

GenIUS

RIVISTA DI STUDI GIURIDICI
SULL'ORIENTAMENTO SESSUALE E L'IDENTITÀ DI GENERE

Focus

I minori gender variant: aspetti e punti di vista

PUBBLICAZIONE TELEMATICA SEMESTRALE REGISTRATA PRESSO IL TRIBUNALE DI BOLOGNA · ISSN 2384-9495

online first
destinato a GenIUS 2019-2

FOCUS

I minori gender variant: aspetti e punti di vista

Storia di una bambina che fin da piccola ha mostrato gusti, atteggiamenti e modi di fare associati, nell'immaginario, a un bambino

Silvia Manzani

Minori Gender Variant: il ruolo che un'Azienda Sanitaria può (deve?) svolgere

Fulvia Signani, Nicoletta Natalini, Claudio Vagnini

Transfobia e pressione sociale

Paolo Valerio, Cristiano Scandurra, Fabrizio Mezza

La presa in carico psicologica di minori con sviluppo d'identità di genere atipico

Jiska Ristori, Francesca Mazzoli

La presa in carico di minori con sviluppo atipico dell'identità di genere - adolescenza

Daniela Anna Nadalin

La ricerca pubblica attenta alle identità di genere

Marina Pierdominici, Matteo Marconi, Maria Teresa Pagano, Paola Matarrese

Benefici e Rischi nel Trattamento Farmacologico con Triptorelina nella Disforia di Genere

Katia Varani, Fulvia Signani

*Silvia Manzani*¹

Storia di una bambina che fin da piccola ha mostrato gusti, atteggiamenti e modi di fare associati, nell'immaginario, a un bambino

Chissà, forse me la immaginavo con i capelli lunghi e biondi, con la gonna e una maglietta sul viola. Mi immaginavo mi chiedesse di iscriverla a danza, di farle i codini o le trecce, di giocare con le bambole. Avevo 26 anni, quando aspettavo Violante. E per quanto mi ritenessi una persona aperta e larga di vedute, non sapevo nulla di identità di genere. Oggi mia figlia ha undici anni, i capelli corti, gioca a calcio, porta gli slip di Spiderman, suona il basso e la batteria. Già da qualche tempo non dice più "volevo essere un maschio" ma continua a essere considerata un "maschiaccio", o "tomboy", dal titolo del suo film preferito.

Aveva circa quattro anni, quando la maestra della scuola dell'infanzia mi convocò per dirmi che c'era un "problema". Il problema era che Violante giocava quasi esclusivamente con i maschi, che alla recita si era messa a piangere perché non voleva interpretare Teodora ma Giustiniano, che "come è possibile non metta mai qualcosa di femminile". Uscii molto arrabbiata, da quel colloquio. Mi sembrava, nella mia ancora acerba ingenuità, che quel modo di approcciare la personalità di mia figlia fosse decisamente aggressivo, schiacciante, discriminatorio. Stavo prendendo confidenza anche io con l'argomento ma ero molto lontana dal vivere i gusti e le preferenze di mia figlia per amicizie, abbigliamento e giocattoli come qualcosa di patologico. Violante da qualche tempo aveva preso a rifiutare le gonne, i vestiti rosa, i capelli lunghi. E io avevo preso a seguirla in questo suo crescere, cambiare, in questo suo comunicarmi chi era e che cosa voleva essere. La vedevo come una bambina decisamente alternativa, non omologata, distante anni luce dall'idea che abbiamo di "bambina". Già la sua educatrice del nido, in tempi "non sospetti", anni prima mi aveva detto che Violante era una bambina che "rifiuta lo stereotipo". Oggi mi tornano a mente quelle parole, che mi appaiono così lungimiranti.

Mi rammarico, adesso che sono passati anni, di non avere ritenuto così gravi come oggi, invece, mi sembrano, le idee e gli approcci di quella maestra alla materna. Che battaglia quotidiana avrà condotto, nei confronti di mia figlia? Quanto l'avrà fatta soffrire? Quanto l'avrà censurata, giudicata, fatta sentire "strana"? Domande alle quali non troverò di certo risposta. Fatto sta che in prima elementare, forse sulla scia di quell'esperienza negativa, Violante ha iniziato quella che io ho vissuto come una fortissima, a tratti ingestibile, ribellione. Non perché essere diversi e lontani dalle aspettative degli altri significhi, necessariamente, essere ribelli. Ma perché il modo in cui mia figlia manifestava le proprie volontà e il suo distinguersi dalle coetanee era rabbioso, netto, esagerato. Spesso, la mattina, trovare qualcosa da indossare per andare a scuola era una

1 Giornalista, vive a Ravenna, fa parte della redazione del portale d'informazione www.emiliaromagnamamma.it, è mamma di Violante, protagonista del racconto.

lotta sfinente. Così come comprare un paio di scarpe, decidere cosa mettersi per andare a un matrimonio, scegliere uno zaino, dare le indicazioni per un taglio di capelli alla parrucchiera. Ci sono stati momenti di grande scontro in famiglia, non perché noi volessimo ostacolarla o impedirle di fare quello che si sentiva ma perché Violante era estrema ed esagerata in ogni sua manifestazione. Avevamo l'impressione, certe volte, che volesse scaricare anni di rabbia, anni di frustrazione, anni di continui tentativi di metterla a tacere.

Allo stesso tempo, Violante ci è sempre sembrata tanto determinata quanto forte nel portare avanti le proprie scelte e il proprio modo di essere, nel mostrarsi agli altri, nel fregarsene dei pareri della gente e del giudizio degli altri.

“Tu sei un maschio, nel bagno delle femmine non puoi venire”, le hanno detto alcune bambine un giorno a scuola. È stato l'unico episodio, nel contesto scolastico, che mi abbia segnalato in cinque anni. Per il resto, i suoi compagni e le sue compagne non hanno mai pronunciato commenti infelici, se non in qualche rarissimo caso per nulla grave. Le sue insegnanti, allo stesso modo, non hanno mostrato disagio davanti al fatto che Violante abbia sempre portato il grembiule “da femmina” aperto sul davanti e rigorosamente senza il fiocco che portano le bambine. Anche fuori dalla scuola, mia figlia ha avuto la strada spianata. Non solo perché io e il padre l'abbiamo assecondata e sostenuta ma perché ha trovato ambienti favorevoli, democratici, accoglienti: quello della break dance, che ha frequentato dalla prima alla quarta elementare, quello della musica che oggi è la sua principale passione e quello del calcio femminile, che ha scoperto quest'anno.

La strada non è sempre stata in discesa, certo. L'ultima estate, per noi che viviamo al mare, è stata il primo banco di prova del suo corpo cambiato, del seno che inizia a crescere, in particolare. Il problema, per lei, è stato il tipo di costume da scegliere. Scelta di non poco conto per una bambina che fino a quel momento aveva sempre indossato, in spiaggia, pantaloncini da calcio o boxer. La soluzione, alla fine, non l'abbiamo trovata. Per lei il top era troppo femminile, il costume intero pure. E ha passato l'estate in maglietta, non privandosi lo stesso del piacere dei bagni in mare, preceduti da velocissime corse dall'ombrellone all'acqua, con le mani incrociate sul petto. Dopo qualche settimana a cercare di convincerla che un costume, per stare serena, avrebbe dovuto trovarlo, ho mollato la presa, notando una grandissima tranquillità nel momento in cui ha smesso di sentire addosso lo “stress da costume”.

Solo una volta, mentre la accompagnavo a letto, ho esplicitato la domanda più annosa, chiedendole se si sentisse un maschio o una femmina. Lei mi ha risposto “una femmina, mamma” e io ho replicato che doveva stare tranquilla, perché se si fosse sentita un maschio noi non le avremmo fatto alcuna guerra, anzi l'avremmo appoggiata. Sono ormai alcuni anni che Violante non fa riferimenti al fatto di essere un maschio (“io sono un maschio”, ha più volte ripetuto da piccola) o alla volontà di avere un pene (qualche volta è successo che abbia espresso questo desiderio). Per strada e in giro continuano, nove volte su dieci, a riferirsi a lei come a un bambino, senza che lei replichi mai. Questa posizione la tiene da sempre, fin dai primi momenti in cui – complici i capelli a zero e le tute blu – chi non la conosce ha iniziato a non avere il minimo dubbio sul fatto che si trattasse di un bambino. Quando succede, la reazione è in genere un sorriso divertito, come se pensasse: “Anche questa volta ci sono cascati ma io non ho tempo da perdere a spiegare, né tantomeno desidero precisare”.

Da una decina di mesi, in concomitanza con la frequentazione della squadra di calcio femminile e con il suo sviluppo fisico (seno, peluria), Violante ha modificato poco a poco alcune delle

sue abitudini. Senza che noi la pressiamo mai a fare nulla che sia contro la sua volontà, ha iniziato a indossare pantaloni più stretti e “femminili”, scarpe considerate unisex e in piscina, in qualche occasione, dopo svariate prove e anche molte risate (perché bisogna anche metterla sul ridere), ha indossato uno dei miei costumi interi, stupendosi nel vedersi in una veste del tutto nuova davanti allo specchio (non so ancora se in positivo o in negativo).

Per qualche tempo, in passato, mi ha detto che le sarebbe piaciuto chiamarsi Alex e in alcuni contesti, trovandosi a giocare con bambini e bambine che non la conoscono, ha “tenuto la parte del maschio”. Fin da quando ero ragazzina, dopo la lettura del libro di Bianca Pitzorno “Speciale Violante”, sapevo che mia figlia si sarebbe chiamata così. Non tanto per un fantomatico riferimento al colore viola, quanto per il participio presente del verbo “violare”. In questo senso, mai nome fu più azzeccato. Per me e per noi è lei, forse lui, sicuramente quello che si sente di essere e che deciderà di essere. E ci avrà sempre dalla sua parte.

È anche il senso del cortometraggio “Odio il rosa!” di Margherita Ferri² che ha come protagonista, appunto, Violante. Quando la regista ci ha raccontato del suo desiderio di girare un corto su di lei, ci ha spiegato che la sua motivazione più grande era legata al fatto che in casa nostra ci fossero un’ accoglienza e una “normalità” inedite. Chissà, forse dall’ esterno qualcuno può pensare che ci sia qualcosa da accettare, da farsi andar bene. Qualcuno può anche credere, come mi ha detto una volta una mamma fuori da scuola, che io la femmina “la debba ancora fare”. Vista da dentro, è davvero tutta un’ altra storia. Che fa rima, solamente, con amore.

2 “Odio il rosa!”, cortometraggio del 2017 della regista imolese Margherita Ferri prodotto da Thanks Mom Production, ha avuto numerosi riconoscimenti, tra cui il premio come miglior corto italiano nella sezione "Punti di vista" dell'edizione 2017 dell'AS Film Festival di Roma e il premio 2018 della sezione Cortoinloco del Festival Sedicorto di Forlì.

Fulvia Signani¹, Nicoletta Natalini², Claudio Vagnini³

Minori Gender Variant: il ruolo che un'Azienda Sanitaria può (deve?) svolgere

Sommario

1. Introduzione; 2. La medicina "di genere"; 3. Dalla "patologia" alla "condizione"; 4. Riflessioni sul tema dei bambini "gender variant"; 5. Minori Gender Variant: il ruolo che un'Azienda Sanitaria può (deve?) svolgere; 6. Conclusioni

Abstract

Le differenze di sesso e genere hanno un impatto su accesso e assistenza da parte dei servizi sanitari e sugli esiti di salute. Lo sviluppo dell'identità di genere non è sempre in accordo con il sesso biologico e le persone con identità di genere non binario (maschio o femmina) sono spesso vittime di stigma, pratiche discriminatorie o esclusione sociale - tutte conseguenze che influiscono negativamente sulla salute. Interessa in articolare la condizione dei minori gender variant GV che esprimono il desiderio dichiarato di essere dell'altro sesso e vengono analizzate alcune problematiche connesse: la condizione è persistente o remissiva? se è accompagnata da disagio (disforia di genere GD) come si può aiutare il bambino/la bambina? È opportuna la somministrazione di farmaci inibitori la pubertà? A fianco di un percorso di de-patologizzazione, la mancanza di conoscenza e considerazione da parte dei professionisti della salute induce le Aziende Sanitarie ad offrire opportunità formative sistematiche, per la creazione di una nuova cultura competente.

Sex and gender differences have an impact on access and assistance by health services and health outcomes. The development of gender identity is not always in agreement with biological sex and people with non-binary gender identity (male or female) are often victims of stigma, discriminatory practices or social exclusion - all consequences that negatively affect health. It is interesting to articulate the condition of the minor gender variant GV that express the declared desire to be of the other sex and analyze some connection problems: is the condition persistent or submissive? if it is accompanied by discomfort (gender dysphoria GD) how can the child / girl be helped? Is the administration of inhibitory drugs appropriate to puberty? Alongside a path of de-pathologization, the lack of knowledge and consideration by the health professionals leads the Health Agencies to offer systematic training opportunities for the creation of a new competent

-
- 1 Psicologa, Staff Direzione Sanitaria, Azienda USL di Ferrara, f.signani@ausl.fe.it; Vice Direttrice del Centro Universitario di Studi sulla Medicina di Genere e Docente Incaricata di Sociologia di Genere, sgnflv@unife.it, Università di Ferrara.
 - 2 Direttrice Sanitaria, Azienda USL di Ferrara.
 - 3 Direttore Generale, Azienda USL di Ferrara.

culture.

1. Introduzione

Gender, in italiano “genere” è un termine spesso erroneamente confuso con “sesso”. Con questo ultimo, ci si riferisce da sempre agli aspetti biologici, morfologici, funzionali, etc. che caratterizzano l'essere uomo e donna. Il genere, invece indica sia la percezione dell'identità sessuale, che il ruolo sessuale in termini sociali. L'Organizzazione Mondiale della Sanità OMS riconosce il genere come socialmente costruito, fattore che determina la salute e che influenza la suscettibilità delle persone a differenti condizioni di salute e malattia, a seconda se sono maschi o femmine. Riconosce inoltre che il genere ha un impatto su accesso e assistenza da parte dei servizi sanitari, sugli esiti di salute e lo descrive in questi termini: "La maggior parte delle persone nasce o maschio o femmina, quindi vengono loro insegnate norme e comportamenti appropriati, incluso il modo in cui dovrebbero interagire con altri dello stesso sesso o del sesso opposto, dalla famiglia, dalla comunità e nei luoghi di lavoro. Quando individui o gruppi non 'si adattano' alle norme di genere stabilite, spesso sono vittime di stigma, pratiche discriminatorie o esclusione sociale - tutte conseguenze che influiscono negativamente sulla salute⁴. Viene proprio da OMS l'esortazione ad "essere sensibili alle diverse identità che non rientrano necessariamente nelle categorie di sesso cosiddetto 'binario', cioè maschile o femminile" esiste infatti una sorta di classificazione internazionale che consente di rendere consapevoli delle diversità di identità e orientamento. La sigla LGBT+ risulta acronimo di Lesbica, Gay - omosessuale maschile - , Bisessuale, Transgender ed il simbolo + rappresenta tutte le altre possibili caratteristiche.

L'identità di genere è una dimensione dell'identità sessuale e si riferisce alla persistente concezione personale di sé stessi come maschio o femmina. Lo sviluppo dell'identità di genere non è sempre in accordo con il sesso biologico, quindi alcune persone, già dalla tenera età non si identificano con il genere assegnato alla nascita (gender variance), i bambini, **i minori gender variant GV**, per meglio intenderci, sono quelli che hanno genitali, ormoni e cromosomi conformi all'essere maschio o femmina, ma esprimono il desiderio dichiarato di essere dell'altro sesso, una insistente preoccupazione a dedicarsi ad attività e ad assumere l'aspetto di persona dell'altro sesso, una decisa preferenza all'affermazione di ruoli netti tra i due sessi e un forte desiderio di vivere o essere trattato/a abitualmente come persona dell'altro sesso (APA, 2000). Le implicazioni di un'infanzia GV sono variabili e non prevedono necessariamente una GV in adolescenza o in età adulta⁵, il che anticipa già un tema di comprensione differenziale della caratteristica GV: va intesa permanente o potenzialmente remissiva? In alcuni casi questa condizione può essere accompagnata da disagio (disforia di genere GD). Le ricerche su adulti GD confermano un alto livello di ideazioni suicidarie e di tentativi di suicidio in misura molto maggiore rispetto al resto della popolazione⁶. La disforia di genere non trattata è gravata da sequele psicosociali negative, disturbi

4 <http://www.who.int/gender-equity-rights/understanding/gender-definition/en/>

5 D.B. Hill, E. Menvielle, K.M. Sica, A. Johnson *An Affirmative Intervention for Families With Gender Variant Children: Parental Ratings of Child Mental Health and Gender*. *Journal of Sex & Marital Therapy*, Volume 36, Issue 1, 2010; D.B. Hill, E. Menvielle "You Have to Give Them a Place Where They Feel Protected and Safe and Loved": *The Views of Parents Who Have Gender-Variant children and Adolescents*. *Journal of LGBT Youth*, 6, pp. 243-271, 2009.

6 E. García-Vega, A. Camero, M. Fernández, A. Villaverde *Suicidal ideation and suicide attempts in persons with gender dysphoria*. *Psicothema*. 2018 Aug;30(3):283-288. doi: 10.7334/psicothema2017.438.

dell'umore, comportamento suicidario, abuso di sostanze, comportamenti sessuali a rischio, di tale gravità da richiedere un'appropriata identificazione, e completezza di trattamento con l'integrazione tra cure mediche, psicologiche e psichiatriche⁷.

Nel 2009 OMS indica che "tutti i professionisti della salute devono avere conoscenza e consapevolezza dei modi in cui il genere (quindi l'identità di genere, *n.d.r.*) influenza la salute, così che possano affrontare le questioni di genere, laddove appropriato, rendendo il proprio lavoro più efficace⁸".

2. La medicina "di genere"

Mentre OMS sviluppava queste sue posizioni, le considerazioni sulla diversa salute tra uomo e donna in ambito medico si limitavano agli apparati sessuali e riproduttivi diversi. Nel 1991 i lavori di ricerca cardiologica di Bernardine Healy⁹, contribuirono per la prima volta a dimostrare con evidenze scientifiche quanto anche nei diversi organi e malattie – in questo caso la cardiopatia – si determinassero differenze in relazione all'essere uomo o donna. Healy dimostrò differenze in termini di trattamento clinico, tempi più lunghi per arrivare alla diagnosi definitiva, minore applicazione di terapie salvavita, tempi di ricovero più brevi, a discapito sistematico delle donne.

A quell'anno si fa convenzionalmente risalire la nascita della Medicina di Genere che non rappresenta una ulteriore branca della medicina, ma un nuovo approccio interdisciplinare e scientifico che esplora le differenze biologiche e psicosociali tra uomini e donne in merito sia alla consapevolezza della salute, che allo sviluppo, percezione e modalità di trattamento delle malattie, applicando quello che viene definito "modello bio-psico-sociale", in contrapposizione al modello biomedico che si limita a considerare solo gli aspetti biologici, anatomici, fisiologici, endocrinologici, etc. "Le differenze di genere sono in parte ovvie, a volte sottili e ancora poco conosciute in molte aree. Le nuove conoscenze clinicamente rilevanti dovrebbero trovare strada nella pratica clinica e portare a un trattamento ottimizzato per uomini o donne" suggerisce Kautky-Willer attuale Presidente dell'Associazione Internazionale della Medicina di Genere IGM¹⁰.

L'Unione Europea con il Trattato di Amsterdam del 1997 afferma che devono essere prese misure appropriate per combattere discriminazioni basate su sesso, origine etnica, religione, disabilità, età e orientamento sessuale (art. 2, par. 7)¹¹.

E' del 2004 il primo libro sulla Medicina Genere Specifica¹², ad opera di Marianne Legato, cardiologa americana. Nel 2010 troviamo la veemente esortazione di Londa Schiebinger, filosofa della scienza, sulla rivista scientifica *Nature* 'Putting gender in agenda'¹³ (Mettere il genere tra le cose da fare!) che, in un numero monografico denuncia come le ricerche cliniche studino ancora solamente maschi, sia umani che animali. Pur consapevoli delle difficoltà date dalle maggiori

7 A. Lamborghini, Comitato Scientifico Federazione Italiana Medici Pediatri https://www.senato.it/application/xmanager/projects/leg18/attachments/documento_evento_procedura_commissione/files/000/001/555/FIMP.pdf

8 <http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/gender/gender-definitions>

9 B. Healey (1991) *The Jentl syndrome*. *New England Journal of Medicine*, n. 325, pp. 274-5.

10 <https://www.meduniwien.ac.at/hp/gender-medicine/>

11 https://europa.eu/european-union/sites/europa.eu/files/docs/body/treaty_of_amsterdam_it.pdf

12 J.M. Legato (a cura di), *Principles of Gender-Specific Medicine*. Elsevier, London, 2004.

13 L. Schiebinger *Putting gender on the agenda*. Vol 465 | Issue no. 7299 | 10 June 2010.

variabili biologiche che le donne presentano (per esempio il flusso mestruale), Schiebinger afferma che questa 'dimenticanza' porta a numerose conseguenze dannose, per esempio non avere indicazioni appropriate su come gestire le malattie in gravidanza o non conoscere ancora le differenti conseguenze dell'uso dei farmaci in donne e uomini.

Nel 2011 la già citata Marianne Legato, antesignana della medicina di genere, in un editoriale della rivista *Gender Medicine*¹⁴, si chiede se si possa davvero trattare il genere in medicina se si trascura, come era stato fatto fino a quel momento, l'aspetto psicologico e sociale del genere, e afferma che non si può trattare i e le pazienti avendo in mente sempre solo l'identità eterosessuale. Parla di "normal human continuum" e conferma la necessità della presa d'atto che anche le ricerche scientifiche dimostrano che le diverse identità e orientamenti sessuali fanno parte delle normali caratteristiche degli umani.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità nel 2017¹⁵ sancisce che la salute sessuale, fino a poco tempo fa nemmeno citata negli stili e caratteristiche di vita, va considerata parte integrante della salute della persona e sviluppa un modello olistico che ne favorisce la considerazione nella sua interezza¹⁶.

3. Dalla "patologia" alla "condizione"

Il tema del transgenderismo, in particolare dei minori gender variant, pur essendo sempre esistito, è diventato di interesse della medicina, psicologia e altre professioni della salute, solo in tempi recenti. Nel 1998 il Free University Medical Centre in Amsterdam, ha trattato il tema affermando il "Amsterdam Model"¹⁷ a cui fanno riferimento la maggior parte dei professionisti che si occupano di questi temi¹⁸. Nello stesso anno in Italia nasceva l'Osservatorio Nazionale sull'Identità di Genere (ONIG)¹⁹ che persegue il miglioramento della salute psico-emotiva delle persone con disforia di genere.

La comunità scientifica ha manifestato, nel corso degli anni, diversi cambiamenti di interpretazione diagnostica, riferiti alle diverse identità sessuali e di genere, attraverso le importanti pubblicazioni periodiche del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)* e dell'*International Classification of Diseases (ICD)*: da una prima classificazione dell'omosessualità tra i *disturbi sociopatici di personalità* (nel 1952) alla definizione di *disordini di identità di genere* per ciò

-
- 14 J.M. Legato (2011) *The homosexual and transgendered individual: deviant or part of the normal human continuum?*. *Gender medicine*, www.gendermedjournal.com/article/S1550-8579%2811%2900107-0.
 - 15 World Health Organization (2017) *Sexual health and its linkages to reproductive health: an operational approach*. Department of Reproductive Health and Research, Geneva <https://apps.who.int/iris/>
 - 16 F. Signani, *La salute su misura. Medicina di genere non è medicina delle donne*. Ferrara, Este Edition, 2013; F. Signani, *Salute Bene Comune*. Ferrara, Volta La Carta Editore, 2016.
 - 17 B. P.C. Kreukels, T. D. Steensma, A. L.C. de Vries (Eds.) *Gender Dysphoria and Disorders of Sex Development. Progress in Care and Knowledge*, Springer Verlag, 2014.
 - 18 D. Ehrensaft, *The Gender Creative Child: Pathways for Nurturing and Supporting Children who live Outside Gender Boxes*. New York, The Experiment Publishing Company, 2016.
 - 19 Collegata dalla nascita alla Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association (HBIIGDA) diventata successivamente World Professional Association for Transgender Health (WPATH), un'associazione di professionisti di varie professioni, dedicata alla comprensione e al trattamento della disforia di genere. <http://www.onig.it/dru-pal8/node/1>.

che riguarda le disparità tra il sesso anatomico e l'identità di genere (circa trent'anni dopo).

Nel 1990 avviene la più importante svolta interpretativa sull'omosessualità che viene rimossa definitivamente dalla lista delle malattie mentali, dopo la risoluzione in questo senso approvata dalla 43esima *World Health Assembly* dell'Organizzazione Mondiale della Sanità del 17 maggio dello stesso anno¹¹. Le ultime versioni di DSM (5) e ICD (11) confermano che le identità sessuali e di genere legate al transgenderismo vengono identificate come Disforia di Genere (DG) qualora ci sia da parte della persona, particolari disagi, mentre quello che veniva definito come Disturbo d'Identità di Genere (GID), viene ora definito come Incongruenza di Genere (IG). La definizione di "varianza di genere" o *gender variant GV*, non è più considerata una malattia mentale, ma classificata tra le "Condizioni inerenti la salute sessuale", quindi una caratteristica, il che conferma una interpretazione de-patologizzata dei comportamenti GV, anche in età evolutiva.

Ehrensaft¹³ riferisce che le linee guida *Endocrine Treatment of Transsexual Persons*²⁰ pubblicate dall'American Endocrine Society parlando la prima volta dei trattamenti inibitori la pubertà in adolescenti con disforia di genere, hanno rappresentato uno spartiacque che ha avviato un percorso scientifico e sociale di de-patologizzazione del transgenderismo e la nascita di cliniche mediche di endocrinologia pediatrica e medicina adolescenziale che in America nel 2015 erano 50. Mentre in Italia sono otto: Bari, Bologna, Firenze, Napoli, Roma, Torino, Torre del Lago (LU), Trieste²¹.

4. Riflessioni sul tema dei bambini "gender variant"

Quello che veniva definito come Disturbo dell'Identità di Genere (GID), ora Incongruenza di Genere (IG) in bambini, adolescenti - la condizione che abbiamo definito *gender variant GV* - e adulti, finora non è stato molto studiato dal punto di vista epidemiologico. I primi rari studi²² hanno testimoniato una prevalenza di GID/IG più alto nei bambini, rispetto agli adolescenti, il che porta a considerare come il GID/IG non permanga necessariamente tra infanzia e adolescenza e sembra più presente nelle bambine, mentre nell'adolescenza più nei maschi.

In Italia uno studio su 350 bambini in età prescolare (3-5 anni) con la somministrazione della *Gender Identity Interview for Children*, ha mostrato una prevalenza di GV del 5,2% nei maschi e del 3,9% nelle femmine²³. Ma tutto porta a considerare quanto sarebbe utile uno studio sistematico della diffusione del fenomeno, delle sue caratteristiche ed esigenze di attenzione.

Norman Spack nella premessa al volume di Diane Ehrensaft¹³ definisce il tema dei minori GV come una *matrioska* (le bamboline di legno che ne contengono altre di misure via via inferiori) poiché racchiude diversi temi e problemi e a diversi livelli.

Hill e Meinville⁵ ci ricordano come da metà del secolo scorso, fino agli anni Novanta, la situazione che ora definiamo GV veniva definita come "crisi di identità di genere" o "fase pre-

20 W. C. Hembree, P. Cohen-Kettenis, H. A. Delemarre-van de Waal, L. J. Gooren, W.J. Meyer, III N. P. Spack V. Tangpricha, V. M. Montori *Endocrine Treatment of Transsexual Persons :An Endocrine Society Clinical Practice Guideline*. The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, Volume 94, Issue 9, 2009, pp: 3132-54.

21 <http://www.onig.it/drupal8/node/32>.

22 K.J. Zucker, A.A. Lawrence *Epidemiology of Gender Identity Disorder: Recommendations for the Standards of Care of the World Professional Association for Transgender Health*. *International Journal of Transgenderism*, 2009, 11, pp. 8-18.

23 D. Dettore, J. Ristori, S. Casale *GID and gender-variant children in Italy: A study in preschool children*. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health*, 2010;15(1), pp.12-29.

omosessuale” e furono anche pubblicate guide per “prevenire” l’omosessualità, prodromo delle recenti “terapie riparative” (modelli terapeutici che, contro ogni evidenza scientifica, patologizzano l’omosessualità e pretendono di “curarla”²⁴), i genitori di minori GV venivano implicati come causa e coinvolti nel “trattamento” e la caratteristica GV veniva presentata come “indesiderabile”.

E’ del 1999 la prima pubblicazione che dà voce ai genitori dei minori GV, con un’antologia di racconti. Al contrario dei genitori che seguivano le terapie riparative, questi genitori dimostrano di supportare “le scelte di genere del proprio bambino o bambina, proprio come farebbero con qualsiasi altro desiderio e sogno dei loro figli”, si dimostrano preoccupati per la sicurezza dei loro figli GV, timorosi che possano avere una vita difficile, con vessazioni e discriminazioni e che non possano così essere messi in grado di godere della vita quotidiana con serenità. La richiesta dei genitori intervistati è stata sintetizzata in una frase semplice ma piena di significato: “a questi bambini e bambine va garantito un luogo in cui si sentano protetti, sicuri ed amati”²⁵. Un approccio, quello emerso dallo studio, di genitori “di ispirazione umanistica” come li definiscono Hill et. al.⁵, altri genitori possono essere molto in difficoltà e in disaccordo sul comportamento del loro bambino/della loro bambina GV.

L’Associazione Mondiale degli Psichiatri WPA, nel marzo 2016 pubblica un documento²⁶ di indicazioni di pratica clinica a sostegno delle persone omosessuali, lesbiche e trans gender. Il testo riconosce alle persone di tutte le identità e orientamento sessuale LGBT+ stessi diritti e responsabilità di tutti gli altri cittadini, quindi spetta loro pari accesso alle cure sanitarie; “l’orientamento sessuale verso l’altro sesso, di per sé non implica alcuna disfunzione psicologica obiettiva o compromissione di giudizio, stabilità emotiva, o riduzione delle capacità professionali”; considera l’attrazione verso lo stesso sesso, l’orientamento e il comportamento, come normali varianti della sessualità umana; ribadisce la mancanza di efficacia scientifica dei trattamenti che tentano di cambiare l’orientamento sessuale e mette in evidenza i danni e gli effetti negativi di tali “terapie”; riconosce lo stigma sociale; sostiene la necessità di de-criminalizzare e nel contempo di riconoscere diritti pari a tutti, per chi ha orientamento sessuale o comportamento “non solo eterosessuale”; sottolinea la necessità di ricerca e sviluppo di interventi medici e sociali basati su prove, che supportino le eventuali disagi psicologici dovuti a stigma e criminalizzazione sociale.

Bambini e adolescenti con VG possono sperimentare difficoltà di relazione significative con gli adulti e con i pari e possono diventare vittime di persecuzioni, soffrire dinamiche di stigma e marginalizzazione che possono avere diversi effetti negativi sul benessere psicologico e la qualità della vita. Tornese et. al.²⁷ riportano alcune ricerche che lasciano supporre un rischio di disturbi psichiatrici e di suicidio, di difficoltà nelle relazioni intrafamiliari, di isolamento e rifiuto da parte dei pari età, di disadattamento sociale, mentre altre dimostrano come la presenza di sentimenti e

24 Ordine degli Psicologi dell’Emilia – Romagna *L’Ordine degli Psicologi si schiera dalla parte della scienza e dice No alle “Terapie Riparative”*. Comunicazione del Consiglio dell’Ordine degli Psicologi dell’Emilia – Romagna, 2011 <http://www.ordpsicologier.it/public/genpags/biggs/p6p11.pdf>; Terapie contro le quali il Consiglio Nazionale degli Psicologi CNOP e vari Ordini regionali, tra cui quello dell’Emilia-Romagna, hanno preso posizione.

25 Boenke, 1999 cit. in Hill e Meinville, 2012, p. 248.

26 World Psychiatric Association WPA *Position Statement on Gender Identity and Same-Sex Orientation, Attraction, and Behaviours*. March 2016 https://www.wpanet.org/detail.php?section_id=7&content_id=1807

27 G. Tornese, M. Di Grazia, A. Roia, G. Morini, D. Cosentini, M. Carrozzi, A. Ventura *Disforia di genere e dintorni*, Medico e Bambino, Rivista di formazione e di aggiornamento professionale in collaborazione con l’Associazione Culturale Pediatri, 2016, n.7.

comportamenti tipici del sesso opposto, fortemente espressi prima degli 11 anni sia risultata associata a un rischio significativamente aumentato di abuso (non solo sessuale, ma anche fisico e psicologico) e di disturbi psichiatrici (disturbo post-traumatico da stress, depressione, ansia) a prescindere dall'orientamento sessuale finale. Esortano quindi pediatri, genitori, insegnanti o chiunque curi bambini a tenerne conto perché l'identificazione dei bambini a rischio di ogni forma di abuso può facilitarne la prevenzione, o quantomeno può permettere un intervento adeguato se l'abuso è già avvenuto.

Per sviluppare interventi appropriati con particolare attenzione ai bambini e adolescenti, risulta indispensabile dotarsi di strumenti utili a migliorare la comprensione dell'esperienza GV, identificare i "predittori di persistenza e di remissività" e le caratteristiche della disforia di genere, nonché valutare l'impatto degli interventi offerti a questo target di popolazione, considerando l'importante ruolo della famiglia, ma anche degli ambienti sociali e amicali²⁸. Non passerà inosservato il fatto che i professionisti sanitari di primo contatto per i minori sono solitamente i pediatri e i medici di medicina generale, ai quali occorrerà fornire gli strumenti adeguati per rilevare in modo "culturalmente competente"²⁹ i bisogni di un target di popolazione a rischio di essere poco considerata per gli aspetti di identità sessuale e di genere, e a rischio di essere protagonista di esiti psicosociali negativi.

