



Senato della Repubblica



Camera dei deputati

Giunte e Commissioni

XVIII LEGISLATURA

RESOCONTO STENOGRAFICO

n. 29

**COMMISSIONE PARLAMENTARE PER L'INFANZIA
E L'ADOLESCENZA**

AUDIZIONE DI ESPERTI IN RELAZIONE ALL'ESAME
DELL'AFFARE ASSEGNATO SULLE PRATICHE DELLA
TRANSIZIONE DI GENERE DEI SOGGETTI MINORI DI ETÀ
(N. 871)

84^a seduta (antimeridiana): mercoledì 6 aprile 2022

Presidenza del Presidente RONZULLI

I N D I C E

Sulla pubblicità dei lavori

PRESIDENTE:

– RONZULLI (FIBP-UDC), senatrice Pag. 3

Audizione di esperti in relazione all'esame dell'affare assegnato sulle pratiche della transizione di genere dei soggetti minori di età (n. 871): il dottor Gianluca Tornese, dirigente medico, pediatra-endocrinologo, coordinatore dell'ambulatorio pediatrico per la varianza di genere (APEVAGE) dell'Istituto «Burlo Garofolo» di Trieste; la dottoressa Dora Cosentini, neuropsichiatra dell'Istituto «Burlo Garofolo» di Trieste; la dottoressa Elisabetta Ferrari, presidente dell'associazione GenderLens; la dottoressa Andrea Rose Minichiello Williams, co-fondatrice del «Christian Concern» e amministratore delegato del «Christian Legal Center»

PRESIDENTE:

– RONZULLI (FIBP-UDC), senatrice . . Pag. 3, 8,
11 e passim

FERRARI, presidente dell'associazione GenderLens Pag. 4
 MINICHELLO WILLIAMS, co-fondatrice del «Christian Concern» e amministratore delegato del «Christian Legal Center» 8
 TORNESE, dirigente medico, pediatra-endocrinologo, coordinatore dell'ambulatorio pediatrico per la varianza di genere (APEVAGE) dell'Istituto «Burlo Garofolo» di Trieste 11, 14
 COSENTINI, neuropsichiatra dell'Istituto «Burlo Garofolo» di Trieste 15

Sigle dei Gruppi parlamentari del Senato della Repubblica: Forza Italia Berlusconi Presidente-UDC: FIBP-UDC; Fratelli d'Italia: FdI; Italia Viva-P.S.I.: IV-PSI; Lega-Salvini Premier-Partito Sardo d'Azione: L-SP-PSd'Az; MoVimento 5 Stelle: M5S; Partito Democratico: PD; Per le Autonomie (SVP-PATT, UV): Aut (SVP-PATT, UV); Misto: Misto; Misto-ITALIA AL CENTRO (IDEA-CAMBIAMO!, EUROPEISTI, NOI DI CENTRO (Noi Campani)): Misto-IaC (I-C-EU-NdC (NC)); Misto-Italexit per l'Italia-Partito Valore Umano: Misto-IpI-PVU; Misto-Italia dei Valori: Misto-IdV; Misto-Liberi e Uguali-Ecosolidali: Misto-LeU-Eco; Misto-MAIE: Misto-MAIE; Misto+Europa – Azione: Misto+Eu-Az; Misto-PARTITO COMUNISTA: Misto-PC; Misto-Potere al Popolo: Misto-PaP.

Sigle dei Gruppi parlamentari della Camera dei deputati: Movimento 5 Stelle: M5s; Lega – Salvini Premier: Lega; Partito Democratico: PD; Forza Italia – Berlusconi Presidente: FI; Fratelli D'Italia: FDI; Italia Viva: IV; Coraggio Italia: CI; Liberi E Uguali: LEU; Misto-MAIE-PSI-Facciamoeco: M-MAIE-PSI-FE; Misto-Noi Con L'Italia-USEI-Rinascimento ADC: M-NCI-USEI-R-AC; Misto: Misto; Misto-Alternativa: Misto-A; Misto-Azione+Europa-Radicali Italiani: Misto-A+E-RI; Misto-Centro Democratico: Misto-CD; Misto-Europa Verde-Verdi Europei: Misto-EV-VE; Misto-Manifesta, Potere Al Popolo, Partito Della Rifondazione Comunista-Sinistra Europea: Misto-M-PP-RCSE; Misto-Minoranze Linguistiche: Misto-Min.Ling.

Intervengono, in relazione all'affare assegnato n. 871, il dottor Gianluca Tornese, dirigente medico, pediatra-endocrinologo, coordinatore dell'ambulatorio pediatrico per la varianza di genere (APEVAGE) dell'Istituto «Burlo Garofolo» di Trieste; la dottoressa Dora Cosentini, neuropsichiatra dell'Istituto «Burlo Garofolo» di Trieste; la dottoressa Elisabetta Ferrari, presidente dell'associazione GenderLens; la dottoressa Andrea Rose Minichiello Williams, co-fondatrice del «Christian Concern» e amministratore delegato del «Christian Legal Center».

I lavori hanno inizio alle ore 8,40.

(Si approva il processo verbale della seduta precedente).

Sulla pubblicità dei lavori

PRESIDENTE. Comunico che, ai sensi dell'articolo 33, comma 4, del Regolamento del Senato, è stata richiesta l'attivazione dell'impianto audiovisivo, con contestuale registrazione audio, e che la Presidenza del Senato ha fatto preventivamente conoscere il proprio assenso. I lavori della Commissione, che saranno oggetto di registrazione, potranno essere quindi seguiti in diretta – dall'esterno – sia sulla *web TV* Camera che su quella del Senato.

Avverto che dell'audizione odierna verranno redatti e pubblicati il Resoconto sommario e il Resoconto stenografico.

Se non vi sono osservazioni, tale forma di pubblicità è dunque adottata per il prosieguo dei lavori.

Audizione di esperti in relazione all'esame dell'affare assegnato sulle pratiche della transizione di genere dei soggetti minori di età (n. 871)

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca l'audizione di esperti in relazione all'esame dell'affare assegnato sulle pratiche della transizione di genere dei soggetti minori di età (n. 871).

Prosegue con la seduta odierna il ciclo di audizioni in merito all'affare assegnato n. 871, già avviato nel mese di luglio.

Ringrazio gli auditi per la loro presenza, invitandoli a contenere la durata dei propri interventi in una decina di minuti, così da consentire ai commissari di porre delle domande.

Cedo la parola alla dottoressa Elisabetta Ferrari, presidente dell'associazione GenderLens.

