Dal coming-out all'acting-out

Per un approccio esplorativo delle incongruenze di genere nei minori

A cura di
Maria Elisabetta Ricci
Viviana Langher
Manuela Tomai

ALLEANZA
PER LA PSICOLOGIA

Dal coming-out all'acting-out.

Per un approccio esplorativo delle incongruenze di genere nei minori.

A cura di Maria Elisabetta Ricci[1], Viviana Langher[2], Manuela Tomai[3]

[1] Psicologa, psicoanalista, dottore di ricerca in scienze cognitive
[2] Professore Ordinario di Psicologia Clinica, Sapienza, Roma
[3] Professore Associato di Psicologia Clinica, Sapienza, Roma

ALLEANZA PER LA PSICOLOGIA

Sommario

Premessa: presupposti teorici **4**
Il concetto di genere 5
La costruzione sociale del transgender 8
La reificazione dell'identità di genere 13
Implicare i minori: gli assunti del modello affermativo di genere 16
Il caso del Gender Identity Development Service del Tavistock 23
Le linee guida della WPATH 30
Evidenze empiriche sulla transizione precoce **31**
Il linguaggio della terminologia medica pediatrica di genere 32
Efficacia ed effetti dei bloccanti puberali 35
Sviluppo, desistenza e cambiamento dell'identità di genere in assenza di transizione precoce 37
Effetti della transizione medica precoce sulle traiettorie di sviluppo 38
Effetti della transizione sociale 38
Disforia di genere e salute mentale 40
Suicidio e autolesionismo 41
Transizione come problema di genere femminile 42
La morbilità psichiatrica nello studio finlandese del 2026 44
Approcci istituzionali europei al problema della disforia di genere **48**
Detransizione **56**
Conclusioni: la funzione simbolica e la psicoterapia esplorativa **60**
Riferimenti **64**

«E come accettare quella mostruosità costituita dalla differenza dei sessi che colpisce lo sguardo?
Il sesso lo si subisce - come la morte.»
Joyce McDougall, *Teatri dell'Io*

Premessa: presupposti teorici

Negli ultimi anni il trattamento dei minori e dei giovani con incongruenza/disforia di genere è diventato un ambito sempre più controverso della clinica contemporanea. Per un certo periodo, il cosiddetto "modello affermativo di genere" si è imposto in molti contesti come approccio preferibile, o comunque come orientamento dotato di particolare legittimazione etica e clinica: un modello fondato sull'assunto che la dichiarazione identitaria del minore debba essere accolta e sostenuta, e che il compito dei professionisti sia principalmente quello di accompagnarne l'affermazione sociale e, nei casi previsti, il percorso medicalizzato. Oggi, tuttavia, questo paradigma non può più essere considerato un'acquisizione pacifica. Le revisioni delle evidenze, l'emergere di interrogativi clinici e diagnostici, la discussione sul consenso informato nei minori, il problema degli esiti a lungo termine e il mutamento degli orientamenti adottati in vari paesi europei ci hanno persuase della necessità di presentare un riesame critico dei presupposti e delle pratiche del modello affermativo di genere.

Come esempio di posizione "affermativa" prendiamo il progetto dell'Ordine degli psicologi del Lazio *Identità e varianze di genere* (OPL, 2025); nella pagina web del progetto è possibile osservare in forma sintetica alcuni assunti centrali del modello:

> "Bambini, bambine e adolescenti diventano spesso vittime di condotte persecutorie e stigmatizzanti e non sempre possono contare sugli strumenti e le risorse protettive anche familiari e sociali necessarie. Sono gli e le adolescenti stesse a sollevare in maniera sempre più sentita la problematica, in particolare con l'inizio della pubertà che determina tutti i cambiamenti corporei e fisiologici legati al sesso cromosomico e che spesso amplificano il disagio profondo. L'impossibilità o la difficoltà di esprimere liberamente la propria identità sessuale in un contesto sociale fortemente stigmatizzante, porta gli e le adolescenti a condotte a rischio e devianti e problematiche psicologiche significative."

In questo passaggio la pubertà, con la comparsa dei caratteri sessuali secondari, viene presentata come un momento critico per il minore con "identità sessuale" disallineata rispetto al proprio sesso, poiché renderebbe più dolorosa la discrepanza vissuta tra il sesso del corpo e l'identità di genere percepita/dichiarata. Il disagio viene inoltre ricondotto in modo pressoché esclusivo a due fattori: da un lato l'opposizione familiare e lo stigma sociale, dall'altro le trasformazioni corporee puberali. Ne deriva implicitamente l'idea che la riduzione della sofferenza dipenda anzitutto dalla possibilità di esprimere e far riconoscere socialmente l'identità dichiarata, e, nei casi in cui ciò venga ritenuto

indicato, dal contenimento o dalla modificazione degli sviluppi corporei non desiderati. In forma molto concentrata, il testo contiene dunque alcuni capisaldi del modello affermativo: l'identità di genere autodichiarata viene assunta come dato reale e primario; il disagio tende ad essere interpretato soprattutto come effetto di ostacoli esterni, il corpo alieno e l'ambiente ostile; il compito clinico e sociale viene orientato non alla comprensione del significato simbolico del conflitto, quanto al riconoscimento e alla conferma dell'identità espressa.

Per valutare la tenuta del modello affermativo di genere, occorre comprendere quale concetto di "genere" il modello affermativo sostiene, e quale logica clinica da esso deriva. Per fare ciò bisogna compiere alcuni passi indietro.

Il concetto di genere

Il concetto di "gender" (genere), in senso non meramente grammaticale, è piuttosto recente e risale a John Money, psicologo e sessuologo neozelandese, professore alla John Hopkins University negli USA, figura molto controversa, che tra gli anni '50 e '60 promuoveva la chirurgia per i bambini nati con genitali e caratteri sessuali ambigui (definiti al tempo "ermafroditi", oggi "intersessuali"), di modo che potessero appartenere a uno dei due sessi, nell'ipotesi che restare in una condizione vaga fosse dannoso per i bambini. L'assegnazione del sesso veniva realizzata anche in base alle aspettative dei genitori e ai ruoli sociali considerati usuali per maschi e femmine (definiti per la prima volta "ruoli di genere"). In seguito lo psichiatra statunitense Robert Stoller conia negli anni '60 il termine "identità di genere" per indicare la consapevolezza di appartenere a un determinato sesso. In quel contesto il genere rimandava soprattutto a un ruolo, cioè a caratteristiche comportamentali ritenute tipiche di un sesso, ad esso appropriate, ed era, di fatto, una visione piuttosto tradizionalista del genere.

Prima di questo, negli anni '30, l'antropologa Margaret Mead distingueva tra sesso e "temperamento" per indicare col primo un dato biologico immutabile, con l'altro il modo in cui le culture davano un significato variabile della differenza tra maschile e femminile. La varietà di modi in cui la vita era organizzata (riproduzione, allevamento dei figli, ricerca del cibo, lavoro ecc.) derivava da questa differenza fondamentale, ma, diversamente dal pensiero antropologico precedente, intriso di evoluzionismo e tratti di razzismo, la divisione dei compiti e dei ruoli non era considerata schematica né tantomeno universale. Dagli anni Settanta questo concetto viene recuperato ma trasformato in senso politico: una parte importante del femminismo riprende la parola genere e la usa per indicare il carattere sociale e storico del maschile e del femminile. Lo scopo, pur tra differenze teoriche anche notevoli, era separare il più possibile il sesso dal genere così inteso, in modo da mostrare che dall'essere nate femmine non discende alcun destino e che non esiste un legame necessario tra il sesso

femminile e i ruoli tradizionalmente attribuiti alle donne. Il genere veniva così a indicare non la semplice differenza tra uomini e donne, ma il modo in cui tale differenza veniva organizzata socialmente e trasformata in gerarchia. In questo quadro, il genere poteva essere inteso come costruzione sociale della disuguaglianza tra i sessi, come "sistema sesso/genere" (Rubin, 1975); in ogni caso, per la maggior parte delle femministe radicali e materialiste la categoria delle donne restava fondata sul sesso, cioè sull'essere assegnate a una "classe", o a una "casta" sociale sessuata in base al corpo e alla funzione riproduttiva (Jeffreys, 2014). Il genere designava quindi l'insieme dei ruoli, delle norme e dei rapporti di forza costruiti su quella base, cioè la forma sociale della subordinazione femminile. La differenza sessuale restava il dato di partenza, mentre il genere era ciò che le società edificavano su di essa, variandone le forme ma non il risultato fondamentale, che continuava a ricadere sulle donne. Per questo, in molte di queste autrici, la parola sesso conservava un primato teorico rispetto a genere. Non è casuale che la CEDAW del 1979 (Convenzione sull'eliminazione di ogni forma di discriminazione nei confronti delle donne) non usi ancora il lessico del genere, ma parli di discriminazione contro le donne e di ruoli stereotipati fondati sul sesso. In questa linea, dunque, è la differenza sessuale a produrre il problema del genere. Accanto a questa linea, però, vi erano autrici che non pensano la questione femminile principalmente attraverso il genere: ad esempio l'italiana Carla Lonzi[4] (1970) non ne fa una categoria teorica centrale: il suo discorso ruota piuttosto attorno all'autocoscienza, al separatismo e al rifiuto dell'uguaglianza come assimilazione al modello maschile. Antoinette Fouque (1995), psicoanalista, da parte sua insiste sulla differenza sessuale e sulla necessità di non dissolverla in una teoria puramente sociale dei ruoli. In entrambe, sebbene in modi assai diversi, la questione decisiva non è il genere, ma la soggettività femminile e la differenza dei sessi.

Si può dire, dunque, che nel femminismo precedente agli sviluppi più recenti del termine, genere non indichi affatto un'identità interiore o una verità soggettiva da riconoscere, ma al contrario l'ordine sociale che organizza la differenza sessuale e la traduce in subordinazione, mentre una parte non secondaria del femminismo classico resta, almeno in parte, esterna a questo lessico, preferendo pensare la condizione femminile in termini di sesso e differenza sessuale. Nel femminismo classico, peraltro, anche quando si critica il naturalismo, l'attribuzione di "donna" resta legata al sesso perché è sul sesso che si produce la classificazione sociale.

Nella posizione di una teorica come Monique Wittig (1981), lesbica materialista e militante, che influenzerà il pensiero queer americano, questa impostazione comincia già a incrinarsi: "donna" è considerata una categoria politica prodotta dal "regime eterosessuale", e "lesbica" è la rottura

[4] Il cui pensiero è rappresentato in Italia dall'associazione RadFem

politica del rapporto uomo/donna[5]. Il bersaglio non è più soltanto il genere come insieme di ruoli e norme imposti a una realtà sessuale data, ma la stessa definizione di "donna" in quanto costruzione politica del rapporto tra i sessi.

A partire dagli anni '90, Judith Butler e, più in generale, alcune studiose dell'area *queer* e post-strutturalista, che hanno ottenuto via via grande popolarità in ambito accademico, si rivolgono contro il pensiero femminista delle differenze sessuali. Nel pensiero della Butler - la cui fonte fondamentale è Foucault - è la struttura sociale, fatta di pratiche quotidiane, linguaggi, stili, atti, gesti, che crea le differenze sessuali binarie che noi leggiamo come "uomo" o "donna". Uomo e donna sono categorie etero-normative, veicoli dell'esercizio del potere, che rendono una persona socialmente "intelligibile" in modo che la sua presenza sociale risulti comprensibile dentro lo schema binario. Il corpo e il sesso non sono dati come elementi naturali immediatamente significativi: il sesso e il corpo, per la Butler, vengono "interpretati" come maschile o femminile, affinché siano ordinabili e governabili secondo un ordine sociale. "Intelligibilità" significa poter collocare un soggetto senza ambiguità in una griglia che la cultura fornisce e dà per ovvia, così che gli altri sappiano come nominarlo, come rivolgersi a lui/lei, che posto attribuirgli nelle istituzioni e quali norme applicare. L'eteronormatività crea il genere, la griglia culturale attraverso la quale corpi e desideri vengono "naturalizzati", imponendo la binarietà al sesso. L'eteronormatività *ha bisogno* del binarismo per imporsi sui corpi. Il genere, per Butler, *produce il sesso*: "è il genere – la costruzione creata dalla matrice culturale eterosessuale - che proietta all'indietro la sua ombra sulla natura, creando il binarismo […]. Il genere è la matrice normativa che impone al sesso la sua forma binaria, ossia che ci induce a dire che i sessi sono due" (Cavarero & Guaraldo, 2024). Butler non si limita dunque a segnalare che maschile e femminile sono confezionati in ruoli e gerarchie, bensì tenta di eradicare l'idea stessa di binarismo sessuale trattandolo come esso stesso un effetto della norma, laddove per le femministe classiche il binarismo sessuale è il punto di partenza reale da cui la norma nasce e prende forma. La Butler non afferma, cioè, che i sessi siano più di due (come si tenterà di fare in altri ambiti), ma che la binarietà non è presociale ed è resa significativa dai regimi discorsivi e performativi, per cui le differenze e le identità vengono pensate attraverso il linguaggio del genere, non del sesso[6]. Il discorso della Butler

[5] "Lesbica è l'unico concetto che io conosca che sia al di là delle categorie di sesso (donna e uomo), perché il soggetto designato (lesbica) non è una donna, né economicamente, né politicamente, né ideologicamente. […] Infatti ciò che fa una donna è una specifica relazione sociale con un uomo, una relazione che abbiamo precedentemente chiamato servitù, una relazione dalla quale le lesbiche sfuggono rifiutandosi di diventare o di restare eterosessuali." (Wittig, 1981).

[6] Diciamo per inciso che il discorso di Butler potrebbe a nostro avviso rappresentare una vera rottura epistemologica solo a patto di assumere l'esistenza di una non binarietà reale del sesso: solo, cioè, se il binarismo maschio/femmina fosse una modalità tra altre, resa talmente dominante dalla matrice eteronormativa da apparire collettivamente come l'unica realtà esistente. Solo in questo caso la sua tesi potrebbe vantare una portata propriamente rivoluzionaria, in quanto rivelazione di una pluralità sessuale occultata dalla norma. Tuttavia la matrice eterosessuale che, secondo Butler, produrrebbe e imporrebbe il binarismo come norma, rendendo un corpo leggibile come "uomo" o come "donna", si attiva pur sempre

si traduce dunque, sostanzialmente, in una riorganizzazione delle pratiche di riconoscimento sociale: il soggetto deve poter essere nominato, "interpellato" e riconosciuto entro condizioni sociali di intelligibilità e validazione pubblica. Il nodo politico è: in quali condizioni una soggettività può essere riconosciuta senza violenza?

L'accento posto sul riconoscimento ha dunque consentito di pensare la "donna" in quanto performance di genere, tanto che il femminismo è stato sopravanzato dal "transfemminismo", e si è talvolta trasformato in una vera e propria esasperazione del riconoscimento. Se ne vedono gli effetti in ambiti diversi: dalle atlete trans ammesse a gareggiare nelle categorie femminili - e recentemente escluse da tali categorie ai Giochi Olimpici e negli altri eventi del CIO dalla nuova policy del Comitato Olimpico Internazionale - ai detenuti che si dichiarano donne e vengono trasferiti nelle sezioni femminili, fino alla condivisione di spazi privati come i bagni senza interpellare le donne. È significativo, peraltro, che il fenomeno non si sia presentato in forma speculare per gli uomini trans. L'accoglienza e il riconoscimento, cioè, sembrano essere stati domandati e ottenuti soprattutto a carico delle donne, mentre la categoria maschile non si è lasciata ridefinire nello stesso modo.

La costruzione sociale del transgender

Durante gli anni Novanta si sviluppa la nozione socialmente condivisa di transgender. L'antropologo e attivista gay statunitense David Valentine compie, in *Imagining Transgender* (2007), un'analisi critica, socio-costruttivista e post-strutturalista della categoria collettiva transgender. Egli mostra come il termine non sia un nome finalmente trovato per designare una categoria di persone in qualche modo analoghe tra loro e sempre esistite, ma indichi, al contrario, una formazione culturale recente e astratta, istituzionalizzata negli anni Novanta, espressione di uno specifico immaginario sociale, attivistico e accademico.

Lo studio etnografico di Valentine prende avvio alla fine degli anni Novanta, come osservazione partecipante e coinvolgimento personale entro una costellazione newyorkese molto eterogenea per etnia e stato sociale, composta da *fem queens*, transessuali, *drag queen*, *cross-dresser*, *sex worker*, attivisti, operatori sociali e frequentatori di *ball*[7], club, gruppi di sostegno e servizi comunitari. Questi

in rapporto a corpi sessuati e a differenze sessuali che, come scrive Joyce McDougall citata in esergo, *colpiscono lo sguardo*, sono evidenti e stabili, e orientano in modo decisivo il processo di significazione: il binarismo si impone perché esiste. Che il dato sessuale possa essere sempre interpretato, che l'eterosessualità sia solo una delle dimensioni affettive sessuali, e che il binarismo venga pesantemente investito di significati sociali e simbolici, non basta a dimostrare che "maschio" e "femmina" sia prodotto dalla norma.

[77] La cultura dei ball newyorkesi nasce soprattutto nelle comunità nere e latinoamericane di omosessuali, travestiti, transessuali, come spazio di esibizione, appartenenza e sopravvivenza simbolica. Si organizza intorno alle houses, famiglie elettive guidate da figure materne o paterne, che accolgono persone spesso espulse o marginalizzate nei contesti d'origine. Nei ball si gareggia in diverse categorie in cui si mettono in scena genere, status, desiderio e riconoscibilità

ultimi sono i luoghi in cui persone così diverse convergono - ad esempio in consultori per l'HIV - sotto l'etichetta di "persone che si identificano come transgender", persone che altrimenti non si frequenterebbero mai. Partito con l'idea di poter connettere queste differenze sotto l'ombrello della definizione di *comunità transgender* e *identità transgender* che stava appunto sviluppandosi tra gli attivisti e gli accademici, provenienti da un ambiente bianco di ceto medio, Valentine si rende presto conto che le persone *transgender-identified* hanno avuta assegnata questa identificazione dall'esterno, provengono da soggettività molto diverse tra loro, si definiscono nei modi più vari e molte di esse non hanno familiarità con la parola transgender né la userebbero mai per parlare di sé.

In una ricostruzione genealogica di derivazione foucaultiana, Valentine analizza l'emergere e la trasformazione del termine. La versione standard della nascita di transgender lo fa risalire a Virginia Prince che, negli Stati Uniti degli anni Settanta, si definiva *transgenderist* per collocarsi tra le persone che vivevano a tempo pieno in un genere diverso da quello assegnato alla nascita, senza intervento chirurgico. Per Prince il termine serviva a distinguersi dai transessuali, operati, e dai travestiti (*cross-dresser*) feticisti, e rappresentava una rivendicazione morale, proveniente dalla classe media bianca, di normalità e di distanza dalla devianza sessuale.

Nei primi anni Novanta il termine viene però ripreso da attivisti radicali come Holly Boswell, in continuità con posizioni degli anni Settanta e Ottanta, per indicare invece una terza via, androgina, individuale, anti-normalizzante, di identificazione col sesso opposto. Il passaggio decisivo verso un uso condiviso e collettivo del termine avviene con Leslie Feinberg, attivista lesbica *butch*: con l'appello alla *transgender liberation* nel 1992, il termine viene impiegato pubblicamente in senso collettivo e politicizzato. Da questo momento transgender non designa più soltanto una specifica posizione soggettiva, ma diventa il nome di un possibile movimento, di una coalizione e di una categoria politico-sociale, bianca e di ceto medio, adottata da attivisti, accademici e servizi sociali.

Per Valentine, transgender può emergere come categoria collettiva solo dopo che si è già realizzata la distinzione tra genere e omosessualità, che è storicamente recente. La sessuologia ottocentesca e primo-novecentesca lega strettamente l'omosessualità, anch'essa definizione recente, a tratti di femminilità o mascolinità "anomala", per cui l'omosessualità nasce come "inversione di genere", cioè intrecciata al genere e non separata da esso. La medicina cerca infatti prove visibili dell'omosessualità nel corpo e nei comportamenti: la femminilità nei maschi e la mascolinità nelle femmine vengono lette come indizi diagnostici.

sociale. Non sono soltanto spettacoli: sono anche luoghi di riconoscimento reciproco, di sostegno e di elaborazione collettiva della marginalità.

Negli anni Sessanta e Settanta, gay e lesbiche bianchi e del ceto medio non vogliono essere associati a una "inversione di genere" e rivendicano invece una normalità di genere, cioè congruente ai modelli sociali maschili e femminili. Nel 1973 gli attivisti riescono a ottenere la rimozione dell'omosessualità dal DSM, che viene ormai intesa come dimensione sessuale non patologica della sfera privata. Nella successiva versione del DSM, del 1980, compare il Disturbo dell'identità di genere, che istituzionalizza la distinzione tra sessualità, privata, e genere, visibile nei segni esteriori; il genere è pensato come identificazione incongruente rispetto al sesso assegnato.

L'esplosione del transgender dagli anni Novanta in poi si spiega, secondo Valentine, perché diventa disponibile un nuovo modo di classificare le persone. La categoria acquista rapidamente slancio nei contesti della salute pubblica, dei servizi sociali, della produzione accademica e del linguaggio legislativo. Il termine diventa utile a chi deve fare *advocacy*, progettare servizi, produrre sapere, individuare popolazioni-target, formulare rivendicazioni politiche. L'etichetta transgender si rivela così in grado di raccogliere soggetti prima dispersi tra categorie differenti - transessuali, travestiti, *drag queens*, *fem queens*, *feminine gay men*, *butch lesbians*, *cross-dresser*, *girls*, *chicks with dicks* ecc. - e di renderli intelligibili come collettività politica.

La descrizione dei variegati contesti newyorkesi da parte di Valentine è particolarmente interessante da leggere per comprendere il punto. Ad esempio il *ball*, gara di performance e contesto sociale afroamericano e latino, che la serie *Pose* del 2018 ha reso noti al grande pubblico: si tratta di uno spazio scandito da "categorie" fortemente organizzate, ognuna delle quali richiede un certo modo di apparire, di muoversi, di incarnare una figura femminile (o più di rado maschile) credibile agli occhi del pubblico. Ci sono ad esempio le *fem queen*[8], le *butch queen*[9], le *butch*[10], ma anche le *butch queen voguing femme*[11] e le *butch queen up in drags*[12], come anche una categoria distinta di *women*, donne, riferita alle nate femmine di aspetto femminile, eterosessuali o lesbiche; la categoria uomini non esiste. A dispetto di questa organizzazione, tutti si autodefiniscono "gay". Inoltre ci sono le categorie di *realness*, nelle quali bisogna risultare molto credibili, apparire come, passare per. Ed è significativo, dal nostro punto di vista, che, mentre per le altre vi siano diverse prove di realness, non vi sia invece una categoria di realness per le donne: come se, per loro, la realtà della posizione

[8] Soggetto nato maschio che vive al femminile, avendo fatto passaggi ormonali, a volte chirurgici, per femminilizzare la sua apparenza

[9] Soggetto gay, maschio, che passa per eterosessuale nella vita ordinaria

[10] Soggetto di sesso femminile con apparenza mascolina, che può identificarsi o meno con un uomo, facendosi chiamare comunque al maschile, o auto-definirsi lesbica

[11] Una butch queen che fa *voguing* (stile di performance) come una fem queen

[12] Una butch queen che sfila vestita in "drag", dove drag non è necessariamente un abito chiaramente femminile, come una gonna corta, ma anche un abito molto sobrio ed elegante

femminile non dovesse essere dimostrata. Anche i partecipanti al ball, in fondo, sembrano muoversi entro questa intuizione. Valentine racconta infatti l'episodio di Nadia, una transessuale che, dopo essersi sottoposta a chirurgia di riassegnazione sessuale e aver in precedenza sfilato nella categoria delle fem queen, tenta di presentarsi nella categoria delle *women*. Il suo ingresso suscita contestazioni e proteste, fino a costringerla a lasciare il palco.

Prosegue Valentine:

> Ma di gran lunga l'episodio per me più interessante arriva verso le tre del mattino, dalle due giovani butch - cioè persone di sesso femminile con presentazione maschile - in piedi proprio accanto a me, schiacciate nella folla. Portano avanti una sorta di gioco ricorrente sulle butch queen che fanno voguing fem sulla passerella. Una di loro comincia, in modo straordinariamente riuscito, a parodiare le butch queen, ma in maniera così convincente che avrei pensato che fosse una butch queen pronta a salire sulla passerella, se la sua amica non stesse piegandosi dalle risate e se io non l'avessi già vista sfilare nella categoria "butch realness: sembrare un banji boy dei caseggiati popolari". Se ci fosse stata una categoria per questa performance stratificata, potrebbe chiamarsi qualcosa come "butch realness che imita una butch queen che fa voguing fem" (Valentine, 2007, p. 94).

