



***La diagnosi della Disforia di Genere (DG) nei
bambini e negli adolescenti***

***Un appello a tutti i professionisti
dell'infanzia***

A cura della

Dott.ssa Giuliana Ruggieri, Presidente dell'Osservatorio di Bioetica di Siena

Siena, marzo 2023

1. Premessa

Questo contributo, nato come approfondimento dell'Appello dell'Osservatorio La Petite Sirène, vuole richiamare l'attenzione di tutti i professionisti dell'infanzia sui bambini e sugli adolescenti con diagnosi di disforia di genere (DG).

L' Observatoire des discours idéologiques sur l'enfant et l'adolescent, La Petite Sirène, nasce in Francia nel 2021. È un gruppo multidisciplinare di professionisti, operatori e ricercatori medici, neuropsichiatri infantili, psicologi, psicoanalisti, avvocati, antropologi, sociologi, filosofi, giudici dei tribunali minorili, insegnanti. Indipendente da qualsiasi partito politico o appartenenza religiosa, l'associazione lotta per la protezione del bambino contro qualsiasi settarismo o ideologia.

L'Osservatorio ha lanciato un appello che denuncia in particolare l'impatto dei trattamenti medico-chirurgici della terapia cosiddetta "affermativa" sui bambini ai quali è stata diagnosticata una disforia di genere.

Testo dell'appello (dal sito Osservatorio La Petite Sirène testo in Francese [qui](#) , versione inglese [qui](#), versione italiana [qui](#))

*“Le domande che bambini/adolescenti si pongono sulla propria identità sessuale incontrano oggi amplificatori sociali (come influencer sui social network o siti transattivisti) che li illudono di poter oltrepassare i limiti assegnati al corpo... **Il transgenderismo** partecipa al **transumanesimo**, che promuove **una completa trasformazione del sé con mezzi artificiali**. Il filosofo Christian Godin mostra che “esiste nel programma post-umanista e alla sua base un odio per la condizione umana”. Se le cose stanno così, non è questo un motivo fondamentale **per proteggere i bambini, sia attraverso l'educazione, sia vietando ogni trattamento irreversibile sul corpo prima che raggiungano la maggiore età?**”.*

Céline Masson and Caroline Eliacheff La Fabrique de l'enfant-transgenre (Éditions de l'Observatoire, 2022). They co-direct the [Observatory of Ideological Discourses on Children and Adolescents](#), La Petite Sirène.

In particolare, invitiamo i professionisti sanitari ad iniziare un dibattito critico sui trattamenti medico-chirurgici della terapia cosiddetta “affermativa”, che può avere impatti duraturi e irreversibili sulla salute e l'esistenza dei bambini. Chiediamo inoltre a tutti coloro che ne condividono il contenuto a sottoscrivere questo testo che verrà presentato in modo particolare al mondo politico e alle autorità sanitarie competenti.

Per firmare il documento accedere al sito : [Accompagnare i Bambini – Prendersi cura di bambini e ragazzi nel periodo di costruzione della persona](#)

2. La Disforia di Genere (DG)

Per **“disforia”** (dal greco *dis – phoria*: sentirsi male) **di genere**, si intende una condizione esistenziale di sofferenza legata al fatto che una persona non si percepisce come appartenente al proprio sesso biologico e si identifica nel sesso opposto. Più precisamente, si tratta di una condizione per cui un soggetto biologicamente maschio si percepisce come una donna (o viceversa) e desidera assumerne le caratteristiche anatomiche e comportamentali.

Nel 2013 il DSM V inquadrò la Disforia di genere (DG), nella categoria dei “disturbi mentali”, fissando dei parametri su cui fondare la diagnosi. Uno dei criteri necessari per diagnosticare la DG, sia nei bambini che negli adolescenti, è appunto che la condizione sia “associata a sofferenza clinicamente significativa o **a compromissione** del funzionamento in ambito sociale, scolastico o in altre aree importanti”. Inoltre, è indispensabile che la condizione si verifichi **da almeno sei mesi**. Tra i criteri si annoverano anche il rischio di sofferenza sociale e/o scuola, o anche solo un aumento significativo del rischio di sofferenza o alterazione in queste aree. Il semplice rischio di sofferenza al posto della provata sofferenza e la riduzione a sei mesi, un periodo drasticamente ridotto rispetto ai parametri delle precedenti diagnosi di DG, hanno giocato sicuramente un ruolo importante nella sua crescente medicalizzazione.

Nel 2018, l’OMS nel ICD-11 ha derubricato la DG dai disturbi mentali, creando un’apposita categoria all’interno del grande capitolo della “salute sessuale”, **classificandola come “incongruenza di genere”**.

Il primo dato allarmante, sottolineato dall’appello, è che negli ultimi anni la diagnosi di DG nei bambini e negli adolescenti e le richieste di riassegnazione sessuale, in questa fascia di età, sono aumentate esponenzialmente nei diversi Paesi.

Gli studi suggeriscono che lo 0,17% –1,3% degli adolescenti e dei giovani adulti in Occidente si identifica come transgender.¹ Tale prevalenza è nettamente superiore

¹ Kaltiala-Heino, R., Bergman, H., Työläjäarvi, M., & Frisén, L. (2018). *Gender dysphoria in adolescence: current perspectives*. *Adolescent health, medicine and therapeutics* 2018, 9, 31–41.

a quella descritta negli adulti:² 0,6% negli Stati Uniti³, nel Regno Unito (0,5%)⁴, Belgio (0,6%)⁵ e nei Paesi Bassi (0,9%)⁶. Nel **Regno Unito**, è stato chiuso lo scorso anno il Gender and Identity Development Service (**GIDS**) del Tavistock and Portman NHS Foundation Trust, l'unico centro medico pubblico dell'Inghilterra dedicato ai bambini e i ragazzi sotto i 17 anni di età con problemi di identità di genere. I dati riportati dal **GIDS** dal 2011 al 2021-22 sono drammaticamente preoccupanti ⁷ (vedi fig. 1).

Anni	n. Pazienti
2011-12	210
2012-13	311
2013-14	471
2014-15	691
2015-16	1.409
2016-17	1.981
2017-18	2.564
2018-19	2.752
2019-20	2.750
2020-21	2.401
2021-22	3.585

Fig. 1 Dati del GIDS Gender and Identity

Development Service 2011-2022

2 Zucker, K. J. (2017). *Epidemiology of gender dysphoria and transgender identity*. *Sexual Health* 2017, 14 (5): 404-411.

3 Glen, F.; Hurrell, K. *Technical Note: Measuring Gender Identity*. Equality and Human Rights Commission: Manchester, UK, 2012. [[Google Scholar](#)]

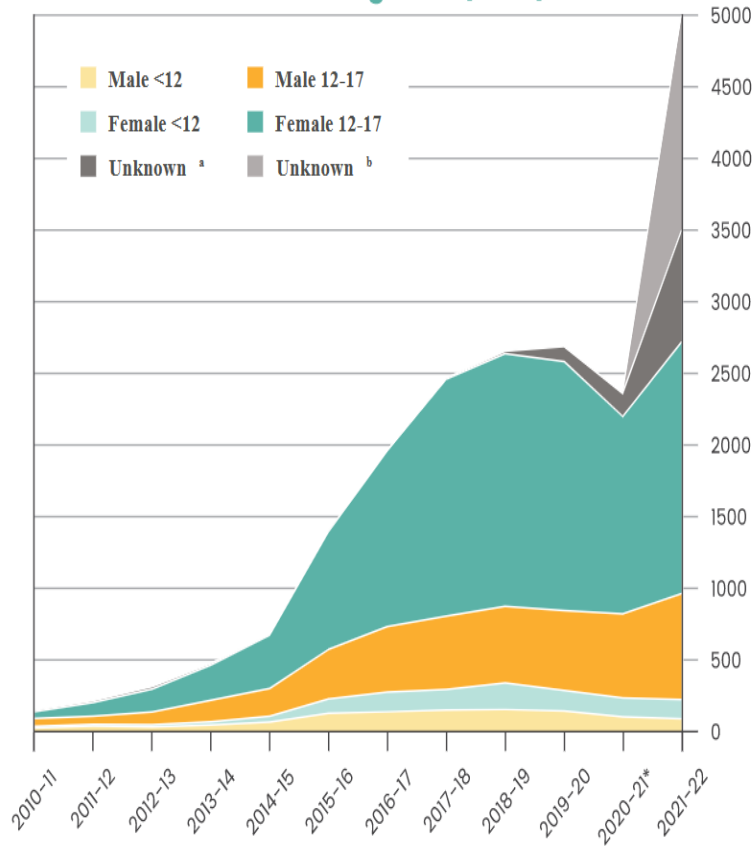
4 Van Caenegem, E.; Wierckx, K.; Elaut, E.; Buysse, A.; Dewaele, A.; van Nieuwerburgh, F.; de Cuypere, G.; T'Sjoen, G. *Prevalence of gender nonconformity in Flanders, Belgium*. *Arch. Sex. Behav* 2015, 44, 1281-1287. [[Google Scholar](#)] [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]

5 Kuyper, L.; Wijzen, C. *Gender identities and gender dysphoria in the Netherlands*. *Arch. Sex. Behav* 2014, 43, 377-385. [[Google Scholar](#)] [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]

6 Winter, S.; Diamond, M.; Green, J.; Karasic, D.; Reed, T.; Whittle, S.; Wylie, K. *Transgender people: Health at the margins of society*. *Lancet* 2016, 388, 390-400. [[Google Scholar](#)] [[CrossRef](#)]

7 Gender Identity Development Service (2021). *Referrals to GIDS, financial years 2010-11 to 2020-21*. [[Link](#)]

Child and Adolescent Referrals for Gender Dysphoria United Kingdom (GIDS)



*Referral activity to GIDS/Tavistock was sharply limited in 2020-2021 due to COVID-19.
^aBeginning in 2018-19, increasing numbers of referrals are not reported by sex.
^bBeginning July 2021, referrals made directly to GIDS are reported separately from those handled by the Arden & GEM referral management service. The Tavistock reports that Arden & GEM handled over 1500 additional referrals in 2021-22 (age and sex not reported separately).

8

Fig.2 Casistica del GIDS bambini e adolescenti con diagnosi di DG.

In Francia, quando aprì il Centro Intersettoriale per Adolescenti a Parigi (CIAPA), le richieste di transizione tra i minori erano una decina all'anno, nel 2020, lo stesso numero di richieste si verificava ogni mese (nella sola regione dell'Ile de France).