Gli adolescenti GV vanno trattati con farmaci inibitori la pubertà? Nel luglio 2018 il Comitato Nazionale di Bioetica CNB si esprime favorevolmente in merito alla richiesta di AIFA Agenzia Italiana del Farmaco, sull'eticità dell'uso del farmaco Triptorelina³⁰, indicato per la sospensione temporanea della pubertà e consentire un tempo di valutazione diagnostica più lungo, oltre a far fronte in parte ai desideri urgenti dei minori. Il parere favorevole del CNB (con una astensione) ha portato nel febbraio 2019 all'inserimento del medicinale nell'elenco dei medicinali erogabili a totale carico del Servizio sanitario nazionale³¹. La dichiarazione della Vice Presidente del CBN Laura Palazzani

"Nella consapevolezza della gravità della questione e della scarsità di letteratura scientifica disponibile, ha suggerito di consentire l'uso di questo farmaco solo in casi molto circoscritti, con prudenza, con una valutazione caso per caso. Quando si è in presenza di una profonda sofferenza dei ragazzi con psicopatologie psichiatriche e che giungono al rischio di comportamenti autole-

-
- 28 J. Olson-Kennedy, P.T. Cohen-Kettenis, B.P.C. Kreukels, H.F.L. Meyer-Bahlburg, R. Garofalo, W. Meyer, S.M. Rosenthal, *Research Priorities for Gender Nonconforming/Transgender Youth: Gender Identity Development and Biopsychosocial Outcomes*. *Current Opinion in Endocrinology, Diabetes and Obesity*. 2016 April; 23(2): 172-179.
- 29 S. R. Vance Jr, D. Ehrensaft, S. M. Rosenthal *Psychological and Medical Care of Gender Nonconforming Youth*. *PEDIATRICS* Volume 134, Number 6, December 2014.
- 30 Comitato Nazionale per la Bioetica CNB (2018) *In merito alla richiesta di AIFA sulla eticità dell'uso del farmaco triptorelina per il trattamento di adolescenti con disforia di genere*. <http://bioetica.governo.it/it/documenti/pareri-e-risposte/in-merito-alla-richiesta-di-aifa-sulla-eticit%C3%A0-dell-uso-del-farmaco-triptorelina-per-il-trattamento-di-adolescenti-con-disforia-di-genere-dg/>
- 31 Determina del 25 febbraio 2019. Inserimento del medicinale triptorelina nell'elenco dei medicinali erogabili a totale carico del Servizio sanitario nazionale, ai sensi della legge 23 dicembre 1996, n. 648, per l'impiego in casi selezionati in cui la pubertà sia incongruente con l'identità di genere (disforia di genere), con diagnosi confermata da una équipe multidisciplinare e specialistica e in cui l'assistenza psicologica, psicoterapeutica e psichiatrica non sia risolutiva. (Determina n. 21756/2019). (19A01426) (GU Serie Generale n.52 del 02-03-2019) <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2019/03/02/19A01426/SG>

sionistici o a tentare il suicidio, e sempre sotto un vigile monitoraggio di una équipe plurispecialistica, composta da endocrinologi, psichiatri dell'età evolutiva, psicologi oltre che eticisti ed esperti del problema. Il trattamento deve essere somministrato solo per un breve periodo di tempo, al fine di superare eventuali gravi rischi e trovare le forme più opportune di accompagnamento del minore"³²

e ulteriori perplessità espresse dal mondo scientifico e medico, hanno portato nell'aprile 2019 ad un'Audizione presso il Senato della Repubblica "nell'ambito dell'affare assegnato sull'uso del medicinale triptorelina"³³.

Per l'occasione la Società Italiana dei Medici Pediatri ribadisce che l'uso del farmaco durante l'adolescenza venga considerato secondo un approccio di prudenza e multidisciplinare. Va prescritto in situazioni accuratamente selezionate da valutare caso per caso, con la necessità di disporre di studi di sicurezza, efficacia e follow-up fisico-psichico e di prevedere una politica di accesso equo e omogeneo³⁴.

Considerazioni che, a fronte di una incertezza scientifica desunta dalla valutazione dei dati scientifici disponibili, richiama la necessità di avere ben presente il principio di precauzione³⁵, oltre a rendere urgente la necessità di coinvolgere i professionisti della salute in conoscenze e riflessioni che stanno diventando di importanza imprescindibile per affrontare temi sempre più frequenti nella contemporaneità.

5. Minori Gender Variant: il ruolo che un'Azienda Sanitaria può (deve?) svolgere

Le Aziende Sanitarie si connotano come "comunità di pratiche" che applicano ciò che i professionisti hanno appreso durante la formazione universitaria. Nessuno dei professionisti e professioniste attualmente in attività ha mai approfondito la medicina di genere e, al di là di specialisti di ginecologia, endocrinologia e andrologia, i temi dell'identità sessuale. La formazione diventa in questo contesto uno strumento strategico di innovazione di conoscenze e pratiche, persegue l'obiettivo dell'appropriatezza della cura, con attenzione all'equità di diritti, per non penalizzare target specifici che le ricerche ci confermano a rischio di isolamento e trascuratezza sociale e sanitaria.

L'Azienda USL di Ferrara³⁶ che ha avviato dieci anni orsono un percorso che la vede tra le più attive sulla medicina di genere a livello nazionale, per una serie di azioni: convegni, seminari di approfondimento, moduli di formazione a distanza, un progetto pilota su un Ospedale territoriale attento al genere; relazioni su invito a convegni in diverse regioni. L'Azienda ha inoltre collaborato sia con una Parlamentare originaria del territorio ferrarese alla stesura della proposta

32 <https://www.vaticannews.va/it/mondo/news/2019-03/triptorelina-palazzani-prudenza-valutazione-caso-per-caso.html>

33 <https://www.senato.it/3688>

34 https://www.senato.it/application/xmanager/projects/leg18/attachments/documento_evento_procedura_commissione/files/000/001/556/SIMPE.pdf

35 <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/IT/TXT/?uri=LEGISSUM%3A132042>

36 <http://www.ausl.fe.it/home-page/navigatori/web/progetti-web>

di legge, poi diventata articolo 3 della Legge Nazionale n. 3 del 2018 che norma la diffusione della medicina di genere; sia con l'Università di Ferrara per la creazione e l'organizzazione del primo Centro Universitario di Studi sulla Medicina di Genere che sta sviluppando una serie di attività nazionali.

Sui temi dell'identità sessuale e di genere non binaria, l'Azienda USL di Ferrara dal 2014 fa parte dal Tavolo di lavoro PICO Protocollo d'Intesa per la definizione di azioni, strategie d'intervento e di contrasto all'omonegatività³⁷ promosso dal Comune di Ferrara e di cui fanno parte Prefettura, Università di Ferrara, Azienda Ospedaliera, Sindacati e Associazioni del mondo LGBT+ per definire un Piano di Azione utile a consolidare il lavoro di rete attraverso la condivisione di azioni integrate tra i differenti soggetti presenti al tavolo; promuovere attività di formazione nei diversi servizi e realtà coinvolti; promuovere iniziative di sensibilizzazione rivolte alla cittadinanza.

Il progetto sostenuto dalla Regione Emilia-Romagna "Oltre gli stereotipi di genere" negli anni 2016-17 che aveva come capofila il Comune di Ferrara ha consentito di produrre un Quaderno ad uso dei professionisti della salute "Oltre gli stereotipi di genere. Verso nuove relazioni di diagnosi e cura" che ha avuto una favorevole recensione da parte dell'Istituto Superiore di Sanità³⁸. A questo si sono aggiunti due Convegni: "Oltre gli stereotipi di genere" - 2017; "Oltre il binario. Orizzonti contemporanei di identità sesso/genere" - 2017, e due Formazioni A Distanza sugli stessi temi dei Convegni.

Il tema dei minori gender variant è stato affrontato nel 2018 in un momento formativo specifico "Bambine che odiano il rosa, bambini che odiano il blu". La formazione su questi temi al gennaio 2019 aveva coinvolto quasi 500 partecipanti.

Nel Corso di formazione triennale per i nuovi Medici di Medicina Generale³⁹ gestito dall'Azienda USL di Ferrara, a partire dall'anno 2019 sarà previsto un percorso conoscitivo e applicativo sul tema, proprio per rimarcare la necessità di un nuovo approccio culturale a questa condizione.

L'impegno a diffondere conoscenza delle necessità di persone LGBT+, e con esse dei minori GV, va considerata la necessità, più che per altri aspetti della sanità e cura, di una "alleanza", quella che viene definita internazionalmente *LGBT+ ally*, la presa in carico di un fenomeno che ha necessità di supporti culturali e di diffusione di sensibilità e attenzione, con la proposta di molta formazione agli addetti ai servizi sanitari⁴⁰. In termini organizzativi si può parlare di uno degli aspetti più aggiornati della Responsabilità Sociale d'Impresa (Corporate Social Responsibility CSR) che, anche nelle Amministrazioni Pubbliche, richiama l'attenzione a migliorare la condizione nell'area di influenza dell'Amministrazione stessa, in questo caso nell'applicazione etica del rispetto, considerazione e attenzione ai diritti di ogni persona al di là di ogni identità sessuale e di genere, per migliorare la qualità della vita delle e degli abitanti del territorio di influenza, ma anche la vita lavorativa ed extra lavorativa dei propri dipendenti e loro familiari.

Lindsay, Porter e Yendt⁴¹ trattando di un'organizzazione (quella universitaria nel loro caso)

37 http://servizi.comune.fe.it/9083/attach/paridritti/docs/protocollo_pico2018.pdf

38 Annali Istituto Superiore di Sanità, 2016, vol. 52, n.4, pp. 608-615 - Book Reviews, Notes and Comments.

39 Il Corso regionale specifico in Medicina Generale è affidato dal Ministero della Sanità alle Regioni. In Regione Emilia-Romagna viene affidato alle Aziende USL (Ferrara, Cesena, Bologna, Modena, Reggio Emilia e prossimamente Piacenza) che sono considerate quindi sedi didattiche del Corso.

40 K.A. Case, S. Colton Meier, *Developing Allies to Transgender and Gender-Nonconforming Youth: Training for Counselors and Educators*. Journal of LGBT Youth, 2012, 11:1, pp. 62-82.

41 E. Lindsay, R. Porter, C. Yendt, *Policy Paper: LGBTQ+ Students*, Toronto: Ontario Undergraduate Student Alliance, 2019.

forniscono una serie di indicazioni riguardo gli aspetti di cui tenere conto per trasmettere inclusione e consapevolezza, con il doppio sguardo all'interno dell'organizzazione – professioniste e professionisti della salute – e all'esterno – pazienti – e confermando la necessità di coltivare la competenza di una comunità scientifica che possa accrescere la consapevolezza delle diversità ed evitare stigmatizzazione e isolamento per persone LGBT+.

6. Conclusioni

Pur in un consapevole percorso di de-patologizzazione, gli aspetti che possono influire negativamente sulla salute psico-fisica dei minori GV e le loro famiglie, richiedono nuove attenzioni da parte dei servizi sanitari. La nascita di cliniche mediche di endocrinologia pediatrica e medicina adolescenziale specifiche, non esonera le Aziende Sanitarie territoriali, ed in particolare i pediatri e medici di medicina generale, dal dover conoscere e considerare le problematiche dei minori GV, anche per un'appropriata identificazione di possibili difficoltà, così da contribuire a ridurre eventuali danni conseguenti la sottovalutazione della condizione.

Le Aziende Sanitarie perseguendo istanze di appropriatezza ed equità delle cure, sono nelle condizioni di poter offrire opportunità formative aggiornate, sistematiche, integrative le abilità dei professionisti della salute, per la creazione di una nuova cultura competente.

*Paolo Valerio**, *Cristiano Scandurra**, *Fabrizio Mezza***

Transfobia e pressione sociale

Sommario

Introduzione - 1. L'identità sessuale; 1.1. L'identità sessuale: terminologia e inquadramento teorico - 2. Transgenderismi - 2.1. Identità transgender nella storia - 2.2. I transgenderismi in ambito medico-psichiatrico - 2.3. L'evoluzione del DSM e dell'ICD - 3. Violenza e pregiudizi anti-transgender - 3.1. Violenza verso le persone TGNC: inquadramento teorico - 4. Bullismo transfobico - 5. Linee-guida per la pratica psicologica con persone transgender e gender nonconforming dell'*American Psychological Association* (2015)

Abstract

Il presente contributo intende offrire una panoramica storico-teorica dei fenomeni attraverso cui ha preso forma la stigmatizzazione delle identità *transgender* e *gender nonconforming* (TGNC), dai modelli patologizzanti predominanti nelle scienze psichiatriche fino alla metà del XX secolo, agli agiti di violenza perpetrati a danno degli individui TGNC all'interno di differenti contesti di vita. Particolare attenzione viene posta al contesto scolastico, in cui la documentata consistenza degli atti di bullismo evidenzia il persistere di atteggiamenti di intolleranza, discriminazione e ostilità verso la non conformità di genere. Tuttavia, lo scardinamento della visione patologica del transgenderismo decretato definitivamente con la recente pubblicazione dall'ICD-10 e l'elaborazione di documenti internazionali di supporto ai professionisti che operano in ambito clinico, di ricerca, educativo e formativo, testimoniano l'emergenza di un approccio culturale più profondamente inclusivo e rispettoso alla varianza di genere.

The current work aims at providing a theoretical and historical view of phenomena through which stigmatization towards transgender e gender nonconforming (TGNC) identities took shape, starting from pathologizing models which predominated in psychiatric sciences until the half of XX century, to violence acts perpetrated against TGNC people within different life contexts. Particular focus will be given to school environments, where bullying towards gender nonconformity is widespread, highlighting the persistence of intolerance, discrimination and hostility towards gender nonconformity. However, the depathologization of transgender identities reached thanks to the recent publication of the ICD-10, as well as the elaboration of international guidelines supporting professionals working in health, research, and education fields, give

* Dipartimento di Neuroscienze e Scienze Riproduttive e Odontostomatologiche, Università degli Studi di Napoli Federico II, Via Sergio Pansini 5, 80138 Napoli, e-mail: valerio@unina.it, cristiano.scandurra@unina.it

** Centro di Ateneo Servizi per l'Inclusione Attiva e Partecipata degli Studenti (SinAPSi), Università degli Studi di Napoli Federico II, Via Giulio Cesare Cortese 29, 80133 Napoli, e-mail fabrizio.mezza92@gmail.com

testimony to the emergence of a more inclusive and respectful cultural approach towards gender variance.

Introduzione

Negli ultimi decenni, la ricerca sulle persone transgender e gender nonconforming (TGNC) ha prodotto un notevole corpus di conoscenze, districandosi gradualmente dalla visione patologica imperante nel secolo scorso e approdando lentamente ad un approccio complesso che riconosce l'estrema variabilità delle identità di genere (Hidalgo et al., 2013; Edwards-Leeper, Leibowitz & Sangganjanavanich, 2016) e il carattere sano e normativo delle differenti declinazioni identitarie.

Questo mutamento di prospettiva si è evidenziato nel panorama scientifico-culturale soprattutto nell'ultima decade, in cui la prospettiva patologizzante ha largamente ceduto il passo a una prospettiva socio-ecologica, che colloca la persona all'interno del suo contesto di relazioni, di gruppi, di realtà co-costruite, in una pluralità di ambienti fisici e sociali, analizzandone il funzionamento psicologico come derivato dalla complessa interazione tra disposizioni personali e caratteristiche del contesto socio-ambientale (Pietrantonio & Prati, 2009; Scandurra et al., 2009).

Le discipline psicologiche e sociali hanno così direzionato sempre più il proprio focus di ricerca sui contesti e sugli ambienti in cui la popolazione TGNC vive le proprie esperienze (ad. es., famiglia, scuola, università, luogo di lavoro, ecc.), documentando le notevoli sfide poste a queste persone da un retroterra socioculturale ancora fortemente marcato da una rigida ottica binaria di genere, e contribuendo così a dar loro una maggiore visibilità e riconoscimento sul piano culturale, politico e istituzionale.

I fenomeni di stigmatizzazione sociale a danno delle persone TGNC – dei quali sono ormai noti gli effetti negativi sulla salute psicofisica (ad es., Perez-Brumer et al., 2015; Scandurra et al., 2018) – continuano oggi a trovare un terreno fertile nel contesto scolastico (Day, Perez-Brumer & Russell, 2018; Eisemberg et al., 2018). Le difficoltà di natura emotiva e affettiva tipicamente connesse al processo adolescenziale possono essere complicate nel giovane TGNC dalla mancanza di modelli positivi associati al proprio vissuto identitario e dalle risposte scoraggianti da parte dei pari che possono dare luogo a manifestazioni esplicite di riprovazione attraverso atti di bullismo. Violenze e discriminazioni perpetrate nell'ambiente scolastico vanno così a rafforzare e consolidare quei paradigmi impliciti legati al binarismo di genere e all'eteronormatività appresi ed interiorizzati nel corso della socializzazione primaria, rendendo particolarmente difficile e dolorosa all'adolescente TGNC la presa di coscienza del proprio vissuto identitario.

La breve rassegna storica e teorica proposta in questo contributo ripercorre innanzitutto l'evoluzione dei significati socioculturali che i transgenderismi hanno assunto nel tempo, riflettendosi nel mutamento di linguaggi, teorie e strumenti concettuali con cui le culture e le scienze si sono accostate al fenomeno, e informando le cornici di senso che hanno orientato nel tempo l'individuo TGNC nel proprio percorso di formazione identitaria. Il lavoro parte da una panoramica generale di carattere teorico sui temi della sessualità umana, nell'ampio spettro delle sue varianti, esplorando l'identità sessuale, intesa – seguendo i modelli più accreditati in letteratura (Lev, 2004; Shively & De Cecco, 1977) – come costruito multicomponentiale e dinamico riferito alla dimensione soggettiva del proprio essere sessuato. In seguito, viene proposto sinteticamente un percorso storico-antropologico che esamina il fenomeno dei transgenderismi dall'antichità fino ad oggi, delineando i passaggi epistemologico-culturali che hanno definito nel tempo il predominare di diversi modelli di lettura e prospettive storico-politiche rispetto al fenomeno stesso. Viene in particolare ripercorso il processo di medicalizzazione e successiva de-medicaliz-

zazione delle persone con identità TGNC all'interno del discorso medico-psichiatrico contemporaneo, ricostruendo i cambiamenti avvenuti nel corso del secolo scorso nell'ambito dei criteri diagnostici del DSM e della ICD relativamente alle persone con identità TGNC.

Una seconda parte del lavoro è dedicata alle gravose sfide che le persone TGNC incontrano lungo il proprio percorso di vita in quanto *gender outlaws* (Bornstein & Bergman, 2010), mettendo a dura prova il raggiungimento del benessere psicologico. Partendo dai dati empirici relativi allo stigma e alla violenza agiti contro le persone TGNC raccolti negli ultimi anni, che mettono in luce uno scenario ancora molto allarmante, la discussione si sposta sui meccanismi che si celano dietro ad una siffatta violenza, di cui vengono proposti i principali tentativi di concettualizzazione e inquadramento teorico.

Una sezione viene specificamente dedicata al bullismo transfobico, la cui persistente diffusione nel mondo della scuola – con le nefaste conseguenze sulla vittima in termini di disadattamento e disagio psicofisico – rivela la resistenza di atteggiamenti di intolleranza verso le minoranze sessuali e di genere, ancora sottoposte a forte rischio di discriminazione nonostante la maggiore visibilità e riconoscimento sociale indubbiamente ottenuti negli ultimi anni.

Viene in chiusura proposto sinteticamente il set di linee guida per la pratica psicologica con persone TGNC, redatto dall'*American Psychological Association* (APA) nel 2015 e tradotto in italiano da Valerio et al. (2018). Si ritiene che tale documento rappresenti uno strumento di grande valore per le professionalità impegnate a vario titolo nelle relazioni d'aiuto, non ultimi insegnanti, educatori e pedagogisti, che possono trarne guida e supporto per lo sviluppo di un approccio competente ad una popolazione tanto diversificata ed eterogenea. Ciò implica non solo consapevolezza dell'universo identitario e della peculiarità del vissuto di queste persone, ma anche un riconoscimento dei propri stessi atteggiamenti pregiudiziali.

1. Identità e sessualità

L'identità è il vissuto personale di essere sempre gli stessi nonostante i mutamenti che avvengono durante l'arco della vita. Questo vissuto consente all'individuo di riconoscersi come unico e differenziato da tutti gli altri.

L'identità comincia a svilupparsi sin dall'infanzia tramite due processi complementari. Il bambino molto piccolo investe affettivamente le persone che si prendono cura di lui. Contemporaneamente anche queste persone investono affettivamente sul bambino concentrandosi per un periodo piuttosto lungo sulla sua cura, sulla sua educazione e sulla trasmissione di valori. L'identità risponde alle domande "chi sono io?" e "chi è l'altro?". Essa, quindi, si costruisce nell'intercambio tra la mente del singolo individuo (intrapsichico) e il confronto con l'altro (relazionale). L'essere umano necessita della distinzione, della differenziazione da sé, riconoscendosi come Sé ("chi sono io?") solo in relazione alla differenza con l'Altro ("chi è l'altro?").

La prima differenza che facciamo è proprio alla nascita: "è un bel maschietto!", "è una bella femminuccia!". Dire "è un bel maschietto!" o "è una bella femminuccia!" significa che un adulto attribuisce un genere ad un neonato che ancora non sa se è maschio o se è femmina. Questa attribuzione del genere maschile o femminile si basa sulle caratteristiche anatomiche del bambino. Ma è davvero sempre così automatico? Una bambina riconosciuta come femminuccia, quando crescerà, si riconoscerà sempre come femmina? E quello che gli adulti vedono del corpo può, invece, a volte "trarre in inganno"?

La sessualità umana è un fenomeno complesso che scaturisce dall'incontro tra la natura e il

contesto socioculturale in cui viviamo. La nostra nascita in un corpo sessuato, maschile o femminile, e dunque la denominazione del nostro corpo come “corpo di donna” o “corpo di uomo”, ha delle conseguenze sociali rispetto al nostro futuro progetto di vita, la nostra posizione sociale e la forma in cui potremo esprimere la nostra sessualità. Il semplice fatto di nascere “naturalmente” con un corpo maschile o femminile, viene infatti investito di valori, opinioni, giudizi e pregiudizi che fanno della sessualità umana un vero e proprio prodotto socioculturale, storicamente costruito, frutto dell’interazione della moltitudine di tradizioni e pratiche sociali, religiose, morali, economiche, familiari, giuridiche e mediche. La costruzione del genere maschile e femminile risulta essere profondamente influenzata dai condizionamenti socioculturali che riproducono e tramandano differenze nei ruoli di genere, al fine di conformarli alle aspettative della società e alle forme organizzative della sua riproduzione sociale ed economica.

Fiabe, miti, racconti, film, libri e televisione danno vita a delle vere e proprie “storie culturali” che vengono tramandate a partire dall’infanzia e vengono poi rielaborate personalmente attraverso l’attività fantasmatica e la ristrutturazione emotiva e cognitiva personale di ciascun individuo (Chodorow, 1994).

1.1 L’identità sessuale: terminologia e inquadramento teorico

Il concetto di *identità sessuale* nasce nella seconda metà del Novecento, in relazione ai mutamenti della visione dell’omosessualità e delle trasformazioni del rapporto tra i sessi (Hill, Reesor & Collicot, 2017; Chiari, 2009). In letteratura esiste un panorama spesso confuso e contrastante sull’identità sessuale, essendo numerose le definizioni proposte dagli autori (ad es., Coleman & Hendry, 1990; Money & Ehrhardt, 1972; Simonelli, 2002). Costrutti e variabili adoperati per descrivere l’identità sessuale vanno incontro, infatti, a continui ampliamenti e rimaneggiamenti, allo scopo di incrementarne sempre più la validità¹.

Allo stato attuale si tende a concepire l’identità sessuale come un costrutto multi-componenziale che indica una dimensione soggettiva del proprio essere sessuato. Essa rappresenta il risultato di un complesso processo interattivo dove si intrecciano, in maniera imprevedibile, variabili di diversa natura (biofisiche, psicologiche, socioculturali ed educative) e a differenti livelli (individuale, relazionale, sociale, simbolico) (Chiari, 2009).

La differenza tra sesso e genere è stata introdotta da Stoller (1968) e da allora si è affermata nei vari ambiti della clinica psicologica e psichiatrica. Mentre il termine sesso è stato usato nel campo della biologia e della medicina per indicare individui maschi o femmine, e si riferisce quindi al sesso biologico, il termine genere ha delle connotazioni psicologiche, sociali o culturali e si riferisce a ciò che una cultura ritiene appropriato e caratteristico di un maschio o di una femmina. Dalla nozione di genere sono derivati altri due concetti: quello di identità di genere (*gender identity*) e quello di ruolo di genere (*gender role*) definiti da Money nel 1975.

¹ Chiari (2009) sottolinea che l’identità sessuale non può essere compresa solo aumentando e complessificando le dimensioni dei costrutti che la vanno a definire, quanto piuttosto pensandola come un processo relazionale in continua definizione con un altro diverso da sé. Proprio l’assunzione di una prospettiva all’identità sessuale non prettamente individuale conduce alla considerazione di essa come un concetto in cui sono reciprocamente interdipendenti aspetti riconducibili all’identità personale (sesso, genere) e aspetti riconducibili all’identità sociale (ruolo di genere, ruolo sessuale, orientamento sessuale).

Seguendo i modelli di Shively e De Cecco (1977) e di Lev (2004), l'identità sessuale risulta essere costituita da quattro componenti: il sesso biologico, l'identità di genere, il ruolo di genere² e l'orientamento sessuale.

Il *sesso biologico* riguarda gli aspetti biologici che determinano lo sviluppo sessuale di una persona, ovvero i cromosomi sessuali, gli antigeni H-Y e il gene SRY, le strutture gonadiche, gli ormoni sessuali, le strutture riproduttive interne e i genitali esterni (Money & Ehrardt, 1972; Zucker & Bradley, 1995). Sulla base di questa dimensione biologica agisce quel complesso processo di assegnazione sessuale che prende avvio alla nascita e grazie al quale si è dichiarati femmine o maschi. Esistono delle condizioni intersessuali, anche detti *Disordini della Differenziazione Sessuale* (DSD), che indicano tutte quelle condizioni congenite caratterizzate da uno sviluppo atipico del sesso cromosomico, anatomico o gonadico (Raza & Warne, 2012); in tali casi, la costituzione biologica di base non consente una chiara identificazione sessuale come maschio o femmina³.

Il *genere*⁴ è un costrutto più attinente alla sfera psicologica e socioculturale ed ha a che fare con le rappresentazioni interne e sociali della femminilità e della mascolinità. L'anello di congiunzione fra sesso e genere è l'*identità di genere*, che corrisponde alla relazione fra patrimonio genotipico e autoconsapevolezza di sé come esseri in corpi sessuati (Chiari, 2009). L'identità di genere, dunque, va intesa come senso intimo, profondo e soggettivo di appartenenza ad un sesso e non all'altro (Stoller, 1968). Secondo Stoller (1968), essa costituisce un tratto permanente e stabile, solitamente fissato intorno ai tre anni.

Il *ruolo di genere* è quell'insieme di comportamenti, attitudini e modalità di presentazione sociale che, nell'ambito di uno specifico contesto socioculturale, è riconosciuto come tipicamente maschile, femminile o altro (Money, 1985). Il ruolo di genere indica, in altre parole, le modalità con cui si esprime pubblicamente l'identità di genere e rappresenta tutto ciò che una persona dice o fa per indicare agli altri, o a sé stesso, il grado della sua femminilità, mascolinità o altro (Money 1955): manierismi, adornamenti, tratti di personalità, vocabolario, interessi, abitudini. Dal momento che esso regola il modo di comportarsi ed atteggiarsi per gli uomini e le donne in una data cultura e in un certo periodo storico lungo una vasta serie di aspetti, il ruolo di genere

-
- 2 Nel modello originario, Shively e De Cecco (1977) non parlano di *gender role*, ma di *social sex role*, riferito agli stereotipi legati ai ruoli sessuali maschili e femminili; saranno Bockting e Coleman (2007), in un successivo adattamento del modello, ad integrare il concetto di ruolo di genere, riferito agli aspetti esteriori e sociali della presentazione di genere.
 - 3 I DSD più frequenti sono la *Sindrome di Turner* (che colpisce solo le bambine ed è caratterizzata dall'alterazione nella struttura cromosomica causata da uno scorretto appaiamento dei cromosomi durante la meiosi), la *Sindrome di Klinefelter* (che colpisce invece solo i bambini ed è anch'essa causata da un'anomalia cromosomica, di cui il cariotipo più frequente è XXY), la *Sindrome di Morris* (che si caratterizza per un'interruzione dell'apparato riproduttivo nel feto e che comporta la presenza di cromosomi sessuali maschili e, contemporaneamente, lo sviluppo in senso femminile a causa dell'insensibilità agli androgeni) e l'*Iperplasia Congenita del Surrene* (che colpisce sia i bambini che le bambine ed è dovuta ad un difetto enzimatico trasmesso geneticamente) (Raza & Warne, 2012).
 - 4 Nella ricostruzione storica del concetto di genere vengono riconosciuti come fondanti i lavori dell'endocrinologo John Money (1955) e dell'antropologa Gayle Rubin (1975). La studiosa individua nel *sex-gender system* il processo che trasforma il dato del dimorfismo sessuale in un sistema binario asimmetrico; mentre il sesso riguarda le differenze biologiche, il genere è l'assegnazione di un significato a queste differenze, ovvero una costruzione socioculturale. A questo proposito, la filosofa Judith Butler (2004) afferma che il genere rappresenta il sistema attraverso cui hanno luogo la produzione e la normalizzazione del maschile e del femminile. Il genere è dunque un processo che trasforma le differenze biologiche in differenze sociali; si tratta di un concetto relazionale, in quanto si riferisce alle modalità di interazione tra uomini e donne esprimendo un ordine, una gerarchia di rapporti di potere. Il genere e il binomio maschile-femminile sono così radicati e pervasivi da sembrare naturali anziché costruiti, così da essere quotidianamente vissuti, riprodotti e creati (Graglia, 2012).

fornisce delle conoscenze implicite circa i comportamenti adeguati, differenziati per genere, rispetto agli incontri amorosi, dalle pratiche di corteggiamento a quelle sessuali, fino a quelle legate al progetto di coppia e di genitorialità (*ruolo sessuale*) (Chiari, 2009).

L'*orientamento sessuale* indica la direzione della sessualità e dell'affettività, a livello comportamentale o fantasmatico, verso persone dello stesso sesso (orientamento omosessuale), di sesso opposto (eterosessuale) o di ambo i sessi (bisessuale). Si tratta di un costrutto intrinsecamente relazionale riferito ad un insieme composito e fluido di aspetti: l'attrazione erotica e affettiva, l'innamoramento, le fantasie sessuali, il comportamento sessuale e l'identificazione. Le combinazioni di tutte queste dimensioni sono varie, non solo a livello sincronico, ma anche diacronico; le indagini hanno infatti stabilito che l'orientamento sessuale è fluido e può essere soggetto a cambiamenti nel tempo (Kinsey et al., 1948; Kinsey et al., 1953; Graglia, 2012).

L'interazione complessa tra tutti questi elementi tra loro, ovvero sesso biologico, identità di genere, orientamento sessuale e ruolo di genere, definisce l'identità psicosessuale di una persona. Le quattro componenti dell'identità sessuale possono tra loro combinarsi in una miriade di modi mai prevedibili, poiché influenzati da molteplici fattori incontrollabili. Le persone TGNC gettano luce su tale imprevedibilità, mostrando l'impossibilità di immaginarsi lo sviluppo dell'identità sessuale dell'essere umano (Scandurra, 2015).

2. Transgenderismi

L'identità di genere può essere o meno congruente al sesso assegnato alla nascita, assegnazione che si basa sulla sola apparenza dei genitali esterni. Alcune identità di genere risultano non conformi alle norme culturali e prescrittive che esitano nel binarismo di genere, ovvero quel dispositivo socioculturale che impone l'esistenza di soli due generi, maschile e femminile.

Negli ultimi anni sono state introdotte svariate espressioni e termini (*transgender*, *gender non-conforming*, *gender variance*, *non-binary gender*) per riferirsi a quel gruppo diversificato di persone che attraversano, trascendono o travalicano le categorie socio-culturalmente definite di genere, mettendo in crisi e denaturalizzando il binarismo di genere (APA, 2015).

Si è soliti pensare che le persone TGNC si affidino alla scienza medica e alle tecnologie che essa offre per adeguare il proprio corpo all'identità di genere percepita come propria, dato che non si riconoscono nel genere che è stato loro assegnato alla nascita. In realtà, questa è solo una delle infinite possibilità identitarie. Esistono, ad esempio, persone TGNC che avvertono il bisogno del solo cambio anagrafico del nome oppure che non necessitano di alcun cambiamento se non quello di essere riconosciute dagli altri nel genere in cui si identificano (Scandurra & Valerio, 2018). Ad esempio, tale gruppo include: le persone *transessuali male-to-female* (MtF) e *female-to-male* (FtM), che si sottopongono agli interventi chirurgici e/o ormonali di Riassegnazione Chirurgica del Genere (RCG), di cui necessitano per femminilizzare o mascolinizzare il proprio corpo a seconda del genere percepito, affrontando così la discordanza vissuta tra quest'ultimo e il sesso assegnato alla nascita; le persone *transgender*, che vivono a tempo pieno nel genere di identificazione, assumendo o meno ormoni, ma che non avvertono il bisogno di sottoporsi ad interventi chirurgici finalizzati a modificare irreversibilmente le proprie caratteristiche sessuali ed anatomiche; le persone *genderqueer*, che sentono di non appartenere né al genere maschile né a quello femminile, avvertendosi come a metà tra i due generi o rifiutando esplicitamente il binarismo di genere; le persone *bigender*, che si identificano sia con il genere maschile che femminile; le persone *cross-dressers*, che desiderano indossare abiti del genere opposto a quello loro assegnato; infine le *drag queen* o i *drag king*, che indossano abiti tipicamente utilizzati dal genere opposto a quello loro

assegnato alla nascita, adottando atteggiamenti iperfemminili o ipermaschili.

L'estrema eterogeneità della popolazione TGNC rende impossibile ridurre tale variabilità identitaria ad un unicum (Vitelli et al., 2017). Ciononostante, esiste un comun denominatore: lo sganciamento dai modelli socioculturali rigidamente imposti di mascolinità e femminilità. Questo rende possibile, a qualche livello, parlare di una "popolazione", ma è ad ogni modo necessario essere consapevoli che si sta discutendo di realtà anche molto differenti tra loro (Scandurra & Valerio, 2018).

L'esperienza delle persone TGNC ci mostra l'inadeguatezza di un sistema di spiegazione fondato su dicotomie e linearità, consentendoci di allargare le prospettive e di pensare come possibili – pur non essendovi corrispondenza tra sesso e genere, o tra questi e il ruolo di genere, e così via – dei vissuti che si dispieghino comunque lungo traiettorie di sviluppo sane e portatrici di benessere (Chiari, 2009).