FERRARI. Signora Presidente, l'associazione GenderLens che rappresento è un'associazione per famiglie che hanno bambini o adolescenti *gender creative* o trans. Oltre alle tante famiglie sparse sul territorio italiano e in continuo aumento, ne fanno parte professionisti, anche trans, in vari ambiti, come la neuropsichiatria, la psicologia, l'antropologia, la sociologia, la pedagogia, oltre che insegnanti ed educatrici.

L'associazione è nata a partire da un'inaccettabile assenza delle istituzioni e dalla totale mancanza di informazioni e formazione adeguata rispetto alla realtà dell'infanzia e dell'adolescenza trans. Le famiglie che si trovano di fronte a genitorialità inattesa, cioè a bambini o adolescenti che non si riconoscono, per identità o per espressione, nel genere assegnato alla nascita in base al sesso biologico, provano solitudine e abbandono da parte delle istituzioni e della società, in cui sperimentano costante giudizio negativo, ostilità e transfobia.

Si ritiene che tale esperienza sia un problema privato della famiglia, mentre il problema è politico e sta proprio nell'assenza di diritti e nel mancato riconoscimento sociale di questa realtà. La carenza di risorse a cui poter attingere e l'immaginario socio-culturale esistente rimandano questi genitori allo stigma, alla malattia, a terribili scenari futuri di pericolo e quindi all'impossibilità che le loro figlie o figli possano avere una vita degna ed essere felici. La marginalizzazione e la sofferenza vengono alimentate da una violenza strutturale insita in ogni ambito possibile, istituzionale e sociale, oltre che dalla montagna di stereotipi di genere e di pregiudizi che accompagnano il vissuto delle persone trans, anche piccole.

Queste bambine, bambini e adolescenti, così come noi famiglie, non hanno riferimenti positivi in cui riconoscersi, né un linguaggio che li contempli e legittimi, capace di dare un senso e un nome all'esperienza che stanno vivendo. Le istituzioni hanno scelto di non farsene carico, il personale medico – come quello scolastico – troppo spesso non è minimamente preparato e non sa rispondere ai bisogni di questi genitori, né a quelli delle loro creature, che vengono contemplate solo in un contesto di malattia. Ma essere trans non è una malattia. Ricordiamo che l'Organizzazione mondiale della sanità nel 2018 ha tolto la disforia di genere dall'elenco delle patologie mentali.

Mentre in varie Nazioni, anche a noi vicine, l'infanzia e l'adolescenza trans hanno diritti, visibilità, protocolli attuativi rispettosi nel riconoscere identità di genere differenti e/o comportamenti ritenuti non normativi dalla società (sensibilizzazione, formazione alle famiglie, nella scuola, in ambito sanitario e sociale, visibilità nei media e stampa), in Italia questa realtà è negata e non esiste né sul piano legislativo o istituzionale, né su quello sociale. Quando se ne parla, è sempre in modo scorretto, stereotipato e sensazionalistico, molto spesso puramente ideologico, che non lascia spazio ad altre narrazioni, dimenticando la grande responsabilità che hanno governi e istituzioni di fronte a queste giovani vite e alle loro famiglie.

Gentili membri della Commissione, sentir parlare di ideologia, di moda del momento – come se l'identità trans fosse un abito che si può

cambiare a piacimento – o, cosa ancora più assurda, di contagio sociale, come fosse una malattia infettiva, non è solo una grave mancanza di rispetto verso queste giovani vite e le loro famiglie, ma una vera e propria negazione del diritto umano di poter autoaffermare il proprio genere. Risulta poi evidente che si misconosce e banalizza la vita reale delle persone di cui si parla, oltre a ignorare completamente la corposa letteratura scientifica che riguarda l'esperienza dell'infanzia/adolescenza trans. Questa letteratura riflette un deciso cambio di paradigma interpretativo che, da vent'anni a questa parte, ha portato alla produzione di studi scientifici curati dai principali centri di ricerca dedicati, in cui la salute delle persone trans, comprese quelle piccole, viene approcciata, non come una patologia da curare, ma come una sana espressione della diversità umana.

L'infanzia e l'adolescenza *gender variant* sono un tema ancora poco conosciuto in questo Paese. Non si ritiene possibile che una persona di pochi anni possa sentirsi maschio o femmina indipendentemente dalla biologia: eppure ciò accade ed è sempre accaduto. Se per la maggior parte delle persone c'è infatti corrispondenza tra il sesso biologico e il modo di percepirsi rispetto alle categorie del maschile e del femminile, ci sono bambini che già a partire dai tre anni di età non si riconoscono nel genere assegnato alla nascita e chiedono di poter vivere esprimendo e identificandosi con un genere diverso, non solo nello spazio privato, ma anche in quello pubblico.

Purtroppo, in Italia, le giovani vite che non corrispondono a queste aspettative sociali vengono derubate di un'infanzia serena e spensierata perché non credute, escluse, stigmatizzate e private del diritto di essere se stesse. Il riconoscimento di identità di genere non normative nelle persone più piccole è invece di estrema importanza ed è possibile solo ammettendo la loro capacità di creare delle relazioni con il mondo e dei significati nuovi, facendo uso di una serie di competenze morali, cognitive e sociali che non si pensavano possibili in bambini e bambine.

Nell'approcciarsi a questa infanzia occorre dunque avere la capacità di rinunciare alla visione profondamente adulto-centrica su cui sono costruite le politiche sociali e i modelli di accompagnamento, in modo da permettere alle persone più giovani la libertà di esplorare i propri desideri e le proprie necessità, verificando in prima persona quello che il genere significa per loro.

Dopo queste indispensabili considerazioni di carattere generale, entriamo nel tema oggetto di questa audizione, ovvero la transizione di genere nelle persone minorenni, che noi chiameremo – per correttezza di termini – affermazione di genere. Recentemente la discussione parlamentare riguardante il disegno di legge Zan ha suscitato un crescente interesse sul tema dell'identità di genere: non solo nel dibattito politico, ma anche sui giornali e nei *talkshow* televisivi sono state vergognosamente diffuse informazioni false e fuorvianti rispetto alla presunta medicalizzazione di bambine e bambini.

Quello che, come associazione di genitori, ci preme chiarire in modo netto e preciso in questa sede istituzionale è che le bambine e i bambini in

età prepuberale non vengono mai, in nessun caso, sottoposti a trattamenti farmacologici, né tantomeno chirurgici. Quando si parla di transizione sociale nell'infanzia/adolescenza ci si riferisce esclusivamente a fondamentali misure di accompagnamento familiare e sociale volte al rispetto e al riconoscimento affermativo del genere sentito come proprio: l'uso di abbigliamento e accessori solitamente associati all'altro genere, l'adozione di un nome di elezione, l'uso di pronomi corretti scelti dalla persona. La transizione sociale non comporta alcun intervento medico o legale. È uno spazio di esplorazione che può essere modificato o interrotto a seconda delle esigenze e del percorso di crescita.