Tra il 2007 e il 2017, il numero di cliniche per giovani transgender negli Stati Uniti è passato da 1 a 41 ed il numero continua ad aumentare.

8 <https://tradfem.wordpress.com/2020/02/07/dossier-trans-les-agents-bloqueurs-de-puberte-de-plus-en-plus-contestes-the-economist/>

La prima clinica per giovani transgender negli Stati Uniti è stata aperta a Boston nel 2007. Da allora fino al 2017 sono state aperte altre 40 cliniche, che si rivolgono esclusivamente ai bambini, e sono previste nuove aperture. ⁹

Le evidenze scientifiche indicano che le cause della disforia di genere sono complesse. I fattori sociali e culturali possono influenzare in modo significativo l'identificazione transgender di un giovane.

Studi recenti indicano che l'aumento esponenziale della diagnosi di DG si rileva **soprattutto per le ragazze adolescenti** (Cfr Fig.2). Questo potrebbe dipendere da un **condizionamento sociale**, ossia dalla diffusa “promozione” sui social dell'identità transgender e da una maggiore accettazione pubblica.¹⁰ Si è osservato, infatti, negli ultimi anni un forte ribaltamento del precedente rapporto maschi/femmine, passato da un rapporto di 2:1 a 1:2 - 1:7. Molti esperti considerano questi cambiamenti come un importante “fenomeno clinico”, **che deve essere studiato e meglio compreso, soprattutto per chiarire il ruolo delle pressioni sociali.**¹¹

Lo studio di Lisa Littman¹² evidenzia che l'86,7% dei giovani apparteneva ad un gruppo di amici in cui, uno o più, si sono dichiarati transgender e/o tra essi si registra un uso frequente dei social media. Il contagio sociale - la "cattura" involontaria di comportamenti e atteggiamenti tra individui “connessi”¹³ è un fenomeno ben accettato nella letteratura psicologica. Gli adolescenti – ed in particolare le ragazze – sono particolarmente soggette a quello che alcuni autori definiscono come “contagio sociale”, già ampiamente documentato nelle pazienti con disturbi alimentari, ansia e depressione.^{14 15}

9 Marchiano, L. (2017). Outbreak: *On Transgender Teens and Psychic Epidemics*. *Psychological Perspectives*, 2017,60 (3): 345-366. [\[Link\]](#)

10 Turner, J. (2022). Special Report: *What went wrong at the Tavistock clinic for transgender teens?* *The Times Magazine*. June 17, 2022

11 Zucker KJ. (2019). *Adolescents with Gender Dysphoria: Reflections on Some Contemporary Clinical and Research Issues*. *Archives of Sexual Behavior* 2019, 48:1983–1992. Available at: www.segm.org

12 Littman, L. (2018). *Rapid-onset gender dysphoria in adolescents and young adults: A study of parental reports*. *PLOS ONE* 2018, 13 (8).

13 Levy, D. A., & Nail, P. R. (1993). *Contagion: A theoretical and empirical review and reconceptualization*. *Genetic, Social, and General Psychology Monographs* 1993,119 (2): 233-284. [\[Link\]](#)

14 Allison, S., Warin, M. & Bastiampillai, T. (2013). *Anorexia nervosa and social contagion: Clinical implications*. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 2013, 48 (2): 116-120. [\[Link\]](#)

15 Dishion, T. J., & Tipsord, J. M. (2011). *Peer contagion in child and adolescent social and emotional development*. *Annual review of psychology* 2011, 62: 189–214. [\[Link\]](#)

3. DG e co-morbilità psichiatrica

DG e co-morbilità psichiatrica

I pazienti che afferiscono ai centri per il trattamento DG presentano tassi di co-morbilità psichiatrica del 40-50%. (Kaltiala-Heino R, Bergman H, Työläjäarvi M, Frisén L. *Gender dysphoria in adolescence: current perspectives*. *Adolesc Health Med Ther*. 2018; 9:31-41).

Soprattutto: ansia, depressione, autolesionismo, ideazione e condotte suicidarie (Marcus J.ZervosM.D. Charles J.BaroneII M.D. et al. *The Mental Health of Transgender Youth: Advances in Understanding*. *J.Adolesc. Health* 2016; 59(5): 489-495

Il secondo dato, su cui richiama l'attenzione il manifesto, sono i disturbi psichici associati alla disforia di genere.

La “transessualità” tra i minori viene presentata dai social network come un **diritto** che **sarebbe discriminatorio** mettere in discussione. Tuttavia, la propria esperienza clinica e i risultati della psicologia infantile - sostengono gli autori dell'Appello - ci obbliga a considerarla come **un sintomo di un quadro clinico più complesso**.

Nell'adolescenza, in particolare, **la ricerca della propria identità sessuale** fa parte di una problematica tipica di questa età. La maturità organica cerebrale si compie attorno ai 21/22 anni di età; prima di quella scadenza, le condizioni organiche, cioè la composizione di reti neuronali e i cambiamenti ormonali e cognitivi – alla base della “strutturazione” della personalità – sono variabili e mutevoli.

Tuttavia, le tappe di tale ricerca adolescenziale - che muove fisiologicamente il processo di maturazione personale - rischiano ora di venire categorizzate e cristallizzate dai social network come **una verità soggettiva** (cioè stabilita unicamente dal soggetto, in base alle proprie percezioni). L'offerta tecnico-sanitaria - ampiamente veicolata dai social network e dalla propaganda “comunitaria” - nega e vorrebbe abolire **questa tappa fondamentale della costruzione/maturazione del soggetto**.

È su questo punto importante che l'**Appello** richiama l'attenzione.

Dal testo dell'Appello:

*“L'aumento delle richieste mette in discussione la loro presunta consistenza e soprattutto la risposta univoca data ad esse. Questo aumento esponenziale, in meno di 10 anni, delle diagnosi di DG potrebbe essere stata favorita da due fattori, molto diversi, ma **non necessariamente incompatibili**:*

- i soggetti che si interrogano sul proprio sesso si sentono finalmente autorizzati ad esprimere il proprio disagio grazie a una maggiore tolleranza della società nei loro confronti;

- una parte significativa di queste richieste rappresenta un fenomeno sociale, per cui la "transessualità" appare come una risposta ad un profondo malessere dell'adolescenza, una risposta radicale, medicalizzata, che risolverebbe le difficoltà una volta per tutte.

Il secondo punto ci sembra particolarmente rilevante. Infatti, sembra che, poiché il desiderio di "transizione di genere" non è più considerato fenomeno psicopatologico dalla nuova versione del DSM, esso non vada nemmeno più considerato come il sintomo di una struttura psichica vulnerabile, nonostante il fatto che troviamo in questi giovani un numero elevatissimo di disturbi psichiatrici associati: anoressia, autismo, depressione, disturbi psicotici, traumi legati ad aggressioni sessuali, ecc.”

Il tratto autistico

Il 48% dei bambini e dei giovani inviati al Gender Identity Development Service (GIDS) del Regno Unito evidenzia tratti autistici che, nella scala quantitativa usata per la misurazione di tali comportamenti nei bambini e nei giovani, hanno ottenuto un punteggio compreso tra lieve e grave.¹⁶ Un precedente studio segnalava che circa il 35% dei bambini e giovani inviati al GIDS presentava tratti autistici da moderati a gravi.¹⁷

Questa recente revisione sistematica riguardante la sovrapposizione tra spettro autistico (Autism Spectrum Disease ASD) e GD/incongruenza di genere (GI), è anche la prima metanalisi, pubblicata in letteratura. I risultati suggeriscono che esiste (a) una relazione positiva tra i tratti ASD e i sentimenti GD/GI tra le persone della popolazione generale, (b) un'aumentata prevalenza di GD/GI nella popolazione autistica e (c) un'aumentata prevalenza di diagnosi e tratti ASD nella popolazione GD/GI. Nel complesso, questi risultati suggeriscono l'esistenza di un legame tra ASD e GD/GI che giustifica l'indagine sui meccanismi che potrebbero **spiegare tale legame e l'intensificazione dell'attenzione clinica agli individui autistici GD/GI.**¹⁸

16 Churcher Clarke, A. & Spiliadis, A. (2019). 'Taking the lid off the box': The value of extended clinical assessment for adolescents presenting with gender identity difficulties. *Clin Child Psychol Psychiatry* 2019; 24 (2): 338-352. [[Link](#)]

17 Butler, G., De Graaf, N., Wren, B. & Carmichael, (2018) *Assessment and support of children and adolescents with gender dysphoria*. *Archives of Disease in Childhood* 2018; 103:631-636. [[Link](#)]

18 Kallitsounaki, A., Williams, D.M. *Autism Spectrum Disorder and Gender Dysphoria/Incongruence. A systematic Literature Review and Meta-Analysis*. *J Autism Dev Disord* (2022). <https://doi.org/10.1007/s10803-022-05517-y>

4. La violazione del corpo del bambino o dell'adolescente.

Gli inibitori della pubertà

- *Le affermazioni degli autori secondo cui gli analoghi dell'ormone di rilascio delle gonadotropine (GnRH), farmaci bloccanti la pubertà, hanno effetti completamente reversibili e si sono dimostrati capaci di migliorare la salute mentale, non sono sostenute da evidenze scientifiche.*

Gli analoghi del GnRH sono stati utilizzati per decenni nei bambini con diagnosi di pubertà precoce.¹⁹ Sono generalmente considerati sicuri per questa indicazione, sebbene siano state recentemente sollevate preoccupazioni sui loro effetti nella malattia dell'ovaio policistico, nella sindrome metabolica e nelle alterazioni della densità ossea.²⁰

- In termini di transizione, sono stati **i team olandesi** a stabilire un protocollo di trattamento per i giovanissimi trans, vent'anni fa, con l'uso di bloccanti della pubertà che fino ad allora venivano utilizzati unicamente per ritardare pubertà estremamente precoci, ma al di fuori dell'autorizzazione all'immissione in commercio. Si è trattato quindi di intervenire su bambine di 8-9 anni e su ragazzini di 10 - 11 anni (stadio Tanner 1-2) **per evitare il processo puberale fisiologico.**
- **L'altra indicazione di bloccanti della pubertà riguarda i giovani trans la cui pubertà è in corso o completata: questi trattamenti vengono somministrati in attesa della prescrizione di ormoni sessuali inversi, prescritti a partire dall'età di 14 -16 anni circa.**

Gli ormoni legati alla pubertà hanno un'ampia varietà di effetti **sulla struttura, sulla funzione e la connettività del cervello.** La soppressione ormonale durante la pubertà potrebbe alterare in modo permanente lo sviluppo neurologico. Il possibile impatto del blocco della pubertà sulla consapevolezza di un giovane ha anche importanti implicazioni sulla **reale libertà del consenso informato** al trattamento con ormoni cross-sex, utilizzato in oltre il 95% dei giovani trattati precedentemente con inibitori. Molti autori sottolineano il **problema del consenso informato** soprattutto considerando che i trattamenti medici chirurgici proposti

19 Carel JC, Eugster EA, Rogol A, Ghizzoni L, Palmert MR, ESPE-LWPES *GnRH Analogs Consensus Conference Group. Consensus statement on the use of gonadotropin-releasing hormone analogs in children.* Pediatrics. 2009; 4:752-762.

