

ASSOCIAZIONE  
NON SI TOCCA  
LA FAMIGLIA



Osservatorio di  
Bioetica - Siena

## IL RISCHIO EDUCATIVO NEL LINGUAGGIO DEI MEDIA

### Idee e strumenti per proteggere donne e bambini



**ROMA 28 OTTOBRE** ORE 16:00

**SALA BALDINI**

PIAZZA DI CAMPITELLI, 9 ROMA

- Saluti iniziali degli organizzatori
- Testimonianza di **ELENA - Associazione Genitori De Gender**
- **TAVOLA ROTONDA** Moderata da **EMANUELE BOFFI**, Direttore di "Tempi" con:  
Prof. **MASSIMO GANDOLFINI** - Neurochirurgo e Psichiatra - Presidente Ass. FAMILY DAY  
Dott. **PAOLO SCAPELLATO** - Psicologo e Psicoterapeuta  
Dr.ssa **GIUSY D'AMICO** - Insegnante e Presidente Ass. NON SI TOCCA LA FAMIGLIA
- Presentazione e lancio del **MANIFESTO dell'Osservatorio La Petite Sirène**  
contro la **MEDICALIZZAZIONE INVASIVA** della transizione di genere nei minori.  
Interviene **Dr.ssa SOPHIE DECHÈNE**- portavoce Osservatorio La Petite Sirène

aderiscono



Associazione  
Medici  
Cattolici  
Italiani

CITIZEN GO

TEMPI



La Petite  
Sirène

DOTT. SUITETTI  
PSICOLOGO, PSICOTERAPEUTA E PSICHIATRA



GENITORI  
DE GENDER

# ATTI DEL CONVEGNO

## Comunicato Stampa

NON SI TOCCA LA FAMIGLIA - OSSERVATORIO DI BIOETICA DI SIENA

ROMA: ORGANIZZATORI DEL CONVEGNO ANTI-GENDER REPLICANO AL CAMPIDOGLIO

“E’ UN ATTACCO VIOLENTO, CHIEDIAMO LIBERTA’ DI PENSIERO E DI ESPRESSIONE”

“Trovo che parole tanto violente, espresse da coloro che si dichiarano difensori dei diritti, mostrino la vera natura di tale attacco, e cioè che per costoro i diritti sono solo quelli ‘di alcuni’, mentre agli altri cittadini non riconoscono il diritto al libero esercizio del pensiero”. È quanto ha dichiarato Giusy D’Amico, presidente dell’Associazione *Non si tocca la famiglia* e organizzatrice del convegno sulla transizione di genere, che dovrebbe essere ospitato venerdì 28 ottobre nella Sala della Protomoteca in Campidoglio. Questo evento, organizzato in collaborazione con l’*Osservatorio di Bioetica di Siena* e con l’adesione di numerose altre realtà (*Family Day, CitizenGo, Tempi, Ditelo sui tetti, Associazione Medici Cattolici Italiani, La Petite Sirène e Genitori De Gender*), è stato duramente attaccato dalla coordinatrice dell’ufficio diritti lgbt di Roma Capitale, Marilena Grassadonia.

“Spiace rilevare che in un paese democratico come l’Italia”, ha proseguito la presidente D’Amico, “si tenti di negare l’utilizzo di una sala per un semplice convegno e che i genitori di bambini e ragazzi con disorientamento di genere, desiderosi di esprimersi, siano etichettati come soggetti parte di organizzazioni omofobe, perché volontariamente inseriti in una riflessione ampia, pacata, su base di ragione, scienza, e diritto. Ci auguriamo che sia cancellata questa pagina di violenza, lasciando che questa iniziativa si svolga in un clima sereno per essere un’occasione di libertà di espressione e di approfondimento. Neanche lontanamente si intende attaccare le persone, ma invece indagare sulle dubbie modalità con cui spesso vengono accompagnati percorsi difficili che hanno come protagonisti i figli delle famiglie che hanno deciso di intervenire. Attendiamo dunque dagli uffici competenti del Campidoglio la conferma ufficiale della disponibilità della Sala della Protomoteca per il nostro evento”.

“Raccogliamo quotidianamente richieste di aiuto di genitori che vogliono restare accanto ai loro figli che attraversano una fase confusa della loro esistenza”, ha sottolineato a sua volta la presidente dell’*Osservatorio di Bioetica di Siena*, Giuliana Ruggieri. “Questi genitori hanno il diritto di essere ascoltati e di sapere che ci sono modi diversi per aiutare i loro figli. Allo stesso tempo, vogliamo dare voce a uomini e donne di scienza che richiedono di poter esercitare in coscienza la loro professione senza timore di essere etichettati come transfobici. Abbiamo pensato all’evento di venerdì 28 a Roma come ad un momento di democrazia e di libertà, non contro qualcuno, ma per arricchire il dibattito”.

Roma, 22 ottobre 2022

Associazione Non si tocca la Famiglia

Ufficio Stampa

tel: 06 45476584

mail: [ufficiostampa@mediarke.it](mailto:ufficiostampa@mediarke.it) web: [www.nonsitoccalafamiglia.org](http://www.nonsitoccalafamiglia.org)

## **Presentazione del Convegno**

Buongiorno, sono Paolo Delprato, Vicepresidente dell'*Osservatorio di Bioetica di Siena* che, insieme all'Associazione *Non si Tocca la Famiglia*, ha organizzato la conferenza di oggi.

Desidero anzitutto ringraziare a nome degli organizzatori e dei relatori l'On. Fabrizio Santori, Consigliere della Lega nell'Assemblea Capitolina, che si è speso per rendere possibile questo evento in Campidoglio, esponendosi in prima persona e andando al di là di ogni normale prassi, pur di garantire che sulle tematiche illustrate oggi fosse rispettato il pluralismo delle idee e si desse spazio alle famiglie. Ringraziamo anche Maurizio Politi, vicecoordinatore Lega Roma Capitale, che si è anch'egli prodigato generosamente per assicurare un confronto a più voci su questa materia.

Credo sia importante far presente a tutti che, pur di avere l'autorizzazione a svolgere questa conferenza in un'aula pubblica capitolina, l'On. Santori si è dovuto perfino "fare garante" nei confronti dell'Amministrazione Comunale circa i contenuti che verranno qui espressi, come se vi fosse una specie di timore o, detto diversamente, un ruolo di controllo preventivo della libertà di espressione che qualcuno sente di dover esercitare, non si sa in quale veste.

Vogliamo ringraziare le decine di volontari e professionisti che hanno reso possibile, potete immaginare in quali precarie condizioni, l'evento di oggi. Come vedete, alla fine siamo stati costretti ad individuare un'altra sala, cosa per cui siamo profondamente grati a chi l'ha messa a nostra disposizione in tempi stretti.

Ringrazio anche le associazioni che hanno voluto dare la loro adesione e il sostegno a questa iniziativa: l'*Associazione Medici Cattolici Italiani*, il mensile *Tempi*, la costituenda *Associazione Genitori De Gender, Family Day, CitizenGo* e la *Pubblica Agenda Sussidiaria e Condivisa Ditelo Sui Tetti*, che a sua volta comprende oltre 70 associazioni e movimenti. Ringrazio infine l'*Osservatorio La Petite Sirène*, un collettivo multidisciplinare di professionisti e ricercatori: medici, psichiatri infantili, psicologi, psicoanalisti, avvocati, antropologi, sociologi, filosofi, giudici minorili, insegnanti dell'Educazione Nazionale e dirigenti scolastici che stanno portando avanti un percorso di approfondimento rigorosamente scientifico sulla disforia di genere.

Abbiamo letto in questi ultimi giorni prese di posizione da parte di alcuni esponenti più o meno istituzionali e della società civile che hanno diffidato il Comune dal concedere i propri spazi (che fino a prova contraria fanno capo alla cittadinanza tutta e non solo ad una parte di essa) – cito testualmente - ad "organizzazioni notoriamente omofobe e contrarie ai diritti" e "con persone impresentabili e gruppi che promuovono le terapie riparative". Ed è fin troppo semplice immaginare che vi sia un collegamento tra l'atteggiamento ostruzionista del Comune di Roma e queste prese di posizione.

A tutti costoro, voglio rivolgere un messaggio: il vostro tentativo di applicare il de-platforming contro di noi e contro il nostro evento è fallito; le vostre diffide e le dichiarazioni piene di pregiudizio, non cambieranno la realtà delle cose: oggi qui non verranno esposte posizioni omofobe e non si promuoveranno terapie riparative.

Di cosa parleremo quindi?

Oggi ascolteremo in primis le testimonianze di genitori preoccupati, a volte disperati, per l'effetto che certi messaggi trasmessi dai media e dai social hanno sui figli: questi ultimi, infatti, veicolano spesso un'impostazione acriticamente affermativa della transizione di genere, che consideriamo ideologica (per i motivi che verranno spiegati oggi pomeriggio).

Sono testimonianze di madri che si trovano, loro malgrado, a combattere una guerra che non avrebbero voluto intraprendere. Questa sera, queste donne parleranno della propria esperienza in forma anonima per tutelare le figlie adolescenti che non si rassegnano a vedere indirizzate su un percorso che intuiscono essere sbagliato, ma rispetto al quale non riescono a rintracciare strade diverse, o meglio, studiosi che offrano ipotesi di cura alternative. Talvolta, padri e madri che si oppongono alla transizione di genere dei figli vengono addirittura allontanati da loro, trovandosi così, drammaticamente costretti a rinunciare al loro ruolo di genitore: li abbiamo conosciuti questi genitori, sono gente tosta a cui dobbiamo il nostro rispetto.

Seguirà una tavola rotonda, coordinata dal direttore di *Tempi* dott. Emanuele Boffi, che si farà carico di spiegare cosa sta succedendo in questo momento nel mondo scientifico e in quello scolastico a causa di questa impostazione unilaterale che sempre meno tollera, come abbiamo ben visto in questi giorni, il pluralismo delle idee e la libertà di parola. Ne sanno qualcosa in particolare le donne e tra queste le femministe radicali, ormai bollate con l'acronimo TERF, scorciatoia linguistica per togliere loro la possibilità di partecipare al dibattito, secondo la già citata tecnica del de-platofrming.

Infine, nella terza parte di questo ricchissimo pomeriggio, avremo l'onore di avere con noi la dottoressa Sophie Dechéne, psichiatra Infantile, docente all'Università di Lovanio (Belgio) e membro del già citato collettivo *La Petite Sirene* che ha promosso in Francia e in Belgio un Manifesto-Appello "a proposito dei discorsi ideologici su bambini e adolescenti: impatti delle pratiche mediche sui bambini ai quali è stata diagnosticata una disforia di genere". Manifesto-Appello che la dottoressa ci presenterà e che a breve verrà lanciato anche in Italia.

Prima di dare spazio ai contenuti, vorrei fare un'ultima riflessione. Noi non ci sentiamo isolati in questa nostra iniziativa. Proprio pochi giorni fa, il National Health Service inglese ha pubblicato una nuova bozza di linee guida per le cure ai minori con disforia di genere che porteranno ad una completa ristrutturazione dei servizi dedicati ai minori cosiddetti gender non-conforming. Dopo la chiusura della clinica Tavistock, specializzata in transizioni pediatriche e che aveva conosciuto un boom inspiegabile di interventi, il Servizio Sanitario britannico metterà definitivamente fine alla cosiddetta "affermazione" dell'identità di genere, a favore di un "supporto olistico" basato sulla psico-educazione e psicoterapia. Quel che colpisce è che le nuove linee guida riconoscono la transizione sociale come una forma di intervento psicosociale e non come un atto neutro. La scoraggiano nei bambini e raccomandano grande cautela anche in caso di adolescenti. Inoltre, il documento indica che i bloccanti della pubertà saranno somministrati solo in contesti di protocollo di ricerca, a causa degli effetti sconosciuti di lungo termine e potenzialmente dannosi e ribadisce

l'importanza del "sesso biologico", facendo riferimento alla necessità di tracciare il sesso biologico per scopi di ricerca e misure di esito. Infine, il documento afferma che i minori con disforia di genere dovranno essere affidati ad un "team multidisciplinare ... cioè composto da un'ampia gamma di clinici con competenze rilevanti (per esempio in pediatria, autismo, neurodisabilità, salute mentale ecc) piuttosto che solo da specialisti di disforia di genere. Si riconosce quindi che molti adolescenti disforici soffrono di malattie mentali e difficoltà neurocognitive, che rendono difficile prevedere il corso dello sviluppo della loro identità di genere.