In questi giochi di identificazione, dice Valentine, la categoria transgender non ha alcuna salienza, nemmeno per le fem queen o le butch, che teoricamente vi ricadrebbero ma che si definiscono anch'esse "gay". Etnia, ceto sociale e altre dimensioni culturali organizzano molto di più della categoria transgender il modo in cui le persone pensano la propria identità e sessualità.

In un mondo dove il web non ha ancora agito per omologare la realtà, infatti, a pochi edifici di distanza, Valentine si sposta al Crossdressers International Debutante Ball (ballo internazionale delle debuttanti travestite), frequentato soprattutto da cross-dresser bianchi, eterosessuali, di ceto medio, spesso sposati, che vivono ordinariamente come uomini e riservano il travestimento a occasioni delimitate e ritualizzate. Qui il vestirsi da donna non coincide, almeno esplicitamente, né con il desiderio di essere donna né con una identificazione omosessuale: quasi sempre ha una componente autoerotica feticistica, può esprimere una parte di sé, può restare una pratica circoscritta, senza trasformarsi in una identità. Valentine descrive poi il Night of a Thousand Gowns dell'Imperial Court (la notte dei mille abiti della Corte Imperiale), un ambiente ancora diverso: un grande ballo di gala, bianco e benestante, strutturato in forma di cerimoniali sfarzosi, raccolte di beneficenza, titoli, gerarchie, uniformi e abiti sontuosi, frequentato da uomini gay che fanno drag in senso performativo e mondano. Qui il drag viene distinto sia dalla transessualità che dal feticismo cross-dressing: i membri dell'Imperial Court - una rete storica di impersonificazione del femminile e performance drag - fanno spettacolo, arte e divertimento.

La categoria transgender non riesce a dare conto dei vissuti riportati dalle persone, che spesso non esprimono in modo netto la distinzione tra sessualità e genere che la categoria implica.

Emblematico il caso di Jade, cinquant'anni, una persona di sesso femminile che esplicitamente non si definisce transgender, non prende testosterone, e ha passato vent'anni presentandosi come uomo al lavoro e in quanto tale è stata accettata da colleghi e amici. Ha una figlia di quindici anni, di cui è "madre". Le piacciono le donne, si definisce a volte gay, a volte butch, si sa donna, per via del corpo, ma in qualche modo anche uomo.

> Beh, io ho sentito questa parola quando sono arrivata all'Harlem United. Prima non l'avevo mai sentita. Dicevo: *transgender*? *Transgender*… la parola *trans* per me si usava solo in *transessuale*, nel senso che cambiavi, che trasformavi i genitali. Era l'unico contesto in cui conoscevo la parola *trans*. Poi, quando sono arrivata all'Harlem United e ho cominciato a venire qui nel West Side, ho iniziato a sentire dei ragazzi gay parlare di sé come *transgender*. E io pensavo: ma che roba è un *transgender*? È che se vai a un *ball*, vuol dire vivere come una donna, camminare come una donna, mangiare come una donna, no? E immagino che - secondo la loro descrizione di *transgender* - quello sia ciò che sono io, o ciò che ero. Mi considero una transgender? No.
>
> […] Penso che [l'uso della parola 'transgender' all'Harlem United] sia una cosa ottima, davvero ottima: apre gli occhi di Harlem al fatto che qui ci sono uomini gay, siamo proprio qui, e non ce ne andiamo da nessuna parte (Valentine, 2007, p. 132)

Jade include sé stessa tra gli uomini gay, e rende equivalenti i termini transgender e gay. Per sua figlia, Jade è "Mamma", "la mamma migliore che lei potesse avere". Ha considerato di fare la transizione in passato, ma non aveva i soldi, ma la ragione più forte per cui non l'ha fatta è sua figlia. Poi ha desistito perché, dice, "sto invecchiando, sai, si cambia idea, la società ti accetta, accetta la vita gay. Questa *è* vita gay". Richiesta di definire il proprio genere in dieci parole risponde: "I'm an hard daddy" (sono un tipo duro, in slang lesbico).

> È una mamma per sua figlia e una hard daddy per le sue amanti; è una donna, ma "più spesso penso di essere un uomo che no"; il motivo per cui un tempo desiderava l'intervento chirurgico era che la "vita da gay" era difficile e sarebbe stato più facile essere un uomo; tuttavia, anche se sostiene che oggi essere gay sia più accettabile e più facile, dice che vorrebbe ancora l'intervento, se non fosse per sua figlia. Riconosce che altri potrebbero vederla come transgender, ma lei dice di essere "gay". Nel complesso, è semplicemente una hard daddy (ibid., p. 133)

Non c'è posto nei servizi per una hard daddy, dice Valentine: c'è posto invece per categorie amministrativamente utili, come "i transgender". Il problema non è solo teorico, ma concreto. Le istituzioni hanno bisogno di popolazioni identificabili, e queste categorie possono dare accesso a risorse reali; ma nello stesso tempo costringono le persone a tradursi in un linguaggio che non coincide con il loro modo di comprendere sé stesse e la molteplicità del loro Sé.

Negli anni Novanta, molte organizzazioni prima dette "gay e lesbiche" cominciano a includere esplicitamente la *T*: nei nomi, nelle intestazioni, nelle mission, nei programmi, nel linguaggio pubblico. Come se transgender fosse da sempre una componente già definita e distinta di quello spazio.

Lo stesso vale per la diffusione dell'acronimo LGBT[13]: sembra solo un ampliamento inclusivo, ma in realtà consolida l'idea che esistano gruppi già formati, discreti e coerenti, semplicemente messi uno accanto all'altro. Gli attivisti transgender stessi appartengono a contesti sociali, linguistici e istituzionali diversi da quelli di molte delle persone che poi cercano di includere sotto la categoria collettiva transgender. Gli attivisti transgender chiedono l'inclusione di una nuova categoria, giustificata dall'idea che identità di genere non normativa e orientamento sessuale siano questioni separate. Questo è cruciale: la separazione tra sessualità e genere diventa il presupposto stesso della rappresentanza politica, ma la logica dell'inclusione lascia inesplorate e inalterate molte dimensioni soggettive e sociali.

Gli accademici, da parte loro, contribuiscono a costruire il transgender come oggetto sociale: testi molto diversi tra loro finiscono per essere raggruppati come testi "sul transgender", e questo raggruppamento è già una pratica sociale compiuta da studiosi, lettori, insegnanti, bibliotecari, compilatori di bibliografie e programmi di corso. In altre parole, il campo dei *transgender studies* non preesiste: nessuno ha scritto quei testi pensando al transgender; esso viene costruito attraverso operazioni accademiche di selezione, accostamento, canonizzazione. Gli studiosi decidono quali testi contano come pertinenti, quali esperienze del passato o di altre culture possano essere lette come "transgender", quali soggetti siano da ricondurre alla sfera del genere più che a quella della sessualità. L'accademia contribuisce a stabilizzare la distinzione tra genere e sessualità come se fosse chiara, ontologicamente sicura e universalmente rilevante, mentre la realtà mostra di continuo che nelle vite reali questa separazione è spesso molto meno netta e altre variabili restano silenti e non viste.

A questo punto siamo ormai alle soglie della reificazione dell'identità di genere, ovvero di ciò che, negli anni successivi, prenderà la forma del modello affermativo di genere. Sheila Jeffreys descrive i termini di questo passaggio in cui la medicina gioca un ruolo determinante.

La reificazione dell'identità di genere

Sheila Jeffreys, accademica femminista radicale e lesbica, propone nel suo fortemente polemico *Gender Hurts*: *A Feminist analysis of the politics of transgenderism* (2014) una lettura socio-costruttivista del "transgenderismo" per certi aspetti analoga a quella di Valentine, che viene più volte ripreso. Anche per Jeffreys, infatti, il transgenderismo non costituisce una realtà naturale o transstorica, ma l'esito moderno di una precisa riorganizzazione categoriale, che ha progressivamente separato la sessualità dal genere, e sottratto dal campo dell'omosessualità "invertita" un insieme di

[13] Oggi approdato a LGBTQIA+, il segno + per includere decine di altre "identità" presentate come discrete e naturali

pratiche, identificazioni e stili di vita, rendendoli oggetto di una categoria distinta. Il suo intento, più apertamente critico rispetto a quello di Valentine, è di mettere in evidenza il ruolo della medicina nella costruzione del genere e la componente di potere maschile implicata nella costruzione del transgenderismo.

Il transgenderismo, sostiene la Jeffreys riprendendo Bernice Hausman (1995), quando lo si intende come cambiamento corporeo sessuato, "è divenuto pensabile" solo nel Novecento, cioè solo grazie a determinati sviluppi della medicina, in particolare dell'endocrinologia, che è stata la specialità medica più importante nella costruzione del transgenderismo moderno. La medicina, per Jeffreys, non è un agente esterno che interviene caritatevolmente su una realtà già esistente, ma uno dei luoghi in cui quella realtà si forma come oggetto possibile e riconoscibile. Harry Benjamin, con la popolarizzazione del termine "transessuale", e Christian Hamburger, che divenne celebre per il caso di Christine Jorgensen negli anni '50, sono state le due figure mediche più influenti nella promozione del cambio di sesso a metà Novecento. La diffusione pubblica della conoscenza del sistema endocrino umano ha consentito ad alcuni soggetti, dice Jeffreys, di comprendersi come membri dell'"altro" sesso. La medicina non offre semplicemente un trattamento; il sapere medico sugli ormoni fornisce anche un vocabolario di autocomprensione. Gli ormoni venivano usati sui pazienti intersessuali che i sessuologi ritenevano dovessero essere resi più simili alla categoria sessuale nella quale i medici li avevano collocati alla nascita. In seguito furono usati sui pazienti che desideravano cambiare sesso. La specialità dell'anestesia rese in seguito possibile la chirurgia plastica. Gli individui, a questo punto, si nominano come "i soggetti appropriati per un particolare intervento medico" (Hausman, 1995 citata nel testo) e così partecipano alla costruzione di sé come pazienti.

Per Jeffreys non basta che la medicina renda tecnicamente possibile il cambiamento di sesso; occorre anche che si formi un quadro concettuale capace di renderlo pensabile e giustificabile. Questo quadro, secondo l'autrice, è fornito dalla nozione moderna di genere. Il transgenderismo non si fonda soltanto su pratiche mediche, ma anche su una trasformazione del linguaggio e dell'immaginario: il passaggio dal sesso al genere. Questo consente di presentare l'intervento sul corpo non come modificazione radicale, ma come "adeguamento" di un corpo erroneamente sessuato a una verità psichica più profonda.

L'idea di "identità di genere" non precede la pratica del cambio di sesso, ma viene costruita per sostenerla e giustificarla. Jeffreys osserva che la nozione di un sé "di genere" interno, preesistente al corpo e più vero del corpo stesso, diventa la premessa indispensabile per legittimare trattamenti ormonali e chirurgici. Senza una simile premessa, il cambiamento di sesso apparirebbe molto più scopertamente come ciò che è: un insieme di interventi corporei invasivi, difficili da giustificare sul

piano medico e morale. L'idea di un'identità di genere interna, invece, consente di riformulare l'intera questione nei termini di una correzione o di un riallineamento. Il corpo viene portato in questo modo a corrispondere a ciò che il soggetto "è davvero". In questo senso, il passaggio al genere svolge una funzione eminentemente giustificativa.

L'origine del lessico del genere ha inizio, abbiamo già visto, nella sessuologia e nella medicina del secondo dopoguerra, con John Money e con gli specialisti che si occupavano di intersessualità. Il genere definisce un insieme di comportamenti, ruoli, presentazioni di sé e modi di essere che dovrebbero rendere visibile e coerente l'appartenenza a un sesso, ponendosi come strumento di gestione della differenza sessuale: serve a stabilire quale sesso un bambino intersessuato debba incarnare socialmente. La sua origine, dunque, è profondamente normativa. I medici che lavoravano sugli intersessuali non volevano mettere in questione il binarismo sessuale, ma produrre soggetti il più possibile leggibili esattamente entro quel binario. Il genere, perciò, viene fin dall'inizio concepito come ciò che consente di tradurre il sesso in una forma sociale coerente, stabile e riconoscibile. Jeffreys ne ricava una conclusione polemica ma teoricamente rilevante: il transgenderismo moderno non rappresenta un superamento della logica binaria, ma una sua riorganizzazione, resa più sofisticata dal fatto che il principio della verità sessuata viene spostato dal corpo alla psiche.

Una volta disponibile questo lessico, diventa possibile reinterpretare in termini nuovi una serie di condotte, desideri e identificazioni che prima erano comprese in altri modi, inclusi quelli simbolici. Qui Jeffreys, riprendendo il caso di Virginia Prince, insiste sul fatto che il passaggio dal sesso al genere consente ai soggetti di de-sessualizzare la propria esperienza. Fenomeni che in precedenza avrebbero potuto essere letti come travestitismo, perversione, pratica erotica o deviazione, vengono riformulati come espressione di un'identità. Non si tratta più di desiderare certi abiti, certi ruoli o certe trasformazioni corporee, ma di "essere" interiormente dell'altro genere. È questo, per Jeffreys, uno dei principali effetti culturali del movimento verso il genere: il linguaggio dell'identità sostituisce il linguaggio del desiderio, e l'essenza prende il posto della pratica. Il soggetto non dice più "voglio apparire così" o "desidero questo corpo", ma "*sono* così". Questo cambio semantico è cruciale, perché l'esperienza diventa molto più difficilmente contestabile: se viene tirata in ballo una verità profonda del sé, la critica appare immediatamente come violazione della persona.

La nozione di identità di genere, per Jeffreys, non si limita, dunque, a descrivere una soggettività, ma funziona come ponte simbolico fra soggettività, medicina e riconoscimento istituzionale. Senza l'idea di un'identità di genere autentica, anteriore al corpo e indipendente dal sesso, l'intero edificio del riconoscimento medico del transgenderismo perderebbe il suo fondamento più persuasivo. Non si discute più se e perché si desideri trasformare il corpo; si assume che il corpo *debba*

essere trasformato per rispettare una verità già data. Al contempo assistiamo anche alla progressiva sostituzione del termine transessualismo con transgenderismo. Transessualismo rinvia ancora in modo diretto al corpo, al sesso, all'intervento medico. Transgenderismo, invece, sposta l'asse sul genere, e quindi su una dimensione rarefatta che appare più vasta, più culturale, meno immediatamente corporea e meno apertamente dipendente dalla chirurgia, nobilitando il fenomeno e spostandolo dal terreno della sessualità a quello dell'identità e del riconoscimento.

La critica femminista della Jeffreys al fenomeno riguarda il fatto che il genere sostituisce la condizione delle donne con immagini e fantasie della femminilità. Se si può essere donne in virtù di un'identità interiore, allora la categoria "donna" non è più ancorata al sesso femminile - come posizione storica di subordinazione - ma a una certa esperienza soggettiva, e alquanto arbitraria, del femminile. Questa istituzionalizzazione del genere è tutt'altro, come abbiamo visto con Valentine, che un movimento spontaneo, ma una scelta politica ed è già un effetto del potere maschile, perché consente di staccare la parola "donna" dalle donne, e di reinventarla a partire da codici, desideri e autorappresentazioni che sono prodotti maschili. Un'appropriazione indebita del femminile. Ciò che viene assunto come prova di questa identità interiore è quasi sempre, dice Jeffreys, una costellazione di stereotipi di genere. Per risultare leggibile come donna, il soggetto deve apparire femminile in modi culturalmente riconoscibili: gesti, abiti, ornamenti, modi di parlare, di muoversi, di presentarsi. Ma questo, per Jeffreys, non dissolve la femminilità come costruzione patriarcale: la rafforza. Una donna non ha bisogno di vestirsi in un certo modo per essere infibulata, o per dare alla luce dei figli. Il potere maschile si esprime allora nel fatto che ciò che il femminismo aveva cercato di smascherare come stereotipo torna a essere il criterio della verità soggettiva.

Implicare i minori: gli assunti del modello affermativo di genere

Nei primi anni Duemila, il transgender - categoria costruita a partire da soggetti molto eterogenei, per lo più maschi alla nascita, adulti, spesso marginali, collocati in modo variegato all'incrocio tra omosessualità effeminata, travestimento, transessualità e vita di strada – si consolida e negli anni successivi subisce un ulteriore cambiamento: da formazione storico-sociale diventa sempre più una realtà reificata, trattata come proprietà interiore del soggetto: l'identità transgender. Ma, proprio nel momento in cui si stabilizza e si propone in quanto tale, cambia anche il tipo di popolazione che comincia a raccogliere. La categoria transgender si trasforma progressivamente e, amplificata dalla circolazione online e dall'uso crescente del web, finisce per diventare il contenitore di una nuova costellazione clinica e sociale, "varianze di genere", in parte del tutto differente, con una crescita numerica esponenziale: adolescenti e giovani adulti a esordio rapido e post-puberale, e, in misura

prevalente, ragazze. L'altro dato che, vedremo più avanti, emerge dagli studi empirici recenti è l'altissima e netta prevalenza di disturbi psichiatrici tra i nuovi soggetti che chiedono la transizione, come se questo spazio apertosi di possibilità di fuga dal mentale nel corporeo abbia canalizzato una parte di disagio nella domanda di transizione.

È all'interno di questo nuovo assetto - in cui il genere è pensato come verità soggettiva da riconoscere - che prende forma il modello affermativo di genere, cioè l'insieme di pratiche cliniche, educative e istituzionali orientate a confermare la domanda di riconoscimento, a validarla e tradurla nel linguaggio dell'identità. Ma l'aspetto che, dal nostro punto di vista, appare più cruciale e insieme più problematico riguarda la presa in carico metodica dei minori, anche bambini di 8, 9 anni, come soggetti suscettibili di essere avviati precocemente alla transizione.

Il modello affermativo viene sistematizzato esplicitamente in ambito clinico nel 2013 (Hidalgo et al., un gruppo multidisciplinare di pediatri e psicologi) e si fonda su premesse valoriali dichiarate: le variazioni di genere nei bambini non sono una dimensione da esplorare, ma forme alternative e reali di identità; le variazioni nell'espressione del genere sono legate ad aspetti culturali ma il genere ha una sua componente costituzionale; il genere è non binario; la salute di genere consiste nell'affermazione di ciò che sente di essere il minore:

> Comprendiamo l'identità di genere, sia quando coincide sia quando non coincide con il sesso attribuito alla nascita, come principalmente informata dalle cognizioni e dalle emozioni del bambino, piuttosto che dai genitali e dalle caratteristiche sessuali esterne osservabili.
>
> […]
>
> In questo modello, la salute di genere è definita come l'opportunità per il bambino di vivere nel genere che per lui/lei appare più reale o confortevole e di esprimere quel genere con libertà, senza restrizioni, denigrazione o rifiuto. I bambini ai quali tali libertà non vengono concesse dagli agenti presenti nei loro sistemi di sviluppo (ad es. famiglia, pari, scuola) sono successivamente a rischio di sviluppare una "cascata discendente" di avversità psicosociali, tra cui sintomi depressivi, bassa soddisfazione di vita, autolesionismo, isolamento, senza dimora, incarcerazione, stress post-traumatico, e ideazione e tentativi di suicidio.
>
> […]
>
> Coloro i cui comportamenti (e/o la disforia) "persistono" continuano a farlo pur essendo vulnerabili al rischio di affrontare un notevole isolamento e il disprezzo da parte della famiglia, dei pari e di altri, e spesso senza molti modelli mediatici o altre persone con cui identificarsi. Questo suggerisce *una forte componente costituzionale nei bambini non conformi al genere*, sebbene essa non sia mai esente dall'influenza delle forze ambientali [corsivo nostro] (Hidalgo et al, 2013, p. 1)

In un testo pubblicato dall'American Psychological Association - una delle tante realtà che hanno contribuito a istituzionalizzare il modello affermativo - *The gender affirmative model: An interdisciplinary approach to supporting transgender and gender expansive children* (Keo-Meier & Ehrensaft, 2018) possiamo trovare altre delucidazioni concettuali sul modello:

> Consideriamo "*gender diverse*" come il termine ombrello che si riferisce a questo gruppo di bambini con due sottocategorie - *transgender* e "*gender expansive*" (TGE).
>
> L'identità di genere non è visibile: è il concetto più intimo che una persona ha di sé come maschio o femmina o entrambi o né l'uno né l'altro - come gli individui si percepiscono e si conoscono, così come si chiamano. È un concetto biologico, psicologico, sociale e culturale. Il sesso di una persona include diverse componenti - cromosomi, livelli relativi di ormoni sessuali dopo la pubertà, genitali interni e genitali esterni - questi ultimi usati per assegnare un sesso alla nascita. *Transgender* si riferisce a chiunque la cui identità di genere differisca dal sesso assegnato alla nascita, cioè: tutti gli altri ti hanno detto che sei una ragazza e questo è in contrasto con come tu conosci te stesso/a. Un ragazzo transgender è stato assegnato femmina alla nascita e la sua identità di genere è ragazzo. La sottocategoria transgender include sia identità di genere binarie (o ragazza o ragazzo) sia identità di genere non binarie. I bambini transgender sono coloro che dichiarano il proprio genere come diverso da quello riflesso dall'indicatore di sesso sul loro certificato di nascita. Possono presentarsi a qualsiasi età, e già a partire dagli anni del bambino piccolo, poiché gli individui sono consapevoli della propria identità di genere tra i 18 mesi e i 3 anni di età […]. I bambini transgender in genere esprimono in modo coerente, persistente e insistente un genere binario o non binario e si rendono conto che il loro genere è diverso dal sesso loro assegnato. (Keo-Meier & Ehrensaft, 2018, p. 6)
>
> […]
>
> Sebbene i ricercatori al momento non conoscano l'esatto meccanismo, o l'interazione tra meccanismi, che sta alla base dello sviluppo dell'identità di genere, *sanno* però che l'identità di genere *ha una componente biologica*, a sostegno dell'idea che l'identità di genere non sia confinata soltanto a maschio o femmina [ibid., p. 7, corsivo nostro]
>
> […]
>
> L'identità e l'espressione di genere […] riguardano il modo in cui le persone incorporano le definizioni della propria cultura su che cosa significhi essere maschio o femmina, insieme alle proprie preferenze interne, ai desideri e al riconoscimento di chi sono come ragazzo/uomo, ragazza/donna, un terzo genere, un quarto genere, e così via [ibid. p. 10]

Questi estratti - ma se ne possono trovare ovunque di analoghi - servono a mostrare come funziona concettualmente il modello affermativo (e la sua debole tenuta logica prima ancora che scientifica). In questo modello si sostiene l'idea che: a) i genitali esterni, immediatamente osservabili, sono i marcatori corporei in base ai quali un soggetto viene *assegnato alla nascita* alla categoria binaria maschio/femmina e legalmente registrato come tale; b) l'identità di genere è quella proprietà indipendente dai genitali esterni che può uniformarsi o contrapporsi a quella classificazione; c) l'identità di genere si manifesta precocemente in forma di vissuto, emozione, cognizione di sé, consapevolezza circa l'appartenenza o la non appartenenza al sesso assegnato alla nascita; d) l'identità di genere non è semplicemente auto-attribuzione né mero esito della socializzazione: l'identità di genere ha una componente biologica, di cui non si conoscono ancora i meccanismi, che serve a sostenere l'idea che l'identità di genere non si limiti solo alle categorie maschio/femmina, ma ne generi altre. In particolare, giacché l'identità di genere è il criterio per dire chi si è, la componente biologica sconosciuta è

considerata principio più determinante della biologia sessuale ai fini dell'appartenenza identitaria (maschio, femmina, transgender binario o non binario ecc.).