Ricerche scientifiche recenti – che vi invitiamo ad approfondire – hanno evidenziato che bambine e bambini che hanno avuto la possibilità di fare una transizione sociale da piccoli, oltre a non essere confusi, si identificano con il genere espresso nella stessa misura e intensità dei bambini e delle bambine *cisgender*. Inoltre, presentano gli stessi livelli di depressione della media dei loro coetanei e coetanee e livelli di psicopatologia interiorizzata decisamente più bassi rispetto a quei bambini e a quelle bambine che esprimono comportamenti di genere non conforme, ma che vivono in maniera concorde con il loro sesso biologico.

Pertanto, le famiglie che intraprendono la transizione sociale, lo fanno unicamente perché sono correttamente informate sui vantaggi che ne derivano in termini di benessere psicofisico e di riconoscimento sociale delle loro creature. Sono consapevoli che gli studi più recenti identificano nel sostegno familiare affermativo uno degli strumenti più importanti per la salute delle loro figlie o figli e attuano di conseguenza.

Ma garantire uno spazio familiare sicuro non è sufficiente. È indispensabile che anche la società – in primo luogo la scuola, le istituzioni sanitarie, i centri sportivi e ludici – mettano in atto buone prassi volte a favorire queste premesse. Nella scuola, uno strumento di vitale importanza, già attivo da anni in molti Paesi, è la carriera *alias*, ovvero un accordo di riservatezza, che permette la sostituzione del nome anagrafico con quello di elezione, sul registro elettronico e nei documenti ad uso interno della scuola aventi valore non ufficiale. Questa semplice procedura non richiede alcun intervento medico o legale e permette a queste giovani persone di essere riconosciute per ciò che sono, senza dover subire forzati e continui *coming out*. Decidere di non attivarla genera gravi livelli di sofferenza, dovuti soprattutto alla transfobia, alle discriminazioni, ai pregiudizi e a tutti gli atti di bullismo che nella maggior parte dei casi vengono agiti dalle persone adulte.

Ci sono diversi studi scientifici che dimostrano come studenti trans vivano in un clima scolastico ostile per l'alta incidenza di violenza verbale, bullismo, abuso fisico e violenza sessuale. Viene riportata la mancanza di sicurezza all'interno di diversi ambienti, comprese le scuole primarie, specialmente negli spazi separati per genere quali gli spogliatoi e i bagni.

Un clima ostile a scuola può avere delle conseguenze rilevanti sulla possibilità di uno sviluppo sano. Le giovani persone trans che sperimen-

tano violenze e transfobia sono meno capaci di concentrarsi in classe, hanno minori aspirazioni formative e conseguono risultati scolastici più scarsi. Se non sostenute da appropriati protocolli a tutela della loro identità di genere, sono più facilmente oggetto di discriminazione e bullismo e hanno ben quattro volte in più la probabilità di abbandonare la scuola a causa delle molestie subite. Le sistematiche disuguaglianze che vivono rappresentano una significativa violazione dei diritti umani, che noi persone adulte non possiamo più ignorare.

Tutte queste difficoltà e ostacoli si complicano ulteriormente con l'arrivo della pubertà, un momento che può essere veramente difficile per queste giovani persone, che vedono il proprio corpo cambiare in una direzione non desiderata. La sofferenza in questo momento della vita può essere molto intensa e portare a delle psicopatologie internalizzate (ansia, *minority stress* e depressione), fino ad arrivare ad atti di autolesionismo e azioni suicidarie. In un importante studio realizzato negli Stati Uniti, il 40 per cento di ragazzi e ragazze trans intervistati hanno dichiarato di aver tentato il suicidio almeno una volta.

Per cercare di migliorare la salute e il benessere di queste giovani persone sono state sviluppate linee guida, valide internazionalmente, che danno indicazioni precise su come accompagnare adolescenti trans in questo delicato momento della loro vita. Tra le più importanti quelle della Società endocrinologica americana e della WPATH (World professional association for transgender health), l'associazione mondiale di professionisti, che da decenni si occupa della salute delle persone trans, anche piccole. Entrambe, in certi casi e unicamente qualora ne venga fatta esplicita richiesta da parte di giovani trans con il consenso della famiglia, raccomandano la somministrazione dei bloccanti ipotalamici a base di triptorelina, una sostanza in grado di sospendere, per un certo lasso di tempo, la pubertà, utilizzata già da molti anni, anche in Italia, per le pubertà precoci dell'infanzia, peraltro senza che questo uso abbia mai suscitato il benché minimo interesse da parte di quella stessa classe politica italiana che oggi ne vuole impedire l'accesso alle persone trans che ne fanno richiesta. I bloccanti della pubertà sono farmaci assolutamente reversibili e possono essere interrotti in qualsiasi momento garantendo, intanto, alla persona un tempo sospeso per potersi pensare in termini di genere e poter sondare al meglio i propri bisogni.

Gentili membri della Commissione, proteggere l'infanzia, per noi, non significa privare bambini, bambine e adolescenti della capacità di agire e di esprimersi, silenziandoli e invisibilizzando la loro vera identità, ma garantire la possibilità di esplorare, di conoscersi e di affermarsi nella loro unicità. Se vogliamo davvero proteggere questa infanzia e adolescenza, così come si continua a dire, smettiamo di far finta che non esista e ascoltiamo, con rispetto, in primo luogo la voce di queste persone e quello che hanno da dire.

Questo è ciò che noi genitori facciamo tutti i giorni, spesso in totale solitudine. Una minoranza giovanile non può essere lasciata sola a sfidare la sistemica discriminazione istituzionale che condiziona le loro vite e un

sistema normativo che non legittima, ma opprime ogni diversità, negando a queste persone validità e autodeterminazione.

La società e la politica non possono continuare ad ignorare la loro esistenza così come quella delle loro famiglie, che chiedono diritti e che le loro istanze siano ascoltate. Pensare a politiche pubbliche che possano aiutare a preservare il benessere e a garantire il pieno accesso alla cittadinanza della popolazione trans significa, in primo luogo, riconoscere che questi diritti non sono un fatto privato e personale, ma pubblico e quindi politico. È in questo spazio che – come ricorda Agamben – si gioca una parte importante della nostra felicità, compresa quella delle nostre figlie e dei nostri figli.

Ho trasmesso agli atti della Commissione il testo della mia relazione, corredato da un'ampia bibliografia.

PRESIDENTE. Do ora la parola alla dottoressa Andrea Rose Minichiello Williams, in collegamento dal Nepal, co-fondatrice del Christian Concern e amministratore delegato del Christian Legal Center.

