

IL DOSSIER

«Non esistono prove su sicurezza ed efficacia clinica»: ora Londra dice basta con la procedura per i minori a disagio con il loro sesso, mentre emerge la sottovalutazione delle pesanti ricadute sul corpo e la psiche

# Bloccanti della pubertà, la frenata

e  
vita  
numero 816

è vita online:  
www.avvenire.it/vita

La newsletter di è vita  
gratis con il QR Code



ASSUNTINA MORRESI

«Il Servizio sanitario nazionale inglese ha considerato attentamente la revisione delle evidenze condotta dal Nice (National Institute for Health and Care Excellence) (2020) e ha identificato e rivisto tutte le ulteriori evidenze pubblicate disponibili a oggi. Abbiamo concluso che attualmente non esistono prove sufficienti a sostegno della sicurezza o dell'efficacia clinica dei bloccanti della pubertà per rendere il trattamento disponibile di routine». Questa, il 12 marzo, la decisione del gruppo di lavoro istituito nel gennaio 2020 dalle autorità sanitarie inglesi per una revisione dei trattamenti per minori sofferenti per disforia di genere, cioè che provano disagio e malesseri importanti perché non si riconoscono nel sesso di nascita. D'ora in poi nel Regno Unito a questi ragazzini potranno essere somministrati i bloccanti solo nell'ambito di trial clinici: secondo la ministra della Sanità Maria Caulfield si tratta di una «decisione storica», che «riconosce che la cura deve essere basata sull'evidenza, sull'opinione clinica degli esperti e nel miglior interesse del bambino».

Il blocco della pubertà è il primo tratto del cosiddetto "protocollo olandese" nei casi di disforia di genere: se la maturazione sessuale è agli inizi (mediamente intorno ai 12 anni) è possibile bloccarla con appositi farmaci in attesa di proseguire successivamente - lo fa il 98% di chi li assume - con ormoni masculinizzanti o femminilizzanti, intorno ai 16 anni, e poi con eventuale intervento chirurgico. Bloccanti, ormoni e chirurgia sono gli elementi che caratterizzano le terapie gender-affirming, volte cioè ad assecondare la percezione individuale e soggettiva del proprio genere.

A presiedere la revisione inglese Hilary Cass, già presidente della Società scientifica pediatrica del Regno Unito, che non si era mai occupata in precedenza del tema: una scelta motivata dalle autorità sanitarie «data la polarizzazione sempre più evidente fra i professionisti clinici». Il dibattito internazionale è infatti a dir poco aspro: attraverso le comunità scientifiche, spaccate al loro interno, e le travalica, promettendo di essere uno dei fronti più accesi della campagna elettorale per il prossimo presidente americano. Finora vecchio e nuovo continente hanno segnato due orientamenti contrapposti: da un lato diversi Paesi del Nord Europa hanno avviato da alcuni anni una rivisitazione dell'uso dei bloccanti nelle terapie affermative, rendendolo marginale, se non residuale. Svezia, Finlandia, Norvegia e adesso - appunto - la Gran Bretagna riconoscono concordi la mancanza di studi ed evidenze scientifiche sull'efficacia e la sicurezza di questi protocolli, pesantemente e irreversibilmente invasivi. Dall'altro gli Stati Uniti, dove continua invece a prosperare il mercato dei trattamenti medici e chirurgici connessi alle transizioni di genere, specie di giovani e giovanissimi, e delle cliniche dedicate. Nel frattempo si registra, nel mondo occidentale, un aumento esponenziale di adolescenti con diagnosi di disforia di genere, in grande maggioranza nate femmine.

A fare da riferimento a livello internazionale

le sono le linee guida della Wpath, l'Associazione professionale mondiale per la salute transgender. Fondata nel 1979, raccoglie più di 3mila professionisti in diversi ambiti - sanitario, legale, formativo - impegnati a «promuovere assistenza, educazione, ricerca, politiche pubbliche e rispetto per la salute dei transgender basati su prove di efficacia». È del 2022 l'ultima (ottava) edizione degli standard di cura, aggiornata rispetto alla precedente, del 2012, a partire dalle definizioni: si usa l'espressione *Transgender and Gender Diverse people*, Tgd l'acronimo; si parla di "Disforia di genere" in termini di salute mentale nel Dsm-5-Tr (quinta edizione del *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali*, a cura della Associazione psichiatrica americana), mentre l'Icd-11 (classificazione internazionale delle malattie, undicesima versione, a cura dell'Organizzazione mondiale della sanità) depatologizza il linguaggio, adoperando "Incongruenza di ge-

