto. Prete sospeso da Betori

Firenze. Fatti «intollerabili e sconvolgenti»: sono le parole usate dall'arcivescovo di Firenze per commentare la notizia choc circolata ieri di un sacerdote sospeso in auto con una bimba di dieci anni in un'area di sosta dietro a un supermercato e arrestato in flagranza di reato. Con una nota, la Chiesa fiorentina ha annunciato che «il cardinale arcivescovo Giuseppe Betori ha immediatamente provveduto a sospendere, cautelativamente, dall'esercizio del ministero pastorale il sacerdote che è ospite della diocesi e non fa parte del coro fiorentino». Don Paolo Glienzer, 70 anni, di origini laziali, da alcuni anni

svolgeva infatti la funzione di amministratore parrocchiale nella parrocchia di San Rufiniano a Sommariva (Calenzano). L'episodio lunedì scorso, a Calenzano, tra Prato e Firenze. Un residente della zona ha raccontato di aver notato i due e, insospettito, di averli seguiti, per poi far uscire la bambina dall'auto e trattenere, in attesa dell'arrivo delle forze dell'ordine, il sacerdote che avrebbe reagito piangendo in silenzio. Per la bambina, seguita da tempo dai servizi sociali, è stato disposto un sostegno psicologico. L'inchiesta è seguita dalla procura pratese: dunque l'interrogatorio al procuratore capo di Prato Giuseppe Ni-

colosi lo stesso Glienzer, accusato di violenza sessuale aggravata, avrebbe detto che altre volte si era incontrato con la piccola. Il comunicato della diocesi esprime piena fiducia nell'operato degli inquirenti e vicinanza alla bambina e alla famiglia, e precisa anche che «alla diocesi di Firenze non erano mai arrivate informazioni o segnali che potessero lasciare intuire condotte deplorevoli né tanto meno comportamenti penalmente rilevanti; altrimenti la diocesi avrebbe immediatamente agito».

Palermo. Vandali senza pietà a Brancaccio Sfregio al luogo della morte di padre Puglisi

A poche settimane dall'arrivo di papa Francesco a Palermo che il 15 settembre sarà in Sicilia per il 25° anniversario del martirio di padre Pino Puglisi, è stato sfregiato il luogo in cui il sacerdote beato è stato ucciso dalla mafia. Si tratta di piazza Anita Garibaldi, nel quartiere Brancaccio. Nelle scorse notti sono stati danneggiati i lamponi che illuminano la statua di Puglisi, al centro della piazza, e i dissuasori che impediscono alle auto di posteggiare sul marciapiede. Lo denuncia Maurizio Arta-

presidente del Centro di Accoglienza Padre Nostro fondato dallo stesso padre Puglisi come presidio di promozione umana in un agglomerato segnato dal degrado e dalla violenza. «Neanche la futura visita del Papa a Brancaccio interrompe gli atti di vandalismo», spiega Artaile, pur vile minacciato anche di morte per l'impegno anti-mafia del Centro. E aggiunge: «Forse non è stata gradita la presenza da più di dieci giorni di una pattuglia dei poliziotti municipali che presidia la piazza». (G.Gambh)

Il "farmaco gender"? Eticamente lecito

Disforia di genere, via libera alla molecola che blocca lo sviluppo puberale

LUCIANO MOIA

Comunque lo si prenda, il problema degli adolescenti affetti da disforia di genere per cui, «in casi particolari, accertati e valutati», potrebbe essere consigliabile il ricorso alla Triptorelina, cioè un farmaco che blocca lo sviluppo puberale in attesa di cambiare sesso, è destinato a rimanere insoluto. Martedì è stata resa nota la risposta del Comitato nazionale per la bioetica alla richiesta dell'Aifa (Agenzia italiana del farmaco) che si interrogava sulla liceità dell'uso. L'Aifa a sua volta è stata sollecitata da alcune associazioni di medici (endocrinologi, andrologi, sessuologi). Secondo il Cnb «il trattamento è giustificabile quando la diagnosi di disforia è effettuata «in fase pre-

coce da una équipe multidisciplinare e specialistica composta almeno da uno/a specialista in neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, endocrinologia pediatrica, psicologia dell'età evolutiva e bioetica». Ma gli stessi esperti del Comitato di bioetica riconoscono che questi team multidisciplinari appartengono per ora al libro dei sogni e quanto conosciuto a proposito di questa malattia è decisamente inferiore a ciò che si è ignoto. E allora? Il problema è che sulla necessità di ricorrere alla Triptorelina, molecola sintetica che inibisce l'ormone dello sviluppo testicolare e ovarico, gli esperti sono divisi. Ma se fino a pochi anni il farmaco rappresentava l'eccezione per casi davvero conclamati, oggi il ricorso sembra più frequente.