2.1 Identità transgender nella storia

La possibilità di trascendere il binarismo di genere si attesta sin dall'origine dell'umanità, ravvisandosi già nel mito e nella rappresentazione. Nella mitologia greca e romana, ad esempio, è molto frequente trovare storie di dei ed eroi che cambiano sesso o si travestono nei panni del genere opposto. Un esempio fra tutti il dio Dioniso, che fu allevato come ragazza e spesso impersonificò delle donne: proprio per questa sua ambiguità sessuale i suoi fedeli si travestivano. Molto noto il mito greco delle Amazzoni, donne guerriere con abitudini virili, che si tagliavano il seno destro per tirare meglio con l'arco (Santoni, 2009).

L'esistenza di persone che presentano identità transgender e identità di genere non conformi è ampiamente documentata nel corso dell'intera storia del genere umano. Numerose le storie pervenuteci di imperatori che amavano travestirsi: Svetonio racconta le stramberie nel travestirsi di Caligola, mentre Eliogabalo viene descritto "deliziato a sentirsi chiamare signora, la sposa, la regina di Ierocle", e si dice che avrebbe offerto la metà dell'Impero Romano al medico che l'avesse potuto fornire di genitali femminili. Va sottolineato che nel mondo greco e romano l'abitudine di travestirsi nei panni del sesso opposto era usata per molte cerimonie e rituali, ad esempio gli uomini si vestivano da donne e si adornavano con gioielli per venerare Era (Santoni, 2009).

Con l'affermarsi delle religioni monoteiste cambia radicalmente l'atteggiamento verso comportamenti e atteggiamenti atipici di genere, che vengono moralmente condannati e regolamentati. Durante il Medioevo e agli inizi dell'epoca moderna il controllo di forme di devianza vestimentaria divenne più rigido ed era addirittura disciplinato da speciali leggi dette suntuarie, che stabilivano chi dovesse indossare che cosa e in quale occasione, leggi rimaste valide fino al XVII secolo. La storia di Giovanna d'Arco (1412-1431) dimostra, meglio di ogni altra, quanto all'interno della struttura di potere ecclesiastica fossero poco tollerati i comportamenti diversi di genere: nel 1431 fu accusata di eresia per aver udito voci, ma anche per aver indossato abiti da uomo e aver avuto relazioni intime con donne. Queste regolamentazioni o indicazioni testimoniano la presenza di un certo numero di persone TGNC, che ponevano la questione di come dovessero essere valutate moralmente e gestite socialmente (Santoni, 2009).

Con il consolidamento dei ruoli di genere secondo l'ottica binaria, molte persone hanno cominciato a nascondere la propria identità di genere, nonché le proprie relazioni affettive omosessuali. Scarsi sono i dati che documentano la discriminazione e la violenza verso individui TGNC, probabilmente a causa della segretezza a cui questi erano costretti (IOM, 2011). Il materiale giunto

attraverso i documenti storici è circoscritto alle bizzarrie di individui che ricoprivano una posizione di potere o avevano una investitura, o di persone il cui vero sesso è stato scoperto dopo la morte. Celebre è la vicenda di Charles Auguste, cavaliere d'Eon de Beaumont (1727-1810), spia francese che visse 49 anni da uomo e 37 da donna. La sua ambiguità di genere divenne un espediente per assumere identità diverse nelle missioni assegnategli da Luigi XV.

L'atteggiamento verso i generi in società e culture diverse è divenuto oggetto di un'affermata area di indagine antropologica. Diverse ricerche hanno evidenziato come in certi luoghi e tempi gli individui possono ricoprire ruoli e identità di genere che spesso rimandano a pratiche, mansioni e istituzioni alternative rispetto al sistema binario sviluppatosi nel mondo occidentale (Bisogno-Ronzon, 2007), dimostrando come le categorie di maschio e femmina non costituiscono concetti né universali né validi per un sistema di classificazione di genere.

Il contributo scientifico offerto da questi studi ha consentito nel corso degli ultimi decenni di mostrare l'ampiezza e la variabilità delle espressioni di genere all'interno di un numero estesissimo di culture umane, sottolineando come tali identità non siano state sempre inquadrate come una deviazione o come una forma di (psico)patologia (APA, 2015; Coleman, Bockting & Gooren, 1992; Feinberg 1996; Miller & Nichols, 2012; Schmidt, 2003). A titolo di esempio possiamo qui citare la presenza dei *femminielli*, nel contesto napoletano (Zito e Valerio 2010), gli *hijras* in India (Davis, 2014), le *muxes* in Messico (Miano Borruso 2002), i *two-spirits* tra i nativi americani (Jacobs, Wesley & Lang, 1997), i *kathoys* della Thailandia (Totman 2003, Jackson & Sullivan 1999), i *fa'afafines* in Polinesia (Mageo, 2002), le *travestis* in America Latina (Cornwall et al., 2008), il fenomeno delle *burnshes*, anche note come vergini giurate nei Balcani (Grèmaux, 1992).

2.2 I transgenderismi in ambito medico-psichiatrico

Nel panorama della cultura occidentale, può essere collocato intorno alla seconda metà del XIX secolo l'avvio di un processo di medicalizzazione nei confronti delle persone che presentano identità TGNC (Vitelli et al., 2013; Vitelli & Valerio 2012; Drescher 2009). La sessualità, da oggetto di regolazione religiosa, diventa così campo d'indagine scientifica, in particolare della medicina e della psicologia (Bertone, 2009).

Nel periodo compreso tra il 1860 e il 1879 Ulrichs, un giurista di Hannover, occupandosi di diritti delle persone omosessuali, giunge ad avanzare l'ipotesi che le persone omosessuali costituiscono un vero e proprio "terzo genere" (Herdt, 1994; Bullough, 1979). Colpito dalla constatazione che l'embrione umano inizialmente ha gli organi sessuali maschili e femminili, tra i quali prevale un solo tipo, Ulrichs sostenne la tesi secondo cui gli "urningi" o "uranisti", come definì le persone attratte dallo stesso sesso, sarebbero l'esito di una variazione nello sviluppo embrionale che produrrebbe un ermafroditismo psichico. Ulrichs propone la metafora di un'*anima muliebris virili corpore inclusa*, ovvero un'anima femminile intrappolata in un corpo maschile (Kennedy, 1997).

È in particolare con l'opera dello psichiatra berlinese Carl Friedrich Otto Westphal che le varianze di genere si affacciano sullo scenario medico-scientifico. Nel 1870, Westphal rende nota in *Archiv für Psychiatrie* la storia di una giovane donna che, fin dall'infanzia, mostra specifici tratti, quali interesse per abbigliamento e giocattoli maschili, e successivamente attrazione sessuale per donne, con le quali intrattiene relazioni sentimentali. Westphal suggeriva una natura congenita e non acquisita di queste caratteristiche e, pur marcando la presenza di elementi nevrotici, le sue osservazioni escludevano una condizione di squilibrio mentale. In riferimento a tali casi, Westphal propone nel suo lavoro del 1876 l'espressione *konträre Sexualempfindung* traducibile come

sensibilità sessuale invertita (Westphal, 1870; Davidson, 2001).

Occorre però attendere l'opera di Richard von Krafft-Ebing per assistere all'elaborazione di un più sistematico inquadramento diagnostico di tali entità cliniche. Krafft-Ebing inizia a documentare l'esperienza di individui che sempre più numerosi iniziano a comunicare il loro desiderio di vivere come persone del "sesso opposto" e di altri individui che, invece, stanno già vivendo e comportandosi come appartenenti ad un genere diverso dal sesso attribuito alla nascita (Krafft-Ebing 1886). La sua posizione teorica, inserita nel solco dei modelli darwiniani e positivisti dell'epoca, contribuisce a rubricare l'omosessualità e le varianze di genere all'interno del novero delle patologie mentali definendole come oggetti di interesse scientifico e situandole all'interno dei dispositivi di sapere medici (Davidson, 2001; Foucault, 1976). All'interno di una delle sue opere più famose, quale *Psychopathia sexualis*, Krafft-Ebing propone la diagnosi di "metamorfosi sessuale paranoide" per definire la condizione di coloro che manifestano un'identità di genere non allineata al sesso biologico ascrivendola, così, alla categoria diagnostica del delirio (Krafft-Ebing, 1886; Vitelli & Giusti 2012; Krafft-Ebing, 1886).

I lavori scientifici di questo periodo contribuiscono al processo di medicalizzazione delle espressioni di genere non conformi e degli orientamenti sessuali non eterosessuali in quanto tali fenomeni oltrepassano i confini stabiliti dal modello di genere binario (Drescher, 2009; Kennedy, 1997). La diagnosi psichiatrica andava a specificare una classe di soggetti percepiti come devianti rispetto alle definizioni culturali di genere e di normalità sessuale, distinguendosi dalla maggioranza per specifiche caratteristiche biologiche (IOM, 2011).

Possiamo oggi osservare come nelle catalogazioni e nelle teorie proposte dagli psichiatri dell'epoca, la rigida lettura dicotomica dei generi inducesse una tendenza a confondere e sovrapporre quelle che oggi riconosciamo essere dimensioni identitarie differenti – sesso, genere, ruolo di genere e orientamento sessuale –, determinando la giustapposizione tra l'esperienza di persone omosessuali e di persone TGNC (Graglia, 2012; Lingiardi & Nardelli, 2013).

Queste teorie e catalogazioni rappresentano il tentativo di ricondurre ad un universo conosciuto un fenomeno che alterava un ordine simbolico, mettendo in crisi la struttura della complementarità dei sessi e del pensiero binario e costituendo una minaccia per le gerarchie di potere su cui si basa il genere (Graglia, 2012).

Non tutti i teorici sono d'accordo con la prospettiva patologizzante, come prova il lavoro di Ivan Bloch (1907) dal titolo *La vita sessuale*, nel quale vengono presentate un certo numero di evidenze a favore della quasi completa indipendenza tra la questione riguardante le inclinazioni sessuali e i fenomeni di degenerazione psichica.

L'effetto complessivo è che la proliferazione di discorsi sul comportamento sessuale (Foucault 1976; Davidson 2001) produce il costituirsi di una nuova nozione di sessualità in senso moderno (Oosterhuis, 2012).

Nel 1910, il medico tedesco Magnus Hirschfeld conia il termine *Transvestitismus* per riferirsi a quelle persone solite indossare vestiti tipicamente considerati del genere opposto; ed è proprio nell'*Hirschfeld's Institute for Sexual Science* in Germania che, negli anni Venti e Trenta, si praticarono i primi interventi chirurgici mirati al cambiamento del sesso (Meyerowitz, 2002).

Sebbene già utilizzato nell'opera dell'autore tedesco, la paternità del termine "transsessualismo" è comunemente attribuita a David O. Cauldwell (1949) che, in *Sexology Magazine*, si occupò del caso di una ragazza tormentata dal desiderio ossessivo di essere un uomo. Tale condizione fu definita *psychopathia transexualis*, riferendosi con un gioco di parole al testo di Krafft-Ebing (1886), *Psychopathia Sexualis*.

Nel 1953, sull'*International Journal of Sexology*, il gerontologo e sessuologo americano Harry Benjamin pubblica l'articolo *Transvestism and Transsexualism*, con cui veniva conferita al transes-

sualismo un'autonoma esistenza e dignità nosografica. Harry Benjamin divenne tra i primi medici a somministrare la terapia ormonale ad individui che desideravano cambiare sesso. Benjamin fu influenzato dalla vicenda di Christine Jorgensen, un caso di una donna transessuale, operata due anni prima dai chirurghi Hamburger, Stürup e Dahl-Iversen. Il caso, che comparve in prima pagina sul *New York Daily News*, ebbe una grande risonanza mediatica e destò un forte clamore. (Jorgensen, 1967). La storia di Christine Jorgensen, raccolta in un'autobiografia del 1967, riceve una copertura mediatica inimmaginabile (Vitelli et al., 2006) e genera un grande scalpore, più che giustificabile dal momento che attraverso la sua storia dimostrando la possibilità di raggiungere una soluzione chirurgica per lenire la sofferenza soggettivamente percepita da soggetti transessuali. La vicenda offrì a molte persone transessuali l'opportunità di riconoscersi, di non sentirsi sole e di trovare un linguaggio condiviso che attestasse la loro esistenza (Scandurra, 2015).

Il trattamento moderno delle persone TGNC è stato elaborato proprio sulla base della concezione che, da Benjamin in poi, legittima e istituisce la possibilità di alterare il proprio corpo per adeguarlo alle proprie esperienze interne (Santoni, 2009). Con la pubblicazione del volume *Il fenomeno transessuale* (1966), Benjamin fornì preziose considerazioni sulla presa in carico di soggetti che presentano identità TGNC. Dal momento che le nuove possibilità offerte dalla chirurgia consentivano a un numero sempre più ampio di soggetti di sottoporsi a interventi di RCG, si verificò la necessità di selezionare adeguatamente i soggetti eleggibili per tali interventi. Benjamin, influenzando profondamente la classificazione manualistica di questa epoca, demarca una differenza tra transessualismo e travestitismo definendo i "veri transessuali" come soggetti maschi o femmine profondamente infelici quando vivono come membri del sesso concordante con la loro anatomia sessuale; di conseguenza, se il travestimento comporta un lenimento della condizione di sofferenza, la persona transessuale non si ferma su questo punto ma intende procedere chirurgicamente sul proprio corpo; viceversa, dunque, il comportamento dei soggetti travestiti sarebbe da inquadrarsi nell'ambito delle parafilie. Nel 1979, un gruppo interdisciplinare di medici e ricercatori diede vita all'*Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association*, oggi nota come *World Professional Association for Transgender Health* (WPATH); l'associazione riconobbe uno spettro di presentazioni cliniche per le quali la RCG poteva essere terapeutica, ampliando i ristretti criteri di riferimento utilizzati nei primi programmi di intervento; furono definiti dei criteri di ammissibilità, che includevano una valutazione da parte di un professionista della salute mentale e un certo periodo di tempo in cui vivere pienamente secondo il genere desiderato (IOM, 2011). Tutt'oggi, i ricercatori della WPATH studiano i criteri per valutare l'idoneità di una persona TGNC per il percorso medico-chirurgico, aggiornandoli continuamente in base ai risultati delle nuove ricerche in campo medico e psichiatrico.

Altro contributo cruciale fu quello offerto dallo psicoanalista Robert Stoller, il quale distingue distinte il "sesso", ovvero gli elementi maschili e femminili che appartengono al corpo anatomico e biologico, e il "genere", con cui si viene a indicare, viceversa, la dimensione sociale e culturale del sesso (Stoller, 1968; Green, 2010); si determinano così nuove condizioni per distinguere l'esperienza di soggetti transessuali da quella di soggetti transgender. Così, tra la fine degli anni '80 e l'inizio degli anni '90, sulla scia di un rinnovamento sociale e culturale a opera di numerosi attivisti, tra cui possiamo qui ricordare il contributo pionieristico di Virginia Prince (Ekins & King, 2005), inizia ad affermarsi la possibilità di un cambiamento di "genere" che non riguarda unicamente la modificazione/riassegnazione del "sesso". Il cambiamento di genere intende sottolineare gli aspetti psicologici che riguardano l'espressione dell'identità di genere percepita, piuttosto che le modificazioni del corpo materiale.

Questo complesso movimento culturale consente uno spostamento di paradigma che contribuisce all'abbandono del precedente modello basato sulla "patologia", impostato sul concetto di deviazione dalla normalità, iniziando a considerare in senso positivo i processi di costruzione

dell'identità che portano una persona a sviluppare ed esprimere un'identità TGNC. Alla luce di tale paradigma risulta cruciale riconoscere e supportare l'identità di una persona TGNC, sostenendo il suo processo di *coming out*, mettendo in luce i processi di stigmatizzazione sociale rivolti a queste persone (Goffman, 1963; Grant et al. 2011; Hatzenbuehler et al., 2014; Herek, 2009), considerando tutte le potenziali influenze che i processi sociali possono avere sulla salute dell'individuo (Bockting & Coleman 2007).

2.3 L'evoluzione del DSM e dell'ICD

Affiancandosi alle battaglie condotte dalle comunità gay e lesbica, le persone TGNC hanno reclamato, in anni recenti, la rimozione della condizione da esse presentata dai differenti manuali diagnostici psichiatrici adottati dalla comunità scientifica. Nell'ultimo ventennio, queste diagnosi sono diventate sempre più problematiche e controverse, destando dissensi e proteste dei movimenti transgender, che reclamavano il riconoscimento e la depatologizzazione della varianza di genere (IOM, 2011). Nel 2010, il Consiglio di Amministrazione della WPATH ha sollecitato con forza la derubricazione a livello mondiale della varianza di genere dalle malattie mentali, ponendo al centro la questione dello stigma; la psicopatologizzazione delle caratteristiche delle identità di genere può causare e rinforzare stigma, esponendo le persone TGNC a pregiudizi, discriminazioni ed esclusione sociale e legale, ed aumentando i rischi per il benessere psicofisico.

Tale processo ha trovato un suo iniziale, ma molto parziale, compimento, con la quinta edizione del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM-5) (American Psychiatric Association, 2013).

Nell'attuale DSM-5, pubblicato nel 2013, la diagnosi di *Disforia di Genere*, descritta come "un profondo sentimento di disagio e di sofferenza vissuto in relazione alla discrepanza, o incongruenza, tra la propria espressione di genere e il sesso assegnato alla nascita, al ruolo di genere ad esso associato e/o alle proprie caratteristiche anatomiche sessuali secondarie" è stata collocata in un capitolo autonomo, venendo così separata definitivamente da altre condizioni appartenenti al capitolo delle parafilie (APA, 2013; Fisk, 1973; Knudson et al., 2010). Rispetto alla precedente formulazione di *Disturbo dell'Identità di Genere* avanzata nel DSM-IV si può segnalare, inoltre, il cambiamento di alcuni aspetti formali come, ad esempio, l'eliminazione del termine "disturbo" da tale nomenclatura; non si parla più di "identificazione col sesso opposto", dicitura che sottende la 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 alla infinita varianza di genere; la sostituzione sistematica del termine sesso con quello di genere; infine, la diagnosi comprende un gruppo di criteri specifici per i bambini (disforia di genere nei bambini) e un altro per gli adolescenti e gli adulti (disforia di genere negli adolescenti e negli adulti) (Drescher 2015).

Tutti questi elementi testimoniano il superamento di una visione strettamente patologica connessa all'identità di genere, la maggiore attenzione all'uso del linguaggio e la considerazione delle implicazioni socioculturali prodotte dalle diagnosi di disturbi mentali. L'attenzione che la task force del DSM ha mostrato nei confronti delle pressioni sociali rappresenta senza dubbio un'importante evoluzione verso una maggiore e necessaria libertà di espressione. Tuttavia, l'area del genere e della sua non conformità rispetto alle norme sociali rimane ancora appannaggio della psichiatria. Il rischio di utilizzare un'etichetta diagnostica per esprimere il vissuto soggettivo di persone tra loro molto diverse è quello di perdere di vista le soggettività; ma alla proposta di un completo emendamento di ogni forma di diagnosi da tali manuali, attuando così un pieno pro-

cesso di de-medicalizzazione nei riguardi delle persone che presentano identità TGNC, fa da contraltare la posizione di coloro che, viceversa, intendono mantenere le diagnosi a sostegno del diritto, delle persone con identità TGNC, a ricevere un'adeguata copertura dei trattamenti, talvolta, richiesti.

Ma è con la recente pubblicazione della undicesima edizione dell'ICD-11 che l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha definitivamente decretato la non riconducibilità di tali condizioni esistenziali alla classe dei disturbi mentali (World Health Organization, 2018). Esse trovano qui collocazione all'interno di una classe diversa di condizioni che vengono a essere oggi dette "correlate alla salute sessuale". La denominazione della condizione, stabilita dall'apposita commissione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, è *Gender Incongruence*, ed essa così viene descritta: «L'Incongruenza di genere è caratterizzata da una marcata e persistente incongruenza tra il genere sessuale esperito dall'individuo e il sesso assegnato alla nascita. I comportamenti e le preferenze connessi a una varianza di genere non costituiscono di per sé una base sufficiente per una formulazione diagnostica».

3. Violenza e pregiudizi anti-transgender

Le ricerche che si occupano di studiare quantitativamente le percentuali di violenza, discriminazione, prevaricazione e molestia subite dalle persone TGNC riportano dei dati decisamente allarmanti.

Lombardi et al. (2001), analizzando un campione di 402 persone TGNC, riportano che il 59.5% ha esperito violenze ed abusi (il 26.6% ha vissuto un incidente violento, il 14% uno stupro o un tentativo di stupro, il 19.4% un'aggressione senz'arma, il 17.4% insulti e il 10.2% un'aggressione con arma) e che il 37.1% ha subito discriminazioni economiche. Complessivamente, il 47% del campione è stato vittima di qualche forma di aggressione nel corso della propria vita. Gli autori, inoltre, hanno potuto riscontrare che le persone TGNC hanno una probabilità 3 volte maggiore rispetto alle persone non TGNC di subire discriminazioni economiche e che coloro che esperiscono questo tipo di discriminazioni hanno una probabilità 5 volte maggiore di subire anche qualche forma di violenza.

Xavier e Simmons (2000), in uno studio condotto su un campione di 252 persone TGNC reclutati nella città di Washington, riportano che ben il 43% ha subito qualche tipo di violenza. Kenagy (2005), su un campione di 181 persone TGNC, riporta che, durante l'infanzia e l'adolescenza, il 71% ha subito violenze fisiche e il 50% violenze sessuali causate dalla non conformità di genere.

Queste violenze e discriminazioni sembrano avere un effetto a catena sui tentativi di suicidio. Clements-Nolle, Marx e Katz (2006), in un ampio campione di 392 persone TGNC MtF e 123 FtM, hanno riscontrato che il 32% di essi ha tentato il suicidio. La giovane età (< 25 anni), la depressione, l'abuso di sostanze, le violenze sessuali, le discriminazioni e le vittimizzazioni basate sul genere sono risultati tutti predittori indipendenti del tentativo di suicidio. Kenagy (2005) riporta una percentuale simile (il 30.1%) ma aggiunge che tra essi, il 67.3% ha tentato il suicidio a causa della propria identità TGNC.

Bradford et al. (2013), su un campione di 350 persone TGNC, riportano che il 41% del campione ha subito discriminazioni collegate all'identità TGNC e che i fattori più associati alle discriminazioni sono il contesto geografico, il genere, il basso livello socio-economico, l'appartenenza ad una minoranza etnica, l'assenza di assicurazione sanitaria, l'uso di sostanze, il basso livello di supporto familiare e di connessione comunitaria.

Scandurra et al. (2017), su un campione di 149 persone trans TGNC gender italiane, hanno riscontrato che le tipologie di stigma più frequenti sono: abusi verbali (86.6%), problematiche nel trovare un lavoro (66.4%), abusi fisici (57%), problematiche di accesso ai servizi di salute generale (38.9%), abusi sessuali (31.5%), problematiche nel fittare una casa (28.9%), licenziamento (24.2%), rapina (21.5%) e sfratto (15.4%).

Il primo studio quantitativo sugli *hate crimes*⁵ agiti contro le persone TGNC europee, *Hate Crimes in the European Union*, riporta dei dati allarmanti: su un campione di 2669 persone trans-TGNC, 1) il 79% ha subito qualche tipo di molestia che varia da commenti transfobici ad abusi fisici e sessuali; 2) le forme più comuni di molestie sono rappresentate dai commenti transfobici (44%) e da abusi verbali (27%); 3) il 15% ha subito comportamenti intimidatori e il 7% abusi fisici; 4) le persone TGNC italiane hanno riportato la più alta percentuale di commenti transfobici (51%) (Turner, Whittle, & Combs, 2009).

Il progetto europeo *Transrespect versus Transphobia Worldwide* riporta che 53 persone TGNC sono state uccise solo in Europa durante il periodo che va da Gennaio 2008 a Dicembre 2011. Di queste ben 14 erano italiane. Presumibilmente molte di loro sono state uccise a causa della transfobia o della vulnerabilità causata dalla marginalizzazione sociale (Agius & Tobler, 2011; Balzer & Hutta, 2012).

Molti sono gli studi che hanno affrontato la problematica della transfobia nella famiglia d'origine. Factor e Rothblum (2007), ad esempio, riportano che i fratelli non TGNC tendano a ricevere un maggiore supporto familiare rispetto ai fratelli TGNC, divenendo, così, la famiglia d'origine il primo contesto attraversato da istanze transfobiche. Gerini et al. (2009) sostengono che, essendo molteplici gli agenti dei maltrattamenti psicologici [compagni e coetanei (54%), sconosciuti (42%), padre (31%) e madre (26%)], le persone TGNC tenderebbero a subire dei traumi cumulativi, ovvero molteplici forme di discriminazioni e/o violenze emotive e fisiche che, cumulandosi nel tempo e rinforzandosi tra loro, produrrebbero secondariamente differenti forme di disagio psicologico. Koken, Bimbi e Parsons (2009), nell'ambito delle discriminazioni subite in famiglia, mostrano come la prima esperienza che le persone TGNC hanno con lo sviluppo del proprio genere e della propria identità sessuale si verifica nella famiglia d'origine e così la maggior parte delle esperienze di rifiuto e violenza subite cominciano in famiglia. Munson (2006) sostiene che l'espressione di genere del bambino viene utilizzata quale pretesto per attuare forme di violenza, seguite da silenzio o diniego familiare. Infine, Gagne e Tewksbury (1998) riportano esperienze di punizione subite durante l'infanzia e l'adolescenza causate da comportamenti ritenuti non congruenti rispetto al genere assegnato alla nascita e, dunque, non stereotipicamente maschili o femminili: tali comportamenti possono assumere la valenza di veri e propri rifiuti, agiti dalla famiglia d'origine verso il figlio TGNC e possono sfociare nell'allontanamento dalla propria abitazione.

Nell'ambito del *sex work* i dati non sono più rassicuranti. Nemoto et al. (2004) riportano che la motivazione che spinge molte persone TGNC MtF a prostituirsi trova le sue origini nell'assenza di supporto da parte della società allargata che non crea opportunità di lavoro. Questa grande barriera transfobica pone le persone TGNC a rischio di esperire traumi. A tal proposito, Valera, Sawyer e Schiraldi (2001) riportano che il 75% delle persone TGNC del loro campione è stato aggredito da un cliente e che l'80% è stato minacciato con un'arma. Le discriminazioni subite in

5 I crimini d'odio (o hate crimes) configurano formalmente dei reati puniti dal codice penale poiché rappresentano delle vere e proprie violenze (come ad es., omicidio, diffamazione, ingiuria, ecc.) perpetrate nei confronti di una specifica minoranza. Ciò che li differenzia dai reati "comuni" è il movente: l'odio nei confronti della persona appartenente ad una minoranza o nei confronti di chi si sospetta sia tale. Non tutti gli Stati hanno regolamentato questi crimini.

questo specifico campo sembrano essere collegate alle discriminazioni subite in ambito lavorativo. Hill e Willoughby (2005) riportano che molte persone TGNC si ritrovano costrette a cambiare lavoro a causa della loro non conformità di genere. Come precedentemente accennato, Lombardi et al. (2001) hanno riscontrato un elevatissimo tasso di discriminazioni in ambito lavorativo: ben il 37% del loro campione ha subito licenziamenti, retrocessioni, azioni disciplinari ingiuste. E come riscontrato da Nemoto et al. (2004) molte persone TGNC riportano che sono proprio queste discriminazioni a spingerle alla prostituzione.

3.1 Violenza verso le persone TGNC: inquadramento teorico

Come si può evincere dai dati su riportati, le persone TGNC sono sottoposte ad elevati livelli di stigma sociale. Teoricamente, lo stigma si riferisce al relegamento ad uno status inferiore e alla considerazione negativa che la società collettivamente assegna agli individui e ai gruppi associati a diversificate condizioni, status o attributi (Goffman, 1963; Herek, 2009). Lo stigma anti-transgender si riferisce allo stigma rivolto agli individui che si identificano come TGNC o la cui espressione di genere differisce dalle norme di genere socialmente imposte.

Per quanto riguarda la violenza e i pregiudizi anti-transgender, risulta esemplificativo il tentativo di inquadramento teorico proposto da Hill (2003). L'autore ha sviluppato un modello teorico finalizzato a comprendere ciò che egli definisce *anti-transgender violence*, ovvero violenza contro le persone transgender; la violenza è intesa dall'autore ad un duplice livello: il livello interpersonale - la famiglia d'origine, il posto di lavoro, ecc. - e quello istituzionale - le scienze mediche e psicologiche, spesso patologizzanti.

Il modello teorico di Hill (2003) è costituito dall'intreccio di tre dimensioni. La prima di esse è il *genderismo*, un'ideologia strutturale pervasiva che, fondata sulla convinzione che in natura esistano solo due generi e che il genere di ciascuno debba corrispondere automaticamente al sesso assegnato alla nascita, comporta una valutazione fortemente negativa di tutti i generi che si discostano da tale visione binaria, percepiti come anomali. La seconda componente è la *transfobia*, costruito molto simile all'omofobia, definito come l'insieme di quei sentimenti di paura e disgusto verso le persone che non risultano conformi alle aspettative sociali legate al genere, sentimenti che rappresentano la forza motivante delle reazioni negative verso le persone transgender (Hill, 2003; Hill & Willoughby, 2005). La terza ed ultima componente è il *gender-bashing*, ovvero l'assalto, il pestaggio, la violenza agita: si tratta, cioè, del versante più comportamentale della violenza contro le persone TGNC. Riassumendo, il genderismo si manifesta soprattutto in convinzioni culturali e politiche istituzionali; la transfobia è perlopiù un fenomeno intrapsichico ed interpersonale; il *gender-bashing* è l'espressione violenta manifesta di queste credenze.

Così come il termine omofobia appare insoddisfacente, anche il termine transfobia ha ricevuto delle critiche teoretiche. Alcuni autori (Hill, 2003; Cope & Dark, 1999; Mizock & Lewis, 2008) hanno considerato come omofobia e transfobia spesso si confondano: le persone TGNC sono percepite come omosessuali e le persone omosessuali come trasgressori di genere. Ad esempio, gli insulti a sfondo omofobico sono spesso costituiti da nomignoli mirati a colpire l'effeminatezza, che rimanda alla non conformità di genere, alla non totale aderenza alle norme prescrittive della mascolinità; l'aggressore, il più delle volte, non conosce il comportamento o l'orientamento sessuale della sua vittima, ma la denigra e stigmatizza in ragione della sua non conformità di genere. Savin Williams et al. (2010), rifacendosi al modello di Herek, preferiscono utilizzare il termine *gender prejudice*, ovvero pregiudizio di genere. Questo si riferisce ad un concetto di più ampio

respiro rispetto a quello di transfobia, mettendo insieme “atteggiamenti negativi, reazioni emotive (paura, disgusto, irritazione, disagio), comportamenti (abusi, violenze) e discriminazioni sociali verso coloro che non sono prontamente categorizzate da sé stessi o dagli altri in un sistema binario di genere” (Savin-Williams et al., 2010, p. 366).

Allo stato attuale, a differenza del costrutto di omofobia interiorizzata, non esistono ancora studi esaustivi né una definizione univoca di transfobia interiorizzata. Bockting, Knudson e Goldberg (2006) la descrivono come sentimento di profonda vergogna, colpa e disgusto di sé, che può avere varie manifestazioni: la speranza riposta in un trattamento psicoterapico che elimini i sentimenti transgender; la ricerca disperata di interventi di chirurgia estetica che cancellino ogni segno percepito del loro sesso biologico; disagio e ostilità nei confronti di altre persone TGNC, sui quali i sentimenti di colpa ed odio di sé sono proiettati; evitamento del contatto con la comunità TGNC nello sforzo di normalizzare le loro vite, conformandole alle norme sociali prevalenti. Hendricks e Testa (2012) sottolineano la dannosità dello stigma interiorizzato, che può avere effetti negativi diretti sulla capacità dell'individuo di far fronte ad eventi stressanti esterni, impattandone la resilienza. Mizock e Lewis (2008) mettono in risalto il ruolo centrale che la transfobia interiorizzata gioca nell'ideazione suicidaria. Scandurra (2015) propone di considerare la transfobia interiorizzata come l'esito dell'interiorizzazione del binarismo di genere, che porta a direzionare contro il Sé gli atteggiamenti sociali negativi relativi, appunto, al genere. Di qui, il sentimento di disagio e imbarazzo per la propria identità TGNC, vissuta come sbagliata, contro natura, nonché l'alienazione nei confronti delle altre persone TGNC e il ricorso a strategie di occultamento della propria identità. La transfobia interiorizzata rappresenta la componente più intima del pregiudizio e dello stigma e “può essere considerata come lo stressor più insidioso, capace di mettere in scacco il benessere soggettivo e l'accettazione della propria condizione identitaria” (Scandurra, 2015, p. 46).

Kidd e Witten (2007/08) sostengono che siano soprattutto 4 i fattori capaci di spiegare la violenza anti-transgender: 1) L'ignoranza del pubblico generale: la maggior parte delle persone non conosce le identità TGNC, come si evince dall'utilizzo del linguaggio omofobico piuttosto che transfobico ad opera di molti perpetuatori di violenza anti-transgender; 2) Il problema dei bias istituzionalizzati: le istituzioni in generale producono una conoscenza scorretta sulle questioni di genere; un chiaro esempio, sostengono gli autori, sono i corsi di biologia in cui si insegna che esistono solo due sessi; 3) La marginalizzazione da parte dei sistemi sanitari che non sono pronti e preparati ad accogliere le specifiche domande delle persone TGNC; e, infine, 4) la preservazione del binarismo di genere che passa, soprattutto, attraverso gli *hate crimes*, la cui funzione è quella di rinforzare e conservare il sistema del binarismo di genere. La violenza e l'odio, infatti, puniscono coloro che trascendono o sovvertono questa potente ideologia che spinge a considerare i “trasgressori” come appartenenti ad uno status inferiore e, perciò stesso, come soggetti da punire in ragione del supposto ordine naturale delle cose. I dati riportati non possono che spingerci a pensarla come Kidd e Witten (2007): gli autori sostengono che “la violenza transgender non è solo un'epidemia confinata negli Stati Uniti. Questa è infatti una pandemia che abbraccia il globo, oltrepassando continenti, culture e linguaggi” (p. 44).

4. Bullismo transfobico

Bullismo è la traduzione letterale del termine inglese *bullying*, con il quale viene indicata una dinamica relazionale in cui, contemporaneamente, qualcuno prevarica e qualcun altro è prevaricato, con prepotenze di vario tipo ed intensità, agite in modo ripetuto in un contesto gruppale. Il

primo a studiare questo fenomeno fu Olweus che, a partire dagli anni '70, tentò di sistematizzare concettualmente la natura, la frequenza e gli effetti a lungo termine del bullismo.

