

Il percorso di cura dei minori transgender e di genere diverso (TGD) e impatto dei trattamenti medico-chirurgici sulla loro salute mentale

RODOLFO PESSINA¹, ESTER DI GIACOMO^{1,2}, MASSIMO CLERICI^{1,2}

¹Scuola di Medicina e Chirurgia, Università di Milano-Bicocca; ²UO Psichiatria, IRCCS San Gerardo dei Tintori, Monza.

Riassunto. Scopo. Gli Standards of Care (SOC-8) della World Professional Association for Trans Health forniscono linee guida per l'assistenza delle persone transgender e di genere diverso (TGD) attraverso cure multiprofessionali sicure ed efficaci per il benessere fisico e psichico. Gli obiettivi del presente lavoro sono riassumere le raccomandazioni per infanzia e adolescenza dei SOC-8, evidenziare l'importanza della valutazione psicosociale e delle opzioni terapeutiche mediche e chirurgiche disponibili e sottolineare la necessità di formazione degli operatori sanitari. **Metodi.** Le raccomandazioni dei SOC-8 sono basate su evidenze scientifiche e consenso professionale di esperti della salute delle persone TGD, sviluppando criteri di classificazione e di accesso alle terapie, sulla base di revisioni sistematiche di letteratura (PubMed ed Embase). **Risultati.** I SOC-8 sottolineano l'importanza di valutare e preservare l'identità di genere, supportando i soggetti prepuberi dal punto di vista psicosociale e garantendo agli adolescenti accesso a trattamenti medico-chirurgici conformi alle legislazioni locali. È compito degli operatori sanitari conoscere e adattare le linee guida internazionali per una pratica clinica inclusiva della diversità di genere. **Discussione e conclusioni.** Le terapie di affermazione del genere nei minori richiedono una valutazione comprensiva, il coinvolgimento dei genitori e la considerazione della maturità cognitiva ed emotiva degli stessi. I percorsi devono altresì focalizzarsi sulla preservazione della fertilità e sull'accesso a trattamenti medicalizzati utili per il benessere delle persone TGD.

Parole chiave. Minori transgender e di genere diverso, trattamenti medico-chirurgici.

The treatment path of transgender and gender diverse (TGD) minors and the impact of medical-surgical treatments on their mental health.

Summary. Aim. The Standards of Care (SOC-8) by the World Professional Association for Trans Health provide guidelines for the care of transgender and gender diverse individuals through safe and effective multi-professional interventions for physical and mental well-being. The aim of this work is to summarize the SOC-8 recommendations for childhood and adolescence, highlighting the importance of psychosocial assessment and available medical and surgical therapeutic options, and emphasizing the need for healthcare provider training. **Methods.** The SOC-8 recommendations are based on scientific evidence and professional consensus from experts in transgender health, developing classification criteria and access to therapies, based on systematic literature reviews (PubMed and Embase). **Results.** The SOC-8 underscores the importance of assessing and preserving gender identity, supporting prepubescent individuals from a psychosocial perspective, and ensuring adolescents access to medically and surgically conforming treatments according to local legislation. It is the responsibility of healthcare providers to understand and adapt international guidelines for an inclusive clinical practice of gender diversity. **Discussion and conclusions.** Gender affirmation therapies in minors require comprehensive evaluation, parental involvement, and consideration of their cognitive and emotional maturity. Treatments should also focus on preserving fertility and accessing medicalized treatments which are beneficial to the well-being of transgender and gender diverse individuals.

Key words. Medical-surgical treatments, transgender and gender diverse minors.

Introduzione

Negli ultimi mesi del 2022 è stata pubblicata l'ottava versione degli Standards of Care (SOC-8) per la presa in carico dei bisogni di salute delle persone transgender e di genere diverso (TGD) da parte della World Professional Association for Trans Health (WPATH)¹. Tale documento ha come obiettivo generale quello di fornire agli operatori sanitari informazioni cliniche guida per assistere le persone TGD in maniera multiprofessionale nell'accesso a percorsi di cura sicuri ed

efficaci in modo da ottenere risultati duraturi in termini di conforto personale con il proprio genere, con l'obiettivo di ottimizzare il benessere fisico e psicologico e permettere l'autorealizzazione della persona.

I SOC-8 si basano sulle migliori evidenze scientifiche disponibili e sul consenso professionale di esperti nella salute delle persone transgender. Professionisti e organizzazioni internazionali sono stati selezionati dalla WPATH nella creazione del comitato scientifico per la stesura dei SOC-8.

Le dichiarazioni di raccomandazione sono state sviluppate sulla base dei dati derivati da revisioni

sistematiche indipendenti della letteratura, ove disponibili, e pareri di esperti. La classificazione delle raccomandazioni è stata basata sulle evidenze disponibili a supporto dei diversi interventi, da una discussione dei rischi e dei danni, nonché della possibilità di realizzazione e accettabilità in diversi contesti e legislazioni nazionali.

Le linee guida SOC-8 intendono essere flessibili allo scopo di soddisfare le diverse esigenze di assistenza sanitaria delle persone TGD a livello globale. Sebbene adattabili, offrono standard per la promozione di un'assistenza sanitaria ottimale e l'orientamento per il trattamento delle persone che sperimentano incongruenza di genere.

Per quanto riguarda l'assistenza specifica alle persone di età minore, i SOC-8 hanno introdotto per la prima volta una divisione in capitoli specifici per le persone TGD in età infantile prepuberale e in età adolescenziale, mentre prima la divisione era prevista solo tra età pediatrica e adulta.

Tale scelta è stata motivata dalla crescita esponenziale dei tassi di riferimento in adolescenza, dall'aumento degli studi disponibili specifici legati al supporto della non conformità di genere adolescenziale e dalle problematiche assistenziali peculiari che affrontano le persone TGD in questa fascia di età, soprattutto in termini di rispetto a sviluppo e affermazione del genere nel percorso di adultizzazione.

Metodi

La presente rassegna si pone l'obiettivo di evidenziare le conoscenze attuali rispetto all'assistenza e al trattamento dei minori con diversità di genere. Le raccomandazioni qui di seguito riportate nascono dall'unione tra revisioni sistematiche, pubblicate in database quali PubMed ed Embase, e consensus di esperti riportate dalla National Academies of Medicine e Organizzazione Mondiale della Sanità.

Risultati

STANDARDS OF CARE 8 PER L'ETÀ INFANTILE PREPUBERALE

I principi alla base delle linee guida di assistenza a persone TGD in questa fascia di età sono i seguenti:

1. l'incongruenza di genere infantile è un aspetto atteso dello sviluppo umano generale^{2,3};
2. l'incongruenza di genere infantile non è considerata una patologia organica o un disturbo mentale, come anche riportato nel manuale ICD-11³⁻⁵;
3. espressioni di genere differenti dal sesso assegnato alla nascita nei bambini non possono sempre essere considerate come un riflesso di una identità transgender o di una incongruenza di genere^{6,7};

4. l'aiuto e la guida da parte di professionisti di salute mentale con esperienza nel campo dell'assistenza a bambini con incongruenza di genere possono essere utili nel supportare un adattamento positivo e una migliore comprensione dei bisogni correlati al genere nel corso del tempo^{3,6,8};

5. le terapie di conversione per la diversità di genere nei bambini (per es., ogni tentativo "terapeutico" di costringere un bambino di genere diverso attraverso parole, azioni o con entrambe a identificarsi con, o a comportarsi in accordo, al genere associato con il sesso assegnato alla nascita sono pericolosi e il loro utilizzo è ripudiato dalle maggiori società scientifiche)^{3,9,10}.

A differenza di quanto accade per persone TGD in età adolescenziale e adulta, ai bambini di genere diverso prepuberi non è concesso l'accesso a interventi medici¹¹; perciò, quando è necessario un aiuto professionale per questa popolazione, è molto probabile che provenga da un operatore sanitario specializzato in supporto psicosociale nello sviluppo di genere.

È importante sottolineare che l'utilizzo del termine "diversità di genere", in particolare per l'età infantile, è fondamentale, dal momento che le traiettorie dello sviluppo di genere in bambini prepuberi non possono essere predette e possono cambiare nel corso del tempo¹². Alcuni bambini possono rimanere stabili nell'identità di genere che si sono riconosciuti in una fase precoce di vita e che è discrepante rispetto al sesso assegnato alla nascita¹³. Il termine "bambini di genere diverso o non conforme" include bambini transgender binari e non binari, come anche bambini di genere diverso che non si identificheranno come trans in una fase di vita più avanzata.

