



LINEE GUIDA PER LA PRESA IN CARICO DEI MINORENNI CON SVILUPPO ATIPICO DELLA IDENTITÀ DI GENERE

A cura della commissione minorenni

Presidente

Paolo Valerio

Vice Presidenti

*Porpora Marcasciano
Regina Satariano*

Segretario

Daniela A. Nadalin

Tesoriere

Valeria Pace

Consiglieri

*Damiana Massara
Giovanna Motta
Rosario Porcelli
Antonio Prunas
Jiska Ristori
Massimiliano Timpano*

Consiglieri Permanenti

*Adriana Godano
Orlando Todarello*

INTRODUZIONE

Cos'è la disforia di genere: definizione della problematica

L'identità di genere è la particolare dimensione della identità individuale legata alla soggettiva percezione della propria mascolinità/femminilità.

R. Stoller fin dal 1968 definisce l'identità di genere "quel sistema complesso di credenze che ognuno ha su se stesso: il proprio senso di mascolinità o femminilità. (...)", con "esclusivamente una connotazione psicologica: il proprio stato soggettivo". Attualmente, l'evoluzione della ricerca scientifica in questo ambito, allarga il concetto e precisa che l'identità di genere "è una categoria di identità sociale e si riferisce all'identificazione di un individuo come maschio, femmina o, a volte, come appartenente a categorie diverse da maschio e femmina" (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-5, APA 2013*).

L'identità di genere dell'individuo generalmente si sviluppa in modo coerente con il sesso assegnato alla nascita, ma non sempre questo avviene: alcune persone possono esperire una incongruenza tra il genere assegnato loro alla nascita e la percezione di sé. L'intensità di questa incongruenza è variabile e si esprime in modo più o meno marcato ed evidente, attraverso il comportamento, l'abbigliamento, gli interessi e le attività.

Alcune persone possono esprimere la propria identità con un comportamento non totalmente conforme allo stereotipo di genere tipico della società in cui vivono pur se la loro identità è armonica con il genere assegnato alla nascita; altre possono invece avvertire una intensa dissonanza tra il sesso





assegnato alla nascita e l'identità di genere: tale dissonanza può, nelle sue forme più estreme, produrre una sofferenza che compromette lo svolgimento delle attività e la qualità della vita quotidiana.

Il Manuale Statistico e Diagnostico dei Disturbi Mentali, (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-5, APA, 2013*), prevede la diagnosi di "Disforia di Genere" (*Gender Dysphoria, G.D.*) laddove: "la sofferenza che può accompagnare l'incongruenza tra il genere esperito o espresso da una persona, e il genere che le è stato assegnato." (APA, 2013, p. 451) comporti una sofferenza clinicamente significativa o una compromissione a livello sociale, scolastico/lavorativo o in altre importanti aree di funzionamento dall'infanzia all'età adulta.

Usualmente la disforia di genere in età evolutiva viene descritta come "Sviluppo Atipico dell'Identità di Genere" (A.G.I.O.) (Di Ceglie, 1998)

Ad oggi non sono stati pubblicati studi formali sull'epidemiologia della DG nell'infanzia; tuttavia Steensma (2013) descrive alcune ricerche che forniscono indicazioni secondo cui si attesterebbe intorno 2-3%, fermo restando che il fenomeno potrebbe essere sottostimato. Per quanto riguarda l'adolescenza e l'età adulta, studi basati su gruppi clinici indicano una prevalenza oscillante tra 1:7.400 e 1:100.000 per le persone con sesso assegnato alla nascita maschile, e tra 1:30.400 e 1:400.000 per quelle con sesso assegnato alla nascita femminile (Steensma, 2013). Anche in questo caso però la prevalenza potrebbe essere sottostimata in quanto questi studi sono basati esclusivamente sulle persone che si sono rivolte alle cliniche specializzate. Un recente studio olandese (Kuyper, 2012) condotto sulla popolazione generale ha mostrato come il 4,6% dei maschi e il 3,2% delle femmine, esperissero una ambivalenza relativa alla propria identità di genere, e che l'1% dei maschi e lo 0,8% delle femmine riportasse sentimenti di incongruenza di genere.