nere", una condizione rubricata all'interno della salute sessuale anziché fra i disturbi mentali. È il manifesto delle terapie *gender-affirming*, anche se «la base di evidenza empirica per la valutazione degli adulti Tgd è limitata. Include principalmente un approccio di valutazione che utilizza criteri specifici esaminati da un operatore sanitario in stretta collaborazione con un adulto Tgd e non include studi controllati randomizzati o ricerche longitudinali a lungo termine». Ci sono pure nuovi capitoli, fra cui quelli dedi-

cati agli eunuchi e alle persone non binarie: per queste ultime si possono anche prevedere interventi chirurgici addizionali come ad esempio vaginoplastica inclusiva della preservazione del pene, oppure dei testicoli, e anche «procedure che risultano nell'assenza di caratteristiche primarie sessuali esterne». Per gli adolescenti non c'è un'età minima per la somministrazione di bloccanti o di ormoni, ma si individua un preciso, iniziale stadio di avanzamento della pubertà (Tanner due). Nessuna soglia di età neppure per

la chirurgia: per accedervi si richiedono almeno 12 mesi di terapia ormonale.

Il 4 marzo, però, l'autorevolezza della Wpath ha subito un colpo durissimo, con la pubblicazione, a cura di Michael Shellenberg, fondatore e presidente della Environmental Progress, di *The Wpath files*: 170 pagine

per la trascrizione di un video e una selezione di messaggi di una chat riservata ai membri della associazione da cui emerge un tasso impressionante di approssimazione e superficialità, supportato da una abbondante dose di ideologia. Trattamenti su minori con pesanti problematiche di salute mentale, dettagli di discutibilissimi interventi anche chirurgici, a livello genitale, spesso improvvisati per stessa ammissione dei membri della chat, insieme alla consapevolezza del fatto che i giovanissimi che accedono alle terapie affermative - e talvolta anche i loro genitori - non sono in grado di capirne le conseguenze per tutta la loro vita, ad esempio la sterilità e la funzionalità sessuale. E pensare che secondo la Wpath questi percorsi «sono basati su decine di anni di esperienza clinica e di ricerca; pertanto non sono considerati sperimentali».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Il bando inglese dei bloccanti della pubertà rimette in discussione il trattamento della disforia

*Lo stop del governo inglese alle terapie farmacologiche per la disforia di genere è il segnale di un ripensamento in corso*

## LE IDEE DEI MEDICI CATTOLICI

### Servizio sanitario, la salvezza in un bagno di realismo

Adeguarsi al cambiamento è forse uno dei compiti più difficili ma decisivi perché il Servizio sanitario nazionale (Ssn) continui ad avere le caratteristiche sue proprie: universalità, equità, uguaglianza. Alla necessità di ricostruire il Ssn è stato dedicato un dibattito organizzato dalla sezione di Milano dell'Associazione medici cattolici italiani (Amci), presieduta da Alberto Cozzi. «Oggi impera una visione economicistica, occorre una rivoluzione culturale» ha ammonito Alfredo Anzani (San Raffaele, Milano), il vicepresidente Amci per il Nord, Franco Balzaretto, ha sottolineato: «Le gravi carenze di risorse umane, economiche e strutturali non giustificano che si dimentichi il nostro denominatore comune: la centralità dell'ammalato e la dignità della vita dal concepimento al termine naturale». Di fronte all'aumento della spesa sanitaria Alberto Scanni (già direttore generale dell'Istituto dei Tumori di Milano) ha auspicato una revisione del ruolo della sanità privata, in modo che sia sussidiaria e non in competizione con le strutture pubbliche. Emanuela Locati, cardiologa del Policlinico San Donato (Milano), ha puntato sulle problematiche che porta con sé l'aumento della vita media: «Se è un successo anche del nostro Ssn, d'altro lato, sommato al deficit di natalità, presenta

nuove sfide cui prepararci». Mariapia Garavaglia, già ministro della Sanità, ha lamentato che il Ssn stenta a essere universalistico ma ha sottolineato l'esigenza di appropriatezza delle prestazioni. Oltre al fatto che la molteplicità dei livelli (Stato, Regioni, Asl, Comuni) rischia di creare funzioni duplicate e sprechi di risorse. Infine ha sollecitato a fare "lobbyismo positivo" sui decisori politici perché tengano presenti i problemi veri della sanità. Nicola Montano, vicepresidente della facoltà di Medicina dell'Università di Milano, ha ricordato «le specialità più richieste quest'anno: dermatologia, endocrinologia e oculistica, mentre sono rimaste poco coperte specialità dove c'è carenza di professionisti: il 30% in medicina d'urgenza, il 66% in medicina interna e il 70% in chirurgia generale e in anestesia e rianimazione». All'esigenza di una riforma del Ssn si è riferito Giorgio Bordin (presidente Associazione Medicina e persona): se «la cronicità ci ha travolti come un'epidemia» bisogna evitare di seguire modelli superati, perché non è vero che la cronicità sia solo bassa intensità, rispetto all'acuzie da curare in ospedale. Certamente non bisogna dimenticare di «chiedersi cosa sono salute e malattia, il rapporto del prendersi cura».