Una vasta letteratura psicologica empirica indica che le esperienze della prima infanzia spesso preparano il terreno per modelli di rischio e/o resilienza per tutta la vita e contribuiscono a una traiettoria di sviluppo più o meno favorevole al benessere e a una qualità di vita positiva^{14,15}. La ricerca disponibile indica, in generale, che i giovani di genere diverso si trovano a maggiore rischio di sperimentare difficoltà psicologiche¹⁶ rispetto ai coetanei cisgender della stessa età a causa dell'incontro con esperienze di discriminazione, traumi e maltrattamenti derivanti dal rifiuto legato alla diversità di genere e altre interazioni dure e non accettanti^{6,17,18}. Inoltre, la letteratura indica che i bambini in età prepuberale che sono ben accettati nelle loro identità di genere non conformi presentano generalmente un buon adattamento e sviluppo¹⁹. Per questi motivi, i SOC-8 sottolineano che un'assistenza psicosociale affermativa rispetto al genere²⁰ per i bambini in età prepuberale offre una finestra di opportunità per promuovere una traiettoria di benessere che li sosterrà nel tempo e durante la transizione verso l'adolescenza. Questo approccio può potenzialmente

mitigare alcuni dei comuni rischi per la salute mentale affrontati dagli adolescenti transgender e di genere diverso (TGD)²¹⁻²⁶.

Sviluppo dell'identità di genere e valutazione psicosociale del bambino TGD

Recentemente, la ricerca sullo sviluppo e la crescita infantile ha dimostrato che l'incongruenza di genere può essere osservata e identificata nei bambini in età prepuberale²⁷⁻²⁹. Tuttavia, lo studio empirico in quest'area è limitato e al momento non esistono misure di valutazione psicometricamente solide in grado di accertare, in modo affidabile e/o completo, l'autocomprensione di un bambino in età prepuberale del proprio genere e/o dei bisogni e delle preferenze relativi al genere³⁰. Pertanto, è fondamentale ricorrere, in questa fase di vita, a un approccio clinico individualizzato per la valutazione del genere, coerente con le raccomandazioni di varie linee guida e letteratura^{6,12,31}. La ricerca e l'esperienza clinica hanno indicato che la diversità di genere nei bambini in età prepuberale può, per alcuni, essere fluida; non ci sono mezzi affidabili per prevedere l'evoluzione del genere di un singolo bambino^{6,12,22,32}, e le esigenze legate al genere per un particolare bambino possono variare nel corso della sua infanzia.

La valutazione psicosociale del bambino di genere diverso, secondo i SOC-8, deve configurarsi come un assessment comprensivo, utile per comprendere i bisogni e gli obiettivi del bambino di genere diverso e della famiglia^{8,12}. Questo tipo di valutazione psicosociale non è necessario per tutti i bambini di genere diverso, ma può essere richiesto per una serie di motivi. Le valutazioni possono rappresentare un'utile opportunità per avviare un processo di sostegno per un bambino di genere diverso e la sua famiglia, con la consapevolezza che i bambini traggono beneficio quando le loro dinamiche familiari includono l'accettazione della loro diversità di genere e l'orientamento genitoriale, quando richiesto.

Assessment comprensivi sono appropriati quando sollecitati dalla famiglia che richiede una piena comprensione delle esigenze del bambino in termini di genere e di salute mentale nel contesto della incongruenza di genere.

In queste circostanze, dovrebbero essere presi in considerazione i problemi di salute mentale dei membri della famiglia, le dinamiche familiari e i contesti sociali e culturali, che hanno tutti un impatto su un bambino di genere diverso^{6,12,16,33,34}.

È importante che gli operatori sanitari che lavorano con bambini di genere diverso si sforzino di comprendere, attraverso un'ottica intersezionale, i vari aspetti dell'identità e dell'esperienza del bambino e della famiglia: razza, etnia, stato di immigrato/rifugiato, religioso, geografico e socio-economico,

per esempio, ed essere rispettosi e sensibili al contesto culturale nelle interazioni cliniche³.

Molti fattori possono essere rilevanti per la cultura e il genere, comprese le credenze religiose, le aspettative legate al genere e il grado di accettazione della diversità di genere⁵ e, inoltre, le intersezioni tra diversità di genere, diversità socioculturale e status di minoranza possono essere fonti di forza, stress sociale o entrambi^{5,6,35}.

Gli operatori sanitari di tutte le discipline dovrebbero evitare stereotipi basati su idee preconcepite che potrebbero essere errate o di parte (per esempio, che una famiglia che appartiene a un'organizzazione religiosa che si oppone all'apprezzamento della diversità di genere non sarà necessariamente di supporto al percorso di transizione dei propri figli)⁶. Invece, è essenziale avvicinarsi apertamente a ciascuna famiglia e comprendere ogni membro della famiglia e ogni modello familiare come distinto.

Raccomandazioni per gli operatori sanitari rispetto all'assistenza a bambini prepuberi TGD

Come avviene per tutti i capitoli del SOC-8¹, il documento, anche nel capitolo sulla varianza, l'incongruenza e la disforia di genere nell'età infantile prepuberale, contiene una serie di raccomandazioni per i professionisti sanitari, che vengono poi esplorate nel dettaglio attraverso anche il supporto delle diverse evidenze scientifiche disponibili. Si riporta di seguito la traduzione delle dichiarazioni e si invita il lettore a prendere visione del documento completo dei SOC-8 per una migliore comprensione.

1. Raccomandiamo agli operatori sanitari che lavorano con bambini di genere diverso di ricevere una formazione e un'esperienza clinica specifica nello sviluppo di genere e nella varianza di genere infantile e di possedere le conoscenze generali sull'incongruenza di genere attraverso tutto il corso della vita.
2. Raccomandiamo agli operatori sanitari che lavorano con bambini di genere diverso di ricevere una formazione teorica e basata sull'evidenza e di sviluppare competenze generali sulla salute mentale infantile e familiare in tutto lo spettro dello sviluppo.
3. Raccomandiamo agli operatori sanitari che lavorano con bambini di genere diverso di ricevere formazione e sviluppare competenze nei disturbi dello spettro autistico e in altre neurodivergenze o di collaborare con un esperto con competenze pertinenti quando lavorano con bambini autistici/neurodivergenti e di genere diverso.
4. Raccomandiamo agli operatori sanitari che lavorano con bambini di genere diverso di impegnarsi nella formazione continua relativa a bambini di genere diverso e alle loro famiglie.

5. Raccomandiamo agli operatori sanitari che conducono assessment con bambini di genere diverso di integrare informazioni da più fonti come parte della valutazione.
6. Raccomandiamo agli operatori sanitari che conducono valutazioni con bambini di genere diverso di considerare i fattori di sviluppo rilevanti, il funzionamento neurocognitivo e le abilità linguistiche.
7. Raccomandiamo agli operatori sanitari che conducono una valutazione con bambini di genere diverso di considerare i fattori che possono limitare la segnalazione accurata dell'identità di genere/espressione di genere da parte del bambino e/o della famiglia/tutori.
8. Raccomandiamo agli operatori sanitari di prendere in considerazione la consulenza, la psicoterapia o entrambe per un bambino di genere diverso e alla loro famiglia/caregiver quando le famiglie e gli operatori sanitari ritengono che ciò possa giovare al benessere e allo sviluppo di un bambino e/o della famiglia.
9. Raccomandiamo agli operatori sanitari di offrire consulenza, psicoterapia o entrambe a bambini di genere diverso e alle loro famiglie/caregiver che lavorano con altri contesti e individui importanti per il bambino per promuovere la resilienza e il benessere emotivo del bambino.
10. Raccomandiamo che gli operatori sanitari che offrono consulenza, psicoterapia o entrambi a bambini di genere diverso e alle loro famiglie/caregiver forniscano a entrambe le parti una psicoeducazione adeguata all'età sullo sviluppo di genere.
11. Raccomandiamo che gli operatori sanitari forniscano informazioni ai bambini di genere diverso e alle loro famiglie/tutori mentre il bambino si avvicina alla pubertà sui potenziali interventi medici che affermano il genere, gli effetti di questi trattamenti sulla fertilità futura e le opzioni per la conservazione della fertilità.
12. Raccomandiamo a genitori/tutori e operatori sanitari di rispondere in modo solidale ai bambini che desiderano essere riconosciuti con il genere che corrisponde al loro senso interno di identità.
13. Raccomandiamo agli operatori sanitari e ai genitori/tutori di sostenere i bambini affinché continuino a esplorare il loro genere durante gli anni pre-pubescenti, indipendentemente dalla transizione sociale.
14. Raccomandiamo agli operatori sanitari di discutere i potenziali benefici e rischi di una transizione sociale con le famiglie che lo stanno valutando.
15. Suggeriamo agli operatori sanitari di considerare di lavorare in collaborazione con altri professionisti e organizzazioni per promuovere il benessere dei bambini di genere diverso e ridurre al minimo le avversità che potrebbero incontrare.