Questa pubblicazione allunga la serie di documenti e prese di posizione analoghe che documentano in diversi Paesi (ad esempio Australia, Svezia e diversi Stati USA, oltre ovviamente all'Inghilterra) una profonda revisione nella gestione clinica della disforia di genere, a volte un vero e proprio dietrofront.

In questo convegno non c'è omofobia e non si parla di "terapie riparative", lo abbiamo invece organizzato spinti dalla preoccupazione per la sorte di tanti ragazzi e le ragazze: per questo spero possa svolgersi con la serenità e il rispetto che il tema richiede.

## TESTIMONIANZE DI GENITORI

### Prima testimonianza

Buonasera. Grazie per l'invito, grazie per averci dato voce.

Come sapete **essere qui oggi non è stato facile. Cambiamenti nei titoli del programma, sale negate, minacce di manifestazioni, insomma tutto quell'assurdo clima da caccia alle streghe che sembra dominare qualsiasi tentativo di affrontare il discorso sul gender.** Basterebbe questo a far riflettere: i toni e i modi sono talmente esacerbati che l'obiettivo non è più quello di arrivare ad un dibattito, ma di NON arrivarci. Ci si concentra su come tacitare la controparte, invece che su quello che avrebbe da dire. **Il discorso così non è più incentrato sui temi reali – le tutele per i minori, gli approcci migliori, i rischi delle terapie ormonali e quelli dell'approccio affermativo – ma su come NON affrontarli. La nostra associazione si propone innanzi tutto di contribuire a ristabilire un dibattito in cui tutti tornino ad avere la possibilità di esprimersi.**

Siamo un gruppo di genitori che si sono incontrati online su social stranieri. Eravamo soli e disperati. Cercavamo qualcuno che come noi sentisse che qualcosa stonava e qui in Italia non c'era nulla. Ci siamo trovate tra febbraio e maggio e potete immaginare il senso di sollievo provato quando ci siamo confrontate e non ci siamo sentite più sole. Abbiamo aperto delle pagine sui principali social network attraverso cui ci proponiamo di informare e creare anche un luogo sicuro e un punto di riferimento per altri genitori come noi che vogliono capire e trovare risposte ai tanti dubbi che ti assalgono quando tuo figlio ti comunica un disagio rispetto alla sua identità, visto che in Italia così come in tanti altri Paesi il dibattito è incanalato in una narrazione a senso unico, che non lascia spazio a chi si chiede perché sempre più giovani afflitti da disagi tipici dell'adolescenza o di natura

psicologica o anche influenzati dall'ambiente in cui vivono o dai social network chiedono di cambiare genere.

Per arricchire il dibattito **sono qui oggi a raccontarvi la mia storia**, che è **simile, troppo simile, a quella di tante altre madri**, che fanno parte della nostra associazione.

Mia figlia è stata sin da piccola quella che ora si definirebbe una bambina non conforme, ai miei tempi si sarebbe definita un maschiaccio. Proprio come ero io da bambina. Mai una gonna, mai un fiocchetto, mai un vestitino, mai uno sport femminile, mai un colore rosa. Non per questo aveva mai messo in discussione il suo essere femmina, non aveva mai rifiutato il suo corpo.

L'adolescenza non è stata facile, ma quando mai lo è? La ricerca di un gruppo di appartenenza, il bullismo delle amiche non sempre disponibili ad accettare la diversità, anche solo quella di preferire la lettura di un libro a una serata in discoteca, le domande sulla sua sessualità. Lei intanto azzardava una gonna, i primi trucchi, i buchi alle orecchie... Insomma, una ragazza che faceva i suoi primi tentativi per trovare una definizione...

Poi è arrivata la pandemia e come tanti adolescenti lei ha trascorso ore e ore chiusa in camera davanti al computer, a chattare o a videochiamarsi con amici conosciuti su Instagram, amici che in seguito scoprirò essere confusi come lei e alcuni già sulla via della transizione medica.

Purtroppo, alla fine del primo lockdown ci trasferiamo in un'altra città. Ovviamente lasciare gli amici ed entrare in una classe nuova non è stato facile ma lì trova l'amore. È una ragazza, ama una ragazza e io sono felicissima perché finalmente sperimenta l'amore.

Poi inizia il secondo lockdown.

Di nuovo isolamento, solitudine, di nuovo ore trascorse al computer, l'amore appena trovato che finisce.

La psicoterapia non sembra risolvere nulla, lei sta male, ha crisi di pianto, disturbi alimentari, autolesionismo, alla fine mi chiede di accompagnarla in Ospedale e viene ricoverata in psichiatria per ideazione suicidaria.

Esce dall'ospedale dopo dieci giorni con diagnosi di Depressione Maggiore con spunti psicotici, imbottita di antidepressivi, antipsicotici e ansiolitici e inizia la lenta metamorfosi.

Quasi una checklist:

Taglio di capelli (fatto)

Abiti larghi maschili (fatto)

Binder comprato di nascosto (fatto)

Mutande da uomo (fatto)

Videochiamata serale con amici online che approvano e celebrano ogni passo (fatto)

Insomma, sei mesi durante i quali io assistevo al cambiamento e aspettavo la dichiarazione che puntuale arriva a fine anno scolastico: mi sento uomo, chiamatemi con il nome che ho scelto (rigorosamente anglofono!) e usate i pronomi maschili.

Un pugno allo stomaco.

Però io non posso dire che non me l'aspettassi e anzi mi ero preparata. La figlia di una cara amica, amica di mia figlia sin da piccola, stava iniziando la transizione. Ed io erano mesi che cercavo informazioni online e mi ero convinta che la depressione derivasse dal suo essere nata nel corpo sbagliato!

Oggi fatico a credere di essere arrivata a quel punto, ma non c'era una narrativa diversa: se tua figlia o tuo figlio ti dicono che sono nati nel corpo sbagliato c'è un'unica risposta: la transizione.

E allora contatto i due più grandi e attivi gruppi di genitori italiani che completano l'opera di convincimento: è bello che tua figlia abbia scoperto il vero sé, è bello che si voglia autodeterminare e voi siete genitori meravigliosi che la amano e vogliono accompagnarla in questo percorso.

Eppure, io avevo tanti dubbi, era tutto troppo improvviso. E poi **perché di colpo così tanti bambini e soprattutto adolescenti pronti a dichiararsi trans?** Ma loro avevano una spiegazione e una risposta ad ogni domanda, è il frutto di una società finalmente libera e accogliente. E poi c'è sempre il subdolo e minaccioso sottotesto: preferisci UN FIGLIO vivo o una figlia morta? Perché è questo che ti viene detto: che se non accetti la nuova identità di tuo figlio, lui finirà per uccidersi. Il tasso di rischio sarebbe altissimo.

E allora mia figlia diventa MIO FIGLIO e ogni volta che devo chiamarla o riferirmi a lei il cervello va in corto circuito e lo stomaco si stringe un pochino di più.

Una di queste associazioni mi consiglia uno psicologo specializzato in disforia di genere.

**Dopo appena due mesi e una decina di incontri, la metà online, lo psicologo arriva a dire che sì, ci sono dei problemi psicologici sottostanti dovuti a traumi non elaborati, ma che evidentemente non avevano la priorità rispetto alla transizione, perché LEI decisamente RAGIONA DA UOMO (!) Così MIO FIGLIO viene spinto a fare la transizione sociale,** a presentarsi col nome maschile ovunque, a comprare abiti e biancheria nel reparto maschile, ad usare i bagni pubblici degli uomini, a comprare schiuma e lametta per farsi la barba! La motivazione? Se non prova come fa a sapere se è davvero questo quello che vuole?

Non posso fare a meno di notare che è una cosa singolare da dire ad una ragazza che ha traumi da elaborare ed è in un periodo psicologico difficile. **Come fa una persona così confusa e fragile a sapere davvero cosa vuole?** Lei vuole stare bene! Farebbe qualunque cosa pur di stare bene! E lei hanno detto che questa cosa la farà stare bene! Sì, perché ovviamente online, la sua fonte di informazioni quotidiane, ti raccontano quanto sia bello ed eccitante fare la transizione, prendere ormoni e affrontare mastectomie bilaterali.

Intanto MIO FIGLIO ha ancora la depressione, intanto MIO FIGLIO ancora si taglia. In più adesso MIO FIGLIO si disegna barba e baffi finti, MIO FIGLIO indossa il binder anche la notte. E MIO FIGLIO non sta meglio!

Anche lo psicologo è preoccupato e siccome lei/lui deve partire per l'università – perché intanto è diventata maggiorenne – decide di accelerare i tempi e ci manda da un endocrinologo privato con cui collabora, per la prescrizione di un medicinale che blocchi il ciclo, un farmaco che solitamente viene prescritto per trattare i tumori o la pubertà precoce. Terapia da fare per poi iniziare

eventualmente il testosterone dopo 3/4 mesi. E io sono pronta a sostenerla anche in questo, ma a questo punto è lei a dire No.

Dice che vuole fare direttamente il testosterone e che si farà seguire nella città dove sta per trasferirsi. Parte per l'università e da settembre a dicembre sta sempre peggio. **Nonostante la transizione sociale, nonostante i farmaci**, nonostante stesse facendo quello che voleva, **continuava ad avere depressione e autolesionismo**. A quel punto non posso più ignorare i miei dubbi e inizio a cercare informazioni online su un diverso modo di affrontare il problema. In Italia non trovo nulla, all'estero trovo un gruppo americano, grazie al quale inizio a raccogliere informazioni diverse dalla narrativa affermate.

Quando torna per le Vacanze di Natale è in una condizione fisica e psicologica pietosa.

Nel preciso istante in cui l'ho vista ho deciso: BASTA!

Le dico che abbiamo seguito la sua strada e non ci ha portato da nessuna parte, adesso è il momento di provarne una nuova.

Basta con il nome di elezione e i pronomi maschili, abbiamo rifatto un passaggio graduale al suo nome e ai pronomi femminili. Abbiamo trovato uno psicologo convinto della necessità di lavorare PRIMA sui suoi traumi, sulla sua ansia, sulla sua depressione, sulla sua mancanza di autostima e POI sulla transizione qualora la disforia di genere fosse persistita.

A oggi i risultati sono molto incoraggianti.

Non assume più farmaci, non si taglia più, ha elaborato i suoi traumi, ha lavorato sulla sua autostima, sta costruendo la sua personalità.

È a suo agio nel suo corpo e nel suo genere, si declina di nuovo al femminile e non ha più fastidio nell'usare il suo nome. Indossa nuovamente biancheria e abiti acquistati nei reparti femminili, questa estate è persino andate al mare e ha fatto il bagno.

Sta frequentando l'università vicino casa e sta costruendo una rete di amicizie che la rendono felice.

Sui social però resta il nome anglofono con tutta una schiera di pronomi femminili, maschili e neutri. Forse fare una detransizione sociale è troppo difficile? Forse teme di essere giudicata male dagli amici online? Non lo so.