Proponiamo ora una critica alla tenuta concettuale dell'identità di genere affermativa: la biologia sessuale e le differenze riproduttive sono storicamente servite da ancoraggio immediatamente comprensibile per le categorie binarie maschio/femmina. Ora, se si vuole ammettere che l'identità di genere sia una proprietà, indipendente dal sesso e dalle differenze riproduttive, e se si vuole legittimare il disallineamento tra corpo e identità di genere (identità transgender binaria, identificazione col sesso opposto), nonché fondare una nuova categoria non binaria, né maschio né femmina, viene invocato un meccanismo biologico finora sconosciuto. Poiché gli autori affermano che la consapevolezza dell'identità di genere è molto precoce, prendiamo come esempio un bambino maschio che a cinque anni mostra in modo persistente il comportamento di infilarsi le scarpe di sua madre, di mettersi i vestiti di sua sorella, di truccarsi, di farsi chiamare con un nome femminile, di dichiarare che da grande sarà una donna[14]. Per il modello affermativo, questo bambino "sente", "sa" di essere femmina, a dispetto del fatto di avere genitali maschili che lo collocherebbero automaticamente nella categoria maschio: "l'identità di genere è principalmente informata dalle cognizioni e dalle emozioni piuttosto che dai genitali". Ci si chiede: secondo il modello, come lo sa il bambino di essere femmina, che cognizione ha il bambino maschio rispetto al suo essere femmina? Come fa a capire il bambino cosa è "femmina" e che lui è "femmina", come costruisce questa categoria, da dove prende le

[14] L'esempio è tratto da un caso discusso da Green, Newman & Stoller, 1972, articolo citato da Hidalgo et al, 2013 per dimostrare che la psicoterapia nei casi di transgenderismo non funziona: "Le psicoterapie che tentano di modificare l'identità di genere o le espressioni di genere di un bambino hanno mostrato di sopprimere l'espressione autentica del genere e di creare sintomi psicologici. Queste psicoterapie non hanno successo perché mirano a modificare l'identità di genere emergente del bambino (cioè un senso interno di sé) tentando di cambiare la sua espressione di genere non conforme (cioè un comportamento)." (Hidalgo et al. 2013, citando Green, Newman & Stoller, 1972). Poiché Hidalgo et al. citano, oltre ad una rassegna che non tratta affatto la psicoterapia, solo questo articolo dei primi anni '70 per dirci, nel 2013, che le psicoterapie "di conversione" con questi bambini non funzionano, ci siamo chiesti come mai non fosse stata fatta una ricerca su studi più recenti, ma anche ci siamo presi la briga di leggere l'articolo originale. L'articolo (intitolato: "Il trattamento del 'transessualismo' nei bambini: rapporto preliminare su quattro anni di esperienza clinica.") presenta casi clinici di bambini che esibivano in modo persistente comportamenti legati al sesso opposto. Si tratta di un intervento psicoterapeutico pensato su vari livelli, dal rapporto terapeuta/bambino a quello con i genitori, in famiglie che erano fortemente disfunzionali. In questi casi, il comportamento del bambino appare inserito in dinamiche relazionali confuse, comprendenti anche l'incoraggiamento attivo, da parte di figure femminili, dell'assunzione del ruolo femminile da parte del bambino, insieme a una marcata trascuratezza paterna. In un caso, un bambino di 5 anni sviluppa un sé evidentemente compiacente col terapeuta nel definirsi maschio, un caso in cui non era stato peraltro possibile modificare l'atteggiamento gravemente inadeguato dei genitori, ed è a questo caso che crediamo facciano riferimento Hidalgo et. al. Gli altri casi mostrano invece, grazie alla collaborazione dei genitori, una traiettoria di cambiamento e sviluppo congrui rispetto al sesso di appartenenza. Il punto, allora, è che Hidalgo et al. sembrano attribuire all'articolo affermazioni che in esso non compaiono nei termini da essi riportati, e al tempo stesso omettono di restituire il rilievo dei contesti relazionali patologici in cui questi bambini erano inseriti. Il lettore viene così orientato verso l'idea che il comportamento del bambino esprima un'"identità emergente" ostacolata dalla psicoterapia, mentre nell'articolo originario la questione è collocata entro un quadro familiare e relazionale molto più complesso, che rende assai meno lineare una lettura centrata su un'identità di genere precoce già definita, e non corrispondente al vero il fallimento della psicoterapia.

cognizioni e le emozioni che informano l'identità femminile e lo pongono nella categoria "femmina" più dei propri genitali? Forse il bambino vede che quelle persone che sono "come lui si sente e sa di essere", le donne, si vestono in un certo modo, si comportano in un certo modo - differentemente dai maschi, altrimenti la categoria non potrebbe formarsi nella mente del bambino - e vengono chiamate "femmine"; l'identità di genere del bambino, intima e costituzionale, il suo essere profondamente "femmina", sembrerebbe appoggiarsi a ciò che la cultura codifica come femmina (atteggiamento, vestiario, linguaggi), così che questi aspetti diverrebbero la prova ontologica dell'essere femmina. Poiché desidera vestirsi da femmina o giocare con le bambole (o si sente più sensibile? Più fragile? Più *passivo*? Aggiungiamo stereotipi a stereotipi), questa diverrebbe la prova del suo "essere" femmina: "Io so intimamente di essere femmina deducendolo dal fatto che voglio comportarmi come le femmine". Se escludiamo infatti il criterio del sesso, l'avere una vagina - con le (ovvie, immediate) operazioni di attribuzione e auto-attribuzione di categoria che ne conseguono - non resta che il mondo dei segni culturalmente convenuti, qualunque essi siano, per compiere l'operazione mentale di sentire di appartenere al sesso femminile: il criterio legato ai segni sociali del femminile sarebbe preso come prova ontologica. Le femmine (non-transgender) possono anche vestirsi da maschi e tirare calci ma restano femmine, mentre quelle transgender per essere femmine sembra che debbano attingere a qualcos'altro oltre al sesso per capire di essere femmine. Come a dire: se escludiamo il criterio biologico per dire chi è anziano (l'età), resta solo il mondo dei segni della vecchiaia: dormire quattro ore per notte senza motivo, dire "ai miei tempi", lamentarsi del corpo che scricchiola, eccetera. A quel punto, se il bambino desidera e sente di fare tutte queste cose, ciò sarebbe la prova ontologica che è anziano. Se il fatto di avere un pene fa sentire inadeguato il bambino, se desidera avere una vagina, questa non può ovviamente essere la prova dell'essere femmina, ma di disagio rispetto al proprio Sé/corpo. Come a dire: mi sento inadeguato perché sono basso e desidero essere alto, e il disagio che provo rispetto alla mia altezza è la prova che sono alto. Ciò che è assurdo se asserito per altre dimensioni dell'umano diventa dicibile sull'identità di genere in quanto costrutto sostenuto in termini puramente ideologici.

Che ne è dunque della costituzionalità dell'identità transgender prevista nel modello? Che ruolo svolge? Non resta che ammettere che la componente biologica dell'identità di genere - quella che ancora deve essere scoperta ma che si sa esistere - determinerebbe a questo punto la motivazione a individuare stereotipi di genere attorno a sé al fine di ottenere un contenuto mentale che validi quello che si sente di essere. Senza poter dimostrare cosa sia, da dove origini e si sviluppi una identità di genere costituzionale, resta infatti ciò che gli stessi studiosi affermativi chiamano "*espressione* di genere": resta cioè solo l'*effetto* di qualcosa che non si sa dove alberghi e cosa sia, l'identità transgender, la quale finisce per ridursi a un insieme di segni visibili convenzionali, in larga parte stereotipati.

E, poiché il genere è stato costantemente pensato come insieme di stereotipi, l'espressione di genere non può che configurarsi, a sua volta, come espressione di stereotipi di genere. Forse è questo che significa l'affermazione - tanto solenne quanto vaga nei ruoli che assegna a ciascuna componente - che l'identità di genere "è un concetto biologico, psicologico, sociale e culturale"?

Forse la rinuncia al concetto di identità di genere comporterebbe anche la rinuncia all'intervento precoce e massificato sui minori. Invece qualcuno, i ricercatori di cui sopra che "*sanno* però che l'identità di genere *ha una componente biologica*", si sforza di dimostrare biologicamente che esistono quattro o cinque sessi, o che l'intersessualità sia presente in percentuali tanto alte nella popolazione da farne un sesso a parte, o che esiste un cervello transgender e via discorrendo.

Questa fantasia, peraltro, non è nuova, sebbene con il transgender l'esito sul piano corporeo rende la biologizzazione decisamente più drammatica. Si è già cercato, in passato, di naturalizzare fenomeni e comportamenti e non si smette di farlo. Nel caso dell'omosessualità si è cercata una legittimazione di essa che passasse attraverso la concretizzazione del genetico piuttosto che i legami umani e l'elaborazione personale. Ad esempio, nel 1993 il gruppo di Dean Hamer pubblicò su *Science* uno studio di linkage su coppie di fratelli omosessuali, sostenendo di avere individuato una possibile associazione con la regione Xq28 del cromosoma X. Il testo scientifico, pur con enfasi, parlava di una regione cromosomica e di una possibile influenza genetica su "almeno una forma" di omosessualità maschile; non annunciava l'isolamento di un gene singolo. Nello stesso fascicolo Science rilanciò la vicenda con il titolo forte: "Evidenza di un gene dell'omosessualità". Da un indizio statistico relativo a una porzione del cromosoma, si passa nell'arena pubblica all'idea di avere trovato il gene dell'omosessualità. Nel 1999 un altro studio pubblicato ancora su Science, su 52 coppie di fratelli omosessuali, riferì l'assenza di linkage ai marcatori Xq28, cioè non confermò il risultato che era stato trasformato in emblema. Nello stesso anno Science pubblicò anche un pezzo intitolato mestamente: "La scoperta di un gene dell'omosessualità è messa in discussione". La vicenda è raccontata dal genetista francese Bertrand Jordan ne *Gli impostori della genetica* (2000). Richiamando Roland Barthes, Jordan sostiene che la genetica contemporanea svolga, in alcuni casi, una funzione *mitologica*: una costruzione scientifica parziale e insufficiente viene depurata delle sue incertezze, sottratta alla storia e restituita come natura, rassicurante e dispensata dalla necessità di pensare, a livello individuale e sociale. Alcolismo, iperattività, obesità, depressione, tra le tante, sono finite, mostra Jordan, nel calderone della natura e sottratti alla riflessione culturale e storica.

Ritorniamo all'identità di genere. Abbiamo visto che senza criterio sessuale restano solo i segni culturali, esteriori, per dare contenuto mentale al genere. Ma mettiamo che il bambino desideri avere una vagina al posto del pene, e che per questo il modello lo considera femmina. Al di là del

fatto che desiderare di avere una vagina non può essere, come è ovvio, il criterio per essere femmina, facciamo notare che questo è un criterio sessuato di significazione del genere, stavolta legato al sesso opposto al proprio. “I genitali esterni - dicono gli studiosi - non informano l’identità di genere”… ma i genitali del sesso opposto sì? “Io so intimamente di essere femmina perché vorrei avere i genitali di una femmina”. Se il modello vuole insistere sulla costituzionalità (realtà) dell’identità transgender, deve di nuovo immaginare un ruolo per il meccanismo biologico sconosciuto: in questa versione esso spingerebbe a fondare l’identità di genere non sulla consapevolezza dei propri genitali ma sulla vista dei genitali del sesso opposto. Di nuovo, ciò è privo di senso.

Una terza via per tentar di affermare l’esistenza innata dell’identità di genere è quella della autoreferenzialità dichiarativa. Infatti se il criterio per dirsi “femmina” non è né il sesso, né l’espressione sociale di genere, non può che esserlo l’auto-attribuzione (“sono femmina perché mi sento femmina”). In questo caso il meccanismo biologico ancora sconosciuto reificherebbe l’autoreferenzialità di genere. Dovremmo ammettere che a qualcosa può essere accordato criterio di realtà anche se semplicemente affermato in forma dichiarativa (“sono un astronauta perché mi sento un astronauta”).

Le categorie non binarie, le identità che si collocano non nel sesso opposto ma in nessun sesso, o in entrambi i sessi, o in un altro sesso, seguono lo stesso destino, fondate su meri atti dichiarativi in quanto istituite dall’auto-attribuzione. Il meccanismo biologico non ancora identificato, in questo caso non solo svincolerebbe l’identità dal corpo, ma creerebbe una categoria nuova, o una pluralità di categorie dichiarative prive di contenuto. Qui l’identità compirebbe dunque un salto ancora più radicale, collocandosi in una classe il cui criterio di appartenenza è unicamente dichiarativo, e che, se si resta sul piano biologico, resta dunque vuota, e possibile solo in termini emozionali.

In sostanza il modello affermativo trasforma il - variegato, sfaccettato, multiforme - mondo psichico in proprietà collocate al di fuori della pensabilità, chiedendo di accettarle come reali.

Praticamente privo di spessore teorico, inconsistente anche dal solo punto di vista formale/argomentativo, il modello affermativo punta allora sulla *salute di genere*, cioè sulle conseguenze negative dell’impedire al bambino di essere quello che sente di essere: i suicidi, le depressioni, i sintomi se lo si contrasta nella sua persuasione di essere dell’altro sesso o di nessun sesso o di qualche altro sesso, non senza una sfumatura colpevolizzante, ricattatoria o di paternalismo saccente, neanche troppo celati, verso chi si oppone. Riportiamo di nuovo il passaggio:

> In questo modello, la salute di genere è definita come l’opportunità per il bambino di vivere nel genere che per lui/lei appare più reale o confortevole e di esprimere quel genere con libertà, senza restrizioni, denigrazione o rifiuto. I bambini ai quali tali libertà non vengono concesse dagli agenti presenti nei loro sistemi di sviluppo (ad es. famiglia, pari, scuola) sono successivamente a rischio di sviluppare una “cascata discendente” di avversità psicosociali, tra cui sintomi depressivi,

> bassa soddisfazione di vita, autolesionismo, isolamento, senza dimora, incarcerazione, stress post-traumatico, e ideazione e tentativi di suicidio. (Hidalgo et al, 2013)

Si tratta di assunti del *Minority stress model* applicato ai minori trans (Hendricks & Testa, 2012) e parte da un presupposto oggi quasi divenuto assiomatico: il disagio psichico osservabile in questi bambini e ragazzi viene spiegato come effetto dello stigma, della discriminazione e del rifiuto sociale. La sofferenza non sollecita l'indagine sul vissuto del soggetto, sulla sua storia, sulla sua dimensione psichica e sulla complessità dei processi di sviluppo, ma viene letta come risposta pressoché lineare a un ambiente "transfobico". È un modello che ha avuto una funzione polemica e correttiva contro letture brutalmente patologizzanti, ma che, proprio per questo, tende facilmente a proporsi e a imporsi come cornice morale più che clinica.

Il punto problematico è che il modello è incardinato su una chiave interpretativa preventiva: oltre al dolore di avere un corpo estraneo a ciò che si sente, se un minore soffre, soffre soprattutto per l'ambiente ostile all'affermazione; se esita, si suppone che l'esitazione dipenda dalla paura del rifiuto; se è in ansia o è depresso, il dolore viene decifrato come effetto della transfobia. Per inciso sono tutti malesseri concepiti al di fuori del sé e attribuiti a un qualche fattore esterno: il corpo alieno, l'altro nemico.

Questi assunti sono stati nettamente smentiti e lo vedremo più avanti quando parleremo di evidenze empiriche, che hanno dimostrato che i soggetti inviati ai servizi per l'identità di genere negli ultimi anni presentano una comorbilità psichiatrica nettamente più elevata dei gruppi di controllo, nonché la mancata riduzione del disagio mentale a seguito della transizione; anzi, uno studio sistematico finlandese recentissimo (Ruuska et al., 2026) che descriveremo più avanti, mostra un incremento netto del ricorso al trattamento psichiatrico *dopo* la transizione medica.

Il caso del Gender Identity Development Service del Tavistock

Un altro modo per spiegare il modello affermativo è raccontarlo attraverso la parabola del GIDS, il Servizio per lo sviluppo dell'identità di genere, chiuso definitivamente nel 2022, interno al Tavistock and Portman NHS Foundation Trust, storico e prestigioso ente sanitario pubblico londinese, di tradizione psicoanalitica, specializzato in salute mentale e servizi psicologici per bambini, adolescenti e famiglie.

Nel 2024 viene pubblicata la "Revisione indipendente dei servizi per l'identità di genere rivolti a bambini e adolescenti", nota come *Cass Review*, a cura della pediatra britannica Hilary Cass, già presidente del Royal College of Paediatrics and Child Health. La revisione, che vedremo in

dettaglio, era stata commissionata alla dottoressa Cass, figura indipendente, nel 2020 dal Servizio sanitario inglese (NHS), per fornire una risposta istituzionale alla crisi profonda che stava affliggendo sempre più intensamente il GIDS.

Il GIDS era stato fondato nel 1989 dallo psichiatra Domenico Di Ceglie per dare una risposta ai minori con disturbo dell'identità di genere, come veniva definito il problema dal DSM prima del 2013, attraverso un approccio coerente con la tradizione del Tavistock, che non separava la dimensione del genere dal resto della vita psichica e non considerava, come sarebbe avvenuto in seguito con l'avvento del modello affermativo di genere, l'identità di genere come una "proprietà" intrinseca dell'essere umano. Si trattava di un approccio psicoterapeutico, rivolto a minori e famiglie, aperto a vari esiti senza darli per scontati, tollerante dell'incertezza e dunque esplorativo (Di Ceglie et al., 1998; Di Ceglie & Freedman, 1998). Le richieste al servizio provenivano soprattutto da minori di sesso maschile con insorgenza precoce della disforia. La percentuale di coloro che, rivoltisi al servizio, proseguivano verso la transizione medica era piuttosto bassa, intorno al 5%, mentre la maggior parte, secondo la stima riportata da Di Ceglie, si orientava verso un esito omosessuale (circa il 60–70%).

Nel suo libro *Time to think* la giornalista Hannah Barnes (2023) ricostruisce dall'interno e minuziosamente la vicenda del "collasso" del GIDS, a partire da una riflessione sulla natura stessa del servizio e sulla necessità di performance istituzionale rispetto al diffondersi di una cultura di naturalizzazione dell'identità di genere, che spingeva gli adolescenti a chiedere un accesso immediato e veloce alla transizione e che non tollerava i tempi lunghi della psicoterapia esplorativa. Il servizio non si limitava a raccogliere la domanda, osserva la Barnes, ma la organizzava e la legittimava, fino ad esserne orientato. La domanda dell'utenza divenne infatti col tempo composita e letta a fatica dal GIDS: i ragazzi aumentavano, le loro famiglie premevano per una soluzione rapida affinché i figli smettessero di soffrire, gli psicologi non volevano mostrarsi ostacolanti ed essere definiti "transfobici", i medici non volevano restare indietro rispetto a quelli che sempre più stavano adottando l'"approccio affermativo di genere". La soluzione medica, d'altra parte, costava meno ed era veloce. Il modello a cui utenti e clinici guardavano nella prima decade degli anni Duemila era quello degli olandesi, che nel 1987 avevano aperto la prima clinica specializzata nell'identità di genere per minori spostatasi poi presso il Center of Expertise on Gender Dysphoria ad Amsterdam. Nel 1998 un endocrinologo pediatrico olandese (Cohen-Kettenis, & van Goozen, 1998) aveva bloccato, all'età di 13 anni, lo sviluppo sessuale di un "transessuale da femmina a maschio", "B". Arrivato al servizio dopo il blocco puberale, "B" aveva iniziato il trattamento con gli ormoni del sesso opposto e infine si era sottoposto a doppia mastectomia, ovariectomia, e metoidioplastica, sentendosi molto soddisfatto.

L'obiettivo dell'intervento coi bloccanti puberali[15] era pensato per risparmiare alla persona transessuale il dolore della comparsa dei caratteri sessuali secondari "sbagliati". Il blocco era considerato "reversibile", nonostante fosse noto che la somministrazione di bloccanti puberali, se seguiti dalla somministrazione di ormoni del sesso opposto, conducessero a infertilità quasi certa. Già allora, però, gli olandesi ragionavano sul rischio di produrre "falsi positivi", ovvero legato al fatto che bloccare la pubertà potesse essere esso stesso un meccanismo che induceva la transizione: la soluzione rapida del blocco puberale poteva inibire la motivazione alla riflessione, e persone che avrebbero potuto integrarsi nel proprio corpo, come di fatto succedeva nella maggior parte dei casi prima dell'avvento dei bloccanti, potevano essere impedite di compiere questo processo. Comunque, di lì a poco si diffuse il cosiddetto *Dutch protocol*, un nuovo approccio al trattamento del disturbo dell'identità di genere in cui dall'età di 12 anni potevano essere somministrati bloccanti puberali e a 16 ormoni cross sex, a patto che le condizioni psicologiche fossero stabili, il sostegno ambientale presente e la disforia comprovata e persistente.

I medici inglesi, tra cui Di Ceglie, erano preoccupati dei possibili effetti dei bloccanti somministrati in età precoce. Riguardo al consenso informato, essi ragionavano che per fornire consenso ai bloccanti puberali una persona deve avere sperimentato la pubertà perché non può dare un giudizio sulla base del solo immaginare l'impatto terrificante di qualcosa che non è ancora avvenuto e di cui non si comprende la natura in rapporto al sé. La pubertà era vista come una condizione naturale di esperienza, necessaria per capire che cosa significasse davvero interromperla o deviarla. Riguardo agli aspetti strettamente medici, il consenso informato richiedeva di comprenderne benefici, rischi e alternative; ma nel caso dei bloccanti e poi degli ormoni, la base di evidenza era dichiarata debole e i risultati a lungo termine sconosciuti. Poco si sapeva su come si sarebbero evolute le aree della sessualità e della funzione sessuale, la salute ossea, la statura, l'umore, i possibili effetti sul cervello, mentre l'infertilità era quasi certa per chi iniziava presto e poi proseguiva verso gli ormoni cross-sex. Se l'evidenza era così fragile, su cosa sarebbe stato chiesto il consenso? Infine, un'altra area molto problematica del consenso riguardava il fatto che i bloccanti segnavano l'inizio di un percorso di transizione, in quanto non erano un meccanismo neutro ininfluente sul sistema corpo-mente. Avere lo sviluppo puberale inibito, senza avere mai sperimentato sé stessi in un corpo sessuato, non era visto come un fenomeno neutrale ma una condizione psico-fisica precisa, che nella grandissima maggioranza dei casi era inseparabile dalla somministrazione degli ormoni del sesso opposto. Perciò ci si chiedeva se il minore desse il consenso alla sospensione della pubertà oppure lo estendesse anche

[15] Nel trattamento della disforia/incongruenza di genere in età evolutiva, i bloccanti puberali (analoghi del GnRH) sono stati utilizzati per un'indicazione *off label*, poiché non autorizzati specificamente a tale scopo

all'intera procedura che ne sarebbe probabilmente derivata, e alle sue conseguenze. Cos'è e a cosa porta lo sviluppo sessuale bloccato? Potevano i bambini comprendere cosa significasse fertilità, sessualità adulta, orgasmo? Capivano le famiglie tutte le implicazioni dell'assunzione di bloccanti?

Nel 2005 la British Society of Paediatric Endocrinology and Diabetes (2005) delude gli attivisti inglesi, le famiglie impazienti, i minori che vogliono fare la transizione. Vengono infatti emanate linee guida restrittive: prima dei bloccanti, gli adolescenti avrebbero dovuto completare la pubertà ed essere accompagnati psicologicamente nell'elaborazione dei cambiamenti corporei, non considerati automaticamente indesiderabili. La pubertà veniva intesa come una fase decisiva dello sviluppo e il momento in cui la disforia poteva più probabilmente modificarsi o regredire. Le linee guida sottolineavano inoltre i possibili rischi fisici del blocco puberale, in particolare per crescita e salute ossea, e, diversamente dall'approccio olandese, non lo considerava pienamente reversibile, ammettendo la possibilità di conseguenze irreversibili.

Nel 2009 il GIDS diventa il punto di riferimento specialistico nazionale per l'identità di genere dei minori, e a Di Ceglie subentra alla direzione Polly Carmichael, psicologa. Dal 2011 viene avviata, con la partnership dell'University College London Hospital, la sperimentazione dell'intervento precoce per la soppressione puberale su un gruppo ristretto di minori di età non inferiore ai 12 anni, come da protocollo olandese. Tuttavia, gli endocrinologi furono autori di pressioni persino più intense di quelle degli attivisti e dei pazienti; le società endocrinologiche europee e statunitensi stavano iniziando ad abbandonare il protocollo olandese e a considerare necessaria la somministrazione precoce dei bloccanti allo stadio Tanner 2 (anche a 9, 10 anni), come consigliato dalla versione 7 delle linee guida Standard of Care (SOC7) della WPATH (World Professional Association for Transgender Health), approvate nel 2011. Le SOC7 rappresentavano una svolta culturale, medica e politica netta rispetto alle SOC precedenti: da un modello centrato sull'analisi della domanda di accesso e sulla costruzione di criteri rispetto a interventi considerati eccezionali, si passava a uno "affermativo di genere", il cui intento era incoraggiare e sostenere la persona, a partire da bambini molto piccoli, nel raggiungimento di un assetto vissuto come più congruente con la propria identità di genere qualunque essa fosse. La psicoterapia, nelle SOC7, smetteva di essere obbligatoria e non rappresentava più un passaggio necessario per la riflessione sulla propria identità di genere, diventando un supporto volto a gestire le sofferenze e a sostenere la presa di decisione.