MINICHELLO WILLIAMS. Buongiorno Presidente, membri della Commissione, è un privilegio essere collegata con voi questa mattina. Il mio italiano non è perfetto, ma farò del mio meglio per voi.

Il numero di bambini indirizzati alle cliniche per l'identità di genere nel Regno Unito era pari a 97 nel 2009, un anno prima che l'ideologia di genere diventasse un tema introdotto e integrato, qualche anno dopo, nelle scuole britanniche; 2.748 è il numero di bambini deferiti alle cliniche per l'identità di genere nel solo anno 2020. Infatti, il Regno Unito è passato da poche dozzine di casi di minori segnalati all'anno, principalmente tra i grandi adolescenti, a oltre 10.000 bambini segnalati solo negli ultimi quattro anni. Questi numeri evidenziano un problema di sicurezza con cui il governo sta facendo i conti solo ora, grazie al lavoro di gruppi come il Christian Legal Centre e il Christian Concern, di cui sono *chief executive*.

Se dovessimo tornare indietro storicamente e indicare il punto di rottura, il momento in cui è avvenuto il contagio all'interno delle nostre scuole, il 2016 e il 2017 sono gli anni chiave. Durante quel periodo, il numero di segnalazioni di bambini è più che raddoppiato. Da allora, ogni anno successivo, si è registrato un grande aumento nel numero di casi fino ad oggi. Durante questo stesso periodo, nella primavera del 2017, Nigel e Sally Rowe si sono avvicinati al Christian Legal Center a causa di quello che stava succedendo ai loro bambini, nel pittoresco luogo da favola chiamato l'Isola di Wight. I loro figli piccoli, all'epoca di sei e otto anni, si confrontarono con due dei loro amici biologicamente maschi, i bambini con cui erano cresciuti, che a scuola venivano presentati loro come maschi o femmine, a seconda dell'identità di genere che sentivano di avere in quel giorno particolare.

Un altro aspetto del caso di Nigel e Sally è che sono cristiani che credono nella Bibbia, che hanno forti opinioni sull'ordine del Creato vo-

luto da Dio. Credono che rinnegare il proprio sesso biologico, insegnare ai bambini che vada bene e sia salutare identificarsi con un sesso diverso da quello biologico sia un peccato. Come cristiani, avevano mandato i due figli in una scuola della Chiesa d’Inghilterra, aspettandosi che ricevessero un’istruzione coerente con la fede cristiana della famiglia. Hanno poi scoperto la situazione dai loro due figli: il più giovane era rimasto piuttosto sconvolto e confuso quando gli era stato detto che il suo amico di sei anni ora era una bambina e doveva essere chiamato con i pronomi femminili. Nonostante il fatto che fino a quel momento Nigel e Sally fossero stati molto attivi nella comunità scolastica, decisero di allontanare il loro figlio più giovane dalla scuola e di educarlo a casa. Volevano provare a far star meglio il loro figlio di otto anni e, con la nostra assistenza, hanno inviato alla scuola una lettera chiedendo di spiegare il loro approccio nei confronti dei bambini disforici di genere e, in particolare, come pianificavano di gestire la situazione con i due bambini con confusione di genere nella scuola primaria.

Un punto che Nigel e Sally hanno sottolineato è che l’approccio *transgender* affermativo della scuola ha avuto un impatto significativo sui loro diritti e sui diritti degli altri bambini dell’istituto. Era un dato di fatto che questo approccio aveva cambiato l’educazione morale che i bambini stavano ricevendo, insegnando la teoria dell’identità di genere a bambini giovani e innocenti e rafforzando le convinzioni *transgender* attraverso messaggi e insegnamenti morali. C’erano anche possibili problemi di sicurezza che dovevano essere affrontati, come spogliatoi e servizi igienici.

La scuola della Chiesa d’Inghilterra ha impiegato diversi mesi per rispondere e alla fine ha inviato una risposta concordata con l’autorità e la diocesi locale. Senza mezzi termini fu risposto ai coniugi Rowe che chiunque non avesse trattato questi due bambini secondo il sesso con cui si identificavano era un transfobico. La scuola ha scritto che era loro obbligo morale e legale insegnare ai bambini – e parimenti ai loro genitori – la verità sull’identità di genere. Forse la cosa più scioccante per i Rowe è stato il modo in cui è stata scritta la risposta, suggerendo che era obbligo cristiano dei coniugi Rowe adottare l’approccio affermativo di genere nei confronti di questi bambini.

I Rowe sono stati la prima famiglia in assoluto nel Regno Unito a dichiararsi pubblicamente contro l’affermazione di genere dei bambini e l’educazione *transgender*. La loro storia è stata una notizia da prima pagina nel Regno Unito e Nigel e Sally sono apparsi in quasi tutte le principali stazioni televisive per discutere del loro caso. Ciò che è interessante è che all’epoca i *media* hanno ampiamente diffamato Nigel e Sally per le loro opinioni e hanno difeso le azioni della scuola e dei genitori dei due bambini con disforie di genere. Il caso Rowe, che è finalmente all’esame dei tribunali del Regno Unito, con il Segretario di Stato per l’istruzione come imputato, era in anticipo sui tempi. Nigel e Sally ricevono gli attacchi e le invettive dell’opinione pubblica e sono diventati la prima voce di quello che ora è un coro di voci popolari, sfidando l’ideologia *transgender* nelle scuole del Regno Unito.

Ci sono stati altri due casi giudiziari significativi sulla questione dell'ideologia *transgender* che hanno gettato solide basi per il processo dei Rowe e per le linee guida sulla riassegnazione di genere del Dipartimento per l'istruzione. Il primo è quello di Maya Forstater, una femminista che è stata privata del suo contratto di consulenza per i commenti sui *social media* in cui sosteneva che le donne *transgender* non fossero vere donne. Il suo caso è diventato particolarmente famoso quando J.K. Rowling, autrice dei libri di Harry Potter, si è espressa pubblicamente in difesa di Maya.

L'Employment appeal tribunal, con sentenza pronunciata dal presidente del tribunale, ha formulato tre rilievi significativi: il primo è che credere nel determinismo biologico del sesso è legalmente lecito; il secondo è che anche il non credere nell'ideologia dell'identità di genere è legalmente lecito; infine, ha rilevato un'importante conclusione secondo cui la maggior parte di coloro che si identificano come *transgender* non gode di fatto della protezione prevista dalla legge come persone con genere riassegnato. In altre parole, identità di genere e riassegnazione di genere non sono sinonimi. L'autoidentificazione da sola non rende qualcuno legalmente *transgender*.