Le linee guida generali rispetto alle cure fornite a persone TGD nell'età prepuberale e adolescenziale dei SOC-8 possono essere riassunte nei seguenti punti.

- A differenza di quanto accade per persone TGD in età adolescenziale e adulta, ai bambini di genere diverso prepuberi non è concesso l'accesso a interventi medici o chirurgici; perciò, quando è necessario un aiuto professionale per questa popolazione, è molto probabile che provenga da un operatore sanitario specializzato in supporto psicosociale nello sviluppo di genere che supporti il percorso di transizione sociale nel bambino prepubere e nei suoi familiari.
- Un'assistenza psicosociale affermativa rispetto al genere per bambini in età prepuberale offre una finestra di opportunità per promuovere una traiettoria di benessere che li sosterrà nel tempo e durante la transizione verso l'adolescenza. Questo approccio può potenzialmente mitigare alcuni dei rischi per la salute mentale affrontati dagli adolescenti TGD, in particolare in termini di ideazioni e comportamenti suicidari in questa popolazione.
- Gli adolescenti TGD, se lo desiderano, possono accedere, oltre alla transizione sociale e al supporto psico-sociale, anche alle terapie mediche e chirurgiche di affermazione del genere.
- Sebbene nella stesura dei SOC-8 siano stati forniti dei "criteri di età minima suggerita" per poter accedere a determinate terapie mediche o chirurgiche, la versione definitiva del documento della WPATH ha prevista l'eliminazione di questo criterio. Nell'accesso a qualsiasi intervento medico o chirurgico l'età non riveste più un peso centrale, ma è fondamentale che il clinico che ha in cura la persona TGD (specialmente in età adolescenziale) valuti il criterio della "maturità dal punto di vista cognitivo ed emotivo" del soggetto. Questa definizione risulta al momento abbastanza problematica, perché le linee guida dovrebbero essere rigide, ma questo impone un forte margine di variabilità nell'interpretazione di come applicare i trattamenti nelle età più basse e nei differenti paesi del mondo.

STANDARDS OF CARE 8 PER L'ETÀ ADOLESCENZIALE

È importante segnalare che per la prima volta, con i nuovi SOC-8³⁶ la WPATH ha dedicato una intera sezione di discussione e un capitolo al tema della varianza, incongruenza e disforia di genere nell'età adolescenziale. Tale decisione rivoluzionaria è stata motivata da una serie di fenomeni.

- L'incongruenza di genere nell'età adolescenziale non è più considerata un fenomeno raro, come sostenuto da diversi studi epidemiologici condotti nelle scuole superiori³⁷⁻⁴⁰. Le prevalenze si attestano intorno all'1,2% degli adolescenti che si identificano come persone transgender e il 2-9%

che sperimentano un qualche livello di varianza di genere autoriportata. Ciò è confermato anche dall'aumento esponenziale dei tassi di riferimento di adolescenti di genere diverso a centri specializzati che è stato osservato negli ultimi anni.

- Sebbene fino a pochi anni fa la letteratura rispetto a questa fascia d'età fosse limitata, si è assistito a un aumento del numero di studi specifici collegati alla presa della incongruenza di genere adolescenziale.
- Questa fascia d'età presenta problematiche e questioni uniche nate dall'intersezione tra lo sviluppo fisico, psichico e sessuale dell'individuo, la sua capacità di autodeterminazione e il percorso di affermazione di genere (la maggior parte dei casi attestata intorno ai 18 anni). Per gli adolescenti TGD che prendono decisioni sui trattamenti di affermazione di genere – decisioni che possono avere conseguenze per tutta la vita – è fondamentale capire come tutti gli aspetti dello sviluppo individuale (cognitivo, emotivo, fisico, sociale) possono influire sul processo decisionale per un giovane all'interno del loro specifico contesto culturale.

Per chiarezza, dal momento che la definizione di maturità è diversa nei diversi paesi del globo, la WPATH definisce l'adolescenza come il periodo fraposto tra l'inizio della pubertà e la maggiore età legale (nella maggior parte dei casi attestata intorno ai 18 anni)¹.

La nostra comprensione dello sviluppo dell'identità di genere nell'adolescenza continua a evolversi. Quando si considerano i trattamenti di affermazione di genere per questa fascia di età, le famiglie possono avere domande sullo sviluppo dell'identità di genere del loro adolescente e se il genere dichiarato dalla persona rimarrà o meno lo stesso nel tempo. Per alcuni adolescenti, un'identità di genere dichiarata che differisce dal sesso assegnato alla nascita non è una sorpresa per i loro genitori/tutori poiché la loro storia di espressione di genere "incongrua" risale all'infanzia²⁴. Per altri, la dichiarazione non avviene fino all'emergere di cambiamenti puberali o addirittura nell'adolescenza^{41,42}.

Storicamente, l'apprendimento sociale e la ricerca sullo sviluppo cognitivo sullo sviluppo di genere sono stati condotti principalmente con giovani che non erano di genere diverso nell'identità o nell'espressione e sono stati condotti partendo dal presupposto che il sesso fosse correlato a un genere specifico; pertanto, è stata prestata poca attenzione allo sviluppo dell'identità di genere.

Oltre ai fattori biologici che influenzano lo sviluppo di genere, la ricerca ha dimostrato che anche i fattori psicologici e sociali svolgono un ruolo⁴³. Sebbene ci sia stata una minore attenzione allo sviluppo dell'identità di genere nei giovani TGD, ci sono ampie ragioni per supporre che, oltre ai fattori biologici,

siano coinvolti anche fattori psicosociali¹². Per alcuni giovani, lo sviluppo dell'identità di genere appare fisso ed è spesso espresso fin dalla giovane età, mentre per altri potrebbe esserci un processo di sviluppo che contribuisce allo sviluppo dell'identità di genere nel tempo.

Studi di neuroimaging, studi genetici ed endocrinologici in individui intersessuali dimostrano un contributo biologico allo sviluppo dell'identità di genere per alcuni individui la cui identità di genere non corrisponde al sesso assegnato alla nascita¹². Poiché le famiglie hanno spesso domande proprio su questo problema, è importante notare che non è possibile distinguere tra coloro per i quali l'identità di genere può sembrare fissata dalla nascita e coloro per i quali lo sviluppo dell'identità di genere sembra essere un processo evolutivo. Dal momento che è impossibile delineare definitivamente il contributo di vari fattori allo sviluppo dell'identità di genere per ogni adolescente, un approccio clinico globale è importante e necessario.

L'adolescenza può essere un periodo critico per lo sviluppo dell'identità di genere per i giovani con diversità di genere¹².

Studi clinici longitudinali olandesi di follow-up su adolescenti con disforia di genere infantile che hanno ricevuto una terapia ormonale con soppressori della pubertà, terapia ormonale sostitutiva di affermazione del genere o entrambi, hanno rilevato che nessuno dei giovani in età adulta si è pentito delle decisioni prese in adolescenza^{44,45}. Questi risultati suggeriscono che gli adolescenti che sono stati valutati in modo completo e ritenuti emotivamente maturi per prendere decisioni terapeutiche riguardanti l'assistenza medica di affermazione di genere presentano stabilità dell'identità di genere nel periodo di tempo in cui sono stati condotti gli studi.

Si sta assistendo anche a un aumento delle identità non binarie tra gli adolescenti che si presentano alle cliniche specializzate per l'affermazione di genere⁴⁶.

Data la natura emergente delle conoscenze sullo sviluppo dell'identità di genere adolescenziale, un approccio individualizzato all'assistenza clinica è considerato sia etico sia necessario. Come in tutte le aree della medicina, ogni studio ha limiti metodologici e le conclusioni tratte dalla ricerca non possono e non devono essere applicate universalmente a tutti gli adolescenti. Questo vale anche quando si è alle prese con le comuni domande dei genitori riguardanti la stabilità contro l'instabilità dello sviluppo dell'identità di genere di un particolare giovane. Mentre la ricerca futura aiuterà a far progredire la comprensione scientifica dello sviluppo dell'identità di genere, potrebbero esserci sempre delle lacune. Inoltre, data l'etica dell'autodeterminazione nella cura, queste lacune non dovrebbero lasciare l'adolescente TGD senza cure importanti e necessarie.