Pochi giorni fa ho riletto la relazione con cui lo psicologo esperto in disforia di genere sosteneva la necessità della transizione e mi chiedo di quanti altri ragazzi si stia occupando in questo momento. Mi chiedo quanti genitori non hanno avuto la forza di dire no, assumendosi anche il rischio di dire: mia figlia non si suiciderà perché sa che noi la amiamo.

Se mia figlia avesse iniziato il percorso di transizione, adesso il testosterone le avrebbe già cambiato in modo irreversibile la voce, e già solo quello sarebbe stato un cambiamento definitivo, non oso pensare alla mastectomia bilaterale.

**Tante ragazze e tanti ragazzi che invece hanno intrapreso questa strada in giovane età ora sono pentiti e non possono tornare indietro. Si chiamano DETRANSITIONERS. I loro video si moltiplicano in rete. Le loro storie sono documenti e diventano documentari. Questi ragazzi sono disperati per una scelta fatta troppo in fretta e troppo presto e adesso nessuno vuole ascoltarli.**



Noi in Italia abbiamo un grande vantaggio in questo momento: all'estero possiamo vedere il nostro futuro, con paesi che stanno riconsiderando i protocolli affermati, le cliniche che vengono chiuse per ridistribuire sul territorio i pazienti con regole più stringenti.

Dobbiamo darci la possibilità di riflettere e per farlo abbiamo bisogno di un vero dibattito in cui tutte le parti vengono considerate. Aiutateci a fare in modo che sia così.

Tutto questo ci deve insegnare qualcosa!

La mia storia ci deve insegnare qualcosa!

\*\*\*\*\*

## **Seconda Testimonianza**

### **Sono la mamma di una ragazzina che si definisce trans.**

Non mi piace nascondermi, ma oggi non posso far altro. Anche se vorrei metterci la faccia, il mio primo dovere è quello di tutelare e rispettare l'identità, la libertà e la privacy di mia figlia.

Mentre pensavo a come rendermi irriconoscibile, mi è venuto in mente che potrei prendere in prestito la maschera di mia figlia, quella che da più di un anno indossa ogni singolo giorno, e con la quale si trasforma in quello che lei ritiene essere il suo "vero sé".

Ben lontana dall'evocativo blocco di marmo grezzo in cui lo scalpello scopre la forma già nascosta della statua, questa nuova ricerca di sé ha più l'aria di uno scafandro portato -a mo' di divisa- da un esercito di ragazzine.

Prevede vestiti extra large, per lo più neri, scarpe da ginnastica di due numeri più grandi e corpetti contenitivi che a mala pena permettono di respirare. Un travestimento che le costringe a movimenti e posture innaturali e a usare toni di voce profondi e modi di parlare grezzi. Non le lascia nemmeno fare il bagno d'estate o ridere e schiamazzare felici con le loro amiche, come facevano fino a poco tempo fa.

Cosa c'è di male in un travestimento? Mi direte.

Niente, dico io, fin tanto che abbiamo coscienza (almeno noi adulti) di stare giocando.

**Non diremmo a un bambino vestito da Superman che ci saluta dalla cima di una scala che è davvero un supereroe e che quindi può volare.**

**E non diremmo a una ragazza di nemmeno 50 kg che si vede grassa che può mettersi a dieta.**

**Dunque, non diremmo a una ragazza che si sceglie un nome da maschio che è un maschio... ah no, questo purtroppo lo facciamo.**

**Le nostre figlie a un certo punto sono state indotte a pensare che le loro difficoltà, le loro tristezze, le loro stranezze, o semplicemente il loro disagio per la pubertà fossero segnali del loro essere trans. Da quando si sono tagliate i capelli e si fanno chiamare dagli amici con un nome maschile credono di essere diventate maschi. Questo è il loro problema.**

I vostri figli, loro amici e compagni, sono stati indottrinati nel riconoscerle come maschi, utilizzando i pronomi maschili come richiesto, nonostante sappiano distinguere i maschi dalle femmine fin dal primo anno di asilo: questo è il problema dei vostri figli, vostro e nostro.

Perché lo stesso vale per gli insegnanti, gli psicologi, i medici e in generale gran parte della nostra società. Siamo tutti stati ammaestrati.

Ma cosa succede se la realtà invece di farti da specchio, si adatta alla tua fantasia e alle tue illusioni? Ci cadi dentro, senza rete di sicurezza.

**Le nostre figlie a un certo punto hanno spostato l'attenzione dalla difficoltà del crescere e scoprire loro stesse, all'obiettivo di essere o di essere percepite dalla società come maschi.**

**Ma maschi non potranno diventarlo mai, senza una bacchetta magica.** A volte a noi mamme piacerebbe averla per far felici i nostri figli. **Ogni cellula del loro corpo è, e rimarrà, quella di una femmina.**

**Questa però non è la verità di internet e dei social network, dove perfino i medici, nei loro profili di TikTok, si dichiarano pronti ad esaudire i desideri di cambiare sesso.**

Quali sono i sogni delle nostre figlie e di tutte le ragazzine trans? Per cominciare "T" e "top surgery". Ovvero iniezioni di testosterone a vita e mastectomia bilaterale.

C'è sempre un grande rischio nel dare a un singolo grande obiettivo la responsabilità della propria felicità, figuriamoci quando si tratta di un miraggio che porta gravi e irreversibili conseguenze per la salute.

Oggi voglio dirvi cos'è che ci spaventa.

E non è il giudizio degli altri, sui nostri figli o su di noi come genitori, o il timore di deludere amici e parenti, o perdere l'amicizia di qualcuno. Non è nemmeno la prospettiva che i nostri figli non trovino lavoro, che vengano emarginati, o di non avere noi in futuro dei nipotini, come azzarda qualcuno.

Ecco di cosa abbiamo paura.

Io ho paura che mia figlia svenga sull'autobus perché indossa il binder da troppe ore.

Ho paura che il pediatra mi riparli di bloccanti della pubertà, magari davanti a lei.

Ho paura che se domani vorrà tornare sui suoi passi si sentirà morire di vergogna, e non avrà il coraggio di farlo.

Ho paura che investa tutte le sue energie nella costruzione di un falso sé.

Ho paura che passi una legge che mi impedisca di chiamare mia figlia col suo nome. Ho paura che a scuola i prof la chiamino al maschile alle mie spalle.

Ho paura che mi chieda di andare in una clinica di genere per iniziare gli ormoni, ho paura che ci vada da sola quando avrò 18 anni.

Ho paura che i medici non vedano oltre la sua disforia di genere, e non si occupino delle problematiche psicologiche di cui soffre.

Ho paura che gli ormoni la facciano stare peggio.

Ho paura che voglia farsi rimuovere i seni.

Ho paura del suo dolore e ancora di più ho paura del piacere al qualeavrà rinunciato per sempre, ancor prima di averlo potuto provare.

Ho paura che se un giorno avrà un neonato tra le braccia scoprirà un tumulto potente in un seno ormai fantasma che vorrebbe poter nutrire.

Ho paura che debba ricorrere all'isterectomia prima di aver avuto un compagno, una relazione, un incontro amoroso. Ho paura che vorrà dei figli, quando non potrà più averne.

Alla falloplastica e alle sue conseguenze, non posso nemmeno pensare.

**Ho paura che ogni traguardo non sarà mai abbastanza per sentirsi davvero maschio e che a un certo punto si accorga che non era mai stato quello il problema. Come sta accadendo a migliaia di ragazzi negli ultimi anni.**

**Per i ragazzi trans, "avere tutto" equivale a rinunciare a troppo: a un corpo sano e integro, alla funzionalità sessuale, alla possibilità di procreare.**

**Una tale sofferenza, un così grande sacrificio e in fin dei conti non essere nemmeno felici?**

Ho paura che quando saranno passate la luna di miele e l'euforia di genere, quando i dubbi, i dolori e l'infelicità faranno capolino, la comunità LGBT+ che ha fatto il tifo per la sua transizione la butterà via come una ciambella senza buco. La comunità trans la scomunicherà, i medici che l'hanno operata non l'assisteranno, per non fare i conti con il proprio fallimento e la propria coscienza.

Ho paura che allora le rimarrò praticamente solo io, la sua mamma. E naturalmente ho paura che non le basterà

Nota:

[1] Trattamenti affermativi/confermativi di genere sono quelli che attraverso trattamenti ormonali ed interventi chirurgici modificano le caratteristiche sessuali primarie e/o secondarie per allineare l'aspetto fisico di una persona con la propria **identità di genere** (quella a cui il soggetto **sente** di appartenere).

## **Intervento del Prof. Massimo Gandolfi**

### **Neurochirurgo e Psichiatra.**

#### **Presidente Associazione Family Day.**

Il tema della “disforia di genere” (DG) , con il correlato delle possibili “terapie di transizione”, costituisce uno dei capitoli più delicati e controversi della medicina dei nostri tempi. Un fattore decisamente disturbante e per nulla utile è rappresentato dalla caratura ideologica e sociopolitica con il quale si vuole rappresentare questo argomento che non esiterei a definire una vera “sfida” per la medicina. Innanzitutto, è necessario definire di che cosa si sta parlando. Per “disforia” (dal greco dis – phoria: sentirsi male) di genere si intende una condizione esistenziale di sofferenza legata al fatto che una persona non si percepisce appartenente al proprio sesso biologico, desiderando di trasformarsi nel sesso opposto. Più precisamente, si tratta di una condizione per cui un soggetto biologicamente maschio si percepisce appartenente al sesso femminile (o viceversa) e desidera assumerne le caratteristiche anatomiche e comportamentali, sia sessuali che sociali. E’ come se quella persona si percepisse “prigioniera” di un corpo che non le appartiene e che rifiuta, determinandosi di trasformarsi nel genere desiderato. È il fenomeno della “transessualità”. Nel 2013 il DSM V inquadra la DG nella categoria dei “disturbi mentali”, fissando dei parametri su cui fondare la diagnosi. Nel 2018, l’OMS nel ICD-11 ha derubricato la DG dai disturbi mentali, creando un’apposita categoria all’interno del grande capitolo della “salute sessuale”, classificandola come “incongruenza di genere”. Per quanto riguarda l’etiopatogenesi, lo stato attuale della ricerca non è giunto a nessun risultato certo, e non si può fare altro che avanzare ipotesi. L’etiologia, in particolare, resta ignota, mentre sulla patogenesi si fa strada l’idea che la DG possa essere legata ad una disfunzionalità di tre networks neuronali: network per il controllo dello stress (neurotrasmettitore l’adrenalina), per il controllo della condotta sociale (neurotrasmettitori dopamina, serotonina), e “body ownership network” (Neuroscience, dicembre 2019), che potremmo tradurre in “rete per la consapevolezza del proprio corpo”. Considerate queste importanti incertezze, il tema della “terapia” della DG appare a chiunque come terribilmente delicato dato che ci mancano i presupposti tecnico-scientifici che indirizzino le modalità di trattamento.