Il comportamento da bullo è un tipo d'azione che mira deliberatamente a far male o a danneggiare, spesso è persistente, talvolta dura per settimane, mesi, persino anni, ed è difficile difendersi per coloro che ne sono vittime. Alla base della maggior parte dei comportamenti sopraffattori c'è un abuso di potere e un desiderio di intimidire e dominare (Sharp & Smith, 1994).

Le condizioni necessarie affinché si possa parlare di bullismo sono ben delineate da Fonzi (2006). Esse consistono nell'intenzionalità dell'atto aggressivo, nella sistematicità e persistenza con cui quest'atto viene perpetuato e nell'asimmetria relazionale che richiama un forte squilibrio di potere in grado di impedire alla vittima di attuare comportamenti difensivi.

Le azioni vengono normalmente perpetrate in un contesto di gruppo: la presenza di un "pubblico", fatto di persone che fisicamente assistono all'atto di aggressione incitando, o solo restandone osservatori, costituisce la gratificazione del soggetto che mette in atto le aggressioni, il bullo.

Le forme in cui si esprime il bullismo sono molteplici, fisiche, verbali e psicologiche: minacce, offese, insulti, aggressioni e minacce fisiche, danneggiamento di oggetti personali, furti, umiliazioni.

Le prepotenze psicologiche possono passare inosservate o essere confuse con la timidezza e la volontà di isolamento da parte della vittima.

Il bullismo non consiste mai in un'interazione duale e conflittuale tra un bullo ed una vittima. Le azioni vengono normalmente perpetrate in un contesto di gruppo: la presenza di un "pubblico", fatto di persone che fisicamente assistono all'atto di aggressione incitando, o solo restandone osservatori, costituisce la gratificazione del soggetto che mette in atto le aggressioni, il bullo.

Si tratta dunque di un fenomeno gruppale esteso a molteplici figure coinvolte. In esso sono implicati: il *leader*, cioè l'ideatore delle prevaricazioni capace di trascinare il gruppo; il *gregario*, colui che si associa al leader per desiderio d'imitazione. Il gregario non rischierebbe da sé di esporsi, se non ci fosse un leader a dirgli che cosa deve fare. Tra i bulli compare anche la figura del *sostenitore*, che spalleggia, incita, ridacchia e, così facendo, mostra di approvare le prepotenze e contribuisce a perpetuarle. Esiste il *pubblico*, composto dagli astanti indifferenti. Le ragioni per stare a guardare possono essere molteplici, dalla paura di diventare a propria volta vittima, alla convinzione che ognuno debba imparare a difendersi da solo.

All'interno del gruppo, tuttavia, c'è chi empaticamente si connette al vissuto doloroso della vittima e gli fornisce appoggio. A volte però gli unici difensori della vittima sono altri ragazzi ugualmente fragili e già vittime, o potenzialmente tali.

Negli ultimi anni tale fenomeno si è esteso anche alla comunicazione virtuale: il cyberbullismo (Belsey, 2002). Smith et al. (2006) lo definiscono: «Forma di prevaricazione volontaria e ripetuta nel tempo, attuata mediante uno strumento elettronico, perpetuata contro un singolo o un gruppo con l'obiettivo di ferire e mettere a disagio la vittima di tale comportamento, che non riesce a difendersi» (Smith et al., 2006).

Willard (2006) propone una tassonomia del cyberbullismobullismo:

- *Flaming*: messaggi violenti e volgari che mirano a suscitare contrasti e battaglie verbali nei forum;
- *Harassment*: l'invio ripetuto di messaggi offensivi e sgradevoli;
- *Denigration*: insultare o diffamare qualcuno online attraverso dicerie, pettegolezzi e menzogne, solitamente di tipo offensivo e crudele, volte a danneggiare la reputazione di una persona e i suoi rapporti;
- *Impersonation*: in questo caso l'aggressore ottiene le informazioni personali e i dati di accesso (nick, password, ecc.) di un account della vittima, con lo scopo di prenderne possesso e danneggiarne la reputazione;

- *Outing and Trickering*: diffondere online i segreti di qualcuno, informazioni scomode o immagini personali; spingere una persona, attraverso l'inganno, a rivelare informazioni imbarazzanti e riservate per renderle poi pubbliche in rete;
- *Exclusion*: escludere intenzionalmente qualcuno/a da un gruppo online (chat, liste di amici, forum tematici, ecc.);
- *Cyberstalking*: invio ripetuto di messaggi intimidatori contenenti minacce e offese.

Il bullismo viene esercitato spesso ai danni di persone che presentano caratteristiche individuali considerate indesiderabili (persone sovrappeso, con difetti di pronuncia, ecc.) o che, a vario titolo, sono parte di gruppi socialmente stigmatizzati. Spesso viene esercitato nei confronti di chi viene considerato come "strano", anche solo perché con i propri comportamenti, atteggiamenti, modo di relazionarsi, interessi, non è aderente agli stereotipi di genere o alle norme condivise dalla "maggioranza" del gruppo sociale di riferimento. In realtà, però, tutti possiamo essere potenzialmente vittime di bullismo, perché più fragili, più deboli, perché maggiormente vulnerabili e sensibili, perché temporaneamente o improvvisamente meno capaci di fronteggiare l'aggressività e impossibilitati a difenderci.

Quando la dimensione di discriminazione attiva e violenta di tali atti avviene tra pari nel corso dell'infanzia e dell'adolescenza ed è legata all'orientamento sessuale o alla non conformità di genere parliamo di bullismo omo-transfobico, una forma di abuso verbale, o psichico, diretto ad una persona, a causa del suo orientamento sessuale (reale o supposto) o alla sua non conformità di genere. Può includere aggressioni verbali, psichiche, relazionali, così come l'uso di epiteti omo-transfobici. Come fanno notare Platero e Gomez (2007), una delle specificità del bullismo omofobico sta nel coinvolgimento non solo della giovane popolazione LGBT (Lesbiche, Gay, Bisessuali e Transgender) ma anche di tutti quegli adolescenti che sono percepiti come omosessuali ma che, in realtà, vivono la propria identità sessuale in maniera ancora incerta, in virtù della fase evolutiva specifica che stanno attraversando. I substrati comuni risultano quindi essere sia l'omofobia - o, seguendo una dizione di più ampio respiro, omonegatività - sia dei dispositivi di potere interiorizzati sin dalle primissime fasi della socializzazione che vanno sotto il nome di eterosessismo. Esso è definito da Herek (2004, p. 16) quale «sistema ideologico che nega, denigra e stigmatizza ogni forma di comportamento, identità, relazione o comunità non eterosessuale», spingendo alla negazione totale dell'omosessualità in quanto realtà esistente e costitutiva di alcuni individui e colpendo tutto ciò che non rientra nelle norme culturalmente imposte di femminilità e mascolinità.

Il bullismo omo-transfobico, si discosta dalle comuni forme di bullismo per varie ragioni: 1) le prepotenze chiamano sempre in causa una dimensione nucleare del Sé psicologico e sessuale; 2) la vittima può incontrare particolari difficoltà a chiedere aiuto agli adulti perché teme di richiamare l'attenzione sulla propria sessualità o sul proprio genere, con i relativi vissuti di ansia e vergogna e il timore di deludere le aspettative dei genitori; 3) la vittima può incontrare particolari difficoltà a individuare figure di sostegno e protezione fra i pari, in quanto il numero dei potenziali "difensori della vittima" si abbassa notevolmente nel caso del bullismo omo-transfobico e questo perché difendere una persona LGBT comporterebbe il rischio di essere considerati tali.

Le più frequenti modalità con cui il bullismo omo-transfobico si manifesta sono quello diretto, attraverso offese omo-transfobiche, minacce fisiche, fino alla violenza fisica; il modo indiretto, tramite il quale si fanno circolare storie sulla presunta o reale omosessualità o non conformità di genere della persona che è vittima.

Numerosi, quindi, sono gli atti di violenza sessuale e di bullismo omo-transfobico che coinvolgono giovani e giovanissimi, sottolineando la cruciale importanza delle questioni del genere e dell'orientamento sessuale nello sviluppo identitario.

Il pregiudizio omo-transfobico è un costrutto per il quale tutti i professionisti che si occupano

di benessere psicologico dovrebbero mantenere un certo livello di attenzione. È necessaria un'opera di continua analisi e verifica delle condizioni entro cui si svolgono le interazioni tra il cosiddetto gruppo maggioritario, eterosessuale, e quello minoritario, omo-transgender.

Borrillo (2001), giurista argentino specializzato in diritto delle persone omosessuali, chiarisce un elemento saliente nella teorizzazione sugli atteggiamenti "anti-gay", ovvero l'esistenza di un pensiero che egli definisce "differenzialista". L'omofobia trarrebbe origine dall'intenzione, da parte del gruppo dominante, di fabbricare delle differenze per giustificarne la dominazione su quello minoritario. L'accesso ineguale alle risorse politiche, sociali e giuridiche sarebbe, dunque, l'esito di un processo di strutturazione intellettuale del pregiudizio che risulta, in tal modo, naturalizzato.

La patologizzazione delle persone gay e TGNC, spesso confuse, è sempre stata funzionale alla razionalizzazione dell'attuazione dello stigma. L'attuazione dello stigma sessuale e di genere, sebbene in alcuni contesti e momenti storici sembra perdere la sua forza, o meglio, la sua violenza, il più delle volte resta, mostrando i suoi effetti in un modo più silente, ma ugualmente brutale.

Il pregiudizio omo-transfobico ha innumerevoli forme, dalla diretta ed aperta ostilità al muto disconoscimento, ma tutte queste hanno come effetto quello di minare la salute psicologica e l'integrazione sociale dell'individuo vittima di tale discriminazione.

Discriminazione e vittimizzazione nel contesto scolastico sono associate a più alti tassi di depressione, condotte autolesive e ideazione suicidaria nei giovani LGBT rispetto ai pari (Almeida et al. 2009). Due recenti studi, basati sui dati riportati dalla *California Healthy Kids Survey* e dalla *Biennial California Student Survey* hanno rilevato nei giovani TGNC un maggiore rischio in incorrere in pensieri suicidari (Perez-Brumer et al., 2017) e nell'uso di sostanze (Day et al., 2017) rispetto ai loro pari cisgender. In particolare, si è evidenziato come le esperienze di bullismo e le molestie moderassero in maniera significativa la relazione della variabile identità di genere sia con la suicidalità (Perez-Brumer et al., 2017) sia con l'uso di sostanze (Day et al., 2017).

Un altro recente studio sulla percezione del clima scolastico nei giovani cisgender e TGNC (Day et al., 2018) ha rilevato in questi ultimi dei più alti livelli di assenze saltuarie ingiustificate e assenteismo, vittimizzazione, bullismo omo-transfobico e una peggiore percezione del clima scolastico.

In un'altra indagine americana con persone TGNC di età adulta, il 15% ha riportato un abbandono prematuro del contesto educativo a causa di violenza, a partire dalla scuola materna fino all'università (Grant et al., 2011).

Va evidenziato che molte scuole non contemplano l'identità e l'espressione di genere nelle politiche di antidiscriminazione, lasciando i giovani TGNC senza la necessaria protezione dal bullismo e dalle aggressioni nelle scuole (Singh & Jackson, 2012). Il rischio si accentua per i giovani TGNC che vivono in ambienti rurali (Kosciw et al., 2014).

Tutte le conseguenze, psicologiche e non, legate all'esposizione prolungata allo stigma si esplicano in un particolare tipo di stress, che invalida la realtà quotidiana di tutti coloro che posseggono quelle peculiarità identitarie non conformi alla norma sessuale e di genere.

Gli episodi di discriminazione subiti, l'aspettativa di essere discriminati e il mantenere alta la vigilanza per la paura di subire episodi stigmatizzanti, il nascondimento e l'interiorizzazione degli atteggiamenti sociali anti-LGBT: questi aspetti confluiscono in uno stress cronico a cui le persone LGBT sono soggette, noto in letteratura come *minority stress* (Meyer, 2003), di cui è stato mostrato il profondo impatto sulla salute mentale (per es., Meyer, 1995; Bockting et al., 2013; Nemoto et al., 2003; Scandurra et al., 2017).

La ricerca psicosociale ha tuttavia da tempo riconosciuto la forte eterogeneità che caratterizza l'esperienza psicologica delle persone TGNC, orientata al rischio disadattivo così come alla resilienza. La popolazione TGNC non è composta da persone passive, senza risorse o incapaci di

reagire: la maggior parte delle persone LGBT riesce a raggiungere un buon livello di benessere psicosociale e adattamento ai contesti familiari e lavorativi nonostante le condizioni siano più o meno ostili (Pietrantonio & Prati, 2009; Amodeo et al., 2018; Scandurra, Bacchini, Esposito, Bochicchio, Valerio, & Amodeo, in press). Lo stesso minority stress può costituire un'esperienza capace di promuovere più efficaci strategie di coping e di interazione con la realtà (Lingiardi e Nardelli, 2013). Le dimensioni positive che si associano al minority stress – ovvero, buone capacità di resilienza, supporto sociale, affiliazione comunitaria – hanno così una funzione di protezione dai suoi stessi effetti nocivi sulla salute mentale (Meyer, 2003).

La prospettiva teorica offerta dagli studi in questo campo offre una consapevolezza particolarmente saliente non solo per i professionisti della salute mentale, ma anche per insegnanti, educatori e altre figure professionali i cui interventi di tutela, supporto, e informazione, sia per la persona TGNC che per coloro che intrattengono e sviluppano relazioni con essa, possono fare la differenza, entro un contesto, quello scolastico, che gioca un ruolo cruciale per l'integrità e il benessere psico-fisico di una persona.

5. Linee-guida per la pratica psicologica con persone transgender e gender nonconforming dell'American Psychological Association (2015)

Sono riportate di seguito le 16 linee-guida per la pratica clinica con persone TGNC, fortemente consigliate in un documento prodotto dall'American Psychological Association pubblicato nel 2015 (cfr. traduzione italiana Valerio et al., 2018). Brevemente, l'obiettivo principale di queste linee-guida è quello di assistere gli psicologi nell'offerta di una pratica psicologica rivolta alle persone TGNC culturalmente competente, appropriata e di tipo affermativo. Queste linee-guida si basano su una Risoluzione del 2009, ad opera del Consiglio dei Rappresentanti APA (*Resolution on Transgender, Gender Identity, & Gender Expression Non-Discrimination*), che fa appello agli psicologi affinché assicurino nella loro pratica professionale un trattamento appropriato e non discriminatorio: li esorta ad assumere la leadership nella lotta alla discriminazione; incoraggia un'offerta adeguata di servizi di cura rivolti alla salute fisica e mentale; riconosce l'efficacia, i benefici e la necessità medica del processo di transizione di genere; supporta l'accesso ad un trattamento adeguato in ambienti istituzionali; e supporta lo sviluppo di risorse educative per la professione psicologica. Ciascuna linea-guida è costituita da una premessa teorica (Fondamento logico) che prende in esame gli studi che la supportano e da una sezione applicativa (Applicazione) che ne descrive le possibili applicazioni nella pratica psicologica.

Le Linee-Guida sono organizzate in cinque raggruppamenti:

1. Conoscenza di base e consapevolezza

Linea-guida 1. Lo psicologo comprende che il genere è un costrutto non binario e che l'identità di genere di una persona può essere o meno congruente al sesso assegnato alla nascita.

Linea-guida 2. Lo psicologo comprende che l'identità di genere e l'orientamento sessuale sono costrutti tra loro distinti ma interrelati.

Linea-guida 3. Gli psicologi devono comprendere l'intersezione fra l'identità di genere e le altre identità culturali delle persone TGNC.

Linea-guida 4. Gli psicologi sono consapevoli di come le proprie attitudini e conoscenze circa l'identità e l'espressione di genere influenzino la qualità della cura.

2. Stigma, discriminazione e barriere alla cura

Linea-guida 5. Gli psicologi riconoscono il peso che lo stigma, il pregiudizio, la discriminazione e la violenza esercitano sulla salute e sul benessere delle persone TGNC.

Linea-guida 6. Gli psicologi, riconoscendo il peso delle barriere istituzionali sulla vita delle persone TGNC, sono chiamati ad un impegno attivo per lo sviluppo di ambienti affermativi.

Linea-guida 7. Lo psicologo riconosce l'esigenza di promuovere un processo di cambiamento sociale che porti ad una riduzione degli effetti negativi dello stigma sulla salute e sul benessere delle persone TGNC.

3. Sviluppo nel ciclo di vita

Linea-guida 8. Gli psicologi che lavorano con giovani TGNC comprendono i differenti bisogni evolutivi di bambini e adolescenti, considerando che non in tutti i giovani l'identità TGNC persisterà fino all'età adulta.

Linea-guida 9. Lo psicologo si impegna a comprendere le particolari sfide che le persone anziane TGNC sperimentano e la resilienza che esse possono sviluppare.

4. Valutazione, terapia, intervento

Linea-guida 10. Lo psicologo si impegna a comprendere se e in che modo i problemi di salute mentale di una persona TGNC siano correlati all'identità di genere, nonché gli effetti psicologici del minority stress.

Linea-guida 11. Lo psicologo riconosce che ricevere supporto sociale e cure affermative aumenta la probabilità per le persone TGNC di esiti di vita positivi.

Linea-guida 12. Gli psicologi si sforzano di comprendere gli effetti che il cambiamento dell'identità e dell'espressione di genere provoca sulle relazioni sentimentali e sessuali delle persone TGNC.

Linea-guida 13. Lo psicologo cerca di comprendere le molteplici forme che la genitorialità e la formazione di una famiglia assumono tra le persone TGNC.

Linea-guida 14. Gli psicologi riconoscono le potenzialità di un approccio interdisciplinare nell'offrire assistenza alle persone TGNC e si impegnano a lavorare in sinergia con altri professionisti.

5. Ricerca, educazione, formazione

Linea-guida 15. Gli psicologi rispettano il benessere e i diritti delle persone TGNC che partecipano alla ricerca e si impegnano a rappresentare accuratamente i risultati, evitando l'uso improprio o il travisamento dei risultati.

Linea-guida 16. Gli psicologi devono preparare i tirocinanti a lavorare con le persone TGNC in modo competente.

Bibliografia

S. Agius, & C. Tobler, *Trans and intersex people. Discrimination on the grounds of sex, gender identity and gender expression*, European Community Programme for Employment and Social Solidarity – PROGRESS (2007-2013). Report consultabile sul sito web http://ec.europa.eu/justice/discrimination/files/trans_and_intersex_people_w eb3_en.

J. Almeida, R.M. Johnson, H.L. Corliss, B.E. Molnar, & D. Azrael. *Emotional distress among LGBT*

- youth: The influence of perceived discrimination based on sexual orientation, in *Journal of Youth and Adolescence*, 2009, 38,7, pp. 1001-1014.
- American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.)*, Arlington VA, American Psychiatric Publishing, 2013, Tr. it. *DSM-5. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, Milano Raffaello Cortina, 2014.
- American Psychological Association, *Guidelines for psychological practice with transgender and gender nonconforming people*, in *American Psychologist*, 2015, 70, 9, pp. 832-864. DOI: 10.1037/a0039906.
- A.L. Amodio, S. Picariello, P. Valerio, & C. Scandurra, *Empowering transgender youths: Promoting resilience through a group training program*, in *Journal of Gay & Lesbian Mental Health*, 2018, 22, 1, pp. 1-19.
- C. Balzer, & J.S. Hutta. *Transrespect versus transphobia Worldwide (tot). A comparative review of the human-rights situation of Gender-variant/Trans people*. Transgender Europe (TGEU), 2012. Report consultabile dal sito web http://www.transrespect-transphobia.org/uploads/downloads/Publications/TvT_research-report.pdf.
- H. Benjamin, *The transsexual phenomenon*, New York, The Julian Press, 1966.
- C. Bertone, *Le omosessualità*, Roma, Carocci, 2009.
- F. Bisogno & F. Ronzon, *F. Altri generi*, Milano, Il dito e la luna, 2007.
- I. Bloch, *La vita sessuale dei nostri tempi nei suoi rapporti con la civiltà moderna*, Torino, Società tipografico-Editrice, 1907.
- W.O. Bockting & E. Coleman, *Developmental stages of the transgender coming-out process: Towards an integrated identity*, in *Principles of transgender medicine and surgery*, A. E. Eyler & S. Monstrey (ed.), New York, Haworth Press, 2007, pp. 185-210.
- W.O. Bockting, G. Knudson, & J.M. Goldberg, *Counseling and Mental Health Care for Transgender Adults and Loved Ones*, in *International Journal of Transgenderism*, 2006, 9, 3/4, pp. 35-82.
- W.O. Bockting, M.H. Miner, R.E. Swinburne Romine, A. Hamilton, & E. Coleman, *Stigma, mental health, and resilience in an online sample of the US transgender population*, in *American Journal of Public Health*, 2013, 103, 5, pp. 943-951.
- K. Bornstein & S.B. Bergman, *Gender Outlaws: The Next Generation*, Berkeley, California: Seal Press, 2010.
- D. Borrillo, *L'omofobie*, Parigi, Presses Universitaires de France, 2001. Tr. it. D. Caiati, *Omofobia. Storia e critica di un pregiudizio*, Bari, Edizione Dedalo, 2009.
- J. Bradford, S. Reisner, J. Honnold, J. Xavier, *Experiences of transgender-related discrimination and implications for health: results from the Virginia transgender health initiative study*, in *American Journal of Public Health*, 2013, 103, pp. 1820-1829. DOI: 10.2105/AJPH.2012.300796.
- V. Bullough, *Homosexuality: A history*, New York, Meridian, 1979.
- J. Butler, *Undoing gender*, New York, Routledge, 2004.
- D.O. Cauldwell, *Psychopathia transsexualis*, in *Sexology Magazine*, 1949, 16, pp. 274-280.
- C. Chiari, *Orientamento sessuale e sviluppo psicosessuale*. In *Psicologia dell'Omosessualità: Identità, Relazioni Familiari e Sociali*, C. Chiari C. & L. Borghi (a cura di), Roma, Carocci, 2009, pp. 31-46.
- N.J. Chodorow, *Femininities, Masculinities, Sexualities. Freud and Beyond*, Lexington, Kentucky University Press, 1994.
- K. Clements-Nolle, R. Marx, R. Guzman, & M. Katz, *HIV prevalence, risk behaviors, health care use, and mental health status of transgender persons: Implications for public health intervention*, in *American Journal of Public Health*, 2001, 91, 6, pp. 915-921.
- E. Coleman, W.O. Bockting, & L. Gooren, *Male cross-gender behaviour in Myanmar (Burma): A description of the Acault*, in *Archives of Sexual Behavior*, 1992, 21, pp. 313-321.
- J. Coleman, & L. Hendry, *The nature of adolescence*, London, Routledge, 1990.
- A. Cope, & J. Dark, *Trans accessibility project. Violence intervention and education workgroup*, Canada,

- Ontario, 1999. Report consultabile da <http://www.queensu.ca/humanrights/tap>.
- A. Cornwall, S. Correa, S. Jolly, *Development with a body: sexuality, human rights and development*, New York, Zed Books, 2008.
- A.I. Davidson, *The Emergence of Sexuality: Historical Epistemology and the Formation of Concepts*, Cambridge, Mass, Harvard University Press, 2001.
- J.L. Davis, "More than just Gay Indians". *Intersecting articulations of two-spirits, gender and indigenouness*, in *Queer Excursions: Rethorizing Binaries in Language, Gender, and Sexuality*, L. Zimman, J. Davis & J. Raclaw (ed), Oxford, New York, 2012, pp. 62-80
- J.K. Day, J.N. Fish, A. Perez-Brumer, M.L. Hatzenbuehler, & S.T. Russell, *Transgender youth substance use disparities: results from a population-based sample*, in *Journal of Adolescent Health*, 2017, 61, 6, pp. 729-735.
- J.K. Day, A. Perez-Brumer, S.T. Russell, *Safe Schools? Transgender Youth's School Experiences and Perceptions of School Climate*, in *Journal of Youth And Adolescence*, 2018, 47, 8, pp. 1731-1742. DOI: 10.1007/S10964-018-0866-X.
- J. Drescher, *Out of DSM: Depathologizing Homosexuality*, in *Behavioral Sciences*, 2015, 5, pp. 565-575.
- J. Drescher, *Queer diagnoses: parallels and contrast in the history of homosexuality, gender variance, and the diagnostic and statistical manual*, in *Archives of Sexual Behavior*, 2009, 39, pp. 427-460.
- L. Edwards-Leeper, S. Leibowitz & V.F. Sangganjanavanich, *Affirmative practice with transgender and gender nonconforming youth: Expanding the model*, in *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 2016, 3, 2, pp. 165-172. DOI: 10.1037/sgd0000167.
- M.E. Eisenberg, A. L. Gower, B.J. McMorris, G. N. Rider, E. Coleman, *Emotional Distress, Bullying Victimization, and Protective Factors Among Transgender and Gender Diverse Adolescents in City, Suburban, Town, and Rural Locations*, in *The Journal of Rural Health*, 2018, 35, 2, pp. 270-281. DOI: 10.1111/jrh.12311.
- R. Ekins & D. King, *Virginia Prince: Transgender Pioneer*, in *International Journal of Transgenderism*, 2005, 8, pp. 5-15.
- R.J. Factor & E.D. Rothblum, *A study of transgender adults and their non-transgender siblings on demographic characteristics, social support, and experiences of violence*, in *Journal of LGBT Health Research*, 2007, 3, 3, pp. 11-30.
- L. Feinberg, *Transgendered warriors: Making history from Joan of Arc to Dennis Rodman*. Boston, Beacon Press, 1996.
- N. Fisk, *Gender dysphoria syndrome (The How, What, and Why of a Disease)*, in *Proceedings of the second interdisciplinary symposium on gender dysphoria syndrome*, D. Laub & P. Gandy (a cura di), Palo Alto, Stanford University Press, 1973, pp. 7-14.
- A. Fonzi, *Bullismo. La storia continua... Dal gioco crudele alla crudeltà violenta*, in *Psicologia Contemporanea*, 2006, 197, pp. 28-36.
- M. Foucault, *The History of Sexuality, Volume I: An Introduction*, 1976, Tr. English Robert Hurley, New York, Random House – Pantheon Books, 1978.
- P. Gagne & R. Tewksbury, *Conformity pressures and gender resistance among transgender individuals*, in *Social Problems*, 1998, 45, 1, pp. 81-101.
- G. Gerini, F. Giaretton, C. Trombetta, & P. Romitoz, *Violenza, discriminazione e salute mentale in un campione di pazienti transessuali* in *Rivista di Sessuologia*, 2009, 33, 4, pp. 236-245.
- E. Goffman, *Stigma*, London, Penguin, 1963.
- M. Graglia, *OmoFOBIA: Strumenti di analisi e di intervento*, Roma, Carocci, 2012.
- J.M Grant, L.A Mottet, J. Tanis, J. Harrison, J.L. Herman, M. Kiesling, *Injustice at every turn: A report of the national transgender discrimination survey*, Washington, DC, National Center for Transgender Equality & National Gay and Lesbian Task Force, 2011.
- R. Green, *Robert Stoller's sex and gender: 40 years on*, in *Archives of Sexual Behavior*, 2010, 39, pp.

1457-65.

R. Grèmaux, *Franciscan friars and the sworn virgins of the North Albanian tribes*, in *Religion State and Society*, 1992, 20, pp. 361-374.

M.L. Hatzenbuehler & B.G. Link, *Structural stigma and the health of lesbian, gay, and bisexual populations*, in *Current Directions in Psychological Science*, 2014, 23, 127-132.

M.L. Hendricks, & R.J. Testa, *A Conceptual Framework for Clinical Work with Transgender and Gender Nonconforming Clients: An Adaptation of the Minority Stress Model*, in *Professional Psychology: Research and Practice*, 2012, 43,5, pp. 460-467.

G. Herdt, *Third sex, third gender, beyond sexual dimorphism in culture and history*, New York, Zone Books, 1994.

G.M. Herek, *Beyond 'homophobia': Thinking about sexual stigma and prejudice in the twenty-first century*, in *Sexuality Research and Social Policy*, 2004, 1, 2, pp. 6-24.

G.M. Herek, *Sexual stigma and sexual prejudice in the United States: A conceptual framework*, in *Contemporary perspectives on lesbian, gay, and bisexual identities*, D.A. Hope (a cura di), New York, Springer, 2009, pp. 65-111.

M.A. Hidalgo, D. Ehrensaft, A.C. Tishelman, L.F. Clark, R. Garofalo, S.M. Rosenthal, N.P. Spack & J. Olson, *The Gender Affirmative Model: What we know and what we aim to learn*, in *Human Development*, 2013, 56, 5, pp. 285-290. DOI: 10.1159/000355235.

D.B. Hill, *Genderism, Transphobia, and Gender Bashing: A Framework for Interpreting Anti-Transgender Violence*, in *Understanding and Dealing with Violence: A Multicultural Approach*, B.C. Wallace, & R.T. Carter (A cura di), California, SAGE Publications, 2003, pp. 113-137).

P.L. Hill, N. Reesor & D. Collicot, *Sexual Identity*, in *The SAGE Encyclopedia of Psychology and Gender*, K.L. Nadal (ed.), Thousand Oaks, SAGE Publications, Inc., 2017.

D.B. Hill & B.L.B Willoughby, *The development and validation of the Genderism and Transphobia Scale*, in *Sex Roles*, 2005, 53,7/8, pp. 531-544.

Institute of Medicine (IOM), Board on the Health of Select Populations, Committee on LGTB Health Issues and research Gaps and Opportunities. *The health of lesbian, gay, bisexual, and transgender people: Building a foundation for better understanding*, Washington, DC, National Academies Press, 2011.

P.A. Jackson & G. Sullivan, *Lady Boys, Tom Boys, Rent Boys: Male and Female Homosexualities in Contemporary Thailand*, New York, Haworth Press, 1999.

S. Jacobs, T. Wesley, S. Lang, *Two-Spirit People. Native American Gender Identity, Sexuality, and Spirituality*, Urbana and Chicago, University of Illinois Press, 1997.

C. Jorgensen, *Christine Jorgensen: A personal autobiography*, New York, Paul S. Erickson, 1967.

G.P. Kenagy, *Transgender health: Findings from two needs assessment studies in Philadelphia*, in *Health & Social Work*, 2005, 30, 1, pp. 19-26.

H. Kennedy, *Karl Heinrich Ulrichs. First Theorist of Homosexuality*, in *Science and Homosexualities*, V. Rosario (a cura di), New York, Routledge, 1997, pp. 26-45.

J.D. Kidd, & T.M. Witten, *Transgender and transsexual identities: The next strange fruit-hate crimes, violence and genocide against the global trans-communities*, in *Journal of Hate Studies*, 2007/08, 6, pp. 31-63.

A.C. Kinsey, W.B. Pomeroy, & C.E. Martin, *Sexual Behaviour in the Human Male*, Philadelphia, Saunders, 1948.

A.C. Kinsey, W.B. Pomeroy, & C.E. Martin & P.H. Gebhard, *Sexual Behaviour in Human Female*, Philadelphia, Saunders, 1953.

G. Knudson, G. De Cuypere, W.O. Bockting, *Recommendations for revision of the DSM diagnoses of gender identity disorders: Consensus statement of the World Professional Association for Transgender Health*, in *International Journal of Transgenderism*, 2010, 12, pp. 115-118.

- J.A. Koken, D.S. Bimbi, & J.T. Parsons, *Experiences of familial acceptance-rejection among transwomen of color*, in *Journal of Family Psychology*, 2009, 23, 6, pp. 853-860.
- J. G. Kosciw, E. A. Greytak, N. A. Palmer, & M.J. Boesen, *The 2013 National School Climate Survey: The experiences of lesbian, gay, bisexual and transgender youth in our nation's schools*, New York, GLSEN, 2014.
- Von R. Krafft-Ebing, *Psychopathia sexualis*, 1931, Tr. it. Milano, Carlo Manfredi Editore, 1966.
- A.I. Lev, *Transgender emergence*, London, Haworth Clinical Practice Press, 2004.
- V. Lingiardi & N. Nardelli, *Linee guida per la consulenza psicologica e la psicoterapia con persone lesbiche gay e bisessuali*, in *Etica Competenza e Buone Prassi*, Ordine degli Psicologi del Lazio (a cura di), Milano, Cortina, 2013, pp. 226-313.
- E.L. Lombardi, R.A. Wilchins, D. Priesing, & D. Malouf, *Gender Violence*, in *Journal of Homosexuality*, 2001, 42, 1, pp. 89-101.
- J. Mageo, *Male Transvestism and Cultural Change in Samoa*, in *American Ethnologist*, 1992, 19, pp. 443-459.
- I.H. Meyer, *Minority stress and mental health in gay men*, in *Journal of Health and Social Behavior*, 1995, 36, 1, pp. 38-56.
- I.H. Meyer, *Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence*, in *Psychological Bulletin*, 2003, 129, pp. 674-697.
- J. Meyerowitz, *How sex changed: A history of transsexuality in the United States*, Cambridge, MA, Harvard University Press, 2002.
- M. Miano Borruso *Hombres mujeres muxe en la sociedad zapoteca del Istmo de Tehuantepec*. México, INAH y Plaza y Valdés, 2002.
- J. Miller & A. Nichols, *Identity, sexuality and commercial sex among Sri Lankan nachchi*, in *Sexualities*, 2012, 15, pp. 554-569.
- L. Mizock, & T.K. Lewis, *Trauma in transgender populations: Risk, re-silience, and clinical care*, in *Journal of Emotional Abuse*, 2008, 8, 3, pp. 335-354.
- J. Money, *Hermaphroditism, Gender and Precocity in Hyperadrenocorticism: Psychologic Findings*, in *Bulletin of the Johns Hopkins Hospital*, 1955, 96, pp. 253-264.
- J. Money, *Gender: History, theory and usage of the term in sexology and its relationship with nature/nurture*, in *Journal of Sex & Marital Therapy*, 1985, 11, pp. 71-79.
- J. Money, & A.A. Ehrhard, *Man and Woman, Boy and Girl: The differentiation and dimorphism of gender identity from conception to maturity*, Baltimore, The Johns Hopkins University Press, 1972.
- M. Munson, *Practical tips for working with transgender survivors of sexual violence*, 2006, consultabile dal sito web: www.forge-forward.org.
- T. Nemoto, M. Iwamoto, & D. Operario. *HIV risk behaviors among Asian and Pacific Islander male-to-female transgenders*, in *The Community Psychologist*, 2003, 36, pp. 31-35.
- H. Oosterhuis, *Sexual Modernity in the Works of Richard von Krafft-Ebing and Albert Moll*, in *Medical History*, 2012, 56, pp. 133-155.
- A. Perez-Brumer, J.K. Day, S.T. Russell, & M.L. Hatzenbuehler. *Prevalence and correlates of suicidal ideation among transgender youth in California: Findings from a representative, population-based sample of high school students*, in *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 2017, 56, 9, pp. 739-746.
- A. Perez-Brumer, M.L. Hatzenbuehler, C.E. Oldenburg, & W. Bockting, *Individual- and structural-level risk factors for suicide attempts among transgender adults*, in *Behavioral Medicine*, 2015, 41, 3, pp. 164-171.
- L. Pietrantoni & G. Prati (2009). *Salute e omosessualità tra vulnerabilità e resilienza*, in *Psicologia dell'Omosessualità: Identità, Relazioni Familiari e Sociali*, C. Chiari C. & L. Borghi (a cura di), Roma, Carocci, 2009, pp. 157-168.