Nonostante la sperimentazione avesse fornito risposte assai limitate sugli effetti dei bloccanti, nel 2014, mentre alcuni partecipanti stavano ancora entrando nello studio sperimentale, il GIDS adotta la somministrazione precoce dei bloccanti come intervento standard. Il limite di età di 12 anni viene rimosso e si passa al criterio WPATH SOC7, così che l'età di somministrazione viene

abbassata. I bloccanti diventano lo strumento di prevenzione del corpo sessuato e di instradamento precoce alla transizione, e il servizio di spazio psicologico di riflessione per minori e famiglie eliminato: la valutazione psicologica si snatura nel suo significato e diviene non più preliminare, ma confermativa del buon esito dell'intervento medico.

Da quel punto in poi inizia l'esplosione degli invii e la trasformazione dell'utenza del servizio, che è composta di adolescenti con un numero crescente di femmine. Agli esordi del servizio, abbiamo visto, l'utenza tipica era rappresentata da bambini maschi con esordio precoce e lunga storia di incongruenza. Nella decade 2001-2011 gli invii erano stati meno di trecento[16]. Dal 2011, con l'inizio della sperimentazione, inizia l'incremento sostanziale di richieste e l'inversione della proporzione tra i sessi, con aumento dell'età. Dal 2014 al 2022, anno di chiusura del servizio, le richieste sfioreranno il numero di ventimila, con enormi liste di attesa.

Comincia ad essere evidente che non c'è più un criterio concettuale degli invii al servizio: la soglia è bassissima e tutti vengono accettati, anche con problematiche psicopatologiche gravi. La Barnes descrive una situazione in cui bastava il termine "genere" per giustificare un invio al GIDS in quanto molti operatori consideravano l'accessibilità universale, il diritto di essere trasgender, come parte essenziale dell'identità del servizio.

Nel 2015 viene pubblicato un articolo finlandese (Kaltiala-Heino et al., 2015) dal titolo "Due anni di servizio per l'identità di genere rivolto ai minori: sovrarappresentazione delle ragazze nate femmine alla nascita con gravi difficoltà nello sviluppo adolescenziale", che conferma i dubbi che serpeggiavano tra molti clinici inglesi. Il servizio psichiatrico finlandese per la valutazione dei minori con incongruenza di genere, presso l'ospedale universitario di Tampere, ricevette nei primi due anni di attività, dal 2011 al 2013, più invii del previsto rispetto a quanto ci si sarebbe aspettati in base alla letteratura epidemiologica; soprattutto, vi era una fortissima sovrarappresentazione di ragazze: 41 su 47 richiedenti erano femmine, e l'età media di ingresso al centro era 16,6 anni. Solo 5 dei richiedenti su 47 aveva iniziato a sperimentare la disforia e/o aveva avuto un comportamento cross-gender in età precoce. Di questi, tre avevano forme psicopatologiche severe (disturbo dello spettro autistico, anoressia nervosa, episodi psicotici, disturbo ossessivo compulsivo). Tra quelli con esordio in adolescenza, 10 non presentavano forme di psicopatologia severa, mentre 9 soggetti presentavano disturbi dello spettro autistico, depressione maggiore, fobia sociale, problemi di abuso di sostanze, oppure una storia di disturbo della condotta e trauma. Il 75% dei casi era o era stato in trattamento psichiatrico per ragioni diverse dalla disforia di genere. Quasi la metà dei casi era collocato in un gruppo con

[16] Si vedano i dati ufficiali forniti dal Tavistock: https://tavistockandportman.nhs.uk/about-us/freedom-of-information/responses/gids-referrals-by-year-and-by-sex-assigned-at-birth-saab/

"identità transessuale" stabile e non associata a psicopatologia severa; l'altra metà dei casi era collocata in un gruppo denominato "sviluppo confuso di identità", caratterizzato da psicopatologia severa, assenza di disforia infantile, isolamento come tratto distintivo, e aspettative molto alte che la riassegnazione risolvesse problemi sociali, scolastici e psichici. Questi dati non si accordavano con l'immagine più comunemente accettata ai tempi del minore con disforia di genere tipica del protocollo olandese. Il campione finlandese non mostrava solo un'inversione netta del rapporto tra i sessi, ma soprattutto una popolazione clinica in cui erano molto frequenti esordio non infantile, psicopatologia severa, isolamento sociale, bullismo pregresso e disturbo dello spettro autistico. L'articolo concludeva:

> Gli adolescenti che richiedono la riassegnazione del sesso rappresentano una pluralità di traiettorie evolutive, differenziate dal momento di insorgenza della disforia di genere, dalla psicopatologia e dalle difficoltà dello sviluppo. È importante riconoscere questi diversi gruppi, o percorsi evolutivi, negli adolescenti con disforia di genere, per poter individuare opzioni terapeutiche appropriate. In presenza di psicopatologia grave e di difficoltà evolutive, i trattamenti medici di riassegnazione sessuale potrebbero al momento non essere consigliabili. Le linee guida terapeutiche dovrebbero essere riviste e ampliate, così da tenere conto di queste situazioni complesse." (Kaltiala-Heino et al., 2015, p. 8)

I finlandesi elaborarono il dato della complessificazione dell'utenza, e, come si vedrà più avanti quando descriveremo le linee guida di alcuni paesi europei, furono tra i primi a stabilire, nel 2020, l'intervento psicologico come standard nei servizi per la disforia di genere[17].

Il GIDS, al contrario, non fu in grado di produrre un pensiero istituzionale adeguato alla mutata domanda, inclusa la gestione dell'enorme aumento di invii.

Con il famoso caso di Keira Bell esplode la crisi del GIDS a livello pubblico e giudiziario. Presa in carico dal servizio nel gennaio 2013 all'età di 15 anni, Bell fu avviata ai bloccanti puberali dopo soli tre colloqui e, circa un anno dopo, al testosterone; a 20 anni si sottopose a una doppia mastectomia. In seguito detransizionò e sostenne che il servizio non avesse esplorato adeguatamente le molteplici componenti del suo disagio - fragilità psicologica, abbandono genitoriale, disagio corporeo e confusione rispetto all'orientamento sessuale - trattando come "identità transgender" ciò che avrebbe richiesto invece un lavoro terapeutico più approfondito. Nel 2020 Bell divenne la ricorrente principale nella causa contro il Tavistock, contestando soprattutto la possibilità che minori potessero prestare un consenso realmente informato a trattamenti dagli effetti così rilevanti e incerti. La sentenza di primo grado del dicembre 2020 le diede inizialmente ragione, ma fu poi ribaltata in appello

[17] Si veda più avanti lo studio di Ruuska et al. (2026) su 2.083 soggetti inviati ai servizi di identità di genere, che completa lo studio precedente.

nel settembre 2021, rispetto a chi dovesse fornire il consenso. Il caso Bell rese visibili, in modo ormai inaggirabile, le debolezze cliniche, etiche e scientifiche del GIDS. I risultati in termini di benessere dei pazienti trattati non erano infatti incoraggianti, la sospensione della pubertà non appariva così completamente reversibile nei pochi pazienti che decidevano di non proseguire con la transizione; si era inoltre instaurata una cultura interna per cui il dissenso verso il modello veniva contrastato, ogni dubbio veniva messo a tacere, gli incidenti nei percorsi dei pazienti non venivano segnalati prontamente, i casi più gravi non venivano comunicati al Tavistock. La gestione dei pazienti era diventata approssimativa e sbrigativa; essi venivano avviati ai bloccanti puberali dopo pochi incontri, e spesso, in seguito, routinariamente inviati alla somministrazione di ormoni cross sex senza valutazione ulteriore; i *detransitioners* denunciavano immancabilmente il passaggio facile dai bloccanti agli ormoni e la scarsa valutazione.

Quando la situazione del GIDS era ormai molto compromessa, nel settembre 2020 il Servizio sanitario inglese incarica Hilary Cass, pediatra di alto profilo istituzionale ritenuta figura indipendente, di svolgere una verifica istituzionale sui servizi offerti dal GIDS, ma anche una rassegna scientifica sugli studi sui bloccanti puberali e una valutazione delle linee guida esistenti a livello internazionale. Nell'ottobre/novembre 2020, mentre in lista d'attesa c'erano oltre 4000 persone, la Care Quality Commission, l'ente che monitora e valuta i servizi sanitari e di assistenza sociale, esegue un'ispezione al GIDS e valuta il servizio "inadeguato"[18]. In seguito ai primi risultati della Cass Review, alla valutazione CQC, e alle contestazioni sempre più pressanti, il GIDS viene chiuso. Al suo posto verranno attivati centri a livello regionale.

Il Servizio sanitario inglese ritiene attualmente che la domanda di bambini legata a disforia e incongruenza di genere vada senz'altro accolta, ma ritiene che tale domanda sia diversa, complessa, e in parte socialmente costruita, o sintomo di dimensioni psicologiche, e che vada esplorata piuttosto che agita. "La maggior parte dei trattamenti offerti in questa fase è di tipo psicologico piuttosto che medico. Questo perché, in molti casi, i comportamenti o i vissuti di varianza di genere scompaiono con l'arrivo della pubertà." I bloccanti della pubertà - che segnavano la quasi inevitabilità del passaggio agli ormoni cross sex - "non sono disponibili per bambini e adolescenti per il trattamento della disforia di genere o dell'incongruenza di genere. Questo perché non vi sono prove sufficienti sulla loro sicurezza clinica e sulla loro efficacia"[19]. Gli ormoni cross sex possono essere assunti se alcuni criteri clinici sono soddisfatti, accanto al supporto psicologico e psicosociale, dopo i 16 anni, quando matura la capacità di consenso informato.

[18] Si veda la pagina ufficiale del CQC: https://www.cqc.org.uk/news/releases/care-quality-commission-demands-improved-waiting-times-tavistock-portman-nhs

[19] Si veda la pagina ufficiale del NHS: https://www.nhs.uk/conditions/gender-dysphoria/treatment/

Le linee guida della WPATH

Uno sguardo meritano le *Standards of Care* della WPATH per il fatto che esse hanno costituito per anni un riferimento quasi-normativo, con un impianto legato al paradigma dell'identità transgender e al modello affermativo. La WPATH (World Professional Association for Transgender Health), associazione professionale privata cui EPATH è collegata come rete europea, riunisce clinici e ricercatori che sostengono l'approccio affermativo; in questa cornice, mantiene un rapporto di convergenza e sostegno reciproco con le raccomandazioni endocrinologiche della Endocrine Society, spesso richiamate congiuntamente nella definizione dei percorsi clinici. La WPATH non si è occupata soltanto di regolare la pratica clinica della transizione, ma è costantemente intervenuta nella costruzione del discorso pubblico, influenzando organismi come OMS, DSM e ICD, definendo i confini semantici della transfobia, producendo materiali formativi ed esercitando pressioni istituzionali.

Nel 2011 vengono pubblicate le Standards of Care versione 7, rivoluzionarie rispetto alle linee guida precedenti. Ancora sopravvivono, nelle SOC7 elementi di valutazione strutturata, criteri diagnostici e un certo grado di cautela clinica, seppure già accompagnati da un linguaggio fortemente orientato all'affermazione identitaria. Con la versione 8 (2022) si assiste a un ulteriore salto qualitativo: la diagnosi viene sostanzialmente relativizzata, i criteri di accesso ai trattamenti significativamente dilatati, l'inizio del blocco della pubertà raccomandato anche ad 8 o 9 anni, l'autodeterminazione del minore elevata a principio regolativo primario e la funzione clinica progressivamente ridotta a mera ratifica di un'identità autodichiarata. In tal modo, pur in assenza di valore formalmente vincolante, le linee guida WPATH hanno operato come potente strumento di normalizzazione culturale, contribuendo a trasformare un orientamento ideologico in standard clinico globale e a sostituire il rigore prudenziale medico e psicologico con una logica permissiva fondata più su presupposti politici e attivistici che su evidenze scientifiche consolidate.

Il modello affermativo ha assunto negli anni una dimensione apertamente disciplinante, che rivendica il monopolio della verità e delegittima ogni posizione divergente. In numerosi contesti accademici e istituzionali il dissenso clinico è stato trattato non come parte fisiologica del confronto scientifico, ma come devianza morale da reprimere. Professionisti che hanno sollevato obiezioni metodologiche, richieste di prudenza o interrogativi sulla solidità delle prove sono stati frequentemente stigmatizzati, accusati di transfobia, esclusi dagli spazi di discussione o sottoposti a pressioni e procedimenti disciplinari. In questo clima, il modello affermativo si è configurato come un'ortodossia autoritaria, che non tollera la complessità né la revisione critica, ma impone una lettura univoca del fenomeno come unica legittima e moralmente accettabile.

Evidenze empiriche sulla transizione precoce

Presenteremo in questa sezione le evidenze inglesi e statunitensi, che sono le review più ampie sul tema. Dopo di che presenteremo un recentissimo studio finlandese sulla comorbilità psichiatrica dei minori con disforia di genere che ha riguardato la totalità dei soggetti che negli ultimi anni si sono rivolti ai servizi di identità di genere in Finlandia.

La Cass Review, che abbiamo già introdotto, ha avuto una vasta eco mediatica e ha segnato un punto di svolta rispetto all'orientamento affermativo, disconfermandone assunti e narrazioni. Essa ha contribuito a rendere noti aspetti critici dal punto di vista medico e psicologico, e di fatto interrotto il processo di normalizzazione del modello, reintroducendo nel dibattito clinico il tema della cautela, della complessità psicologica e della fragilità delle evidenze disponibili.

Nel 2025 segue un'altra ampia revisione, quella pubblicata dal Dipartimento della Salute e dei Servizi Umani degli Stati Uniti (HHS), *Treatment for Pediatric Gender Dysphoria. Review of Evidence and Best Practices*, una revisione delle evidenze disponibili sui trattamenti per la disforia di genere in bambini e adolescenti. Anche questo documento nasce in risposta alla crescita esponenziale del numero di minori che si identificano come transgender. Il report analizza la letteratura scientifica, la qualità delle evidenze, le pratiche cliniche diffuse e le implicazioni etiche della soppressione puberale, della somministrazione di ormoni cross-sex e, in casi selezionati, interventi chirurgici. Il documento ha avuto un impatto significativo nel dibattito statunitense, contribuendo all'avvio della ridefinizione degli standard di cura proposti a livello federale e a promuovere una maggiore attenzione alla qualità delle evidenze e alla sicurezza dei minori coinvolti. In questo contesto di crescente scrutinio scientifico e istituzionale, nel 2025 chiude il Center for Transyouth Health and Development presso il Children's Hospital di Los Angeles, uno dei più importanti centri pubblici statunitensi per l'affermazione di genere. La direttrice Johanna Olson-Kennedy viene denunciata da una ex paziente per avere fornito informazioni mediche inadeguate circa le conseguenze del trattamento (con intervenuta prescrizione). Un'inchiesta del New York Times (Ghorayshi, 2024), ripresa anche nel report HHS, ha portato all'attenzione internazionale l'esistenza di studi clinici finanziati con fondi pubblici, condotti sotto la responsabilità di Olson-Kennedy, i cui risultati sono stati resi disponibili in modo incompleto o con ritardi significativi. In particolare, viene riportato che uno studio sui bloccanti della pubertà in adolescenti con disforia di genere non avrebbe mostrato i miglioramenti attesi negli indicatori di salute mentale, come la riduzione di depressione e ansia.

Nel 2026 c'è la presa di posizione della American Society of Plastic Surgeons rispetto alla chirurgia dei minori disforici (si veda più avanti), non raccomandata al di sotto dei 19 anni.

Presenteremo i dati in categorie tematiche, e le evidenze che le due review hanno trovato rispetto ad essi.

Il linguaggio della terminologia medica pediatrica di genere

Il report statunitense HHS dedica un capitolo specifico alla terminologia medica di genere pediatrica, che è molto interessante: nel paragrafo 2.1, *Terminology in pediatric gender medicine*, il report non si limita a introdurre alcuni termini, ma mostra come il linguaggio della medicina di genere pediatrica non sia affatto neutro. Il lessico utilizzato incorpora presupposti teorici forti sull'identità, sul sesso e sul genere, e finisce per orientare in anticipo la percezione di rischi e benefici, rendendo più difficile una discussione davvero scientifica e un consenso informato autentico. L'idea di fondo è che, se le parole sono già "schierate", anche la ricerca, la clinica e la comunicazione con le famiglie rischiano di partire da un terreno già definito.

Un primo esempio riguarda l'espressione "*gender-affirming care*", ("cura che afferma il genere" o "assistenza di affermazione di genere"). A prima vista sembra un'etichetta quasi positiva per indicare le pratiche cliniche rivolte a bambini e adolescenti con disforia/incongruenza di genere. In realtà è un termine fortemente normativo in quanto suggerisce che esista un'unica forma corretta di cura, quella che "afferma", e che ogni altro approccio, orientato all'esplorazione o alla prudenza, sia implicitamente non affermativo, se non addirittura nocivo. Inoltre, "*gender-affirming care*" è volutamente vago: sotto la stessa formula possono rientrare attività del tutto diverse, dal sostegno psicologico non medicalizzato fino alla transizione sociale, ai bloccanti puberali, all'ormonoterapia cross-sex e agli interventi chirurgici. Quando un clinico dice a una famiglia "stiamo offrendo un percorso di affermazione di genere a suo/a figlio/a", non sta necessariamente dicendo in modo chiaro: "stiamo proponendo un blocco artificiale della pubertà e, eventualmente, ormoni del sesso opposto, interventi per i quali i benefici psichici non sono ben dimostrati e i rischi a lungo termine non sono ancora ben conosciuti". Il linguaggio identitario tende a mascherare la natura concreta degli atti medici, e questo, per l'HHS, ha implicazioni dirette sulla trasparenza del consenso informato.

Un secondo terreno critico riguarda il modo in cui vengono descritti i bloccanti della pubertà. In molte linee guida internazionali sono presentati come "completamente reversibili": un'immagine rassicurante, quasi come se si trattasse di mettere in pausa un film, con la possibilità di premere "play" in qualsiasi momento. Il report sottolinea invece che arrestare farmacologicamente la pubertà in una fase critica dello sviluppo osseo, neuro-cognitivo ed endocrino non è affatto un gesto neutro. Parlare

di “farmaci completamente reversibili che mettono semplicemente in pausa la pubertà” significa anticipare un giudizio positivo che le evidenze non sostengono. Una formulazione più onesta sarebbe: “si tratta di farmaci che arrestano la pubertà in una fase delicata dello sviluppo. Non abbiamo ancora dati solidi su tutti gli effetti a lungo termine su ossa, cervello, fertilità, vita sessuale e immagine corporea”. Il problema, ancora una volta, è terminologico: definire questi farmaci solo in termini di completa reversibilità introduce nel linguaggio clinico una promessa che non ha alle spalle dati sufficienti.

Il report dedica poi attenzione agli eufemismi chirurgici, come “*top surgery*” o “ricostruzione del torace”, utilizzati in luogo di termini più precisi e clinicamente trasparenti quali “mastectomia bilaterale” o “asportazione chirurgica del tessuto mammario sano”. “Top surgery” è un’espressione colloquiale, identitaria, che attenua la percezione di ciò che realmente avviene: un intervento irreversibile su tessuto sano, con conseguenze definitive sull’allattamento, sulla sensibilità, sulla morfologia del corpo. Pur indicando formalmente la parte superiore del corpo, il termine *top* porta con sé, nell’inglese corrente, anche una risonanza valutativa positiva: richiama ciò che è migliore, ottimo, desiderabile, riuscito. Dire che “a 15 anni ha fatto una top surgery” produce un effetto molto diverso dal dire: “a 15 anni ha subito una mastectomia bilaterale su mammelle senza patologia organica, per motivi legati alla disforia di genere”. Nel secondo caso, la portata dell’atto medico, la sua irreversibilità e la sua eccezionalità in ambito pediatrico appaiono con evidenza. L’HHS non si limita a notare questa differenza lessicale, ma mette in luce come l’uso sistematico di espressioni attenuate contribuisca a normalizzare interventi che, per modalità e implicazioni, dovrebbero essere considerati altamente specialistici e straordinari.

Un altro snodo centrale del capitolo riguarda la formula “*sex assigned at birth*”, “sesso assegnato alla nascita”, e le relative sigle AFAB/AMAB (“assegnata femmina alla nascita”, “assegnato maschio alla nascita”). Questo modo di parlare del sesso corporeo è diventato dominante, in molti documenti, al posto di espressioni come “sesso biologico femminile/maschile”. Il report osserva che parlare sempre e solo di “sesso assegnato alla nascita” non è una scelta neutra: suggerisce che il sesso sia, in primo luogo, un atto di attribuzione sociale o linguistica, e solo in secondo piano una constatazione basata su caratteristiche biologiche (cromosomi, gonadi, genitali). Questo linguaggio traduce nel discorso medico una specifica cornice teorica: il sesso non è un dato che si osserva, ma una sorta di etichetta che si appiccica. L’HHS non propone di vietare questo termine, ma invita a prendere atto che il suo uso esclusivo incorpora una presa di posizione teorica: usare sempre “sesso assegnato alla nascita” significa adottare implicitamente l’idea che il sesso sia una specie di errore o di scelta arbitraria da correggere, piuttosto che una categoria biologica descrittiva.

La differenza tra una formulazione più neutra e una formulazione teoricamente carica si vede bene se si confrontano due frasi. Da un lato: "adolescente di sesso femminile che oggi desidera vivere socialmente come maschio"; dall'altro: "ragazzo transgender, assegnato femmina alla nascita". Nella seconda frase, la parola "ragazzo" è presentata come la vera identità, mentre "femmina alla nascita" viene implicitamente trattata come un errore iniziale dovuto all'assegnazione. In questo modo il linguaggio non si limita a descrivere la situazione, ma la interpreta secondo un modello molto specifico: esiste un'"identità di genere" interna, più autentica del corpo, che rende "sbagliata" la constatazione originaria del sesso.

Nella pratica della medicina di genere pediatrica, spesso si dà per scontato che ogni individuo possieda una identità di genere interna, stabile, intrinseca, che questa identità abbia uno statuto quasi ontologico e debba essere considerata più vera del sesso corporeo; e che le categorie "cisgender" e "transgender", "persona transgender" siano semplicemente descrittive di una realtà data scontatamente come vera. Il report fa notare che questo modo di parlare non è neutro: implica una teoria forte del soggetto, in cui l'identità di genere è un'entità interna, fissa e misurabile, indipendente dal contesto, dalle relazioni, dalla storia di sviluppo e dalla psicopatologia. L'HHS non nega affatto la realtà del disagio di questi giovani, ma avverte che, se si descrive una persona come "ragazza trans la cui identità di genere è intrinsecamente femminile, in un corpo assegnato maschile", si sta già interpretando il disagio esclusivamente come incongruenza tra un'identità innata e un corpo sbagliato. Una formulazione più descrittiva, del tipo "adolescente di sesso maschile che prova un forte disagio verso il proprio corpo e desidera vivere socialmente come femmina", lascia invece aperte anche altre ipotesi cliniche: dinamiche evolutive legate all'adolescenza, storia di trauma, omosessualità in conflitto, difficoltà identitarie generali.