L’argomento diventa ancora più complesso e delicato quando il quadro considerato disforico riguarda soggetti minori, infanti, prepuberi e adolescenti, perché alle incertezze legate alla condizione disforica in sé in soggetti adulti, si aggiunge la componente delle mutevolezze – biologiche, organiche e psicologiche – tipiche dell’età dello sviluppo. È ormai acclarato che la maturità organica cerebrale si compie attorno ai 21/22 anni di età; prima di quella scadenza, possiamo affermare che il cervello umano è una “fucina” di continua revisione di network neuronali in costante attività. Ciò significa che le condizioni organiche – composizione di reti neuronali, mutamenti ormonali – e cognitive – strutturazione delle caratteristiche proprie della personalità – sono variabili e mutevoli, quanto le condizioni atmosferiche in una giornata di primavera o d’autunno. Il mondo medico-scientifico è attraversato, da anni, da alcuni interrogativi di fondamentale importanza, che ruotano attorno al dilemma di come affrontare un giovanissimo soggetto che possa manifestare condizioni che possono far orientare verso una DG. Come già detto, è un approccio tutt’altro che semplice e, men che meno, scontato nella prassi e, oggi, abbiamo già a disposizione una ricca bibliografia scientifica che dimostra con quanto pressapochismo e superficialità sia stato affrontato nei decenni passati, quando si sono intraprese opzioni di

“transizione” – sociale, ormonale, psicoterapica, chirurgica – volte a trasformare un soggetto maschio in femmina e viceversa. Magari basandosi, purtroppo sulla semplice richiesta, senza una corretta e approfondita verifica. Quella che, oggi, gli studiosi chiamano “transizione on demand”. Trattandosi di soggetti prepuberi, la questione di partenza è chiedersi se può essere utile, o addirittura necessario, il blocco farmacologico dello sviluppo puberale, utilizzando farmaci che inibiscono la funzione ipofisaria. Possiamo esemplificare questo concetto, riassumendolo in due domande: 1. È utile il blocco puberale al fine di migliorare la prognosi “quoad vitam” e “quoad valetudinem” del minore interessato”; 2. È utile perché semplifica interventi successivi ormonali/chirurgici? Quest’ultima ne propone una previa: i minori con DG mantengono questa condizione dopo la pubertà e durante l’adolescenza (e oltre)? Come detto, oggi abbiamo una sufficiente esperienza clinica per poter dare delle risposte, se non totalmente definitive, certamente accettabili e valide per costruire orientamenti terapeutici. Tralasciando dettagli squisitamente tecnici – comunque consultabili nella bibliografia disponibile – possiamo esprimere alcune importanti considerazioni:

La stragrande maggioranza dei minori “gender confused”, superata l’adolescenza, risolve il disagio e si conforma al sesso biologico (vengono denominati “desisters”; circa il 95% dei soggetti maschi e l’85% dei soggetti femmina);

Il blocco puberale non migliora la disforia

La maggioranza dei “desisters” sono stati trattati con un supporto psicosociale professionale, mirante non ad affermare l’identificazione cross-gender, ma a risolvere fattori di stress e problemi, personali e sociali, che possono interferire con la DG;

Il 40/50% dei minori che afferiscono ai centri per DG (ansia, depressione, autolesionismo, ideazione e condotte suicidarie), presenta una comorbidità di problemi di salute mentale e affrontando adeguatamente questi, l’inclinazione DG scompare. Sulla base di questi dati, l’American College of Pediatricians, nell’ Update del gennaio 2017, ha dichiarato: “Promuovere fra i ragazzi il cambiamento di sesso, per via ormonale e chirurgica, come pratica normale e salutare, è abuso di minore”.

In conclusione, è certamente necessario proseguire con studi e ricerche in ordine alle cause che possono provocare condizioni di disturbo esistenziale che facciano orientare verso la cosiddetta “disforia di genere”, evitando ogni impostazione di carattere ideologico che può spingere a decisioni affrettate, incongrue, superficiali che non solo non risolvono il problema, ma addirittura possono provocare danni maggiori rispetto alla stessa condizione iniziale. Con un surplus di cautela e attenzione, trattandosi, nella fattispecie, di soggetti giovanissimi e, dunque, particolarmente delicati e fragili dal punto di vista sia biologico che psicologico. Non si deve mai dimenticare il motto fondante, quantomeno nel mondo latino, la pratica medica: “Primum, neminem laedere”.

## **Intervento del Dott. Paolo Scapellato.**

### **Psicologo e Psicoterapista.**

#### *1. Influenza degli ormoni sullo sviluppo del SNC e del comportamento*

##### Evidenze scientifiche:

*Gli ormoni delle gonadi dirigono la differenziazione sessuale del corpo*

*Gli ormoni delle gonadi dirigono la differenziazione sessuale del cervello e del comportamento*

[Phoenix C. H., Goy R. W., Gerall A. A. & Young W. C. (1959), Organizing action of prenatally administered testosterone propionate on the tissues mediating mating behavior in the female guinea pig. *Endocrinology*, 65, 369-382]

La differente esposizione ormonale in fase prenatale e poi nella fase della pubertà sarebbe alla base della diversa specializzazione dei due emisferi cerebrali nei maschi e nelle femmine

[Breedlove S., Rosenzweig M., Watson N. (2009), *Psicologia Biologica. Introduzione alle neuroscienze comportamentali, cognitive e cliniche*. CEA, Roma.]

##### Riflessioni:

Gli ormoni nella fase della crescita influenzano la strutturazione del cervello, quindi del comportamento, quindi dell'aspetto cognitivo. Queste influenze sono reversibili?

Se un ragazzo subisce il blocco della pubertà, questo non solo impedisce la maturazione degli aspetti sessuali fisici, ma influenza l'evoluzione del cervello, indirizza a un certo tipo di comportamento e cognizione e quindi influenza la personalità. In adolescenza i comportamenti di contrapposizione con l'adulto, finalizzati alla conquista dell'autonomia, possono essere inibiti dal blocco della pubertà subito gli anni precedenti? Cosa è reversibile?

Anche se conosciamo che, una volta sospesi i bloccanti, le gonadotropine tornano alla loro funzionalità in 3-9 mesi, che significa questa reversibilità a livello sessuale, a livello di personalità e di identità generale?

Questi dati non sono conosciuti

Sono invece ben documentati, gli effetti persistenti, che non possono essere reversibili, come per esempio la riduzione dell'altezza e la fragilità ossea.

#### *2. Effetti della triptorelina a breve e lungo termine*

##### Evidenze scientifiche:

Effetti mostrati: diminuzione altezza, diminuzione massa magra, aumento massa grassa

[Ghelani, R., Lim, C., Brain, C., Fewtrell, M., & Butler, G. (2020). Sudden sex hormone withdrawal and the effects on body composition in late pubertal adolescents with gender dysphoria. *Journal of Pediatric Endocrinology and Metabolism*, 33(1), 107-112.]

Questa revisione riassume le attuali conoscenze sugli effetti degli impianti a lento rilascio di agonisti del GnRH (GnRH A-SRI) sulla fertilità e sul comportamento in cani e gatti maschi e femmine. Viene usata la triptorelina per la castrazione chimica negli animali.

Nei maschi si ha diminuzione della fertilità e modifiche nel comportamento legato al testosterone (diminuzione libido, sessualità). Nelle femmine i dati sono ancora incerti.

[Goericke-Pesch, S. (2017). Long-term effects of GnRH agonists on fertility and behaviour. *Reproduction in Domestic Animals*, 52, 336-347.]

Conosciamo gli effetti di questi farmaci a breve termine, ma gli effetti a lungo termine sulla salute delle ossa e sui rischi cardiovascolari sono sconosciuti.

[Cohen-Kettenis, P. T., & Klink, D. (2015). Adolescents with gender dysphoria. *Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism*, 29(3), 485-495.]

Ridotto sviluppo dell'altezza nei maschi e nelle femmine. Diminuzione della massa magra e aumento di quella grassa. Riduzione dei testicoli e delle mammelle. Ulteriori studi sono necessari per valutare la misura in cui i cambiamenti nel punteggio SD (Deviazione Standard) dell'altezza e nella composizione corporea che si verificano durante il trattamento con GnRHa possono essere invertiti durante il successivo trattamento con ormoni sessuali incrociati.

[Schagen, S. E., Cohen-Kettenis, P. T., Delemarre-van de Waal, H. A., & Hannema, S. E. (2016). Efficacy and safety of gonadotropin-releasing hormone agonist treatment to suppress puberty in gender dysphoric adolescents. *The journal of sexual medicine*, 13(7), 1125-1132.]

### 3. Dilemmi etici per i medici, soprattutto per il trattamento nei giovani con Disforia di Genere (GD).

Occorrono ulteriori studi e valutazioni molto approfondite e multidisciplinari. Questa revisione della letteratura conclude: tutti i medici inclusi nel trattamento della disforia di genere stanno affrontando grandi sfide e dilemmi bioetici. Un approccio multidisciplinare è necessario, ma non sempre garantisce un esito positivo. Le questioni più delicate sono il trattamento dei giovani transgender, la fertilità e la genitorialità negli individui transgender e il rischio di reimpianto dopo la parte irreversibile del trattamento, la chirurgia di affermazione di genere. Al fine di evitare la complessa questione del reimpianto, è necessaria un'adeguata valutazione preoperatoria da parte di professionisti esperti, psicologi e psichiatri. Sono necessarie ulteriori ricerche e studi per far luce su questi problemi.

[Marta R. Bizic, Milos Jevtovic, Slavica Pusica, Borko Stojanovic, Dragana Duisin, Svetlana Vujovic, Vojin Rakic, Miroslav L. Djordjevic, "Gender Dysphoria: Bioethical Aspects of Medical

Treatment", *BioMed Research International*, vol. 2018, Article ID 9652305, 6 pages, 2018.]  
<https://doi.org/10.1155/2018/9652305>

#### 4. Dilemmi etici delle famiglie e degli operatori sanitari.

Sia la diagnosi che il trattamento medico della disforia di genere (GD), in particolare nei bambini e negli adolescenti, sono stati oggetto di significative controversie negli ultimi anni. In questo studio, vengono analizzati i mezzi con cui la GD viene diagnosticata nei bambini e negli adolescenti, le opzioni di trattamento attualmente disponibili e le questioni bioetiche che attualmente sollevano. In particolare, sosteniamo che le famiglie e gli operatori sanitari dei bambini che presentano GD attualmente affrontano due principali dilemmi etici nel processo decisionale relativo al trattamento: il dilemma del percorso e il dilemma del consenso.

[Baron, T., & Dierckxsens, G. (2022). Two dilemmas for medical ethics in the treatment of gender dysphoria in youth. *Journal of Medical Ethics*, 48(9), 603-607.]

Sebbene molti dettagli e aspetti di questo approccio siano ancora sconosciuti, è di grande importanza che i giovani con GD ricevano cure che migliorino il loro benessere, con un sostegno anche ai genitori/famiglia. È necessario, pertanto, conclude, lo studio un approccio individualizzato da parte di un team esperto.

[Claahsen - van der Grinten, H., Verhaak, C., Steensma, T. *et al.* Gender incongruence and gender dysphoria in childhood and adolescence—current insights in diagnostics, management, and follow-up. *Eur J Pediatr* 180, 1349–1357 (2021).]

#### 5. Molte domande aperte.....

Questo studio sperimentale: “Effetti comportamentali e neurobiologici del trattamento con agonisti del GnRH nei topi: potenziali implicazioni per la soppressione della pubertà negli individui transgender” conclude che il trattamento cronico con leuprolide nei topi ha effetti profondi sui comportamenti femminili che sono comunemente interpretati come simili alla depressione, nonché sull'attività neurale nell'ippocampo, una regione del cervello coinvolta in modo cruciale nell'elaborazione dello stress, nella depressione e nella cognizione.

I risultati descritti in un modello animale, gettano nuova luce sugli esiti del trattamento cronico con GnRHα sugli effetti comportamentali, neuroendocrini e neurobiologici di un farmaco comunemente usato per molte condizioni cliniche e in particolare per alleviare la disforia di genere nei giovani transgender. Sono necessarie ulteriori ricerche per comprendere meglio i meccanismi molecolari e neurobiologici della somministrazione di leuprolide in un contesto transgender, al fine di generare prove per stilare le linee guida e il processo decisionale clinico nella cura dei transgender. Il presente studio dimostra il potenziale del lavoro sugli animali sia per guidare che per informare l'interpretazione degli studi sulla sospensione puberale negli esseri umani”.

