

SALUTE PERTUTTI.IT

SUPPL. 1 AL VOL. 7 - N. 1 - APRILE - 2024
ISSN 2611-9080

Periodico quadrimestrale - Poste Italiane s.p.a. - Spedizione in abbonamento postale - 70% - LOMI/3009
In caso di mancata consegna restituire al mittente che si impegna a pagare la relativa tassa.



INTEGRAZIONE

Bambini e adolescenti
con *incongruenza*
di *genere*:
vediamoci più chiaro

di Carlo Alfarò

L'EDITORE

Edizioni Scripta Manent s.n.c.

Via Melchiorre Gioia 41/A - 20124 Milano, Italy
Tel. +39 0270608060

Registrazione: Tribunale di Milano n. 130 del 09.04.2018
e-mail: info@edizioniscriptamanent.eu
web: www.edizioniscriptamanent.eu



Direttore Responsabile: *Pietro Cazzola*
PR e Marketing: *Donatella Tedeschi*
Comunicazione e Media: *Ruben Cazzola*
Grafica e impaginazione: *Maria Isola*
Affari Legali: *Avv. Loredana Talia*
Stampa: *ÀNCORA s.r.l.*

È vietata la riproduzione totale o parziale, con qualsiasi mezzo, di articoli, illustrazioni e fotografie pubblicati senza autorizzazione scritta dell'Editore. L'Editore non risponde dell'opinione espressa dagli Autori degli articoli e delle immagini da loro fornite.

Bambini e adolescenti con incongruenza di genere: vediamoci più chiaro

Carlo Alfaro

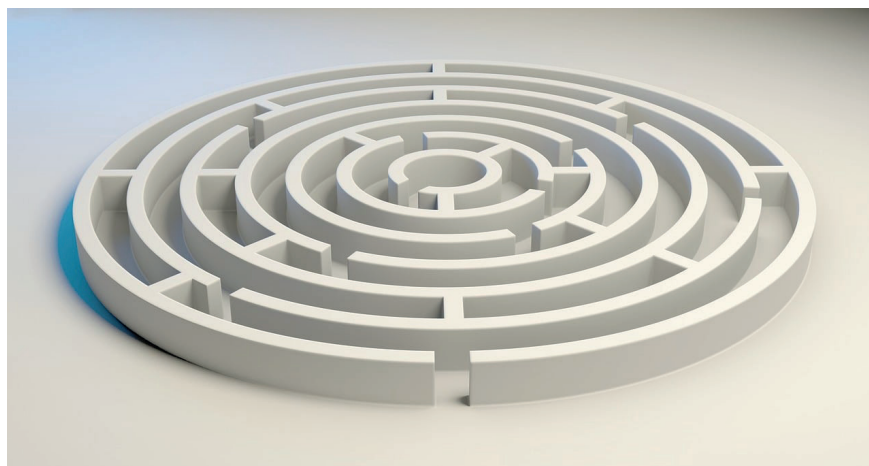
Dirigente medico di Pediatria ASL Napoli 3 Sud. Membro Amigay Onlus. Giornalista pubblicista.

Orientarsi nelle definizioni

Il genere viene assegnato alla nascita sulla base del sesso biologico determinato dall'anatomia dei genitali (in Italia è ammessa solo l'assegnazione al genere maschile o femminile).

L'identità di genere è invece un concetto che trascende l'aspetto biologico, investendo la sfera psicologica, sociale e culturale: è il modo in cui una persona percepisce intimamente sé stessa come maschio o femmina, che può essere concorde con il genere assegnato alla nascita, "cisgender" od opposto, "transgender".

Una persona transgender può nascere di sesso maschile (AMAB, assegnato maschio *at born*, alla nascita) e identificarsi nel genere femminile (*Male to Female*, MtF) per cui viene detta donna trans (ragazza trans, se minorenne).



Viceversa, si può nascere di sesso femminile (AFAB, assegnata femmina alla nascita) e identificarsi nel genere maschile (*Female to Male*, FtM) per cui viene detto maschio o uomo trans (ragazzo trans, se minore).

Tuttavia, una persona può sentire che la propria identità di genere non corrisponde al sesso biologico, assegnato alla nascita, ma nemmeno al sesso opposto: sono i "gender diverse", quelli che sentono di essere "qualcos'altro ancora" da maschio o femmina: possono riconoscere di appartenere a entrambi i generi ("bigender"), o a nessuno dei due ("agender"), o sentire che la propria identificazione di genere è dinamica, incerta, fluttuante e mutevole, a seconda delle fasi di vita e delle circostanze ("genderfluid"), o stare ancora ad interrogarsi sul proprio genere ("gender-queer"). Coloro poi che non sentono espresso il loro senso del genere dal

"binarismo di genere" maschile/femminile sono i "non binary" (non binari).

Il termine storico di "transessuale" è oggi considerato non inclusivo di tutte le realtà e perciò desueto. Un termine ombrello per includere tutte le identità di genere "non conformi" è "gender variance" o "varianza di genere": una identità di genere che si differenzia da quelle che sono considerate, secondo le norme culturali e sociali vigenti, le caratteristiche dello standard binario



<https://www.repubblica.com/foto/080304/>

maschile/femminile atteso per il suo genere. Questi individui possono anche essere definiti come “*gender expansive*” o “*creative*”: persone che ampliano e si distanziano dai canoni definiti per i generi.

La varianza di genere si può inscrivere in una delle possibili espressioni delle traiettorie evolutive di un individuo. Nell’ambito della varianza di genere, che è un termine più vago e onnicomprensivo, esiste la condizione di “incongruenza di genere”, definita come la sensazione netta, precisa di appartenere a un genere diverso da quello assegnato in base al sesso biologico, quello opposto, entrambi, nessuno o altro. Non implica necessariamente sofferenza e disagio.



Invece, per “disforia di genere” si intende la condizione di malessere esistenziale grave che si realizza quando l’incongruenza di genere si associa a uno stato di sofferenza psicologica clinicamente significativa o di compromissione del funzionamento in ambito sociale, scolastico o lavorativo. Infatti, “disforia” significa “difficoltà di sopportare”, dal greco “*dys*”, male + “*phérein*”, sopportare.