Il report prosegue:

> «Il termine "adolescente" viene spesso usato per indicare bambini nelle prime fasi della pubertà, laddove una persona non specialista parlerebbe semplicemente di "bambino". Come ha scritto un membro della WPATH in un'e-mail: «Eviterei di parlare di bambini e ormoni, e mi atterrei alle definizioni mediche: quando un giovane entra in pubertà viene quindi classificato come adolescente (sia che abbia 9 anni sia che ne abbia 12)» (Boe v. *Marshall*, No. 2:22-cv-00184, M.D. Ala., 2024, come citato in U.S. Department of Health and Human Services [HHS], 2025, p. 32). Si veda anche Ryan (2025), che osserva come la dott.ssa Olson-Kennedy tenda a evitare i termini "child", "children" o "kids", e Levine et al. (2022b, p. 117). La Endocrine Society commette un semplice errore fattuale quando afferma che «l'intervento medico è riservato agli adolescenti più grandi e agli adulti» (Endocrine Society, 2023, come citato in HHS, 2025, p. 32).
>
> […]
>
> Un'altra espressione utilizzata è "pubertà sbagliata": ad esempio, «i bloccanti puberali … bloccano la progressione della pubertà così che il giovane non debba attraversare la pubertà sbagliata» (Jacoby, 2022, come citato in HHS, 2025, p. 32). Oltre a dare per scontato quale sarebbe il trattamento corretto, è fuorviante suggerire che la "pubertà giusta" indotta dagli estrogeni nei maschi o dal testosterone nelle femmine sia una sorta di versione "cross-sex" della pubertà, perché la pubertà,

per definizione, comporta la maturazione della capacità riproduttiva. Le linee guida della Endocrine Society adottano questo linguaggio, parlando di «induzione della pubertà femminile» nei maschi (Hembree et al., 2017, tabella 8, come citato in HHS, 2025, p. 32).»

Il linguaggio usato nella medicina di genere pediatrica non è un semplice strumento neutro di comunicazione: è già un campo di battaglia teorico. Le espressioni incorporano giudizi di valore, promesse implicite e visioni del genere e del corpo che non sono condivise da tutta la comunità scientifica e che, soprattutto, non derivano dai dati. Questo influisce sulla valutazione critica delle evidenze, perché un intervento presentato come "cura che afferma il genere" o "trattamento salvavita completamente reversibile" viene percepito in modo molto diverso da uno descritto come "uso off-label di analoghi del GnRH con effetti a lungo termine incerti". Influisce sul consenso informato, perché i genitori e i minori sentono parole rassicuranti – "cura", "affermazione", "reversibile" – al posto di descrizioni tecniche realistiche. E influisce sul confronto scientifico, perché chi solleva dubbi sulle pratiche rischia di essere percepito come qualcuno che "nega l'identità" o "non afferma il genere", invece che come un clinico o un ricercatore che discute dati, rischi e benefici.

Efficacia ed effetti dei bloccanti puberali

Entrambi i principali report istituzionali occidentali, Cass Review e HHS, concordano nel ritenere che l'impiego dei bloccanti della pubertà nei bambini e negli adolescenti con disforia di genere si sia sviluppato in assenza di un solido impianto scientifico e clinico, secondo modalità che non rispettano gli standard abitualmente richiesti in ambito pediatrico per interventi che incidono profondamente sullo sviluppo biologico e psicologico.

La Cass Review rileva innanzitutto che non esiste un protocollo clinico standardizzato e validato per l'uso dei bloccanti in questa popolazione. Le indicazioni, i criteri di accesso, le modalità di monitoraggio e le strategie di sospensione del trattamento risultano eterogenee, variabili tra servizi e spesso derivate per analogia da ambiti clinici differenti, come la pubertà precoce, senza che tale trasposizione sia stata adeguatamente giustificata sul piano scientifico. Cass sottolinea che i bloccanti sono stati introdotti nella pratica clinica per la disforia di genere prima che fossero disponibili dati affidabili sugli effetti a medio e lungo termine, configurando di fatto un uso sperimentale protratto nel tempo.

Sul piano dell'efficacia, la Cass Review conclude che non vi sono evidenze che dimostrino in modo robusto benefici clinicamente significativi dei bloccanti sul benessere psicologico, sulla riduzione della disforia, sulla qualità della vita o sulla prevenzione della suicidarietà. Gli studi disponibili sono caratterizzati da campioni ridotti, assenza di gruppi di controllo adeguati, follow-up brevi e alto

rischio di bias. Le analisi metodologiche condotte nel report classificano la qualità complessiva delle prove come bassa o molto bassa, rendendo impossibile trarre conclusioni solide sugli esiti positivi dell'intervento. In questo quadro, Cass osserva che eventuali miglioramenti riportati tendono a essere transitori, soggettivi e non distinguibili dagli effetti aspecifici di attenzione clinica e supporto.

Il report del U.S. Department of Health and Human Services giunge a conclusioni convergenti. Anche l'HHS evidenzia che l'uso dei bloccanti nei minori con disforia di genere non è supportato da studi randomizzati controllati e che mancano dati longitudinali adeguati a valutare gli esiti a lungo termine, sia fisici sia psicologici. Il report sottolinea che l'incertezza riguarda non solo l'efficacia, ma anche la sicurezza dell'intervento, in particolare in relazione a processi chiave dello sviluppo adolescenziale.

Per quanto riguarda i danni accertati o plausibili, entrambi i report riconoscono l'esistenza di effetti avversi documentati sul piano fisico. La Cass Review richiama le evidenze relative a modificazioni della densità minerale ossea durante una fase critica dello sviluppo scheletrico, con potenziali implicazioni per il rischio di osteopenia e osteoporosi. Viene inoltre segnalata l'incertezza sugli effetti dello stop puberale sullo sviluppo neuro-cognitivo, dato che la pubertà è un periodo di profonda riorganizzazione cerebrale e che l'interferenza farmacologica in questa fase potrebbe avere conseguenze non ancora pienamente comprese.

Il report HHS amplia questa analisi sottolineando che la reversibilità spesso attribuita ai bloccanti è teorica e non dimostrata empiricamente per tutti i domini coinvolti. In particolare, l'HHS osserva che l'arresto della pubertà può avere effetti duraturi sullo sviluppo sessuale, sulla fertilità futura, sulla funzione sessuale e sull'integrazione dell'immagine corporea, soprattutto quando il trattamento è seguito dalla somministrazione di ormoni cross-sex.

Entrambi i documenti pongono inoltre l'accento su un danno meno immediatamente visibile ma clinicamente rilevante: la possibile compromissione del processo di sviluppo psicologico. La sospensione artificiale della pubertà può interferire con l'elaborazione dell'esperienza corporea, con la maturazione dell'identità e con l'integrazione delle dimensioni affettive e relazionali dell'adolescenza. Questo aspetto è particolarmente critico nei minori che presentano comorbilità psicopatologiche o neurodivergenze, ampiamente documentate in entrambe le revisioni.

In sintesi, Cass Review e report HHS convergono nel delineare un quadro in cui i bloccanti della pubertà sono stati introdotti e utilizzati senza protocolli clinici validati, senza evidenze affidabili di beneficio e in presenza di rischi fisici e psicologici reali o plausibili, non adeguatamente studiati. Questa combinazione di incertezza sull'efficacia, assenza di standard condivisi e potenziali danni porta entrambi i report a raccomandare un approccio di estrema prudenza, con un ripensamento del

ruolo dei bloccanti e una riaffermazione della centralità di interventi psicologici e psicoterapeutici non invasivi nella presa in carico dei minori.

Sviluppo, desistenza e cambiamento dell'identità di genere in assenza di transizione precoce

Uno dei punti più delicati e frequentemente distorti nel dibattito sulla disforia di genere in età evolutiva riguarda la possibilità che bambini e adolescenti, se non avviati precocemente a un percorso di transizione sociale o medica, possano modificare nel tempo la propria auto-percezione identitaria, ridimensionare o abbandonare l'idea di appartenere al sesso opposto, oppure riorientare il significato soggettivo del proprio disagio.

Sia la Cass Review sia il report del U.S. Department of Health and Human Services affrontano questo tema con estrema cautela metodologica, ma convergono su alcuni punti fondamentali che consentono una conclusione chiara: l'identità di genere in età evolutiva non è un dato fisso, e l'assenza di una transizione precoce non equivale a un danno dimostrato, come affermato dai fautori dei bloccanti, ma può al contrario consentire traiettorie di sviluppo differenti, incluso il superamento spontaneo della disforia.

La Cass Review richiama esplicitamente la letteratura clinica storica sui bambini prepuberi con incongruenza/disforia di genere, osservando che una quota consistente di questi bambini non persiste nella disforia durante l'adolescenza. Il rapporto sintetizza che gli studi longitudinali precedenti all'era della medicalizzazione diffusa indicavano percentuali di desistenza comprese approssimativamente tra il 60% e il 90%, a seconda dei criteri diagnostici e dei campioni studiati. Cass precisa che le coorti storiche (anni '80–2000) sono state valutate con criteri diagnostici più ampi e in un contesto culturale e clinico profondamente diverso dall'attuale. La popolazione contemporanea che accede ai servizi di medicina di genere è infatti radicalmente mutata per età di esordio, sesso, profilo psicopatologico e modalità di presa in carico. Per questo Cass avverte che i dati di desistenza infantile non possono essere trasferiti automaticamente agli adolescenti odierni, ma restano fondamentali nel dimostrare che l'incongruenza di genere in età precoce è spesso transitoria e che l'intervento medicalizzato precoce interrompe un processo evolutivo che, nella maggioranza dei casi storicamente osservati, si sarebbe modificato spontaneamente.

Questa osservazione è centrale, perché contraddice l'assunto secondo cui l'identità di genere dichiarata in età infantile debba essere necessariamente considerata stabile e irreversibile.

Il report del U.S. Department of Health and Human Services conferma un quadro sostanzialmente simile. L'HHS riconosce infatti che la storia naturale e la prognosi della disforia di genere nei

minori restano in larga parte incerte e che non esistono dati sufficienti per considerare stabile l'identità di genere espressa in età evolutiva. Allo stesso tempo, il report richiama la letteratura clinica precedente, osservando come le popolazioni pediatriche originariamente studiate fossero profondamente diverse da quelle attuali e come in tali coorti molti bambini non persistessero nella disforia con il passaggio all'adolescenza.

Effetti della transizione medica precoce sulle traiettorie di sviluppo

La Cass Review introduce un elemento di estrema rilevanza clinica: il confronto tra le traiettorie osservate nei bambini seguiti in epoche precedenti e quelle dei minori attuali, avviati precocemente a percorsi di affermazione sociale e medica.

Il rapporto osserva che l'introduzione della soppressione puberale coincide con una drastica riduzione delle traiettorie di desistenza. In particolare, Cass rileva che una quota molto elevata dei minori che iniziano i bloccanti della pubertà prosegue successivamente con ormoni cross-sex. Questo dato non viene interpretato dal report come prova dell'"accuratezza diagnostica" iniziale, bensì come indicatore del fatto che la soppressione puberale non è un intervento neutrale: modifica il corso dello sviluppo fisico e psicologico e riduce sostanzialmente la possibilità di riorientamento identitario spontaneo. In altri termini, la Cass Review suggerisce che la diminuzione della desistenza osservata nelle coorti più recenti non può essere attribuita a una maggiore stabilità dell'identità, ma può essere spiegata, almeno in parte, dall'effetto di canalizzazione forzata prodotto dall'intervento precoce.

In modo particolarmente rilevante, l'HHS segnala che la transizione sociale precoce è associata, negli studi disponibili, a una probabilità molto elevata di persistenza della disforia e a tassi molto alti di prosecuzione verso bloccanti puberali e ormoni cross-sex. Il dato suggerisce che l'intervento affermativo anticipato non si limita a "registrare" un'identità già definita, bensì tende a modificare la traiettoria evolutiva del minore, riducendo drasticamente la possibilità di desistenza spontanea che la letteratura storica aveva invece ampiamente documentato.

Effetti della transizione sociale

Cass non tratta la transizione sociale come un gesto neutro, spontaneo o privo di conseguenze, ma come un passaggio che può incidere sulla traiettoria evolutiva del minore. La Review precisa anzitutto che non esiste una definizione unica di transizione sociale, ma che essa comprende cambiamenti sociali come nome, pronomi, abbigliamento, aspetto e ruolo vissuto; inoltre distingue tra modifiche parziali e transizione piena. Sottolinea poi che nei bambini il peso delle convinzioni dei

genitori è inevitabilmente molto maggiore, mentre negli adolescenti l'esplorazione identitaria rientra più ampiamente nei normali processi dello sviluppo. Il punto decisivo è che non esistono prove chiare che la transizione sociale in età infantile produca esiti positivi o negativi sulla salute mentale, e negli adolescenti le evidenze di un qualche effetto risultano deboli. Allo stesso tempo, la Review osserva che chi aveva transitato socialmente più precocemente o prima della presa in carico clinica risultava più spesso indirizzato verso un percorso medico successivo. Pur chiarendo che da questi studi non si può dedurre un nesso causale certo, la Cass ritiene plausibile che la transizione sociale in infanzia possa contribuire a modificare o consolidare la traiettoria dell'identità di genere. Per questo conclude che il clinico dovrebbe aiutare le famiglie a riconoscere la normale variabilità dello sviluppo, evitare decisioni premature e, quando possibile, preferire soluzioni parziali piuttosto che una transizione piena, così da mantenere aperte le opzioni fino a quando il percorso evolutivo non sia più chiaro.

Nel documento HHS del 2025, la transizione sociale è trattata come una questione centrale e non come un semplice contorno del percorso clinico. Viene definita come il cambiamento di uno o più aspetti della presentazione di sé - nome, aspetto, comportamento - con lo scopo di essere percepiti e trattati come appartenenti all'altro sesso, oppure di non essere percepiti come appartenenti al proprio. Il report riprende espressamente la Cass Review per sostenere che, anche se avviene fuori dai servizi sanitari, la transizione sociale va considerata un intervento attivo, perché può incidere sul funzionamento psicologico e sugli esiti successivi.

La tesi principale del documento è che gli effetti della transizione sociale restano largamente incerti. La revisione sistematica identifica solo due review pertinenti e conclude che l'impatto della transizione sociale sulla persistenza della disforia di genere, sugli esiti psicologici, sul benessere e sulle decisioni successive relative a ormoni o chirurgia è ancora poco compreso. Anche i dati sull'eventuale pentimento o ripensamento sono giudicati estremamente limitati. Per tutti questi esiti, la certezza dell'evidenza è molto bassa.

Il documento insiste molto sui limiti metodologici della letteratura. Sottolinea che la maggior parte degli studi disponibili è trasversale, che mancano studi prospettici longitudinali con gruppi di confronto adeguati, e che spesso gli studi non separano l'effetto della transizione sociale da quello di altri interventi concomitanti, come psicoterapia, bloccanti puberali o ormoni cross-sex. Questo impedisce di attribuire con sicurezza gli esiti osservati alla sola transizione sociale.

Nella sintesi complessiva delle evidenze, il report aggiunge un elemento che considera rilevante: alcuni studi suggeriscono che la transizione sociale precoce sia associata a un alto tasso di persistenza della disforia e a una prosecuzione superiore al 90% verso bloccanti puberali e ormoni

cross-sex. Tuttavia precisa che, dal punto di vista metodologico, non si può stabilire con sicurezza la catena causale, proprio perché la qualità dell'evidenza è molto bassa.

In sostanza, il documento HHS presenta la transizione sociale come un passaggio tutt'altro che neutro: non la considera dimostrata come benefica sul piano della salute mentale, non ritiene chiariti i suoi effetti sul decorso della disforia, e giudica insufficiente la base empirica per trattarla come pratica clinicamente validata in modo robusto. Il suo argomento finale è quindi che, proprio perché la transizione sociale può avere effetti rilevanti ma ancora mal conosciuti, essa deve essere pensata con maggiore prudenza teorica e clinica, non come gesto innocuo o autoevidente.

Disforia di genere e salute mentale

I minori al giorno d'oggi inviati ai servizi di genere presentano molto spesso un quadro clinicamente stratificato e complesso, nel quale il disagio relativo al sesso e al corpo si intreccia con altre condizioni del neurosviluppo, psicopatologiche e psicosociali. La Cass Review insiste sul fatto che questa coorte non assomiglia più a quella storicamente descritta: tra i ragazzi e le ragazze che arrivano ai servizi specialistici si osservano alti livelli di neurodiversità e di comorbilità psichiatriche, oltre a una più alta frequenza di esperienze avverse infantili e di situazioni di vulnerabilità sociale. In particolare, ricorrono con frequenza autismo o tratti dello spettro autistico, ma anche ansia, depressione, disturbi dell'alimentazione, comportamenti autolesivi e ideazione o comportamenti suicidari; la Review richiama inoltre l'attenzione su condizioni come il Disturbo da dismorfismo corporeo, che in alcuni casi possono rendere più difficile distinguere se il nucleo del disagio riguardi primariamente l'immagine corporea o l'incongruenza di genere. Proprio per questo Cass rifiuta sia la lettura semplicistica secondo cui tutto sarebbe spiegato dalla disforia di genere, sia quella opposta secondo cui la disforia sarebbe soltanto un epifenomeno di altre diagnosi: il rapporto tra queste condizioni resta, secondo la Review, clinicamente intricato e non lineare.

Viene ricordato che, in una parte significativa dei casi, altre diagnosi dei manuali diagnostici psichiatrici risultano precedere temporalmente la disforia, e che i clinici hanno descritto situazioni in cui, trattata una condizione come il Disturbo da dismorfismo corporeo, alcuni giovani non si sentono più in contrasto con il proprio sesso alla nascita, mentre altri riducono il disagio corporeo ma mantengono una marcata incongruenza di genere. Da qui deriva una conseguenza decisiva: la diagnosi di disforia di genere, da sola, non è predittiva né di una futura identità trans stabile né del fatto che l'intervento medico rappresenti la soluzione migliore. Per Cass, dunque, la presa in carico deve essere globale, con uno screening esplicito delle condizioni del neurosviluppo, incluso l'autismo, e una

valutazione approfondita della salute mentale, capace di esplorare tono dell'umore, ansia, regolazione emotiva, rapporto con il peso e con il corpo, sintomi somatici, sonno, appetito, concentrazione, autolesionismo e suicidarietà, così da costruire non una risposta standardizzata, ma una formulazione individuale del caso.

Il quadro che emerge nel report HHS è, sul punto delle comorbilità, sostanzialmente simile a quello della Cass Review: anche qui i minori che arrivano ai servizi non appaiono come un gruppo omogeneo definito dalla sola disforia di genere, ma come una popolazione clinicamente complessa, nella quale ricorrono con frequenza depressione, ansia, suicidarietà, autolesionismo, disturbi dell'alimentazione e condizioni del neurosviluppo come il disturbo dello spettro autistico. Come Cass, anche l'HHS insiste sul fatto che il rapporto tra disforia e disturbi concomitanti non è chiarito e non consente letture semplicistiche: non si può assumere né che tutto sia spiegato dalla disforia, né che la disforia sia sempre soltanto un effetto secondario di altro. In una quota non trascurabile di casi, la disforia può emergere secondariamente a una diagnosi più primaria o a una sofferenza precedente: cita espressamente il disturbo dello spettro autistico, il disturbo borderline di personalità e il trauma grave, compreso l'abuso sessuale, come possibili quadri entro cui la disforia può iscriversi. Allo stesso tempo può accadere che sia la stessa disforia, in quanto esperienza intensamente dolorosa, a produrre ansia o depressione. Queste evenienze vanno comprese caso per caso. Inoltre il report richiama studi secondo cui, in oltre il 70% dei casi, altre diagnosi dei manuali diagnostici psichiatrici hanno preceduto temporalmente la disforia, e valorizza i dati finlandesi, che abbiamo esposto in precedenza, secondo cui il 75% dei giovani inviati ai servizi presentava gravi problemi di salute mentale preesistenti; aggiunge poi il dato, già richiamato anche nel dibattito britannico, di una quota molto elevata di tratti autistici moderati o gravi nei pazienti del servizio inglese.

Questi elementi sostengono la necessità di una valutazione globale e prudente della persona, evitando fermamente la riduzione del caso a una traiettoria identitaria da confermare, e conferendo una priorità clinica al trattamento psicoterapeutico rispetto alla medicalizzazione.

Suicidio e autolesionismo

Sia la Cass Review sia il report HHS mostrano come, nel quadro della disforia di genere in età evolutiva, ideazione suicidaria, autolesionismo e altri indicatori di grave sofferenza psichica compaiano con frequenza elevata, ma senza che ciò autorizzi una lettura semplice o univoca del rischio. Entrambi i documenti insistono sul fatto che i suicidi consumati, pur rappresentando l'esito più drammatico e più temuto, restano sul piano epidemiologico eventi fortunatamente rari, e che la loro

interpretazione non può essere isolata dal contesto clinico complessivo. La Cass osserva che il rischio suicidario in questa popolazione è superiore a quello della popolazione generale, ma aggiunge che i numeri assoluti sono bassi, che le conclusioni vanno maneggiate con cautela, e che nei casi noti compaiono spesso comorbilità multiple, vulnerabilità pregresse e situazioni biografiche complesse.

Il report HHS, dal canto suo, formula un rilievo analogo, sottolineando che il suicidio completato tra adolescenti con disforia di genere rimane raro e che non può essere attribuito in modo mono-causale alla sola incongruenza di genere, poiché frequentemente si accompagna ad altre diagnosi psichiatriche che, già di per sé, aumentano il rischio suicidario. In questo senso, entrambi i testi convergono nel rifiutare l'idea che il suicidio costituisca una sorta di prova automatica della necessità della transizione medica.

Proprio qui emerge uno dei punti più importanti: non vi sono evidenze di alta qualità che dimostrino che i percorsi di transizione medica riducano il rischio di morte per suicidio. Il report HHS lo afferma in modo particolarmente esplicito, contestando la retorica dei trattamenti affermativi come cure "salvavita"; la Cass giunge a una conclusione di fondo non diversa, osservando che l'ipotesi secondo cui il trattamento ormonale ridurrebbe il rischio elevato di suicidio non è sostenuta dalle evidenze disponibili. Ne deriva una conseguenza clinica decisiva: il rischio suicidario non può essere usato come scorciatoia argomentativa per evitare l'esplorazione diagnostica, né come giustificazione autosufficiente di una medicalizzazione precoce. Al contrario, sia Cass sia HHS ricollocano suicidarietà e autolesionismo entro il campo più ampio della salute mentale dell'adolescenza, dove devono essere valutati insieme a depressione, ansia, disregolazione emotiva, trauma, isolamento, bullismo, difficoltà familiari e altre condizioni concomitanti, con gli strumenti ordinari e rigorosi della clinica. La Cass insiste infatti sulla necessità di una valutazione strutturata di umore, ansia, autolesionismo, pensieri e comportamenti suicidari; l'HHS aggiunge che suicidarietà e comportamento suicidario dispongono già di strategie psicoterapeutiche e psichiatriche proprie, e che proprio per questo non possono essere assorbiti dentro una narrativa esclusivamente identitaria o affidati all'idea che la conferma immediata della traiettoria di transizione costituisca di per sé prevenzione del suicidio.

Transizione come problema di genere femminile

Nella Cass Review si riconosce con grande chiarezza che il fenomeno contemporaneo ha assunto sempre più il volto di una presentazione prevalentemente femminile, o più precisamente di adolescenti di sesso femminile che arrivano ai servizi in età puberale o postpuberale, senza diagnosi pregressa di disforia. Cass osserva infatti che, dal 2014, gli invii al servizio inglese (GIDS) crescono

in modo esponenziale e che la maggioranza delle nuove richieste proviene da ragazze adolescenti; nell'audit dei dimessi 2018–2022, il 73% risultava costituito da femmine alla nascita.

La Review evidenzia che la sola maggiore accettazione sociale delle identità trans non basta a spiegare il fenomeno, che non spiega né la rapidità dell'aumento di richieste né il passaggio da una prevalenza storica maschile a una prevalentemente femminile. Per questo propone di guardare a fattori psicosociali, e tra questi elenca: mutamenti nei concetti di genere e sessualità, manifestazioni più ampie del disagio mentale adolescenziale, influenza dei pari e dell'ambiente socioculturale, compreso il ruolo dei media, oltre alla disponibilità dei bloccanti puberali come elemento che può avere modificato la curva degli invii.

In questo senso, la Cass suggerisce che la transizione diventa oggi una questione particolarmente femminile non perché le ragazze abbiano finalmente manifestato una speciale "essenza trans", ma perché il nuovo profilo epidemiologico si addensa soprattutto su adolescenti femmine con presentazioni complesse, spesso accompagnate da problemi di salute mentale. Il rapporto insiste molto su questo aspetto: la popolazione per la quale furono immaginati i protocolli originari era composta soprattutto da maschi con incongruenza precoce, mentre la popolazione che oggi si presenta è diversa, e proprio per questo la sua storia naturale è molto meno conosciuta.