Enrico Negrotti

ALESSIA GUERRIERI

## INTERVISTA AL DIRETTORE GENERALE MARCO ELEFANTI

### Cure avanzate e umanità "segreti" del Gemelli

Pazienti sempre al centro, attenzione alle nuove tecnologie e alla sostenibilità, impegnano nei confronti dei giovani. Il direttore generale della Fondazione Policlinico Agostino Gemelli, Marco Elefanti, non nasconde la difficoltà di rendere possibile tutto ciò in un contesto che cambia. La volontà, però, resta quella di continuare nel solco dell'attenzione all'umano che fu di padre Agostino Gemelli. Per il quarto anno il Gemelli è il primo ospedale d'Italia e 37esimo nel mondo. Come lo vivete? La vera grande responsabilità è quotidiana, ed è nei confronti della miriade di pazienti che sono nelle nostre corsie. Per noi la coordinata è una sola e, se vogliamo, molto più pressante di questo riconoscimento che comunque è importantissimo, non lo nego. La nostra è una storia di assistenza e di orientamento al paziente, e questo ci porta a lavorare per trovare soluzioni che garantiscano cure di qualità e di integrazione di competenze.

Questi sono gli aspetti di vero valore su cui stiamo lavorando da anni e che vengono confermate dai ranking internazionali. Dove è diretto l'ospedale? Viviamo in un contesto, che è quello del Servizio sanitario nazionale, in cui la dotazione è oggettivamente inadeguata per un Paese del mondo occidentale. Facciamo il nostro dovere come ospedale accreditato, con le tariffe che ci vengono riconosciute dal sistema, anche se non è facile raggiungere l'equilibrio economico e parallelamente sostenere importanti investimenti economici che una struttura di livello deve avere. Però la dimensione fondamentale è la continuità dell'azione per migliorare il livello di erogazione delle prestazioni e il livello di competenze. In aggiunta, non da ultimo, a tanta tecnologia perché aiuta a elaborare le informazioni anche sugli aspetti genetici, del profilo metabolico e per

le terapie oncologiche ormai tutte legate al singolo paziente. Dove si investirà di più? Il più grande investimento lo facciamo grazie al sostegno che ci dà un soggetto terzo, la Fondazione Roma, per realizzare un centro cardio-vascolare, un polo autonomo all'interno del campus. Questo sarà un fiore all'occhiello, stanno partendo i lavori e speriamo in due anni e mezzo di poterlo mettere in piedi. Altro ambito è la lotta ai tumori, visto che siamo il più grande ospedale oncologico a livello nazionale in termini di numeri: lo scorso anno abbiamo salvato 58mila pa-

zienti oncologici. Questo è un ambito in cui continuiamo a investire soprattutto nella ricerca, con soluzioni diagnostiche molto orientate su aspetti metabolici e mappature genetiche, biopsie liquide su cui stiamo collaborando con un'azienda americana che studia queste soluzioni avanzate.

Per il quarto anno il Policlinico romano primo in Italia nel ranking internazionale «I progetti? Un polo cardio-vascolare, la ricerca oncologica e un nuovo centro per le neuroscienze»

Come si riesce a creare valore a 360 gradi?

Se si parla di risorse si fa gli equilibristi con l'utilizzo dei mezzi propri, aiutati dalle campagne di raccolta fondi in Italia e all'estero. Ad esempio, faremo un'iniziativa con

la Jefferson University di Philadelphia e la famiglia Faber che la sostiene, per far nascere un centro a Roma per le neuroscienze in partnership con noi. Da un lato, insomma, cerchiamo di mobilitare il più possibile le risorse e dall'altro di organizzare le risorse interne al meglio; anche la capacità di ricerca è costantemente sotto pressione per raggiungere gli obiettivi e introdurre nuovi progetti.

E sul fronte della sostenibilità?

Abbiamo un sistema cogenerativo da alcuni anni, recentemente innovato per renderlo ancora più intelligente. Stiamo sostituendo tutte le luci all'interno dell'ospedale, che sono circa 300mila. Certo, su questo fronte scontiamo il fatto che l'ospedale ha più di 60 anni. Inoltre, stiamo lavorando sullo smaltimento rifiuti, anche nell'ambito di quelli pericolosi, e stiamo pensando pure a un sistema di riuso

delle materie.