20 De Sanctis V, Soliman AT, Di Maio S, Soliman N, Elsedfy H. *Long-term effects and significant adverse drug reactions (ADRs) associated with the use of gonadotropin-releasing hormone analogs (GnRH_a) for central precocious puberty: A brief review of literature.* Acta Biomed. 2019; 3:345-359

dalla terapia affermativa non sono accompagnati da chiare evidenze scientifiche,²¹
²² ²³ possono causare danni irreversibili e molte volte vengono proposte a bambini/
adolescenti e alla famiglia che difficilmente possono valutare consapevolmente e
liberamente tutte le implicazioni, in particolare per esempio rispetto la fertilità.²⁴
Infine le comorbidità che spesso accompagnano la DG (ansia, depressione, tratto
autistico e intenzioni suicidarie) e molte volte la giovane età, rendono difficilmente
libero e totalmente consapevole il consenso informato. ²⁵

In particolare l'impatto a lungo termine degli analoghi del GnRH sulla salute, non
è ancora del tutto noto, ma vengono descritti in letteratura effetti irreversibili in
particolare **sullo sviluppo osseo, sulla funzione sessuale e riproduttiva.**

La ricerca suggerisce che i giovani trattati con bloccanti della pubertà sviluppano
problemi di bassa densità ossea, osteoporosi e rischio di fratture. Il metabolismo
osseo viene alterato anche dall'inizio del trattamento con ormoni cross-sex ²⁶,²⁷ ²⁸

²¹ Manrique, O. J., Adabi, K., Martinez-Jorge, J., Ciudad, P., Nicoli, F., & Kiranantawat, K. (2018). *Complications and patient-reported outcomes in male-to-female vaginoplasty—where we are today: A systematic review and meta-analysis*. *Annals of Plastic Surgery*, 2018;80(6), 684–691. doi:10.1097/SAP.0000000000001393 [Crossref], [PubMed], [Web of Science ®], [Google Scholar]

²² National Institute for Health and Care Excellence. (2020a). *Evidence review: Gonadotrophin releasing hormone analogues for children and adolescents with gender dysphoria*. <https://arms.nice.org.uk/resources/hub/1070905/attachment> [Google Scholar]

²³ National Institute for Health and Care Excellence. (2020b). *Evidence review: Gender-affirming hormones for children and adolescents with gender dysphoria*. <https://arms.nice.org.uk/resources/hub/1070871/attachment> [Google Scholar]

²⁴ Stephen B. Levine, E. Abbruzzese & Julia W. Mason (2022) *Reconsidering Informed Consent for Trans-Identified Children, Adolescents, and Young Adults*. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 2022;48:7, 706–727, DOI: [10.1080/0092623X.2022.2046221](https://doi.org/10.1080/0092623X.2022.2046221)

²⁵ Vedi Postilla a firma della Prof.ssa Assuntina Morresi al parere del CNB In merito alla richiesta di AIFA sull'eticità dell'uso del farmaco Triptorelina per il trattamento di adolescenti con Disforia di genere. 13 luglio 2018 [link](#)

²⁶ Klink, D., Caris, M., Heijboer, A., van Trotsenburg, M., & Rotteveel J (2015). *Bone mass in young adulthood following gonadotropin-releasing hormone analog treatment and cross-sex hormone treatment in adolescents with gender dysphoria*. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism* 2015, 100(2), E270–E275. doi:10.1210/jc.2014-2439

²⁷ Biggs, M. (2021). *Revisiting the effect of GnRH analogue treatment on bone mineral density in young adolescents with gender dysphoria*. *Journal of Pediatric Endocrinology & Metabolism: JPEM* 2021, 34(7), 937–939. <https://doi.org/10.1515/jpem-2021-0180>

²⁸ Schagen, S. E. E., Wouters, F. M., Cohen-Kettenis, P. T., Gooren, L. J., & Hannema, S. E. (2020). *Bone Development in Transgender Adolescents Treated with GnRH Analogues and Subsequent Gender-Affirming Hormones*. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism* 2020, 105(12), dgaa604. <https://doi.org/10.1210/clinem/dgaa604>

29 30 31 Altre ricerche suggeriscono complicazioni metaboliche importanti quali: maggiore resistenza all'insulina, ipertensione, dislipidemie, in particolare trigliceridi elevati e compromissione della funzionalità epatica.³²

La somministrazione della terapia ormonale “ormoni cross-sex” (estrogeni ai bambini e progesterone alle bambine o agli adolescenti), successiva al trattamento dei farmaci inibitori della pubertà, aumenta inoltre in maniera statisticamente significativa il rischio di malattie cardiovascolari.^{33 34 35 36 37}

29 Lee, J. Y., Finlayson, C., Olson-Kennedy, J., Garofalo, R., Chan, Y.-M., Glidden, D. V., & Rosenthal, S. M. (2020). *Low Bone Mineral Density in Early Pubertal Transgender/Gender Diverse Youth: Findings From the Trans Youth Care Study*. *Journal of the Endocrine Society* 2020, 4(9), bvaa065.<https://doi.org/10.1210/jendso/bvaa065>

30 Joseph, T., Ting, J., & Butler, G. (2019). *The effect of GnRH analogue treatment on bone mineral density in young adolescents with gender dysphoria: findings from a large national cohort*. *Journal of Pediatric Endocrinology and Metabolism* 2019, 32(10), 1077–1081. <https://doi.org/10.1515/jpem-2019-0046>

31 Stoffers, I. E., de Vries, M. C., & Hannema, S. E. (2019). *Physical changes, laboratory parameters, and bone mineral density during testosterone treatment in adolescents with gender dysphoria*. *The Journal of Sexual Medicine* 2019, 6(9), 1459–1468. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2019.06.014>

32 Islam, N., Nash, R., Zhang, Q., Panagiotakopoulos, L., Daley, T., Bhasin, S., Getahun, D., Haw, J. S., McCracken, C., Silverberg, M. J., Tangpricha, V., Vupputuri, S., & Goodman, M. (2021). *Is There a Link Between Hormone Use and Diabetes Incidence in Transgender People? Data from the STRONG Cohort*. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism* 2021, dgab832.<https://doi.org/10.1210/clinem/dgab832>

33 Nokoff, N. J., Scarbro, S. L., Moreau, K. L., Zeitler, P., Nadeau, K. J., Reirden, D., Juarez-Colunga, E., & Kelsey, M. M. (2021). *Body Composition and Markers of Cardiometabolic Health in Transgender Youth on Gonadotropin-Releasing Hormone Agonists*. *Transgender Health* 2021,6(2), 111–119.<https://doi.org/10.1089/trgh.2020.0029>

34 N. M., Wiepjes, C. M., de Blok, C. J. M., Gooren, L. J. G., Kreukels, B. P. C., & den Heijer, M. (2019). *Occurrence of Acute Cardiovascular Events in Transgender Individuals Receiving Hormone Therapy: Results From a Large Cohort Study*. *Circulation* 2019, 139(11), 1461–1462. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.118.038584>

35 Alzahrani, T., Nguyen, T., Ryan, A., Dwairy, A., McCaffrey, J., Yunus, R., Forgione, J., Krepp, J., Nagy, C., Mazhari, R., & Reiner, J. (2019). *Cardiovascular Disease Risk Factors and Myocardial Infarction in the Transgender Population*. *Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes*, 2019, 12(4).<https://doi.org/10.1161/CIRCOUTCOMES.119.005597>

36 Getahun, D., Nash, R., Flanders, W. D., Baird, T. C., Becerra-Culqui, T. A., Cromwell, L., Hunkeler, E., Lash, T. L., Millman, A., Quinn, V. P., Robinson, B., Roblin, D., Silverberg, M. J., Safer, J., Slovis, J., Tangpricha, V., & Goodman, M. (2018). *Cross-sex Hormones and Acute Cardiovascular Events in Transgender Persons*. *Annals of Internal Medicine*, 2018, 169(4), 205–213. <https://doi.org/10.7326/M17-2785>

37 Olson-Kennedy, J., Okonta, V., Clark, L. F., & Belzer, M. (2018). *Physiologic Response to Gender-Affirming Hormones Among Transgender Youth*. *Journal of Adolescent Health*, 2018,62(4), 397–401.<https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2017.08.005>

In alcuni giovani, il blocco puberale allo stadio 2 di Tanner seguito da ormoni esogeni del sesso opposto, ha provocato una completa assenza di funzione sessuale in età adulta e sterilità.^{38 39 40 41 42 43}

Attualmente non ci sono evidenze sull'effettivo pieno ripristino della **fertilità** nel caso di desistenza dal trattamento con inibitori della pubertà e di permanenza nel genere natale. Il trattamento successivo con cross-ormoni porta a **sterilità**, a meno di provvedere mediante crioconservazione dei gameti, quando lo sviluppo puberale raggiunto lo consenta. Vanno cioè informati il minore e la famiglia che, a seconda dello sviluppo fisico raggiunto, si può presentare l'opportunità di mantenere le proprie potenzialità procreative mediante congelamento previo di seme maschile o ovociti⁴⁴, e potendo essere quindi in futuro, eventualmente, allo stesso tempo madre biologica/genetica (la letteratura riporta anche casi di gestazionale)⁴⁵ e padre sociale/legale – nel caso di FtM (Female to Male transition)– o viceversa padre biologico e madre sociale/legale – nel caso di MtF (Male to Female transition).²⁵

38 Mayhew, A. C., & Gomez-Lobo, V. (2020). *Fertility Options for the Transgender and Gender Nonbinary Patient*. *The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 2020, 105(10). <https://doi.org/10.1210/clinem/dgaa529>

39 Pang, K. C., Peri, A. J. S., Chung, H. E., Telfer, M., Elder, C. V., Grover, S., & Jayasinghe, Y. (2020). *Rates of Fertility Preservation Use Among Transgender Adolescents*. *JAMA Pediatrics*, 2020, 174(9), 890.<https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2020.0264>