Il secondo caso è quello di Keira Bell. A Keira sono stati prescritti bloccanti della pubertà quando aveva solo sedici anni. Come risultato della sua operazione di transizione di genere, ha subito una doppia mastectomia all'età di vent'anni. È rimasta senza seno, una voce profonda, peli sul corpo, barba e funzione sessuale compromessa. È probabile che resterà sterile per il resto della sua vita a causa del trattamento. Ha presentato la sua causa contro il Servizio sanitario nazionale e la clinica Tavistock and Portman che l'ha curata. L'Alta Corte era così convinta dalle prove presentate sui danni della transizione che ha rilasciato una dichiarazione secondo cui nessuno di età inferiore ai sedici anni poteva essere curato da una clinica per l'identità di genere senza la previa approvazione del tribunale. La clinica Tavistock, a seguito della sentenza, ha sospeso gli appuntamenti futuri per i minori di sedici anni. Il caso ha avuto un enorme impatto sulla scena pubblica ed è stato un punto di svolta contro l'affermazione di genere dei bambini.

La Corte d'appello ha rivisto la sentenza, per motivi puramente procedurali, ritenendo che l'Alta Corte non avesse il potere di emettere una tale dichiarazione e che spettasse al Parlamento o al Servizio sanitario nazionale (NHS) prendere tale decisione. La sentenza ha anche evidenziato le carenze del sistema di controllo giurisdizionale, in quanto il tribunale è obbligato ad accedere alle prove su cui il Governo o l'autorità pubblica si sono basati nel loro processo decisionale. Nonostante la decisione della Corte d'appello, il caso Keira Bell ha lasciato un segno molto profondo nel pubblico.

Di recente il National health service ha stabilito che la clinica Tavistock operava al di fuori degli *standard* clinici e di salvaguardia del sistema sanitario, avviando bambini di appena dieci anni a trattamenti ormonali sperimentali.

Per concludere, penso che diversi fattori abbiano contribuito alla crescente diffidenza pubblica nei confronti delle teorie affermative del transgenderismo. Un fattore è rappresentato sicuramente dagli altri genitori e dagli insegnanti, tra i quali ci sono altri clienti del Christian Legal Center, che hanno sollevato le loro preoccupazioni pubblicamente e attraverso i *media*, cambiando lentamente i cuori e le menti dell'opinione pubblica.

In ogni caso, le migliaia e migliaia di bambini che sono già passati attraverso le cliniche a causa di decisioni politicamente corrette e politiche di identità di genere sono una ferita che un'intera generazione proverà per molti anni a venire. La mia speranza è che questa presentazione aiuti a persuadere i responsabili politici e gli organi decisionali in questo Paese a intraprendere un percorso diverso da quello che abbiamo fatto nel Regno Unito.

I vostri figli, il futuro della vostra Nazione, meritano di meglio. Vi esorto a combattere in loro favore e per la loro innocenza.

PRESIDENTE. Do ora la parola al dottor Gianluca Tornese, dirigente medico, pediatra-endocrinologo, coordinatore dell'ambulatorio pediatrico per la varianza di genere (APEVAGE) dell'Istituto «Burlo Garofolo» di Trieste.

TORNESE. Signor Presidente, vi ringrazio per l'invito. Vorrei condividere con la Commissione alcune diapositive che ho preparato.

Sono un pediatra endocrinologo presso l'Istituto «Burlo Garofolo» di Trieste, che è uno dei tre Istituti pediatrici di ricovero e cura a carattere scientifico. Vi parlo in base all'esperienza acquisita negli ultimi anni, dal 2015, presso l'Ambulatorio pediatrico per la varianza di genere che è inserito all'interno del nostro Istituto, costituito da una *équipe* multidisciplinare, formata dal sottoscritto (endocrinologo), da una neuropsichiatra infantile che ascolterete dopo di me, da due psicologi e una bioeticista.

Il tema di cui stiamo parlando in questo momento è a voi sicuramente noto. Mi fa sempre piacere tornare all'etimologia della parola «disforia» di genere, che in greco significa «sopportare male». Dal 2013 essa ha sostituito nel DSM-5 (Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali) l'espressione «disturbi dell'identità di genere», ponendo l'accento sul *distress* percepito e non tanto sull'incongruenza tra il sesso e l'identità di genere.

Gli elementi che costituiscono la disforia di genere sono – immaginando una bambina nata biologicamente femmina – la preferenza per giocattoli e giochi del genere opposto, come il calcio, il rifiuto di giocattoli e giochi del genere assegnato, come le bambole, così come la preferenza per l'abbigliamento tipico del genere opposto, per i ruoli tipicamente legati al genere opposto nei giochi del «fare finta», la preferenza per compagni di gioco del genere opposto: tutto quello che viene solitamente indicato come ruolo di genere. Vi è poi il desiderio di appartenere al genere opposto, l'avversione per la propria anatomia sessuale e il desiderio delle caratteri-

stiche sessuali del genere opposto. Secondo il Manuale, questi rientrano più nella cosiddetta identità di genere.

In base al DSM-5, per poter fare una diagnosi di disforia di genere deve essere sicuramente presente il desiderio di appartenere al genere opposto per un periodo superiore ai sei mesi e devono essere presenti almeno sei tra le caratteristiche cui ho appena accennato. A questo si è aggiunta la disforia, ossia una sofferenza clinicamente significativa, con la compromissione del funzionamento in ambito sociale, scolastico e in altre aree importanti.

Se consideriamo la popolazione generale, la cosiddetta varianza di genere o non conformità di genere, cioè quando l'identità o il ruolo di genere si differenziano dalle norme culturali comuni di un determinato sesso, è abbastanza comune: intorno al 5 per cento. Se, invece, parliamo di disforia di genere, vi è una prevalenza decisamente minore: uno su 7.000, uno su 100.000, o addirittura uno su 400.000.

Ci occupiamo di tutto questo nell'Istituto pediatrico, perché sappiamo che l'identità di genere e il ruolo di genere si formano già dai due-tre anni in un bambino e dai sei-sette anni compare il concetto della persistenza del genere: sono maschio e resterò maschio; sono femmina e resterò femmina. Già in questo periodo si può sviluppare una varianza di genere, quindi i bambini possono identificarsi come qualcosa che non corrisponde al proprio sesso biologico. In questo caso il nostro approccio non è quello, come si diceva, di intervenire farmacologicamente, ma è un approccio di *wait and see*, che consiste nell'accompagnare i bambini e le famiglie in questo percorso.