[Anacker, C., Sydnor, E., Chen, B.K. *et al.* Behavioral and neurobiological effects of GnRH agonist treatment in mice—potential implications for puberty suppression in transgender individuals. *Neuropsychopharmacol.* 46, 882–890 (2021).]



Nota: GnRHa: analoghi dell'ormone di rilascio delle gonadotropine (GnRH), a questa classe di farmaci appartiene la triptorelina e il leuprolide.

Questo importante studio di Jorgensen, S.C.J. e colleghi conclude:

*“In sintesi, riteniamo che la revisione degli autori non presenti una valutazione equilibrata delle prove e tradisca un pregiudizio verso la promozione acritica della transizione medica. Le diffuse debolezze metodologiche nella ricerca, insieme alla mancanza di certezza che i benefici superino i danni, dovrebbero sollevare dubbi sul fatto che l'affermazione sia posizionata come "standard di cura" negli Stati Uniti e in Canada. I pazienti e le loro famiglie si affidano ai farmacisti per resistere, influenzare e comunicare in modo trasparente. A tal fine, invitiamo Mills e colleghi a rivedere la loro importante revisione e fornire una discussione sulle basi probatorie per l'assistenza di affermazione di genere.”*

Jorgensen, S.C.J., Hunter, P.K., Regenstreif, L., Sinai, J. and Malone, W.J. (2022), Puberty blockers for gender dysphoric youth: A lack of sound science. *J Am Coll Clin Pharm*, 5: 1005-1007.

Questo saggio sottolinea che, come operatori sanitari, dobbiamo garantire che i giovani con disforia di genere ricevano trattamenti e cure mediche adeguate, tuttavia, conclude che attraverso un'ampia revisione della letteratura, l'uso di metodi inconcludenti e poco studiati per gestire la disforia di genere non può essere eticamente giustificato e quindi andrebbe rivalutato.

[Hayes, K. (2018). Ethical Implications of Treatment for Gender Dysphoria in Youth. *Journal of Health Ethics*, 14(2).]

Molti studi dimostrano inoltre, come l'utilizzo della triptorelina, non ha significativi effetti sulla riduzione di ansia, depressione, problemi comportamentali e in generale le manifestazioni della disforia, come ben illustrato dal dott. Renzo Puccetti nel documento presentato alla commissione Igiene e Sanità del Senato. [Audizione presso XII Commissione Permanente «Igiene e Sanità» Senato della Repubblica Atto n.207 . Uso del medicinale Triptorelina]

[Microsoft PowerPoint - Audizione Dr. Renzo Puccetti slides \(senato.it\)](#)

Molto importante lo studio della psichiatra americana Lisa Littman : *“Soggetti trattati per disforia di genere con transizione medica e/o chirurgica che hanno in seguito fatto una detransizione. Sondaggio su 100 detransitioner”* che mette in evidenza la complessità di queste esperienze. Sempre più fondati i dubbi sull'utilità e l'efficacia delle "terapie" farmacologiche e chirurgiche.

I motivi per “per la detransizione” erano vari e includevano:

- subire discriminazioni (23,0%); - essere più a proprio agio nell'identificarsi come sesso natale (60,0%); - avere preoccupazioni per potenziali complicazioni mediche dovute alla transizione (49,0%); - arrivare alla conclusione che la loro disforia di genere fosse causata da qualcosa di specifico come un trauma, un abuso o una condizione di salute mentale (38,0%). L'omofobia o la difficoltà ad accettarsi come lesbiche, gay o bisessuali è stata espressa dal 23,0% come motivo di transizione e successiva detransizione.

La maggioranza (55,0%) ha ritenuto di non aver ricevuto una valutazione adeguata da un medico o da un professionista della salute mentale prima di iniziare la transizione e solo il 24,0% degli intervistati ha informato i propri medici di aver effettuato “la detransizione”.

[Littman, L. Individuals Treated for Gender Dysphoria with Medical and/or Surgical Transition Who Subsequently Detransitioned: A Survey of 100 Detransitioners. *Arch Sex Behav* 50, 3353–3369 (2021).]

## 6. Riflessioni finali

In conclusione, l'identità personale ha varie componenti: che tipo di adulto sarò e vorrò essere?

A livello sociale (quale ruolo avrò nella società), a livello affettivo (che tipo di relazioni ho intenzione di costruire), a livello professionale (come vorrei contribuire al bene della società), a livello interpersonale (come vorrei essere nei confronti dei miei simili), a livello valoriale (su quali valori voglio fondare il mio progetto di vita), a livello spirituale (che tipo di ricerca di senso voglio portare avanti), a livello sessuale (che tipo di comportamenti sessuali mi si addicono).

Il disorientamento di genere in età prepuberale può essere, come spesso accade, un periodo di dubbi, sperimentazione, legata anche a influenze esterne. Una situazione che richiede certamente un gran lavoro di assistenza da parte della famiglia e dei professionisti. L'intervento con la triptorelina per bloccare la pubertà va a modificare solo la parte biologico-fisica della sessualizzazione e quindi va ad operare sul percorso di identità sessuale. Si rischia così, oltre ai rischi fisici, di alterare il percorso identitario a tutti gli altri livelli, che non vengono in genere presi in considerazione. Siamo sicuri che questo intervento sia la soluzione migliore per i ragazzi? O è la soluzione migliore per vincere delle battaglie sui diritti che una parte della popolazione interessata personalmente dal problema (e quindi non imparziale) vuole affermare sulla pelle dei figli altrui e soprattutto senza chiare evidenze scientifiche e razionali?

Se da una parte posizioni estreme che pretendono di riorientare forzatamente il genere nell'identità sessuale sono dannose in quanto non riconoscono la condizione psicologica dell'individuo, dall'altra parte posizioni estreme opposte, che vorrebbero far accettare senza se e senza ma la disforia suggerendo un immediato intervento anche di tipo medico, sono ugualmente pericolose per lo stesso motivo. Non tengono conto della complessità dell'essere umano, delle sue infinite possibilità evolutive, della sua capacità di mettere in campo risorse personali per fronteggiare le difficoltà.

Se il disorientamento di genere può creare sofferenze e difficoltà di integrazione sociale, la sospensione della pubertà, con gli effetti comportamentali, cognitivi e di personalità, che sospendono anche il percorso identitario della persona, non possono creare le stesse sofferenze e le stesse difficoltà?



## **Intervento della dott. Giusy d'Amico. Insegnante e Presidente Associazione NON SI TOCCA LA FAMIGLIA**

**La Scuola non deve diffondere l'ideologia gender, come invece avviene con la Carriera Alias, che viola il principio di precauzione, facendo proprio l' approccio affermativo alla disforia di genere che molti studiosi, come gli autori e i firmatari dell'Appello comparso su diversi giornali europei – oltre a costituire per diversi aspetti un illecito giuridico – (e ora diffuso in Italia dai promotori del convegno), considerano antiscientifico e lesivo dell'integrità psicologica e fisica dei minori.**

Trovarci questa sera in una sala diversa da quella in Campidoglio, richiesta già a giugno per il nostro convegno da un consigliere comunale, non è un dettaglio: fino all'ultimo, dopo averci per tre volte spinto a cambiare il titolo dell'evento, non ci è stata data alcuna motivazione per il diniego, tanto che sappiamo essere stata presentata una denuncia per omissione di atti d'ufficio.

Questa sera, comunque, non siamo qui per essere contro qualcuno, ma per continuare a confrontarci e parlare per il bene di bambini e adolescenti.

Perché la scuola non può fare propaganda per la fluidità e la transizione di genere? Perché a scuola non diremmo mai a un bambino vestito da Superman, che ci saluta dalla cima di una scala, che è davvero un supereroe e che quindi può volare e non diremmo mai a una ragazza che pesa 50 kg e che si vede grassa che può mettersi a dieta: dunque, non dovremmo dire ad una studentessa che sceglie un nome da maschio che lo è realmente! Ecco cosa succede se la realtà, invece di farti da specchio, si adatta alle tue fantasie: ci cadi dentro senza rete di sicurezza. Questo purtroppo a scuola avviene attraverso l'applicazione di protocolli illeciti come la *Carriera alias*, che consente a diversi studenti con una percezione identitaria confusa, di farsi chiamare con un nome scelto diverso da quello anagrafico, trascritto sul registro elettronico come per magia, e avere bagni e spogliatoi 'transgender'. Queste iniziative dilagano anche nelle nostre scuole: un centinaio di istituti hanno già adottato in Italia queste misure, senza rispetto per la normativa vigente. L'autonomia scolastica prevede, infatti, una certa flessibilità all'interno di un quadro normativo prestabilito, non la facoltà di rettificare i dati anagrafici, anticipando l'eventuale sentenza favorevole di un giudice (che, trattandosi di un minore, può anche decidere in senso contrario, dopo aver consultato gli specialisti del caso). Decisioni che si configurano come veri e propri abusi d'ufficio e che vengono oltretutto prese anche senza la preventiva richiesta del consenso informato non solo ai genitori dei minori direttamente interessati (associazioni lgbt, come la Rete Lenford, promuovono la decisione autonoma del minore già all'età di 14 anni), ma anche ai genitori dei compagni. Anche questi ultimi andrebbero coinvolti, tenuto conto delle possibili e ancora sconosciute ricadute psicologiche e educative di tali provvedimenti nelle classi, presupponendo che non tutti gli alunni siano in grado di elaborare correttamente situazioni simili.

Eppure, la nostra Costituzione e molti trattati internazionali sottoscritti anche dall'Italia, come la *Dichiarazione universale dei diritti dell'uomo* (Cfr. Art.26), sanciscono la priorità in campo educativo dei genitori: per questo ogni attività extracurricolare, soprattutto quando tocca temi eticamente sensibili, dovrebbe essere comunicata alle famiglie con un congruo anticipo, dando

loro il tempo di informarsi e, in caso di dissenso, la possibilità di esonerare i figli (per i quali, in questo caso, la scuola sarebbe tenuta a predisporre attività alternative).

Per rendere effettivo questo diritto l'Associazione *Non si tocca la Famiglia*, che presiedo, ha sostenuto una battaglia durissima dentro i ministeri, nelle piazze, sui giornali, fino a quando – nel 2018 – una Nota ministeriale ha ribadito il diritto dei genitori al consenso informato preventivo.

In queste settimane riceviamo le telefonate di molte madri spaventate da questi fenomeni, come la *Carriera Alias* nelle scuole, che stanno crescendo in modo esponenziale, anche per il rilievo positivo che danno loro Instagram ed altri social network. Queste donne si preoccupano che le difficoltà, le stranezze o semplicemente il disagio nelle figlie adolescenti, tipici dell'età evolutiva, siano interpretati da loro come segnali di un'identità trans e temono che amici e compagni, e gli stessi insegnanti, siano spinti a riconoscerle come maschi (la gran parte degli studenti che si definiscono trans sono infatti ragazze), utilizzando per loro pronomi maschili. Queste mamme, invece, come attestano anche le testimonianze che abbiamo ascoltato, sanno bene che le figlie sono femmine: un'identità scritta in ogni cellula del loro corpo. Purtroppo, questa non è la verità che internet e i social propagano, visto che persino alcuni medici, presenti con i loro profili su TikTok, si dichiarano pronti ad esaurire il loro desiderio di cambiare sesso. Come Associazione *Non si tocca la Famiglia* abbiamo fatto presenti alle autorità scolastiche, sulla base della normativa scolastica vigente, tutte le criticità della *Carriera Alias*. Una procedura già entrata in tante scuole secondarie, talvolta semplicemente con l'approvazione del consiglio d'istituto (quindi senza passare per gli altri organi collegiali), semplicemente per poter vantare sul sito della scuola di essere 'inclusivi'.

'Piantare queste bandierine', dove magari non è stato segnalato neanche un caso di disforia di genere, è una scelta puramente ideologica.