Eppure le evidenze che giustificerebbero l'utilizzo di questa molecola sintetica prodotta per tutto altro scopo è un antitumorale - non sono mai facilmente individuabili. Lo stesso Comitato nazionale di bioetica riconosce nel suo parere che non esistono ricerche affidabili sul tema, non si sa nulla sugli effetti collaterali a breve e lungo termine, si ignora cosa possa capitare allo sviluppo emotivo-cognitivo dei ragazzi a cui verrà somministrata e, cilegna su una torta che già così appare poco digeribile, si hanno anche notizie contrastanti sulla reversibilità degli effetti. E cioè, se si sospende l'uso della Triptorelina, lo sviluppo sessuale riparte? Forse sì. Ma quali funzioni vengono mantenute e quali no? Cosa sarà della fertilità di questi giovani? Nessuno può dirlo.

Il caso Triptorelina

Per il Comitato nazionale di bioetica il trattamento «è giustificabile» se la diagnosi è espressa da un team multidisciplinare e se - pare incredibile - c'è «l'assenso libero» del bimbo

Ci sono ipotesi, anche queste contrastanti, provenienti dai Paesi dove il farmaco è già abitualmente utilizzato - Olanda in primis - ma nessuna certezza. Eppure tentare di rispondere a queste domande avrebbe dovuto risultare obbligatorio, prima di avventurarsi sulla liceità etica del farmaco. Il motivo è molto semplice. Le statistiche dei pochi centri specialistici che studiano la disforia di genere - in Italia sono formalmente nove, ma non tutti hanno la stessa esperienza - ci dicono che la persistenza della disforia di genere è compresa dal 12 al 27%. Vuol dire che su dieci preadolescenti che manifestano questo disturbo, almeno 7-8 risulteranno con il problema al termine dell'adolescenza. I «falsi allarmi» insomma sono molto più numerosi dei casi reali, su

cui comunque ci sarebbe molto da riflettere. Le statistiche - per limitarci ai problemi dell'identità di genere - parlano di un caso ogni 9mila abitanti. In Italia la legge che permette la cosiddetta «transizione sessuale» risale al 1982, tra le prime in Europa, ma fino a pochi anni fa i casi segnalati e trattati erano limitatissimi. Oggi le richieste che arrivano ai centri sono decuplicate. Colpa della disforia di genere - in Italia sono formalmente nove, ma non tutti hanno la stessa esperienza - ci dicono che la persistenza della disforia di genere è compresa dal 12 al 27%. Vuol dire che su dieci preadolescenti che manifestano questo disturbo, almeno 7-8 risulteranno con il problema al termine dell'adolescenza. I «falsi allarmi» insomma sono molto più numerosi dei casi reali, su

sonale o perché costretto da una forma patologica, evadendo dal binarismo sessuale. La decisione dell'Oms, che mese scorso ha deciso di spostare i disturbi dell'identità di genere dall'elenco delle malattie mentali, non contribuisce a semplificare il problema. La diagnosi rimane complessa, la componente psico-patologica è ineliminabile, il peso culturale incombente. Eppure il Cnb si preoccupa del fatto che «l'assenso del minore al programma possa essere espresso in modo realmente libero». Ma qualche adolescente, per di più oppresso dalla sofferenza di un disagio che non comprende, può «liberamente» decidere la sua preferenza per un sesso diverso da quello naturale, immaginandosi come sarà in futuro?