40 Dulohery, K., Trottmann, M., Bour, S., Liedl, B., Alba-Alejandre, I., Reese, S., Hughes, B., Stief, C. G., & Kölle, S. (2020). *How do elevated levels of testosterone affect the function of the human fallopian tube and fertility?—New insights*. *Molecular Reproduction and Development*, 2020, 87(1), 30–44.<https://doi.org/10.1002/mrd.23291>

41 Baram, S., Myers, S. A., Yee, S., & Librach, C. L. (2019). *Fertility preservation for transgender adolescents and young adults: a systematic review*. *Human Reproduction Update*, 2019, 25(6), 694–716. <https://doi.org/10.1093/humupd/dmz026>

42 Leung, A., Sakkas, D., Pang, S., Thornton, K., & Resetkova, N. (2019). *Assisted reproductive technology outcomes in female-to-male transgender patients compared with cisgender patients: a new frontier in reproductive medicine*. *Fertility and Sterility*, 2019, 112(5), 858–865. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2019.07.014>

43 Shirazi, T. N., Self, H., Dawood, K., Cárdenas, R., Welling, L. L. M., Rosenfield, K. A., Ortiz, T. L., Carré, J. M., Balasubramanian, R., Delaney, A., Crowley, W., Breedlove, S. M., & Puts, D. A. (2020). *Pubertal timing predicts adult psychosexuality: Evidence from typically developing adults and adults with isolated GnRH deficiency*. *Psychoneuroendocrinology*, 2020, 119, 104733. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2020.104733>

⁴⁴ V. ad es. D. Chen, L. Simons, E. K. et al., *Fertility preservation for transgender adolescents*. *J. Adolesc. Health* 2017; 61 (1), 120-23; Australian Standards of Care and treatment Guidelines for Trans and Gender Diverse Children and Adolescents, in “Med. J. Aust.”, 18 June 2018

⁴⁵ O A. D. Light, J. Obedin Maliver, J. M. Sevelius S, J. L. Kerns, *Transgender men who experienced pregnancy after female to male gender transitioning*. *Obstet. Gynecol.*, 2014; 124, 1120-7

5. Le terapie affermative non sono sostenute da evidenze scientifiche

Dal 2010 il protocollo olandese è stato stabilito come standard per la medicina transgender, giustificato dalla pubblicazione di uno studio longitudinali su una coorte di 70 adolescenti, indirizzati alla clinica olandese, tra il 2000 e il 2008, sottoposti a soppressione della pubertà. I risultati sono stati inizialmente valutati mentre i pazienti, in età compresa tra 14 e 19 anni, stavano passando dal GnRHa agli ormoni sessuali incrociati. "I problemi comportamentali ed emotivi e i sintomi depressivi sono diminuiti, mentre il funzionamento generale è migliorato" (de Vries et al.,2011, P. 2276)⁴⁶. I risultati sono stati successivamente rivalutati dopo transizione chirurgica, (vaginoplastica o mastectomia e isterectomia con ovariectomia), in età comprese tra i 19 e i 22 anni. Gli autori hanno concluso che "la disforia di genere si era risolta, il funzionamento psicologico era costantemente migliorato e il benessere era paragonabile ai coetanei" (de Vries et al.,2014, P. 696).⁴⁷

Analizziamo lo studio:

- **55 soggetti** (solo 40 con dati completi)
- **Il 100% aveva disforia di genere ad esordio infantile (nessun caso di disforia di genere ad esordio adolescenziale)**
- **Follow-up post-operatorio** di 1,5 anni ed un'età media inferiore ai 21 anni
- Nessun gruppo di controllo
- **Nessuna valutazione degli effetti sulla salute fisica**
- **Un adolescente è morto** a causa di complicazioni post-operatorie.
- **Disforia di genere invariata o in peggioramento e difficoltà di accettazione dell'immagine corporea** durante il trattamento con bloccanti della pubertà, specialmente tra i pazienti di sesso nativo femminile.

46 de Vries AL, Steensma TD, Doreleijers TA, Cohen-Kettenis PT. *Puberty suppression in adolescents with gender identity disorder: a prospective follow-up study*. J Sex Med. 2011 Aug;8(8):2276-83. doi: 10.1111/j.1743-6109.2010.01943.x. Epub 2010 Jul 14. PMID: 20646177.

47 de Vries AL, McGuire JK, Steensma TD, Wagenaar EC, Doreleijers TA, Cohen-Kettenis PT. *Young adult psychological outcome after puberty suppression and gender reassignment*. Pediatrics. 2014 Oct;134(4):696-704. doi: 10.1542/peds.2013-2958. Epub 2014 Sep 8. PMID: 25201798.

Limiti dello studio:^{48 49}

Il primo dei due studi olandesi si è concentrato specificamente sugli effetti dei bloccanti della pubertà: ha selezionato 70 casi, da un pool più ampio di casi trattati, concentrandosi solo su quelli che hanno completato con successo il blocco della pubertà ed erano pronti per iniziare gli ormoni cross-sex. Gli autori, che segnalano i gravi limiti dello studio, sostengono: "L'utilizzo della fase *successiva* del trattamento (ormoni cross-sex), che ha come criterio di inclusione i pazienti dello studio della *fase precedente* del trattamento (bloccanti della pubertà), ha introdotto gravi pregiudizi". Coloro che hanno sviluppato problemi durante i bloccanti della pubertà e / o li hanno interrotti non sarebbero entrati nei "primi 70" casi.

Nel secondo studio, i 70 casi sono scesi a 55. I pazienti che hanno sviluppato problemi medici (3 casi di obesità e diabete e 1 decesso) sono stati riclassificati come "**non partecipanti**", eliminando i loro esiti negativi dai risultati finali degli studi. I risultati dopo l'intervento chirurgico escludono 8 pazienti che si sono rifiutati di partecipare al follow-up o non erano idonei per l'intervento chirurgico. Un paziente è deceduto per fascite necrotizzante: una complicanza dell'intervento di vaginoplastica. Gli autori non hanno menzionato il fatto che questa morte era una conseguenza della soppressione della pubertà: il pene del paziente, impossibilitato a svilupparsi normalmente, era troppo piccolo per la normale vaginoplastica e quindi si è utilizzato una porzione di intestino. (Negenborn et al.,2017). **Un tasso di mortalità superiore all'1% fermerebbe sicuramente qualsiasi altro trattamento sperimentale su adolescenti sani.**

Gli insoliti metodi di "reclutamento" e "il tipo di follow-up seguito", vale a dire il considerare come non partecipanti i pazienti che hanno effetti collaterali importanti al trattamento proposto, **rendono impropria** la presentazione della ricerca come uno "**studio prospettico di coorte longitudinale di qualità**". Piuttosto, gli studi olandesi vanno descritti come una "**serie di casi**", **cioè presentano un livello di evidenza più basso e meno affidabile.**

Ancora:

- **Il campione era piccolo:** erano disponibili misure di esito finale per sottogruppi di pazienti compresi tra 32 e 55.

48 Michael Biggs (2022) *The Dutch Protocol for Juvenile Transsexuals: Origins and Evidence*, Journal of Sex & Marital Therapy, DOI:[10.1080/0092623X.2022.2121238](https://doi.org/10.1080/0092623X.2022.2121238)

49 E. Abbruzzese, Stephen B. Levine & Julia W. Mason (2023) *The Myth of "Reliable Research" in Pediatric Gender Medicine: A critical evaluation of the Dutch Studies—and research that has followed* Journal of Sex & Marital Therapy DOI:[10.1080/0092623X.2022.2150346](https://doi.org/10.1080/0092623X.2022.2150346)

- **È presente un errore nella valutazione dei risultati relativi alla disforia di genere**, considerata con l'**Utrecht Gender Dysphoria Scale** e la **Body Image Scale**, utilizzando questionari separati per ciascun sesso. I ricercatori hanno cambiato versione nel corso dello studio (Levine et al.,2022). Un ragazzo che voleva diventare una ragazza, ad esempio, ha risposto ai questionari maschili al tempo 0, mentre nella successiva valutazione sono stati utilizzati questionari di valutazione con scale femminili. Inoltre, va rilevato che gli ultimi studi pubblicati (de Vries,2022, pag.5)⁵⁰, presentano gli stessi errori metodologici. ^{41 42}

- **Non è mai stato dimostrato in realtà, che i benefici possano superare i rischi della dipendenza permanente da interventi medici, con danni irreversibili sulla fertilità e sterilità e di altri possibili danni fisici.**

Inoltre, l'inversione di scala per la valutazione della disforia di genere e sull'immagine corporea fatta dagli autori, rende del tutto invalido il risultato fondamentale della "risoluzione della disforia di genere".

- **Manca di un gruppo di controllo.**

- **Il follow-up è breve, con una perdita di molti pazienti al follow-up.**

- **Mancano dati sugli effetti collaterali a breve e lungo termine** conseguenti ai trattamenti con inibitori della pubertà e ormoni inversi, quando erano già noti gli eventi avversi sul metabolismo osseo e sul cervello. Malgrado queste lacune, la ricerca olandese sostiene **che il tasso di morbilità e mortalità a breve termine, associato alla terapia affermativa, può raggiungere il 6-7%.**

- **Manca la disaggregazione dei dati.** La psicoterapia è stata offerta a tutti i soggetti, rendendo impossibile stabilire se questi pazienti hanno beneficiato delle "terapie affermativa" o "del sostegno psicologico".

- **I risultati raggiunti sono scarsamente generalizzabili e applicabili:** gli studi olandesi non sono applicabili alla maggior parte dei giovani con DG attuali. **Il 100% dei pazienti reclutati nello studio soffriva infatti di disforia di genere ad esordio infantile, non adolescenziale come accade solitamente oggi.**

La **scarsa applicabilità** del protocollo proposto è evidenziata da due fatti: (1) il profilo più comune di giovani che cercano la transizione di genere oggi è un adolescente con comparsa postpuberale di un'identità transgender e significative comorbidità di salute mentale; (2) i ricercatori olandesi hanno esplicitamente

50 de Vries, A. L. C. (2022). Ensuring care for transgender adolescents who need it: Response to 'Reconsidering Informed Consent for Trans-Identified Children, Adolescents and Young Adults'. *Journal of Sex & Marital Therapy*. Advance online publication. doi:10.1080/0092623X.2022.2084479 [Taylor & Francis Online], [Web of Science®], [Google Scholar]

escluso tali pazienti dai loro studi a causa della loro preoccupazione che i rischi di una transizione “precoce” di genere possa superare i benefici.