Evidenze scientifiche sui trattamenti medici di affermazione di genere per adolescenti transgender

Una sfida chiave nella cura degli adolescenti transgender è la qualità delle evidenze che valutano l'efficacia dei trattamenti medici e chirurgici di affermazione del genere nel tempo. Date le implicazioni irreversibili del trattamento medico-chirurgico e la giovane età in cui i trattamenti possono essere avviati, gli adolescenti, i loro genitori e gli operatori sanitari dovrebbero essere informati sugli effetti positivi e negativi delle terapie sulla base delle più aggiornate evidenze scientifiche. Sembra ragionevole ritenere che le decisioni di andare avanti con i trattamenti medici e chirurgici debbano essere prese con attenzione.

Nonostante il corpo di ricerche in lenta crescita a sostegno dell'efficacia dell'intervento medico precoce, il numero di studi è ancora basso e in letteratura ci sono pochi studi sui risultati che seguono i giovani fino all'età adulta. Pertanto, secondo la SOC-8, al momento non è possibile una revisione sistematica degli esiti del trattamento negli adolescenti e viene invece fornita una breve rassegna narrativa.

Al momento della stesura del capitolo sull'identità transgender in adolescenza, erano in essere diversi studi di follow-up di coorte longitudinali a lungo termine che riportavano risultati positivi di cure mediche precoci; per un periodo di tempo significativo, molti di questi studi sono stati condotti in una specifica clinica olandese specializzata^{44,45,47-49}.

I risultati hanno dimostrato che la risoluzione della disforia di genere data dagli interventi medico-chirurgici in adolescenza è associata a un miglioramento del funzionamento psicologico e della soddisfazione dell'immagine corporea. La maggior parte di questi studi ha seguito un disegno metodologico pre-post e ha confrontato il funzionamento psicologico di base con i risultati dopo i trattamenti medici di affermazione del genere.

Diversi studi hanno valutato singoli aspetti o combinazioni di interventi terapeutici e hanno incluso: 1) ormoni e interventi chirurgici per l'affermazione di genere^{44,48,49}; 2) terapia di soppressione della pubertà⁴⁷; 3) soppressione della pubertà, terapia ormonale affermativa e interventi chirurgici⁴⁵.

Quest'ultimo studio citato, al momento, è l'unico studio che ha seguito, tramite un follow-up a lungo termine, i giovani dalla prima adolescenza (pre-trattamento, età media di 13,6) fino alla giovane età adulta (post-trattamento, età media di 20,7). È stata la prima ricerca a dimostrare che il trattamento di affermazione del genere ha consentito agli adolescenti transgender di effettuare transizioni di sviluppo adeguate all'età mentre vivevano secondo il loro genere affermato con risultati oggettivi e soggettivi soddisfacenti in età adulta⁴⁵. Sebbene lo studio abbia utilizzato un campione limitato (n=55), selezio-

nato e socialmente supportato, i risultati sono stati convincenti.

Diversi studi longitudinali pubblicati più di recente hanno seguito e valutato i partecipanti in diverse fasi dei loro trattamenti di affermazione del genere. In questi studi, alcuni partecipanti potrebbero non aver iniziato trattamenti medici di affermazione di genere, alcuni erano stati trattati con la soppressione della pubertà, mentre altri ancora avevano iniziato terapia ormonale di affermazione di genere o si erano sottoposti a chirurgia di affermazione di genere (GAS)⁵⁰⁻⁵⁵. Data l'eterogeneità di trattamenti e metodi, questo tipo di design rende l'interpretazione dei risultati più impegnativa. Tuttavia, se confrontati con le valutazioni di base, i dati dimostrano costantemente il miglioramento o la stabilità del funzionamento psicologico, dell'immagine corporea e della soddisfazione del trattamento che variano da 3 mesi fino a un massimo di 2 anni dall'inizio del trattamento.

Gli studi trasversali forniscono un altro disegno per valutare gli effetti dei trattamenti di affermazione di genere. Uno di questi studi⁵⁶ ha confrontato il funzionamento psicologico negli adolescenti transgender al basale e durante la terapia di soppressione della pubertà con quello dei coetanei cisgender delle scuole superiori in due diversi momenti. Al basale, i giovani transgender hanno dimostrato un funzionamento psicologico inferiore rispetto ai coetanei cisgender, mentre durante la soppressione della pubertà, hanno dimostrato un funzionamento migliore rispetto ai loro coetanei. Grannis et al.⁵⁷ hanno dimostrato che i maschi transgender che hanno iniziato il testosterone avevano sintomi di salute mentale interiorizzanti inferiori (depressione e ansia) rispetto a quelli che non avevano iniziato il trattamento con testosterone.

Quattro ulteriori studi hanno seguito diversi disegni per valutare gli outcome di salute.

1. In uno studio retrospettivo, Kaltiala et al.⁵⁸ hanno riferito che gli adolescenti transgender con pochi o nessun problema di salute mentale pregressi all'inizio della terapia ormonale generalmente hanno avuto buoni risultati durante il trattamento. Tuttavia, gli adolescenti con maggiori problemi di salute mentale al basale hanno continuato a sperimentare le manifestazioni di tali condizioni psicopatologiche nel corso del trattamento medico di affermazione del genere.
2. Nieder et al.⁵⁹ hanno studiato la soddisfazione per l'assistenza come misura di esito e hanno dimostrato che gli adolescenti transgender erano più soddisfatti man mano che progredivano con i trattamenti.
3. Hisle-Gorman et al.⁶⁰ hanno confrontato l'utilizzo dell'assistenza sanitaria prima e dopo l'inizio di terapie farmacologiche di affermazione di genere come indicatori della gravità delle condizioni di salute mentale tra 3.754 adolescenti TGD

in un ampio set di dati sanitari. Contrariamente all'ipotesi degli autori di un miglioramento della salute mentale, il ricorso a un supporto con un professionista di salute mentale non è cambiato in modo significativo e le prescrizioni di farmaci psicotropi sono aumentate.

4. In un ampio campione non probabilistico di adulti identificati come transgender, Turban et al.⁶¹ hanno rilevato che coloro che hanno riferito di aver avuto accesso a terapie ormonali affermative in adolescenza avevano minori probabilità di suicidio nell'ultimo anno rispetto alle persone transgender che accedono alle medesime terapie in età adulta.

Gli operatori sanitari possono prendere in considerazione la possibilità che un adolescente possa pentirsi delle decisioni di affermazione di genere prese durante l'adolescenza, e che un giovane possa voler interrompere il trattamento e tornare a vivere nel ruolo di genere assegnato alla nascita in futuro.

Due studi olandesi riportano bassi tassi di adolescenti (1,9% e 3,5%) che scelgono di interrompere la soppressione della pubertà^{62,63}. Bisogna sottolineare che questi studi sono stati condotti in cliniche che seguono un protocollo che include una valutazione completa e omnicomprensiva prima dell'inizio del trattamento medico di affermazione del genere, segno di come tale tipo di assistenza possa giocare un ruolo nel sostenere le decisioni dei pazienti adolescenti TGD.

Al momento, nessuno studio clinico di coorte ha indagato le caratteristiche e i profili di adolescenti che rimpiangono la loro decisione iniziale o il processo di detransizione dopo un trattamento affermativo irreversibile.

Ricerche recenti indicano che ci sono adolescenti che hanno abbandonato il percorso di transizione, ma non si pentono di aver iniziato il trattamento poiché hanno sperimentato l'inizio del trattamento come parte della comprensione dei loro bisogni di assistenza legati al genere⁶¹. Tuttavia, questa potrebbe non essere la prospettiva predominante delle persone che effettuano la detransizione^{64,65}, perché alcune persone potrebbero comunque pentirsi del percorso intrapreso⁶⁶. Pertanto, è fondamentale presentare l'intera gamma di possibili risultati quando si assiste gli adolescenti transgender e discutere assieme della possibilità del dubbio, del pentimento e del cambiamento di volontà in futuro, andando a spiegare in maniera adeguata la possibilità della detransizione.

Gli operatori sanitari possono discutere questo argomento in modo collaborativo e basato sulla fiducia (vale a dire, come "potenziale esperienza e considerazione futura") con l'adolescente e i suoi genitori/tutori prima che vengano avviati i trattamenti medici di affermazione di genere.