La scuola ha naturalmente il dovere di accogliere tutti gli studenti e di mostrare sensibilità per ogni forma di disagio, anche di natura identitaria, contrastando qualunque forma di discriminazione e lavorando per questo, come per ogni altro problema educativo, in sinergia con i genitori degli studenti in difficoltà e con le famiglie dei compagni di classe, come prevede il *Patto di corresponsabilità educativa*, tuttavia, lo ripeto, un istituto scolastico non può cambiare il nome di battesimo depositato all'anagrafe corrispondente a quello presente negli atti della scuola.

Oltretutto, nei registri elettronici attuali il nome di ogni studente è collegato al codice fiscale corrispondente: a Milano la dirigente nel Liceo Brera ha dichiarato pubblicamente ad esempio di non poter inserire nel registro elettronico il nome femminile scelto da uno studente, proprio perché non corrispondeva al suo codice fiscale (che era quello di un maschio).

Le scuole sono amministrazioni pubbliche e i loro dipendenti: dirigenti scolastici, docenti, educatori, sono pubblici ufficiali chiamati a far rispettare le leggi in vigore.

Al termine dell'anno scolastico, abbiamo quindi organizzato un sit-in davanti al Ministero della Pubblica Istruzione perché emanasse una nota per porre fine a questo abuso, e oggi – attraverso una petizione al nuovo Ministro dell'istruzione e al Presidente del Consiglio – vogliamo porre fine a questo protocollo, di cui elenchiamo tutte le irregolarità dal punto di

vista giuridico (infatti negli istituti in cui è stata approvata la *Carriera Alias*, non sono citate le fonti normative esistenti: cioè la legge 164 del 1982 e il decreto legislativo numero 150 del 2011, oltre la sentenza 222 del 2015 della Corte Costituzionale, che sanciscono e regolano il procedimento di rettificazione del sesso con la conseguente riattribuzione anagrafica).

Anticipare all'interno dell'Istituto il cambiamento anagrafico richiederebbe una specifica normativa che oggi non esiste, poiché questi provvedimenti sono di esclusiva competenza del giudice e, come per tutti i procedimenti giudiziari, l'esito di questi procedimenti non è assolutamente scontato: oltretutto, come nella maggior parte delle difficoltà identitarie che emergono con l'adolescenza, potrebbe nel tempo venir meno l'interesse dello studente che ha fatto richiesta di variazione di nome

e pertanto la scuola dovrebbe recedere, perdendo di credibilità, o, ancora peggio, questa prematura 'transizione sociale' potrebbe innaturalmente cristallizzare l'identità sessuale dello studente, instradandolo in una trafila medico – chirurgica senza fine (gli ormoni antagonisti rispetto ai propri vanno poi assunti a vita) e dalle conseguenze spesso devastanti (come testimoniano i sempre più numerosi detransitioner, amaramente pentiti da una scelta fatta in un'età in cui non è possibile comprenderne appieno le conseguenze).

Utilizziamo quindi con bambini e adolescenti quel principio di precauzione che dovrebbe sempre ispirare la gestione delle questioni controverse e che invece le stesse scuole disattendono: pensiamo a tutti i ragazzini delle medie che sono stati portati nel 2017 dagli insegnanti a vedere lo spettacolo teatrale *Fa'afafine*, che parla di un bambino, Alex, che nei giorni pari si sente maschio e in quelli dispari femmina.

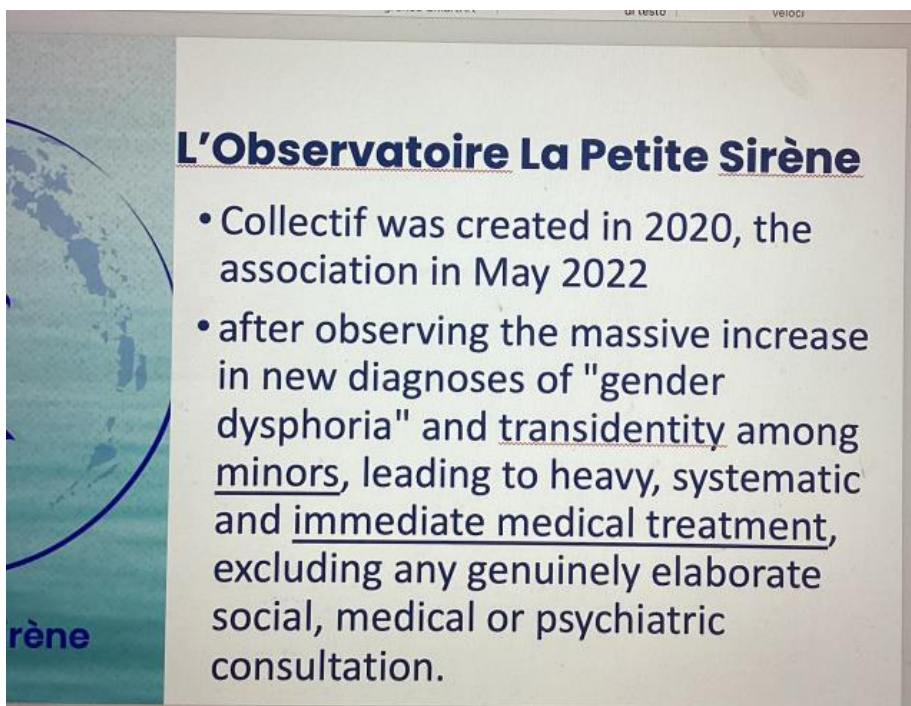
Ricordiamo anche, perché altrettanto fuorvianti, percorsi di lettura come *Nei panni di Zaff*, *Il segreto di papà*, *Lo zaino di Spider man* e molti altri che tentano di presentare come norma un vissuto che è invece l'eccezione, con il risultato di confondere le idee dei più giovani su categorie fondamentali (come il carattere binario della sessualità), che sono patrimonio dell'Umanità in ogni periodo della sua storia, e con il rischio di appiccicare assurde etichette trans a bambini che, per vari motivi (gracilità fisica, timidezza ...), stentano ad integrarsi nel gruppo dei coetanei, ma che nella stragrande parte dei casi sono destinati a superare nel tempo le loro difficoltà ed incertezze.

Come responsabili dell'Associazione *Non si tocca la Famiglia*, impegnata fin dalla sua fondazione a contrastare la teoria della fluidità di genere (la cosiddetta Teoria Gender), quando abbiamo avuto notizia, lo scorso luglio, dell'uscita su diversi giornali europei di un *Appello* che andava al cuore di queste problematiche, denunciando la pericolosità della propaganda sulla facilità di cambiare sesso, rivolta a bambini e ragazzi, abbiamo contattato i promotori francesi di questo documento per chiedere loro la possibilità di diffonderlo anche in Italia. Per questo, assieme all'*Osservatorio di bioetica di Siena*, abbiamo pensato ad un evento come questo invitando come relatrice la dott.ssa Sophie Dechène, che ora presenterà l'*Appello* dell'Osservatorio internazionale *La Petite Sirène*, di cui è promotrice insieme ad altri, e che è nato per contrastare la trattazione superficiale e distorta che mass media e istituzioni scolastiche fanno spesso della disforia di genere, denunciando le conseguenze devastanti del cosiddetto approccio affermativo (farmacologico) alla disforia di genere nei minori (approccio

che proprio in questi giorni è stato respinto dal Servizio sanitario inglese, che ha indicato nel trattamento psicologico la strada prioritaria).

Con questo convegno intendiamo lanciare anche in Italia questo *Appello*, con l'auspicio che si diffonda in tutta l'Europa: a tal fine raccoglieremo quante più adesioni sia possibile da parte di medici, insegnanti, educatori e specialisti dell'informazione, per sensibilizzare l'opinione pubblica e contribuire a porre un termine a questi abusi.

**INTERVENTO della Dott.ssa Sophie Dechène Psichiatra infantile Co-direttore della sezione belga dell'Osservatorio La Petite Sirène.**



Il "Collectif" è stato creato nel 2020, l'Associazione La Petite Sirène nel maggio 2022, dopo aver osservato l'aumento massiccio di nuove diagnosi di "disforia di genere" e "transidentità" tra i minori, che portano a trattamenti medici pesanti, sistematici e immediati, escludendo qualsiasi consultazione sociale, medica o psichiatrica realmente strutturata.

## L'Observatoire La Petite Sirène

Who are we ?

- Multidisciplinary group of professionals, practitioners and researchers
- Doctors, child psychiatrists, psychologists, psychoanalysts, lawyers, anthropologists, sociologists, philosophers, juvenile court judges, teachers...

L'Observatoire La Petite Sirène

Gruppo multidisciplinare di professionisti, operatori e ricercatori

Medici, neuropsichiatri infantili, psicologi, psicoanalisti, avvocati, antropologi, sociologi, filosofi, giudici dei tribunali minorili, insegnanti.

## L'Observatoire La Petite Sirène

Our values

1. Refers to a position of universalism defending the values of human rights and the protection of the child.
2. It defends a chart of equal democratic rights: equality, secularism, and the fight against any sectarian or ideological.
3. It is independent of any political party or religious affiliation. It firmly rejects any right of recuperation of its ideas in this respect.
4. It strongly refutes any accusation of transphobia.

### I NOSTRI VALORI

1. Ci riferiamo ad una posizione di “universale difesa” dei diritti umani e in particolare la protezione del bambino.
2. Difendiamo i diritti democratici: l'uguaglianza, la laicità e la lotta contro qualsiasi forma di settarismo o ideologia.
3. Siamo indipendenti da qualsiasi partito politico o appartenenza religiosa.
4. Respingiamo con forza qualsiasi accusa di transfobia.



## We are questioning serious decisions

Does a human being in the process of neuropsychological maturation really have the means to project himself into a given gender while mastering the stakes of a future existence entirely dependent on very heavy and definitive medical treatments?

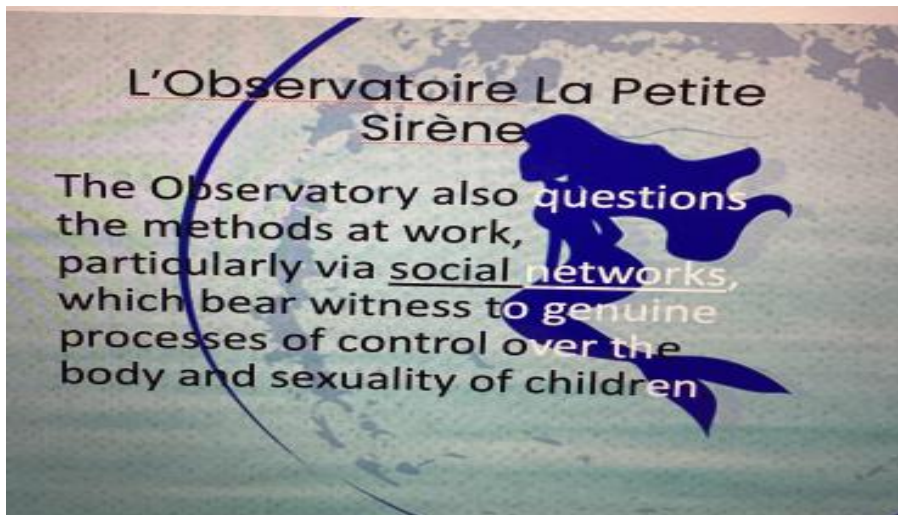
Poniamo domande su questioni "serie".

Un essere umano, in fase di maturazione neuropsicologica, ha davvero i mezzi per proiettarsi in un "determinato" genere e allo stesso tempo per affrontare la posta in gioco di un'esistenza futura interamente dipendente da trattamenti medici molto pesanti e definitivi?