Cass non trasforma questa femminilizzazione del fenomeno in una teoria unica. Rifiuta tanto la spiegazione "tutti nascono così" quanto quella "è solo contagio sociale"[20]. Piuttosto, considera la

[20] Il dato femminile è talmente impressionante da far dubitare che "disforia di genere" possa essere un modo adeguato di descrivere l'impennata di richieste di transizione tra le ragazze, tanto che si è parlato di *Rapid Onset Gender Dysphoria* (Littman, 2019), una forma di *coping* sociale per fronteggiare disagio causato da altri problemi/disturbi, sostenuto dal *social contagion* e dall'incoraggiamento dei gruppi di pressione politica.

Di fatto, dal 2016 al 2020 oltre ventiseimila ragazze sotto i 30 anni sono stimate essersi sottoposte negli USA a interventi di chirurgia affermativa (Wright et al., 2023), principalmente mastectomia, di cui una quota del 10% di minori.

Aggiungiamo, su questa tematica, il recente Rapporto della Relatrice Speciale ONU Reem Alsalem sulla violenza sessuale contro le donne e le ragazze (Alsalem, 2025). Il report, che rappresenta una posizione personale ma comunque di indubbio interesse, dedica un'attenzione specifica alle adolescenti e all'aumento delle transizioni femminili, e interpreta il dato come un fenomeno che va compreso alla luce delle pressioni sessiste e stereotipate che colpiscono le ragazze durante la pubertà. La transizione viene descritta, in molti casi, come una risposta adattiva al disagio legato alla sessualizzazione del corpo femminile, all'autosabotaggio estremo delle prerogative femminili, alla difficoltà di vivere un orientamento omosessuale o al rifiuto di ruoli di genere rigidi. In questa prospettiva, la transizione non appare affatto come una libera espressione dell'identità, ma come l'esito di una violenza di genere preesistente, che viene medicalizzata invece di essere affrontata sul piano sociale e culturale. Il report sottolinea inoltre la significativa co-occorrenza tra disforia di genere e psicopatologia, suggerendo che alcune ragazze possano essere particolarmente vulnerabili a narrazioni identitarie rigide come modalità di regolazione del disagio.

Riguardo alla transizione medica nelle minori, le conseguenze elencate - perdita irreversibile della fertilità, menopausa precoce, osteoporosi, disfunzioni sessuali, impossibilità di allattare dopo mastectomia - rappresentano dimensioni che colpiscono in modo specifico il corpo femminile e la sua generatività e sono chiaramente di matrice misogina; coinvolgono soggetti che non sono in grado di fornire un consenso informato pienamente valido. Il report evidenzia che tali pratiche coinvolgono in misura crescente le ragazze e che, per questo motivo, devono essere lette anche come una forma di violenza di genere istituzionalizzata, esercitata attraverso il sistema medico e legittimata da un discorso di tutela.

Oltre a rimarcare la pesante connotazione misogina dell'aggressione alla generatività femminile da parte del movimento queer, ne *Il corpo come specchio del mondo* (2003) la psicoanalista francese Janine Chasseguet-Smirgel (1973; 1984; 2003) lo rielabora come versione contemporanea di quella tensione umana a farsi "corpi celesti", alla "ribellione

sproporzionata presenza femminile come un segnale clinico da spiegare, che obbliga a interrogare il rapporto tra pubertà, sviluppo dell'identità, sessualità, pressioni sociali e sofferenza psicologica. In altre parole, nella Cass Review la transizione appare come un problema femminile soprattutto perché il fenomeno contemporaneo della disforia e della domanda di transizione si è spostato massicciamente sulle ragazze adolescenti, e questo mutamento, secondo la Review, non è ancora stato compreso in modo soddisfacente. A maggior ragione soluzioni un tempo pensate per profili totalmente differenti non sono applicabili alla nuova richiesta, che va esplorata a fondo.

Anche nel report HHS si assume come dato fondamentale il netto mutamento epidemiologico. Il rapporto presenta questo cambiamento come uno dei motivi principali per cui la medicina di genere pediatrica è entrata in crisi: sono cambiati i numeri, sono cambiati i profili clinici, e dunque non è più legittimo applicare senza attrito protocolli costruiti altrove e per altri pazienti. La transizione è divenuta, di fatto, una questione specificamente legata all'esperienza adolescenziale femminile contemporanea. Il rapporto insiste sul fatto che la diagnosi si fonda su autoriferimenti soggettivi e osservazioni comportamentali in una fase della vita in cui atteggiamenti, sentimenti e vissuti corporei sono particolarmente mobili; collega questo punto alla crisi della salute mentale adolescenziale e alla frequente presenza di condizioni psichiatriche o del neurosviluppo concomitanti. In questa cornice, la forte presenza di ragazze non è solo un dato epidemiologico, ma diventa il luogo in cui il rapporto colloca il nesso fra corpo puberale femminile, sofferenza, identità e medicalizzazione. Il problema non è più soltanto che "non sappiamo abbastanza" del fenomeno, bensì che si sarebbe medicalizzata con grande rapidità una popolazione femminile nuova e non sufficientemente compresa.

La morbilità psichiatrica nello studio finlandese del 2026

Nel marzo 2026 viene pubblicato "Morbilità psichiatrica tra adolescenti e giovani adulti che hanno contattato i servizi specialistici per l'identità di genere in Finlandia nel periodo 1996–2019: uno studio basato su registri" a firma di Ruuska et al. (2026); lo studio esamina la morbilità psichiatrica grave tra adolescenti e giovani adulti che hanno contattato i servizi specialistici per l'identità di genere in Finlandia tra il 1996 e il 2019. Il campione comprende 2.083 soggetti sotto i 23 anni, seguiti

contro l'ordine biologico", allo "smantellamento del corpo" e alla "dislocazione del mondo", con cui ella ha descritto una costellazione culturale ostile al limite costituito dall'incarnazione. In questa prospettiva, una parte del post-strutturalismo e del pensiero queer può essere ricondotta a quella dimensione mai sopita dello gnosticismo che vive il corpo come limite detestabile, gabbia infima e ostacolo al rifacimento del mondo: come se manipolando il corpo si potesse manipolare l'ordine stesso del reale, e ritrovare, al di là della carne, un'unità perduta e una perfezione sottratta all'incompletezza della condizione incarnata.

dal primo contatto con il servizio fino al decesso o al giugno 2022, e confrontati con 16.643 controlli della popolazione generale, appaiati per anno e comune di nascita. L'obiettivo era verificare se questa popolazione presentasse una maggiore necessità di cure psichiatriche specialistiche rispetto ai controlli; se tale necessità fosse cambiata nel tempo; se vi fossero differenze tra i sessi e come evolvessero i bisogni psichiatrici nei soggetti che avevano o non avevano effettuato una riassegnazione medica di genere. L'esito osservato è il ricorso al trattamento psichiatrico specialistico, assunto dagli autori come indicatore di morbilità psichiatrica severa.

Il primo risultato, che costituisce anche il dato centrale dell'articolo, è che i soggetti inviati ai servizi per l'identità di genere presentano una morbilità psichiatrica molto più elevata dei controlli sia prima del primo accesso sia nel follow-up. Prima della data indice, aveva ricevuto trattamento psichiatrico specialistico il 45,7% del gruppo inviato ai servizi, contro il 15,0% dei controlli. A due anni o più dal primo contatto, la quota saliva al 61,7% nel gruppo studiato, contro il 14,6% nei controlli. Anche il numero complessivo dei contatti psichiatrici specialistici nel corso della vita risultava nettamente diverso: tra i soggetti del gruppo studiato solo il 23,4% non aveva alcun contatto con i servizi psichiatrici specialistici, contro il 74,0% dei controlli; inoltre, le fasce di maggiore intensità di cura erano molto più rappresentate nel gruppo inviato ai servizi di identità di genere, con il 27,6% che aveva avuto 101 o più contatti, contro appena il 4,3% dei controlli. In quel gruppo era molto più frequente una storia di cura lunga, ripetuta e presumibilmente legata a quadri più complessi o persistenti. Gli autori interpretano questi dati nel senso che il bisogno di cura psichiatrica specialistica in questa popolazione non è solo più frequente, ma anche spesso più intenso e protratto.

Un secondo asse dell'articolo riguarda l'andamento storico del fenomeno. Gli autori dividono i soggetti in due coorti, distinguendo tra coloro che hanno contattato i servizi nel periodo 1996–2010 e quelli che vi hanno avuto accesso nel periodo 2011–2019, cioè nel contesto del forte aumento delle richieste registrato in Finlandia. Nella coorte più antica, il 23,7% aveva già ricevuto trattamenti psichiatrici specialistici prima del contatto con il servizio, contro l'11,8% dei controlli; nella coorte più recente, la quota saliva al 47,9%, contro il 15,3% dei controlli. Anche il trattamento psichiatrico nel follow-up restava molto elevato in entrambe le coorti, ma i dati più recenti confermavano l'ampiezza del fenomeno: 61,3% dei soggetti inviati ai servizi contro 14,2% dei controlli. Gli autori sottolineano che la quota di soggetti con una storia psichiatrica specialistica precedente all'accesso ai servizi di identità di genere è sostanzialmente raddoppiata passando dalla coorte più antica a quella più recente. Poiché tra i controlli non si osserva un incremento paragonabile, essi ritengono che il fenomeno non possa essere spiegato semplicemente con un miglior riconoscimento generale dei disturbi mentali. La

loro conclusione è che, negli anni successivi al 2010, ai servizi specialistici per l'identità di genere arrivano sempre più spesso adolescenti con bisogni psichiatrici severi e complessi.

Lo studio dedica molta attenzione anche alle differenze tra i gruppi, distinguendo i soggetti in base al sesso alla nascita e al fatto di aver o non aver effettuato una riassegnazione medica di genere. I gruppi considerati sono: soggetti di sesso maschile che desideravano una transizione verso il femminile senza aver effettuato riassegnazione medica; soggetti di sesso femminile che desideravano una transizione verso il maschile senza riassegnazione medica; soggetti che hanno effettuato riassegnazione femminilizzante; e soggetti che hanno effettuato riassegnazione mascolinizzante. Prima del contatto con i servizi, il ricorso a trattamenti psichiatrici specialistici risultava particolarmente elevato nei soggetti che chiedevano una transizione verso il maschile senza aver effettuato riassegnazione medica (65,0%) e in quelli che chiedevano una transizione verso il femminile senza riassegnazione medica (53,1%). Più basse, prima del contatto, erano invece le percentuali nei gruppi che successivamente avevano effettuato riassegnazione medica: 9,8% nei soggetti con riassegnazione femminilizzante e 21,6% in quelli con riassegnazione mascolinizzante. Gli autori osservano che questa differenza probabilmente riflette il fatto che una morbilità psichiatrica severa può costituire una controindicazione alla riassegnazione medica di genere. Nel follow-up, tuttavia, tutti i gruppi inviati ai servizi mostrano bisogni psichiatrici elevati. A due anni o più dalla data indice, il ricorso a trattamenti psichiatrici specialistici riguarda il 59,7% del gruppo che desiderava una transizione verso il femminile senza riassegnazione medica, il 67,2% di quello che desiderava una transizione verso il maschile senza riassegnazione medica, il 60,7% del gruppo che aveva effettuato riassegnazione femminilizzante e il 54,5% di quello che aveva effettuato riassegnazione mascolinizzante. I controlli, invece, rimangono su livelli molto più bassi: 11,1% tra i maschi e 18,1% tra le femmine. Gli autori evidenziano soprattutto che, nei soggetti che hanno effettuato riassegnazione medica, il bisogno di trattamenti psichiatrici specialistici aumenta considerevolmente nel corso del follow-up: dal 9,8% al 60,7% per la riassegnazione femminilizzante e dal 21,6% al 54,5% per quella mascolinizzante. È proprio questo uno dei risultati su cui insistono maggiormente.

Le analisi multivariate rafforzano ulteriormente questa conclusione. In un primo momento, senza controllare per fattori confondenti, i soggetti che non avevano effettuato riassegnazione medica mostravano i più alti rischi successivi di trattamento psichiatrico specialistico. Tuttavia, quando gli autori controllano per anno di nascita, anno del primo contatto e soprattutto per precedente trattamento psichiatrico, le differenze tra i gruppi tendono a livellarsi: una parte del maggior rischio osservato inizialmente nei gruppi senza riassegnazione medica dipendeva dal fatto che questi soggetti avevano più spesso una morbilità psichiatrica precedente. Una volta tenuto conto di questo, i gruppi si

assomigliano di più. Gli autori interpretano questo risultato nel senso che, una volta tenuto conto della storia psichiatrica precedente, tutti i soggetti inviati ai servizi mostrano un rischio elevato e sostanzialmente simile di ulteriore trattamento psichiatrico specialistico, indipendentemente dalla direzione della transizione desiderata e dall'aver o meno effettuato riassegnazione medica. Inoltre, sia un anno di invio più recente sia un anno di nascita più recente risultano predittori di maggiore rischio psichiatrico nel follow-up.

Nella discussione, gli autori affermano che i loro dati non supportano l'idea secondo cui la riassegnazione medica di genere avviata negli anni dello sviluppo porti a un miglioramento della salute mentale. Al contrario, osservano che la necessità di cure psichiatriche specialistiche aumenta in modo importante nei soggetti che hanno effettuato tali trattamenti. I disturbi psichiatrici severi non sembrano attribuibili primariamente alla disforia di genere. Per spiegare l'aumento dei bisogni psichiatrici nei soggetti che hanno effettuato riassegnazione medica, soprattutto in quelli con riassegnazione femminilizzante, gli autori evocano diversi possibili meccanismi: un ruolo potenziale degli estrogeni nell'induzione di sintomi depressivi, il mancato soddisfacimento delle aspettative riposte nei trattamenti, e più in generale la persistenza di condizioni psichiatriche che richiedono una presa in carico propria. Osservano anche che, sebbene gli ormoni mascolinizzanti potrebbero teoricamente migliorare l'umore e ridurre il disagio correlato al corpo, i dati mostrano che anche in quel gruppo i bisogni psichiatrici aumentano in modo marcato.

Le conclusioni cliniche dello studio sono molto esplicite. Gli autori sostengono che, indipendentemente dal sesso, gli adolescenti con disforia di genere presentano una morbilità psichiatrica eccessiva rispetto ai coetanei della popolazione generale. Ritengono inoltre che i bisogni psichiatrici sembrino essere ancora più pronunciati nelle coorti più recenti, cioè in quelle emerse nel contesto della crescita delle richieste a partire dagli anni 2010. Scrivono che, per alcuni adolescenti, la disforia di genere potrebbe essere secondaria ad altre difficoltà di salute mentale, e che questo dato rende necessaria una valutazione psichiatrica approfondita e un trattamento adeguato dei disturbi mentali sia prima sia dopo eventuali trattamenti medici irreversibili. Nelle implicazioni cliniche finali, affermano che i bisogni psichiatrici di questi adolescenti non si attenuano dopo la riassegnazione medica di genere e che, in alcuni individui, tale percorso sembra addirittura collegarsi a un peggioramento della salute mentale. Per questo insistono sul fatto che la valutazione degli effetti dei trattamenti e delle aspettative del paziente debba precedere il loro avvio, e che i bisogni psichiatrici debbano essere presi in carico in modo continuativo e adeguato.

Approcci istituzionali europei al problema della disforia di genere

Diversi paesi europei sono diventati progressivamente più restrittivi nei confronti dei trattamenti medicalizzati per la disforia di genere nei minori dopo avere introdotto e applicato su scala clinica i protocolli basati su bloccanti puberali, inizialmente con un elevato grado di fiducia nella loro presunta reversibilità e nei benefici psicologici. L'osservazione diretta dei risultati, o la disponibilità degli studi scientifici, ha evidenziato elementi inattesi e problematici: un forte aumento degli invii, soprattutto tra adolescenti nate femmine; un'elevata prevalenza di comorbidità psichiatriche e neuroevolutive preesistenti; l'assenza di prove solide di miglioramenti duraturi sul piano del benessere psicologico; e segnali concreti di effetti avversi fisici.

Questi dati interni hanno indotto le autorità sanitarie a riesaminare criticamente le basi scientifiche dei trattamenti. Ne è derivata una revisione formale delle linee guida o degli indirizzi, che ha in molti casi riclassificato i trattamenti endocrini nei minori come interventi sperimentali o da riservare a casi eccezionali, privilegiando invece approcci psicologici e valutazioni multidisciplinari approfondite.

Svezia: La Cass Review, i cui risultati preliminari uscirono nel 2022, raccomandava solo due linee guida tra quelle esistenti: le finlandesi e le svedesi. Prima del Regno Unito e assieme alla Finlandia, infatti, il paese che, dopo anni di sperimentazione, sospese l'avvio routinario ai bloccanti puberali fu la Svezia. Nel maggio del 2021 il Karolinska University Hospital di Stoccolma decide infatti di non iniziare più, al di fuori di protocolli di ricerca approvati, il trattamento ormonale nei minori con disforia di genere, richiamando la debolezza della base scientifica, l'incertezza sugli effetti a lungo termine e la difficoltà di bilanciare benefici e rischi in una popolazione adolescenziale sempre più ampia ed eterogenea. La svolta svedese nasce anch'essa dal progressivo emergere di un dubbio clinico: che trattamenti presentati per anni come prudenti, reversibili o comunque ragionevolmente sicuri poggiassero in realtà su evidenze troppo fragili per giustificarne l'uso routinario nei minori. A rendere questa inversione particolarmente significativa è il fatto che, quando il Karolinska parla di rischi "potenziali", nella pratica clinica svedese erano già emersi casi concreti di danno. Nel novembre 2021 l'inchiesta di SVT *Uppdrag granskning* (programma della SVT televisione pubblica svedese) rende pubblica la documentazione relativa a tredici minori trattati a Stoccolma che avevano riportato gravi effetti avversi o lesioni da cura nell'ambito della transizione medicalizzata. Tra i

problemi segnalati figuravano, tra gli altri, riduzione della densità minerale ossea, alterazioni vertebrali, arresto della crescita, sospetta tossicità epatica e peggioramento del quadro psichico. Il dato è importante non solo per la gravità degli eventi, ma perché incrina una delle premesse retoriche più forti del modello affermativo: l'idea che il rischio principale sia il mancato accesso al trattamento, mentre i trattamenti stessi costituirebbero una risposta sostanzialmente protettiva.

Emblematico è il caso, poi divenuto pubblico, di Leo, un paziente trattato per anni con bloccanti puberali, nel quale il Karolinska, nella successiva autovalutazione critica, riconosce non solo l'assenza di adeguati controlli della densità ossea, ma anche che la famiglia non aveva ricevuto informazioni sufficientemente chiare e complete sui noti effetti collaterali del trattamento. Qui il problema non riguarda soltanto il profilo rischio-beneficio dei bloccanti, ma il cuore stesso della legittimazione etica del modello affermativo: se il consenso è ottenuto in un quadro di informazione incompleta, o minimizzante rispetto ai possibili danni, allora viene meno anche la pretesa che questi interventi si fondino in modo lineare sull'autodeterminazione del minore.

La revisione svedese si consolida poi a livello nazionale. Nelle linee guida del National Board of Health and Welfare pubblicate tra il 2022 e il 2023 (Socialstyrelsen, 2023)), la Svezia afferma che, a livello di gruppo, i rischi dei bloccanti puberali e degli ormoni cosiddetti gender-affirming nei minori probabilmente superano i benefici attesi, raccomandandone l'uso solo in casi eccezionali e preferibilmente nel contesto della ricerca. Il documento insiste inoltre sulla insufficienza delle prove disponibili sugli effetti di tali trattamenti rispetto a disforia, salute psicosociale e qualità della vita, e sottolinea la necessità di un'esplorazione psicosociale accurata e non condizionata durante la valutazione diagnostica. Il documento motiva questa scelta affermando che i benefici attesi risultano incerti mentre i potenziali danni possono essere ampi e in parte irreversibili (*uncertain benefits and potentially extensive irreversible harm*).

Le linee guida sottolineano che la popolazione dei minori con disforia di genere presenta frequentemente comorbidità psichiatriche e vulnerabilità pregresse e raccomandano che la presa in carico privilegi valutazioni diagnostiche lunghe e approfondite, interventi psicologici e psicoterapeutici esplorativi e il trattamento prioritario delle condizioni psichiatriche associate, mantenendo un'estrema cautela rispetto a qualsiasi intervento medico che interferisca con lo sviluppo puberale.

Finlandia: L'attuale orientamento clinico finlandese in materia di disforia di genere nei minori deriva dalle raccomandazioni ufficiali pubblicate nel 2020 dal *Council for Choices in Health Care in Finland* - COHERE PALKO, organismo incaricato di definire i criteri di appropriatezza e priorità dei trattamenti nel sistema sanitario pubblico. Le linee guida hanno rappresentato un cambio

di paradigma rispetto al modello affermativo allora prevalente a livello internazionale, stabilendo che nei bambini e negli adolescenti con incongruenza di genere la priorità debba essere attribuita a una valutazione psicologica approfondita, al supporto psicoterapeutico specialistico e al trattamento delle frequenti comorbilità psichiatriche. Alla luce della limitata qualità delle evidenze scientifiche disponibili e dell'elevato grado di incertezza sugli esiti a lungo termine, COHERE afferma che i bloccanti della pubertà e gli ormoni cross-sex non possono essere considerati trattamenti standard nei minori, ma interventi da riservare esclusivamente a casi altamente selezionati e dopo valutazioni multidisciplinari rigorose. Le raccomandazioni sottolineano che la letteratura esistente è costituita prevalentemente da studi osservazionali su campioni ridotti e che mancano prove solide di benefici psicologici duraturi tali da giustificarne l'impiego routinario. Il documento evidenzia inoltre che molti minori che richiedono transizione presentano vulnerabilità psichiatriche preesistenti e che la medicalizzazione precoce comporta rischi significativi e potenzialmente irreversibili sul piano fisico e dello sviluppo. Per tali ragioni, la Finlandia è stata tra i primi Paesi europei ad adottare formalmente un approccio restrittivo e prudenziale, centrato sulla salute mentale globale del minore e su una rigorosa valutazione clinica prima di qualsiasi intervento medico.

Regno Unito: Dopo la *Cass Review*, il servizio sanitario ha sospeso l'uso dei bloccanti della pubertà al di fuori di studi clinici controllati, mentre ha reso l'accesso agli ormoni cross-sex possibile ai maggiori di 16 anni se vengono soddisfatti criteri di eligibilità, come consenso informato e valutazioni multidisciplinari.

Un importante avvenimento riguarda il significato di "uomo" e "donna". La Corte Suprema del Regno Unito, nel caso For Women Scotland Ltd v The Scottish Ministers, deciso il 16 aprile 2025, ha stabilito che, ai fini dell'Equality Act 2010, i termini "man", "woman" e "sex" devono essere intesi con riferimento al sesso biologico. La controversia nasceva dall'impugnazione della guida scozzese relativa al Gender Representation on Public Boards (Scotland) Act 2018, cioè alla disciplina sulla rappresentanza femminile nei consigli di amministrazione degli enti pubblici scozzesi, dove si sosteneva che anche una persona di sesso maschile con un Gender Recognition Certificate femminile potesse essere considerata donna. La Corte ha respinto questa interpretazione, ritenendo che avrebbe reso incoerente l'impianto delle tutele fondate sul sesso previsto dall'Equality Act. Le persone trans restano comunque protette dalla legge attraverso la categoria di gender reassignment. Tra le conseguenze più rilevanti della pronuncia vi è anche la questione degli spazi e dei servizi single-sex: pur non essendo questo l'oggetto immediato del contenzioso, la Corte ha chiarito che

l'interpretazione di "donna" e "uomo" incide necessariamente anche sugli spazi femminili riservati, sui servizi women-only e su tutti i contesti nei quali la legge distingue tra i sessi come classi sessuate.

> Sebbene nella definizione [dell'Equality Act] non compaia la parola "biologico", il significato ordinario di quei termini piani e non ambigui corrisponde alle caratteristiche biologiche che rendono un individuo uomo o donna. Si presume che tali caratteristiche siano autoesplicative e che non richiedano ulteriori spiegazioni (For Women Scotland Ltd v The Scottish Ministers [2025] UKSC 16, 16 April 2025, para. 171, p. 50)

Riguardo alla tematica della transizione sociale, il Dipartimento per l'educazione ha stilato delle linee guida improntate alla cautela (Department for Education, 2026), che pongono l'accento sul coinvolgimento dei genitori e sulla riflessione circa ogni caso.