L’aspetto cardine non è dunque l’incongruenza esistente tra sesso biologico e identità di genere, quanto il distress percepito a causa della condizione emotiva che accompagna tale discrepanza. Infine, si parla di “genere assegnato” quando l’identità di genere di una persona è validata dagli altri come autentica.

Il percorso di affermazione di genere è quello che porta ad acquisire il genere desiderato e percepito.

L’iter non è lo stesso per tutte le persone e va adattato a seconda delle esigenze individuali (da semplici modificazioni dell’aspetto esteriore alle terapie mediche al trattamento chirurgico). L’identità di genere è a prescindere dall’orientamento



sessuale: nelle persone con varianza di genere tutti gli orientamenti sessuali sono possibili.

Le dimensioni del fenomeno

Nel mondo, si stima che le persone *transgender* siano circa 25 milioni, circa l’1% della popolazione mondiale. La forma MtF negli adulti è più frequente di quella FtM con un rapporto di 3:1, mentre le persone non binarie sarebbero circa un terzo del totale della popolazione *gender variant*. Sotto i 12 anni il rapporto maschio/femmi-

La prima adolescenza (10-13 anni) appare un periodo cruciale per la persistenza (“*persisters*”) o scomparsa (“*desisters*”) della varianza di genere infantile. I cambiamenti corporei associati alla pubertà, l’intensificarsi della pressione sociale a confrontarsi agli stereotipi di genere, la scoperta della sessualità, possono far rientrare o viceversa esplodere la diversità di genere. L’incongruenza di genere compare in genere tra i 2 e i 4 anni, ma anche direttamente in adolescenza (e in questo caso di solito persiste). La maggior parte dei *desisters* svilupperà un orientamento omo- o bi-sessuale, alcuni avranno



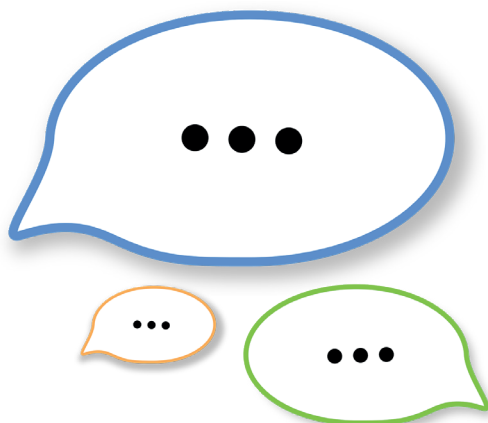
na va da 3:1 a 2:1; negli adolescenti il rapporto maschio/femmina è di circa 1:1.7. Il 2-3% dei bambini manifesta uno sviluppo atipico dell’identità di genere (SAIG), ma la maggioranza dei casi, fino all’80%, regredisce nel passaggio tra l’infanzia e l’adolescenza. Nel caso in cui però la varianza di genere permanga in adolescenza, più raramente “*desiste*” nell’età adulta.

un comportamento effeminato, androgino o virago e solo una minore percentuale sarà *cisgender*/eterosessuale.

Perché accade

La varianza di genere è una condizione innata. Indagini che hanno confrontato la morfologia del cervello studiata con

tecniche di *imaging* con i comportamenti e le attitudini mostrano che alcune strutture encefaliche sono diverse in base al sesso maschile o femminile (dimorfismo sessuale): ebbene, nelle persone *transgender*, già prima di assumere ormoni sessuali, queste aree hanno caratteristiche intermedie tra quelle del sesso alla nascita e del sesso opposto; dopo l'uso di ormoni da adulti, il loro aspetto morfo-funzionale si sposterà di più verso il sesso desiderato, ma senza mai arrivare ad essere uguale ad esso. Attualmente, si considera l'identità di genere quale il risultato di fattori genetici ed epigenetici che intervengono sullo sviluppo del cervello nell'ultimo trimestre di gravidanza e in epoca immediatamente peri-natale, condizionando lo sviluppo del cervello fetale in senso concordante o discordante rispetto al sesso gonadico. Contesto e clima educativo, familiare, culturale, sociale, scolastico, sportivo, religioso, cui il bambino è esposto sin dalla nascita, non possono influire su identità di genere e orientamento sessuale. Il soggetto svilupperà serenità di espressione di se stesso e capacità di resilienza se accolto in un ambiente liberale e rispettoso, o stress e disagio, con peggiore salute mentale, peggiori stili di vita, abuso di sostanze, rischio suicidario, precoce mortalità oncologica o cardiovascolare, se esposto ad ambiente ostile e oppressivo, soprat-



tutto quando il maltrattamento incide durante la prima infanzia. Dipende dunque dall'ambiente, non dall'incongruenza in sé, il benessere mentale e fisico di queste persone. La Disforia di genere è più frequente, quando non esclusivamente presente, in persone che abbiano subito maltrattamenti

familiari o scolastici o in altri ambiti a causa della loro identità di genere.

La depatologizzazione: non sono malattie

Nel 2013, l'*American Psychiatric Association* ha affermato che "essere *transgender* o gender variant non comporta alcun impedimento di giudizio, stabilità, affidabilità o abilità sociali e professionali; tuttavia, queste persone sperimentano spesso discriminazione a causa della mancanza di protezione dei loro diritti civili in merito a identità e/o espressione di genere. Sono discriminazione e mancanza di tutele a danneggiare la loro salute mentale". Per quanto riguarda l'età evolutiva, una *position statement* pubblicata nel 2018 dall'*American Academy of Pediatrics* ha sancito non solo che "le identità *transgender* non costituiscono una patologia mentale, ma sono aspetti della normale umana diversità, e le definizioni binarie di genere esistenti non sempre sono sufficienti a riflettere le identità di genere emergenti" ma anche che "se un problema mentale esiste, esso trae spesso origine dallo stigma e dalle esperienze negative, piuttosto che dalla condizione in sé". Il DSM-V, il Manuale Diagnostico per la Salute Mentale, attualmente vigente, definisce "disforia di genere" la marcata incongruenza tra il genere esperito/espresso da un individuo e il genere assegnato, che duri da almeno 6 mesi e comporti una sofferenza clinicamente significativa e/o la compromissione del funzionamento in ambito sociale, scolastico o lavorativo.