Come si riesce a dare attenzione ai giovani?

C'è in ospedale una classe di giovani anagraficamente già maturi dal punto di vista della formazione e della ricerca che hanno un dialogo continuo con i contesti internazionali. C'è una fascia avanzata di ricercatori. Il problema, da direttore, è dare il giusto spazio a questi giovani in presenza di un'organizzazione che ha punte di eccellenza che rimangono in ospedale fino a una certa età. Non è sempre facilissimo.

Anche in un contesto che cambia, la mission resta sempre quella di padre Gemelli?

L'umanità e tutto ciò che riguarda la relazione con i pazienti è una grande priorità: prima di vivere dall'interno la dimensione nell'ospedale non avevo a pieno la percezione di ciò. La stragrande maggioranza dei pazienti invece la sperimenta ogni giorno. L'attenzione al paziente e alle sue esigenze, oltre che la clinica, credo abbia pochi eguali in Italia. E questo non è comune.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Marco Elefanti

## Humanity 2.0

### IA e medicina più dello strumento conta il manico



PAOLO BENANTI

L'integrazione dell'intelligenza artificiale (IA) nell'interpretazione delle immagini mediche ha dimostrato un grande potenziale di miglioramento dell'accuratezza e dell'efficienza diagnostica. Le configurazioni collaborative, in cui i sistemi di IA assistono i medici nel processo decisionale, sono approcci pratici per sfruttare i vantaggi dell'IA e al contempo le competenze dei medici. Tuttavia, per ottimizzare l'implementazione dell'IA nella pratica clinica è fondamentale avere una comprensione completa dell'eterogeneità, ovvero degli effetti diversi e personalizzati dell'assistenza dell'IA sui medici. I medici possiedono diversi livelli di competenza, esperienza e stili decisionali: garantire che il supporto dell'IA tenga conto di questa eterogeneità è essenziale per un'implementazione mirata e per massimizzare l'impatto positivo sulla cura del paziente.

Su questo tema la settimana scorsa è stato pubblicato uno studio su *Nature* che mostra interessanti risultati. I ricercatori dell'Harvard Medical School di Boston sono partiti dal fatto che gli studi precedenti sulla collaborazione tra medici e IA si erano concentrati prevalentemente sull'analisi di gruppi di medici nel loro complesso, trascurando le variazioni nel modo in cui l'IA influisce sui singoli medici in base a fattori quali l'anzianità del radiologo, la competenza e il livello di esperienza. Gli studi disponibili finora spesso misurano le variazioni nelle previsioni piuttosto che le variazioni nell'accuratezza delle previsioni. Questo studio analizza gli effetti eterogenei del trattamento dell'assistenza dell'IA sui radiologi per la diagnosi delle radiografie del torace. I risultati, basati su un campione su larga scala di 140 radiologi, evidenziano l'esistenza di un'eterogeneità negli effetti del trattamento, che ha implicazioni sostanziali per le prestazioni assolute e relative. Questi risultati di fatto sottolineano l'inadeguatezza di un approccio univoco all'assistenza all'IA ed evidenziano l'importanza di strategie personalizzate per massimizzare i benefici e minimizzare i potenziali danni. Capire chi beneficia dell'assistenza dell'IA e chi invece ne risente negativamente è fondamentale per indirizzare efficacemente l'assistenza dell'IA.

Si è riscontrato che le caratteristiche dei radiologi basate sull'esperienza, tra cui gli anni, la sottospecializzazione in radiologia toracica e l'esperienza con gli strumenti di IA, non servono come predittori affidabili dell'effetto del trattamento, sia in termini di prestazioni di calibrazione che di discriminazione. Allo stesso modo, le misure dirette dell'abilità diagnostica, come l'errore non assistito, hanno mostrato un potere predittivo limitato per gli effetti del trattamento. Oltre a studiare le caratteristiche del radiologo che possono influire sull'effetto terapeutico dell'IA, lo studio dimostra che un'assistenza IA di qualità superiore porta a migliori effetti terapeutici in termini di prestazioni. Inoltre, si osserva che oltre a migliorare l'accuratezza dell'IA è importante aiutare i radiologi a identificare meglio le previsioni inesatte dell'IA.

Di fatto quello che appare è che l'IA non può essere uno strumento uguale per tutti né capace di migliorare le prestazioni di tutti. Serve rispettare l'unicità del medico per ottenere il massimo dalla macchina. Questi dati ci sembrano quanto mai interessanti se guardiamo alle tante facili narrazioni di chi vuole vendere questi strumenti affermando a priori che porteranno a risultati qualitativi migliori. Ancora una volta più dello strumento conta il manico.

© RIPRODUZIONE RISERVATA