Non esistono parimenti ipotesi etiologiche conclusive, sebbene vi sia un accordo generale sul fatto che la DG debba essere considerata un quadro complesso in cui intervengono fattori di diversa natura: biologici, psicologici, e socio-culturali (Zucker, Wood, Singh, Bradley, 2012). Per questo è fondamentale che l'intervento con bambini e adolescenti che presentano DG preveda la presenza di un'équipe multidisciplinare.

La letteratura scientifica ha rilevato peculiarità specifiche (de Vries, Cohen-Kettenis, 2012) nella fenomenologia della DG che si riflettono nello sviluppo dei modelli di



intervento. Il gruppo dei bambini fino agli 11 anni, e comunque sino all'inizio della pubertà richiede un approccio differente da quello degli adolescenti (indicativamente dai 12 ai 18 anni, e comunque dopo l'inizio della pubertà), gli adolescenti infatti hanno caratteristiche che si avvicinano maggiormente a quelle degli adulti.

Le bambine con DG possono esprimere il desiderio di essere un bambino, o dichiarare di esserlo, o affermare che crescendo diventeranno uomini; preferiscono abbigliamento e pettinature maschili, e prediligono attività stereotipicamente assegnate ai maschi. I bambini, viceversa, possono esprimere il desiderio di essere una bambina, o dichiarare di essere una bambina, o affermare che crescendo diventeranno una donna; hanno preferenze per gli abiti femminili, così come per attività stereotipicamente attribuite alle bambine o alle donne. (APA, 2013)

L'adolescenza è un periodo cruciale per il consolidamento dell'identità di genere, e, nel caso di DG nell'infanzia, per la verifica del superamento o della persistenza della disforia. Lo sviluppo puberale, con la comparsa dei caratteri sessuali secondari, può comportare un aumento del livello di sofferenza dettata dal vissuto di essere nel "corpo sbagliato", proprio quando il corpo è parte integrante del percorso evolutivo ed identitario. La DG d'altra parte può anche essere a questo punto superata senza conseguenze sull'esperienza di genere futura.

La DG può comparire in adolescenza in relazione alla percezione della mancanza di corrispondenza tra la rappresentazione di sé e l'esperienza del corpo che si va sviluppando. Gli studi scientifici (Stieglitz, 2010) hanno rilevato che proprio in adolescenza quando il contesto relazionale e sociale risulta particolarmente stigmatizzante è presente un maggiore rischio suicidario nei ragazzi che presentano DG, rispetto alla popolazione generale (Skagerberg 2013).

Non sono stati finora identificati gli elementi che possano permettere di prevedere con certezza lo sviluppo dei bambini con DG: studi prospettici suggeriscono che nella maggioranza dei casi la disforia si scioglie nel passaggio tra l'infanzia e l'adolescenza, e che permane solo nel 12%-27% circa. (de Vries, Cohen-Kettenis, 2012). Nel caso in cui la DG sviluppata nell'infanzia perduri oltre la pubertà, raramente viene meno.

In questo contesto il periodo compreso indicativamente tra i 10 e 13 anni di età è considerato di fondamentale importanza (Steensma, Biemond, de Boer, Cohen-Kettenis, 2011): i cambiamenti nel contesto sociale, la femminilizzazione o mascolinizzazione dei corpi, prima prevista e ora reale, le prime esperienze di innamoramento e di attrazione sessuale influenzano gli interessi, il comportamento, e l'identificazione di genere.

I bambini e gli adolescenti che vivono la Disforia di Genere, così come le loro famiglie incontrano difficoltà e problematiche peculiari



Queste difficoltà possono essere collegate al disagio intrapsichico legato alla Disforia di Genere (incertezza, paura, rifiuto, etc.), come pure legate alla reazione sociale di fronte all'espressione della diversità e quindi legate al rapporto coi pari, al curriculum scolastico, all'inserimento lavorativo e sociale, alla vita sentimentale. Queste problematiche rischiano talvolta di evolvere in una struttura difensiva di carattere psicopatologico.