L'obiettivo è "depatologizzare": rispetto alla precedente formulazione di "disturbo dell'identità di genere" presente nel DSM-IV nel capitolo delle parafilie, la "disforia di genere" è stata collocata in un capitolo proprio, non si usa più il termine "disturbo" dalla nomenclatura e non si parla più di "identificazione col sesso opposto", affermazione che sottende a una visione binaria dell'identità di genere, bensì di "incongruenza tra il proprio genere così com'è esperito o espresso e il genere assegnato", che apre le porte alle infinite possibilità della varianza di genere. Il DSM-V definisce anche la disforia di genere nei bambini e negli adolescenti/adulti attraverso criteri specifici per la

diagnosi, quali il rifiuto dei propri genitali e caratteri sessuali secondari e desiderio di quelli dell'altro sesso, l'attitudine a fare la pipì nella posizione attribuita al sesso opposto, marcata avversione verso l'abbigliamento proprio del genere assegnato alla nascita e desiderio di indossare quello del sesso opposto. Anche l'ICD 11, classificazione internazionale dell'OMS di tutte le patologie umane, dal 2022 depsiichiatria la varianza di genere spostandola dal capitolo dei disturbi mentali al nuovo capitolo, appositamente creato, delle condizioni "correlate alla salute sessuale" (quindi, tra le malattie del corpo, non della mente), in cui è classificata come "incongruenza di genere", condizione caratterizzata da una marcata e persistente incongruenza tra il genere sessuale esperito dall'individuo e il sesso assegnato alla nascita, da curare eventualmente con ormoni e chirurgia, non con terapie per la mente. Rimane comunque "malattia", allo scopo di garantire alla popolazione *transgender* l'accesso al percorso sanitario di affermazione della propria identità.

Perché i minori *trans* sono in aumento

Sia a livello nazionale che internazionale appare vistosamente in crescita il numero di ragazzi/e che esprimono incongruenza di genere e richiedono accesso alle relative cure specialistiche.

Non ci sono evidenze scientifiche che questo *trend* sia riferibile a una "moda/contagio sociale" o a un "disagio adolescenziale post-Covid". L'incremento, riferito già in epoca pre-Covid, è probabilmente correlabile a diversi fattori:

- Aumento della consapevolezza di minori e famiglie in virtù di una maggiore disponibilità di informazioni anche tramite il web, che comporta aumento e precocizzazione dei *coming out*;





- De-stigmatizzazione della non conformità di genere in una società sempre meno stereotipata rispetto al genere: il riconoscimento di identità non binarie e la possibilità di interventi parziali ha spinto più persone a chiedere assistenza;
- Maggiore capacità di accoglienza da parte del sistema socio-sanitario e dunque maggiore facilità a richiedere aiuto quando ricercato (un aumento di diagnosi si verifica tutte le volte che viene “abbattuto un muro di stigma” e che i professionisti della salute sviluppano una maggiore sensibilità diagnostica verso una specifica condizione);
- Da parte dei professionisti della salute, maggiore consapevolezza circa l’importanza di una presa in carico precoce per prevenire comportamenti a rischio e psico-patologie associate.

Secondo la visione psicoanalitica, è in taluni casi possibile che si tratti di condizioni “patoplastiche”, in cui un disagio ancora informale e senza nome prende a prestito, si identifica mimeticamente e arriva ad assumere forme psicopatologiche che osserva attorno a sé: la “fame di identità”, tipica di questa età, è alla ricerca di una definizione per sentirsi al sicuro. In questi casi, si tratterà di individui probabilmente “desistenti” nel tempo.

Il percorso sanitario: il primo approccio

Il ruolo del sanitario che accoglie e prende in carico la persona *trans* di qualunque età è fondamentale. Purtroppo, i dati indicano che molte persone *trans* o i loro familiari “in caso di minori” riferiscono esperienze negative di assistenza sanitaria, dovute a inadeguata conoscenza e informazione,

scarsa empatia, insensibilità, discriminazione e ostilità.

I maltrattamenti subiti dai sanitari producono la sfiducia e l’evitamento dell’assistenza sanitaria, con grave danno alla salute per queste persone.

D’altra parte, gli stessi operatori sanitari spesso esprimono disagio nell’interagire con le persone *transgender* perché non istruiti sulla loro gestione.

Informazione e accoglienza sono i primi requisiti per il professionista della salute cui si rivolge una persona *transgender*.

La valutazione iniziale e l’inquadramento spettano al pediatra/medico di famiglia; il successivo step richiede un’equipe multidisciplinare (secondo livello) per il management avanzato.

Il primo step si basa su:

- Ascolto dei dubbi e delle perplessità del giovane e della famiglia, con atteggiamento non giudicante e accogliente.
- Offerta di informazioni e chiarimenti.
- Depatologizzazione di ogni espressione di genere (confermare che l’incongruenza di genere è un esito possibile dello sviluppo).
- Correzione nella famiglia di atteggiamenti svalutanti o mortificatori o punitivi nei confronti dell’identità manifestata dal figlio/figlia, che potrebbero creare *minority stress* (dato che l’identità di genere non è modificabile con la volontà).
- Inquadramento dello stadio psicologico (fase del proprio percorso di riconoscimento di sé).
- Valutazione dei campanelli di allarme per disforia, quali sintomi psicosomatici (cefalea, dolori addominali, astenia), disturbi del comportamento alimentare, condotte a rischio (esempio: abuso di droghe o alcol), ansia, ritiro o disadattamento sociale, abbandono scolastico, rabbia, comportamento distruttivo, automutilazioni, depressione.
- Invio allo psicologo, se serve: nell’adulto, questo è richiesto nella prima fase, solo nel caso di disforia, invece per i minori *gender variant* intervento e supporto psicologico sono considerati sempre necessari per il bambino, per il monitoraggio del benessere emotivo suo e della famiglia. La finalità è superare i sentimenti di ansia, confusione, incertezza, destabilizzazione, isola-

mento, vergogna, colpa, negazione/minimizzazione, dell’intervento sui genitori al professionista della salute, senso di lutto e perdita, incertezza sul futuro, che sono di tono diametralmente opposto alle emozioni del figlio, in cui i vissuti dopo il *coming out* sono piuttosto di entusiasmo, liberazione e rinascita (si parla infatti di “euforia di genere”). Ulteriore finalità è fornire risorse e strumenti atti ad ampliare il punto di vista.