L'intervento/1

Ma quel «sì» deve riguardare solo pochi casi eccezionali



Laura Palazzani

Il Comitato nazionale di bioetica (Cnb) ha ricevuto una richiesta dall'Agenzia italiana del farmaco sull'uso del farmaco triptorelina off label per adolescenti con disforia di genere, o non congruità tra sesso alla nascita e genere percepito, per sospendere la pubertà per un periodo limitato per accertare la condizione e consentire la maturazione di una consapevolezza in merito al cambiamento di sesso. Si tratta di un tema complesso e delicato, per varie ragioni. Per ragioni scientifiche, perché come ogni trattamento fuori dalla indicazione originaria non esistono evidenze di sicurezza (bilanciamento rischi/benefici) ed efficacia. Per ragioni filosofiche, perché diverse sono le posizioni, nel contesto del pluralismo che caratterizza il Cnb, sulla questione gender, tra chi ritiene che la disforia di genere sia una patologia e chi ritiene che sia una condizione, tra chi riconosce che la dimensione naturale debba prevalere sulla scelta individuale e chi considera il desiderio soggettivo come la dimensione prioritaria.

Quando è stato fatto tutto il possibile sul piano della psicoterapia questi restano soggetti a rischio suicidio e autolesionismo

Il Comitato ha peraltro sottolineato che il problema non è solo quello sollevato da Aifa della rimborabilità del farmaco (il cui accesso deve essere equo ed omogeneo, come per tutti i farmaci), ma semmai è soprattutto il chiarimento sul piano normativo delle particolari condizioni etiche di somministrazione del farmaco. Va ricordata la postilla di dissenso di Assuntina Morresi e le estensioni dei rappresentanti dell'Istituto superiore di sanità e del Consiglio superiore di sanità, che non hanno espresso motivazioni in merito.

Queste possibili difficoltà del minore, che si traducono in rischi per la stessa vita del paziente, sono state confermate da tutti gli illustri professionisti auditi dal Comitato per la elaborazione del parere. Il Cnb ha voluto tenere primariamente in conto il principio etico di beneficenza nei confronti di un minore in stato di grave sofferenza. Inoltre, diversamente da quanto avviene oggi nelle strutture sanitarie, ha raccomandato che tale farmaco possa essere prescritto solo da una équipe specialistica, composta da un neuropsichiatra dell'infanzia e dell'adolescenza, un endocrinologo pediatrico, un psicologo dell'età evolutiva e un bioeticista, con un protocollo diagnostico-terapeutico che accompagni gli adolescenti e le loro famiglie anche sul piano psico-sociale. Il Comitato si è, dunque, preoccupato che siano evitate le forme di automedicazione e trattamenti non adeguatamente monitorati. Ha raccomandato altresì una formazione dei pediatri, oltre che della rete socio-sanitaria, e studi di sicurezza/efficacia e follow-up sui casi trattati. Il Comitato, inoltre, ha ritenuto, come per ogni trattamento sanitario sul piano del minore, che l'adolescente debba essere adeguatamente informato con l'ausilio di professionisti del settore, nel contesto delle sue specifiche condizioni, ponendo sempre come prioritaria la sua salute psico-fisica (in conformità alla recente legge 219/2017).

Il Comitato ha peraltro sottolineato che il problema non è solo quello sollevato da Aifa della rimborabilità del farmaco (il cui accesso deve essere equo ed omogeneo, come per tutti i farmaci), ma semmai è soprattutto il chiarimento sul piano normativo delle particolari condizioni etiche di somministrazione del farmaco. Va ricordata la postilla di dissenso di Assuntina Morresi e le estensioni dei rappresentanti dell'Istituto superiore di sanità e del Consiglio superiore di sanità, che non hanno espresso motivazioni in merito.

Vicepresidente del Comitato nazionale per la bioetica



DA SAPERE

Il disturbo che ora l'Oms non chiama più "malattia"

Disforia di genere? Si tratta di un disturbo che il 18 giugno scorso l'Oms ha «declassato» dalle malattie mentali. La stessa decisione assunta nel gennaio scorso dall'Associazione degli psichiatri americani che aveva modificato il «Manuale diagnostico statistico», vera e propria bibbia del settore. La disforia sessuale ha in realtà molte implicazioni. Si tratta di una questione complessa. Nella definizione rientrano le patologie della differenziazione sessuale (un neonato su 5mila) per cui gli organi genitali non risultano pienamente sviluppati o presentano forme anatomicamente indefinite. Poi ci sono i disturbi dell'identità di genere (una persona ogni novemila) in cui si sommano sofferenze organiche e psicologiche, ma anche aspetti etici e culturali. Difficile pensare che un farmaco possa risultare decisivo.