- R. Platero, & E. Gómez, *Herramientas para combatir el bullying homofóbico*, Madrid, Talasa, 2007.
- J. Raza & G.L. Warne, *Disorders of sexual development*, in *Textbook of Clinical Pediatrics*, A. Y. Elzouki, H. A. Harfi, H. Nazer, W. Oh, F. B. Stapleton, & R. J. Whitley (ed.), Berlin Heidelberg, Springer-Verlag, 2012, pp. 3649-3674.
- G. Rubin, *The traffic in women: Notes on the 'Political Economy' of sex*, in *Toward an anthropology of women*, R. Reiter (ed.), New York, Monthly Review Press, 1975, pp. 157-210.
- B. Santoni, *La questione "trans"*, in *L'identità sessuale a scuola. Educare alla diversità e prevenire l'omofobia*, F. Batini & B. Santoni (a cura di), Napoli, Liguori, 2009 (pp. 79-144).
- R.C. Savin-Williams, S.T. Pardo, Z. Vrangalova, R.S Mitchell, & K.M. Cohen, *Sexual and gender prejudice*, in *Handbook of Gender Research in Psychology. Volume 2: Gender Research in Social and Applied Psychology*, J.C. Chrisler, & D.R. McCreary (a cura di), New York, Springer, pp. 359-376.
- C. Scandurra, A.L. Amodeo, P. Valerio, V. Bochicchio, & D. M. Frost, *Minority stress, resilience, and mental health: A study of Italian transgender people*, in *Journal of Social Issues*, 2017, 73, 3, pp. 563-585. DOI: 10.1111/josi.12232.
- C. Scandurra, F. Mezza, P. Valerio, R. Vitelli, *Approcci affermativi e rilevanza del minority stress nel counseling psicologico con persone LGBT: una revisione della letteratura internazionale*, in *Psicoterapia e Scienze Umane*, 53, 1, 2019, pp. 67-92.
- C. Scandurra, V. Bochicchio, A.L. Amodeo, C. Esposito, P. Valerio, N.M. Maldonato, D. Bacchini, Dario, & R. Vitelli, *Internalized transphobia, resilience, and mental health: Applying the Psychological Mediation Framework to Italian transgender individuals*, in *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2018, 15, 3, 508e. DOI: 10.3390/IJERPH15030508.
- C. Scandurra, *Minority Stress e Transgenderismi: Effetti dello stigma vissuto ed interiorizzato e dei fattori protettivi sulla salute mentale di un campione di persone transgender italiane* (Tesi di dottorato), Università degli Studi di Napoli Federico II – Napoli, 2015.
- C. Scandurra, P. Valerio, *Sulla pratica clinica affermativa con le persone transgender e gender nonconforming: Nuove linee-guida dell'American Psychological Association*, in *La camera blu*, 2018, 18, pp. 148-157.
- J. Schmidt, *Paradise lost? Social change and Fa'afafine in Samoa*, in *Current Sociology*, 2003, 51, 417-432.
- S. Sharp & P.K. Smith, *Bulli e prepotenti nella scuola. Prevenzione e tecniche educative*, Trento, Erickson, 1994.
- M.G. Shively, & J.P. De Cecco, *Components of sexual identity*, in *Journal of Homosexuality*, 1977, 3, 1, pp. 41-48.
- C. Simonelli, *Psicologia dello sviluppo sessuale e affettivo*, Roma, Carocci, 2002.
- A. Singh, & K. Jackson, *Chapter seventeen: Queer and transgender youth: Education and liberation in our schools*, in *Sexualities in Education: A Reader*, 2012, 367, pp. 175-186.
- R.J. Stoller, *Sex and Gender: The development of masculinity and femininity*, New York, Science House, 1968.
- R. Totman, *The Third Sex: Kathoey: Thailand's Ladyboys*, London, Souvenir Press, 2003.
- L. Turner, S. Whittle, & R. Combs, *Transphobic Hate Crime in the European Union*, Brussels, International Lesbian and Gay Association Europe, 2009.
- P. Valerio, V. Bochicchio, F. Mezza, A.L. Amodeo, R. Vitelli & C. Scandurra, *Adattamento italiano delle Linee-guida per la pratica psicologica con persone transgender e gender nonconforming dell'American Psychological Association*, 2018, Napoli, Ordine degli Psicologi della Campania.
- R.J. Valera, R.G. Sawyer, & G.R. Schiraldi, *Perceived health needs of inner-city street prostitutes: A preliminary study*, in *American Journal of Health Behavior*, 2001, 25, pp. 50-59.
- R. Vitelli, M. Bottone, N. Sisci, P. Valerio, *L'identità transessuale tra storia e clinica: quale intervento per quale domanda*, in *Gay e lesbiche in psicoterapia*, P. Rigliano & M. Graglia (a cura di), Milano,

- Raffaello Cortina Editore, 2006, pp. 281-322.
- R. Vitelli, P. Fazzari, P. Valerio, *Le varianti di genere e la loro iscrizione nell'orizzonte del sapere medico-scientifico: la varianza di genere è un disturbo mentale? Ma cos'è, poi, un disturbo mentale?*, in *Comunità omosessuali. Le scienze sociali sulla popolazione LGBT*, F. Corbisiero (a cura di), Milano, Franco Angeli, 2013, pp. 221- 243.
- R. Vitelli & Z. Giusti, *Per un'archeologia del soggetto transessuale: un'introduzione a Die Transvestiten di Magnus Hirschfeld e a Psychopathia Transsexualis di David Cauldwell*, in *Sesso e genere*, R. Vitelli & P. Valerio (a cura di), Milano, FrancoAngeli, 2012, pp. 7-26.
- R. Vitelli, C. Scandurra, R. Pacifico, M.S. Selvino, S. Picariello, A.L. Amodeo, P. Valerio & A. Giami, *Trans identities and medical practice in Italy: Self-positioning towards gender affirmation surgery*, *Sexologies*, 2017, 26, 4, pp. 43-51.
- R. Vitelli & P. Valerio, *Introduzione*, in *Sesso e genere*, R. Vitelli & P. Valerio (a cura di), FrancoAngeli, 2012, pp. 1-6.
- C. Westphal, *Die Konträre Sexualempfindung*, in *Archiv für Psychiatrie*, 1870, 2, 73-108.
- World Health Organization, *ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics*. Internet: <https://icd.who.int/browse11/1-en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fid%2fentity%2f411470068>, 2018.
- J.M. Xavier, & R. Simmons, *The Washington transgender needs assessment survey*. Re-port scaricabile da <http://www.glaa.org/archive/2000/tgneedsassessment1112.shtml>, 2000.
- E. Zito, & P. Valerio, *Corpi sull'uscio: Identità possibili*, Napoli, Filema, 2010.
- K.J. Zucker, & S.J. Bradley, *Gender Identity Disorder and Psychosexual Problems in Children and Adolescents*, New York, The Guilford Press, 1995.

Jiska Ristori*, Francesca Mazzoli*

La presa in carico psicologica di minori con sviluppo d'identità di genere atipico

Sommario

1. Introduzione; 2. Inquadramento del tema; 3. Fenomenologia in infanzia; 4. Esordio e decorso; 5. Condizioni differenziali in infanzia; 6. Sex ratio; 7. Fenomenologia in adolescenza; 8. Varianza di genere-IG/DG e funzionamento psicologico in infanzia e adolescenza; 9. Presa in carico dell'IG/DG in Infanzia e Adolescenza; 9.1. Prima fase: la valutazione psicologica (infanzia e adolescenza); 9.2. Seconda fase: valutazione estesa (adolescenza); 9.3. Obiettivi della presa in carico psicologica; 9.4. Consulenze genitoriali; 10. Conclusioni

Abstract

La presa in carico psicologica di minori che presentano uno sviluppo atipico dell'identità di genere è un argomento complesso all'interno della salute transgender, sempre più frequentemente oggetto di interesse della letteratura scientifica e dei mass media anche nel contesto italiano. La varianza di genere in età evolutiva è descritta con un'ampia variabilità di manifestazioni e con differenze significative tra infanzia e adolescenza per quanto riguarda la fenomenologia, la sex ratio e il funzionamento psicologico. Quest'ultimo non sembra compromesso in infanzia, se bambini con comportamenti gender variant vivono in un ambiente supportivo e aperto. Gli adolescenti con IG/DG sono invece descritti come una popolazione psicologicamente più vulnerabile rispetto al gruppo dei pari, soprattutto a causa dello stigma e della discriminazione. I professionisti coinvolti nella presa in carico psicologica di minori con IG/DG devono confrontarsi con decisioni complesse che implicano percorsi individualizzati in base alle caratteristiche e bisogni del singolo. Mentre in infanzia non è previsto alcun intervento medico, linee guida e raccomandazioni internazionali e nazionali supportano la possibilità di interventi medici precoci (come l'uso degli analoghi del GnRH) in casi selezionati di adolescenti con IG/DG. Il presente contributo descrive la presa in carico psicologica in infanzia e adolescenza.

Psychological care of gender variant youth represents a complex topic within transgender health with an increase in interest in the scientific literature and mass media. This applies also to the the Italian context. Gender variance in children and adolescents is described with a wide variability in its manifestations and with significant differences between childhood and adolescence, regarding phenomenology, sex ratio and

* Struttura Organizzativa Dipartimentale SOD di Andrologia, Endocrinologia femminile e Incongruenza di Genere - Dipartimento di Scienze Sperimentali, Cliniche e Biomediche - Azienda Ospedaliero Universitaria "Careggi" di Firenze.

psychological functioning. While gender variant children are described with a good psychological functioning if living in a supporting and open environment, adolescents who experience IG/GD are described as a psychologically more vulnerable population compared to cisgender peers. Such psychological impairment seems to be related to social stigma. Professionals involved in the psychological care of gender variant youth have to face complex and challenging decisions within the definition of individualized gender affirming paths. While no medical intervention is provided on gender variant children, international and national guidelines and recommendations support the possibility of medical intervention (such as the use of puberty blockers) in highly selected cases of adolescents with IG/DG. This paper describes the main points related to psychological care of gender variant children and adolescence.

1. Introduzione

La presa in carico di minori che presentano uno sviluppo atipico dell'identità di genere rappresenta un argomento chiave all'interno della salute transgender che solleva dibattiti tra i professionisti, le famiglie e le associazioni. È giusto diagnosticare un bambino che presenta uno sviluppo atipico dell'identità di genere? È giusto trattare un adolescente con Disforia/Incongruenza di Genere? Se sì, con quali obiettivi? Sono solo alcune delle domande che la presa in carico psicologica di bambini e adolescenti gender variant possono elicitarci. In questo contributo saranno quindi approfonditi le principali questioni relative alla presa in carico a varianza di genere in età evolutiva.

2. Inquadramento del tema

I comportamenti cross-gender sono presenti come classificazione diagnostica sia nell'attuale versione del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM 5)¹ come Disforia di Genere (DG) sia nella Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD-11)², la cui dicitura di Disturbo d'Identità di Genere dell'Infanzia³ è stata sostituita con quella di Incongruenza di Genere (IG). In particolare, secondo la recente revisione della classificazione dell'ICD-11 si parla di IG quando siamo in presenza di una marcata e persistente discrepanza tra l'identità di genere di un individuo e il genere assegnato alla nascita². I comportamenti cross-gender, così come le preferenze individuali per giochi, attività o indumenti considerati tipici del genere opposto non sono più criteri sufficienti di per sé per la diagnosi. In tal modo, si promuove l'accettazione sociale e la destigmatizzazione. In linea, il cambiamento più significativo è rappresentato dal fatto che la diagnosi non è più inclusa nella sezione delle Malattie mentali, ma tra le Condizioni inerenti la salute sessuale, rivoluzionando profondamente il modo in cui la medicina, la psicologia e la scienza in generale guardano e concettualizzano la varianza di genere: non più come una malattia mentale! La recente classificazione dell'ICD-11 sembra così superare lo storico dibattito circa la necessità di depatologizzare comportamenti gender variant in età evolutiva, ma garantire anche l'accesso alla presa in carico, qualora ce ne fosse bisogno².

3. Fenomenologia in infanzia

I bambini esprimono comportamenti, preferenze e interessi legati al genere in modo estremamente variabile. Nella maggior parte dei casi tali espressioni sono in linea con la propria identità di genere. In altri casi, i bambini possono mettere in atto comportamenti e manifestare interessi non tipicamente considerati del genere cui appartengono (comportamenti gender variant) che possono assumere significati diversi ed essere legati o meno anche a un'identificazione cross-gender. In particolare, la varianza di genere è caratterizzata da bambini che precocemente, anche già in età prescolare, possono verbalizzare l'appartenenza al genere opposto a quello assegnato alla nascita, esprimere un forte desiderio o insistenza di essere dell'altro genere (o di un genere diverso dal proprio assegnato alla nascita) oppure affermare che da grandi saranno persone dell'altro genere⁴. Possono inoltre mostrare preferenze per abiti tipicamente considerati del genere opposto, il cosiddetto cross-dressing. Nello specifico, i bambini assegnati al genere maschile alla nascita (AMAB) possono esprimere una forte preferenza per indumenti tipicamente femminili o simulare di indossare abbigliamento femminile, mentre le bambine assegnate al genere femminile alla nascita (AFAB) preferire abiti tipicamente considerati maschili e manifestare una forte resistenza nell'indossare abbigliamento tipicamente femminile, come gonne e vestiti¹. In alcuni casi, i bambini possono preferire compagni di gioco dell'altro genere, attività comunemente tipiche del genere opposto ed esprimere forte preferenza per ruoli dell'altro genere nei giochi di simulazione o di fantasia. Nello specifico, gli AMAB possono esprimere forte rifiuto verso giocattoli, giochi e attività tipicamente maschili e un potente evitamento del gioco fisico attivo. Le AFAB, invece, tendono a rifiutare giocattoli, giochi e attività tipicamente femminili¹. Inoltre, può essere presente disforia anatomica, ovvero una forte avversione per la propria anatomia sessuale, accompagnata da un intenso desiderio per le caratteristiche sessuali primarie e/o secondarie del genere esperito. In particolare, le AFAB possono esprimere il desiderio di avere il pene o la convinzione che da grandi crescerà loro un pene. Inoltre, in alcuni casi possono rifiutare di urinare in posizione seduta e riferire di non volere le mestruazioni né il seno da grandi¹. Alcuni AMAB, invece, possono negare la presenza del pene, simulare di avere una vagina e urinare in posizione seduta. Possono anche affermare di voler rimuovere il pene e desiderare di avere una vagina¹.

I comportamenti gender-variant non sono necessariamente legati a un'identificazione cross-gender e certamente non sono patologici dal momento che esistono infinite sfumature nel modo in cui ogni persona può manifestare la propria appartenenza a un genere o il grado di aderenza o meno a uno stereotipo di genere.

4. Esordio e decorso

I comportamenti gender-variant tendono a manifestarsi precocemente. In uno studio condotto da Fisher e Colleghi (2014)⁵, l'86% degli AMAB e il 66.2% delle AFAB hanno riportato un esordio in età evolutiva, nello specifico prima degli undici anni di età.

Gli esiti di sviluppo della DG/IG in infanzia sono estremamente variabili. Studi di follow-up e osservazioni cliniche hanno mostrato che la DG/IG in infanzia tende a essere associata a un successivo orientamento di tipo non eterosessuale in adolescenza ed età adulta in una percentuale compresa tra il 68-81% degli AMAB e tra il 60-82% delle AFAB⁶. Inoltre, nella maggioranza dei casi i vissuti cross-gender tendono a desistere in pubertà⁴. Attualmente, gli studi riportano

una percentuale di persistenza della DG/IG in età adulta compresa tra il 12-27%⁶⁻⁹. Contrariamente a ciò che accade in infanzia, quando invece l'IG/DG persiste con l'inizio della pubertà, raramente desiste¹⁰ soprattutto se in infanzia si è manifestata con forme intense^{6,11,12}. A oggi, non sono ancora noti i fattori causali e i meccanismi implicati in una direzione di persistenza o di desistenza dell'IG/DG. Uno studio olandese ha identificato i seguenti fattori associati alla persistenza: genere femminile assegnato alla nascita, intensità e frequenza dei comportamenti cross-gender e la presenza d'identificazione cognitiva cross-gender⁹. Inoltre, il periodo tra i 10 e i 13 anni di età è stato identificato come cruciale per la persistenza o desistenza dell'IG/DG in quanto caratterizzato da tre fattori chiave quali: la percezione dei cambiamenti fisici associati alla pubertà, il cambiamento dell'ambiente sociale associato all'essere trattati apertamente come persone del genere assegnato e la scoperta della sessualità⁹.

5. Condizioni differenziali in infanzia

L'IG/DG deve essere distinta da altre condizioni in infanzia in modo da comprendere le specifiche necessità del singolo bambino e ottimizzarne il benessere psicologico. In alcuni casi, per esempio, i comportamenti gender-variant possono manifestarsi come reazione a un evento di vita stressante o a un'esperienza, come un lutto di una persona significativa o un abuso. In questi casi, si evidenziano delle differenze cliniche: l'esordio sembra manifestarsi improvvisamente e i comportamenti gender-variant hanno la caratteristica della transitorietà (e della non pervasività) e tendono a diminuire di frequenza e intensità¹³ nel momento in cui viene identificata e risolta la causa scatenante¹⁴. Inoltre, è possibile osservare comportamenti gender-variant durante determinate tappe evolutive, ad esempio nel momento in cui un bambino diventa consapevole delle differenze anatomiche tra maschi e femmine¹³.

6. Sex ratio

La sex ratio rappresenta uno dei principali temi di ricerca all'interno della salute transgender in età evolutiva. In particolare, la sex ratio AMAB/AFAB nei bambini prepuberi afferenti alle cliniche specialistiche varia da 4.5:1 a 2:1¹ e tende a essere a favore degli AMAB, come confermato anche da recenti studi¹⁵⁻¹⁷. Tale differenza è stata spiegata come un possibile effetto diretto derivante dal maggiore grado di accettazione dei comportamenti gender variant nelle AFAB rispetto agli AMAB per cui quest'ultimi arrivano più frequentemente all'attenzione clinica¹⁸⁻²¹.

Anche per quanto riguarda gli adolescenti la sex ratio è sempre stata a favore degli AMAB. Tuttavia, in questa fascia d'età, negli ultimi decenni è stata riportata una graduale inversione nei rapporti di sex ratio. In particolare, negli anni prima del 2000, la sex ratio AMAB/AFAB era del 2.11:1 in Canada e del 1.41:1 in Olanda²². Negli anni successivi al 2000 (2008-2011), è stata descritta un'inversione di sex-ratio AMAB/AFAB a favore delle AFAB: 1:1.76 in Canada^{15,23} e 1:1.72 in Olanda²². In Finlandia, addirittura, tale rapporto è stato descritto essere del 1:6.83²⁴. Infine, un recente studio condotto da Steensma e Colleghi (2018)²⁵, oltre a confermare questi risultati, ha descritto l'inversione della sex ratio a favore delle AFAB già a partire dalla tarda infanzia, attorno agli 8 anni di età.

7. Fenomenologia in adolescenza

Anche in adolescenza l'IG/DG si manifesta con un'incongruenza tra il genere assegnato alla nascita e l'identità di genere che per la definizione della DG si associa anche a un disagio clinicamente significativo secondario a tale condizione¹. L'IG/DG in adolescenza può manifestarsi con caratteristiche simili a quelle dei bambini e con differenti gradi d'intensità e variabilità a seconda del periodo di sviluppo. Frequentemente, gli adolescenti con IG/DG provano disagio e disgusto verso le caratteristiche sessuali secondarie possedute. In prossimità dello sviluppo puberale può essere presente la preoccupazione verso il loro sviluppo imminente¹. La pubertà viene, infatti, solitamente descritta come un momento drammatico. Durante questo periodo gli adolescenti possono attuare una serie di comportamenti per ridurre il disagio derivante dall'incongruenza di genere. Nello specifico, le AFAB possono tentare di nascondere il seno mediante fasciature (il cosiddetto binder) o indossando indumenti larghi, mentre gli AMAB possono cercare di nascondere i genitali e depilarsi il corpo¹. Se gli adolescenti vivono in un ambiente supportivo e accogliente avranno meno difficoltà a esprimere liberamente il desiderio di voler essere trattati secondo il genere esperito e a scegliere un nome corrispondente all'identità di genere¹.

8. Varianza di genere-IG/DG e funzionamento psicologico in infanzia e adolescenza

Il funzionamento psicologico di bambini con sviluppo di genere atipico è descritto in modo variabile nella letteratura scientifica. Infatti, problemi psicologici clinicamente significativi variano in una percentuale compresa tra il 12.5 e l'84% dei bambini^{4,26}. Il principale fattore responsabile di tale variabilità sembra essere il grado di accettazione sociale percepita dai bambini⁴ per cui tanto più bambini con sviluppo di genere atipico vivono in un ambiente supportivo e aperto, tanto più il loro funzionamento psicologico non sarà compromesso. Diversa è invece la caratterizzazione del funzionamento psicologico di adolescenti con IG/DG che tendono a essere descritti come psicologicamente più vulnerabili rispetto ai pari della popolazione generale. In particolare, sembrano essere caratterizzati in misura maggiore da problematiche psicologiche di tipo internalizzante come depressione, ansia, bassa autostima, rischio suicidario e isolamento sociale. Diversi studi condotti su adolescenti con IG/DG di età compresa tra i 12 e i 18 anni hanno riportato che il 24% ha messo in atto comportamenti autolesivi, il 45-65% ha avuto ideazione suicidaria e il 35% ha tentato il suicidio^{11,27-29}. Uno studio condotto da Skagerberg e Colleghi (2013)³⁰ su 125 adolescenti afferenti a una clinica specialista per la IG/DG a Londra, ha rilevato che i pensieri di autolesionismo sono presenti nel 14% dei soggetti, i comportamenti di autolesionismo nel 24% dei soggetti e i tentativi di suicidio nel 10% dei soggetti. Un ulteriore studio condotto da Olson e Colleghi (2015)³¹, ha riportato un tasso di ideazione suicidaria del 51% e di tentato suicidio nel 30% del campione di adolescenti richiedenti assistenza medica. Tale caratterizzazione psicologica è stata confermata anche in un campione di adolescenti transgender italiani che nello studio di Fisher e Colleghi (2017)³², hanno riportato livelli più elevati di problematiche psicologiche internalizzanti (in particolare ansia e depressione), maggiore disagio per il corpo, maggior rischio suicidario e peggiore funzionamento sociale.

In generale, la vulnerabilità psicologica di adolescenti transgender tende ad avere esordio o a intensificarsi durante la pubertà non solo come conseguenza del disagio che può accompagnarsi ai cambiamenti corporei^{11,16,28,33-36}, ma anche dello stigma e del vivere in un background culturale

transfobico^{37,38}.

9. Presa in carico dell'IG/DG in Infanzia e Adolescenza

Attualmente, non esiste consenso unanime tra i professionisti rispetto a quale sia l'intervento migliore da adottare in casi di IG/DG in età evolutiva, anche a causa del limitato numero di studi che hanno indagato l'efficacia dei vari approcci psicologici^{39,40}. Tuttavia, le principali associazioni scientifiche che si occupano di età evolutiva e di salute di minori con non conformità di genere o con IG/DG affermano che qualsiasi percorso psicologico non debba essere orientato all'adeguamento dell'identità di genere con il genere assegnato alla nascita. Infatti, qualsiasi intervento volto alla modifica dell'identità di genere o dell'espressione di genere al fine di renderla in linea con il genere assegnato alla nascita, nonché qualsiasi intervento volto alla prevenzione della persistenza dell'IG/DG o allo sviluppo di un'identità di genere incongruente con il genere assegnato alla nascita, è considerato come non etico¹⁰.

Alla luce delle differenze fenomenologiche della varianza di genere e dell'IG/DG in infanzia e adolescenza e soprattutto della variabilità degli esiti, la presa in carico di bambini e adolescenti implica percorsi differenziati e individualizzati sulla base dell'età e delle caratteristiche e bisogni della singola persona¹⁰. Il principale modello di presa in carico della varianza di genere in età evolutiva fa riferimento al cosiddetto Protocollo Olandese, proposto per la prima volta da Delemarre-van de Waal e Cohen-Kettenis nel 2006⁴¹ e condiviso dagli Standard of Care (SOC)¹⁰ ed è raccomandato da linee guida internazionali⁴² e nazionali⁵.

9.1 Prima fase: la valutazione psicologica (infanzia e adolescenza)

La prima fase di tale protocollo prevede una valutazione psicologica del bambino o dell'adolescente da parte di un esperto in salute mentale che abbia competenze specifiche di età evolutiva e di IG/DG. In particolare, sono previsti colloqui clinici condotti con il minore, i familiari e/o altre figure di riferimento e la somministrazione di test psicometrici. L'assessment psicologico di minori con sviluppo atipico d'identità di genere comprende una valutazione generale del funzionamento del minore e una valutazione specifica dell'identità di genere e dell'IG/DG¹⁰. In particolare, sono indagate le aree relative al funzionamento psicologico del minore in ambito scolastico, familiare e sociale e l'esordio, l'evoluzione, il significato e il contenuto dei comportamenti gender-variant. Se dalla valutazione emerge un quadro di IG/DG in caso di bambino prepubere, si avvia un percorso psicologico che prevede il supporto dei genitori (se richiesto), un lavoro sulla rete e monitoraggio degli esiti di sviluppo¹⁰. In infanzia, non è previsto alcun intervento medico¹⁰. In caso di IG/DG in adolescenza e se soddisfatti precisi criteri secondo linee guida internazionali^{10,42} e nazionali⁵, l'adolescente può passare alla seconda fase del protocollo.

9.2 Seconda fase: valutazione estesa (adolescenza)

Alla luce del fatto che l'IG/DG raramente desiste in adolescenza^{9,22}, le linee guida internazionali e nazionali dell'Endocrine Society (ES)⁴², della World Professional Association for Transgender

Health (WPATH)¹⁰, della Società Italiana di Endocrinologia e Diabetologia Pediatrica (SIEDP), della Società Italiana di Endocrinologia (SIE), della Società Italiana di Andrologia e Medicina della Sessualità (SIAMS) e dell'Osservatorio Nazionale Identità di Genere (ONIG) raccomandano la sospensione dello sviluppo puberale tramite l'ausilio di analoghi dell'ormone che rilascia gonadotropine (GnRH analoghi) in casi accuratamente selezionati di adolescenti con IG/DG che soddisfino determinati criteri di eleggibilità. In primo luogo è necessaria la presenza della diagnosi di IG/DG. Inoltre, l'adolescente deve aver raggiunto almeno lo Stadio Tanner 2-3 e aver sperimentato le prime modificazioni della pubertà con un conseguente aumento dell'intensità dell'IG/DG associato all'inizio dello sviluppo puberale. È necessaria, inoltre, l'assenza di psicopatologie interferenti con il percorso, la presenza di un adeguato supporto familiare e sociale durante il percorso e la capacità di comprensione degli effetti del trattamento⁴². Il trattamento con i GnRH non rappresenta l'inizio del percorso di affermazione di genere, ma permette la sospensione momentanea della pubertà: i GnRH analoghi non modificano il corpo e non producono alcun effetto permanente su di esso, ma lo lasciano neutrale. Il razionale psicologico dell'uso dei GnRH analoghi si basa proprio sull'assunto che tale opzione terapeutica consente di prolungare la fase di approfondimento psicologico, consentendo all'esperto in salute mentale di continuare i colloqui psicologici e di esplorare con l'adolescente l'identità di genere e i comportamenti gender-variant^{11,42}. Il trattamento con i GnRH analoghi permette infatti di ridurre immediatamente la sofferenza e il disagio legati ai cambiamenti fisici indotti dalla pubertà e di prevenire lo sviluppo di psicopatologie che negli adolescenti tendono ad avere esordio o ad acuirsi proprio durante lo sviluppo puberale⁴². Inoltre, l'adolescente acquisisce più tempo per maturare una decisione consapevole riguardo un'eventuale terapia medica di affermazione di genere. Infine, si tratta di un trattamento completamente reversibile che può essere interrotto in qualsiasi momento l'adolescente lo richieda. Infatti, in caso l'IG/DG non dovesse persistere, la soppressione della pubertà viene interrotta e la pubertà riprende nella direzione del sesso biologico⁴². Contrariamente, in caso di persistenza dell'IG/DG, il trattamento con i GnRH analoghi permette di ridurre l'invasività di eventuali futuri interventi medici o chirurgici come ad esempio la mastoplastica riduttiva o la chirurgia per la femminilizzazione del volto⁷.

9.3 Obiettivi della presa in carico psicologica

La presa in carico psicologica di bambini e adolescenti con sviluppo atipico dell'identità di genere ha come obiettivi principali la creazione di uno spazio di riflessione che renda possibile l'esplorazione e l'espressione della propria identità di genere il più apertamente possibile e la definizione della propria identità sessuale in tutte le sfumature, componenti e combinazioni, facendo attenzione a non imporre una visione binaria di genere e mantenendo un atteggiamento neutrale nei confronti dei possibili esiti di sviluppo^{10,40,43}. La presa in carico psicologica deve essere focalizzata sulla riduzione del disagio e delle difficoltà psicologiche e ottimizzare l'adattamento e il benessere psicologico nei vari ambiti di vita dell'individuo, monitorando l'evoluzione dei comportamenti cross-gender. È inoltre di fondamentale importanza comprendere quale sia il percorso migliore per ogni singola persona sulla base delle specifiche esigenze del singolo (intervento tailored made)^{10,40}. Si tratta, infatti, di trattamenti individualizzati il cui beneficio può variare notevolmente da persona a persona^{10,44} sulla base delle specifiche esigenze di ogni singolo caso⁴⁵.

9.4 Consulenze genitoriali

I genitori sono parte integrante della presa in carico di minori con sviluppo d'identità di genere atipico⁴⁶. Compito dell'esperto in salute mentale è portare avanti un lavoro di psicoeducazione in cui fornire informazioni rispetto alla varianza di genere e all'IG/DG, ai possibili esiti di sviluppo e chiarire il significato dei comportamenti gender variant nello specifico caso del figlio/a. È altresì importante supportare i genitori a tollerare l'incertezza degli esiti in infanzia fornendo strumenti per monitorarne il decorso. Inoltre, i genitori sono incoraggiati a trovare un equilibrio tra l'essere accettanti e supportivi e "proteggere" il bambino da reazioni negative esterne^{10,35,39}. Ciò implica anche un lavoro su eventuali atteggiamenti omo- o transfobici da parte del nucleo familiare. Le consulenze con la famiglia implicano anche la creazione di uno spazio per il confronto circa tematiche che riguardano la gestione nella quotidianità per cui i genitori possono trovarsi in difficoltà: quando e come affrontare una transizione sociale precoce? Quanto assecondare le richieste del figlio/a? Quale bagno usare a scuola?^{10,35,39}. È importante supportare i genitori nel prendere decisioni in cui siano bilanciati i potenziali benefici e ostacoli di ciascuna scelta valutando sempre la singola persona nella sua unicità, caso per caso^{10,35,39}.

10. Conclusioni

La varianza di genere in età evolutiva rappresenta un fenomeno complesso e multifattoriale che richiede ulteriori approfondimenti di natura sia clinica che di ricerca. Il funzionamento psicologico di bambini con sviluppo atipico dell'identità di genere è descritto in modo variabile e sembra dipendere soprattutto dal grado di accettazione sociale⁴. Gli adolescenti con IG/DG sono descritti come una popolazione psicologicamente più vulnerabile rispetto ai coetanei^{11,27-29,30-32}, soprattutto per le tematiche di natura internalizzante e ciò sembra essere conseguenza soprattutto dello stigma e delle esperienze di discriminazione^{37,38}. La varianza di genere si manifesta con caratteristiche diverse e soprattutto diversi sono gli esiti di sviluppo in infanzia e adolescenza. Ciò implica la necessità di percorsi individualizzati che si differenziano a seconda dell'età della presa in carico e delle esigenze specifiche¹⁰. Mentre in infanzia non è previsto alcun tipo di intervento medico, in adolescenza è possibile considerare anche il trattamento con i GnRH analoghi che rappresenta un'opportunità terapeutica solo per alcuni adolescenti con IG/DG accuratamente selezionati⁴⁷, ma che non è un trattamento da applicare di default a tutti gli adolescenti con sviluppo atipico dell'identità di genere. Il trattamento con GnRH_a è attualmente fonte di dibattiti e controversie. Tuttavia, considerando le critiche formulate contro il trattamento precoce degli adolescenti mediante GnRH_a⁴⁸, è importante sottolineare che la decisione di un non trattamento non rappresenta un'opzione neutra ma, in alcuni casi, può avere conseguenze negative. Alcuni adolescenti potrebbero mettere in atto comportamenti a rischio per accedere a un trattamento in modo non ufficiale, la fiducia nell'aiuto professionale potrebbe venire meno e infine i processi di sviluppo e il funzionamento psicologico potrebbero risultarne compromessi. Alcuni adolescenti con IG/DG possono, infatti, sviluppare psicopatologie, arrivare all'abbandono scolastico o reagire con ritiro sociale^{5,49} a causa di una mancata presa in carico. Molte delle conseguenze negative che si accompagnano alla non presa in carico della DG in età evolutiva rappresentano quindi un danno potenzialmente evitabile⁴³.

La presa in carico psicologica con minori con IG/DG deve sfuggire da una visione binaria di

genere e prendere in considerazione tutte le sfumature che caratterizzano il continuum dell'identità di genere in modo che l'unicità di ogni persona sia considerata sulla base delle caratteristiche ed esigenze specifiche. Ciò rende sempre opportuna la pianificazione di una presa in carico sempre individualizzata.