Norvegia: Nel marzo 2023 il *Norwegian Healthcare Investigation Board* (UKOM, 2023**)** ha pubblicato un'analisi approfondita dei percorsi di presa in carico dei minori con incongruenza di genere nei servizi sanitari norvegesi, formulando rilievi di natura sistemica e clinica di particolare rilevanza. Il Board ha concluso che le linee guida nazionali risultano inadeguate rispetto alla complessità della popolazione minorile coinvolta e necessitano di una revisione sostanziale. In particolare, UKOM evidenzia che l'utilizzo di trattamenti medici - inclusi bloccanti puberali e ormoni cross-sex - si fonda su un livello di evidenza scientifica molto debole, caratterizzato prevalentemente da studi osservazionali, campioni ridotti e assenza di dati solidi sugli esiti a lungo termine. Il report sottolinea inoltre che i potenziali rischi fisici, psicologici e sullo sviluppo non sono stati adeguatamente considerati nelle prassi cliniche precedenti. Un elemento centrale riguarda la constatazione che una quota significativa dei minori valutati presenta vulnerabilità psicologiche pregresse e frequenti comorbilità psichiatriche, che richiedono processi diagnostici più lunghi e articolati rispetto a quelli adottati in passato. UKOM mette in guardia contro percorsi clinici accelerati che possono condurre a medicalizzazioni precoci senza un'esplorazione sufficientemente approfondita del quadro globale del minore. In linea con i recenti orientamenti di altri Paesi nordici ed europei, il Board raccomanda che la presa in carico sia improntata a un approccio prudente e graduale, centrato sul supporto psicologico specialistico, su valutazioni multidisciplinari approfondite e sul trattamento prioritario delle condizioni psichiatriche associate, riservando gli interventi medici a contesti altamente controllati e subordinati a un'attenta valutazione del rapporto rischio-beneficio.

Danimarca: La Danimarca rappresenta un caso rilevante nel panorama europeo perché combina una procedura di riconoscimento legale del genere basata sull'autodeterminazione, introdotta nel 2014, con un aggiornamento in corso delle cornici cliniche e regolative relative alla presa in carico

sanitaria delle persone con incongruenza di genere, inclusi bambini e adolescenti. Sul piano sanitario, la *Danish Health Authority* inquadra la presa in carico in funzioni altamente specializzate e indica che per bambini e giovani sotto i 18 anni è previsto un unico centro/team altamente specializzato. Nel 2023 l'Autorità sanitaria ha inoltre avviato la revisione della guida esistente sull'assistenza sanitaria in questo ambito; si sottolinea la necessità di particolare prudenza, anche perché le informazioni pre-trattamento devono includere che permane una mancanza di conoscenza sulle conseguenze a lungo termine delle terapie mediche.

Paesi Bassi: Nei Paesi Bassi non esistono attualmente linee guida nazionali recenti e unificate specificamente dedicate alla gestione clinica della disforia di genere nei minori. Il modello che per oltre un decennio ha rappresentato il riferimento internazionale - il Dutch Protocol - continua a costituire la base operativa dei centri storici, ma non è più considerato un paradigma indiscusso. Negli ultimi anni tale protocollo è stato oggetto di crescenti critiche sul piano metodologico, clinico ed etico, soprattutto in relazione alla debolezza delle evidenze longitudinali originarie, al cambiamento del profilo dei pazienti presi in carico e ai potenziali rischi associati all'uso di bloccanti puberali e ormoni cross-sex in età evolutiva.

Il mutamento del clima istituzionale è documentato da un'iniziativa parlamentare recente: il 15 febbraio 2024 la *Tweede Kame*r ha approvato la *Motie Hertzberger* (Kamerstuk 31 016, n. 370), che impegna il governo a promuovere uno studio sugli esiti fisici e psicologici dei trattamenti effettuati secondo la metodologia del Dutch Protocol e a confrontarli con coorti di altri Paesi europei che adottano approcci differenti. La richiesta nasce esplicitamente dal riconoscimento della crescente controversia scientifica internazionale e della necessità di una valutazione indipendente dell'efficacia e della sicurezza a lungo termine di tali interventi.

Sebbene non siano state introdotte restrizioni normative analoghe a quelle adottate in Svezia, Finlandia o Regno Unito, questa mozione parlamentare rappresenta un passaggio istituzionale significativo, poiché segnala l'avvio di una fase ufficiale di riesame critico del modello olandese storico. In attesa dei risultati di tali approfondimenti, i centri continuano a fornire supporto psicologico e, in casi selezionati, interventi medici, ma in un contesto in cui la solidità scientifica e la legittimità del paradigma precedentemente dominante sono ormai oggetto di scrutinio politico e accademico.

Germania: Descriviamo in dettaglio le linee guida tedesche perché appaiono analoghe a quelle che alcune associazioni italiane affermative vorrebbero. Dal 1° novembre 2024 la "Legge sull'autodeterminazione per la registrazione del genere" (Bundesrepublik Deutschland, 2024)

consente di modificare genere legale e nome proprio mediante una dichiarazione presso l'ufficio di stato civile; per i minori di 14 anni la dichiarazione è presentata dai rappresentanti legali, mentre dai 14 anni può presentarla direttamente il minore con il consenso del tutore (o, in caso di dissenso, con decisione del tribunale della famiglia).

Le linee guida tedesche S2k (AWMF, 2025) non introducono una sospensione generalizzata delle azioni mediche, ma puntano soprattutto su criteri procedurali e selettivi: niente interventi medici in età prepuberale; bloccanti solo a pubertà iniziata con forte enfasi su bilancio rischi-benefici e consenso informato; chirurgia genitale solo dopo i 18 anni e chirurgia toracica in adolescenza solo con indicazione interdisciplinare.

Riguardo al ruolo della psicoterapia, esso è decisamente ristretto:

> Il supporto psicoterapeutico[21] dovrebbe essere offerto e reso disponibile, con modalità a bassa soglia, a chi richiede trattamento, per accompagnare ad esempio un processo di auto-ricerca a esito aperto, per rafforzare la fiducia in sé, per far fronte a esperienze di discriminazione oppure per la preparazione e l'elaborazione psicologica prima e dopo i passaggi nel processo di una transizione. Un obbligo di psicoterapia come condizione per l'accesso al trattamento medico non è eticamente giustificato, per rispetto della dignità e dell'autodeterminazione della persona. (p. 4)

L'atteggiamento professionale richiesto allo psicologo è schierato: comprensione anche non binaria della sessualità/genere, atteggiamento accogliente e aperto ai diversi esiti, rifiuto di obiettivi "riparativi"/di conversione, del tentativo di "orientare" il minore, e competenza sulle esperienze trans-specifiche.

Francia. Mentre nel 2025 sono state redatte le linee guida per la transizione dei maggiorenni, si è in attesa dell'approccio relativo ai minori. Un riferimento spesso citato in Francia è la posizione prudente della *Académie nationale de médecine* (2022), che richiama alla cautela nelle prescrizioni e sottolinea criticità/effetti indesiderati potenziali e vulnerabilità psicologica.

Portogallo. Anche il Portogallo, che per anni è apparso come uno dei contesti europei più vicini al paradigma dell'autodeterminazione, mostra oggi evidenti segnali di una svolta restrittiva. Non si tratta ancora, tecnicamente, di un assetto normativo già definitivamente consolidato; ma il movimento politico e istituzionale è abbastanza netto da poter essere letto come parte del più ampio riposizionamento europeo in materia di minori, bloccanti puberali e transizione. Il 20 marzo 2026

[21] "Il termine "supporto psicoterapeutico" qui non è inteso nel senso più ristretto della psicoterapia regolamentata/definita dalle linee guida (*Richtlinienpsychotherapie*), bensì comprende tutte le forme di supporto psicosociale fornite da professionisti di aiuto con formazione psicoterapeutica (si vedano le spiegazioni nel Capitolo V → "Psicoterapia e interventi psicosociali")."

l'Assemblea della Repubblica ha infatti approvato in generalità tre progetti di legge che vanno tutti nella direzione di un restringimento del quadro precedente: la reintroduzione della validazione medica per il cambiamento di sesso e nome nel registro civile, la revisione della legge del 2018 in chiave di maggiore tutela dei minori, e soprattutto la proposta di vietare bloccanti puberali e terapia ormonale nel trattamento dell'incongruenza o disforia di genere nei minori di 18 anni.

Spagna: in Spagna la regolazione della presa in carico dei soggetti con disforia nasce da una cornice nazionale e si realizza però in modo fortemente decentrato. A livello statale, la Ley 4/2023 stabilisce i principi generali (non patologizzazione, autonomia e consenso informato) e disciplina anche la rettifica anagrafica del sesso con soglie e garanzie procedurali diverse per fasce d'età; sul versante sanitario, la legge non introduce una singola linea guida clinica unica e dettagliata, ma indica che le amministrazioni devono predisporre percorsi, protocolli e servizi specializzati. Nella pratica, l'organizzazione e l'operatività dei percorsi dipendono in larga misura dalle Comunità Autonome, che possono adottare protocolli regionali e modelli di rete non sempre omogenei. Parallelamente, il Ministero della Salute interviene soprattutto sul piano organizzativo attraverso criteri e documenti tecnici per i centri/unità di riferimento (CSUR), che delineano requisiti di équipe multidisciplinare, monitoraggio e standard di processo, talvolta richiamando anche riferimenti internazionali (come WPATH) come base per l'impostazione dei percorsi. In sintesi, la Spagna combina una cornice normativa nazionale con un'applicazione sanitaria territorializzata, in cui la variabilità tra regioni e centri resta un elemento strutturale.

Italia. In Italia è in corso la realizzazione di protocolli clinici nazionali. Il Ddl 2575, ad oggi, non abolisce i trattamenti medici per la disforia di genere nei minori, ma li sottopone a condizioni molto stringenti. Prevede che l'uso di bloccanti puberali e ormoni mascolinizzanti o femminilizzanti sia possibile solo in presenza di una diagnosi di disforia di genere formulata da un'équipe multidisciplinare e dopo percorsi psicologici, psicoterapeutici ed eventualmente psichiatrici documentati. La somministrazione dei farmaci dovrà avvenire nel rispetto di protocolli clinici nazionali definiti dal Ministero della Salute e con consenso informato secondo la normativa sul consenso del minore. Nella fase transitoria, fino all'emanazione dei protocolli, ogni caso dovrà inoltre ottenere il parere favorevole di un comitato etico a valenza nazionale pediatrico. Le prescrizioni saranno registrate in un apposito registro AIFA e i farmaci potranno essere dispensati esclusivamente dalle farmacie ospedaliere, introducendo così un alto grado di controllo e tracciabilità della medicalizzazione.

Il DDL ha naturalmente suscitato la reazione negativa delle organizzazioni più vicine al modello affermativo, che auspicano l'adozione, tra tutte le linee guida disponibili, di quelle della Endocrine Society o in ogni caso affermative (come le più recenti tedesche, che, come abbiamo visto, eliminano la funzione psicoterapeutica, concependola come mero accessorio validativo) e guardano ai vincoli imposti come a lesione dei diritti di accesso rapido alla transizione da parte dei minori (si veda comunicato Associazione Culturale Pediatri et al., n.d.). Ricordiamo anche il documento di posizione della Società Italiana di Pediatria e di altre associazioni mediche a favore del modello affermativo, divulgato nel 2024 (Calcaterra et al., 2024), in cui si sostiene incredibilmente la piena reversibilità dei bloccanti mentre la review della Cass era già disponibile e nemmeno veniva citata.

Angelo Vescovi, neurofarmacologo e attuale presidente del Comitato Nazionale per la Bioetica, ha dichiarato che il CNB intende riconsiderare in modo sostanziale il parere espresso nel 2018 sull'uso dei bloccanti puberali nei minori con disforia di genere, alla luce delle nuove evidenze scientifiche internazionali emerse negli ultimi anni. Secondo Vescovi, la pubertà rappresenta un processo biologico estremamente complesso e multisistemico, regolato da un articolato network di interazioni endocrine, neurobiologiche e metaboliche che coinvolgono simultaneamente l'intero organismo nel passaggio verso l'età adulta. In questa prospettiva, egli sottolinea come sia scientificamente riduttivo e biologicamente improprio concepire la possibilità di "spegnere" e successivamente "riattivare" tale processo attraverso l'azione di una singola molecola, poiché in biologia non esiste una reale logica di tipo on-off: i processi di sviluppo non si arrestano, ma vengono piuttosto deviati, con effetti sistemici potenzialmente rilevanti e a cascata su diversi apparati. Tali considerazioni, insieme al mutato quadro scientifico europeo e internazionale, costituiscono la base della volontà del Comitato di elaborare un nuovo orientamento bioetico aggiornato sul tema (Il Foglio, 2024).

Permane a livello europeo una pressione ideologica ancora molto intensa: gruppi di attivismo promuovono posizioni molto nette - e per nulla negoziabili - e cariche dello spirito dell'attivismo affermativo. In questo contesto, la Commissione Europea ha presentato la *Strategia per l'Uguaglianza LGBTIQ+ 2026-2030* (Commissione Europea, 2025), che augura un ampliamento radicale delle modalità di riconoscimento legale dell'identità di genere. Il documento auspica infatti l'eliminazione di qualsiasi limite di età per l'accesso alla rettifica anagrafica del genere e non subordina tale procedura a una valutazione clinica o medico-specialistica.

Detransizione

La detransizione è primariamente un fenomeno identitario: consiste nel ritorno a un'identificazione di genere ricondotta al sesso biologico, anche nei casi in cui, nel corso del tempo, si sia stati sottoposti a interventi di riassegnazione chirurgica, compresi quelli genitali. Il fenomeno della detransizione è a tutt'oggi difficile da quantificare per la difficoltà empirica che lo studio comporta. La detransizione è però un fenomeno sempre più visibile negli ultimi tempi. Le comunità di detransitioner sono emerse online (ad esempio *r/detrans* su Reddit; post-trans.com); centinaia di testimonianze di persone che hanno detransizionato si possono trovare su piattaforme di social media, in blog online, in capitoli di libri e in pubblicazioni scientifiche. Le detransizioni, coerentemente col dato epidemiologico delle transizioni, sembrano essere prevalentemente femminili. Studi retrospettivi (es. Litman, 2024), in cui vengono intervistate persone che hanno effettuato la detransizione, metodologicamente deboli ma clinicamente significativi, mostrano che le motivazioni alla detransizione, perlomeno in quella specifica comunità di intervistati, emergono come prevalentemente interne piuttosto che esterne: i fattori più frequentemente indicati sono infatti cambiamenti nei processi di pensiero, una maggiore comprensione delle cause del proprio disagio, e una ridefinizione personale del significato di mascolinità e femminilità che ha reso possibile una riconciliazione con il sesso di nascita. Le pressioni esterne - come stigma, famiglia, religione o discriminazione - risultano invece marginali nelle valutazioni dei partecipanti, in contrasto con narrazioni che attribuiscono la detransizione principalmente a fattori coercitivi.

Un ulteriore risultato rilevante riguarda le ragioni dell'identificazione transgender iniziale. Molti partecipanti riferiscono di aver interpretato problemi di salute mentale, esperienze traumatiche o disagio legato al corpo e ai ruoli di genere come disforia di genere. Tra i fattori soggettivamente più importanti emergono il desiderio di sfuggire alla sessualizzazione del corpo femminile, la difficoltà a integrare l'orientamento omosessuale, con determinante influenza di contesti sociali e online in cui le narrazioni transgender erano particolarmente presenti.

Un aspetto importante da sottolineare è che la detransizione è un passaggio che ha un costo sociale molto alto per la persona che lo compie, in quanto viene tacciata di tradimento, di codardia, di conformismo ed espulsa dal gruppo dei pari.

Alla luce di dati come questi evidenziati, emerge con chiarezza la rilevanza clinica di un approccio psicoterapeutico esplorativo nei percorsi di presa in carico dei minori e giovani con disforia di genere, ma anche dei minori e dei giovani che vogliono detransizionare in un contesto violentemente avverso.

Negli ultimi anni anche in Europa cominciano ad emergere segnali di contenzioso legale correlato alla transizione di genere. Nel Regno Unito, abbiamo visto che il caso Bell v. Tavistock ha segnato un importante precedente giudiziario in cui una detransitioner ha sfidato il Servizio sanitario nazionale per la gestione dei trattamenti medici in età adolescenziale, contribuendo all'avvio di revisioni cliniche e politiche pubbliche. Il fenomeno delle cause civili promosse da detransitioner è più documentato negli Stati Uniti (Themis Resource Fund, 2024), dove decine di procedimenti individuali sono già avviati contro medici e strutture sanitarie.

La tematica del consenso informato è centrale in questi procedimenti. Emblematico, e meritevole di essere raccontato in dettaglio, è il recentissimo caso di Fox Varian: il 30 gennaio 2026 una giuria della Corte Suprema dello Stato di New York (Westchester County) ha ritenuto civilmente responsabili per colpa professionale (*medical malpractice*) uno psicologo, Kenneth Einhorn, e un chirurgo, Simon Chin, insieme alle strutture sanitarie di riferimento, per avere rispettivamente sostenuto e realizzato un intervento di mastectomia su una ragazza di 16 anni che, all'epoca, si identificava come transgender. La Varian, oggi ventiduenne e non più identificata come transgender, ha ottenuto un risarcimento complessivo di 2 milioni di dollari: 1,6 milioni per dolore e sofferenza passati e futuri e ulteriori 400.000 dollari per spese mediche future. Secondo quanto riportato da più fonti, Varian presentava già prima dell'intervento un quadro di vulnerabilità psicologica, comprendente depressione e ansia, disturbi alimentari e autismo. Nel 2019 iniziò un percorso psicoterapeutico con Einhorn e, nel mese di marzo, gli espresse l'intenzione di sottoporsi a mastectomia. In parallelo, su indicazione dello stesso Einhorn, si rivolse anche all'organizzazione Albany Pride Center per una consulenza. Nell'ottobre 2019, Einhorn redasse una lettera di invio al chirurgo Chin nella quale avallava la decisione di procedere con l'intervento.

Nel corso del procedimento la madre di Varian ha dichiarato di avere vissuto pressioni nel processo di consenso, riferendo che Einhorn avrebbe prospettato un rischio suicidario della figlia qualora l'intervento non fosse stato autorizzato. Poco prima dell'operazione, Varian avrebbe raccontato al personale dell'Albany Pride Center di avvertire una forte pressione nel dover scegliere tra un'identità maschile o femminile, anche in relazione alle aspettative della famiglia, degli amici e del contesto culturale; avrebbe inoltre dichiarato di continuare a interrogarsi sulla propria identità di genere, ma di temere che condividere tali dubbi con la madre potesse minare la propria credibilità.

L'aspetto più rilevante è il nodo valutativo e procedurale che la controversia mette in luce: Einhorn non avrebbe ricercato un riscontro dal centro consultato, né avrebbe approfondito adeguatamente le dimensioni di ambivalenza e conflittualità riferite, contribuendo invece a un percorso accelerato verso la chirurgia. Sul versante chirurgico, l'intervento sarebbe stato eseguito facendo

affidamento su una valutazione psicologica non sufficiente, senza un confronto clinico strutturato con lo psicologo inviante e senza l'acquisizione di un consenso informato giudicato adeguato alla complessità della decisione e all'irreversibilità dell'atto in età minorile.

Il 3 febbraio 2026, poco dopo la sentenza, la American Society of Plastic Surgeons pubblica un documento di posizione molto netto su bloccanti puberali, ormoni cross-sex e chirurgia plastica rivolti ai minori, in cui si dichiara:

> In questo periodo, la pratica clinica è progredita in un contesto di crescente domanda da parte dei pazienti e di una comprensione in evoluzione della base di evidenze, in particolare per quanto riguarda gli esiti a lungo termine nelle popolazioni pediatriche e adolescenziali. Più recentemente, diversi sistemi sanitari internazionali e organismi professionali hanno avviato riesami formali delle precedenti assunzioni della pratica clinica, in risposta ai cambiamenti nella presentazione clinica dei pazienti e a una crescente incertezza circa i benefici degli interventi medici e chirurgici. Revisioni sistematiche e rivalutazioni delle evidenze hanno successivamente individuato limiti nella qualità degli studi, nella coerenza dei risultati e nel follow-up, insieme a evidenze emergenti di complicanze del trattamento e di potenziali danni (p. 1).
>
> […]
>
> Quando la probabilità di una risoluzione spontanea è sconosciuta e quando interventi irreversibili comportano rischi noti e plausibili, attenersi ai principi di beneficenza e non maleficenza (cioè promuovere la salute e il benessere evitando il danno) richiede un approccio precauzionale (p. 2)
>
> […]
>
> Non ci sono evidenze sufficienti che dimostrino un rapporto rischio-beneficio favorevole per il percorso di interventi endocrini e chirurgici correlati al genere nei bambini e negli adolescenti. L'ASPS raccomanda che i chirurghi rimandino gli interventi chirurgici correlati al genere su seno/torace, genitali e volto fino a quando il paziente non abbia almeno 19 anni." (ASPS, 2026, p. 3)

L'ASPS esprime una posizione etica rilevante circa il consenso informato: i "valori e le preferenze del paziente" sono stati invocati dai sostenitori del modello affermativo come motivazione sufficiente per offrire trattamenti a bambini e adolescenti, anche quando la certezza delle evidenze era molto bassa o bassa; tuttavia, manca una verifica affidabile su valori e preferenze di pazienti e caregiver pienamente informati. Non è chiaro cosa sceglierebbero pazienti e famiglie adeguatamente informati su rischi, incertezze e alternative. Inoltre:

> Il richiamo all'autonomia emergente dell'adolescente non può giustificare interventi in assenza di un profilo rischio–beneficio favorevole. L'autonomia va intesa come diritto ad accettare o rifiutare trattamenti appropriati; non genera un obbligo per il medico di erogare interventi quando non vi è un'aspettativa fondata che i benefici superino i potenziali danni, soprattutto in popolazioni in cui le capacità decisionali sono ancora in evoluzione. In ambito pediatrico, la soglia per intervenire deve essere più alta e le tutele più rigorose.
>
> Coerentemente con i quadri consolidati dell'etica medica, sosteniamo che i chirurghi debbano offrire trattamenti medicalmente indicati e supportati dall'aspettativa che i benefici attesi prevalgano sui possibili danni. Il processo di educazione del paziente e di consenso informato, pur includendo valori e preferenze e riconoscendo l'autonomia emergente, opera all'interno - e non indipendentemente - di tale soglia evidenziaria e clinica. (p. 2)

L’incertezza sui benefici a lungo termine, le fragilità del consenso informato in età evolutiva e l’aumento del contenzioso stanno incrementando il rischio medico-legale, con premi assicurativi più alti, coperture più difficili (talvolta con esclusioni per gli under 18) e una conseguente riduzione o sospensione dell’offerta chirurgica sui minori e del percorso affermativo in generale.

Conclusioni: la funzione simbolica e la psicoterapia esplorativa

La clinica delle richieste di transizione in età evolutiva apre al problema del riconoscimento della soggettività del minore che chiede la transizione e di come gestirlo. Nell'approccio affermativo, il terapeuta ha un ruolo fondamentalmente legittimante: assume come compito principale quello di accogliere il vissuto di incongruenza, validarlo e sostenerlo come espressione autentica del sé. Il terapeuta fa corrispondere l'autodichiarazione del minore alla realtà sulla sua identità; quindi sostiene il minore e la famiglia a gestire il cambiamento e lavora sugli aspetti collaterali della sofferenza, per ridurre vergogna, stigma, conflitto ambientale e disagio legato al mancato riconoscimento; accompagna il paziente nell'accesso ai passaggi successivi del percorso, compresi quelli sociali e, quando previsti, quelli medici.

Questo procedere senza interrogare il significato del vissuto di alterità rispetto al proprio sesso che il soggetto propone, può essere fatto, evidentemente, solo a patto di credere che l'identità di genere sia un fenomeno reale (che vada incoraggiato ad emergere ed affermarsi). Nessun terapeuta, di fronte alla soggettività di un vissuto, può infatti assumere quella soggettività come indice della realtà a cui il vissuto si riferisce. Nessun terapeuta, di fronte a un paziente che affermi di sentirsi indegno, contaminato, svuotato, irreale, potrebbe mai concludere che il paziente *è* realmente indegno, contaminato, privo di consistenza, irreale. Il terapeuta più verosimilmente ospiterà dentro di sé la realtà del vissuto psichico, per validare l'*esperienza* che il paziente sta vivendo, consentendo di aprire uno spazio mentale comune in cui sia possibile interrogare il significato di quell'esperienza.