In ambito clinico e scientifico, vi è accordo (de Vries, Cohen-Kettenis, 2012; Di Ceglie, Thümmel, 2006) nell'indicare il lavoro con la famiglia come fondamentale per una efficace presa in carico di bambini e adolescenti che presentano D.G. La *World Professional Association for Transgender Health* (WPATH) ha descritto in dettaglio gli elementi di base del lavoro dei professionisti in questo ambito negli *Standards of Care del 2011* (WPATH, 2011). La pratica clinica e la ricerca negli ultimi due decenni hanno reso infatti possibile la creazione di modelli condivisi di assistenza a favore dei bambini, degli adolescenti e delle loro famiglie (de Vries, Cohen-Kettenis, 2012) che prevedono un programma integrato di interventi psicologici, sociali e medici.

L' intervento di natura medica è preso in considerazione in casi accuratamente selezionati. Secondo le linee guida internazionali (Royal College of Psychiatrists, 1998; Hembree WC et al, 2009, WPATH, 2011) gli interventi medici devono procedere per fasi successive, ogni fase sarà accompagnata da una attenta e approfondita valutazione dal punto di vista psicologico, familiare e sociale:

- *Interventi reversibili* che prevedono l'assunzione di bloccanti ipotalamici che determinano il blocco della produzione di estrogeni o di testosterone contrastando quindi lo sviluppo di alcuni aspetti dei caratteri sessuali secondari.
- *Interventi parzialmente reversibili* che prevedono l'assunzione di ormoni cross-sex che inducono la mascolinizzazione o la femminilizzazione del corpo.
- *Interventi irreversibili* che consistono nell'intervento chirurgico e sono previsti solo dopo la maggiore età.

Obiettivi del protocollo

Sulla base dell'esperienza maturata dagli operatori dell'O.N.I.G. e sulla base della letteratura scientifica internazionale si evidenzia la necessità di strutturare delle linee guida condivise e riconosciute per la presa in carico della Disforia di Genere in età evolutiva



Questo protocollo rappresenta pertanto la definizione dello stato attuale del lavoro dei professionisti italiani e prevede la possibilità di una rivalutazione del suo funzionamento sulla base dell'esperienza maturata negli anni a venire.

Organizzazione e composizione dell'équipe di lavoro

E' auspicabile che ogni regione italiana abbia un Centro Specialistico dedicato alla presa in carico dei bambini/ e degli/delle adolescenti con Sviluppo Atipico dell'Identità di Genere. Al fine di rendere possibile una presa in carico efficace sul territorio, sarebbe importante la creazione di un Servizio Specialistico all'interno di un Centro riconosciuto e specializzato nella presa in carico della Disforia di Genere in cui operi una équipe multidisciplinare integrata costituita da psicologi, neuropsichiatri infantili, endocrinologi e pediatri, in grado di prendere in carico la Disforia di Genere e le problematiche familiari che possono attivarsi. L'attività del gruppo multidisciplinare dovrebbe essere coordinata mediante incontri a cadenza regolare sia di tipo organizzativo che clinico. Inoltre è indispensabile un aggiornamento costante mediante incontri di supervisione con esperti.

La filosofia del servizio: l'approccio integrato che procede per fasi successive

I risultati di diversi studi e ricerche scientifiche mostrano come soltanto un approccio che integri diverse discipline e professionalità consenta la presa in carico adeguata di una problematica così complessa. La letteratura internazionale e l'esperienza degli operatori italiani suggeriscono inoltre che l'approccio integrato dei servizi sanitari favorisca la creazione di una estesa rete formativa dedicata all'ambito sanitario e scolastico; in particolare è utile intervenire in collaborazione con le Associazioni formate dalle persone interessate, a livello scolastico, per la prevenzione di comportamenti transfobici, stigmatizzanti e di emarginazione, causa di una altissima percentuale di abbandono scolastico; mentre a livello medico e psicologico appare importante coinvolgere gli ordini professionali e le società scientifiche

PRESA IN CARICO



Il primo incontro con l'utenza prevede un colloquio con la persona che effettua la richiesta: genitore o ragazzo/a; un genitore solo oppure entrambi i genitori, in presenza o assenza del figlio/a. E' possibile incontrare l'adolescente da solo, o accompagnato da un amico o amica o figura per lui/lei di riferimento (1). In questo caso il colloquio verterà esclusivamente su temi informativi.