Bibliografia

- ¹ American Psychiatric Association, *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5)*, Washington DC, American Psychiatric Association, 2013.
- ² World Health Organization, *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*, 11th Revision, 2019, Geneva: World Health Organization.
- ³ Drescher, J., Cohen-Kettenis P., Winter S., *Minding the body: situating gender identity diagnoses in the ICD-11*, in *International Review of Psychiatry*, 2012, 24, pp. 568 ss.
- ⁴ Ristori, J. and Steensma, T.D., *Gender dysphoria in childhood*, in *International Review of Psychiatry*, 2016, 28, pp. 13 ss.
- ⁵ Fisher, A.D., Ristori, J., Bandini, E., Giordano, S., Mosconi, M., Jannini, E., ... Meriggiola, C. *Medical treatment in gender dysphoric adolescents endorsed by SIAMS-SIE-SIEDP-ONIG*, in *Journal of Endocrinological Investigation*, 2014, 37, pp. 675 ss.
- ⁶ Wallien, M.S.C. and Cohen-Kettenis, P.T., *Psychosexual outcome of gender-dysphoric children*, in *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 2008, 47, pp. 1413 ss.
- ⁷ Cohen-Kettenis, P.T., *Gender identity disorder in DSM*, in *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 2001, pp. 40, 391.
- ⁸ Drummond, K.D., Bradley S.J., Peterson-Badali M., and Zucker K.J., *A follow-up study of girls with gender identity disorder*, in *Developmental Psychology*, 2008, 44, pp. 34 ss.
- ⁹ Steensma, T.D., Biemond, R., de Boer, F., & Cohen-Kettenis, P.T. *Desisting and persisting gender dysphoria after childhood: a qualitative follow-up study*, in *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 2011, 16, pp. 499 ss.
- ¹⁰ Coleman, E., Bockting W., Botzer, M., Cohen-Kettenis, P.T., DeCuypere, G. Feldman, J., ... Zucker, K.J. *Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender-Nonconforming People, Version 7. World Professional Association for Transgender Health*, in *International Journal of Transgenderism*, 2012, 13, pp. 165 ss.
- ¹¹ Spack, N.P., Edwards-Leeper, L., Feldman, H.A., Leibowitz, S., Mandel, F., Diamond, D.A., & Vance, S.R. *Children and adolescents with gender identity disorder referred to a pediatric medical center*, in *Pediatrics*, 2012, 129, pp. 418 ss.
- ¹² Steensma, T.D., van der Ende J, Verhulst F.C., Cohen-Kettenis P.T., *Gender variance in childhood and sexual orientation in adulthood: a prospective study*, in *Journal of Sexual Behavior*, 2013a, 10, pp. 2723 ss.
- ¹³ Cohen-Kettenis, P.T., *Gender identity disorders*. In C. Gillberg & R. Harrington & H. Steinhausen (Eds.). *A Clinician's Handbook of Child and Adolescent Psychiatry*, 2005, Cambridge: Cambridge University Press.
- ¹⁴ Zucker, K.J., and Bradley, S.J., *Gender identity disorder and psychosexual problems in children and adolescents*, 1995, New York: Guilford Press.
- ¹⁵ Zucker, K.J., *Epidemiology of gender dysphoria and transgender identity*, in *Sex Health*, 2017, 14, pp. 404 ss.
- ¹⁶ de Graaf, N.M., Cohen-Kettenis, P.T., Carmichael, P. de Vries A.L.C., Dhondt K., Laridaen J., Pauli D., Ball J., Steensma T.D., *Psychological functioning in adolescents referred to specialist gender*

- identity clinics across Europe: a clinical comparison study between four clinics, in *European Child & Adolescents Psychiatry*, 2018, 27, pp. 909 ss.
- ¹⁷ Chiniara, L.N., Bonifacio, H.J., Palmert, M.R., *Characteristics of Adolescents Referred to a Gender Clinic: Are Youth Seen Now Different from Those in Initial Reports?*, in *Hormone Research in Paediatrics*, 2018, 89, pp. 434 ss.
- ¹⁸ Blakemore J. E. O, *Children's beliefs about violating gender norms: Boys shouldn't look like girls, and girls shouldn't act like boys*, in *Sex Roles: A Journal of Research*, 2003, 48, pp. 411 ss.
- ¹⁹ Cohen-Kettenis, P.T., Wallien M., Johnson L.L., Owen-Anderson A.F.H., Bradley S.J., Zucker K.J., *A Parent-report Gender Identity Questionnaire for Children: A Cross-national, Cross-clinic Comparative Analysis*, in *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 2006, 11, pp. 397 ss.
- ²⁰ Steensma, T.D., Zucker K.J., Kreukels B.P., Vanderlaan D.P., Wood H, Fuentes A, Cohen-Kettenis P.T., *Behavioral and emotional problems on the Teacher's Report Form: a cross-national, cross-clinic comparative analysis of gender dysphoric children and adolescents*, in *Journal of Abnormal Child Psychology*, 2014, 42, pp. 635 ss.
- ²¹ Wallien, M.S.C., & Cohen-Kettenis, P.T., *Peer group status of gender dysphoric children: a sociometric study*, in *Archives of Sexual Behavior*, 2010, 39, pp. 553 ss.
- ²² Steensma, T.D., Kreukels B.P., de Vries AL, Cohen-Kettenis P.T., *Gender identity development in adolescence*, in *Hormones and Behavior*, 2013b, 64, pp. 288 ss.
- ²³ Wood, H., Sasaki, S., Bradley, S.J., Singh, D., Fantus, S., Owen-Anderson, A., Di Giacomo, A., Bain, J., Zucker, K.J., *Patterns of referral to a gender identity service for children and adolescents (1976-2011): age, sex ratio, and sexual orientation*, in *Journal of Marital and Family Therapy*, 2013, 39, pp. 1 ss.
- ²⁴ Kaltiala-Heino, R, Sumia M., Työlajärvi M., and Lindberg N., *Two years of gender identity service for minors: overrepresentation of natal girls with severe problems in adolescent development*, in *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 2015, 9.
- ²⁵ Steensma, T.D., Cohen-Kettenis, P.T, and Zucker, K.J., *Evidence for a Change in the Sex Ratio of Children Referred for Gender Dysphoria: Data from the Center of Expertise on Gender Dysphoria in Amsterdam (1988-2016)*, in *Journal of Sex & Marital Therapy*, 2018, 7, pp. 1 ss.
- ²⁶ Zucker, K.J., Wood, H., and VanderLaan, D.P. *Models of psychopathology in children and adolescents with gender dysphoria*, In B. P. C. Kreukels, T. D. Steensma, & A. L. de Vries (Eds.), *Gender dysphoria and disorders of sex development: Progress in care and knowledge* (pp. 171 ss.), 2014, New York: Springer.
- ²⁷ Khatchadourian, K., Amed, S., & Metzger, D.L., *Clinical Management of youth with gender dysphoria in Vancouver*, in *Journal of Pediatrics*, 2014, 164, pp. 906 ss.
- ²⁸ Grossman H.A. and D'Augelli, A., *Transgender youth and life-threatening behaviours*, in *Suicide and Life Threatening Behavior*, 2007, 37, pp. 527 ss.
- ²⁹ Holt, T, Jensen, K.T., Wentzel-Larsen T. *The change and the mediating role of parental emotional reactions and depression in the treatment of traumatized youth: results from a randomized controlled study*, in *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 2014, 8.
- ³⁰ Skagerberg, E., Parkinson, R., & Carmichael, P. *Self-Harming Thoughts and Behaviors in a Group of Children and Adolescents with Gender Dysphoria*, in *International Journal of Transgenderism*, 2013, 14, pp. 86 ss.
- ³¹ Olson, J, Schrager, S.M., Belzer, M., Simons, L.K., Clark, L.F., *Baseline physiologic and psychosocial characteristics of transgender youth seeking care for gender dysphoria*, in *Journal of Adolescent Health*. 2015, 57, pp. 374 ss.
- ³² Fisher, A.D., Ristori, J., Castellini, G., Sensi, C., Cassioli, E., Prunas, A., ... Maggi, M., *Psychological characteristics of Italian gender dysphoric adolescents: a case-control study*, in *Journal of Endocrinological Investigation*, 2017, 40, pp. 953 ss.

- ³³ Connolly, M.D., Zervos M.J., Barone C.J., Johnson C.C., Joseph C.L., *The Mental Health of Transgender Youth: Advances in Understanding*, in *Journal of Adolescent Health*, 2016, 59, pp. 489 ss.
- ³⁴ de Vries, A.L., Kreukels B.P., Steensma T.D., Doreleijers T.A., Cohen-Kettenis P.T., *Comparing adult and adolescent transsexuals: an MMPI-2 and MMPI-A study*, in *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 2011, 186, pp. 414 ss.
- ³⁵ Roberts, A.L., Rosario, M., Corliss, H.L., Koenen, K.C., Austin, S.B., *Childhood gender nonconformity: a risk indicator for childhood abuse and posttraumatic stress in youth*, in *Pediatrics*, 2012, 130, pp. 1765 ss.
- ³⁶ Kreukels B.P.C and Cohen-Kettenis, P.T., *Puberty suppression in gender identity disorder: The Amsterdam experience*, in *Nature Reviews Endocrinology*, 2011, 7, pp. 466 ss.
- ³⁷ de Vries, A.L. Steensma, T.D., Cohen-Kettenis, P.T., VanderLaan, D.P., and Zucker, K.J., *Poor peer relations predict parent- and self-reported behavioral and emotional problems of adolescents with gender dysphoria: a cross-national, cross-clinic comparative analysis*, in *European Child and Adolescent Psychiatry*, 2015, 25, pp. 579 ss.
- ³⁸ Shiffman, M., VanderLaan, D. P., Wood, H., Hughes, S. K., Owen-Anderson, A., Lumley, M. M., ...Zucker, K.J., *Behavioral and emotional problems as a function of peer relationships in adolescents with gender dysphoria: A comparison with clinical and nonclinical controls*, in *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 2016, 3, pp. 27 ss.
- ³⁹ de Vries A.L. and Cohen-Kettenis, P.T., *Clinical management of gender dysphoria in children and adolescents: The Dutch approach*, in *Journal of Homosexuality*, 2012, 59, pp. 301 ss.
- ⁴⁰ Byne W., Bradley, S.J., Coleman, E., Eyler, A.E., Green, R., Menvielle, E.J., ... Tompkins, D.A., *Report of the American Psychiatric Association Task Force on Treatment of Gender Identity Disorder*, in *Archives of Sexual Behavior*, 2012, 41, pp. 759 ss.
- ⁴¹ Delemmare-van de Waal H.A. and Cohen-Kettenis, P.T., *Clinical management of gender identity disorder in adolescents: a protocol on psychological and paediatric endocrinology aspects*, in *European Journal of Endocrinology*, 2006, 155, pp. 131 ss.
- ⁴² Hembree, W.C., Cohen-Kettenis, P.T., Gooren, L., Hannema, S.E., Meyer, W.J., Murad, M.H., ... T'Sjoen, G.G., *Endocrine treatment of gender-dysphoric/ gender-incongruent persons: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline*, in *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 2017, 102, pp. 3869 ss.
- ⁴³ Giordano, S., *Children with gender identity disorder: a clinical, ethical and legal analysis*, 2012, London-New York: Routledge.
- ⁴⁴ Cohen-Kettenis P.T. and F. Pfäfflin, *The DSM diagnostic criteria for gender identity disorder in adolescents and adults*, in *Archives of Sexual Behavior*, 2010, 39, pp. 499 ss.
- ⁴⁵ Di Ceglie, D., *Gender dysphoria in young people*. In S. Huline-Dickens (Ed). *Clinical Topics in Child and Adolescent Psychiatry (Ed)*, 2014, London, UK: Royal College of Psychiatrists.
- ⁴⁶ Lev, A.I., *Transgender emergence: therapeutic guidelines for working with gender-variant people and their families*, 2004, New York-London-Oxford: The Haworth Clinical Practice Press.
- ⁴⁷ Di Ceglie, D., *Care for Gender-Dysphoric Children*, In B.P.C. Kreukels, T.D. Steensma, A.L. de Vries (Eds.), *Gender Dysphoria and Disorders of Sex Development, Progress in Care and Knowledge (Chapter 8)*, 2013, New York: Springer.
- ⁴⁸ Korte, A., Goecker, D, Krude H., Lehmkuhl U., Grüters-Kieslich A., Beier K.M., *Gender Identity Disorders in Childhood and Adolescence*, in *Deutsches Ärzteblatt International*, 2008, 105, pp. 834 ss.
- ⁴⁹ Cohen-Kettenis, P.T., Steensma, T. D., de Vries, A. L., *Treatment of adolescents with gender dysphoria in the Netherlands in Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 2011, 20, pp. 689 ss.

*Daniela Anna Nadalin*¹

La presa in carico di minori con sviluppo atipico dell'identità di genere – adolescenza

Sommario

1. Introduzione al tema – 2. Inquadramento diagnostico e diagnosi differenziale in adolescenza – 3. Presa in carico di minorenni con sviluppo atipico dell'identità di genere in adolescenza 3.1. Linee guida ONIG – 3.2. Linee guida per la pratica psicologica con persone transgender e gender nonconforming – 3.3. Trattamenti medici per gli adolescenti – 3.4. Passaggio presa in carico e trattamenti chirurgici

Abstract

La diagnosi di disforia di genere viene fatta seguendo i criteri dei manuali diagnostici internazionali. La presa in carico di adolescenti con sviluppo atipico dell'identità di genere prevede fasi diverse e inizia con la valutazione diagnostica. I centri italiani che si occupano di presa in carico di minorenni seguono linee guida condivise che si ispirano alle linee guida internazionali per la pratica psicologica e il trattamento medico. L'approccio interdisciplinare risulta essere il modello di lavoro più appropriato.

Gender dysphoria diagnosis is made following the criteria established by international diagnostic manuals. Taking charge of teenagers with gender identity' atypical development involves different phases and begins with a diagnostic evaluation. The Italian centers that take care of minors follow shared guidelines inspired by the international ones in order to psychological practice and medical treatment. The interdisciplinary approach is the most suitable working model.

1. Introduzione al tema

Il presente lavoro intende analizzare il tema della presa in carico degli adolescenti che presentano uno sviluppo atipico dell'identità di genere. L'identità di genere è la particolare dimensione della identità individuale legata alla soggettiva percezione della propria mascolinità/femminilità. L'identità di genere il più delle volte si sviluppa in modo coerente con il sesso assegnato alla nascita, ma per alcune persone questo non avviene. Infatti queste persone possono esperire una

1 Psicologa Psicoterapeuta, Coordinatrice Attività Consultoriale MIT-AUSL Città di Bologna, Segretario ONIG "Osservatorio Nazionale Identità di Genere"

incongruenza tra il genere assegnato alla nascita e la percezione di sé. L'intensità di questa incongruenza è variabile e si esprime in modo più o meno evidente attraverso il comportamento, l'abbigliamento, gli interessi e le attività. Alcune persone possono esprimere la propria identità con un comportamento non completamente conforme allo stereotipo di genere tipico della società in cui vivono anche se la loro identità è in armonia con il genere assegnato alla nascita; altre persone, invece, possono avvertire una profonda dissonanza tra il sesso assegnato alla nascita e l'identità di genere. Tale dissonanza, può esprimersi in varie gradazioni, fino alle sue forme più estreme dove può produrre una sofferenza che compromette lo svolgimento delle attività ordinarie e la qualità della vita. Si parla infatti di disforia di genere quando è presente sofferenza associata all'incongruenza tra il genere esperito o espresso da una persona e il genere che le è stato assegnato. Non esistono al momento ipotesi etiologiche definite, per quanto vi sia un accordo generale nel considerare la disforia di genere un quadro complesso in cui intervengono fattori di diversa natura: biologici, psicologici e socio-culturali². L'adolescenza è un periodo cruciale per il consolidamento dell'identità di genere, e, nel caso di disforia di genere presente fin dall'infanzia, per la verifica del superamento o della persistenza della disforia. Il periodo della pubertà, con la comparsa dei caratteri sessuali secondari, può segnare un aumento della sofferenza segnata dal vissuto di non desiderare il corpo biologico di nascita, proprio quando il corpo è parte integrante del percorso evolutivo e identitario. La disforia di genere, al contrario, può anche essere a questo punto superata senza conseguenze sull'esperienza di genere futura. Gli studi scientifici³ hanno rilevato che in adolescenza, quando il contesto relazionale e sociale risulta maggiormente stigmatizzante, è presente un maggiore rischio suicidario negli adolescenti che presentano disforia di genere rispetto alla popolazione generale⁴.

2. Inquadramento diagnostico e diagnosi differenziale in adolescenza

Il DSM-5⁵ dedica un capitolo esclusivo alla diagnosi di disforia di genere, con set di criteri evolutivi differenziati per bambini, adolescenti e adulti. Il manuale abbina al concetto di "genere opposto" il nuovo concetto di "genere alternativo diverso dal genere assegnato", collocando così la definizione di genere all'interno di un *continuum*, piuttosto che all'interno di una dicotomia binaria di maschile o femminile. Questa innovazione consente alle persone con disforia di genere una più ampia possibilità di collocazione e uno svincolo dalla pressione riguardo la chirurgia. Secondo i criteri del DSM-5 è presente una condizione di Disforia di Genere se è presente una "marcata incongruenza tra il genere espresso/esperito e quello assegnato alla nascita di durata di al-

2 K.J. Zucker, H. Wood, D. Singh, S.J. Bradley, *A developmental, biopsychosocial model for the treatment of children with gender identity disorder*, in *Journal of Homosexuality*, 2012, 59(3), pp. 369-397.

3 K.A. Stieglitz, *Development, Risk and Resilience of Transgender Youth*, in *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 2010, 21(3), pp.192-206.

4 E. Skagerberg, R. Parkinson, P. Carmichael, *Self - Harming and Thoughts and Behavior in a Group of Children and Adolescents with Gender Dysphoria*, in *International Journal of Transgenderism*, 2013, 14(2), pp.86-92.

5 American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Edition Five)*, Washington, DC, 2013, p. 527.

meno sei mesi e associata a un disagio clinicamente significativo o a compromissione nelle principali aree di funzionamento dell'adolescente"⁶. La diagnosi specifica inoltre due sottotipi: con o senza un Disturbo della Differenziazione Sessuale (DSD). I criteri diagnostici del DSM-5 sono esito di un ampio dibattito internazionale seguito dalla *Task Force* per il DSM-5 in tema di depatologizzazione, da individuare sempre all'interno della tutela delle pratiche sanitarie, che ha sottolineato anche le conseguenze funzionali della disforia di genere. Ampi sono infatti i dibattiti circa l'opportunità di eliminare tale categoria diagnostica dai manuali di riferimento in ottica di depatologizzazione, al fine di diminuire stigma e pregiudizio in una popolazione già vulnerabile e a rischio di discriminazione⁷. D'altronde, l'eliminazione dai sistemi diagnostici rischia di non garantire un adeguato accesso alle cure⁸. Per queste ragioni l'ICD-11, la nuova versione del manuale di classificazione delle malattie, propone l'etichetta di Incongruenza di Genere, che sarà inserita in una sezione non psichiatrica, creata appositamente, così da porre fine alla legittimità di patologizzare la transessualità. Alla stessa maniera, la menzione con il nome di Incongruenza di Genere all'interno delle condizioni afferenti alla salute sessuale dell'ICD-11 consentirà di garantire l'accesso agli adeguati trattamenti sanitari⁹.

La valutazione della disforia di genere in adolescenza comporta un'attenta diagnosi differenziale al fine di comprendere appieno i significati dei comportamenti cross-gender e quale significato assumono nell'asse evolutivo dell'adolescente¹⁰. La disforia di genere non deve essere confusa con l'anticonformismo in relazione agli stereotipi di genere e con il transgenderismo delle persone che non si identificano in una visione binaria di genere. Un'attenta valutazione, inoltre, deve escludere le forme di omonegatività interiorizzata, o i comportamenti degli adolescenti con orientamento omosessuale o lesbico che, avendo manifestato una storia di comportamenti e interessi cross-gender in infanzia, possono esprimere confusione tra orientamento sessuale e identità di genere. La disforia di genere va inoltre distinta dal Feticismo da Travestimento, dai disturbi dello spettro psicotico e da dismorfismo corporeo.

In generale la disforia di genere in adolescenza è spesso associata a problemi emotivi e comportamentali, autolesionismo, uso e abuso di sostanze, isolamento da famiglie omofobiche e transfobiche, maggiore rischio suicidario, vittimizzazione violenta e comorbidità psichiatrica^{11 12 13}. La disforia di genere in adolescenza è inoltre associata a tassi più elevati di psicopatologia di tipo

-
- 6 American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Edition Five)*, Washington, DC, 2013, p. 528.
 - 7 J. Drescher, P. Cohen-kettenis, S. Winter, *Gender incongruence of childhood in the ICD-11: controversies, proposal, and rationale*, in *Lancet Psychiatry*, 2016, 3, pp. 297-304.
 - 8 J. Drescher, *Gender identity diagnoses: History and controversies*, in B.P.C. Kreukels, T.D. Steensma, A.L.C. de Vries (Eds.), *Gender dysphoria and disorders of sex development: Progress in Care and Knowledge*, New York, Springer Science+Business Media, 2014, pp. 137-150.
 - 9 J. Drescher, *ivi*.
 - 10 J. Ristori, *Modelli di presa in carico della Disforia di Genere in Età Evolutiva*, in D. Dettore, J. Ristori, P. Antonelli, *La Disforia di Genere in Età Evolutiva*, Roma, Alpes Italia S.r.l., 2015, (a cura di).
 - 11 A.L. de Vries, I.L. Noens, P.T. Cohen-Kettenis, I.A. van Berckelaer-Onnes, T.A. Doreleijers, *Autism spectrum disorders in gender dysphoric children and adolescent*, in *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 2010, 40, pp. 930-936.
 - 12 D. Di Ceglie, D. Freedman, S. McPherson, P. Richardson, *Children and adolescents referred to a specialist gender identity development service: Clinical features and demographic characteristics*, in *International Journal of Transgenderism*, 2002, 6.
 - 13 M.S.C. Wallien, H. Swaab, P.T. Cohen-Kettenis, *Psychiatric comorbidity among children with gender identity disorder*, in *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 2007, 46, pp. 1307-1314.

internalizzante rispetto ai coetanei della popolazione generale¹⁴. Questo dato sembra collegato alle tematiche di esclusione e stigma sociale cui vengono sottoposti gli adolescenti con disforia di genere¹⁵. Negli ultimi anni è emerso inoltre un rilevante interesse circa la possibile co-occorrenza di Disforia di Genere e Disturbi dello Spettro Autistico (DSA)^{16 17 18}. Una possibile spiegazione circa questo dato riguarda la presenza di intenso interesse ossessivo per specifiche attività da parte dell'adolescente; è però anche possibile che tali intensi interessi *cross-gender* siano manifestazioni dirette della disforia di genere e quindi che l'associazione con i DSA sia solo apparente. Riguardo questo tema è oltremodo necessaria ulteriore ricerca.

3. Presa in carico di minorenni con sviluppo atipico dell'identità di genere in adolescenza

La scrivente è Socio Fondatore dell'O.N.I.G. (Osservatorio Nazionale sull'Identità di Genere)¹⁹, Associazione nata nel 1998 che mette in rete i principali Centri Italiani e le Associazioni che a vario titolo si occupano di Disforia di Genere. L'O.N.I.G. è collegata alla W.P.A.T.H. (World Professional Association for Transgender Health)²⁰ e alla E.P.A.T.H. (European Professional Association for Transgender Health)²¹, equivalenti internazionali ed europei sulla Disforia di Genere. L'ONIG si propone di definire linee guida a livello medico, chirurgico, psicologico e legale a garanzia della qualità dell'assistenza alle persone che intraprendono percorsi di adeguamento e a garanzia dell'attività dei professionisti coinvolti. I criteri di presa in carico vengono condivisi dai membri dell'Associazione e sono elaborati sulla base delle conoscenze scientifiche più aggiornate e a partire dalle linee guida internazionali. Nel 2012, dai Centri ONIG adulti, nasce la Commissione Minorenni ONIG, per rispondere alle richieste di presa in carico dei minorenni e delle loro famiglie. Tra gli obiettivi della Commissione Minorenni vi è il confronto e la discussione formativa, la costruzione di una scheda anamnestica condivisa, la definizione di un protocollo diagnostico e di presa in carico comune (Linee Guida) e la condivisione di protocolli di ricerca comuni. Le Linee Guida auspicano "che ogni regione italiana abbia un Centro Specialistico dedicato alla presa in carico dei bambini/e e degli/delle adolescenti con Sviluppo Atipico dell'Identità di Genere. Indicano inoltre che al fine di rendere possibile una presa in carico efficace sul territorio, sarebbe importante la creazione di un Servizio Specialistico all'interno di un Centro riconosciuto e specializzato nella presa in carico della Disforia di Genere in cui opera un'équipe multidisciplinare integrata costituita da psicologi, neuropsichiatri infantili, endocrinologi e pediatri, in grado

14 A.L. de Vries, P.T. Cohen-Kettenis, *Clinical Management of Gender Dysphoria in Children and Adolescents: The Dutch Approach*, in *Journal of Homosexuality*, 2012, 59, pp. 301-320.

15 A.D. D'Augelli, A.H. Grossman, M.T. Starks, *Childhood gender, atypicality, victimization, and PTSD among lesbian, gay, and bisexual youth*, in *Journal of Interpersonal Violence*, 2006, 21, pp. 1462-1476.

16 A.L. de Vries, I.L. Noens, P.T. Cohen-Kettenis, I.A. van Berckelaer-Onnes, T.A. Doreleijers, *ivi*.

17 J. Parkinson, *Gender dysphoria in Asperger's syndrome: a caution*, in *Australas Psychiatry*, 2014, 22(1), pp. 84-85.

18 A.I. Van der Miesen, H. Hurley, A.L. De Vries, *Gender dysphoria and autism spectrum disorder: A narrative review*, in *International Review of Psychiatry*, 2016, 28(19), pp. 70-80.

19 <http://www.onig.it>

20 <http://www.wpath.org>

21 <http://www.eopath.eu>

di prendere in carico la Disforia di Genere e le problematiche familiari che possono attivarsi²². In linea con diversi studi e ricerche^{23 24} l'approccio integrato risulta essere il più efficace e appropriato modello di lavoro.

3.1 Linee guida ONIG

La fase dell'adolescenza è di per sé complessa e delicata e tanti sono i compiti dell'adolescente, tra cui la consapevolezza del proprio corpo, della propria identità sessuale e dell'espressione del ruolo sociale. Gli adolescenti che presentano disforia di genere si trovano di fronte a ulteriori disagi dovuti a un corpo che cambia e che comincia ad assumere una forma non desiderata e spesso temuta²⁵. Se la popolazione generale adolescente non porta solitamente una propria domanda di aiuto, ma sono i genitori a richiedere un aiuto psicologico riscontrando delle difficoltà nel figlio, gli adolescenti con disforia di genere, invece, richiedono spesso loro stessi un aiuto psicologico. Se questo consente una migliore *compliance* al trattamento, occorre altresì prestare attenzione alla relazione terapeutica, giacché spesso gli adolescenti temono che lo psicologo possa ostacolare il percorso di transizione. Una vera e propria presa in carico dell'adolescente può avvenire solo con il consenso di entrambi i genitori. In assenza di questo, è possibile fornire solo qualche informazione. I Centri ONIG possono differenziarsi per pratiche organizzative, ma rispondono tutti alle Linee Guida condivise. Solitamente il primo incontro, definito di accoglienza, prevede un colloquio con la persona che effettua la richiesta: genitore o ragazzo/a; un genitore solo oppure entrambi i genitori, in presenza o assenza del figlio/a. La presa in carico può avvenire per accesso diretto oppure per invio da specialisti del territorio. Dopo l'acquisizione del Consenso Informato di entrambi i genitori, è prevista una prima fase di analisi della domanda e valutazione diagnostica, al fine di collocare il disagio dell'adolescente all'interno di una effettiva presenza di disforia di genere. In questa fase, oltre alla raccolta anamnestica, viene proposta una valutazione testistica specifica. Successivamente, viene proposto e condiviso un progetto di presa in carico personalizzato che coinvolge sia l'adolescente che la famiglia. Il coinvolgimento anche della famiglia risulta essenziale²⁶ per effettuare un *assessment* complessivo e approfondire le aree legate all'identità di genere. I genitori possono manifestare disorientamento di fronte alle richieste di cambiamento del figlio/a, e possono avere bisogno anch'essi di uno spazio in cui elaborare le emozioni legate all'espressione del figlio/a e ai cambiamenti futuri^{27 28}. La presa in carico in

22 <http://www.onig.it/minorenni>

23 K.J. Zucker, H. Wood, D. Singh, S.J. Bradley, *A developmental biopsychosocial model for the treatment of children with gender identity disorder*, in *Journal of Homosexuality*, 2012, 59(3), pp. 369-397.

24 D. Di Ceglie, *Care for Gender -Dysphoric Children*, in B.P.C. Kreukels, T.D. Steensma, A.L.C. de Vries, *Gender Dysphoria and Disorders of Sex Development, Progress in Care and Knowledge*, New York, Springer, 2012.

25 D. Di Ceglie, *Straniero nel mio corpo. Sviluppo atipico nell'identità di genere e salute*, Milano, Franco Angeli, 2003.

26 D.B. Hill, E.J. Menvielle, K.M. Sica, A. Johnson, *An affirmative intervention for families with gender variant children: Parental ratings of child mental health and gender*, in *Journal of Sex and Marital Therapy*, 2010, 36(1), pp. 6-23.

27 A. Lev, *Transgender Emergence: Therapeutic Guidelines for Working with Gender-Variant People and Their Families*, New York, The Haworth Clinical Practice Press, 2004.

28 J. Malpas, *Between pink and blue: A multi-dimensional family approach to gender nonconforming children and their families*, in *Family Process*, 2011, 50(4).

ottica interdisciplinare prevede anche un intervento ambientale con la scuola e/o le agenzie educative ed eventuali consulenze endocrinologiche.

3.2 Linee guida per la pratica psicologica con persone transgender e gender nonconforming

L'ONIG ha recepito l'adattamento italiano²⁹ delle Linee-Guida per la pratica psicologica con persone transgender e gender nonconforming dell'American Psychological Association³⁰. In particolare la linea-guida 8 recita "Gli psicologi che lavorano con giovani TGNC o con chi si interroga sul proprio genere (gender-questioning) comprendono i differenti bisogni evolutivi di bambini e adolescenti, considerando che non in tutti i giovani l'identità TGNC persisterà fino all'età adulta"³¹. La linea-guida indica che il campo della pratica con gli adolescenti che presentano problematiche inerenti l'identità di genere è molto meno controverso rispetto al campo della pratica con bambini. In ogni modo, in questo campo si possono presentare sfide peculiari come un ritardo dell'insorgenza della non conformità di genere, senza precedenti in infanzia³². La linea guida evidenzia che molti adolescenti possono presentare problematiche psicologiche co-occorrenti come ideazioni suicidarie, comportamenti auto lesivi³³, uso di droghe e alcol³⁴, disturbi dello spettro autistico³⁵. La linea guida evidenzia inoltre come gli adolescenti potrebbero tendere al soddisfacimento immediato del bisogno, manifestando frustrazione di fronte ad un eventuale ritardo nel ricevere trattamenti medici desiderati. Questa intensa concentrazione sul bisogno immediato non garantisce che l'adolescente sia cognitivamente ed emotivamente in grado di assumere decisioni di transizione irreversibili³⁶. Oltre queste raccomandazioni, vi è un ampio consenso sugli approcci affermativi al trattamento per gli adolescenti³⁷. Le opzioni di trattamento

-
- 29 P. Valerio, V. Bochicchio, F. Mezza, A.L. Amodeo, R. Vitelli, C. Scandurra (a cura di), *Adattamento italiano delle Linee-Guida per la pratica psicologica con persone transgender e gender nonconforming dell'American Psychological Association*, Napoli, Ordine degli Psicologi della Campania, 2018.
- 30 American Psychological Association (APA), *Guidelines for psychological practice with transgender e gender nonconforming people*, in *American Psychologist*, 2015, 70(9), pp. 832-864.
- 31 P. Valerio, V. Bochicchio, F. Mezza, A.L. Amodeo, R. Vitelli, C. Scandurra (a cura di), *ivi*.
- 32 L. Edwards-Leeper, N.P. Spack, *Psychological evaluation and medical treatment of transgender youth in an interdisciplinary "Gender Management Service" (GeMS) in a major pediatric center*, in *Journal of Homosexuality*, 2012, 59, pp. 321-336.
- 33 R.T. Liu, B. Mustanski, *Suicidal ideation and self-harm in lesbian, gay, bisexual, and transgender youth*, in *American Journal of Preventive Medicine*, 2012, 42, pp. 221-228.
- 34 R. Garofalo, J. Deleon, E. Osmer, M. Doll, G.W. Harper, *Overlooked, misunderstood, and at-risk: Exploring the lives and HIV risk of ethnic minority male-to-female transgender youth*, in *Journal of Adolescent Health*, 2006, 38, pp. 230-236.
- 35 R.M. Jones, S. Wheeiwright, K. Farrell, E. Martin, R. Green, D. Di ceglie, S. Baron-Cohen, *Brief report: Female-to-male transsexual people and autistic traits*, in *Journal of Autism Developmental disorders*, 2012, 42, pp.301-306.
- 36 M. Agnello, *On the couch with Dr. Agnello: A guide to raising & supporting transgender youth*, Philadelphia, PA:Author, 2013.
- 37 E. Coleman, W. Bockting, M. Botzer, P. Cohen-Kettenis, G. DeCuypere J. Feldman, K. Zucker, *Standards of care for the health of transsexual, transgender, and gender nonconforming people, 7[^] version*, in *International Journal of Transgenderism*, 2012, 13, pp. 165-232.

disponibili per gli adolescenti riguardano anche il piano medico³⁸. La linea guida raccomanda infine di informare i genitori degli adolescenti che presentano una lunga storia di non conformità di genere che vi è una certa probabilità che l'identità di genere percepita rimanga stabile³⁹.