Ci siamo soffermati a lungo sull’analisi di questi lavori olandesi – de Vries et al. (2011), e de Vries et al. (2014) – perché il "trattamento affermativo", fondato sull’utilizzo di ormoni e chirurgia, **è entrato rapidamente nella pratica clinica in tutto il mondo, senza la necessaria rigorosa ricerca clinica.**

Infatti, le dichiarazioni dell’**Endocrine Society**, riguardo ai potenziali benefici dei bloccanti della pubertà e degli ormoni sessuali invertiti, negli adolescenti con disforia di genere, sono supportate solo da riferimenti a questi due studi (Hembree et al., 2017 pag.12, pag.16)⁵¹. Allo stesso modo, la versione 7 (SOC 7) delle linee guida **“Standards of Care” della World Professional Association for Transgender Health (WPATH) link** – versione in base alla quale si è diffusa la pratica della **medicalizzazione** (terapia affermativa) dei giovani con disforia di genere – fa riferimento solo all’esperienza olandese (Coleman et al., 2012).⁵²

Nonostante molti studi abbiano ormai messo in evidenza i limiti dei lavori olandesi, i sostenitori dell’affermazione di genere **sottolineano** che “i migliori dati longitudinali che abbiamo sui giovani transgender provengono principalmente dalla clinica olandese. Questo è il modello prevalente, su cui la maggior parte delle cliniche americane per esempio, e non solo, ha basato le proprie cure” (Janssen, 2022, 00:47:42).⁵³ Inoltre, tali “riferimenti” a sostegno della terapia affermativa, non prendono in considerazione quei giovani con disforia di genere, il cui disagio si risolve con il tempo, senza ricorrere a interventi medici e chirurgici irreversibili. Un fenomeno documentato ampiamente dalla recente letteratura scientifica.⁵⁴

51 Hembree, W. C., Cohen-Kettenis, P. T., Gooren, L., Hannema, S. E., Meyer, W. J., Murad, M. H., Rosenthal, S. M., Safer, J. D., Tangpricha, V., & T’Sjoen, G. G. (2017). *Endocrine treatment of gender-dysphoric/gender-incongruent persons: An endocrine society* clinical practice guideline*. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 2017, 102(11), 3869–3903. doi:10.1210/jc.2017-01658 [Crossref], [PubMed], [Web of Science®], [Google Scholar]

52 Coleman, E., Radix, A. E., Bouman, W. P., Brown, G. R., de Vries, A. L. C., Deutsch, M. B., Ettner, R., Fraser, L., Goodman, M., Green, J., Hancock, A. B., Johnson, T. W., Karasic, D. H., Knudson, G. A., Leibowitz, S. F., Meyer-Bahlburg, H. F. L., Monstrey, S. J., Motmans, J., Nahata, L., ... Arcelus, J. (2022). *Standards of care for the health of transgender and gender diverse people*. Version 8. *International Journal of Transgender Health*, 2022, 23(sup1), S1–S259. doi:10.1080/26895269.2022.2100644 [Taylor & Francis Online], [Google Scholar]

53 Janssen, A. (2022). 10/28/22 Florida boards of medicine and osteopathic medicine joint rules/legislative committee rule workshop. <https://thefloridachannel.org/videos/10-28-22-florida-boards-of-medicine-and-osteopathic-medicine-joint-rules-legislative-committee-rule-workshop/> Accessed November 12, 2022 [Google Scholar]

54 Hembree WC, Cohen-Kettenis PT, Gooren L, Hannema SE, Meyer WJ, Murad MH, Rosenthal SM, Safer JD, Tangpricha V, T’Sjoen GG. *Endocrine Treatment of Gender-Dysphoric/Gender-Incongruent Persons: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline*. *J Clin Endocrinol Metab*. 2017 Nov 1;102(11):3869-3903. doi: 10.1210/jc.2017-

Lo studio inglese **del GIDS**, (Carmichael P 2021) centro di riferimento mondiale per la cura dei minori trans, ⁵⁵ ha **voluto riprodurre lo studio olandese**: esso ha preso in esame 44 adolescenti, 25 ragazzi alla nascita e 19 ragazze, la cui pubertà era ben avanzata o recentemente completata, con diagnosi di "disforia di genere", dopo una valutazione di 6 mesi. L'età media della popolazione era di 13,6 anni. Gli specialisti hanno attuato il trattamento con bloccanti della pubertà ed effettuato valutazioni mensili, sia somatiche che psico-sociali, utilizzando questionari molto completi, validati sul campo da analizzare. Queste valutazioni sono state effettuate per tutta la durata del trattamento (36 mesi) e fino a sei mesi dopo l'interruzione. **Il 98% dei minori ha successivamente iniziato il trattamento con ormoni inversi.** A livello psicologico e sociale, **non c'è stato alcun cambiamento nella qualità della vita**, nessun cambiamento **nelle comorbidità psicologiche**, nessun cambiamento **nel grado di disforia**, nessun cambiamento **nell'immagine di sé**. Non si è verificato alcun cambiamento, inoltre, **nei comportamenti autolesionistici e sono rimaste le idee auto-aggressive. Dal 30% al 40% dei giovani ha manifestato una ridotta vitalità.** Infine, vengono **segnalati molti effetti collaterali, così come un frequente aumento di peso.**

La ragione principale che legittima il trattamento con bloccanti della pubertà è il miglioramento della sofferenza psicologica di questi giovani: questi dati dimostrano invece che essa non si estingue con cure mediche o trattamenti mirati alla trasformazione corporea.

Altre evidenze:

- Un **documento australiano** afferma che la maggior parte delle prove disponibili che indicano risultati positivi per la riassegnazione di genere sono di scarsa qualità.⁵⁶
- Uno **studio tedesco**⁵⁷ ha trovato prove insufficienti per determinare l'efficacia o la sicurezza degli approcci terapeutici ormonali per le donne transgender in

01658. Erratum in: J Clin Endocrinol Metab. 2018 Feb 1;103(2):699. Erratum in: J Clin Endocrinol Metab. 2018 Jul 1;103(7):2758-2759. PMID: 28945902.

55 Carmichael P., Butler G., *Short-term pubertal suppression in a selected cohort of young people aged 12 to 15 years with persistent gender dysphoria in the UK Plos one February 2021* <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0243894>

56 D'Angelo R. *Psychiatry's ethical involvement in gender-affirming care.* Australasian Psychiatry. 2018;26(5):460-463. doi:[10.1177/1039856218775216](https://doi.org/10.1177/1039856218775216)

57 Haupt C, Henke M, Kutschmar A, Hauser B, Baldinger S, Saenz SR, Schreiber G. *Antiandrogen or estradiol treatment or both during hormone therapy in transitioning transgender women.* Cochrane Database of Systematic Reviews 2020, Issue 11. Art. No.: CD013138. DOI: 10.1002/14651858.CD013138.pub2. Accessed 10 February 2023. [[Link](#)]

transizione", aggiungendo che "la mancanza di studi mostra un divario tra l'attuale pratica clinica e la ricerca clinica".

- Il **National Institute for Health and Care Excellence (NICE)**⁵⁸ ha classificato – negli studi a sostegno della terapia medica transizionale - la certezza delle prove a favore dell'uso di bloccanti della pubertà come "molto bassa" in ogni categoria esaminata, compreso l'impatto sulla disforia di genere, sulla salute mentale, sull'immagine corporea, sul funzionamento globale, sul funzionamento psicosociale, sul funzionamento cognitivo, e sulla mancanza di effetti avversi, in particolare sulla densità ossea. In tutti gli studi mancano gruppi di controllo e qualsiasi cambiamento in positivo potrebbe essere una regressione verso la media.
- Un saggio contenuto nel libro "Inventing transgender children and youth", scritto da Biggs M., descrive in dettaglio la bassa qualità degli studi sulla transizione medica che sono alla base dei trattamenti utilizzati presso il Servizio di sviluppo dell'identità di genere nel Regno Unito, dimostrando come le prove negative siano state "ignorate o sopresse".⁵⁹
- Infine, una revisione sistematica⁶⁰ commissionata **dalla World Professional Association for Transgender Health (WPATH)** per "rivedere sistematicamente l'effetto della terapia ormonale di affermazione di genere sui risultati psicologici tra le persone transgender" ha rilevato che, in alcune aree, c'erano prove di bassa qualità e/o insufficienti.

Sulla base degli ultimi studi esistenti, **l'Alta Corte britannica** ha espresso – nella sentenza pronunciata a Londra nel dicembre 2020 (vo EN) sommario - una serie di giudizi fondamentali sulla somministrazione di bloccanti della pubertà e ormoni cross-sex: questi farmaci **non sono "completamente reversibili"** e non danno al bambino più **"tempo per pensare"** (cioè per decidere sulla propria futura identità di genere), **sono invece il primo passo di un percorso medico al quale si sottraggono pochissimi minori (il 98% dei pazienti a cui vengono prescritti farmaci bloccanti la pubertà, continua infatti con la terapia ormonale). Infine, non ci sono prove che i bloccanti della pubertà allevino il disagio psichico nei giovani.**

58 National Institute for Health and Care Excellence (2021). *Review of evidence: gonadotropin-releasing hormone analogues for children and adolescents with gender dysphoria*. National Institute for Health and Care Excellence (NICE); NHS England; Improving the NHS [\[Link\]](#)

59 Biggs, M. (2019). "The Tavistock's Experiment with Puberty Blockers". In: Moore, M. & Brunsell-Evans, H. (eds.). *Inventing transgender children and youth*. Cambridge Scholars Publishing. [\[Link\]](#)

60 Baker KE, Wilson LM, Sharma R, Dukhanin V, McArthur K, Robinson KA. *Hormone Therapy, Mental Health, and Quality of Life Among Transgender People: A Systematic Review*. J Endocr Soc. 2021 Feb 2;5(4):bvab011. doi: 10.1210/endo/bvab011. PMID: 33644622; PMCID: PMC7894249. [\[Link\]](#)

6. Nei paesi pionieri del cosiddetto “approccio affermativo”, stanno emergendo evidenze che controindicano tali trattamenti.

La Finlandia è diventata nel 2020 il primo Paese a pubblicare le [nuove linee guida per il trattamento della disforia di genere nei giovani](#). Evidenziando i rischi della terapia ormonale, come la demineralizzazione ossea e i possibili effetti sul sistema nervoso centrale e sulla fertilità, le nuove disposizioni danno priorità al trattamento psicologico: "I rischi del trattamento soppressivo della pubertà con analoghi del GnRH e terapia ormonale attualmente superano i possibili benefici".