Per passare alla fase di presa in carico è necessario il coinvolgimento di entrambi i genitori ed il loro consenso. Il coinvolgimento dei genitori (e famigliari conviventi) , è essenziale per effettuare la presa in carico del soggetto in età evolutiva. Nessuna presa in carico può avviarsi in assenza del consenso scritto dei genitori o delle figure che hanno la tutela legale del minore; qualora non fosse possibile coinvolgere i genitori si porrà l'obbligo di non procedere con le valutazioni diagnostiche e la presa in carico terapeutica, limitandosi a fornire al ragazzo/a le informazioni richieste in attesa del compimento della maggiore età.

Il Centro specialistico dedicato alle atipicità di sviluppo dell'identità di genere accoglie famiglie di bambini/e e adolescenti con accesso diretto oppure inviate da pediatri di libera scelta, pediatri endocrinologi, neuropsichiatri infantili e psicologi, con impegnativa specifica ove previsto dall'organizzazione regionale.

I colloqui di raccolta anamnestica e di inquadramento saranno condotti della componente psicologica del Centro e saranno finalizzati a:

- Condurre una attenta analisi della domanda, in modo da valutare l'effettiva presenza del disagio legato allo sviluppo atipico dell'identità di genere.
- Fornire informazioni adeguate, coinvolgendo i soggetti in età evolutiva quando ritenuto opportuno in rapporto all'età e alle circostanze
- Somministrare questionari specifici, ove indicato dall'età, volti a esplorare l'identità di genere, il suo sviluppo e le sue specifiche caratteristiche.
- Fornire informazioni circa le possibilità di presa in carico del Centro e strutturare il percorso di presa in carico.

La presa in carico vera e propria prevede due fasi successive.

La prima ha un carattere valutativo, finalizzato ad approfondire il funzionamento generale del bambino/a o dell'/della adolescente dal punto di vista psicologico e dello sviluppo dell'identità di genere .



Vedi

Allegato 1 : Elenco dei possibili test utilizzati

Nota 1

Alla conclusione della prima fase viene proposto al minorenni e alla famiglia un progetto di presa in carico che tenga in considerazione aspetti di tipo psicologico (sostegno alla famiglia e/o al minorenni, o entrambi), ambientale (scuola, agenzie educative), consulenze endocrinologiche ove indicato

In accordo con gli studi clinici citati in premessa si auspica la possibilità di poter integrare l'intervento con una presa in carico dell'intero sistema familiare, condotto da professionisti con esperienza nell'ambito della disforia di genere, che permetta di migliorare le relazioni nel nucleo e nella famiglia allargata, affrontando e contenendo gli aspetti conflittuali e di pregiudizio relativi all'identità di genere; la presa in carico si propone inoltre di sostenere il soggetto in età evolutiva e la sua famiglia a tollerare l'incertezza relativa allo sviluppo dell'identità di genere attivando le risorse e le competenze della famiglia per ampliare la consapevolezza dei familiari sul valore del contesto di crescita e per la prevenzione dell'insorgenza di problematiche psicosociali associate.

E' auspicabile che la presa in carico preveda un'attenzione specifica alle modalità comportamentali e relazionali frequentemente associate alla disforia di genere: difficoltà di socializzazione e abbandono del percorso scolastico e alta possibilità di subire atti di bullismo o molestie sessuali.

Il percorso scolastico risulta particolarmente rilevante e delicato.

Il centro Specialistico potrà intervenire caso per caso in modo mirato in funzione della fascia d'età. Gli interventi dovranno discendere da un'analisi della situazione specifica e avranno l'obiettivo di favorire l'inserimento del/la ragazzo/ragazza o bambino/bambina nella struttura scolastica attraverso il coinvolgimento del dirigente scolastico o il coordinatore di classe, con la collaborazione dei servizi sociali/educativi

L'eventuale intervento ad hoc presso l'istituto scolastico potrà includere azioni diverse:

- incontro con il Dirigente Scolastico o con il coordinatore di classe
- certificazione sanitaria che dichiari le esigenze particolari del soggetto in età evolutiva
- attività informativa e formativa a favore del personale operante nella scuola
- attività formativa o consulenza a favore del corpo docenti della classe della persona in età evolutiva



- interventi formativi di tipo esperienziale direttamente nella classe, a favore dei compagni della persona in età evolutiva

In presenza di problemi di funzionamento psicologico e/o comportamentale concomitanti, interferenti con lo sviluppo dell'identità di genere (es. Disturbi dello Spettro Autistico, Disturbi dell'Apprendimento) sarà valutata caso per caso la possibilità di inviare ai servizi di Neuropsichiatria Infantile e/o di Psicologia dell'Età Evolutiva del territorio di residenza, per una gestione condivisa delle problematiche evidenziate.