3.3 Trattamenti medici per gli adolescenti

I trattamenti medici per gli adolescenti riguardano i trattamenti reversibili (GnRHa) o parzialmente reversibili (steroidi sessuali "cross-sex"). I GnRHa vengono utilizzati per bloccare lo sviluppo puberale nella direzione biologica non desiderata, e ha lo scopo di: ampliare il tempo diagnostico; migliorare il funzionamento psicosociale, riducendo l'emarginazione e l'abbandono scolastico; migliorare i risultati fenotipici a distanza in caso di successiva transizione di genere. Questo trattamento viene eseguito seguendo le linee guida dell'*Endocrine Society*⁴⁰ e del *Position Statement* delle principali società scientifiche italiane dedicate⁴¹. Anche la somministrazione degli ormoni cross-sex viene praticata in accordo con le raccomandazioni internazionali⁴² ⁴³ e nazionali⁴⁴. Gli adolescenti sono eleggibili al trattamento con ormoni cross-sex se soddisfano i criteri per l'uso di GnRHa, se hanno raggiunto un'età maggiore di sedici anni e se i genitori hanno fornito il loro consenso al trattamento e a un adeguato supporto psicologico. La terapia ormonale mascolinizante (FtM) ha l'obiettivo di indurre la regressione (se già avvenuta) dei caratteri sessuali secondari femminili e la comparsa di quelli maschili (somministrazione di testosterone). Per l'adolescente significa entrare in una pubertà maschile, anche nel caso in cui l'adolescente abbia già completato lo sviluppo puberale associato con il sesso assegnato alla nascita. Come un ragazzo cisgender che entra nella pubertà, un adolescente transgender farà esperienza dello sviluppo dei caratteri sessuali tipicamente maschili. Molti adolescenti transgender iniziano a essere percepiti più frequentemente come ragazzi già dopo tre-sei mesi dall'inizio della terapia ormonale. Gli effetti virilizzanti riguardano: l'amenorrea; l'abbassamento della voce; la comparsa della peluria sul viso e sul corpo; la redistribuzione del grasso corporeo; l'incremento della massa (in particolare magra) e della forza muscolare; una possibile alopecia; una transitoria seborrea cutanea e possibili lesioni acneiche; il cambiamento dell'odore; una possibile ipertrofia del clitoride. La terapia ormonale femminilizzante (MtF) ha l'obiettivo di ridurre i caratteri sessuali secondari

38 E. Coleman, W. Bockting, M. Botzer, P. Cohen-Kettenis, G. DeCuypere J. Feldman, K. Zucker, *ivi*.

39 A.L. de Vries, T.D. Steensma, T.A. Doreleijers, P.T. Cohen-Kettenis, *Puberty suppression in adolescents with gender identity disorder: A prospective follow-up study*, in *Journal of Sexual Medicine*, 2011, 8, pp. 2276-2283.

40 W.C. Hembree, P.T. Cohen-Kettenis, H.A. Delemarre-van de Waal, L.J. Gooren, W.J. Meyer, N.P. Spack, *et al.*, *Endocrine treatment of transsexuals persons: an Endocrine Society clinical practice guideline*, in *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 2009, 94, pp. 3132-3154.

41 A.D. Fisher, J. Ristori, E. Bandini, S. Giordano, M. Mosconi, e.A. Jannini, *et al.*, *Italian GnRH analogs study ONIG group; Medical treatment in gender dysphoric adolescents endorsed by SIAMS-SIE-SIEDP-ONIG*, in *Journal of Endocrinological Investigation*, 2014, 37(7), pp. 675-687.

42 W.C. Hembree, P.T. Cohen-Kettenis, H.A. Delemarre-van de Waal, L.J. Gooren, W.J. Meyer, N.P. Spack, *et al.*, *Endocrine treatment of transsexuals persons: an Endocrine Society clinical practice guideline*, in *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 2009, 94, pp. 3132-3154.

43 E. Coleman, W. Bockting, M. Botzer, P. Cohen-Kettenis, G. DeCuypere J. Feldman, K. Zucker, *Standards of care for the health of transsexual, transgender, and gender nonconforming people, 7th version*, in *International Journal of Transgenderism*, 2012, 13, pp. 165-232.

44 A.D. Fisher, J. Ristori, E. Bandini, S. Giordano, M. Mosconi, e.A. Jannini, *et al.*, *ivi*.

maschili (se già comparsi) e indurre lo sviluppo dei caratteri sessuali secondari femminili (somministrazione di farmaci estrogeni ed antiandrogeni). Per le ragazze transgender che iniziano la terapia ormonale femminilizzante dopo aver completato una pubertà indotta dal testosterone, l'assunzione di estrogeni e antiandrogeni non modifica alcune caratteristiche, come la dimensione del pomo d'Adamo; la struttura ossea del viso; l'altezza o la struttura della conformazione ossea; il tono della voce; i peli facciali. Gli effetti femminilizzanti riguardano l'aumento della ghiandola mammaria; la riduzione della crescita e del diametro piliferi (non facciali); l'atrofizzazione dei testicoli e della prostata (riduzione della spermatogenesi e possibile azoospermia); un possibile rischio di osteoporosi e osteopenia. Il fatto che diverse caratteristiche fisiche "maschili" (voce, altezza, struttura ossea del viso, dimensione delle mani e dei piedi) non possano essere annullate dopo una pubertà indotta dal testosterone, aumenta il rischio di molestie verbali e di stigmatizzazione.

3.4 Passaggio presa in carico e trattamenti chirurgici

Le linee guida italiane⁴⁵ prevedono che il passaggio dalla presa in carico dal Servizio per adolescenti a quello per adulti sia preceduto da un incontro delle due équipes di presentazione del caso, finalizzato alla condivisione del percorso effettuato e alla impostazione delle modalità successive di presa in carico. La chirurgia di transizione è rivolta alle persone per le quali la chirurgia è essenziale e necessaria per alleviare la disforia, e per le quali la riattribuzione chirurgica del sesso (RCS) e anche gli interventi di cosmetica, sono necessari e devono risultare efficaci per motivi di salute. Per questo gruppo di persone, a differenza delle persone transgender e di genere non conforme, il sollievo dalla disforia non può essere raggiunto senza le modifiche dei loro caratteri sessuali primari e/o secondari necessari ad ottenere una maggiore congruenza con la propria identità di genere. Gli studi di follow-up⁴⁶ hanno dimostrato l'effetto benefico e certo della chirurgia di RCS, con esiti post operatori come aumentato benessere soggettivo, migliore cosmesi e ampliamento della funzione sessuale.

⁴⁵ <http://www.onig.it/minorenni>

⁴⁶ T.A. Ainsworth, J.H. Spiegel, *Quality of life of individuals with and without facial feminization surgery or gender reassignment surgery*, in *Quality of Life Research*, 2010, 19(7), pp. 1019-1024.

**Marina Pierdominici*, Matteo Marconi*, Maria Teresa Pagano*,
Paola Matarrese***

La ricerca pubblica attenta alle identità di genere

Sommario

1. Introduzione - 2. Numerosità della popolazione transgender - 3. Stato di salute della popolazione transgender - 4. Trattamento ormonale e relative criticità - 5. Conclusioni

Abstract

La *mission* del Centro di Riferimento per la Medicina di Genere, Istituto Superiore di Sanità, è quella di promuovere la medicina di genere attraverso attività che dalla ricerca alla formazione e alla divulgazione tengano conto dei differenti bisogni della popolazione dovuti a differenze di sesso e genere. In linea con la sua *mission* e con le raccomandazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità nella lotta alle disuguaglianze in salute, il Centro si è di recente impegnato nella definizione delle problematiche sanitarie relative alla salute delle persone transgender. Secondo le ricerche più recenti, le persone transgender in Italia, così come nella maggior parte del mondo, incontrano numerosi ostacoli nell'accesso all'assistenza sanitaria e a risorse considerate determinanti nel settore sanitario come l'istruzione, l'occupazione, l'alloggio con conseguenze allarmanti per la loro salute. Ne consegue la necessità di politiche sanitarie maggiormente inclusive di questa fascia di popolazione. Per raggiungere questo obiettivo, si rende necessario da parte delle istituzioni scientifiche coprire, tramite progettualità mirate, alcune lacune informative quali la scarsità di dati sulla numerosità effettiva della popolazione transgender e lo stato di salute generale (stili di vita, percezione dello stato di salute, prevalenza di patologie croniche e appropriatezza dei trattamenti medici e chirurgici). A questo si aggiunge la necessità di interventi mirati alla formazione specifica, in tema di salute transgender, degli operatori sanitari. Questo contributo intende fare una panoramica delle principali criticità in tema di ricerca e identità di genere con una particolare attenzione al contesto italiano.

The mission of the Center for Gender-Specific Medicine, Italian National Institute of Health, is to promote gender medicine through activities that from research to training and dissemination take into account the different needs of the population due to sex and gender. In line with its mission and with the recommendations of the World Health Organization in the fight against health inequalities, the Center has recently been engaged in defining health problems related to transgender people. According to the most recent research, transgender people in Italy, as well as in most parts of the world, encounter numerous obstacles

* Ricercatrice/Ricercatore, Centro di Riferimento per la Medicina di Genere, Istituto Superiore di Sanità, Roma, Italia.

in accessing healthcare services due to different factors (e.g., discrimination, structural barriers, lack of competence of clinicians in transgender health). Therefore, there is an urgent need for health policies including this population. To achieve this goal, some information gaps such as the scarcity of data on the size of transgender population and its health status (life styles, perception of health status, prevalence and incidence of chronic diseases, appropriateness of surgical and medical treatments) must be filled. In addition, given the probable size of transgender population and the range of health care needs, it is crucial that health care providers be trained in transgender health care. This paper intends to give an overview of the main critical issues in the field of research and gender identity with particular attention to the Italian context.

1. Introduzione

Le principali organizzazioni internazionali (per esempio l'Organizzazione Mondiale della Sanità e le Nazioni Unite) hanno inserito tra gli obiettivi prioritari nella lotta alle disuguaglianze di salute quello di promuovere attività volte alla tutela della salute delle persone transgender^{1,2}. Tuttavia, ad oggi lo stigma rivolto alla non conformità di genere ha un impatto molto forte, tanto da sfociare spesso in pregiudizi e discriminazioni con conseguente dirette o indirette sullo stato di salute^{3,4}. Gli stessi operatori sanitari (medici di medicina generale, pediatri, medici specialisti, psicologi, infermieri) spesso mancano di una formazione specifica in materia di salute transgender. Inoltre, come dimostrato da differenti studi, gli utenti che accedono ai servizi sanitari riferiscono l'utilizzo, da parte degli operatori sanitari, di una terminologia non idonea, una curiosità inappropriata e una scarsa sensibilità ai bisogni di salute^{5,6}. Una conseguenza di questo è che spesso le persone transgender fanno ricorso all'auto-somministrazione di farmaci, in particolare gli ormoni sessuali, acquistati on line, in assenza di adeguati controlli medici.

In molti paesi, tra cui l'Italia, la maggior parte degli operatori sanitari richiede una diagnosi di disforia di genere (DG) come requisito per l'accesso alle procedure di affermazione di genere. La DG è la categoria diagnostica attualmente utilizzata nella letteratura medica per riferirsi al profondo disagio, che alcune persone transgender possono sperimentare, causato dalla discrepanza tra l'identità di genere e il sesso assegnato (e i ruoli di genere e le caratteristiche fisiche che sono tradizionalmente associati ad essa)⁷. La categoria di "disforia di genere" è stata inclusa nell'ultima versione del manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM), DSM-5, in sostituzione della categoria "disturbo dell'identità di genere" presente nella precedente edizione, nel tentativo di mitigare la psicopatologizzazione delle identità transgender⁸. Ciononostante questa categoria e la sua inclusione nel DSM è fortemente criticata perché continua a considerare questa condizione come un disturbo mentale. Le diagnosi correlate all'identità di genere sono oggetto di controversie anche nella Classificazione Internazionale delle Malattie (*International Classification of Diseases*, ICD). La decima edizione della classificazione internazionale delle malattie (ICD-10) presenta ancora la diagnosi di "transessualismo", termine oggi considerato obsoleto e peggiorativo, sotto la categoria dei "disordini dell'identità di genere". Nel tentativo di andare verso una deopatologizzazione delle identità transgender, nella più recente edizione dell'ICD (ICD-11), che sarà presentata all'assemblea mondiale della sanità nel maggio 2019 e entrerà in vigore il 1° gennaio 2022, la diagnosi di incongruenza di genere (incongruenza di genere degli adolescenti e degli adulti e incongruenza di genere dell'infanzia) sostituisce le diagnosi più vecchie e si trova collocata in un nuovo capitolo chiamato "condizioni relative alla salute sessuale". Tuttavia anche quest'ultima diagnosi ha sollevato critiche da parte delle associazioni transgender e da una parte della comunità scientifica perché rischia di patologizzare la varianza di genere nell'infanzia^{3,9}.

Nonostante un interesse crescente da parte della comunità scientifica e delle istituzioni governative sulla tematica relativa alla salute transgender, diverse criticità impediscono una presa in carico inclusiva di questa fascia di popolazione dal punto di vista sanitario. In primo luogo, vi è una scarsità di dati (assenza in Italia) sulla numerosità effettiva della popolazione transgender; a questo si aggiunge una scarsità di informazioni sulla salute generale di questa fascia di popolazione (in termini di stili di vita, percezione dello stato di salute, fertilità, prevalenza di patologie croniche, appropriatezza delle cure). Tra le altre criticità, da sottolineare l'assenza di studi prospettici a lungo termine sui rischi e benefici del trattamento ormonale sostitutivo e della chirurgia di affermazione di genere (per es. studi sul rischio cardiovascolare, metabolico, tumorale associato al trattamento ormonale a lungo termine, studi sull'interazione tra la terapia ormonale e altre terapie farmacologiche somministrate per eventuali patologie presenti quali l'infezione da HIV). Di seguito, un riassunto delle principali criticità in tema di ricerca e identità di genere con una particolare attenzione al contesto italiano.

2. Numerosità della popolazione transgender

La raccolta sistematica di dati sull'identità di genere è fondamentale per la pratica clinica e la ricerca sulla salute delle persone transgender. Tuttavia, gli sforzi finora fatti per ottenere stime realistiche sulla prevalenza della popolazione transgender hanno incontrato enormi difficoltà, in primo luogo, per l'eterogeneità di questa popolazione e l'assenza di una raccolta sistematica dei dati sull'identità di genere mediante censimento nazionale e/o cartelle cliniche. Ad oggi, nella maggior parte dei lavori pubblicati, le stime sono state fatte su sottogruppi più facili da individuare, ad esempio su quelle persone transgender che si rivolgono a centri clinici per il percorso di transizione richiedendo trattamenti ormonali e/o chirurgici, con conseguente sottostima del dato¹⁰⁻¹². Tenendo presenti questi limiti metodologici, le stime ad oggi suggeriscono, per la popolazione adulta, una prevalenza mondiale dello 0.5-1.3% per le persone transgender con sesso assegnato alla nascita maschile e dello 0.4%-1.2% per le persone transgender con sesso assegnato alla nascita femminile³. Uno studio recentemente pubblicato riguardante la popolazione svedese residente nella contea di Stoccolma ha evidenziato che lo 0.5% dei partecipanti desiderava intraprendere un trattamento ormonale e/o chirurgico, il 2.3%, desiderava un'identità di genere diversa dal genere assegnato alla nascita, il 2.8% desiderava vivere come una persona di un genere diverso da quello assegnato alla nascita¹³. In Italia, i dati disponibili più recenti risalgono ad uno studio, pubblicato nel 2011, che considerava la popolazione transgender adulta sottoposta ad intervento chirurgico di affermazione di genere nel periodo compreso tra il 1992 ed il 2008¹⁴. Lo studio riporta un numero pari a 424 donne transessuali e 125 uomini transessuali con una prevalenza rispettivamente di 1:68,278 e 1:245,356. I numeri derivati da questo studio, come da altri studi internazionali, rappresentano una stima di minima del dato a causa principalmente dell'assenza di uno strumento di valutazione standard della popolazione transgender. Si può però affermare che in Italia come all'estero il numero delle persone transgender è in costante aumento, prova ne è l'aumento di associazioni e di professionisti dell'area medica (endocrinologi, chirurghi, psichiatri, psicologi, etc.) che si occupano di tale settore della medicina¹⁵. In ogni caso i dati esistenti, sebbene sottostimino il dato reale, sono da considerarsi un punto di partenza ed il Servizio Sanitario Nazionale trarrebbe beneficio da studi in grado di definire la dimensione effettiva di questa fascia di popolazione per una corretta programmazione sanitaria.

3. Stato di salute della popolazione transgender

Il numero di pubblicazioni scientifiche relative alla salute transgender è cresciuto significativamente nell'ultimo decennio^{11,16}. Storicamente la letteratura scientifica ha riguardato principalmente la chirurgia affermativa di genere, l'endocrinologia (in particolare il trattamento ormonale sostitutivo) e la salute mentale¹⁶. Per quanto riguarda la salute mentale è importante sottolineare come ad oggi la maggior parte delle ricerche hanno raccolto dati di prevalenza mentre pochissimi lavori hanno analizzato l'associazione tra fattori demografici (per esempio reddito e livello di scolarità) e psicosociali (stigma e discriminazione) da una parte e la capacità di resilienza della popolazione transgender dall'altra. Altre tematiche quali quelle inerenti la salute generale (in termini di stili di vita, percezione dello stato di salute, fertilità, prevalenza di patologie croniche, appropriatezza delle cure) sono state scarsamente affrontate. Dal punto di vista metodologico una criticità è rappresentata dalla scarsità di studi longitudinali, in particolare da quelli a lungo termine^{11,16}. Ad esempio, la maggior parte degli studi sugli eventuali effetti collaterali della terapia ormonale sostitutiva (estrogeni e antiandrogeni nelle donne transgender e testosterone negli uomini transgender) considerano un periodo di 12-24 mesi. Ad oggi, solo uno studio che ha analizzato le cause di mortalità in 1331 persone transgender in trattamento con ormoni presenta un follow-up mediano di 18.5 anni¹⁷. Questa lacuna conoscitiva è particolarmente grave considerando il numero crescente di persone che in giovane età iniziano il trattamento ormonale sostitutivo. Da evidenziare inoltre come le formulazioni e i dosaggi ottimali per il trattamento ormonale sostitutivo sono attualmente sconosciuti poiché non sono disponibili studi randomizzati controllati a riguardo. In questo contesto, vi è l'urgenza di studi di coorte sulle diverse modalità di trattamento ormonale sostitutivo così come sull'interazione tra il trattamento ormonale sostitutivo e terapie somministrate in acuto o in cronico per eventuali morbidità. A riguardo particolare attenzione dovrebbe essere diretta verso alcune categorie a rischio come gli anziani, che hanno una maggiore probabilità di assumere farmaci per condizioni mediche preesistenti all'inizio del trattamento ormonale. Altra categoria a rischio è rappresentata dalle donne transgender che hanno un rischio significativamente più alto rispetto alla popolazione generale di contrarre l'infezione da HIV¹⁸. Tuttora sono scarsi i dati sull'interazione tra terapia ormonale sostitutiva e farmaci antiretrovirali; di conseguenza le raccomandazioni per il trattamento antiretrovirale per le donne transgender con infezione da HIV in terapia ormonale sostitutiva sono estrapolate dai dati sulle donne con sesso biologico femminile che utilizzano contraccettivi orali^{11,16}. Alle criticità sopraelencate si devono aggiungere la scarsa numerosità delle coorti studiate e l'assenza di popolazioni appropriate di riferimento.

4. Trattamento ormonale e relative criticità

I trattamenti ormonali nell'ambito dei percorsi di transizione di affermazione di genere vengono effettuati in tutto il mondo da vari decenni (fin dagli anni '60)¹⁹ ed esiste un'ampia letteratura sui benefici che questi trattamenti portano in termini di benessere generale per le persone transgender⁷. Il numero di persone transgender che fanno ricorso a questa terapia è cresciuto negli anni, ma, anche in questo caso, non sono disponibili dati ufficiali che ne definiscano la dimensione né in Italia né all'estero. Esistono linee guida di Società Scientifiche di Endocrinologia nazionali²⁰ e internazionali²¹ che forniscono indicazioni specifiche per quanto riguarda le tipologie ed i dosaggi di ormoni da utilizzare. Tuttavia la terapia ormonale presenta ancora diverse criticità. Dal

punto di vista burocratico, esistono problemi che riguardano la prescrivibilità e la rimborsabilità di questa terapia. I farmaci utilizzati per la terapia ormonale durante e dopo la fase di transizione sono infatti prescritti "off label" e la maggioranza di essi si trova in fascia C. Solo alcune regioni dispensano gratuitamente questi farmaci, creando disuguaglianze a livello nazionale. In aggiunta la determina AIFA n. 1327 (G.U. n. 259 del 6 novembre 2015) e successiva modifica (determina AIFA n. 199, G.U. n. 45, 24 febbraio 2016) che regola la prescrizione del testosterone riservandola a endocrinologi, urologi e andrologi genera una disuguaglianza tra le donne, alle quali gli estrogeni possono essere prescritti anche dal medico di medicina generale, e gli uomini, che sono obbligati a richiedere visite specialistiche.

Dal punto di vista clinico, studi a lungo termine sugli eventuali rischi associati agli schemi di trattamento ormonale, come suddetto, sono limitati. Di seguito un breve cenno alle conoscenze attuali sul rischio cardiovascolare e tumorale associato al trattamento ormonale.

Rischio cardiovascolare

Tra i possibili effetti avversi della terapia ormonale sostitutiva, quelli sul sistema cardiovascolare meritano particolare attenzione. Purtroppo, gli studi di valutazione dell'impatto del trattamento ormonale sostitutivo sul rischio cardiovascolare al momento disponibili sono insufficienti e talvolta discordanti, anche a causa della predominanza di studi non randomizzati o randomizzati ma realizzati su campioni di piccole dimensioni^{22,23}. Il possibile impatto della terapia ormonale sostitutiva può essere monitorato attraverso la valutazione di alcuni marcatori surrogate di rischio cardiovascolare tra cui: sensibilità all'insulina, profili lipidici, pressione sanguigna, policitemia e trombosi venosa. Secondo una recente stima, derivata da una meta-analisi condotta su 3.231 donne transgender e 1.500 uomini transgender, con un follow-up compreso tra i 3 mesi e i 41 anni, la terapia ormonale sostitutiva si accompagnerebbe ad un aumento significativo dei trigliceridi nelle donne transgender. Secondo tale stima, si osserverebbe un aumento dei livelli di colesterolo totale e trigliceridi, come così come una diminuzione del colesterolo lipoproteico ad alta densità negli uomini transgender²².

Per quanto riguarda l'incidenza di eventi cardiovascolari acuti, il più ampio studio di coorte disponibile al momento ha mostrato nelle donne transgender tassi più elevati di tromboembolia venosa e, sebbene in misura minore, anche di ictus ischemico sia rispetto agli uomini che alle donne cisgender, presumibilmente correlato con i noti effetti pro-trombotici degli estrogeni²⁴. Inoltre, i tassi di infarto del miocardio sembrerebbero maggiori tra le donne transgender rispetto alle donne cisgender di età comparabile, ma simili a quelli osservati tra gli uomini cisgender. I dati ottenuti non sono invece sufficienti per trarre conclusioni sull'aumento del rischio di eventi cardiovascolari acuti negli uomini transgender²⁴. Finora, non ci sono dati sull'impatto della terapia ormonale sostitutiva sulla funzione cardiaca, inclusi il rimodellamento elettrofisiologico e i meccanismi molecolari coinvolti. Tuttavia, l'adattamento o il mal adattamento a un nuovo ambiente ormonale potrebbe predisporre a un rischio aritmogenico aumentato, specialmente in combinazione con farmaci che interferiscono con i canali del calcio, come ad esempio alcuni antipertensivi. Data la scarsità e la bassa qualità delle evidenze dovuta ai limiti metodologici degli studi finora condotti, all'eterogeneità del trattamento, e all'esclusione delle persone transgender da ampi studi clinici sui farmaci cardiovascolari, non si possono trarre conclusioni univoche e sono necessarie ulteriori ricerche per chiarire meglio gli eventuali rischi cardiovascolari della terapia ormonale sostitutiva sia in donne che in uomini transgender.

Rischio tumorale

Ancora più scarse sono le informazioni circa l'impatto della terapia ormonale sostitutiva

sulle neoplasie. Considerando che molti tipi di tumore esprimono i recettori degli ormoni sessuali e che molte persone transgender ricevono o si auto-somministrano terapie ormonali durante tutta la vita, a volte a dosi molto elevate, studi in tal senso risultano essere assolutamente necessari. In particolare, sulla base delle attuali conoscenze sulle relazioni tra ormoni e tumori, la terapia ormonale può ritenersi un fattore di rischio per quei tumori fortemente correlati all'equilibrio ormonale come il tumore mammario, dell'ovaio, dell'endometrio e della prostata²⁵. Inoltre, alcuni tumori cerebrali benigni, in particolare meningiomi e prolattinomi, mostrano una significativa differenza di genere nella prevalenza, sollevando la questione di un possibile ruolo degli ormoni sessuali nella loro patogenesi^{25,26}.

Nel complesso, la letteratura più recente suggerisce che non esistano significative differenze nell'incidenza dei tumori in soggetti transgender in trattamento ormonale rispetto alla popolazione cisgender. Tuttavia, tali dati non sono da ritenere definitivi in quanto derivati da studi condotti con molte limitazioni metodologiche legate alla piccola dimensione del campione analizzato e dal breve periodo di follow up considerato²⁷⁻²⁹. Possibili casi di tumori collegati al trattamento ormonale nelle donne transgender comprendono i carcinomi della mammella e della prostata, prolattinomi e meningiomi. Negli uomini transgender, alcuni case report recentemente pubblicati riportano l'insorgenza di tumori del seno, delle ovaie, della cervice, della vagina e dell'endometrio possibilmente correlati con il trattamento ormonale^{26,27}.

Per confutare o confermare questi dati sul rischio reale di sviluppare tumori (soprattutto ormono-dipendenti), sono necessari studi longitudinali condotti su popolazioni molto più ampie. Fino a quando non saranno disponibili prove conclusive, è fortemente raccomandato lo screening tumorale sia per i maschi che per le femmine transgender basato sulle linee guida utilizzate per la popolazione generale, cioè sulla base della presenza dell'organo possibile bersaglio di tumore, piuttosto che sull'identità di genere o sul tipo di terapia ormonale seguita^{21,30}.

5. Conclusioni

Gli studi finora condotti hanno evidenziato come la popolazione transgender rappresenti una fascia di popolazione marginalizzata rispetto alle politiche sanitarie con ostacoli nell'utilizzo dei servizi sanitari sia di base che specialistici. Nonostante il crescente interesse da parte della comunità scientifica sul tema relativo alla salute transgender, questo argomento rimane tuttora sottovalutato. La mancanza di una terminologia standardizzata, l'assenza di ampi studi prospettici, dati limitati su rischi e benefici del trattamento ormonale sostitutivo e degli interventi chirurgici di affermazione di genere sono tra le principali problematiche evidenziate in termini di ricerca sulla salute transgender. Inoltre, data la numerosità della popolazione transgender e le necessità di salute, in parte sovrapponibili a quelle della popolazione generale e in parte specifiche, si rende assolutamente necessaria la formazione degli operatori sanitari (medici di medicina generale, pediatri, specialisti, psicologi, infermieri). In un paese come l'Italia, che vanta la presenza di un servizio sanitario nazionale universalistico, risulta particolarmente urgente colmare queste lacune per fornire un'assistenza mirata ed efficace in modo da garantire una piena inclusione sociale di questa fascia di popolazione. A tal fine, è essenziale la creazione di una stretta rete di collaborazioni tra istituti di ricerca, centri clinici, associazioni transgender e istituzioni politiche.

Bibliografia

1. in *United Nations Development Programme*, http://www.ohchr.org/Documents/Issues/Discrimination/Joint_LGBTI_Statement_ENG.PDF, 2015.
2. R. Thomas, *Ensuring an inclusive global health agenda for transgender people*, in *Bull world health organ*, 2017, 95, pp. 154 ss.
3. S. Winter, *Transgender people: health at the margins of society*, in *Lancet*, 2016, 388, pp. 390 ss.
4. S. Winter, *Synergies in health and human rights: a call to action to improve transgender health*, in *Lancet*, 2016, 388, pp. 318 ss.
5. S. L. Reisner, *Global health burden and needs of transgender populations: a review*, in *Lancet*, 2016, 388, pp. 412 ss.
6. in *Transgender Europe*, <https://tgeu.org/healthcare/>, 2017.
7. in *The world professional association for transgender health*, <https://www.wpath.org/publications/soc>, 2012.
8. American Psychiatric Association, *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5)*, Washington DC, American Psychiatric Association, 2013.
9. S. Winter, *The proposed ICD-11 gender incongruence of childhood diagnosis: a world professional association for transgender health membership survey*, in *Archives of sexual behavior*, 2016, 45, pp. 1605 ss.
10. L. Collin, *Prevalence of transgender depends on the "case" definition: a systematic review*, in *The journal of sexual medicine*, 2016, 13, pp. 613 ss.
11. S. L. Reisner, *Advancing methods for US transgender health research*, in *Current opinion endocrinology diabetes obesity*, 2016, 23, pp. 198 ss.
12. M. B. Deutsch, *What's in a guideline? Developing collaborative and sound research designs that substantiate best practice recommendations for transgender health care*, in *AMA Journal of Ethics*, 2016, 18, pp. 1098 ss.
13. J. W. Ahs, *Proportion of adults in the general population of Stockholm County who want gender-affirming medical treatment*, in *PLoS One*, 2018, 13.
14. A. Caldarera and F. Pfäfflin, *Transsexualism and sex reassignment surgery in Italy*, in *International journal of transgenderism*, 2011, 13, pp. 26 ss.
15. J. Eyssel, *Needs and concerns of transgender individuals regarding interdisciplinary transgender healthcare: A non-clinical online survey*, in *PLoS One*, 2017, 12.
16. J. W. Wanta and C. A. Unger, *Review of the transgender literature: where do we go from here?*, in *Transgender Health*, 2017, 2, pp. 119 ss.
17. H. Asscheman, *A long-term follow-up study of mortality in transsexuals receiving treatment with cross-sex hormones*, in *European Journal of Endocrinology*, 2011, 164, pp. 635 ss.
18. S. D. Baral, *Worldwide burden of HIV in transgender women: a systematic review and meta-analysis*, in *Lancet infectious diseases*, 2013, 13, pp. 214 ss.
19. C. J. Migeon, *Studies of androgens in transsexual subjects. Effects of estrogen therapy*, in *Johns Hopkins Medical Journal*, 1968, 123, pp. 128 ss.
20. A. Godano, *SIAMS-ONIG Consensus on hormonal treatment in gender identity disorders*, in *Journal of Endocrinological Investigation*, 2009, 32, pp. 857 ss.
21. W. C. Hembree, *Endocrine treatment of gender-dysphoric/gender-incongruent persons: an endocrine society clinical practice guideline*, in *Endocrine Practice*, 2017, 23, p. 1437.
22. S. Maraka, *Sex steroids and cardiovascular outcomes in transgender individuals: a systematic review and meta-analysis*, in *The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 2017, 102, pp. 3914 ss.
23. C. G. Streed, *Cardiovascular disease among transgender adults receiving hormone therapy: a narrative review*, in *Annals of Internal Medicine*, 2017, 167, pp. 256 ss.

24. D. Getahun, *Cross-sex hormones and acute cardiovascular events in transgender persons: a cohort study*, in *Annals of Internal Medicine*, 2018, 169, pp. 205 ss.
25. T. McFarlane, *Gender-affirming hormone therapy and the risk of sex hormone-dependent tumours in transgender individuals-a systematic review*, in *Clinical Endocrinology*, 2018.
26. N. M. Nota, *The occurrence of benign brain tumours in transgender individuals during cross-sex hormone treatment*, in *Brain*, 2018, 141, pp. 2047 ss.
27. H. Braun, *Cancer in transgender people: evidence and methodological considerations*, in *Epidemiologic Reviews*, 2017, 39, pp. 93 ss.
28. K. Wierckx, *Prevalence of cardiovascular disease and cancer during cross-sex hormone therapy in a large cohort of trans persons: a case-control study*, in *European Journal of Endocrinology*, 2013, 169, pp. 471 ss.
29. K. Wierckx, *Long-term evaluation of cross-sex hormone treatment in transsexual persons*, in *The Journal of Sexual Medicine*, 2012, 9, pp. 2641 ss.
30. M. Ceres, *Cancer screening considerations and cancer screening uptake for lesbian, gay, bisexual, and transgender persons*, in *Seminars in Oncology Nursing*, 2018, 34, pp. 37 ss.

Katia Varani¹, Fulvia Signani²

Benefici e Rischi nel Trattamento Farmacologico con Triptorelina nella Disforia di Genere

Sommario

1- Introduzione; 2-Studi clinici a supporto del trattamento farmacologico ormonale; 3-Problemi emersi e obiettivi futuri del trattamento farmacologico ormonale; 4- Conclusioni

Abstract

L'Agencia Italiana del Farmaco (AIFA), a seguito di diverse società scientifiche e l'Osservatorio Nazionale Identità di Genere (ONIG), ha dato parere favorevole all'uso *off label* (cioè utilizzato per fini terapeutici non previsti dal foglietto illustrativo) della triptorelina, per sospendere lo sviluppo puberale del soggetto, così che ora questo rientra nei farmaci prescrittibili e rimborsabili dal SSN nella Disforia di Genere (DG). L'articolo vuole evidenziare lo stato dell'arte della letteratura scientifica confrontando ricerche a supporto dell'utilizzo della triptorelina e studi clinici che hanno messo in luce i problemi, i limiti e gli obiettivi futuri di tale trattamento farmacologico. Questa analisi evidenzia l'importanza di predisporre studi di sicurezza, efficacia a breve e a lungo termine al fine di regolamentare in modo corretto l'uso del trattamento farmacologico con triptorelina non solo nella pubertà precoce o patologica ma anche nella pubertà fisiologica.

The Italian Medicines Agency (AIFA), following several scientific societies and the National Gender Identity Observatory (ONIG), has given a favorable opinion on the off-label use of triptorelin to suspend the subject's pubertal development, so that now this is part of the prescription drugs and reimbursable by the NHS in Gender Dysphoria (DG). The article aims to focus the state of the art of the scientific literature by comparing research on the use of triptorelin and clinical studies that have emphasized the problems, limits and future objectives of this drug treatment. This analysis highlights the importance of preparing safety studies, short and long term efficacy in order to correctly regulate the use of drug treatment with triptorelin not only in precocious or pathological puberty but also in physiological puberty.