In particolare, nel maggio 2021 in **Svezia**, l'ospedale universitario Karolinska di Stoccolma ha deciso di vietare l'uso di bloccanti della pubertà e di rivalutare il modo in cui vengono assistiti questi bambini. Nel febbraio 2022, il Consiglio nazionale svedese per la salute e il benessere ha confermato che ci sono più rischi che benefici nel trattamento dei minori con ormoni (bloccanti della pubertà o ormoni incrociati). Sweden National Board of Health & Welfare (NBHW), 2022; https://segm.org/Sweden_ends_use_of_Dutch_protocol

Nel Regno Unito, è stato chiuso il Gender and Identity Development Service (GIDS) del Tavistock and Portman NHS Foundation Trust, l'unico centro medico pubblico dell'Inghilterra dedicato ai bambini e i ragazzi sotto i 17 anni di età con problemi di identità di genere. Il Sistema Sanitario Nazionale Britannico (NHS) ha preso questa drastica decisione dopo i risultati di un'inchiesta indipendente sull'operato della clinica: “L'attuale modello di cura — ha detto Hilary Cass, luminare della pediatria inglese, a capo del team di esperti che ha realizzato l'inchiesta indipendente — mette i giovani pazienti a rischio di disagio mentale e non fornisce un percorso sicuro a lungo termine.”

Le linee guida aggiornate del NHS sul trattamento della disforia di genere hanno rimosso le dichiarazioni sulla **reversibilità** dei bloccanti della pubertà e ora affermano che "si sa poco sugli effetti collaterali a lungo termine degli ormoni o dei bloccanti della pubertà nei bambini con disforia di genere".

Per migliorare l'informazione e rispondere in modo personalizzato ai bisogni dei minori, il rapporto Cass ([rapporto Cass](#) / allegato II) raccomanda che i bambini/adolescenti vengano seguiti da uno staff multidisciplinare, che consenta un percorso assistenziale integrato, olistico, tale da farsi totalmente carico delle loro necessità.

> [Link al comunicato stampa del NHS](#)

> [Link alla relazione intermedia](#) Cass

> [Link alla relazione](#) Cass spiegata, Guardian [-\(FR\)](#).

In Germania, le [Raccomandazioni del febbraio 2020](#), sul trattamento dell'identità trans nei bambini e negli adolescenti, fatte dal Comitato etico, affermano che le

cause del significativo aumento del numero di persone che cercano trattamento e consulenza, (compresa un'alta percentuale di adolescenti con diagnosi di DG), sono controverse e devono essere chiarite da ulteriori studi. Anche gli effetti a lungo termine dei trattamenti medici necessitano di ulteriori ricerche. Il documento sottolinea infine la necessità di potenziare i servizi di consulenza psicosociale e la loro cooperazione con le istituzioni mediche.

Negli Stati Uniti, il dibattito sul trattamento dei minori con disforia di genere è molto politicizzato. Alcuni Stati (tra cui Arkansas, a partire da marzo 2021) stanno introducendo leggi che vietano l'uso di trattamenti ormonali nei minori. [Nell'aprile 2022](#), sulla scia delle decisioni di Finlandia, Svezia, Francia e Regno Unito, il Dipartimento della Salute della Florida ha condotto un ampio studio sulla questione della medicalizzazione dei giovani con disforia di genere, pubblicando infine nuove linee guida che controindicano i bloccanti della pubertà, gli omoni crossex e la chirurgia per i minori.

In Australia e Nuova Zelanda, nel settembre 2021, il Royal College of Psychiatrists ha [cambiato posizione](#), avvertendo gli psichiatri che se ne occupano, dei rischi etici e legali della riassegnazione sessuale dei giovani e della mancanza di prove forti, con una chiara evidenza scientifica, sulla sua utilità o sui suoi effetti dannosi.

In Francia, [il 25 febbraio 2022](#), l'Accademia Nazionale di Medicina francese ha recentemente rilasciato un comunicato stampa in cui ha invitato alla massima cautela collegando i “focolai di giovani” disforici ad un potenziale “contagio sociale” attraverso coetanei e social network⁶¹: "Grande cautela medica deve essere usata nei bambini e negli adolescenti, data la vulnerabilità, soprattutto psicologica, di questa popolazione e i molti effetti avversi, anche gravi complicanze, che possono derivare da alcune delle terapie disponibili".

Mentre i bloccanti della pubertà e gli ormoni transessuali saranno ancora disponibili, sottolinea l'Accademia, "la più grande riserva è necessaria nel loro uso, dati gli effetti collaterali come l'impatto sulla crescita, la fragilità ossea, il rischio di sterilità, le conseguenze emotive e intellettuali e, per le ragazze, i sintomi simili alla menopausa".

Per questo raccomanda:

–un lungo periodo di sostegno psicologico per i bambini e gli adolescenti che esprimono un desiderio di transizione e per i loro genitori;

61 Littman, L., *Parent reports of adolescents and young adults perceived to show signs of a rapid onset of gender dysphoria*. *PLoS ONE*, 2018, 13(8), e0202330. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0202330>; Correction: *PLoS ONE* 2019; 14(3): e0214157. Published online 2019 Mar 19. doi: [1371/journal.pone.0214157](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0214157)

- In caso di persistenza del desiderio di transizione, un **attento processo decisionale** e consultazioni multidisciplinari, in merito al **trattamento medico** con bloccanti ormonali o ormoni del sesso opposto;
- l'introduzione, negli studi medici, di un'adeguata formazione clinica per informare e guidare i giovani e le loro famiglie;
- La promozione della ricerca, sia clinica che biologica ed etica, finora troppo rara in Francia su questo argomento.
- La vigilanza dei genitori di fronte alle domande dei loro figli sulla transidentità o sul loro malessere, evidenziando come l'iperconnessione sui social network possa causare o accrescere in loro un sentimento di incongruenza di genere.

In Italia, l'esecutivo della Società Psicoanalitica Italiana (La SPI)⁶² ha pubblicato un comunicato, inviato anche al governo e al ministro della salute, [qui](#), in cui esprime grande preoccupazione per l'uso di farmaci finalizzati ad arrestare lo sviluppo puberale in ragazzi con disforia di genere.

Il documento sottolinea che:

- La diagnosi di “disforia di genere” in età prepuberale è basata sulle affermazioni dei soggetti interessati e non può essere oggetto di un'attenta valutazione finché lo sviluppo dell'identità sessuale è ancora in corso.
- Solo una parte minoritaria dei ragazzi che dichiarano di non identificarsi con il loro sesso biologico conferma questa posizione nell'adolescenza, dopo la pubertà.
- Sospendere o prevenire lo sviluppo psicosessuale di un soggetto, in attesa della maturazione di una sua definizione identitaria stabile, è in contraddizione con il fatto che questo sviluppo è un fattore centrale del processo di definizione personale.
- Anche nei casi in cui la dichiarata “disforia di genere” in età prepuberale si confermi in adolescenza, l'arresto dello sviluppo non può sfociare in un corpo diverso, sotto il profilo sessuale da quello originario.
- Lo sviluppo sessuale del proprio corpo anche quando contraddice un opposto orientamento interno consente un appagamento erotico che un corpo “bloccato” o manipolato non offre.

⁶² La Società Psicoanalitica Italiana (SPI) è stata fondata a Teramo il 7 giugno del 1925 e riconosciuta nel 1936 dall'Associazione Psicoanalitica Internazionale (IPA) fondata nel 1910 da Sigmund Freud. La SPI è società componente dell'International Psychoanalytical Association (IPA) e dell'European Federation of Psychoanalysis (EFP). Gli psicoanalisti della SPI sono medici chirurghi, psichiatri, neuropsichiatri infantili, psicologi e psicoterapeuti. La Società Psicoanalitica ha anche una scuola di formazione, Istituto Nazionale del Training, riconosciuta dal MIUR ai sensi della legge n. 56 del 18.2.89, D. M. del 29 gennaio 2001, G. U. del 19 febbraio 2001.

La sperimentazione in atto, conclude il documento, elude un'attenta valutazione scientifica accompagnata da un'approfondita riflessione sullo sviluppo psichico dei pazienti e suscita forti perplessità.

7. FOCUS: revisione degli studi pubblicati su “transizione o suicidio”.⁶³

Un fondamentale studio svedese⁶⁴ (Dhejne C, 2011) – che analizza la qualità della vita delle persone transessuali, dopo gli interventi chirurgici di riassegnazione sessuale, lungo un arco temporale di **30 anni** – conclude che: **“... l'intervento chirurgico e la terapia ormonale non sono a quanto sembra sufficienti per porre rimedio agli alti tassi di [malattia mentale] e mortalità che si rilevano tra le persone transessuali ... Le nostre scoperte indicano che la riassegnazione sessuale, sebbene dia sollievo alla disforia di genere, potrebbe non essere sufficiente come trattamento per la transessualità...”**

- Un **Decision Memorandum della Medicare National Coverage Analysis (NCA) statunitense** (2016), che ha esaminato lo studio di Dhejne, ha affermato che non si può escludere che gli stessi interventi terapeutici [cioè la chirurgia transgender] sia la causa dell'eccesso di disturbi mentali e della mortalità osservato.

La metanalisi di Adams, 2017,⁶⁵ presi in esame 42 studi sui tentativi di suicidio negli adulti transgender, rileva che in realtà i pensieri suicidari paiono aumentare dopo la transizione medica, e i tentativi di suicidio non sembrano diminuire.

Uno studio ampiamente citato per dimostrare che i bloccanti della pubertà riducono i tentativi di suicidio, nascondeva in realtà scoperte antitetiche (**Turban 2020**)⁶⁶:

- Lo studio impiegava uno scadente sistema di ricerca della correlazionale, che non è in grado di verificare la causalità.
- **L'abstract dello studio affermava che i bloccanti della pubertà avevano diminuito i pensieri suicidari negli adolescenti, ma ometteva di riferire**

⁶³ This document is available at: https://institute-research.com/pdf/Transgender_Research--5_Questions_for_Parents_%26_Policymakers_%28IRE%209-26-22%29.pdf [link](#)

⁶⁴ Dhejne C, Lichtenstein P, Boman M, Johansson ALV, Langstrom N, et al. (2011) *Long-Term Follow-Up of Transsexual Persons Undergoing Sex Reassignment Surgery: Cohort Study in Sweden*. PLoS ONE 6(2): e16885

⁶⁵ Adams, N., M. Hitomi, and C. Moody. 2017. “*Varied Reports of Adult Transgender Suicidality: Synthesizing and Describing the Peer-Reviewed and Gray Literature*.” *Transgender Health* 2017, 2:60–75.