Utilizzo di interventi medico-endocrinologici: somministrazione di bloccanti ipotalamici o di ormoni cross-sex

Si prevede la somministrazione dei bloccanti ipotalamici o degli ormoni cross-sex, secondo le linee guida internazionali, in casi accuratamente selezionati.

La somministrazione dei bloccanti ipotalamici (GnRH analoghi) può essere presa in considerazione quando le condizioni psicologiche del soggetto in età evolutiva che ha raggiunto lo stadio di Tanner II-III siano peggiorate con l'inizio dei cambiamenti puberali, per motivi legati alla Disforia di Genere. In riferimento alla letteratura scientifica (Zucker et al., 2010; de Vries & Cohen-Kettenis, 2012; Delemarre-van de Waal, 2014), agli Standards of Care del WPATH (2011) e secondo precisi criteri di eleggibilità indicati dal Position Statement (Fisher et al., 2014) i bloccanti ipotalamici non potranno essere prescritti oltre i 16 anni di età se non in associazione agli ormoni cross sex.

Inoltre, la somministrazione dei bloccanti ipotalamici e degli ormoni cross-sex può essere presa in considerazione:

- in seguito ad esplicita richiesta della famiglia e del minorenni;
- dopo una approfondita valutazione diagnostica del minorenni ed osservazione clinica da parte dell'équipe psicologica della durata di almeno 6 mesi;
- dopo una approfondita valutazione della presenza /assenza di una psicopatologia interferente con la disforia di genere, sulla base di un approfondito confronto tra i professionisti coinvolti nel caso.
- dopo una valutazione del neuropsichiatra infantile volta ad escludere la presenza di una patologia di natura psichiatrica che potrebbe controindicare l'utilizzo del farmaco ormonale;
- dopo una valutazione medica ed endocrinologica che valuta eventuali



controindicazioni di carattere generale e specifico all'assunzione del farmaco ormonale

- in seguito ad un attento percorso di informazione dei genitori e del minorenni sugli effetti conosciuti e sconosciuti dei bloccanti ipotalamici e/o dell'assunzione degli ormoni cross-sex;
- dopo l'acquisizione del consenso informato firmato da entrambi i genitori e di assenso / consenso del minorenni.

Se il minorenni e la sua famiglia non aderiscono al percorso psicologico e/o non rispettano gli appuntamenti con gli endocrinologi è prevista la sospensione della somministrazione farmacologica (GnRH analoghi o Cross-sex).

E' previsto che il passaggio dalla presa in carico dal Servizio per i soggetti in età evolutiva a quello per gli adulti sia preceduto da un incontro delle due équipes (adulti e minorenni) di presentazione del caso, finalizzato alla condivisione del percorso effettuato e alla impostazione delle modalità successive di presa in carico. E' possibile prevedere anche in seguito momenti di raccordo ed approfondimento di problematiche emergenti.

Riferimenti Bibliografici

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition: DSM-5*. Washington, DC: Author.

de Vries, A. L., & Cohen-Kettenis, P. T. (2012). *Clinical management of gender dysphoria in children and adolescents: The Dutch approach*. *Journal of Homosexuality*, 59(3), 301-320.



de Vries A. L., Mc Guire J.K. Steensma T.D., Wagenaar E.T.F. Doreleijgers T.A.H., Cohen-Kettenis, P. T. (2014). *Young Adult Psychological Outcome After Puberty Suppression and Gender Reassignment*. *Pediatrics* 134-696

Delemarre-van de Waal, H. A. (2014). Early medical intervention in adolescents with gender dysphoria. In *Gender Dysphoria and Disorders of Sex Development* (pp. 193-203). Springer US.

Di Ceglie D. Freeman D. (1998). *A stranger in my body. Atypical Gender Identity development and mental health*. Karnac Books

Di Ceglie D. M. D. (2014). Care for Gender-Dysphoric Children. In B.P.C. Kreukels, T.D. Steensma, & A.L.C de Vries (Eds.) *Gender Dysphoria and Disorders of Sex Development* (pp. 151-169). Springer US.