L’affermazione di genere

Attualmente si è passati, secondo la *Consensus Internazionale di Professionisti* detto SOC-8 del 2022 («*Standards of care* per la salute di persone transessuali, *transgender* e di genere non conforme» della *World Professional Association for Transgender Health*), da un modello basato sulla malattia (biomedico) a un modello basato sull’identità: ecologico e biopsico-sociale di salute e benessere.

Il modello basato sulla malattia sostiene che lo sviluppo di una identità di genere considerata “normale” sarebbe stata in qualche modo compromessa nel corso dello sviluppo delle persone *transgender* o di genere non conforme, al punto da causare un disagio che può essere alleviato soltanto ristabilendo una congruenza tra sesso, identità di genere e ruolo di genere, anche attraverso,

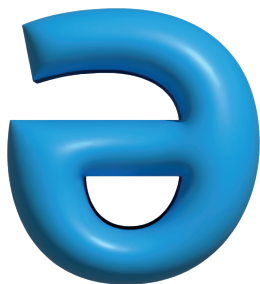


se necessario, trattamenti ormonali e/o procedure chirurgiche.

Il modello basato sull'identità, invece, sostiene che la varianza di genere sia semplicemente un esempio di diversità umana e che il disagio che questi individui a volte, ma non sempre, sviluppano nel corso della loro vita sarebbe soprattutto il risultato dello stigma sociale.

L'American Psychological Association nelle ultime Linee Guida per la pratica psicologica con le minoranze sessuali sottolinea che: "una pratica psicologica affermativa verso le minoranze sessuali considera le loro identità come un aspetto normale della sessualità umana e piuttosto che patologizzarle punta a creare modelli di assistenza più inclusivi, assertivi e validanti e a contrastare gli effetti di stigma, oppressione, discriminazione, vittimizzazione e rifiuto".

Le terapie affermative per persone con incongruenza di genere hanno come obiettivo finale l'allineamento del corpo con la percezione interiore di identità di genere, attraverso terapia ormonale, interventi chirurgici o solo supporto psicologico per le persone che non desiderano la medicalizzazione in quanto il loro obiettivo non è quello di identificarsi con il genere opposto.



Il principio ispiratore è "autodeterminazione", in quanto nessuno più del paziente conosce sé stesso e il proprio contesto.

Poiché l'affermazione della propria identità di genere è fondamentale per il raggiungimento del benessere psico-fisico e della piena potenzialità di sviluppo di ragazze/e in ogni contesto sociale, è necessario dare l'opportunità ad ogni individuo di esprimersi liberamente, offrendogli solo accoglienza e supporto. In presenza di conclamata disforia, è opportuno iniziare invece un percorso di medicalizzazione presso un centro con competenze specifiche, che varia a seconda dell'età e delle esigenze della persona.



immagine di freepik su <https://it.freepik.com/>

Supporto al giovane con Incongruenza di genere

È importante l'adozione di un "linguaggio *gender-neutral*": pronomi e aggettivi devono essere quelli preferiti dal giovane, non quelli concordanti col genere anagrafico.

A livello linguistico in Italia si propone l'uso della desinenza "schwa", elemento consonantico neutro del sistema fonetico internazionale trascritto con "ə" (una e rovesciata) come forma inclusiva che rappresenti tutti e tutte.

Anche molto importante la "carriera *alias*" a scuola: un patto di riservatezza tra istituzione scolastica di ogni ordine e grado e alunno/a che permette di utilizzare in sicurezza – e inserire nei registri scolastici – nome e genere affermato anche senza una sentenza legale.

Ciò è particolarmente importante, perché garantisce ai minori *gender variant* di sentirsi accolti, riconosciuti, protetti, qualunque sarà il loro destino dall'adolescenza all'età adulta. La mancata modifica sui registri del nome rende spesso loro necessarie spiegazioni forzate sulla propria espressione di genere che contrasta con il genere legale, esponendoli a disagi e tensioni emotive continue, derisioni e aggressioni, disturbi urinari per resistenza a frequentare i bagni, impossibilità ad avere accesso a iniziative sportive relative al proprio genere affermato.

Purtroppo, la *carriera alias* in Italia è adottata solo in un centinaio di scuole sulle circa 53.000, tra statali e paritarie, sul territorio nazionale.

Di fatto la *carriera alias* è già possibile per gli adulti, grazie ai CCNL firmati

prima per gli statali, poi per il Comparto Sanitario e più recentemente per la Dirigenza Sanitaria.

Transfobia e sue conseguenze

Le persone *transgender* presentano elevata incidenza di problemi mentali, che frequentemente sono esito non dell'incongruenza in sé, ma della sua stigmatizzazione (transfobia) in ambito familiare, sociale, scolastico e lavorativo, sanitario, legale-assicurativo, istituzionale. Per "transfobia" si intende avversione, odio, paura e pregiudizio contro le persone *transgender* o di genere diverso. Può manifestarsi in modo attivo (agendo intenzionalmente contro queste persone in forma di attacchi verbali o fisici, come incitamento all'odio o crimini d'odio quali insulti, aggressioni, percosse, ferimenti, omicidi) o passivo (non riconoscendo o non consentendo l'espressione di varianza di genere o discriminandole, come impedire a una persona *trans* di usare il bagno del genere che ha scelto, rifiutare servizi o lavoro, ma anche negare deliberatamente la nuova identità di una persona *trans* utilizzando i pronomi sbagliati ("*misgendering*") o il nome precedente ("*deadnaming*").