Questo è importante già in questa fase, come dimostrano gli studi. Uno di questi registra l'impatto su quasi 10.000 giovani che avevano avuto una varianza di genere prima dello sviluppo della pubertà, i quali erano soggetti a un rischio significativamente aumentato di abuso sessuale, fisico e psicologico e disturbi psichiatrici. Pertanto, come pediatra, è un tema che sicuramente mi interessa e di cui mi devo preoccupare. È un tema che riguarda tutti: lo studio infatti dimostra che nel 60 per cento di questi bambini, una volta diventati adulti *cisgender*, eterosessuali, ossia non transgender o transessuali, vi era una storia di abuso sessuale, fisico e psicologico. Costoro sviluppavano nell'età adulta disturbi *post* traumatici da stress, depressione e ansia per quello che avevano vissuto durante l'infanzia.

Il nostro intervento in questa fase riguarda anche la famiglia, perché si sa che se la famiglia è di supporto aumentano l'autostima, il benessere generale e si riducono la depressione, l'abuso di sostanze, l'autolesionismo e l'ideazione suicidaria. Se la famiglia supporta, i tentativi di suicidio si riducono di circa il 60 per cento.

Tutto cambia quando inizia la pubertà, perché il corpo cambia e nella maggior parte dei casi si verifica la desistenza della varianza di genere, i cosiddetti *desisters*. La spinta degli ormoni fa sciogliere l'incongruenza tra l'identità di genere e il sesso biologico. Tuttavia esiste una percentuale, che varia in base alle casistiche, che può evolvere, invece, verso una di-

sforia di genere. Allo stesso modo, la disforia di genere può iniziare proprio con la pubertà, quando il corpo cambia in un senso che non coincide con ciò che l'individuo sente al proprio interno. Per spiegarlo meglio di come potrei fare io che non ho vissuto l'esperienza della disforia di genere, vi riporto le parole di una ragazza che l'ha sperimentata: «Immagina cosa proveresti se ti svegliassi la mattina e ti trovassi nel corpo di un uomo, con una voce da uomo e una faccia da uomo che ti si riflette allo specchio, con la barba e i baffi. Immagina se il tuo seno sparisse e ti trovassi all'improvviso un pene e dei testicoli. Non temeresti di star impazzendo? Questa cosa terribile è quello che mi succede tutti i giorni ed è peggio di quanto tu possa mai immaginare».

Gli studi dimostrano che in questa categoria di ragazzi la percentuale di disturbi psichiatrici è molto elevata, così come gli episodi di automutilazione e di tentato suicidio. Anche l'abbandono scolastico è molto più frequente tra i ragazzi con disforia di genere, così come i disturbi del comportamento alimentare, gli episodi di autolesionismo, l'ideazione suicidaria e gli episodi di tentato suicidio.

È in questo ambito che si parla di terapia frenante, che è una terapia reversibile, fatta con gli analoghi dell'LHRH, i cosiddetti bloccanti ipotalamici, tra cui la triptorelina. È una terapia che offre la possibilità di mettere in pausa la produzione degli ormoni ed è utilizzata già dagli anni Novanta nei Paesi Bassi, secondo il cosiddetto protocollo olandese. Non è quindi una terapia che interviene dall'inizio: vi è una prima fase diagnostica e, in alcuni casi, si prosegue con un prolungamento della diagnosi utilizzando la terapia frenate.

Essa non viene adottata indistintamente con tutti coloro che si presentano al nostro ambulatorio; infatti, oltre alla diagnosi di disforia di genere in base al DSM-5 e secondo il parere di un'*équipe* multidisciplinare come la nostra, occorre che i ragazzi siano già in pubertà e che questa abbia aggravato o fatto comparire la disforia di genere. Inoltre, le altre psicopatologie e problematiche mediche devono essere stabilizzate e l'assistenza psicologica, psicoterapeutica o psichiatrica deve essere risultata inefficace. Insomma, deve essere necessario qualcos'altro per aiutare questi ragazzi. Infine, ovviamente, c'è bisogno del consenso informato dell'adolescente e dei genitori.

Come ben sapete, nel 2019 è stata emanata una determina Aifa che pone la triptorelina a carico del Servizio sanitario nazionale. Tra le motivazioni della determina è specificato il fatto che si sia considerata l'efficacia della triptorelina «nel sospendere la pubertà e il profilo di sicurezza del trattamento, il beneficio evidenziato nei diversi aspetti della condizione clinica e l'assenza di alternative terapeutiche più efficaci e/o sicure». Peraltro, dal 2021, il nostro Centro risulta tra quelli autorizzati dalla Regione Friuli Venezia Giulia per la prescrizione di questi farmaci.

La terapia frenante è utile, come dimostrano i tanti dati a sostegno, di cui vi illustro alcuni esempi. Nel 2020 è stato condotto uno studio su oltre 20.000 adulti transgender; di questi, il 17 per cento avrebbe voluto frenare la pubertà ma non era stato consentito il trattamento, mentre il 2,5 per

cento aveva ricevuto la terapia frenante. Tra coloro che avevano effettuato il trattamento, l'ideazione suicidaria si è ridotta del 70 per cento. In un caso italiano, un ragazzo, per bloccare lo sviluppo della pubertà, si era indotto un'anoressia severa, perdendo 20 chilogrammi in sei mesi per cercare di non far progredire il suo corpo in senso maschile e stava rischiando la vita. L'avvio della terapia frenante ha consentito una ripresa del peso, allontanando il rischio per la vita legato alla privazione del cibo.

Peraltro, il gruppo olandese che per primo ha avviato questo protocollo ha studiato 55 adulti *transgender* e ha rilevato che tra questi il benessere psicologico era simile o addirittura migliore a quello dei pari età della popolazione generale, mentre tutti gli studi precedenti dimostrano che le persone *transgender* avevano tassi di ansia, depressione e altri disturbi penalizzanti nettamente superiori alla popolazione generale.

Pertanto, se prima si pensava che adulti e adolescenti *transgender* avessero questi livelli più elevati di morbilità psicologica (ansia, depressione, suicidi), perché il desiderio di cambiare genere era solo un altro sintomo di una psicopatologia generalizzata, gli studi stanno ora dimostrando che, invece, questi livelli sono frutto del pregiudizio, della discriminazione, dello stigma vissuti da bambini proprio per questa incongruenza tra sesso biologico e identità di genere.

Si parla spesso degli effetti collaterali di questa terapia, che – ripeto – è già utilizzata in altri contesti, ad esempio, in ambito pediatrico, in caso di pubertà precoce o di bassa statura. Gli effetti collaterali possono essere: reazioni in sede di iniezione, aumento di peso, cefalea e vampate di calore. Altri effetti che spesso vengono citati (diminuzione della velocità di crescita e della maturazione ossea) sono reversibili o con l'interruzione della terapia o con l'avvio della terapia *cross-sex* per l'affermazione di genere. La terapia non induce modificazioni neuronali, in un periodo importante come quello della pubertà per lo sviluppo delle funzioni esecutive, e non ha effetti sulla fertilità. Pensate che questi farmaci vengono utilizzati nei bambini oncologici proprio per preservare la fertilità quando sono soggetti a chemioterapia o radioterapia.