Il problema che si pone nell'approccio terapeutico affermativo è che se un fenomeno non viene previsto e concepito, non può essere nemmeno visto né interrogato. Se l'identità di genere viene concepita come dotazione presociale dell'individuo, intere dimensioni dell'esistenza suscettibili di esplorazione e di elaborazione scompaiono dal campo dell'indagine clinica. L'autodichiarazione, una volta accolta come verità già data, può condurre non solo alla ratifica che il blocco della pubertà è necessario, ma soprattutto all'interruzione di processi psichici cruciali che sono già fragili. Si apre qui infatti il rischio di sottostimare la disfunzionalità psicologica del vissuto di disforia, o di lasciarla sullo sfondo, come se fosse un dato secondario destinato a riassorbirsi una volta confermata l'identità dichiarata. In realtà, proprio le principali sintesi della letteratura e i più ampi studi di popolazione hanno descritto, con notevole concordanza, un quadro di sofferenza psichica elevata e spesso complessa. La letteratura di sintesi sugli adolescenti inviati ai servizi per la disforia di genere rileva,

abbiamo visto, un'alta frequenza di problemi di salute mentale, soprattutto dell'area affettiva, e sottolinea che spesso non si comprende abbastanza bene il rapporto tra tali difficoltà e la domanda di transizione. Per questo consideriamo l'atteggiamento affermativo una posizione etica discutibile.

È qui che il problema clinico si fa particolarmente acuto e richiede tempo laddove l'incongruenza di genere sia concepita non come dotazione presociale ma come un processo mentale adattivo che svolge, a un costo altissimo, una funzione di regolazione e sopravvivenza psichica, come noi crediamo.

Il compito clinico esplorativo non è ratificare subito una soluzione identitaria, ma mantenere aperte le possibilità dello sviluppo. In questo quadro, la salute mentale coincide meno con l'adattamento sociale rassicurante o con la conformità, e più con la capacità di tenere aperto il processo evolutivo senza collassare immediatamente in una soluzione concreta. È vero che esistono strutture mentali rigide e pressoché immutabili tanto da organizzarsi precocemente in una "identità di genere", che richiedono probabilmente una soluzione orientata alla transizione. Ma che un'organizzazione mentale possa essere "adattivamente rigida" è una tra le possibilità che debbono essere presenti nella mente del terapeuta, che richiedono l'esplorazione, non la conferma immediata. Senza l'incoraggiamento verso la transizione, abbiamo visto che la maggior parte delle disforie si risolvono spontaneamente. Inoltre, "identità transgender" come le vediamo apparire oggi, senza traccia pregressa di disforia, nella forma di persuasioni che emergono a un certo punto della propria vita, debbono farci pensare a una possibile mobilità psichica circa la rappresentazione di sé e dei propri conflitti, e a una risorsa nella capacità di tollerare l'ambivalenza e l'ambiguità sessuale. Questo richiede al terapeuta stesso la competenza di stare nell'incertezza dei significati. Non entriamo, in questa riflessione, nello specifico delle variegate configurazioni mentali delle persone che fanno domanda di transizione, che sarà oggetto di un prossimo lavoro. Ci preme al momento segnalare la necessità urgente di recuperare uno spazio di pensiero autonomo e di responsabilità propositiva come comunità professionale, in un momento di generale ripensamento circa la validità del modello affermativo. Le famiglie che si sono opposte, diversamente da quelle soccombenti o addirittura compiacenti, sono state trattate come intralci obsoleti, "rami secchi da tagliare"[22], rispetto all'autentica realizzazione del minore "transgender"[23] , spesso le ultime a venire a conoscenza del fatto che il proprio figlio o la propria figlia era già da tempo considerato del sesso opposto a scuola o in altri contesti sociali - e senza mai ascoltare la loro sofferenza. Si apre, invece, uno spazio molto ampio di riflessione con le famiglie e con la scuola,

[22] Comunicazione personale di un genitore

[23] A questo proposito segnaliamo l'importante iniziativa critica, da parte di genitori di minori che chiedono la transizione, di costituirsi come associazione di sensibilizzazione sociale e scientifica sul problema: Generazione D https://www.generazioned.org/chi-siamo/

non più pensate come soggetti ricettori passivi di un modello ideologico e pregiudizievole, ma attori di un processo che favorisca la costruzione di pensiero sociale sul problema.

Come psicologi e psicoterapeuti, pensiamo che il nostro compito più fondamentale sia consentire il ripristino, a livello personale e sociale, della funzione simbolica, che il modello affermativo ha drasticamente abolito e avversato nel discorso pubblico e nelle domande delle persone.

La funzione simbolica è la facoltà attraverso cui il soggetto si emancipa dalla dipendenza puntuale dal dato immediato, biologico, corporeo, percettivo, esplorando classi di equivalenze che rendono possibile una soddisfazione non letterale del bisogno e una risoluzione creativa dell'inquietudine. Grazie al pensiero, le classi di equivalenza si allargano oltre il piano concreto e consentono un'espansione del vivere psichico in senso progettuale, relazionale e vitale. Il bisogno, il malessere, l'oppressione, la distruttività, possono essere tollerati, rappresentati, rielaborati in forme sempre più ampie e complesse di pensiero e azioni trasformative, preservando sé stessi e i rapporti con gli altri. Là dove questa funzione si assottiglia, il soggetto torna a dipendere dal reale del corpo e dall'atto, come se solo l'agire sulla materia potesse dare risposta a ciò che non riesce più a essere pensato.

La conseguenza più indesiderabile della naturalizzazione di esperienze psichiche è l'invalidazione, personale e culturale, della funzione simbolica. Diventa allora chiaro che la proposta concettuale di una "identità di genere", stabile, precoce e già data, raffiguri una dimensione psichica in cui l'esperienza - e, con essa, l'intero campo dello sviluppo sociale, relazionale e fantasmatico del sé sessuato - non è più simbolizzabile. Ciò che viene chiamato "identità di genere" si presenta infatti come un nucleo fondamentale dell'esistenza sottratto al lavoro di ricerca di senso e trasformazione, mai definitivo, proprio della vita psichica.

Di conseguenza, ciò che dovrebbe potersi dispiegare come vissuto, esperienza, conflitto, fantasia, desiderio, sogno, ricerca di forma e di senso di sé e dell'altro, viene presentato come un fatto concreto da riconoscere, da confermare e da non sottoporre mai più alla mente come problema.

È precisamente qui che si apre la funzione esplorativa della psicoterapia. Essa non consiste nel negare il vissuto del soggetto, né nel contrapporgli dall'esterno una definizione più corretta di sé. La sua funzione è, al contrario, quella di sottrarre il vissuto alla dittatura della letteralità, restituendolo al campo del pensiero. La psicoterapia si offre come spazio nel quale ciò che chiede una risposta urgente e concreta può essere tollerato e rappresentato. Essa prova a riaprire, là dove si sono contratte, le classi di equivalenza dell'esperienza, consentendo che il dolore non sia costretto a cercare nel corpo o nell'atto la propria unica via di espressione.

In questo senso, la psicoterapia non è un odioso ritardo imposto alla soluzione confermativa, ma il luogo stesso in cui può accadere qualcosa di molto più importante: la possibilità che il soggetto

cominci a pensare ciò che gli accade. Pensare, qui, non significa semplicemente riflettere in senso cognitivo, ma tollerare, assieme al terapeuta, in un rapporto vitale, l'esistenza di zone oscure, contraddittorie, non risolte del proprio mondo; significa accettare che il disagio possa rinviare a più livelli di significato, che il corpo possa farsi teatro di fantasie e angosce non ancora nominate, che il desiderio di cambiare, di cancellare, di sostituire, di essere altro, possa contenere una molteplicità di componenti che non coincidono con la forma in cui vengono dichiarate.

La funzione esplorativa della psicoterapia consiste allora nel custodire, assieme al terapeuta, questo spazio di non saturazione del significato. Consiste nel non precipitarsi a chiudere la domanda nel nome della risposta che il soggetto stesso propone, o che una certa cultura propone, ma nel prenderla sul serio abbastanza da non ridurla alla sua formulazione manifesta. Il lavoro clinico, in questa prospettiva, non ratifica e non smentisce: ospita, differisce, collega, interpreta, rende pensabile e possibile un'esperienza alternativa di sé e del proprio corpo. Dove il vissuto tende a irrigidirsi in una identità, il rapporto psicoterapeutico prova a restituire spessore narrativo e articolazione simbolica. Dove il soggetto rischia di essere ingabbiato da una auto-definizione totalizzante, esso riapre il campo delle possibilità, mostrando che vi è sempre uno scarto tra ciò che si sente, ciò che si dice di sentire e ciò che, attraverso quel sentire, cerca espressione creativa.

Per questa ragione la preminenza della psicoterapia nel problema dell'incongruenza e disforia di genere non deriva da un orientamento morale, né da una preclusione pregiudiziale verso l'intervento sul corpo, ma dalla consapevolezza che, soprattutto in età evolutiva, il compito clinico primario è proteggere e riattivare la capacità del soggetto di simbolizzare la propria esperienza. Laddove questa capacità si amplia, anche il rapporto con il corpo, con il limite, con la differenza sessuale e con l'altro può diventare più rappresentabile, meno persecutorio, meno esposto alla necessità di una soluzione immediata. Il rapporto psicoterapeutico, in questo senso, non sottrae realtà al dolore: sottrae il dolore alla condanna di doversi tradurre subito in destino. Si tratta di un riconoscimento dell'altro molto più profondo e radicale di un riconoscimento di facciata e confermativo. Riappropriarsi della funzione simbolica, della capacità esplorativa e della creatività costituisce forse la definizione più semplice di salute mentale. Ma ciò non riguarda soltanto i singoli soggetti: investe anche l'intero sistema culturale, che il modello affermativo ha ampiamente occupato, esercitando una costante minaccia di ritorsione sul piano morale nei confronti della libertà e dell'autonomia di pensiero. In questo senso, la salute mentale concerne i nostri assetti di convivenza prima ancora che i minori che vi crescono.

Riferimenti

Académie nationale de médecine. (2022, February 25). La médecine face à la transidentité de genre chez les enfants et les adolescents [Communiqué]. https://www.academie-medecine.fr/la-medecine-face-a-la-transidentite-de-genre-chez-les-enfants-et-les-adolescents/

Alsalem, R. (2025). *Sex-based violence against women and girls: New frontiers and emerging issues* (report of the Special Rapporteur on violence against women and girls, its causes and consequences, A/HRC/59/47). United Nations Human Rights Council. https://undocs.org/A/HRC/59/47

American Association of Plastic Surgeons. (2026). *Position Statement on Gender Surgery for Children and Adolescents*. https://www.plasticsurgery.org/documents/health-policy/positions/2026-gender-surgery-children-adolescents.pdf

Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). (2025, June 24). *S2k-Leitlinie: Geschlechtsinkongruenz und Geschlechtsdysphorie im Kindes- und Jugendalter – Diagnostik und Behandlung* (Reg.-Nr. 028-014). AWMF.

Associazione Culturale Pediatri [ACP]; Federazione Italiana di Sessuologia Scientifica [FISS]; Osservatorio Nazionale Identità di Genere [ONIG]; Società Italiana di Andrologia e Medicina della Sessualità [SIAMS]; Società Italiana di Endocrinologia [SIE]; Società Italiana di Endocrinologia e Diabetologia Pediatrica [SIEDP]; Società Italiana di Ginecologia dell'Infanzia e dell'Adolescenza [SIGIA]; Società Italiana Genere, Identità e Salute [SIGIS]. (n.d.). *Comunicato intersocietario sul DDL 2575, "Disposizioni per l'appropriatezza prescrittiva e il corretto utilizzo dei farmaci per la disforia di genere"* [Comunicato stampa; PDF]. Medico e Bambino. https://www.medicoebambino.com/lib/Comunicato_Stampa_Intersocietario_DDL2575.pdf

Barnes, H. (2023). *Time to think: The inside story of the collapse of the Tavistock's gender service for children*. Sift Press

British Society of Paediatric Endocrinology & Diabetes. (2005). *Guidelines for the management of gender identity disorder (GID) in adolescents and children: Specific endocrinological recommendations*. Internet Archive. https://web.archive.org/web/20051214002955/bsped.org.uk/professional/guidelines/docs/BSPEDGIDguidelines.pdf

Bundesrepublik Deutschland. (2024). *Gesetz über die Selbstbestimmung in Bezug auf den Geschlechtseintrag (SBGG).* Gesetze im Internet. https://www.gesetze-im-internet.de/sbgg/BJNR0CE0B0024.html

Calcaterra, V., Tornese, G., Zuccotti, G., Staiano, A., Cherubini, V., Gaudino, R., Fazzi, E. M., Barbi, E., Chiarelli, F., Corsello, G., Esposito, S. M. R., Ferrara, P., Iughetti, L., Laforgia, N., Maghnie, M., Marseglia, G., Perilongo, G., Pettoello-Mantovani, M., Ruggieri, M., Russo, G., et al. (2024). Adolescent gender dysphoria management: Position paper from the Italian Academy of Pediatrics, the Italian Society of Pediatrics, the Italian Society for Pediatric Endocrinology and Diabetes, the Italian Society of Adolescent Medicine and the Italian Society of Child and Adolescent

Neuropsychiatry. *Italian Journal of Pediatrics, 50*(1), 73. https://doi.org/10.1186/s13052-024-01644-7

Cass, H. (2024). *Independent review of gender identity services for children and young people: Final report*. NHS England. https://cass.independent-review.uk/home/publications/final-report/

Cavarero, A., & Guaraldo, O. (2024). *Donna si nasce (e qualche volta lo si diventa).* Mondadori.

Chasseguet-Smirgel, J. (1973). *L'idéal du moi. Essai psychanalytique sur la "maladie d'idéalité"* [ed. it. 1991, *L'ideale dell'Io. Saggio psicoanalitico sulla «malattia d'idealità»*. Raffaello Cortina]

Chasseguet-Smirgel, J. (1984). *Creativity and perversion*. London, England: Free Association Books. [Ed. it. 1987. *Creatività e perversione*. Raffaello Cortina]

Chasseguet-Smirgel, J. (2003). *Le corps comme miroir du monde*. Presses Universitaires de France; [Ed. it. 2005. *Il corpo come specchio del mondo*. Raffaello Cortina]

Cohen-Kettenis, P. T., & van Goozen, S. H. M. (1998). Pubertal delay as an aid in diagnosis and treatment of a transsexual adolescent. *European Child & Adolescent Psychiatry, 7*(4), 246–248. https://doi.org/10.1007/s007870050073

Council for Choices in Health Care in Finland (PALKO/COHERE Finland). (2020). *Recommendation of the Council for Choices in Health Care in Finland (PALKO/COHERE Finland): Medical treatment methods for dysphoria related to gender variance in minors* (English translation, unofficial, 18 May 2022). https://segm.org/sites/default/files/Finnish_Guidelines_2020_Minors_Unofficial%20Translation.pdf

Danish Health Authority. (2025, December 12). Sundhedsfaglig ramme vedrørende "Den sundhedsfaglige hjælp ved kønsidentitetsforhold" (sezione "Revision af vejledning"). Sundhedsstyrelsen. https://www.sst.dk/vidensbase/seksuel-sundhed-seksualitet-og-koensidentitet/koensidentitet/sundhedsfaglig-ramme-vedroerende-den-sundhedsfaglige-hjaelp-ved-koensidentitetsforhold

Danish Health Authority. (n.d.). *Vejledning om sundhedsfaglig hjælp ved kønsinkongruens* [PDF]. Sundhedsstyrelsen. https://prodstoragehoeringspo.blob.core.windows.net/36b453f4-60ab-408d-aeb4-be0ff2dc6b56/Vejledning%20om%20sundhedsfaglig%20hj%C3%A6lp%20ved%20k%C3%B8nsinkongruens.PDF

Department for Education. (2026). *Policy paper. Including guidance on children who are questioning their gender in 'Keeping children safe in education"* (KCSIE) https://www.gov.uk/government/publications/including-guidance-on-children-who-are-questioning-their-gender-in-kcsie/including-guidance-on-children-who-are-questioning-their-gender-in-keeping-children-safe-in-education-kcsie

Department for Education. (2023). *Gender questioning children: Non-statutory guidance for schools and colleges in England* (Draft for consultation). https://www.gov.uk/government/consultations/gender-questioning-children-draft-schools-and-colleges-guidance

Di Ceglie, D., Sturge, C., & Sutton, A. (1998). *Gender identity disorders in children and adolescents: Guidance for management*. Royal College of Psychiatrists.

Di Ceglie, D., & Freedman, D. (Eds.). (1998). *A stranger in my own body: Atypical gender identity development and mental health*. Karnac Books

Endocrine Society. (2023, May 16). *Endocrine Society's new scientific statement identifies research gaps in pediatric, LGBTQIA care* [Press release]. https://www.endocrine.org/news-and-advocacy/news-room/2023/endocrine-societys-new-scientific-statement-identifies-research-gaps-in-pediatric-lgbtqia-care

European Commission. (2025). *Union of Equality: LGBTIQ+ Equality Strategy 2026–2030* (COM(2025) 725 final). Publications Office of the European Union. https://commission.europa.eu/document/download/b4952371-4308-47ad-b995-02c539b75dda_en?file-name=JUST_template_comingsoon_standard.pdf

Fouque, A. (1995). *Il y a deux sexes: Essais de féminologie, 1989–1995*. Gallimard. [Trad. it.: *I sessi sono due* (N. Setti, trad.; L. Cigarini, introd.). Pratiche, 1999.]

Ghorayshi, A. (2024, October 23). U.S. study on puberty blockers goes unpublished because of politics, doctor says. *The New York Times*. https://www.nytimes.com/2024/10/23/science/puberty-blockers-olson-kennedy.html

Green, R., Newman, L.E., & Stoller, R.J. (1972). Treatment of boyhood 'transsexualism': An interim report of four years' experience. *Archives of General Psychiatry*, 26, 213–217

Hausman, B. L. (1995). *Changing sex. Transsexuality, technology, and the idea of gender.* Duke University Press

Hembree, W. C., Cohen-Kettenis, P. T., Gooren, L., Hannema, S. E., Meyer, W. J., Murad, M. H., Rosenthal, S. M., Safer, J. D., Tangpricha, V., & T'Sjoen, G. G. (2017). Endocrine treatment of gender-dysphoric/gender-incongruent persons: An Endocrine Society clinical practice guideline. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, 102*(11), 3869–3903. https://doi.org/10.1210/jc.2017-01658

Hendricks, M. L., & Testa, R. J. (2012). A conceptual framework for clinical work with transgender and gender nonconforming clients: An adaptation of the Minority Stress Model. *Professional Psychology: Research and Practice, 43*(5), 460–467. https://doi.org/10.1037/a0029597

Hidalgo, M. A., Ehrensaft, D., Tishelman, A. C., Clark, L. F., Garofalo, R., Rosenthal, S. M., Spack, N. P., & Olson, J. (2013). *The gender affirmative model: What we know and what we aim to learn*. *Human Development, 56*(5), 285–290. (estratto consultabile presso https://www.apa.org/pubs/books/The-Gender-Affirmative-Model-Chapter-1-Sample.pdf?)

Il Foglio. (2024, January 26). Il Comitato di bioetica riesaminerà l'uso dei bloccanti della pubertà. https://www.ilfoglio.it/bioetica-e-diritti/2024/01/26/news/il-comitato-di-bioetica-riesaminera-l-uso-dei-bloccanti-della-puberta--6141901/

Jeffreys, S. (2014). *Gender hurts: A feminist analysis of the politics of transgenderism*. Routledge.

Jordan, B. (2000). *Les imposteurs de la génétique*. Éditions du Seuil. Trad. it.: *Gli impostori della genetica*. Einaudi, 2002

Kaltiala-Heino, R., Sumia, M., Työläjärvi, M., & Lindberg, N. (2015). *Two years of gender identity service for minors: overrepresentation of natal girls with severe problems in adolescent development*. Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health, 9, 9.Keo-Meier, C., & Ehrensaft, D. (Eds.). (2018). *The gender affirmative model: An interdisciplinary approach to supporting transgender and gender expansive children*. American Psychological Association.

Levine, S. B., Abbruzzese, E., & Mason, J. W. (2022). Reconsidering informed consent for trans-identified children, adolescents, and young adults. *Journal of Sex & Marital Therapy, 48*(7), 706–727. https://doi.org/10.1080/0092623X.2022.2046221

Littman, L. (2019). Correction: Parent reports of adolescents and young adults perceived to show signs of a rapid onset of gender dysphoria. *PLOS ONE, 14*(3), e0214157. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0214157

Littman, L., O'Malley, S., Kerschner, H., & Bailey, J. M. (2024). Detransition and desistance among previously trans-identified young adults. *Archives of Sexual Behavior, 53*(1), 57–76. https://doi.org/10.1007/s10508-023-02716-1

Lonzi, C. (1970). *Sputiamo su Hegel*. Rivolta Femminile

Macur, J. (28 novembre 2024). *How a women's college volleyball team became the center of the transgender athlete debate*. *The New York Times*.

McDougall, J. (1982). *Théâtres du Je*. Gallimard. Ed. it.: *Teatri dell'io. Illusione e verità sulla scena psicoanalitica*. Raffaello Cortina, 1988

NHS England. (2024, March 12). *Clinical policy: Puberty suppressing hormones (PSH) for children and young people who have gender incongruence/gender dysphoria*. https://www.england.nhs.uk/publication/clinical-policy-puberty-suppressing-hormones/

Norwegian Healthcare Investigation Board (UKOM). (2023). *Patient safety for children and young people with gender incongruence*. https://www.ukom.no/rapporter/pasientsikkerhet-for-barn-og-unge-med-kjonnsinkongruens/

Ordine degli Psicologi del Lazio. (2024). Identità e varianze di genere in età evolutiva (pagina progetto). https://ordinepsicologilazio.it/eventi/identita-varianza-genere

Rubin, G. (1975). *The traffic in women: Notes on the "political economy" of sex*. In R. R. Reiter (Ed.), *Toward an anthropology of women* (pp. 157–210). Monthly Review Press

Ruuska, S.-M., Tuisku, K., Holttinen, T., & Kaltiala, R. (2026). Psychiatric morbidity among adolescents and young adults who contacted specialised gender identity services in Finland in 1996–2019: A register study. *Acta Paediatrica*. Advance online publication. https://doi.org/10.1111/apa.70533

Ryan, B. (2025, March 12). *LEAKED: Trans-Care Training Videos by Beleaguered Top Gender-Clinic Doctor, Part 1*. Hazard Ratio: Benjamin Ryan. https://benryan.substack.com

Socialstyrelsen. (2023). *Care of children and adolescents with gender dysphoria: Summary of national guidelines (December 2022).* https://www.socialstyrelsen.se/publikationer/care-of-children-and-adolescents-with-gender-dysphoria--summary-of-national-guidelines--december-2022-2023-1-8330/

Taylor, J., Hall, R., Langton, T., Fraser, L., & Hewitt, C. E. (2024). Care pathways of children and adolescents referred to specialist gender services: a systematic review. *Archives of disease in childhood*, *109*(Suppl 2), s57–s64. https://doi.org/10.1136/archdischild-2023-326760

Themis Resource Fund. (2024). *U.S. detransitioner cases*. https://themisresourcefund.org/detransitioner-cases/

Tweede Kamer der Staten-Generaal. (2024, February 15). *Motie van het lid Hertzberger over een onderzoek naar de fysieke en mentale gezondheidsuitkomsten na behandeling met de "Dutch protocol"-methodiek* (Kamerstuk 31 016, nr. 370). https://zoek.officielebekendmakingen.nl/kst-31016-370.html

U.S. Department of Health and Human Services. (2025). *Treatment for pediatric gender dysphoria: Review of evidence and best practices*. https://opa.hhs.gov/sites/default/files/2025-11/gender-dysphoria-report.pdf

U.S. Department of Health and Human Services. (2025). *Appendix to Treatment for pediatric gender dysphoria: Review of evidence and best practices*. https://opa.hhs.gov/sites/default/files/2025-11/gender-dysphoria-report-appendix.pdf

Valentine, D. (2007). *Imagining transgender: An ethnography of a category*. Duke University Press.

Wittig, M. (1981). One is not born a woman. *Feminist Issues, 1*(2), 47–54

World Professional Association for Transgender Health. (2022). *Standards of care for the health of transgender and gender diverse people (Version 8).* https://wpath.org/publications/soc8/

Wright, J. D., Chen, L., Suzuki, Y., Matsuo, K., & Hershman, D. L. (2023). National estimates of gender-affirming surgery in the US. *JAMA Network Open, 6*(8), e2330348. https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2023.30348