Negli adolescenti con non conformità di genere numerosi studi documentano: maltrattamenti in famiglia con svalutazione, punizioni, violenza fisica e verbale, induzione di senso di colpa e vergogna con l'obiettivo di cercare di modificarne il comportamento (si tratta della prima causa di allontanamento ed espulsione da casa dei minori); isolamento e rifiuto da parte dei pari; bullismo; abuso.

In conseguenza della transfobia da parte dell'ambiente familiare e sociale, la persona può sviluppare la "transfobia interiorizzata": insieme di sentimenti e atteggiamenti negativi nei confronti della propria identità sessuale, interiorizzando i modelli maltrattanti, con conseguenti scarsa accettazione e bassa stima di sé, senso di inferiorità, vergogna, colpa, accettazione degli stereotipi denigratori. La conseguenza della transfobia è il "minority stress", lo stress delle minoranze, che comporta la maggiore incidenza riscontrata in queste persone di bassa autostima, svalutazione di sé, isolamento sociale, abbandono scolastico, ansia, panico, depressione, sintomi psicosomatici, disturbi del comportamento alimentare, autolesionismo, fino all'ideazione suicidaria, con un rischio di suicidio molto maggiore rispetto ai pari, che arriva al 40%, abuso di sostanze, infezioni a trasmissione sessuale, mortalità precoce. Altre malattie mentali descritte con maggior incidenza in questi soggetti, come disturbo *borderline* di personalità, autismo e ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder), non sono invece correlabili al modello del *minority stress*, ma potrebbero essere legate alla stessa cascata epigenetica che causa sviluppo atipico dell'identità di genere.

Gestione in età prepubere

Bambini/e in età prepubere non necessitano di alcun intervento di tipo medico e la presa in carico è centrata su accoglienza, comprensione, inserimento

sociale, e sulla possibilità che queste persone vivano la loro varianza di genere senza interferenze esterne. Il loro benessere dipende principalmente dalla capacità di sentirsi accolti, per come sentono di definire ed esprimere la loro identità di genere, in famiglia, a scuola e nel contesto sociale ("affermazione o transizione sociale").

Pertanto, serve solo un approccio "wait and see", con: supporto psicologico alla famiglia/bambino, intervento sociale su personale scolastico, coetanei e loro genitori per combattere bullismo e discriminazione, creazione di uno spazio di libertà per permettere al bambino/a di esplorare la propria identità.

Gestione in età pubere

In adolescenza, è possibile iniziare il percorso di affermazione di genere.

La "relazione di idoneità" per l'inizio del percorso spetta al neuropsichiatra infantile/psichiatra. Il percorso può essere iniziato solo per i minori che abbiano raggiunto lo stadio Tanner 2 o successivi.

Solitamente con il termine idoneità si intende il fatto che la persona soddisfa i criteri per la diagnosi di disforia di genere secondo il Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM 5) e che, in caso di comorbidità, venga esclusa la possibilità che tale disforia sia causata/spiegata dalla presenza di altre psicopatologie.

Spesso i percorsi affermativi di genere trovano ostacoli nell'atteggiamento di "gatekeeping" del sanitario, ossia la



tendenza a negarlo o rallentarlo.

L'attuale visione (modello affermativo) restituisce "il potere" al soggetto in transizione, partendo dalla convinzione che questi pazienti "conoscono sé stessi" e di conseguenza possono essere responsabili della propria auto-determinazione, con l'aiuto della psicoterapia. Negli adolescenti esiste la possibilità del trattamento endocrino con bloccanti ipotalamici [analoghi del GnRH (Gonadotropin Releasing Hormone, ormone di rilascio delle gonadotropine): la triptorelina è l'unico approvato in Italia] che sopprime la produzione di estrogeni o testosterone, per lasciare il giovane in una condizione di neutralità, impedendo momentaneamente lo sviluppo dei caratteri sessuali secondari: nel caso del sesso maschile assegnato alla nascita, comparsa di poma d'Adamo, peluria corporea, barba, abbassamento del timbro della voce; nel caso del sesso femminile assegnato alla nascita, il ciclo mestruale, la crescita del seno, la distribuzione del grasso sui fianchi. La triptorelina si può utilizzare a partire dalla pubertà (stadio Tanner 2): prima non avrebbe nessun effetto, in quanto il GnRH non è ancora stato attivato. La triptorelina nasce come farmaco antitumorale (contro il tumore al seno e alla prostata), ma è utilizzato con successo anche come trattamento per le forme centrali e complete di pubertà precoce, con prematura attivazione dell'asse ipotalamo-ipofisi-gonadi. La sua azione è temporanea e reversibile: non comporta una riassegnazione di genere, non modifica il corpo, ma lo lascia neutrale. Dopo un periodo di trattamento non superiore a quattro anni, agli adolescenti che desiderano proseguire il percorso di transizione



immagine di freepik su <https://it.freepik.com/>

viene proposto il trattamento ormonale affermativo del proprio genere; coloro che invece desiderano assecondare la propria pubertà biologica, alla sospensione della triptorelina vedranno riattivare il loro sviluppo.

La prescrizione avviene secondo quanto previsto dalla Determina AIFA n. 21756/2019 del 25 febbraio 2019 (dopo parere favorevole del Comitato Nazionale di Bioetica in data 13 luglio 2018): erogazione a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale per casi selezionati di disforia di genere diagnosticata da un'equipe multidisciplinare composta da neuropsichiatri dell'infanzia e dell'adolescenza, psicologi dell'età evolutiva, bioeticisti ed endocrinologi e in cui l'assistenza psicologica, psicoterapeutica e psichiatrica non sia risolutiva. L'accesso al trattamento in Italia richiede il consenso di entrambi i genitori.



soggetto voglia ricorrervi in età adulta, con migliori risultati estetici.

accentuare i vissuti di sofferenza per ottenere la triptorelina, fino a compiere comportamenti autolesivi.