⁶⁶ Turban JL, King D, Carswell JM, Keuroghlian AS. (2020). “*Pubertal Suppression for Transgender Youth and Risk of Suicidal Ideation*,” *Pediatrics*, 2020, Vol. 145, No. 2, p. e20191725

che non avevano ridotto le più gravi manifestazioni di tali idee ricorrenti: le ideazioni suicidarie, i tentativi di suicidio nel corso della vita, e i tentativi di suicidio che hanno richiesto un'ospedalizzazione.

- I risultati dello studio indicano che è possibile ci siano stati aumenti dei tentativi di suicidio recenti dopo la somministrazione di bloccanti della pubertà, anche se il dato non è significativo a causa dei numeri ridotti. **E il 75% di coloro ai quali sono stati somministrati bloccanti della pubertà ha continuato ad avere pensieri suicidari.**

Uno studio recente (**Carmichael 2021**), ⁶⁷modellato su una ricerca iniziale condotta nei Paesi Bassi la quale sosteneva che i bloccanti della pubertà miglioravano la salute mentale dei giovani transgender (de Vries 2011), **ha rilevato che i bloccanti della pubertà non avevano effetti positivi sulla salute mentale o sulla suicidalità.**

Un recente studio, sempre di **Turban**, del **2022**,⁶⁸ spesso citato per provare che gli ormoni cross-sex somministrati durante l'adolescenza riducono la suicidalità in età adulta, **oscura delle scoperte contrarie e sembra minimizzare le evidenze che indicano un aumento della suicidalità per i pazienti di 16-17 anni:**

- Lo studio aveva solo un disegno **di ricerca correlazionale**, usava un campione non rappresentativo, **era privo di controlli adeguati che tenessero conto delle condizioni di salute mentale preesistenti, infine, metteva insieme gli effetti di due ormoni molto diversi (testosterone ed estrogeni).**
- L'abstract dello studio segnalava una riduzione dei pensieri suicidari in coloro che iniziavano l'assunzione di ormoni cross-sex entro i 17 anni, per provare gli esiti positivi del trattamento. **Ma non c'era alcuna riduzione nelle manifestazioni più gravi di suicidalità – ideazione suicidaria, tentativo di suicidio o tentativo di suicidio che ha richiesto un'ospedalizzazione – in relazione all'uso di ormoni cross-sex a qualsiasi età. Come nel suo studio precedente (Turban, 2020), l'autore ha tralasciato di includere nell'abstract - dove dovrebbero essere riportati i risultati fondamentali - le scoperte sfavorevoli alla tesi sostenuta.**
- I ragazzi di 16 o 17 anni che hanno assunto ormoni avevano una probabilità più che doppia di riportare un “tentativo di suicidio che ha richiesto

67 Carmichael P, Butler G, Masic U, Cole TJ, De Stavola BL, Davidson S, et al. (2021) *Short term outcomes of pubertal suppression in a selected cohort of 12 to 15 year old young people with persistent gender dysphoria in the UK.* PLoS ONE 16(2): e0243894

68 Turban JL, King D, Kobe J, Reisner SL, Keuroghlian, (2022) “*Access to Gender-Affirming Hormones During Adolescence and Mental Health Outcomes Among Transgender Adults,*” PLoS ONE, Vol. 17, No. 1 (January 12, 2022), p. e0261039, <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0261039>

l'ospedalizzazione nell'anno precedente” (aOR= 2.2, p<0.1). Ma innalzando la soglia per la significatività statistica oltre il livello standard per la ricerca empirica (cioè p<.001 anziché p<.05-una discutibile correzione di Bonferroni) lo studio ha evitato di riportare questo dato come significativo di un aumento della suicidalità correlata alla terapia ormonale sperimentata nell'adolescenza.

Una seconda analisi (Biggs, 2022a)⁶⁹ degli stessi dati utilizzati in Turban, 2022 (voce precedente) ha riscontrato che:

- l'uso di ormoni cross-sex aumenta significativamente la suicidalità (quasi il doppio) per i maschi biologici sottoposti a estrogeni – aumento di ideazioni suicide, tentativo di suicidio, tentativo di suicidio che ha richiesto ospedalizzazione – quando si sono analizzati i loro dati separatamente da quelli delle femmine.
- L'assunzione di bloccanti della pubertà nell'adolescenza non riduceva in alcuna misura le ideazioni suicide.

Questo studio (Tordoff, 2022)⁷⁰ intendeva dimostrare che gli ormoni cross-sex riducevano i tassi di depressione e suicidalità in 57 adolescenti, ma:

- Non riportava cali significativi di questi tassi rispetto alla baseline dopo 12 mesi di follow up: essi rimanevano elevati a 12 mesi dall'avvio del trattamento ormonale, con un 56% di depressi e 37% con pensieri suicidari. • Si dichiaravano “riduzioni” dovute agli ormoni, perché i tassi non aumentavano come accadeva nel gruppo che non assumeva ormoni, in cui i tassi aumentavano in modo consistente nei 12 mesi di follow up. Tuttavia, a differenza del gruppo in terapia ormonale, questo secondo gruppo aveva un 82% di drop out, che lo riduceva a 7 giovani e ne invalidava quindi l'utilizzo come idoneo gruppo di confronto. • Questi dati, nel supplemento allo studio, (Reddit 2022),⁷¹ non mostrano che gli ormoni cross-sex abbiano migliorato la salute mentale nei giovani transgender.

69 Biggs M. (2022a). “Comment on Turban et al. 2022: *Estrogen Is Associated with Greater Suicidality Among Transgender [Fe]Males, and Puberty Suppression Is Not Associated with Better Mental Health Outcomes for Either Sex,*” figshare, journal contribution, 2022, <https://doi.org/10.6084/m9.figshare.19018868.v1>

70 Tordoff, D.M., Wanta, J.W., Collin, A., Stepney, C., Inwards-Breland, D.J., and Ahrens, K. (2022). *Mental Health Outcomes in Transgender and Nonbinary Youths Receiving Gender-Affirming Care*. Pediatrics. JAMA Network Open. 2022;5(2): e220978. doi:10.1001/jamanetworkopen.2022.0978

71 Reddit. (2022). “*Transgender and nonbinary youth who received gender affirming medical care experienced greatly reduced rates of suicidality and depression over the course of 12 months.*” This archived post, deleted in March, 2022, shows the claims initially being made about the Tordoff, et al., 2022, study. Available at: https://www.reddit.com/r/science/comments/t5kaiy/transgender_and_nonbinary_youth_who_received/

Una analisi longitudinale (Biggs, 2022b) delle cartelle di pazienti della più grande clinica al mondo per i giovani transgender riferisce che:

- Non c'erano differenze nel tasso di suicidalità tra coloro che non erano ancora stati sottoposti al trattamento (bloccanti della pubertà e/o ormoni cross-sex) e coloro che vi erano stati sottoposti: “È irresponsabile esagerare la prevalenza dei suicidi ... Dati provenienti dalla più grande clinica al mondo per i giovani transgender, raccolti in un periodo di oltre 11 anni, [attestano che] ... la percentuale di pazienti individuali morti per suicidio era lo 0,03% [o 3 su 10.000], che è di diversi ordini di grandezza inferiore alla percentuale di adolescenti transgender che, nelle rilevazioni, riferiscono di avere tentato il suicidio”.
- La considerazione che le morti [reali] erano così rare è una informazione utile per i giovani transgender e per le loro famiglie. (Levine, 2022)²⁴

“La narrazione 'transizione o suicidio' implica falsamente che la transizione prevenga il suicidio.... [Tuttavia] non c'è dimostrazione che né gli ormoni, né l'intervento chirurgico riducano la suicidalità nel lungo periodo ... [Per questo] la narrazione 'transizione o morte', con la quale viene detto ai genitori che la loro scelta è solo tra 'una figlia transgender viva o un figlio morto' (o viceversa) è sia oggettivamente errata che eticamente sbagliata”.

Dal testo dell'Appello:

“Alcuni psichiatri brandiscono sistematicamente un presunto grande rischio suicidario in questa giovane popolazione, per squalificare come ‘criminali’ tutti i comportamenti prudenti, che mettono in discussione la radicalità del trattamento, o semplicemente suggeriscono la necessità di prendersi del tempo.

Così, il padre di una giovane ragazza che ha deciso di cambiare sesso, attesta il modo in cui gli viene chiesto, ogni volta che mette in dubbio l'urgenza dei trattamenti
"Signore, preferirebbe una ragazza morta o un ragazzo vivo?" (12). *Questa formula, ripetuta regolarmente da diversi interlocutori, ricatta questo padre che è chiamato a scegliere tra essere un buon padre o un cattivo padre "transfobico", il quale oltretutto sarebbe responsabile del presunto suicidio del figlio (13).*

Tuttavia, sembra importante sottolineare:

- Che gli studi che affermano l'esistenza di un tale rischio sono limitati e controversi (14) perché non possono dimostrare che altri fattori non siano coinvolti. Non si basano su alcun procedimento scientifico, come lo svolgimento di gruppi di controllo o studi longitudinali.

- Possiamo vedere un effetto benefico del trattamento ormonale sul momento, ma non sappiamo cosa accadrà negli anni successivi.
- Che il rischio di suicidio è davvero maggiore nella popolazione trans, ma questo anche tra gli adulti e successivamente alle trasformazioni sociali e fisiche attuate.
- Infine, anche se questo trattamento sembra pertinente in alcuni casi, in altri soggetti (i cosiddetti “detransitioner”) risulta evidente il rimpianto per la condizione precedente (15)”.

(12) Testimonianza scritta di un padre che per il momento è rimasto anonimo, ma che è pronto a testimoniare apertamente.

(13) Su questo argomento si veda questo articolo <https://www.transgendertrend.com/suicide-bytrans-identified-children-in-england-and-wales/>. Questo articolo del Prof. Mickael Biggs (Sociology, Oxford) sul tasso di suicidio dei giovani transidentificati, tende a mostrare: a) che se la transitorietà può essere un'aggravante, rimane comunque ben al di sotto dell'anoressia e della depressione e b) che non può essere considerato senza tener conto del nesso autismo-transidentità (l'autismo è di per sé un'aggravante del suicidio).