Inoltre, gli operatori sanitari dovrebbero essere preparati a sostenere gli adolescenti che abbandonano la transizione. In un sondaggio condotto su un campione scelto tramite convenience sampling su Internet di 237 "detransitioners" autoidentificati, con un'età media di 25,02 anni, che consisteva in oltre il 90% delle femmine assegnate alla nascita, il 25% ha riferito di aver effettuato la transizione dal punto di vista medico prima dei 18 anni e il 14% aveva effettuato la transizione prima dei 18 anni⁶⁵. Sebbene un campione scelto tramite questo metodo di campionamento su Internet sia soggetto al bias di selezione degli intervistati, questo studio suggerisce che la detransizione può verificarsi nei giovani adolescenti transgender e gli operatori sanitari dovrebbero esserne consapevoli. Molti di loro hanno espresso difficoltà a trovare aiuto durante il loro processo di detransizione e hanno riferito che la loro detransizione è stata un'esperienza di isolamento durante la quale non hanno ricevuto un sostegno sufficiente o appropriato⁶⁵.

Per concludere, sebbene i campioni esistenti riportati su gruppi relativamente piccoli di giovani (per es., n=22-101 per studio) e il tempo di follow-up variabile tra gli studi (6 mesi-7 anni), questa base emergente di evidenze indica un generale miglioramento della vita degli adolescenti transgender che, a seguito di un'attenta valutazione, ricevono terapie di affermazione del genere necessarie dal punto di vista medico. Inoltre, i tassi di rimpianto riportati durante i periodi di monitoraggio dello studio sono bassi. Nel complesso, i dati mostrano che l'intervento medico precoce, come parte di più ampi approcci combinati di valutazione e trattamento incentrati sulla disforia di genere e sul benessere generale, può essere efficace e utile per molti adolescenti transgender che cercano questi trattamenti.

Considerazioni etiche e diritti umani rispetto alle terapie mediche per adolescenti transgender

Come sottolineato dalla commissione della WPATH, l'etica medica e le prospettive dei diritti umani sono state prese in considerazione anche durante la formulazione delle dichiarazioni SOC-8 per adolescenti. Per esempio, permettere che la pubertà irreversibile progredisca negli adolescenti che sperimentano incongruenze di genere non è un atto neutrale dato che può avere effetti dannosi immediati e per tutta la vita per il giovane transgender^{32,67,68}. Dal punto di vista dei diritti umani, considerando l'incongruenza di genere come una variazione normale e prevista all'interno della più ampia diversità dell'esperienza umana, è diritto dell'adolescente partecipare al proprio processo decisionale rispetto alla propria salute e alla propria vita, incluso la scelta di accedere a servizi per la salute di genere⁶⁹.

Raccomandazioni per gli operatori sanitari rispetto all'assistenza ad adolescenti TGD

Si riporta di seguito la traduzione delle raccomandazioni relative all'assistenza alla varianza, incongruenza e disforia di genere negli adolescenti TGD, con le relative voci bibliografiche a supporto, e si invita il lettore a prendere visione del documento completo dei SOC-8¹ per una migliore comprensione.

1. Raccomandiamo che gli operatori sanitari che lavorano con adolescenti con incongruenza di genere
 - a. Siano autorizzati dal loro ordine professionale e siano in possesso di un diploma post-laurea o equivalente in un campo clinico pertinente a questo ruolo rilasciato da un istituto accreditato a livello nazionale.
 - b. Ricevano una formazione teorica e basata sull'evidenza e sviluppino competenze generali sulla salute mentale infantile, adolescenziale e familiare in tutto lo spettro dello sviluppo.
 - c. Ricevano una formazione e acquisiscano esperienza rispetto allo sviluppo dell'identità di genere, nella varianza di genere nei bambini e negli adolescenti, abbiano la capacità di valutare la capacità di assenso/consenso e possiedano una conoscenza generale della incongruenza di genere nel corso della vita.
 - d. Ricevano una formazione specifica e sviluppino competenze nei disturbi dello spettro autistico e in altre presentazioni dello sviluppo neurologico o collaborino con un esperto di disturbi del neurosviluppo quando si lavora con adolescenti di genere incongruenza e autistici/neurodivergenti.
 - e. Continuino a impegnarsi nello sviluppo professionale in tutte le aree relative a bambini, adolescenti e famiglie di genere diverso.
2. Raccomandiamo agli operatori sanitari che lavorano con adolescenti con incongruenza di genere di facilitare l'esplorazione e l'espressione di genere in modo aperto e rispettoso in modo che nessuna particolare identità sia favorita o discriminata.
3. Raccomandiamo agli operatori sanitari che lavorano con adolescenti con incongruenza di genere di intraprendere una valutazione bio-psico-sociale completa degli adolescenti che presentano problemi legati all'identità di genere e cercano assistenza medico-chirurgica correlata alla transizione, e che ciò sia realizzato in modo collaborativo e supportivo.
4. Raccomandiamo agli operatori sanitari di lavorare con le famiglie, le scuole e altri contesti pertinenti per promuovere l'accettazione delle diverse espressioni di genere del comportamento e delle identità dell'adolescente.
5. Raccomandiamo di non offrire una terapia riparativa e di conversione volta a cercare di cambiare il genere e l'espressione di genere vissuta di una persona per renderla più congruente con il sesso assegnato alla nascita.
6. Sugeriamo agli operatori sanitari di fornire agli adolescenti transgender e di genere diverso un'educazione sanitaria sulla fasciatura del torace (binder) e il rimboccamento o spostamento dei genitali (packer o tucking), inclusa una revisione dei benefici e dei rischi di queste pratiche volte a ridurre la disforia di genere.
7. Raccomandiamo agli operatori di prendere in considerazione la prescrizione di agenti di soppressione mestruale per adolescenti che sperimentano incongruenza di genere che potrebbero non desiderare la terapia con testosterone, che desiderano ma non hanno ancora iniziato la terapia con testosterone o in combinazione con terapia con testosterone per sanguinamento da rottura.
8. Raccomandiamo agli operatori sanitari di mantenere una relazione continua con l'adolescente con incongruenza di genere e transgender e con qualsiasi caregiver rilevante per supportare l'adolescente nel suo processo decisionale per tutta la durata del trattamento di soppressione della pubertà, del trattamento ormonale e/o della chirurgia affermativa fino al passaggio all'assistenza per adulti.
9. Raccomandiamo agli operatori sanitari di coinvolgere le discipline pertinenti, compresi i professionisti della salute mentale e medici, per prendere una decisione comune rispetto alla soppressione della pubertà, l'inizio della terapia ormonale o la chirurgia affermativa di genere per adolescenti con incongruenza di genere e transgender fino al passaggio all'assistenza agli adulti.
10. Raccomandiamo agli operatori sanitari che lavorano con adolescenti transgender e di genere incongruente che richiedono trattamenti medici o chirurgici di affermazione di genere di informarli, prima di iniziare il trattamento, degli effetti riproduttivi inclusa la potenziale perdita di fertilità e delle opzioni disponibili per preservare la fertilità nel contesto della fase giovanile dello sviluppo puberale.
11. Quando per gli adolescenti sono indicati trattamenti medici o chirurgici di affermazione di genere, raccomandiamo che gli operatori sanitari coinvolgano i genitori/tutori nel processo di valutazione e trattamento, a meno che il loro coinvolgimento non sia di danno all'adolescente o non possibile.

Le seguenti raccomandazioni sono prodotte rispetto i requisiti per il trattamento medico e/o chirurgico di affermazione di genere per adolescenti transgender e di genere diverso (e tutti questi devono essere presenti per permettere l'accesso).

12. Raccomandiamo agli operatori sanitari che valutano adolescenti transgender e con incongruenza di genere di raccomandare trattamenti medici o chirurgici che affermino il genere richiesti dal paziente solo quando:

- a. L'adolescente soddisfa i criteri diagnostici di incongruenza di genere secondo l'ICD-11 in situazioni in cui è necessaria una diagnosi per accedere all'assistenza sanitaria. Nei paesi che non hanno implementato l'ultimo ICD, possono essere utilizzate altre tassonomie, anche se dovrebbero essere compiuti sforzi per utilizzare l'ultimo ICD non appena possibile.
- b. L'esperienza della diversità/incongruenza di genere è marcata e sostenuta nel tempo.
- c. L'adolescente dimostra la maturità emotiva e cognitiva necessaria per fornire il consenso/assenso informato al trattamento.
- d. Sono stati affrontati i problemi di salute mentale dell'adolescente (se presenti) che possono interferire con la chiarezza diagnostica, la capacità di acconsentire e i trattamenti medici che affermano il genere.
- e. L'adolescente è stato informato degli effetti riproduttivi, inclusa la potenziale perdita di fertilità e le opzioni disponibili per preservare la fertilità, e questi sono stati discussi nel contesto della fase di sviluppo puberale dell'adolescente.
- f. L'adolescente ha raggiunto lo stadio Tanner 2 della pubertà per iniziare la soppressione puberale.
- g. L'adolescente ha avuto almeno 12 mesi di terapia ormonale di affermazione del genere o più, se necessario, per ottenere il risultato chirurgico desiderato per le procedure di affermazione del genere, tra cui aumento del seno, orchietomia, vaginoplastica, isterectomia, falloplastica, metoidioplastica e chirurgia facciale come parte del trattamento di affermazione del genere a meno che la terapia ormonale non sia desiderata o sia controindicata dal punto di vista medico.