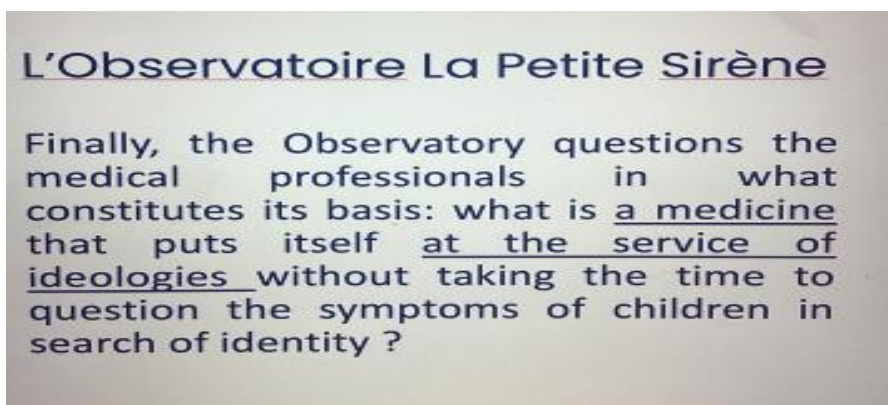


Che cos'è il "consenso informato" in questo ambito?

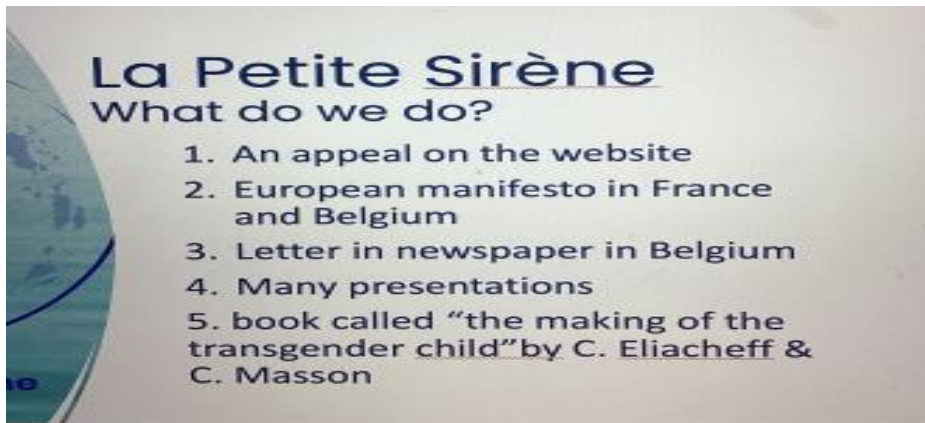
L' "autodeterminazione del bambino", argomento avanzato da una certa militanza, che spinge i bambini a cambiare sesso, è un concetto che la pratica clinica deve mettere in discussione a livello etico.



L'Osservatorio si interroga anche sui metodi in atto, in particolare attraverso i social networks, che sostengono veri e propri processi di controllo sul corpo e sulla sessualità dei bambini.

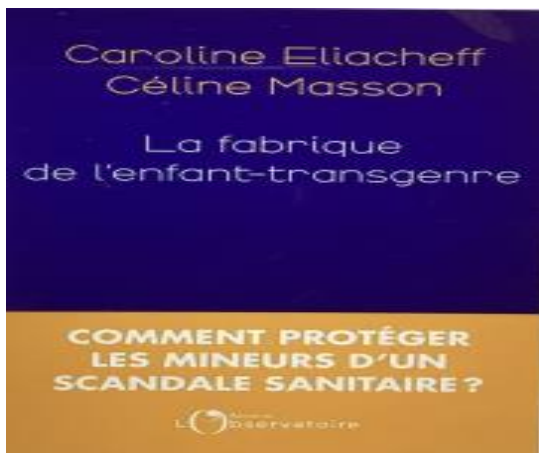


Infine, l'Osservatorio pone domande ai medici rispetto le basi della propria professione: cos'è "una medicina" che si mette al servizio delle ideologie, senza prendersi il tempo di analizzare i sintomi dei bambini in cerca di identità?



COSA ABBIAMO FATTO?

1. Un appello sul sito web
2. Un Manifesto europeo in Francia e in Belgio.
3. Una lettera sul giornale belga
4. Numerose presentazioni libro intitolato "La creazione del bambino transgender di Caroline Eliacheff e Celine Masson.



"La creazione del bambino transgender" di Caroline Eliacheff e Celine Masson.

COME PROTEGGERE UN BAMBINO DA UNO SCANDALO SANITARIO?

## **La Petite Sirène** What we do

- Numerous television appearances by Caroline Eliacheff
- Many meetings in different settings :
  - in DILCRAH Délégation Interministérielle à la Lutte Contre le Racisme, l'Antisémitisme et la Haine anti-LGBT (**DILCRAH**) in France
  - At the minister of Flemish Belgium

COSA FACCIAMO?

Numerose apparizioni televisive di Caroline Eliacheff

Molti incontri in diversi contesti

Intervento presso la DILCRAH ( Délégation Interministérielle à la Lutte Contre le Racisme, l'Antisémitisme et la Haine anti-LGBT in Francia

Intervento presso il ministro del Belgio fiammingo

## **Double phenomenon**

- Gender dysphoria in children
  - Rapid-onset gender dysphoria in adolescents (ROGD) quoted by Dr Lisa Littman in the US.
- Both come from the same trans ideology but contaminate children and teenagers in different ways

## **DOPPIO FENOMENO**

Disforia di genere nei bambini.

La disforia di genere a insorgenza rapida negli adolescenti (ROGD) citata dalla dottoressa Lisa Littman negli Stati Uniti.

Entrambi derivano dalla stessa ideologia trans, che contamina in diversi modi bambini e adolescenti





COSA SUCCEDDE NEI BAMBINI QUANDO SI AGISCE SECONDO “LA LORO PERCEZIONE”

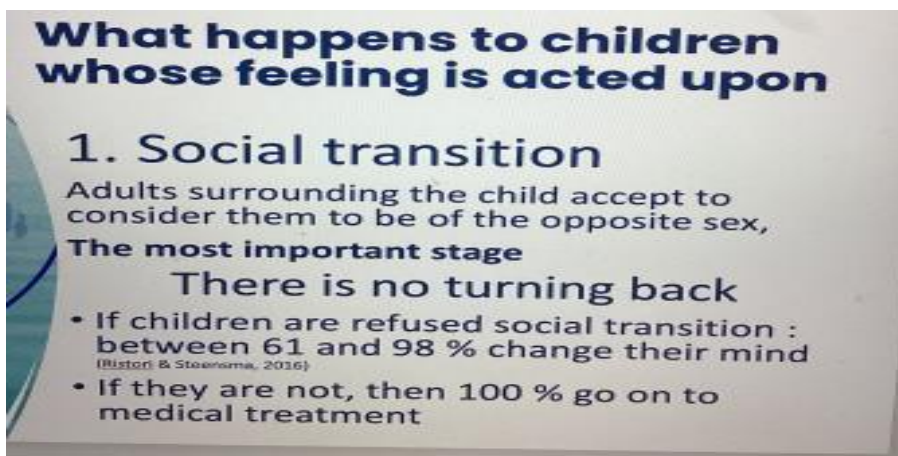
**3 fasi**

Transizione sociale

Trattamento medico

Trattamento chirurgico: chirurgia di riassegnazione di genere

(compresa la chirurgia ricostruttiva del viso e la chirurgia di riassegnazione del sesso)



**TRANSIZIONE SOCIALE**

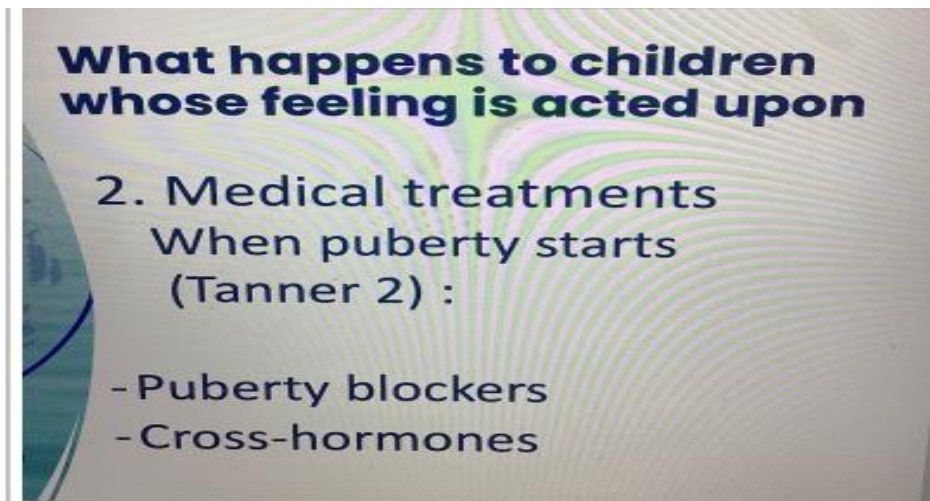
Gli adulti che circondano il bambino accettano di considerarlo del sesso opposto

**La fase più importante**

Non si può tornare indietro

Se ai bambini viene rifiutata la transizione sociale: tra il 61 e il 98% cambia idea (Ristori & Steensma, 2016).

Se non viene rifiutata, il 100% passa al trattamento medico

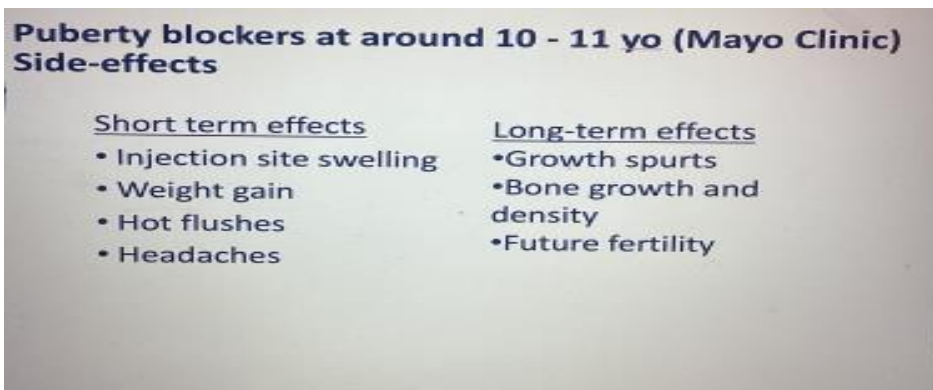


## 2. TRATTAMENTI MEDICI

Trattamenti medici quando inizia la pubertà:

Bloccanti della pubertà

Ormoni cross sex

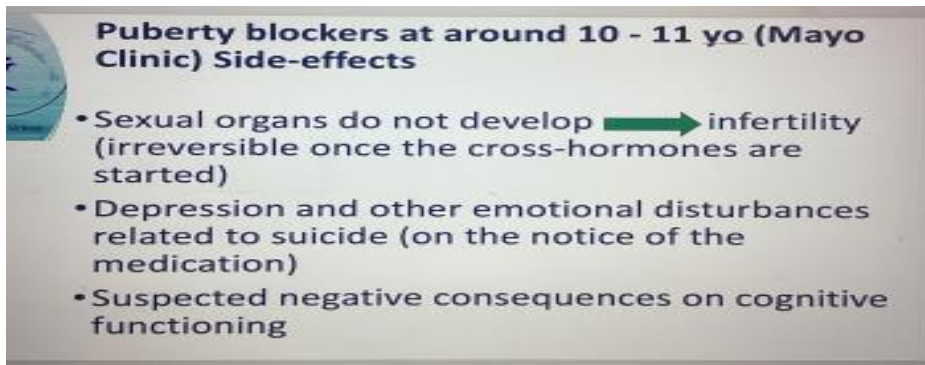


### **Bloccanti della pubertà intorno ai 10 - 11 anni, (Mayo Clinic)**

Effetti collaterali

Effetti a breve termine: gonfiore del sito di iniezione, aumento di peso, vampate di calore, cefalea.