Perché usare la triptorelina

- Per evitare che i cambiamenti corporei della pubertà scatenino l'acuirsi della sofferenza per l'espressione naturale e irreversibile del sesso biologico nella direzione non desiderata. La pubertà acuisce di fatto quella frattura tra il sesso biologico e il genere esperito: il corpo da "indeterminato" sta prendendo la direzione diametralmente opposta a quella che si vorrebbe. La letteratura scientifica evidenzia che il trattamento con i bloccanti ipotalamici riduce in modo significativo i livelli di ansia e depressione, il rischio suicidario, e consente di migliorare il funzionamento psicologico generale.
- Per dar modo all'adolescente di rinviare il momento della decisione di intraprendere la transizione di genere, prolungando la fase di approfondimento psicologico della sua identità e di esplorazione di comportamenti e vissuti, senza la pressione indotta dai cambiamenti fisici e ormonali e il disagio ad essi legati, e con minor esposizione a fenomeni di stigmatizzazione, disconoscimento e discriminazione legati alla sua incongruenza di genere.
- Per un minor impatto e portata di eventuali interventi medici e chirurgici di riattribuzione del sesso nel caso il

Restrittività della Legge italiana

Punto di partenza per l'ammissione al trattamento è la diagnosi di disforia di genere effettuata dal neuropsichiatra infantile o dallo psichiatra che attesti che l'adolescente (oltre all'assenza di psicopatologie associate che entrino in diagnosi differenziale con la diagnosi), ha manifestato alle prime modificazioni indotte dallo sviluppo puberale un aumento dell'intensità della disforia, con una significativa sofferenza personale. Questa impostazione molto restrittiva della Legge italiana è discussa, in quanto la sofferenza psichica più che un sintomo di transgenderismo è generalmente l'effetto del contesto transfobico e costringe gli adolescenti *gender variant* a mesi di attesa, durante i quali si verifica l'evoluzione dei caratteri sessuali secondari indesiderati e peggiora il rischio psicologico, oltre a spingerli ad



Effetti collaterali

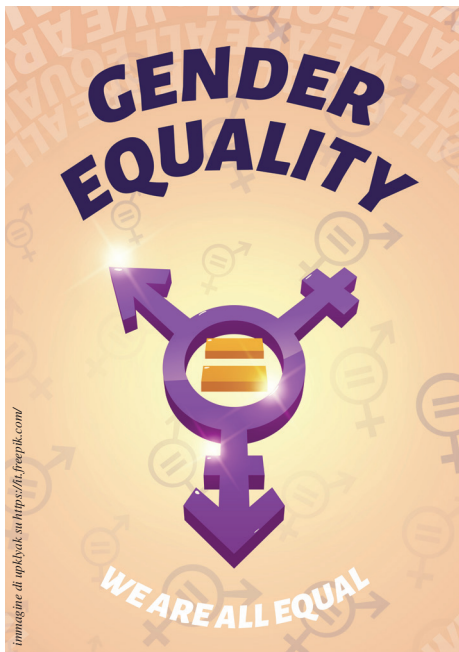
Unico problema rilevante a seguito della sospensione della pubertà con GnRH analogo. una significativa riduzione della massa ossea, ma un successivo recupero, seppure talora parziale, viene ottenuto con l'induzione della pubertà alla sospensione del trattamento o con gli steroidi sessuali congruenti con l'identità di genere in caso si opti per il transito. Inoltre, la triptorelina fa diventare più alti, cosa utile ai ragazzi *trans*, non alle ragazze *trans*.

Centri in Italia

La prescrizione di triptorelina per gli adolescenti con disforia di genere è effettuata in modo non sempre regolare da 9 Centri specializzati: Firenze, Bari, Bologna, Torino, Trieste, Roma (due), Napoli, Firenze e Torre del Lago. Bologna e Torre del Lago sono consultori, in convenzione con il Sistema Sanitario. Ne occorrerebbe almeno uno per ogni ASL.

La polemica degli psicoanalisti

Con una lettera del 12 gennaio 2023, indirizzata al Presidente del Consiglio



dei Ministri, il Presidente della Società Psicoanalitica Italiana, ha espresso grande preoccupazione per l'uso di farmaci finalizzati a produrre un arresto dello sviluppo puberale in ragazzi di entrambi i sessi a cui è stata diagnosticata una disforia di genere.

Per la psicanalisi, tale condizione nasce da un trauma o disagio psichico nel vissuto del soggetto, per cui bisogna risalire la catena causale di eventi che l'ha prodotta per risolverla.

Alcune Società scientifiche (Società Italiana di Endocrinologia, Società Italiana di Endocrinologia e Diabetologia Pediatrica, Società Italiana Genere, Identità e Salute, Società Italiana di Pediatria, Società Italiana di Andrologia e Medicina della Sessualità, Osservatorio Nazionale sull'Identità di Genere), hanno inviato al Governo una lettera di risposta in cui affermano che: «Le tesi degli psicoanalisti sono infondate dal punto di vista scientifico e ingiustificatamente allarmistiche. Si rischia di compromettere la possibilità di accesso a percorsi di affermazione di genere con effetti devastanti sulla salute psicologica e fisica nel breve e lungo termine. È ampiamente descritto in letteratura come gli ostacoli di accesso all'assistenza sanitaria siano associati a peggioramento del funzionamento psicologico e aumento del rischio suicidario in una popolazione che è oggetto di stigma anche a livello di assistenza sanitaria. Compito dei professionisti è quindi proprio quello

di diffondere una cultura legata alle tematiche di salute *transgender* basata sulle evidenze scientifiche e non sull'ideologia».