Di Ceglie D. (2014). Gender Dysphoria in Young People Clinical Topics in *Child and Adolescents Psychiatry*. (pp. 349-364) Ed S. Huline-Dickens RC Psych Publications

Di Ceglie, D., & Thümmel, E. C. (2006). An experience of group work with parents of children and adolescents with gender identity disorder. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 11(3), 387-396.

Fisher, A. D., Ristori, J., Bandini, E., Giordano, S., Mosconi, M., Jannini, E. A., Greggio NA, Godano A, Manieri C, Merigliola C, Ricca, V. Italian GnRh analogs study ONIG group, Dettore D, Maggi M. (2014). Medical treatment in gender dysphoric adolescents endorsed by SIAMS-SIE-SIEDP-ONIG. *Journal of endocrinological investigation*, 37(7), 675-687.

Hembree WC, Cohen-Kettenis P, Delemarre-van de Waal HA, Gooren LJ, Meyer WJ 3rd, Spack NP, Tangpricha V, Montori V. Endocrine treatment of transsexual persons: an Endocrine Society clinical practice guideline. *J Clin Endocrinol Metab*. 2009; 94: 3132-3154.

Kuyper, L. (2012). Transgenders in Nederland: prevalentie en attitudes. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 36(2), 129-135.



Royal College of Psychiatrists. (1998). *Gender identity disorders in children and adolescents—Guidance for management*. Council Report CR63. London: Royal College of Psychiatrists.

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

Steensma, T. D. (2013). *From Gender Variance to Gender Dysphoria: Psychosexual development of gender atypical children and adolescents* (Doctoral Dissertation). Retrieved from: <http://dare.uvu.vu.nl/handle/1871/40250>

Steensma, T. D., Biemond, R., de Boer, F., & Cohen-Kettenis, P. T. (2011). Desisting and persisting gender dysphoria after childhood: A qualitative follow-up study. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 16(4), 499-516.

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

Stoller, R. J. (1968). *Sex and gender: On the development of masculinity and femininity*. New York: Science House. Trad it. *Sesso e genere*. Astrolabio.

Stoller R. (1992). Gender identity development and prognosis : a summary. In *New Approaches to Mental Health from Birth to Adolescence* (eds C Chiland, JG Young), pp 78-87. Yale University Press

World Professional Association for Transgender Health (WPATH). (2011). *Standards of care for the health of transsexual, transgender and gender non-conforming people, 7th Version*. Accessed May 2, 2012, from <http://www.wpath.org/> .

Zucker, K. J., Bradley, S. J., Owen-Anderson, A., Singh, D., Blanchard, R., & Bain, J. (2010). Puberty-blocking hormonal therapy for adolescents with gender identity disorder: A descriptive clinical study. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health*, 15(1), 58-82.

Zucker, K.J., & Bradley, S.J. (2004). Gender identity and psychosexual disorders. In JM Wiener, & MK Dulcan (Eds.) *The American Psychiatric Publishing Textbook of Child and*



Adolescent Psychiatry, 3rd ed. (pp. 813-835). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.

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

(1) Nella normativa nazionale e internazionale, si è man mano affermata la figura del minore come soggetto portatore di diritti e non solo come destinatario di tutela. Le regole dell'ordinamento italiano che derogano alla regola della responsabilità genitoriale fino ai 18 anni sono tante e aprono la possibilità di autodeterminazione in settori che riguardano la integrità fisica, l'identità ed i rapporti personali. (Controlli HIV art 5 legge 135/90, anticoncezionali e IVG legge 194/78, SERT art 120 legge 309/90) La responsabilità genitoriale, inoltre, deve essere esercitata secondo la legge italiana “tenendo conto delle capacità, delle inclinazioni naturali e delle aspirazioni del figlio “ (art 316 c.c.). Esiste una cornice che trova i suoi riferimenti oltre che nella nostra costituzione (art.21) “ tutti hanno diritto di manifestare liberamente il proprio pensiero”, nelle normative internazionali quali la Convenzione dei diritti del fanciullo del 1989 (art.12), la Convenzione di Strasburgo del 1996 (art.6) che di fatto oltre a rappresentare codici di diritti sono principalmente programmi di sviluppo umano verso cui tendere e che devono riflettersi su tutti gli ambiti: familiare, scolastico, istituzionale e sociale. Quello dell'ascolto è pertanto un diritto che va promosso e sostenuto in ogni ambito della vita dei minorenni.