In conclusione, ritardare il trattamento fino all'età adulta o anche fino alla tarda adolescenza può avere conseguenze psicologiche molto negative, di cui noi pediatri (ma non solo) dovremmo preoccuparci seriamente. Pertanto, non trattare gli adolescenti con disforia di genere non rappresenta un'opzione neutrale. Sarò felice di fornire la bibliografia a sostegno di quanto vi ho illustrato.

PRESIDENTE. Avrei una domanda per i nostri auditi: quanti sono esattamente i casi di disforia di genere in Italia e quanti poi fanno effettivamente la transizione di genere?

TORNESE. Non c'è un registro vero e proprio, per cui non abbiamo la possibilità di conoscere il numero preciso. Considerando le prevalenze di cui vi ho parlato, si tratta di poche unità in Italia e non – come si accennava prima – di migliaia di persone. Quest'ultima cifra (che probabil-

mente in Italia è anche eccessiva) è quella registrata dai vari centri sparsi sul territorio.

Io credo che l'aumento delle persone che si rivolgono ai centri debba essere visto come un vantaggio e non come uno svantaggio, perché sono persone e famiglie che chiedono aiuto. Non tutte queste persone hanno poi una diagnosi di disforia di genere e non tutti i ragazzi con disforia di genere avviano un trattamento in età precoce. Credo che sia importante sottolineare questo aspetto.

PRESIDENTE. Proseguiamo l'audizione con la dottoressa Dora Co-sentini, neuropsichiatra dell'Istituto «Burlo Garofolo» di Trieste.

COSENTINI. Signor Presidente, ringraziandovi per l'invito, chiedo anch'io la possibilità di condividere delle *slides* che ho preparato.

Io sono neuropsichiatra infantile e psicoterapeuta presso l'Istituto per l'infanzia «Burlo Garofolo» di Trieste e presso il servizio territoriale dell'Azienda sanitaria locale, occupandomi prevalentemente di disturbi psichiatrici in età pediatrica e adolescenziale. Insieme al dottor Tornese e ad altri, faccio parte dell'ambulatorio pediatrico per la varianza di genere.

Si è già parlato di disforia di genere e il collega ha presentato la nuova definizione, che soppianta quella precedente (disturbo di identità di genere) nei vecchi manuali diagnostici e statistici sui disturbi psichiatrici. Nel DSM-5, quindi, si parla di disforia di genere per puntare il *focus* proprio sulla sofferenza della persona. Inoltre, questa problematica viene estrapolata e separata dalla categoria dei disturbi parafilici e dei disturbi sessuali in cui prima era inserita.

Come per molti dei disturbi psicopatologici, anche per la disforia di genere non sono noti i fattori causali. Nel tempo sono stati chiamati in causa sia fattori psicosociali che biologici, ma ad oggi, di fatto, l'ipotesi più accreditata è che siano entrambi i tipi di fattori a contribuire allo sviluppo della disforia di genere. Nel tempo, i primi fattori individuati sono stati quelli di natura psicosociale, a partire da Freud all'inizio del secolo scorso, fino ad arrivare ad autori più moderni.

Sono state formulate diverse teorie eziologiche che chiamano in causa le anomalie nei processi di relazione e di interazione con le figure primarie di attaccamento (prevalentemente i genitori). In questo senso, gli studi si sono focalizzati prevalentemente su soggetti con genere assegnato alla nascita di tipo maschile che desideravano fare una transizione verso il genere femminile. In questi casi sono state ipotizzate anomalie nei processi di identificazione con la figura materna o reazioni difensive per contrastare l'angoscia di separazione proprio da questa figura. Autori più moderni hanno chiamato in causa teorie eziologiche che evidenziano il ruolo di forti eventi traumatici nella prima infanzia. Ovviamente, come si può immaginare, anche l'educazione e gli aspetti psicoeducativi in seno alla famiglia rispetto al genere assegnato alla nascita giocano un ruolo nello sviluppo di un certo grado di identità di genere.

Accanto a questi fattori psicosociali, altri studi, soprattutto quelli più recenti, chiamano in causa fattori di tipo biologico. I primi studi in questo senso sono stati effettuati sui gemelli, che hanno permesso di evidenziare come vi sia una completa discordanza nei gemelli dizigoti (che non hanno lo stesso patrimonio genetico), mentre vi è una concordanza nei gemelli monozigoti (che condividono lo stesso patrimonio genetico), che arriva fino al 40 per cento. Ciò, pur in assenza di chiari geni identificati che possano provocare la disforia, è un contributo importante che evidenzia un aspetto legato all'ereditarietà in una problematica come la disforia di genere.

Altri fattori biologici sono stati messi in luce in studi più recenti di *neuroimaging* strutturale e funzionale, che permettono di evidenziare nuclei all'interno del sistema nervoso centrale e *network*, ossia reti di neuroni, che fisiologicamente presentano i primi delle dimensioni e i secondi delle attivazioni differenti a seconda che si trovino nel sistema nervoso centrale di un soggetto di genere maschile o in quello di uno di genere femminile. Effettuando questi studi in soggetti *transgender* si è scoperto che i soggetti che avevano disforia di genere presentavano nuclei di dimensioni e *network* con attivazione simili alle persone che con loro non dividevano il genere assegnato alla nascita, ma il genere esperito. In altri termini, si è visto che il cervello delle persone con disforia di genere *M to F*, nati maschi ma desiderosi di esprimere un genere femminile, avevano i nuclei delle stesse dimensioni e il *network* con la stessa attivazione non dei soggetti biologicamente maschi come loro, ma dei soggetti femmine. Tale comportamento valeva anche al contrario. Tutto ciò ci permette di affermare che vi sono anche fattori biologici molto forti a sostegno di una problematica come la disforia di genere e che evidentemente nei soggetti *transgender* vi è una differente sessualizzazione tra il corpo e il cervello.

Come il dottor Tornese ha già illustrato, all'interno del nostro ambulatorio lavoriamo in accordo con le linee guida nazionali e internazionali per le problematiche dell'identità di genere e ci basiamo su un approccio multidisciplinare. Siamo un'*équipe* in cui ogni singola figura professionale integra le proprie competenze specifiche con le altre, proprio in ragione della complessità del fenomeno, ma anche per la particolare età, quella evolutiva, in cui ci troviamo ad agire.