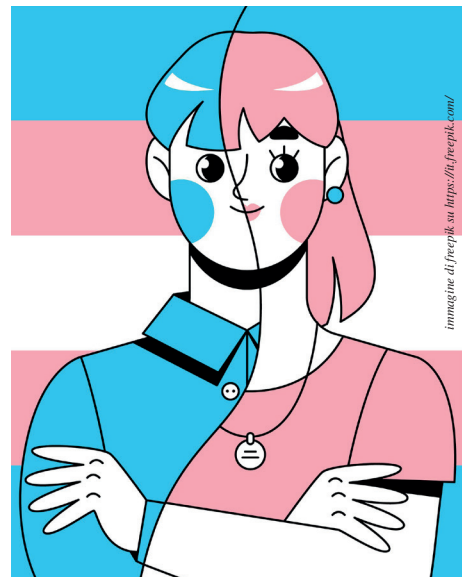
L'ispezione al Careggi

A seguito dell'ispezione all'Ospedale Careggi di Firenze ordinata dal Ministro della Salute dopo un'interrogazione parlamentare, per verificare la correttezza delle modalità di prescrizione della triptorelina ai minori con disforia di genere, a difesa dei diritti di questi soggetti e delle loro famiglie sono scese in campo ben 11 Società scientifiche nazionali:

1. Associazione Culturale Pediatri (ACP)
2. Associazione Italiana della Tiroide (AIT)
3. Associazione Medici Endocrinologi (AME)
4. Osservatorio Italiano di Identità di Genere (ONIG)
5. Società Italiana di Andrologia e Medicina della Sessualità (SIAMS)
6. Società Italiana di Diabetologia (SID), Società Italiana di Endocrinologia (SIE)
7. Società Italiana di Pediatria Endocrinologia e Diabetologia (SIEDP)
8. Società Italiana Genere identità e Salute (SIGIS)
9. Società Italiana di Medicina dell'Adolescenza (SIMA)
10. Società Italiana di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (SINPIA-sezione di Psichiatria)
11. Società Italiana di Pediatria Preventiva e Sociale (SIPPS)

Tutte hanno firmato un Comunicato congiunto in cui si afferma che: «La triptorelina, un bloccante transitorio e reversibile della pubertà, è un farmaco salva-vita nei giovanissimi *transgender* e gender diverse, prescritto solo dopo attenta valutazione multiprofessionale, il cui scopo non è né castrare chimicamente e definitivamente, né modificare orientamento e identità sessuale, ma dare tempo ai giovani sofferenti e alle famiglie di fare scelte ponderate e mature, impedendo stigma sociale, autolesionismi e suicidi». Preoccupati dagli attacchi di stampa, politica e media alla salute e stabilità emotiva

dei propri figli sulla base di una mera ideologia, i genitori di adolescenti *transgender* hanno deciso di scrivere all'Europa: «Il Governo mette a rischio le vite dei nostri figli». Oltre 250 persone, familiari di giovani *transgender*, attraverso le associazioni Agedo e Arcigay, hanno firmato un documento pubblico inviandolo a diversi esponenti delle istituzioni europee, politiche e scientifiche, per difendere l'operato dell'Ospedale Careggi, centro di eccellenza per i percorsi di affermazione di genere e proteggere i loro figli «da speculazioni politiche e antiscientifiche che rischiano di violare la dignità, la salute, l'accesso ai servizi sanitari dei minori *transgender*, in contrasto con i principi della Costituzione italiana e i Trattati fondativi dell'Unione europea».



La de- o ri- transizione

La de- o ri- transizione è la ri-affermazione del genere assegnato alla nascita dopo una precedente transizione (sociale o medicalizzata) nel genere affermato. Una giovane, Keira Bell, 25 anni, ha intentato nel 2020 causa contro la Clinica dove aveva effettuato l'affermazione di genere da femmina a maschio, di cui si è pentita, contestando l'uso di bloccanti della pubertà a 16 anni, in età troppo giovane per acconsentire alle cure mediche. La Bell ha vinto la sua causa iniziale ma la sentenza è stata ribaltata dalla Corte d'appello che ha riaffermato il principio della competenza, secondo

cui “spettava ai medici e non ai giudici decidere sulla capacità di una persona di età inferiore ai 16 anni di acconsentire alle cure mediche”. Pochi altri casi di cause a centri per la affermazione di genere sono state intentate e finora sono in corso o sono state perse, perché i soggetti o i loro genitori hanno firmato un consenso informato ma soprattutto perché la motivazione profonda della ri-transizione non è generalmente sincera, ma legata a pressione indebite del contesto esterno.

Real time test

Una parte integrante del percorso diagnostico è il cosiddetto “real time test” o “real-life experience”: un periodo di vita reale durante il quale la persona vive e “sperimenta” comportamenti e abbigliamento nel genere sentito come proprio, prima dell’inizio del percorso di transizione. Lo scopo è confermare che una persona *transgender* può funzionare con successo con il genere desiderato nella società, e che è sicura di voler vivere come quel genere per il resto della sua vita. La durata può variare da un paio di mesi ad anni. Non rappresenta un passaggio obbligatorio. In adolescenza il giovane va attentamente monitorato per i rischi di bullismo e violenze, e perché può accadere che il desiderio di adeguarsi al genere desiderato lo porti ad accedere a ormoni auto-somministrati acquistati via Internet o illegalmente, con gravi rischi di inappropriata ed effetti avversi.

Fertilità futura

Prima di iniziare la transizione si offre all’individuo la possibilità di crioconservazione dello sperma o di ovociti o tessuto ovarico per preservare la futura eventuale fertilità.

Portale www.infotrans.it

Portale web istituzionale dedicato alle persone *transgender*, realizzato dal 2020 dal Centro di Riferimento per la Medicina di Genere dell’Istituto Superiore di Sanità, in collaborazione con l’Ufficio Nazionale Antidiscriminazioni Razziali (UNAR) – Presidenza del Consiglio dei Ministri. Include

una mappa costantemente aggiornata dei servizi sanitari pubblici dedicati alla popolazione *transgender* sul territorio nazionale, l’elenco di tutti i servizi disponibili sul territorio nazionale a favore delle persone *transgender* (Associazioni, centri clinici, consultori, punti di ascolto), informazioni aggiornate riguardanti la prevenzione, la salute e il percorso di affermazione di genere (il supporto psicologico, il trattamento ormonale e chirurgico), la tutela dell’identità di genere, il diritto al cambio dei documenti e le norme da conoscere, i principali falsi miti e “bufale” sul tema, oltre a una sezione contenente buone pratiche dedicate a chi a vario titolo si occupa di persone *transgender*.