(2) Lo scopo di queste domande è di favorire e di migliorare l'associazione comportamento -emozione - difficoltà relazionali. Si indaga la storia dello sviluppo sessuale, l'origine e le caratteristiche del comportamento di genere atipico, la persistenza o meno di questi comportamenti: questi comportamenti sono presenti da sempre ed hanno cambiato modalità espressiva? oppure hanno avuto un esordio improvviso o crescente? Sono nati in età infantile o sono cominciati con la pubertà ? L'indagine intende raccogliere sia il punto di vista dei genitori che quello del ragazzo/a . Si indaga il vissuto corporeo del figlio/a e l'attitudine dei genitori nei riguardi di questo vissuto. La concordanza del vissuto all'interno della coppia genitoriale o la discordanza. Si valuta l'esperienza scolastica e il rischio di drop-out. Si raccolgono elementi sulla esperienza del ragazzo/a nel suo rapporto con i pari, l'eventuale bullismo esperito e le modalità di reazione e difesa del ragazzo/a e dei genitori. Si indaga l'esistenza di esperienze sessuali e il loro orientamento. Infine si svolge una attenta valutazione della presenza di rischio suicidario. Fornire ai genitori informazioni inerenti l'identità di genere ed il suo sviluppo tipico ed atipico in un'ottica psicoeducazionale, passando il concetto di fluidità di genere, cercando di favorire un atteggiamento il più possibile flessibile e non giudicante da parte dei genitori aiutandoli a sintonizzarsi su come'è il ragazzo/a e su come si rappresenta; aiutarli a trovare delle soluzioni di compromesso nelle situazioni concrete (es: scelta dell'abbigliamento, delle attività di svago,..); Sottolineare che negli adolescenti sono coinvolti processi di sviluppo fisico e psicologico e c'è variabilità degli esiti ma nel caso in cui la Disforia di Genere permanga dopo la pubertà o si presenti in fase puberale/ adolescenziale è difficile immaginare che possa essere superata. Offrire supporto per la creazione di una rete con la scuola, il medico di famiglia ed eventuali altre agenzie educative; in particolare è utile intervenire a livello scolastico (sia con gli insegnanti che con i compagni di scuola/classe) per la prevenzione di comportamenti transfobici,



stigmatizzanti e di emarginazione, causa di abbandono scolastico; Gli specialisti, indipendentemente dalla decisione della famiglia rispetto alla transizione, devono consigliare e sostenere i genitori, tenendo conto delle varie opzioni offerte e delle implicazioni che da queste derivano. Se i genitori non permettono al loro figlio/a di fare la transizione nel ruolo di genere desiderato, potrebbero avere bisogno di assistenza psicologica a comprendere i bisogni dei figli assicurando al proprio figlio/a possibilità di esplorare i propri sentimenti di genere e il proprio comportamento in un ambiente sicuro. (World Professional Association for Transgender Health Standards of Care 2011 7TH Version) Se i genitori permettono ai loro figli di fare la transizione di ruolo di genere, potrebbero avere bisogno di assistenza psicologica per favorire un'esperienza positiva per il loro figlio/a. Per esempio, potrebbero avere bisogno di supporto per utilizzare i pronomi corretti, per il mantenimento di un ambiente sicuro e di sostegno per il loro figlio/a in transizione (ad esempio a scuola o nel gruppo dei compagni), e per comunicare con altre persone che fanno parte della loro vita. (World Professional Association for Transgender Health Standards of Care 2011 7TH Version)



OSSERVATORIO NAZIONALE SULL'IDENTITÀ DI GENERE – Via Pilo Albertelli, 1 – 00195 ROMA
Segreteria: c/o MIT Via Polese, 22 - 40125 Bologna, Tel./fax 051-271666 (lun-gio dalle 10.00 alle 16.00, ven dalle 10.00 alle 14.00 cell.349-6690744 (lasciare messaggio in segreteria))