(14) Studi rifiutati, incompleti o che estrapolano i risultati. Vedi <https://medicine.yale.edu/newsarticle/26859/>, ma anche le indagini svolte per la sentenza Bell contro la Tavistock Clinic, oltre che l'indagine sul documentario svedese *Trans train*.

(15) Cfr. Bell contro Tavistock, ma anche testimonianze di adulti. Pure il documentario svedese *Trans Train* racconta testimonianze di persone transgender che condividono le loro domande e persino le loro critiche riguardo alle cure mediche.

8. La De-transizione

DETRANSIZIONE

“Detransitioners” - il termine definisce coloro che, dopo un percorso di cambiamento di genere, chirurgico e/o ormonale, ritengono opportuno tornare al genere di partenza.

In questi ultimi anni si sta imponendo il fenomeno dei cosiddetti detransitioner, ossia di coloro che, dopo un percorso di cambiamento di genere, chirurgico e/o ormonale, scelgono di tornare al genere di partenza.

Segnaliamo gli studi più recenti che affrontano questo argomento.^{72 73 74 75 76 77 78} Uno studio del **UK National Adult Gender Identity Clinic (GIC)**, riferimento mondiale in termini di transidentità, ha osservato un tasso totale di detransizione intorno al 10%.⁶⁹

Nella pubblicazione **GIC**, che includeva anche adulti molto giovani (17 anni per le ragazze), il 90% delle ragazze era stata mastectomizzata e la durata della transizione era stata molto breve.

In altri studi, la percentuale del fenomeno va dal 33% (Littman)⁷⁰ al 45% (Vandenbusche)⁷⁹ e tutte le ragazze avevano precedentemente subito un intervento chirurgico.

72 Boyd I, Hackett T, Bewley S. *Care of Transgender Patients: A General Practice Quality Improvement Approach*. Healthcare. 2022; 10(1):121. <https://doi.org/10.3390/healthcare10010121>

73 D'Angelo, R. (2020). *The man I am trying to be is not me*. The International Journal of Psychoanalysis, 2020,101(5), 951–970. <https://doi.org/10.1080/00207578.2020.1810049>

74 Entwistle, K. (2020). *Debate: Reality check – Detransitioners' testimonies require us to rethink gender dysphoria*. Child and Adolescent Mental Health, camh.12380. <https://doi.org/10.1111/camh.12380>

75 Expósito-Campos, P. (2021). *A Typology of Gender Detransition and Its Implications for Healthcare Providers*. Journal of Sex & Marital Therapy. <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/0092623X.2020.1869126>

76 Hall, R., Mitchell, L., & Sachdeva, J. (2021). *Access to care and frequency of detransition among a cohort discharged by a UK national adult gender identity clinic: Retrospective case-note review*. BJPsych Open, 2021,7(6), e184. <https://doi.org/10.1192/bjo.2021.1022>

77 Littman, L. (2021). *Individuals Treated for Gender Dysphoria with Medical and/or Surgical Transition Who Subsequently Detransitioned: A Survey of 100 Detransitioners*. Archives of Sexual Behavior. <https://doi.org/10.1007/s10508-021-02163-w>

78 Marchiano, L. (2021). *Gender detransition: A case study*. Journal of Analytical Psychology,2021,66(4), 813–832. <https://doi.org/10.1111/1468-5922.12711>

79 Vandenbussche E. *Detransition-related needs and support: a cross-sectional online survey*. Journal of homosexuality. 2021 Apr 30; 1-19. Doi: 10.1080/00918369.2021.1919479. Epub 2021 Apr 30. PMID: 33929297.

La questione preponderante che emerge dal vissuto di questi bambini/ragazzi “*detransitioners*” non è il desiderio di cambiare genere, **ma la sofferenza indotta dalle psicopatologie che accompagnano il 60-70% dei casi**. Molti di loro denunciano i medici che li hanno curati per aver **trascurato i loro disturbi psichici**, la loro **sofferenza e la loro storia traumatica**, e di **averli fuorviati con una diagnosi errata, rafforzando un problema che era solo il sintomo di una problematica più complessa**. Le storie di vita di questi bambini/adolescenti, gli elementi familiari e psico-sociali spesso fanno luce sulla loro affermazione identitaria. Essa si rivela un'espressione delle loro difficoltà psichiche: una somatizzazione incentrata sul rifiuto del corpo, come avviene per i disturbi alimentari, frequentemente associato alla disforia di genere. Ed è a questa somatizzazione che oggi rispondono i farmaci che bloccano la pubertà, **in breve, essi trattano l'effetto come fosse la causa del disagio psicologico e, al fine di migliorare o curare i disturbi psichici, modificano il corpo**, come mostrato da A. Condat in un articolo che riporta diversi casi clinici.⁸⁰

La negazione di questi problemi è supportata sicuramente da un fattore ideologico, che porta molti professionisti "pro-affermativi" a non valutare le evidenze scientifiche che stanno emergendo.

La neo-identità viene chiamata "autentica", autenticità che però avrebbe bisogno di essere discussa, e dovrebbe tener conto di fattori psicologici, in particolare relazioni genitoriali disfunzionali o psicopatologie, nei quali il corpo sbagliato non è “la causa” principale da curare, per di più pesantemente. Infatti, bambini e adolescenti vengono avviati a trattamenti di cui non conosciamo gli effetti collaterali a distanza e che provocano loro danni irreversibili. Non sono mai state trovate anomalie biologiche, ormonali o dello sviluppo sessuale nelle persone trans. La cosiddetta neo-identità autentica è definita come un singolare sentimento intimo, totalmente autoreferenziale⁸¹

Tutti i protocolli “affermativi”, in un bambino con diagnosi di DG, in realtà **“fissano”** la sua identità invertita e non gli permettono di valutare scelte diverse dalla medicalizzazione con ormoni cross-sex e la successiva transizione chirurgica (tutti i 55 bambini dello studio olandese citato hanno subito un intervento chirurgico).

80 A.Condat, F.Bekhaled, N.Mendes, C.Lagrange, L.Mathivon, D.Cohen, *La dysphorie de genre chez l'enfant et l'adolescent : histoire française et vignettes cliniques*, Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence, 2016,64, 7-15

81 A.Pullen Sans Façon D.*Médico jeunes Trans et non binaires de l'accompagnement à l'affirmation* , Les éditions du remue ménage , Ch 14, F.Susset et M. Rabiau « le soutien psychothérapeutique des enfants créatifs.v.es dans leur genre, Trans et non binaires. »

Questo dato va messo in correlazione anche con quelli della letteratura che attestano come la disforia di genere ad esordio infantile abbia un alto tasso di risoluzione naturale, con il 61-98% dei bambini che si riconcilia con il proprio sesso biologico durante la pubertà.

Da segnalare inoltre²⁵ che dal dibattito in corso all'interno delle comunità LGBT, emerge la preoccupazione riguardo la possibilità che il trattamento di transizione copra/censuri una questione legata piuttosto all'orientamento sessuale del minore: la percezione di sé come non congruente rispetto al genere di nascita potrebbe dipendere, invece, da un **orientamento sessuale di tipo omosessuale**, e **non dalla propria identità di genere**⁸². Se così fosse, saremmo in presenza di un tentativo di "curare/modificare" un orientamento omosessuale mediante un percorso di transizione di genere, interferendo con lo sviluppo dell'orientamento sessuale.⁸³

Dal testo dell'Appello:

"Ci sembra molto inquietante e problematico negare a tali soggetti in divenire l'accesso a uno stadio di sviluppo essenziale per la loro costruzione psichica. L'interesse superiore del bambino, legato alla sua immaturità fisica e cognitiva, dovrebbe vietarci qualsiasi intervento sul suo corpo che non sia una questione di urgenza vitale o di cure essenziali per la sua salute. Il colloquio con i familiari e gli stessi bambini dovrebbero avere la precedenza durante l'infanzia e l'adolescenza, per aiutare il minore a trovare risposte specifiche alla sua sofferenza (e non offrirgli un protocollo medico sistematizzato), preservando o aprendogli la possibilità di un dubbio sulla sua problematica.

Noi raccomandiamo:

- **Studi multidisciplinari di salute pubblica** svolti nei servizi ospedalieri, collegi e scuole superiori per mostrare la consistenza numerica della "disforia di genere"
- **Seri studi e ricerche mediche e psichiatriche**, intrapresi senza conflitto di interessi o obiettivi ideologici, per comprendere meglio questa nuova e giovanissima popolazione, per determinare l'impatto fisico e psicologico di questo tipo di trattamento sugli adulti prima di applicarlo uniformemente nei bambini e adolescenti, per osservare il peso dell'ambiente familiare, ma anche delle recenti influenze sociali. Sarebbe rilevante, come ha fatto il Regno Unito e come stanno iniziando a pensare altri Paesi (Stati Uniti, Svezia, Svizzera), sottoporre la questione a un Comitato di riflessione e di etica, composto da **psichiatri e legali, ma anche da persone interessate alla tutela dell'infanzia**, in modo che, anche noi in Francia, possiamo legiferare su questa violazione del corpo del minore.

⁸² Ad es. Giovanna Camertonil, Daniela Danna, Cristina Gramolini per ArciLesbica, in <https://www.facebook.com/Arcilesbica/posts/1572271469547982>

⁸³ A. Korte, D. Gocker, H. Krude, U. Lehmul, et al. , *Gender identity disorders in childhood and adolescence*. Dtsch Arztebl Int., 2008; 105, 834–841.

- Infine, la realizzazione di **approfondite consulenze investigative e/o psicoterapie specialistiche** indipendenti dagli ospedali, luoghi di consultazione neutri e autonomi da ogni influenza ideologica, effettuati da personale specializzato che ha seguito una formazione **multidisciplinare (medica, psicologica, sociologica, giuridica, ecc...), necessaria per affrontare questi problemi**, per accogliere queste famiglie in discussione e spesso in crisi, e per rendere conto del proprio operato davanti alle autorità competenti. Tale compito non può limitarsi a convalidare prescrizioni terapeutiche effettuate da endocrinologi, per quanto efficaci possano essere, come di fatto avviene in alcuni servizi psichiatrici dedicati alla disforia di genere”.

9. Conclusioni: necessità di cautela e di una migliore ricerca

In questo contesto di incertezza, **riteniamo necessario**, agire con prudenza ed approfondire lo studio di tutti gli aspetti relativi alla transidentità, in particolare i legami tra transizione sociale e transizione medica, gli effetti a lungo termine dei trattamenti, la nozione di consenso informato, il fenomeno del contagio sociale, il ruolo dei social media e i fattori di comorbidità che spesso accompagnano la disforia di genere.