Lecture consigliate

- 1) Winter S, Diamond M, Green J, et al. *Transgender people: health at the margins of society*. *Lancet*. 2016. 23;388(10042):390-400. doi: 10.1016/S0140-6736(16)00683-8
- 2) <https://www.psychiatry.org/File%20Library/About-APA/Organization-Documents-Policies/Policies/Position-2018-Discrimination-Against-Transgender-and-Gender-Diverse-Individuals.pdf>
- 3) <https://www.aap.org/en/news-room/news-releases/aap/2018/aap-policy-statement-urges-support-and-care-of-transgender-and-gender-diverse-children-and-adolescents/>
- 4) Davy, Z., & Toze, M. (2018). *What is gender dysphoria? A critical systematic narrative review*. *Transgender health*, 3(1), 159-169.

5) F. Beek T., Cohen-Kettenis P. T., & Kreukels B. P. *Gender incongruence/gender dysphoria and its classification history*. *International Review of Psychiatry*, 2016. 28(1), 5-12.

6) Drescher, J., Cohen-Kettenis, P. T., & Reed, G. M. *Gender incongruence of childhood in the ICD-11: controversies, proposal, and rationale*. *The Lancet Psychiatry*, 2016. 3(3), 297-304.

7) Butler G, De Graaf N, Wren B et al. *Assessment and support of children and adolescents with gender dysphoria*. *Arch Dis Child* 2018; 103(7):631-636

8) Coleman E. et al. *Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8*. 2022

9) <https://www.apa.org/about/policy/psychological-sexual-minority-persons.pdf>

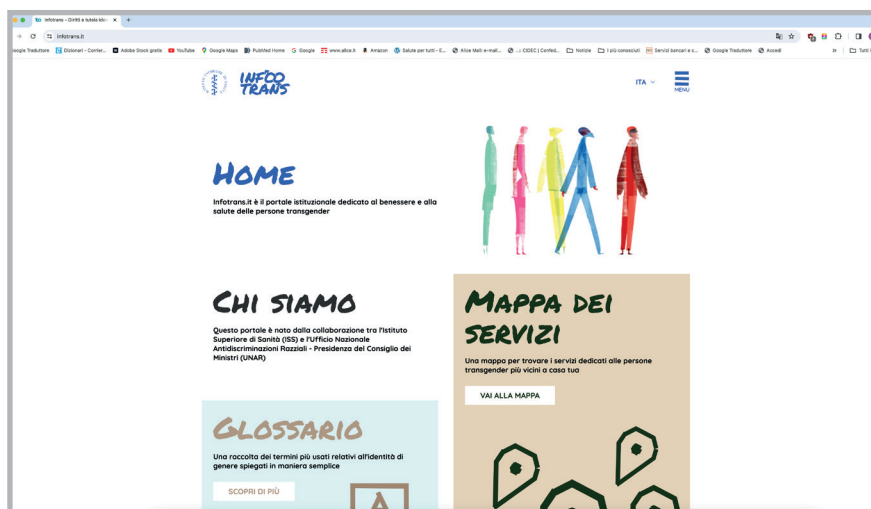
10) Emmanuel M, Bokor BR. *Tanner Stages*. 2022 Dec 11. In: *StatPearls [Internet]*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Jan-.

11) <https://www.spiweb.it/la-cura/disforia-di-genere-il-comunicato-del-presidente-s-thanopulos-12-01-23/>

12) <https://www.onig.it/2023/01/19/comunicato-intersocietario-presidenza-consiglio-dei-ministri/>

13) <https://www.onig.it/2024/02/26/comunicato-stampa-dei-presidenti-acp-ait-ame-onig-siams-sid-sie-siedp-sigis-sima-simpia-sezione-di-psichiatria-sipps/>

14) <https://www.arcigay.it/en/comunicati/salute-259-genitori-scrivono-al-ministro->



contro-lospedale-careggi-una-campagna-ideologica-che-mette-a-rischio-la-vita-dei-nostri-figli/

15) https://www.persuasion.community/p/keira-bell-my-story?r=7g6gd&utm_campaign=post&utm_medium=email&utm_source=twitter

16) Polderman T J C, Kreukels B P C, Irwig MS et al. *The Biological Contributions to Gender Identity and Gender Diversity: Bringing Data to the Table.* *Behav Genet.* 2018; 48(2):95-108.

17) Claahsen-van der Grinten H, Verhaak C, Steensma T, et al. *Gender incongruence and gender dysphoria in childhood and adolescence-current insights in diagnostics, management, and follow-up.* *Eur J Pediatr.* 2021;180(5):1349-1357.

18) Lee JY and Rosenthal SM. *Gender-Affirming Care of Transgender and Gender-Diverse Youth: Current Concepts.* *Annual Review of Medicine* 2023; Vol 74:107-116. 2023

19) Pinna F, Paribello P, Somaini G, et al. *Italian Working Group on LGBTQI Mental Health. Mental health in transgender individuals: a systematic review.* *Int Rev Psychiatry.* 2022; 34(3-4):292-359.

20) Kanamori Y, Xu YJ. *Factors Associated with Transphobia: A Structural Equation Modeling Approach.* *J Homosex.* 2022; 69(4):716-740.

21) Nos AL, Klein DA, Adirim TA, et al. *Association of Gonadotropin-Releasing Hormone Analogue Use With Subsequent Use of Gender-Affirming Hormones Among Transgender Adolescents.* *JAMA Netw Open.* 2022; 1;5(11)

22) Kyriakou A, Nicolaides NC, Skordis N. *Current approach to the clinical care of adolescents with gender dysphoria.* *Acta Biomed.* 2020; 19;91(1):165-175.

23) Ramos G.G.F., Mengai A.C.S., Daltro C.A.T. et al. *Systematic Review: Puberty suppression with GnRH analogues in adolescents with gender incongruity.* 2021; *J Endocrinol Invest* 44, 1151–1158.

24) Achille C, Taggart T, Eaton NR, et al. *Longitudinal impact of gender-affirming endocrine intervention on the mental health and well-being of transgender youths: preliminary results.* *Int J Pediatr Endocrinol.* 2020; 2020:8.

25) Crapanzano A., Carpiello B., & Pinna F. *Approaches to people with gender dysphoria: from the Italian psychiatric model to the emergent model based on informed consent.* *Rivista di psichiatria.* 2021; 56(2), 120-128.