L'intervento/2

Così avremo corpi bambini e menti adulte. Troppi rischi



Assuntina Morresi

Ma schio, femmina o altro? Per decidere, secondo molti, ci vuole tempo. E dunque bisogna fermare la pubertà per «guadagnare tempo» e aspettare qualche anno per stabilire se passare o no all'altro genere: per questo viene usata la triptorelina (Trp), quando si ha una diagnosi di disforia di genere (Dg), cioè quando il genere «percepito» non è congruente con quello alla nascita. Ma che significa concretamente? Significa che se un bambino «si sente» di una bambina (e viceversa) e si comporta di conseguenza, a 12 anni, quando il suo corpo inizia a cambiare per la pubertà, gli viene somministrata la Trp e la crescita si interrompe. Significa che se è un maschio si riduce il volume dei suoi genitali, non gli cambia la voce, non c'è il pomo di Adamo, mentre se è una femmina non cresce il seno, non arrivano le mestruazioni oppure si bloccano. Si ferma anche lo sviluppo delle ossa, e si cresce poco in altezza. Il volto, il corpo, l'aspetto rimangono bambini, «in uno stato neutrale di prima pubertà, in un limbo», dicono gli esperti. E così fino a 16 anni: se resta la convinzione di essere «nel corpo sbagliato», si va avanti con gli ormoni per cambiare sesso. E poi la chirurgia, a 18. Fino a quattro anni di «sospensione» fisica, ma lo sviluppo cognitivo non si può fermare, e quindi c'è una persona fisicamente bambina ma che cognitivamente continua a crescere, anche se le emozioni e i sentimenti sono alterati: se si sopprime la spinta degli ormoni nativi, cosa avviene nelle relazioni con gli altri, in una pubertà così volutamente manipolata? Non siamo solo i nostri ormoni, ma siamo anche i nostri ormoni, e sappiamo bene quanto contino fra i 12 e i 16 anni. Con un corpo bambino e una «mente» più adulta, per anni, confusi di per sé e fuori

dall'evoluzione fisiologica ormonale: come possono questi ragazzi non sentirsi sempre più diversi dai compagni di banco? Niente si sa degli effetti fisici a lungo termine, né se siano veramente reversibili i dati scientifici ci sono solo per la Trp usata per lo scopo opposto, cioè interrompere la pubertà «patologica», quando arriva troppo presto (6,7 anni) e non quando è fisiologica (12 anni). Cioè i dati disponibili sono per usi diversi.

Chi condivide il trattamento dice che così diminuisce la sofferenza legata alla Dg (ansia, depressione, autolesionismo, tendenze suicidarie, autismo), perché si eliminano i segni del corpo che non si vuole. E, nell'attesa, si capisce meglio chi si vuole diventare. Ma se il corpo è «neutro», come si fa a ragionare su «chi» si vuole diventare? Manca proprio quello su cui si dovrebbe lavorare, cioè l'esperienza del corpo che cresce, dello sviluppo tipico dell'età. Si taglia via un pezzo di vita e si «riflette» sull'immaginario. E non c'è alcuna prova che depressione, ansia, tendenze suicide si curino bloccando la crescita. E chi stabilisce se la Dg è causa o effetto di tutto questo? Anche su questo non c'è alcun dato. Infine, il consenso informato, che diventa un atto formale. Ma veramente pensiamo che un dodicenne, o un sedicenne, specie in queste condizioni, sia consapevole di cosa significhi cambiare genere, e non poter avere bambini in futuro? O che, forse, potrebbe congelare i suoi gameti, per essere poi madre biologica e padre sociale al tempo stesso, o viceversa? Dai pochi dati disponibili quasi nessuno decide durante il protocollo: in Olanda, dove è nato e si è sviluppato, tutti quelli che lo hanno iniziato hanno poi cambiato sesso chirurgicamente alla maggiore età. Ma come si può pensare che suggerire precocemente il cambio di genere, con una presantissima manipolazione nella fase cruciale dello sviluppo, sia il migliore interesse di questi ragazzi?

Membro del Comitato nazionale per la bioetica