La presa in carico multidisciplinare ha l'obiettivo, innanzitutto, di effettuare un'adeguata diagnosi e poi di offrire un adeguato sostegno psicologico al soggetto minore di età e alla sua famiglia, per poter dare una corretta informazione sulle scelte e sulle eventuali terapie e, in alcuni casi già definiti, come vi ha spiegato il dottor Tornese, arrivare a una terapia medica ormonale di riassegnazione di genere.

Il momento diagnostico è cruciale in questo percorso. Vi è una parte medica internistica, volta ad escludere o confermare possibili disordini endocrinologici. Successivamente, ad opera dello psicologo e del neuropsichiatra infantile, vi è la diagnosi vera e propria di disforia di genere, che viene poi condivisa all'interno dell'*équipe*, che si avvale di uno o

più colloqui clinici e di test diagnostici. Questi momenti, rappresentati sia dai colloqui clinici che dai test diagnostici, vengono effettuati in due tempi differenti (tempo 0 e tempo 1), ossia all'inizio della conoscenza del soggetto e della sua famiglia e dopo sei mesi dalla prima fase diagnostica. Questo per poter procedere in accordo con il DSM-5 ed effettuare una diagnosi che rispetti i criteri del Manuale diagnostico e statistico, che stabilisce che la sintomatologia debba essere presente per un periodo di almeno sei mesi.

Ogni singola fase diagnostica, che io qui definisco come T0 e T1, ha una sua durata, che varia dai trenta giorni ai cinque mesi. Come potete comprendere, facendo il conto, il tempo di diagnosi completo per poter stabilire se un soggetto minore di età ha o meno una disforia di genere varia dall'anno all'anno e mezzo. È un tempo lungo che scegliamo di prenderci per permettere un'adeguata crescita dei soggetti e verificare se vi sono cambiamenti nella sintomatologia. Il dottor Tornese vi ha detto infatti che, soprattutto prima della pubertà, vi è un'alta percentuale di *de-sisters*, quindi la scelta di prendersi un tempo lungo è cautelativa per addivenire a una corretta diagnosi, e questo vale anche in adolescenza.

Oltre alla diagnosi di disforia di genere, nella nostra *équipe* puntiamo ad effettuare un'adeguata identificazione dei disturbi psicopatologici in comorbilità. Vi è una percentuale importante – intorno al 50 per cento – di comorbilità psicopatologiche, che è prevalentemente il risultato dello stigma e del *minority stress* cui sono sottoposti questi soggetti. La comorbilità riguarda prevalentemente disturbi di ansia e depressione, ma anche ideazione suicidaria, atti di autolesionismo, tentativi di suicidio e disturbi del comportamento alimentare. È stata poi descritta anche un'associazione con disturbi dello spettro autistico.

Oltre a ciò, sempre nella fase della diagnosi, è corretto e utile, vorrei dire mandatorio, effettuare una corretta diagnosi differenziale tra una disforia di genere e una difficoltà identitaria. Per farvi comprendere cosa intendo devo approfondire il concetto di identità: questa è la consapevolezza di un individuo dei vari aspetti dell'immagine di sé che vanno a formare un sistema coerente e integrato. Attraverso l'identità il soggetto riesce ad avere un'esperienza cognitiva ed emotiva di sé integrata e può elaborare in modo coerente le informazioni che vengono dal mondo interno e da quello esterno al fine di selezionare i comportamenti idonei all'adattamento. Questo consente alla persona di avere una conoscenza di sé univoca, che comprende il passato (chi sono stato) e il futuro (chi ho intenzione di essere). L'identità si sviluppa nell'età evolutiva ma si forma in maniera stabile nella tarda adolescenza e nella prima età adulta.

Capite quindi che, all'interno delle problematiche identitarie, che riguardano un sé che non è più integro e coeso, possono esservi una serie di manifestazioni disadattive, con sintomi della sfera psicopatologica tra cui ansia, depressione, instabilità affettiva, difficoltà relazionali, comportamenti a rischio come aggressività, tentativi di suicidio, atti di autolesionismo; può essere anche presente una sintomatologia di incertezza rispetto al genere o una varianza di genere.

Diventa quindi importante distinguere tra una condizione di disturbo di identità in generale e la disforia di genere, che è un disturbo di identità di genere. Nel primo caso, la problematica identitaria è primaria e l'incertezza rispetto al genere fa parte delle classi sintomatologiche di questi soggetti in difficoltà dal punto di vista identitario. Al contrario, nella disforia di genere la problematica di genere è primaria: sono soggetti che hanno un sé integro e coeso e avrebbero un funzionamento adattivo ma che, per la problematica di genere, che è primaria, poi sviluppano manifestazioni psicopatologiche che sono secondarie a questa difficoltà.

Al termine del processo diagnostico complesso, che vi ho esplicitato, noi come *équipe* lavoriamo sul sostegno psicologico al soggetto minore di età. Esso è volto a chiarire ed esplorare l'identità e il ruolo di genere della persona, cerca di affrontare l'impatto dello stigma e del *minority stress* che la persona avverte sulla propria salute mentale e sul proprio sviluppo e sostiene il soggetto facilitandone il processo di *coming out*.

Ci tengo a sottolineare che, come avviene per altre psicopatologie, il sostegno psicologico non va a curare, in questo caso, la disforia di genere, ma accompagna il paziente/soggetto nell'esplorazione della propria identità di genere, con l'obiettivo di garantirgli uno stile di vita stabile a lungo termine, probabilità realistiche di successo nelle relazioni interpersonali, nel lavoro, nella vita in generale e nell'espressione della propria identità di genere, per favorire un miglioramento dell'*outcome* del funzionamento adattivo. Per poter far questo è importante che lo psicoterapeuta stabilisca una relazione autentica con il soggetto, in cui la persona dall'altra parte possa sentirsi compresa, accolta e non giudicata, come il principio dell'*okness* di stampo analitico-transazionale prescrive: ogni persona è ok così com'è. All'interno di questa relazione, la persona può sentirsi accolta e può quindi farsi accompagnare. A proposito di accompagnamento, noi offriamo sostegno anche alle famiglie di questi soggetti, a partire dai genitori, con l'idea che abbiano uno spazio di parola e di ascolto per poter accettare la problematica dei figli, sintonizzarsi con il loro malessere, sostenerli nel momento di difficoltà e aiutarli nel percorso di crescita.

Solitamente offriamo anche una corretta informazione su scelte, eventuali terapie e sul *timing* e, in alcuni casi selezionati, arriviamo alla terapia medica di riassegnazione di genere, su cui non mi soffermo in quanto si è già espresso il dottor Tornese.

PRESIDENTE. Per ragioni di tempo, invito i componenti della Commissione a far pervenire per iscritto eventuali quesiti da sottoporre agli auditi.

Dichiaro conclusa l'audizione.

I lavori terminano alle ore 9,45.