-
- 1 Docente di Farmacologia, vrk@unife.it, Dipartimento di Scienze Mediche e Componente del Consiglio Direttivo del Centro Universitario di Studi sulla Medicina di Genere, Università di Ferrara
 - 2 Psicologa, Staff Direzione Sanitaria, Azienda USL di Ferrara, f.signani@ausl.fe.it; Vice Direttrice del Centro Universitario di Studi sulla Medicina di Genere e Docente Incaricata di Sociologia di Genere, sgnflv@unife.it, Università di Ferrara.

1. Introduzione

La Disforia di Genere (DG) riguarda soggetti che non si riconoscono psicologicamente nel sesso alla nascita ovvero vivono una condizione di mancata corrispondenza tra sesso e genere percepito¹. In Italia, la stima del numero di pazienti nel 2017 è pari al massimo di 90 soggetti su una popolazione di 2.8 milioni di ragazzi di età compresa tra 10 e 14 anni². I soggetti affetti da DG vivono ed esprimono un forte desiderio di modificare il corpo che si manifesta in genere nell'adolescenza (10-13 anni) ma può anche essere presente molto precocemente nell'infanzia (3-4 anni)³. La DG è spesso accompagnata da patologie psicologiche e psichiatriche, disturbi dell'emotività, ansia elevata, anoressia, autolesionismo, tendenza al suicidio, autismo, psicosi e dimorfismo corporeo⁴.

La triptorelina è un agonista, un decapeptide sintetico (pGlu-His-Trp-Ser-Tyr-D-Trp-Leu-Arg-Pro-Gly-NH₂) dell'ormone di rilascio delle gonadotropine endogene (GnRH) in grado di stimolare l'ipofisi. Si lega ai recettori del GnRH presenti sulle cellule gonadotrope della ipofisi e accoppiati alle proteine G la cui stimolazione è responsabile della secrezione di FSH (ormone follicolostimolante) e LH (ormone luteinizzante)⁵. Negli uomini, LH si lega ai recettori sulle cellule di Leydig nei testicoli inducendo la produzione e il rilascio di testosterone. Nelle donne FSH regola la crescita e la maturazione dei follicoli ovarici e la produzione di estrogeni da parte delle cellule della teca follicolare⁶. Mentre il rilascio pulsatile e fisiologico del GnRH stimola la sintesi e la secrezione delle gonadotropine endogene, una infusione continua di agonisti del GnRH o della triptorelina, ne sopprime la secrezione a causa di una desensibilizzazione dei recettori ipofisari del GnRH.⁷ Il risultato finale è una significativa riduzione dei livelli di LH e FSH e perciò un blocco della pubertà caratterizzato sul piano clinico dall'arresto o regressione dei caratteri sessuali secondari⁸.

Dal punto di vista farmacologico, la triptorelina nasce come farmaco antitumorale utilizzato nel trattamento del carcinoma prostatico e mammario, nei fibromi uterini e nell'endometriosi^{9,10}. Inoltre, come trattamento dell'infertilità nella donna in associazione alle gonadotropine, nei protocolli di induzione dell'ovulazione, nell'ambito della fecondazione in vitro dove la triptorelina viene utilizzata per ridurre al minimo i picchi prematuri di LH che determinano la rottura dei follicoli e il rilascio dell'ovocita¹¹. Altro uso autorizzato della triptorelina è per la pubertà precoce ovvero per interrompere una pubertà patologica nei bambini di 7-9 anni, ma non per una pubertà fisiologica ovvero negli adolescenti intorno ai 12 anni¹². Infatti, l'uso di agonisti del GnRH riduce i livelli di secrezione degli ormoni sessuali che tornano a livelli pre-puberale con una regressione dei caratteri sessuali secondari. Tali effetti sono reversibili e regrediscono se il trattamento viene interrotto in modo che la secrezione degli steroidi sessuali riprende e il bambino torna alla pubertà. Di conseguenza è fondamentale monitorare la densità minerale ossea in quanto la riduzione dei livelli di estrogeni rallenta l'accumulo di massa ossea con riduzione dell'osso trabecolare sebbene in maniera reversibile¹². Diversi sono gli effetti collaterali riportati in letteratura dall'uso degli agonisti del GnRH. In entrambi i sessi gli effetti molto comuni sono l'astenia, il mal di schiena, la parestesia agli arti inferiori, le vampate di calore e le alterazioni endocrine¹³. I sintomi comuni sono nausea, vertigini, mal di testa, dolore e infiammazione al sito di iniezione, disfunzione erettile negli uomini mentre dolore al seno, artralgia e spasmi muscolari nelle donne.¹⁴ Molto comuni nelle donne sono sintomi come il mal di testa, la riduzione della libido, i disturbi del sonno, la dismenorrea, le emorragie a livello genitale e la sindrome da iperstimolazione ovarica¹⁵.

Dal punto di vista farmacoeconomico la stima di spesa per anno di terapia con triptorelina è pari a 2395 euro per il primo anno e 2224 euro per gli anni successivi (*Decapeptyl* nel trattamento

della pubertà precoce, classe A, rimborsabile dal SSN)².

2. Studi clinici a supporto del trattamento farmacologico ormonale

A tutt'oggi l'importanza dell'intervento medico come approccio combinato precoce gestito da un gruppo multidisciplinare specializzato nella DG ha reso necessario avere a disposizione Linee Guida Internazionali aggiornate dalle principali Società Scientifiche dedicate. Tali documenti raccomandano la sospensione della pubertà con l'ausilio degli analoghi del GnRH quando l'adolescente mostra i primi cambiamenti fisici puberali. A supporto delle raccomandazioni internazionali esistono diversi studi clinici che mostrano l'efficacia di questa modalità di intervento basato su uno specifico approccio terapeutico di tipo farmacologico. A livello europeo esistono gruppi olandesi, spagnoli, inglesi nonché americani che riportano studi clinici sull'uso degli analoghi del GnRH in adolescenti con DG ed evidenziano la necessità di aderire alle Linee Guida Internazionali relativamente alla sospensione della pubertà (Tabella 1).

Uno dei gruppi olandesi maggiormente impegnato in tale tematica ha riportato uno studio prospettico su 70 adolescenti (33 *male to female* e 27 *female to male*, età media 13.6 anni) valutati prima dell'inizio del trattamento e al termine anche se prima di iniziare gli ormoni *cross-sex* ovvero l'assunzione di ormoni per compiere la transizione che vivono dal punto di vista psichico. Tra gli effetti terapeutici viene sottolineato un miglioramento del funzionamento psicologico generale e dei sintomi depressivi a tal punto che nessuno ha abbandonato il trattamento e tutti hanno intrapreso la terapia ormonale *cross-sex*¹⁶. Un ulteriore studio è stato condotto su 293 adulti con DG e 83 adolescenti con DG tutti richiedenti una assegnazione di genere. Viene sottolineato che gli adolescenti mostrano un quadro psicologico meno compromesso rispetto agli adulti con DG¹⁷. Uno studio longitudinale condotto su 55 soggetti valutati prima dell'inizio del trattamento (età media 13.6 anni), prima dell'inizio degli ormoni *cross-sex*, (età media 16.7 anni) e dopo la riassegnazione chirurgica di genere (età media 20.7 anni) ha evidenziato che i parametri di valutazione psicologica, la qualità della vita, la soddisfazione generale e la felicità soggettiva sono del tutto simili a quelli dei coetanei¹⁸.

Alcuni studi sono stati condotti per valutare l'esistenza di possibili variazioni a livello della struttura ossea dopo trattamento con triptorelina che può causare riduzione della densità minerale ossea e osteoporosi nonché un rallentamento della maturazione scheletrica¹⁵. Uno studio prospettico su 54 pazienti trattati con triptorelina ha mostrato che in 21 pazienti è presente una buona soppressione dell'asse ipotalamo-ipofisi-gonadi con riduzione della crescita e maturità ossea. Dopo la terapia ormonale *cross-sex* per indurre la pubertà si nota una normalizzazione dello Z score ovvero dell'indice relativo alla densità ossea calcolato in riferimento alla popolazione statistica analoga per sesso, età ed etnia. Non è mostrato danno nella maturazione ossea anche se sono presenti un aumento della massa grassa e riduzione della massa magra solo nel primo anno di trattamento¹⁹. Uno studio longitudinale condotto su un paziente di 22 anni (*female to male*) seguito per circa dieci anni è stato trattato farmacologicamente con GnRH dall'età di 13 anni, con un trattamento androgenizzante a 17 anni e una riassegnazione chirurgica a 20-22 anni. Il paziente era in buona salute sia dal punto di vista fisico che psicologico ma con altezza inferiore, misurata al termine dello studio, rispetto ai pari di sesso maschile²⁰. Diversi sono i lavori che riportano l'utilità dell'uso degli agonisti del GnRH per concedere tempo agli adolescenti con DG di esplorare la propria identità e ruolo di genere prima di prendere una decisione per un cambiamento

personale²¹. Tale trattamento farmacologico aumenta la finestra diagnostica supportando l'adolescente e la sua famiglia nella scelta di sviluppare caratteristiche sessuali secondarie più congruenti e intraprendere una decisione più consona verso il sesso a cui si sente di appartenere²².

Molti autori che operano nel settore sostengono l'importanza di seguire le Linee Guida della Società di Endocrinologia e riportano le loro esperienze nel trattamento di adolescenti con GD evidenziando come l'adesione alle raccomandazioni sia parte integrante della pratica clinica^{23,24}. In particolare, uno studio prospettico svolto tra il 1998 e 2011 su 84 adolescenti con DG trattati farmacologicamente con analoghi del GnRH seguito da terapia ormonale *cross-sex* e terapia psicologica. Tale trattamento è riportato essere sicuro nel 32% degli adolescenti dove si evidenziano limitati effetti collaterali come un ascesso nella sede di iniezione, un aumento di peso e un caso di cefalea²⁵. Uno studio su 201 adolescenti con DG mostra un significativo miglioramento nell'assetto psicologico generale dopo il trattamento farmacologico con analoghi del GnRH in concomitanza con il supporto psicologico²⁶.

Recentemente, diversi studi sono stati condotti valutando il metabolismo osseo e la crescita staturale. Una ricerca condotta su 70 adolescenti con DG di cui 42 *female to male* e 28 *male to female* ha valutato gli effetti a livello osseo della soppressione della pubertà. In questo stadio si nota una riduzione dei biomarcatori del rimodellamento osseo in misura specifica quelli coinvolti nel riassorbimento mentre quelli della formazione come l'osteocalcina non si riducono. Durante la terapia ormonale *cross-sex* i marcatori del metabolismo osseo si riducono anche se lo *Z score* migliora a livello lombare. Inoltre, anche dopo 2 anni di trattamento farmacologico permane la riduzione significativa dei valori di *Z score*²⁷. Una analisi condotta su 34 adolescenti con DG di cui 18 *female to male* e 14 *male to female* ha dimostrato che la riduzione temporanea del *Z score* torna in condizioni normali dopo l'induzione della pubertà con gli ormoni *cross-sex*²⁸. E' riportato che la triptorelina mostra un buon profilo di sicurezza ed efficacia e presenta come unici effetti avversi maggiormente riportati quelli legati alla somministrazione sottocutanea mensile con reazioni locali e/o formazione di ascessi²⁹. Di conseguenza pare che l'antitumorale si possa utilizzare senza problemi, considerata l'efficacia di triptorelina nel sospendere la pubertà e il profilo di sicurezza del trattamento nonché il beneficio evidenziato in relazione alla condizione clinica, e l'assenza di alternative terapeutiche più efficaci e sicure.

3. Problemi emersi e obiettivi futuri del trattamento farmacologico ormonale

Nel corso degli anni diversi studi clinici presenti in letteratura mostrano perplessità e incertezze riguardo l'utilizzo degli agonisti del GnRH negli adolescenti con GD. In particolare, il trattamento con analoghi del GnRH viene considerato sicuro nel breve termine ma non sono noti gli effetti a lungo termine riguardanti potenziali effetti avversi a carico dell'organismo. Gli effetti a lungo termine necessitano perciò approfondimenti in particolare sul sistema cerebrale, cardiovascolare ed osseo (Tabella 2). L'impatto a lungo termine degli analoghi del GnRH deve essere approfondito sia sulla qualità della vita che sull'aspetto psicologico e sociale³⁰. Inoltre, pazienti affetti da GD necessitano della collaborazione di esperti professionisti che lavorino in misura specifica sull'appropriatezza e sui numerosi controlli clinici da effettuare durante la terapia. I controlli che devono essere condotti durante il trattamento farmacologico e riguardano la funzionalità renale ed epatica, la densità ossea, l'assetto lipidico e glucidico³¹. L'utilizzo di analoghi del GnRH e/o degli ormoni *cross-sex*, supportato da trattamenti professionali psicologici, è un intervento che

sembra essere appropriato per i giovani affetti da GD. Nonostante ciò è necessario sottolineare che studi clinici di coorte a lungo termine sono necessari per determinare la sicurezza di questi trattamenti anche valutando gli effetti in funzione di intervalli di tempo predefiniti fondamentali in tale percorso critico di cambiamento²⁵.

Diversi temi sono dibattuti quali ad esempio l'assenza di modelli che spiegano GD, la programmazione genetica, il ruolo della pubertà fisiologica nello sviluppo dell'identità di genere, la comorbidità, gli effetti fisici e psicologici dell'intervento, le competenze e il potere decisionale del bambino, il ruolo nel contesto sociale. Sono disponibili dati ma non sul lungo termine perciò sarebbe opportuno avere la possibilità di sviluppare studi longitudinali interdisciplinari e multicentrici internazionali³². In particolare, è noto l'importanza degli ormoni sessuali sulla massa ossea e che gli adolescenti con DG trattati con analoghi di GnRH sono temporaneamente privati degli ormoni sessuali. L'effetto di questo trattamento a lungo termine sulla densità ossea non è ben noto e sarebbe fondamentale cercare di comprendere quali siano i limiti riguardo la principale struttura di sostegno dell'organismo²⁷.

Il blocco della pubertà usando gli agonisti del GnRH viene considerato come trattamento di scelta negli adolescenti affetti da DG. Sebbene gli analoghi del GnRH sono stati usati per molto tempo nella pubertà precoce pochi sono i dati sull'efficacia e sulla sicurezza in DG. Infatti, la Società di Endocrinologia raccomanda frequenti monitoraggi dei livelli di gonadotropine, di ormoni sessuali e della funzionalità renale ed epatica³³. I dati disponibili sugli effetti del trattamento con analoghi del GnRH sono limitati e indicano che non è possibile formulare una raccomandazione conclusiva sul trattamento in quanto sarebbe necessario identificare e applicare alcuni criteri di sicurezza per la soppressione della pubertà³⁴.

E' noto che lo stato ormonale gioca un ruolo rilevante nello sviluppo cerebrale durante la pubertà ma non è chiaro se il blocco della pubertà e quindi degli ormoni sessuali potrebbe compromettere la definizione morfologica e funzionale delle specifiche aree del cervello che contribuiscono alla formazione dell'individuo insieme ai fattori ambientali ed educativi. Di conseguenza, ulteriori studi longitudinali sull'aspetto cognitivo in adolescenti in trattamento con analoghi del GnRH sono necessari per meglio comprendere l'impatto degli ormoni sessuali nell'ambito cognitivo e nella maturità cerebrale³⁵. Una raccolta di studi osservazionali condotti dal 1946 al 2017 riguardo gli effetti del trattamento ormonale in adolescenti *transgender* hanno valutato gli effetti psicologici, cognitivi e fisici. Alcune evidenze riportano che i trattamenti ormonali possono aumentare gli effetti fisici ma non esiste un supporto sugli effetti cognitivi e psicosociali sottolineando l'importanza di aumentare le conoscenze sugli effetti a lungo termine di questi trattamenti³⁶. La pubertà e le variazioni ormonali hanno una elevata influenza nella plasticità ippocampale, nella memoria e nell'apprendimento influenzando in misura specifica l'attività a lungo termine di diverse aree cerebrali³⁷.

Il trattamento ormonale è raccomandato per gli adolescenti di età superiore a 16 anni mentre nella prepubertà sarebbe necessario approfondire gli studi in quanto lo sviluppo psicologico/cognitivo continua in un corpo che è bloccato in uno stadio precoce inducendo un disallineamento fra lo sviluppo fisico e cognitivo²⁹. La mancanza di studi longitudinali rende difficile stabilire se il trattamento farmacologico è innocuo poiché molti problemi restano ancora aperti come ad esempio l'influenza dell'evoluzione fisiologica ormonale in tale pubertà manipolata. Oltre alle problematiche legate alla capacità decisionale degli individui coinvolti e alla loro giovane età ci sono perplessità riguardo la certezza della diagnosi nelle fasi precoci tali da giustificare se il trattamento può essere prematuro ed inappropriato. Da sottolineare l'importanza di valutare gli effetti sulla crescita staturale e sulla massa ossea nonché sullo sviluppo cerebrale, sulla variazione delle frequenze della voce, sull'aspetto sociale, emotivo, cognitivo, e a livello dell'orientamento

sessuale³⁸.

Una rassegna sulla soppressione della pubertà come trattamento per i giovani di età inferiore ai 18 anni riporta informazioni sugli effetti collaterali del trattamento quali ad esempio mal di testa, astenia, ipertensione, aumento del diametro delle arterie e della pressione endocerebrale. Numerosi sono gli interrogativi su tale tematica legati all'aspetto etico, psicologico e clinico³⁹.

Recentemente, un articolo ha riportato i risultati ottenuti prima e dopo il trattamento con agonisti del GnRH su due soggetti uno di 14 e uno di 16 anni con GD di cui uno ritenuto maschio alla nascita e l'altro femmina con problemi patologici legati alla alimentazione come il rifiuto del cibo e la perdita di peso. I sintomi dell'anoressia nervosa in adolescenti con GD potrebbero rappresentare una strategia adottata per controllare le misure della fisicità del corpo e sopprimere il sesso biologico. In entrambi i casi dopo il trattamento farmacologico si notava un miglioramento delle funzioni psicologiche e la risoluzione del comportamento alimentare. Risultano evidenti i limiti dell'articolo legati al piccolo campione in esame che non permette di generalizzare i risultati ottenuti. Di conseguenza, si sottolinea l'importanza di effettuare studi longitudinali su un elevato numero di soggetti prima e dopo il trattamento farmacologico per aumentare la valenza statistica dei risultati⁴⁰.

4. Conclusioni

L'analisi del documento pubblicato da CNB evidenzia articoli a supporto dell'uso *off label* della triptorelina in DG sottolineando la pratica di seguire scrupolosamente le Linee Guida Internazionali. Tali raccomandazioni prevedono che gli adolescenti con DG possono disporre dell'assistenza psicologica e di un trattamento con analoghi del GnRH sotto controllo medico che permetta il prolungamento di una fase diagnostica necessaria ad accertare la stabilità della DG e moderi la sofferenza psicologica causata dai cambiamenti corporei durante la pubertà. Non vengono riportati effetti collaterali gravi a carico dell'organismo a seguito dell'utilizzo del farmaco se non un coinvolgimento locale legato al sito di somministrazione.

Una ulteriore ricerca sugli articoli presenti in letteratura evidenzia la mancanza di studi sperimentali multicentrici che valutano gli effetti del nuovo trattamento farmacologico su di una comunità ma che siano anche randomizzati ovvero dove ogni soggetto è assegnato in modo del tutto casuale a ricevere uno fra i trattamenti in studio oppure il placebo.

Allo scopo di valutare l'efficacia e la sicurezza del trattamento farmacologico con triptorelina dovrebbero essere condotti studi clinici in doppio cieco dove nemmeno i ricercatori sanno quale trattamento è somministrato a ciascun soggetto. Di conseguenza esiste la necessità di sviluppare studi interdisciplinari e multicentrici internazionali per identificare gli effetti collaterali a lungo termine e i diversi controlli di parametri clinici da effettuare nel corso del trattamento farmacologico.

Inoltre, deve essere considerato che esistono problemi aggiuntivi quali la difficoltà di diagnosi della DG e l'informazione accurata che deve essere condotta dal medico al paziente e alla famiglia allo scopo di renderli edotti delle future conseguenze, rischi e sviluppi conseguenti all'utilizzo del farmaco.

Infine, la carenza della letteratura scientifica sottolinea l'incertezza che il blocco dello sviluppo puberale in soggetti affetti da DG possa effettivamente costituire una condizione favorevole alla risoluzione della difficoltà legata alla identità di genere. La prolungata durata della terapia in un periodo molto critico di formazione dell'individuo in condizioni psicologiche spesso

difficili e alterate non deve essere banalizzata alla somministrazione di una molecola ma deve sostenere un utilizzo attento e scrupoloso del farmaco per poter determinare una migliore tutela della salute psico-fisica dei minori e/o degli adolescenti coinvolti in tale percorso di crescita personale.

Tabella 1. Principali risultati a supporto del trattamento farmacologico di soggetti affetti da disforia di genere (DG).

Studio prospettico che riporta un aumento della massa grassa e riduzione della massa magra solo nel primo anno di trattamento.¹⁹

Studio prospettico di follow up con miglioramento del funzionamento psicologico generale e dei sintomi depressivi.¹⁶

Studio clinico dove gli adolescenti mostrano un quadro psicologico meno compromesso rispetto agli adulti.¹⁷

Studio clinico dove il 70% dei pazienti ha iniziato la terapia ormonale *cross-sex*.²³

Studio clinico in cui i pazienti sono stati trattati con ormoni *cross-sex* per l'induzione della pubertà.²⁴

Studio longitudinale che valuta parametri di assetto psicologico, qualità della vita, soddisfazione generale e felicità soggettiva simili ai coetanei.¹⁸

Studio retrospettivo che evidenzia la sicurezza del trattamento in casi selezionati e gli effetti collaterali sono: 1 ascesso nella sede di iniezione, 1 aumento di peso e 1 cefalea.²⁵

Studio longitudinale che mostra un significativo miglioramento psicologico generale sia dopo il supporto psicologico che in co-presenza del trattamento farmacologico.²⁶

Studio clinico dove durante la terapia ormonale *cross-sex* i valori del metabolismo osseo si riducono.²⁸

Studio clinico dove la triptorelina ha una buona efficacia e gli effetti avversi riportati sono limitati alla sede di somministrazione.²⁹

Soggetti analizzati e trattamento

54 Pazienti trattati con triptorelina

70 Adolescenti (età media 13.6 anni)

293 Adulti e 83 Adolescenti

97 Adolescenti trattati con analoghi GnRH

39 Adolescenti di cui 7 trattati con analoghi GnRH

55 Giovani Adulti (età 13.6-20.7 anni)

84 Adolescenti trattati con analoghi GnRH (età media 17 anni)

201 Adolescenti trattati con analoghi GnRH

70 Adolescenti trattati con triptorelina

Adolescenti trattati con triptorelina

Tabella 2. Obiettivi futuri suggeriti da problematiche emerse negli studi condotti in soggetti affetti da disforia di genere (DG).

Valutare gli effetti a lungo termine in particolare sul sistema cerebrale, cardiovascolare ed osseo.³⁰

Effettuare controlli ripetuti sulla funzionalità renale ed epatica, la densità ossea, lipidi e glucidi.³¹

Valutare studi follow up a lungo termine per determinare la sicurezza dei farmaci.²⁵

Sviluppare studi interdisciplinari e multicentrici internazionali per investigare la necessità di trattamenti precoci.³²

Valutare l'effetto del trattamento sulla densità ossea.²⁶

Monitorare i livelli di gonadotropine, di ormoni sessuali e della funzionalità renale ed epatica.³³

Formulare una raccomandazione conclusiva sul trattamento a causa dei limiti presenti.³⁴

Condurre studi longitudinali sull'aspetto cognitivo per comprendere l'impatto degli ormoni sessuali nella maturità cerebrale.³⁵

Approfondire studi individuali per il trattamento ormonale nella prepubertà poiché è raccomandato solo per gli adolescenti di età superiore a 16 anni.²⁹

Aumentare le conoscenze sugli effetti a lungo termine che valutano gli effetti psicologici, cognitivi e fisici legati al trattamento ormonale.³⁶

Soggetti analizzati e trattamento

Adolescenti (età sup a 15 anni)

Bambini e Adolescenti

84 Adolescenti trattati con analoghi GnRH

(età media 17 anni)

Bambini e Adolescenti

Adolescenti trattati con analoghi GnRH

Adolescenti

Adolescenti trattati con analoghi GnRH

Adolescenti trattati con analoghi GnRH

Adolescenti in prepubertà e in pubertà

Adolescenti *transgender* in trattamento farmacologico

Bibliografia

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2013.
2. Comitato Nazionale per la Bioetica (2018) "In merito alla richiesta di AIFA sulla eticità dell'uso

- del farmaco triptorelina per il trattamento di adolescenti con disforia di genere". <http://bioetica.governo.it/it/documenti/pareri-e-risposte/in-merito-alla-richiesta-di-aifa-sulla-etica-dell-uso-del-farmaco-triptorelina-per-il-trattamento-di-adolescenti-con-disforia-di-genere-dg/>
3. D. Di Ceglie, *Gender dysphoria in young people*. In *Clinical tips in child and adolescent psychiatry*. London, Huline-Dickens editor. The Royal College of Psychiatrists Publications, 2014, pp. 349-364.
 4. PT. Cohen-Kettenis, D. Klink, *Adolescent with gender dysphoria*. In *Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism*, 2015, 29, pp. 485-495.
 5. AS. Merseburger, MC. Hupe, *An update on triptorelin: current thinking on androgen deprivation therapy for prostate cancer*. In *Advances Therapy*, 2016, 33, pp. 1072-1093.
 6. CC. Tay, *Use of gonadotropin-releasing hormone agonists to trigger ovulation*. In *Human Fertility*, 2002, 5, pp. 35-37.
 7. BC. Tarlatzis, EM. Kolibianakis, *GnRH agonists and antagonists*. In *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 2007, 21, pp. 57-65.
 8. N. Lahlou, JC. Carel, JL. Chaussain, M. Roger, *Pharmacokinetics and pharmacodynamics of GnRH agonists: clinical implications in pediatrics*. In *Journal of Pediatric Endocrinology and Metabolism*, 2000, 13, pp. 723-737.
 - A. Aliberti, M. Bada, S. Rapisarda, C. Natoli, L. Schips, L. Cindolo. *Adherence to hormonal deprivation therapy in prostate cancer in clinical practice: a retrospective, single-centre study*. In *Minerva Urologica e Nefrologica*, 2018, doi: 10.23736/S0393-2249.18.03109-0.
 9. H. Kong, L. Hu, L. Nie, X. Yu, W. Dai, J. Li, C. Chen, Z. Bu, H. Shi, Q. Wu, Y. Guan, Y. Sun. *A multi-center, randomized controlled clinical trial of the application of a shortened protocol of long-acting Triptorelin down-regulated prior to IVE/ICSI among patients with endometriosis: a protocol*. In *Reproductive Health*, 2018, 15, pp. 213-218.
 10. B. Sonntag, L. Kiesel, E. Nieschlag, HM. Behre, PT. Cohen-Kettenis, *Differences in serum LH and FSH using depot or daily GnRH agonists in controlled ovarian stimulation: influence of ovarian response and outcome of ART*. In *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, 2005, 22, pp. 277-283.
 11. D. Mul, IA. Hughes, *The use of GnRH agonists in precocious puberty*. In *European Journal of Endocrinology*, 2008, 159, pp. S3-S8.
 12. M. Krstevska-Konstantinova, A. Jancevska, Z. Gucev, *Autoimmune thyroiditis and diabetes mellitus type 1 after long-term gonadotropin-releasing hormone agonist treatment for central precocious puberty: evolution or coincidence?* In *Journal of Pediatric Endocrinology and Metabolism*, 2010, 23, pp. 403-406.
 13. F. Guaraldi, G. Beccuti, D. Gori, L. Ghizzoni, *Management of endocrine disease: long term outcomes of the treatment of central precocious puberty*. In *European Journal of Endocrinology*, 2016, 174, pp. 79-87.
 14. E. Moore, A. Wisniewski, A. Dobs, *Endocrine treatment of transsexual people: a review of treatment regimens, outcomes and adverse effects*. In *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 2003, 88, pp. 3467-3473.
 15. A.L. De Vries, T.D. Steensma, T.A. Doreleijers, P.T. Cohen-Kettenis, *Puberty suppression in adolescents with gender identity disorder: a prospective follow-up study*. In *The Journal of Sexual Medicine*, 2011a, 8, pp. 2276-2283.
 16. AL. De Vries, BP. Kreukels, TD. Steensma, TA. Doreleijers, PT. Cohen-Kettenis, *Comparing adult and adolescent transsexuals: an MMPI-2 and MMP-A study*. In *Psychiatry Research*, 2011b, 186, pp. 414-418.
 17. AL. De Vries, JK. McGuire, TD. Steensma, EC. Wagenaar, TA. Doreleijers, PT. Cohen-Kettenis,

- Young adult psychological outcome after puberty suppression and gender reassignment. In *Pediatrics*, 2014, 134, pp. 696-704.
18. HA. Delemarre-van de Waal, PT. Cohen-Kettenis, *Clinical management of gender identity disorder in adolescents: a protocol on psychological and paediatric endocrinology aspects*. In *European Journal of Endocrinology*, 2006, 155, pp. 131-137.
19. PT. Cohen-Kettenis, SE. Schagen, TD. Steensma, AL. de Vries, HA. Delemarre-van de Waal, *Puberty suppression in a gender-dysphoric adolescent: a 22-year follow-up*. In *Archives of Sexual Behavior*, 2011, 40, pp. 843-847.
20. WJ. Meyer, *Gender identity disorder: an emerging problem for pediatricians*. In *Pediatrics*, 2012, 129, pp. 571-573.
21. M. Forcier, M. Johnson, *Screening, identification and support of gender non-conforming children and families*. In *Journal of pediatric nursing*, 2013, 28, pp. 100-102.
22. NP. Spack, L. Edwards-Leeper, HA. Feldman, S. Leibowitz, F. Mandel, DA. Diamond, SR. Vance, *Children and adolescents with gender identity disorder referred to a pediatric medical center*. In *Pediatrics*, 2012, 129, pp. 418-425.
23. JK. Hewitt, C. Paul, P. Kasiannan, SR. Grover, LK. Newman, GL. Warne, *Hormone treatment of gender identity disorder in a cohort of children and adolescents*. In *The Medical Journal of Australia*, 2012, 196, pp. 578-581.
24. K. Khatchadourian, S. Amed, DL. Metzger, *Clinical management of youth with gender dysphoria in Vancouver*. In *The Journal of Pediatrics*, 2014, 164, pp. 906-911.
25. R. Costa, M. Dunsford, E. Skagerberg, V. Holt, P. Carmichael, M. Colizzi, *Psychological support, puberty, suppression and psychosocial functioning in adolescents with gender dysphoria*. In *The Journal of Sexual Medicine*, 2015, 12, pp. 2206-2214.
26. D. Klink, M. Caris, A. Heijboer, M. van Trotsenburg, J. Rotteveel, *Bone mass in young adulthood following gonadotropin-releasing hormone treatment and cross-sex hormone treatment in adolescent with gender dysphoria*. In *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 2015, 100, pp. E270-E275.
27. MC. Vlot, DT. Klink, M. den Heijer, M. Blankenstein, MA. Rotteveel, AC. Heijboer, *Effect of pubertal suppression and cross-sex hormone therapy on bone turnover markers and bone mineral apparent density in transgender adolescents*. In *Bone*, 2017, 95, pp. 11-19.
28. WC. Hembree, PT. Cohen-Kettenis, L. Gooren, SE. Hannema, WJ. Meyer, H. Murad, SM. Rosenthal, JD. Safer, V. Tangpricha, GG. T'Sjoen, *Endocrine treatment of gender/dysphoric/gender-incongruent persons: an endocrine society clinical practice guideline*. In *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 2017, 102, pp. 1-35.
29. PT. Cohen-Kettenis, D. Klink, *Adolescent with gender dysphoria*. In *Best Practice & Research: Clinical Endocrinology & Metabolism*, 2011, 29, pp. 485-495.
30. E. Menvielle, V. Gomez-Lobo, *Management of children and adolescents with gender dysphoria*. In *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 2011, 24, pp. 183-188.
31. LJ. Vrouenraets, AM. Fredriks, SE. Hannema, PT. Cohen-Kettenis, MC. De Vries. *Early medical treatment of children and adolescents with gender dysphoria: an empirical ethical study*. In *Journal of Adolescent Health*, 2015, 57, pp. 367-373.
32. SE. Schagen, PT. Cohen-Kettenis, HA. Delemarre-van de Waal, SE. Hannema, *Efficacy and safety of gonadotropin-releasing hormone agonist treatment to suppress puberty in gender dysphoric adolescents*. In *The Journal of Sexual Medicine*, 2016, 13, pp. 1125-1132.
33. R. Costa, P. Carmichael, M. Colizzi, *To treat or not to treat: puberty suppression in childhood-onset gender dysphoria*. In *Nature Reviews Urology*, 2016, 13, pp. 456-462.
34. MA. Schneider, PM. Spritzer, BMB. Soll, AMV. Fontanari, M. Carneiro, F. Tovar-Moll, AB.

- Costa, DC. da Silva, K. Schwarz, M. Anes, S. Tramontina, MIR. Lobato, *Brain maturation, cognition and voice pattern in a gender dysphoria case under pubertal suppression*. In *Frontiers in Human Neurosciences*, 2017, 11, pp. 1-9.
35. D. Chew, J. Anderson, K. Williams, T. May, K. Pang, *Hormonal Treatment in Young People With Gender Dysphoria: A Systematic Review*. In *Pediatrics*, 2018, 141, pii: e20173742.
36. D. Hough, M. Bellingham, IR. Haraldsen, M. McLaughlin, JE. Robinson, AK. Solbakk, NP. Evans, *A reduction in long term spatial memory persists after discontinuation for peripubertal GnRH agonist treatment in sheep*. In *Psychoneuro-endocrinology*, 2017, 77, pp. 1-8.
37. G. Giovanardi, *Buying time or arresting development? The dilemma of administering hormone blockers in trans children and adolescents*. In *Porto Biomedical Journal*, 2017, 2, pp. 153-156.
38. S. Mahfouda, JK. Moore, A. Siafarikas, FD. Zepf, A. Lin, *Puberty suppression in transgender children and adolescents*. In *The Lancet Diabetes & Endocrinology*, 2017, 5, pp. 816-826.
39. J. Ristori, AD. Fisher, G. Castellini, C. Sensi, A. Cipriani, V. Ricca, M. Maggi, *Gender Dysphoria and anorexia nervosa symptoms in two adolescents*. In *Archives of Sexual Behavior*, 2019, doi.org 10.1007/s10508-019-1396-7.