13. L'accesso alle terapie mediche e chirurgiche negli adolescenti TGD è determinato da una serie di criteri stringenti che variano rispetto ai differenti trattamenti possibili.

- a. Fase di assessment: valutazione di accesso alle terapie, richiede la soddisfazione dei seguenti criteri:

- I. necessità di una valutazione bio-psico-sociale completa che includa i professionisti della salute mentale e medici pertinenti;
 - II. coinvolgimento del/i genitore/i/tutore/i nel processo di valutazione, a meno che il loro coinvolgimento non sia ritenuto dannoso per l'adolescente o non fattibile;
 - III. se è necessaria una documentazione scritta o una lettera per raccomandare un trattamento medico e chirurgico che affermi il genere, è necessaria solo una lettera di valutazione da parte di un membro del team multidisciplinare. Questa lettera deve riflettere la valutazione e l'opinione del team che coinvolge professionisti della salute sia medica che mentale.
- b. Agenti bloccanti della pubertà: terapia volta all'inibizione del processo di sviluppo puberale dei caratteri sessuali primari e secondari, richiede la soddisfazione dei seguenti criteri:
 - I. la diversità/incongruenza di genere è marcata e sostenuta nel tempo;
 - II. l'adolescente soddisfa i criteri diagnostici di incongruenza/disforia di genere secondo i manuali diagnostici disponibili (DSM5-TR, ICD-11) in situazioni in cui è necessaria una diagnosi per accedere all'assistenza sanitaria;
 - III. l'adolescente dimostra la maturità emotiva e cognitiva necessaria per fornire il consenso/assenso informato al trattamento;
 - IV. sono stati affrontati i problemi di salute mentale (se presenti) che possono interferire con la chiarezza diagnostica, con la capacità di consenso e con i trattamenti medici che affermativi di genere. Tali problemi di salute mentale devono essere stati trattati adeguatamente, in modo che il trattamento medico affermativo possa essere fornito in modo ottimale;
 - v. L'adolescente è stato informato degli effetti riproduttivi della terapia medica, inclusa la potenziale perdita di fertilità e le opzioni disponibili per preservare la fertilità (ex. crioconservazione dei gameti);
 - vi. L'adolescente ha raggiunto la fase 2 di Tanner dello sviluppo puberale;
 - c. Terapia ormonale affermativa: terapia endocrina con ormoni sessuali volta allo sviluppo di caratteri sessuali primari e secondari simili al genere desiderato, richiede la soddisfazione dei seguenti criteri:
 - I. la diversità/incongruenza di genere è marcata e sostenuta nel tempo;
 - II. l'adolescente soddisfa i criteri diagnostici di incongruenza/disforia di genere secondo i

- manuali diagnostici disponibili (DSM5-TR, ICD-11) in situazioni in cui è necessaria una diagnosi per accedere all'assistenza sanitaria;
- III. l'adolescente dimostra la maturità emotiva e cognitiva necessaria per fornire il consenso/assenso informato al trattamento;
 - IV. sono stati affrontati i problemi di salute mentale (se presenti) che possono interferire con la chiarezza diagnostica, con la capacità di consenso e con i trattamenti medici che affermativi di genere. Tali problemi di salute mentale devono essere stati trattati adeguatamente, in modo che il trattamento medico affermativo possa essere fornito in modo ottimale.
 - VI. l'adolescente è stato informato degli effetti riproduttivi della terapia medica, inclusa la potenziale perdita di fertilità e le opzioni disponibili per preservare la fertilità (ex. crioconservazione);
 - VII. l'adolescente ha raggiunto la fase 2 di Tanner dello sviluppo puberale;
- d. Terapie chirurgiche affermative: comprendono una serie di interventi a carico genitale e di altre aree corporee legate alla disforia anatomica percepita dalla persona TGD, richiedono la soddisfazione dei seguenti criteri:
- I. la diversità/incongruenza di genere è marcata e sostenuta nel tempo;
 - II. l'adolescente soddisfa i criteri diagnostici di incongruenza/disforia di genere secondo i manuali diagnostici disponibili (DSM5-TR, ICD-11) in situazioni in cui è necessaria una diagnosi per accedere all'assistenza sanitaria;
 - III. l'adolescente dimostra la maturità emotiva e cognitiva necessaria per fornire il consenso/assenso informato al trattamento;
 - IV. sono stati affrontati i problemi di salute mentale (se presenti) che possono interferire con la chiarezza diagnostica, con la capacità di consenso e con i trattamenti medici che affermativi di genere. Tali problemi di salute mentale devono essere stati trattati adeguatamente, in modo che il trattamento medico affermativo possa essere fornito in modo ottimale.
 - V. l'adolescente è stato informato degli effetti riproduttivi della terapia medica, inclusa la potenziale perdita di fertilità e le opzioni disponibili per preservare la fertilità (ex. crioconservazione);
 - VI. l'adolescente deve avere eseguito almeno 12 mesi di terapia ormonale di affermazione del genere o più, se necessario, per ottenere il risultato chirurgico desiderato

per le procedure di affermazione del genere, tra cui aumento del seno, orchietomia, vaginoplastica, isterectomia, falloplastica, metoidioplastica e chirurgia facciale come parte del trattamento affermativo a meno che la terapia ormonale non è desiderata o è controindicata dal punto di vista medico. In tal senso, la terapia ormonale risulta essere un prerequisito a quella chirurgica in termini di miglior esito chirurgico, estetico e di benessere psico-fisico.

14. I trattamenti medici e chirurgici di affermazione del genere sono risultati, secondo la maggior parte delle evidenze della letteratura medica e psicologica disponibile, di beneficio sulla salute mentale e generale della persona TGD e costituiscono prevenzione rispetto alle conseguenze psichiche determinate dal minority stress della minoranza, anche e soprattutto quando vengono eseguiti nella fase di vita adolescenziale. In particolare, tali interventi clinici risultano essere fondamentali per la riduzione dei tassi di depressione maggiore, disturbi d'ansia, utilizzo di sostanze, ideazione autolesiva e anticonservativa in questa popolazione. Stante la recente introduzione, la terapia con analoghi del GnRH allo scopo di bloccare lo sviluppo puberale negli adolescenti ha determinato effetti positivi di salute mentale, con relativa scarsa incidenza di effetti collaterali. Sono al momento necessari studi longitudinali prospettici su lunghi periodi di osservazione per valutare il rapporto rischi/benefici a lungo termine.
15. Gli operatori sanitari dovrebbero prendere in considerazione la possibilità che un adolescente TGD possa pentirsi delle decisioni cliniche prese rispetto all'affermazione di genere in una fase successiva di vita, e che un giovane possa voler interrompere il trattamento e tornare a vivere nel ruolo di genere assegnato alla nascita in futuro (o persino in un nuovo ruolo). Gli studi di letteratura mostrano che trattare il tema del pentimento e della detransizione durante l'assessment e il percorso di transizione sia di beneficio e rimuova la colpevolizzazione che può gravare sui soggetti in causa. Ricerche recenti indicano che vi sono adolescenti che, pur avendo abbandonato il percorso transizione, non si pentono di aver iniziato il trattamento poiché l'hanno sperimentato come parte della comprensione dei loro bisogni di assistenza legati al genere, sebbene questa potrebbe non essere una prospettiva universale rispetto alla detransizione. Pertanto, è fondamentale presentare l'intera gamma di possibili risultati quando si assistono adolescenti transgender e discutere assieme a loro della possibilità del dubbio, del pentimento e del cambiamento di volontà in fu-

turo, andando a spiegare in maniera adeguata la possibilità della detransizione.

Discussione

La presente rassegna esplora le complesse dinamiche dei trattamenti per i minori TGD, evidenziando le specificità dell'infanzia e dell'adolescenza come delineate negli Standards of Care 8 della WPATH. Durante l'infanzia, gli interventi sono prevalentemente di supporto psicosociale e mirati a creare un ambiente accogliente e informativo per il minore e la famiglia. L'adolescenza rappresenta un periodo cruciale per l'introduzione di trattamenti farmacologici, come gli inibitori della pubertà e gli ormoni sessuali maturi, che necessitano di un approccio olistico e personalizzato. Gli interventi chirurgici sono generalmente posticipati fino alla maggiore età, sebbene alcune procedure possano essere considerate in casi eccezionali, con il consenso informato del minore e dei suoi tutori legali. Questa prassi rispecchia la necessità di bilanciare i benefici degli interventi precoci con i rischi associati a decisioni potenzialmente irreversibili durante un periodo di significativo sviluppo psicologico ed emotivo. La WPATH sottolinea l'importanza di basare qualsiasi intervento su un'approfondita valutazione psicologica, l'educazione continua degli operatori sanitari e il coinvolgimento attivo dei minori e delle loro famiglie nel processo decisionale. È essenziale che gli operatori sanitari siano non solo tecnicamente competenti ma anche sensibili e informati sulle specificità culturali e personali del minore.

Nonostante queste raccomandazioni, persistono significative lacune e limiti nelle evidenze disponibili, soprattutto per quanto riguarda gli effetti a lungo termine dei trattamenti farmacologici e l'impatto delle decisioni chirurgiche precoci. La ricerca futura dovrebbe quindi indirizzarsi verso studi longitudinali che possano fornire dati più robusti e comparativi. Inoltre, la variabilità delle legislazioni nazionali e delle risorse disponibili può influenzare l'accesso e la qualità delle cure per i minori TGD, rendendo urgente un impegno internazionale per l'armonizzazione delle pratiche cliniche.

L'importanza di sensibilizzare gli operatori sanitari e la società in generale sulle esigenze dei minori TGD è cruciale per garantire un'accoglienza inclusiva e supportiva. La formazione continua e l'aggiornamento delle competenze professionali sono imperativi per superare i pregiudizi e migliorare la qualità delle cure offerte a questa popolazione vulnerabile.

Conclusioni

Attraverso la nostra analisi, emerge chiaramente la necessità di un approccio più informato, sensibile e basato su evidenze concrete che possa guidare la

pratica clinica nel trattamento dei minori transgender e gender diverse. L'implementazione degli SOC-8 della WPATH rappresenta un passo fondamentale verso una maggiore equità e qualità nell'assistenza sanitaria, e una importante fonte di aggiornamento rispetto alle pratiche in vigore nei singoli paesi, che possono non essere ancora aggiornate rispetto alle ultime linee guida. L'integrazione di tali raccomandazioni risulta imprescindibile e richiede un impegno continuo nella ricerca e nella formazione professionale.

Conflitto di interessi: gli autori dichiarano l'assenza di conflitto di interessi.

Bibliografia

1. Coleman E, Radix AE, Bouman WP, et al. Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8. *Int J Transgender Heal* 2022; 23 (Suppl 1): S1- S259.
2. Endocrine Society. Position statement. Evidence supporting the biologic nature of gender identity. *Endocr Soc* 2015; 21: 199-204.
3. Telfer MM, Tollit MA, Pace CC, Pang KC. Australian standards of care and treatment guidelines for transgender and gender diverse children and adolescents. *Med J Aust* 2018; 209: 132-6.
4. Wetzel CHR, Hermann B, Behl C, et al. Functional antagonism of gonadal steroids at the 5-hydroxytryptamine type 3 receptor. *Mol Endocrinol* 1998; 12: 1441-51.
5. Oliphant J, Barnett D, Veale J, Denny S, Farrant B. The well-being and health needs of a cohort of transgender young people accessing specialist medical gender-affirming healthcare in Auckland. *N Z Med J* 2021; 134: 33-44.
6. Keo-Meier C, Ehrensaft D. Introduction to the gender affirmative model. In: *The gender affirmative model: an interdisciplinary approach to supporting transgender and gender expansive children*. American Psychological Association, 2018.
7. Rael CT, Martinez M, Giguere R, et al. Transgender women's concerns and preferences on potential future long-acting biomedical HIV prevention strategies: the case of injections and Implanted Medication Delivery Devices (IMDDs). *AIDS Behav* 2020; 24: 1452-62.
8. American Psychological Association. Guidelines for psychological practice with transgender and gender non-conforming people. *Am Psychol* 2015; 70: 832-64.
9. American Psychological Association. APA Resolution on Gender Identity Change Efforts. 2021.
10. Paré F, Paré F. *Outlawing trans reparative therapy*. McGill University, 2020.
11. Pediatric Endocrine Society. Position statement on genital surgery in individuals with Differences of Sex Development (DSD)/Intersex Traits. *Pediatric Endocrine Society*, 2020. Available from: <https://lc.cx/ZwXo7K> [last accessed April 2024].
12. Ollendick TH, White SW, White BA (eds). *The Oxford Handbook of Clinical Child and Adolescent Psychology*. Oxford: Oxford University Press, 2018.
13. Olson KR, Durwood L, Horton R, Gallagher NM, Devor A. Gender Identity 5 years after social transition. *Pediatrics* 2022; 150: e2021056082.
14. Anda RF, Butchart A, Felitti VJ, Brown DW. Building a framework for global surveillance of the public health

- implications of adverse childhood experiences. *Am J Prev Med* 2010; 39: 93-8.
15. Shonkoff JP, Garner AS; Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health; Committee on Early Childhood, Adoption, and Dependent Care; Section on Developmental and Behavioral Pediatrics. The lifelong effects of early childhood adversity and toxic stress. *Pediatrics* 2012; 129: e232-46.
 16. Ristori J, Steensma TD. Gender dysphoria in childhood. *Int Rev Psychiatry* 2016; 28: 13-20.
 17. Giovanardi G, Vitelli R, Vergano CM, et al. Attachment patterns and complex trauma in a sample of adults diagnosed with gender dysphoria. *Front Psychol* 2018; 9: 60.
 18. Gower AL, Rider GN, Brown C, et al. Supporting transgender and gender diverse youth: protection against emotional distress and substance use. *Am J Prev Med* 2018; 55: 787-94.
 19. Olson KR, Durwood L, Demeules M, McLaughlin KA. Mental health of transgender children who are supported in their identities. *Pediatrics* 2016; 137: e20153223.
 20. Hidalgo MA, Ehrensaft D, Tishelman AC, et al. The gender affirmative model: what we know and what we aim to learn. *Hum Dev* 2013; 56: 285-90.
 21. Chen EY, Brown MZ, Lo TTY, Linehan MM. Sexually transmitted disease rates and high-risk sexual behaviors in borderline personality disorder versus borderline personality disorder with substance use disorder. *J Nerv Ment Dis* 2007; 195: 125-9.
 22. Edwards-Leeper L, Leibowitz S, Sangganjanavanich VF. Affirmative practice with transgender and gender nonconforming youth: expanding the model. *Psychol Sex Orientat Gen Divers* 2016; 3: 165-72.
 23. Haas AP, Eliason M, Mays VM, et al. Suicide and suicide risk in lesbian, gay, bisexual, and transgender populations: review and recommendations. *J Homosex* 2011; 58: 10.
 24. Leibowitz S, De Vries ALC. Gender dysphoria in adolescence. *Int Rev Psychiatry* 2016; 28: 21-35.
 25. Reisner SL, Greytak EA, Parsons JT, Ybarra ML. Gender minority social stress in adolescence: disparities in adolescent bullying and substance use by gender identity. *J Sex Res* 2015; 52: 243-56.
 26. Reisner SL, Bradford J, Hopwood R, et al. Comprehensive transgender healthcare: the gender affirming clinical and public health model of Fenway Health. *J Urban Health* 2015; 92: 584-92.
 27. Fast AA, Olson KR. Gender development in transgender preschool children. *Child Dev* 2018; 89: 620-37.
 28. Olson KR, Gülgöz S. Early findings from the transyouth project: gender development in transgender children. *Child Dev Perspect* 2018; 12: 93-7.
 29. Robles R, Fresán A, Vega-Ramírez H, et al. Removing transgender identity from the classification of mental disorders: a Mexican field study for ICD-11. *Lancet Psychiatry* 2016; 3: 850-9.
 30. Bloom TM, Nguyen TP, Lami F, et al. Measurement tools for gender identity, gender expression, and gender dysphoria in transgender and gender-diverse children and adolescents: a systematic review. *Lancet Child Adolesc Heal* 2021; 5: 582-8.
 31. de Vries ALC, Cohen-Kettenis PT. Clinical management of gender dysphoria in children and adolescents: the Dutch approach. *J Homosex* 2012; 59: 301-20.
 32. Kreukels BPC, Cohen-Kettenis PT. Puberty suppression in gender identity disorder: the Amsterdam experience. *Nat Rev Endocrinol* 2011; 7: 466-72.
 33. Cohen-Kettenis PT, Owen A, Kaijser VG, Bradley SJ, Zucker KJ. Demographic characteristics, social competence, and behavior problems in children with gender identity disorder: a cross-national, cross-clinic comparative analysis. *J Abnorm Child Psychol* 2003; 31: 41-53.
 34. Hendricks ML, Testa RJ. A conceptual framework for clinical work with transgender and gender nonconforming clients: an adaptation of the minority stress model. *Prof Psychol Res Pract* 2012; 43: 460-7.
 35. Riggs DW, Treharne GJ. Decompensation: a novel approach to accounting for stress arising from the effects of ideology and social norms. *J Homosex* 2017; 64: 592-605.
 36. Coleman P, Rue V, Spence ME. Intrapersonal processes and post-abortion relationship challenges: a review and consolidation of relevant literature. *Internet J Ment Health* 2006; 4(2).
 37. Clark TC, Lucassen MFG, Bullen P, et al. The health and well-being of transgender high school students: results from the New Zealand adolescent health survey (Youth'12). *J Adolesc Health* 2014; 55: 93-9.
 38. Eisenberg ME, Gower AL, McMorris BJ, Rider GN, Shea G, Coleman E. Risk and protective factors in the lives of transgender/gender nonconforming adolescents. *J Adolesc Health* 2017; 61: 521-6.
 39. Kidd KM, Sequeira GM, Douglas C, et al. Prevalence of gender-diverse youth in an urban school district. *Pediatrics* 2021; 147: e2020049823.
 40. Wang Z, Yang X, Mo PKH, Fang Y, Ip TKM, Lau JTF. Influence of social media on sexualized drug use and chemsex among chinese men who have sex with men: observational prospective cohort study. *J Med Internet Res* 2020; 22: e17894.
 41. McCallion S, Smith S, Kyle H, Shaikh MG, Wilkinson G, Kyriakou A. An appraisal of current service delivery and future models of care for young people with gender dysphoria. *Eur J Pediatr* 2021; 180: 2969-76.
 42. Sorbara JC, Ngo HL, Palmert MR. Factors associated with age of presentation to gender-affirming medical care. *Pediatrics* 2021; 147: e2020026674.
 43. Perry DG, Pauletti RE. Gender and adolescent development. *J Res Adolesc* 2011; 21: 61-74.
 44. Cohen-Kettenis PT, Van Goozen SHM. Sex reassignment of adolescent transsexuals: a follow-up study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997; 36: 263-71.
 45. De Vries ALC, McGuire JK, Steensma TD, Wagenaar ECF, Doreleijers TAH, Cohen-Kettenis PT. Young adult psychological outcome after puberty suppression and gender reassignment. *Pediatrics* 2014; 134: 696-704.
 46. Twist J, de Graaf NM. Gender diversity and non-binary presentations in young people attending the United Kingdom's National Gender Identity Development Service. *Clin Child Psychol Psychiatry* 2019; 24: 277-90.
 47. De Vries ALC, Doreleijers TAH, Steensma TD, Cohen-Kettenis PT. Psychiatric comorbidity in gender dysphoric adolescents. *J Child Psychol Psychiatry Allied Discip* 2011; 52: 1195-202.
 48. Smith YLS, Van Goozen SHM, Cohen-Kettenis PT. Adolescents with gender identity disorder who were accepted or rejected for sex reassignment surgery: a prospective follow-up study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001; 40: 472-81.
 49. Smith YLS, Van Goozen SHM, Kuiper AJ, Cohen-Kettenis PT. Sex reassignment: outcomes and predictors of treatment for adolescent and adult transsexuals. *Psychol Med* 2005; 35: 89-99.
 50. Achille C, Taggart T, Eaton NR, et al. Longitudinal impact of gender-affirming endocrine intervention on the mental health and well-being of transgender youths: preliminary results. *Int J Pediatr Endocrinol* 2020; 2020: 8.
 51. Allen LR, Watson LB, Egan AM, Moser CN. Well-being and suicidality among transgender youth after gender-affirming hormones. *Clin Pract Pediatr Psychol* 2019; 7: 302-11.
 52. Becker-Hebly I, Fahrenkrug S, Champion F, Richter-Appelt H, Schulte-Markwort M, Barkmann C. Psychosocial health in adolescents and young adults with gender dys-

- phoria before and after gender-affirming medical interventions: a descriptive study from the Hamburg Gender Identity Service. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2021; 30: 1755-67.
53. Costa R, Dunsford M, Skagerberg E, Holt V, Carmichael P, Colizzi M. Psychological support, puberty suppression, and psychosocial functioning in adolescents with gender dysphoria. *J Sex Med* 2015; 12: 2206-14.
 54. Kuper LE, Stewart S, Preston S, Lau M, Lopez X. Body dissatisfaction and mental health outcomes of youth on gender-affirming hormone therapy. *Pediatrics* 2020; 145: e20193006.
 55. Tordoff DM, Wanta JW, Collin A, Stepney C, Inwards-Breland DJ, Ahrens K. Mental health outcomes in transgender and nonbinary youths receiving gender-affirming care. *JAMA Netw Open* 2022; 5: e220978.
 56. van der Miesen AIR, Steensma TD, de Vries ALC, Bos H, Popma A. Psychological functioning in transgender adolescents before and after gender-affirmative care compared with cisgender general population peers. *J Adolesc Health* 2020; 66: 699-704.
 57. Grannis C, Leibowitz SF, Gahn S, et al. Testosterone treatment, internalizing symptoms, and body image dissatisfaction in transgender boys. *Psychoneuroendocrinology* 2021; 132: 105358.
 58. Kaltiala R, Heino E, Työljärvi M, Suomalainen L. Adolescent development and psychosocial functioning after starting cross-sex hormones for gender dysphoria. *Nord J Psychiatry* 2020; 74: 213-9.
 59. Nieder TO, Mayer TK, Hinz S, Fahrenkrug S, Herrmann L, Becker-Hebly I. Individual treatment progress predicts satisfaction with transition-related care for youth with gender dysphoria: a prospective clinical cohort study. *J Sex Med* 2021; 18: 632-45.
 60. Hisle-Gorman E, Schvey NA, Adirim TA, et al. Mental healthcare utilization of transgender youth before and after affirming treatment. *J Sex Med* 2021; 18: 1444-54.
 61. Turban JL, Carswell J, Keuroghlian AS. Understanding pediatric patients who discontinue gender-affirming hormonal interventions. *JAMA Pediatr* 2018; 172: 903-4.
 62. Brik T, Vrouenraets LJ, Schagen SEE, Meissner A, de Vries MC, Hannema SE. Use of fertility preservation among a cohort of transgirls in the Netherlands. *J Adolesc Health* 2019; 64: 589-93.
 63. Wiepjes CM, Nota NM, de Blok CJM, et al. The Amsterdam Cohort of Gender Dysphoria Study (1972-2015): trends in prevalence, treatment, and regrets. *J Sex Med* 2018; 15: 582-90.
 64. Littman L. Individuals treated for gender dysphoria with medical and/or surgical transition who subsequently detransitioned: a survey of 100 detransitioners. *Arch Sex Behav* 2021; 50: 3353.
 65. Vandenbussche E. Detransition-related needs and support: a cross-sectional online survey. *J Homosex* 2022; 69: 1602-20.
 66. Dyer C. Puberty blockers: children under 16 should not be referred without court order, says NHS England. *BMJ* 2020; 371: m4717.
 67. Giordano S, Holm S. Is puberty delaying treatment 'experimental treatment'? *Int J Transgender Heal* 2020; 21: 113.
 68. Giordano S. Lives in a chiaroscuro. Should we suspend the puberty of children with gender identity disorder? *J Med Ethics* 2008; 34: 580-4.
 69. Amnesty International UK and Liberty joint statement on puberty blockers. Available from: <https://lc.cx/zFSK90> [last accessed May 2024].

Corresponding author:

Ester Di Giacomo

Scuola di Medicina e Chirurgia

Università di Milano-Bicocca

Via Cadore 48

20090 Monza (MB)

E-mail: ester.digiacomo@unimib.it