Effetti a lungo termine: alterazioni della crescita, alterazioni ossee importanti e problemi di fertilità futura.

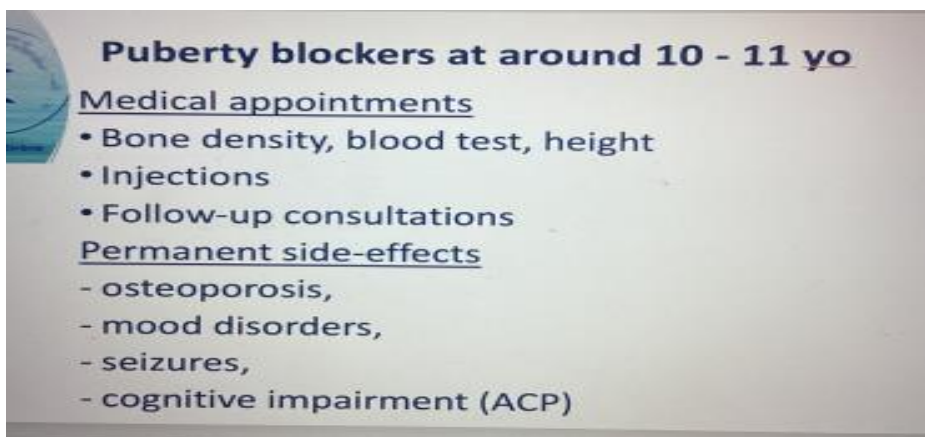


### **Bloccanti della pubertà intorno ai 10 - 11 anni, (Mayo Clinic)**

Gli organi sessuali non si sviluppano → infertilità (irreversibile una volta iniziati gli ormoni cross)

Depressione e altri disturbi emotivi legati al suicidio

Si ipotizzano conseguenze negative sul funzionamento cognitivo, indebolimento cognitivo.



### **Bloccanti della pubertà intorno ai 10 - 11 anni, (Mayo Clinic)**

Visite mediche per valutare:

Densità ossea, esami del sangue, altezza

Iniezioni

Follow-up

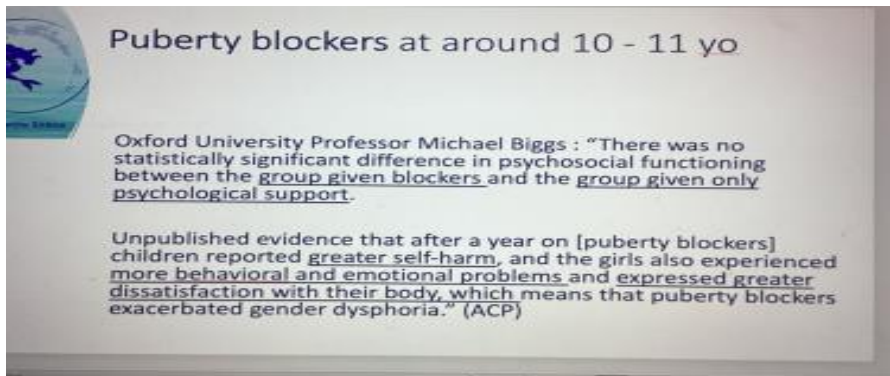
Effetti collaterali permanenti

osteoporosi,

disturbi dell'umore,

convulsioni

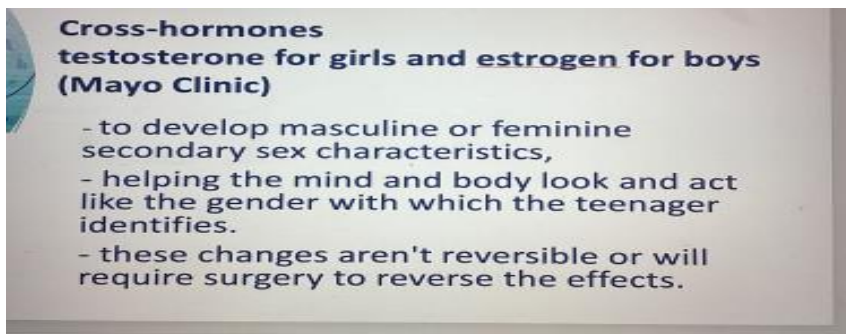
Indebolimento cognitivo (APC)



### **Bloccanti della pubertà intorno ai 10 - 11 anni**

Professor Michael Biggs dell'Università di Oxford: "Non c'è stata nessuna differenza statisticamente significativa nel funzionamento psicosociale tra il gruppo a cui sono stati somministrati i bloccanti e il gruppo a cui è stato dato solo un supporto psicologico".

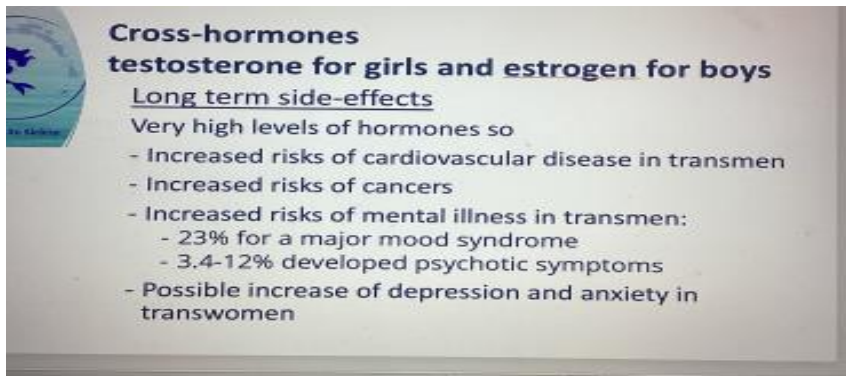
Prove non pubblicate, indicano che dopo un anno di assunzione di [bloccanti della pubertà], i bambini hanno riferito un maggior numero di atti di autolesionismo. Le ragazze riportano maggiori problemi comportamentali ed emotivi e maggiore insoddisfazione per il loro corpo, il che significa che i bloccanti della pubertà hanno esacerbato la disforia di genere".



### **Cross-Ormoni testosterone per le ragazze ed estrogeni per i ragazzi (Mayo Clinic)**

- sviluppano caratteristiche sessuali secondarie maschili o femminili,
- aiutando la mente e il corpo a somigliare e ad agire come il genere con cui l'adolescente si identifica.
- Questi cambiamenti non sono reversibili o richiedono un intervento chirurgico per invertirne gli effetti.



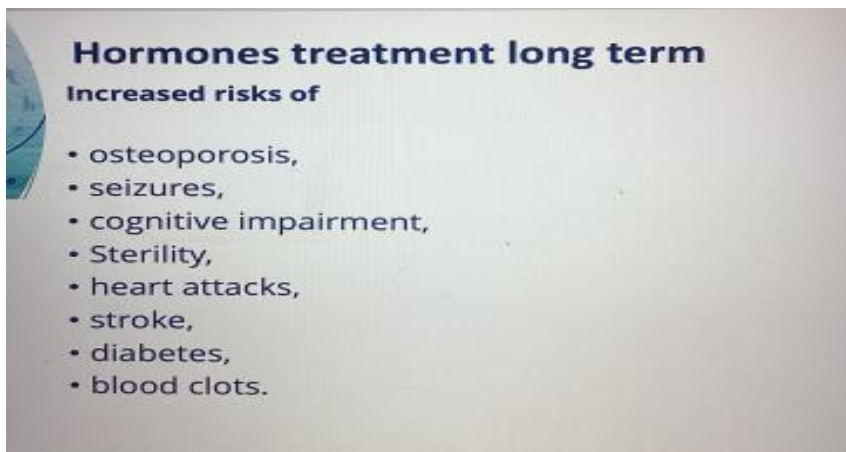


## Cross-ormoni testosterone per le ragazze ed estrogeni per i ragazzi

### Effetti collaterali a lungo termine

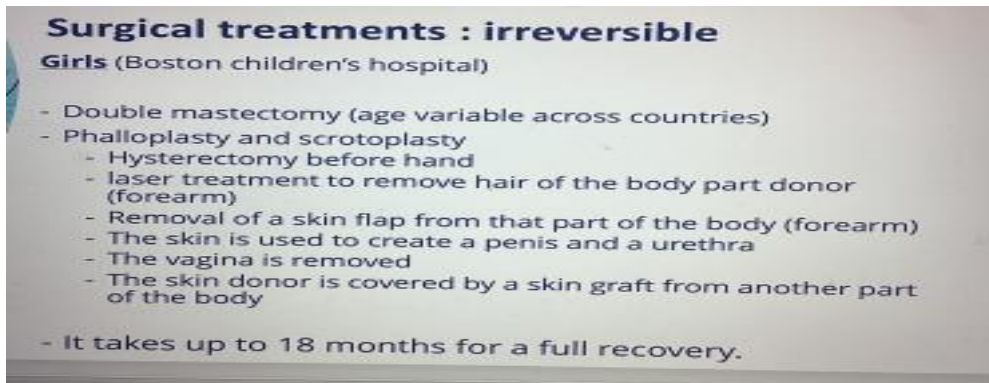
Livelli molto elevati di ormoni

- Aumentano il rischio di malattie cardiovascolari
- Aumenta il rischio di tumori
- Aumenta il rischio di malattie mentali nei trans: 23% presentano importanti disturbi dell'umore
- 3,4-12% sviluppato sintomi psicotici
- Possibile aumento della depressione e dell'ansia nelle donne transessuali



### **Trattamento ormonale a lungo termine**

**Aumento del rischio:** osteoporosi, convulsioni, peggioramento cognitivo, sterilità, attacchi di cuore, ictus, diabete, rischio trombotico.



### Trattamenti chirurgici: irreversibili

**Ragazze** (Ospedale Pediatrico di Boston)

Doppia mastectomia (età variabile nei vari paesi)

Falloplastica e scrotoplastica.

Isterectomia

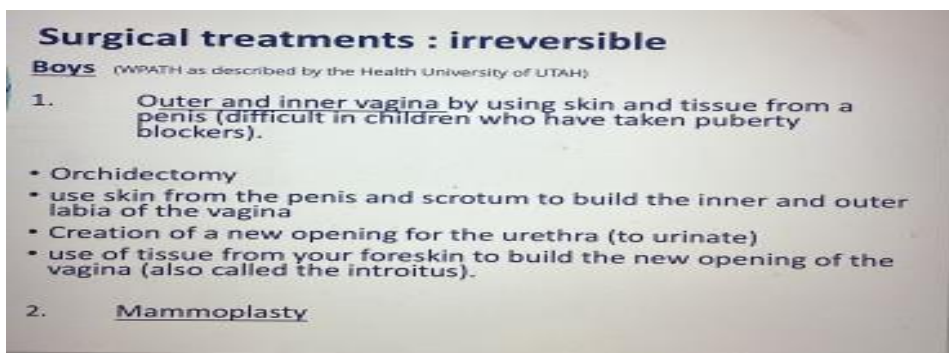
Trattamento laser per rimuovere i peli del corpo (avambraccio)

Rimozione di un lembo di pelle da quella parte del corpo (avambraccio) La pelle viene utilizzata per creare un pene e un'uretra.

La vagina viene rimossa

La porzione di cute dove è stato tolto il lembo di pelle, viene coperto da un innesto di pelle, proveniente da un'altra parte del corpo.

Per un recupero completo sono necessari fino a 18 mesi



### Trattamenti chirurgici: irreversibili

**Ragazzi** (WPATH come descritto dalla Health University of UTAH)

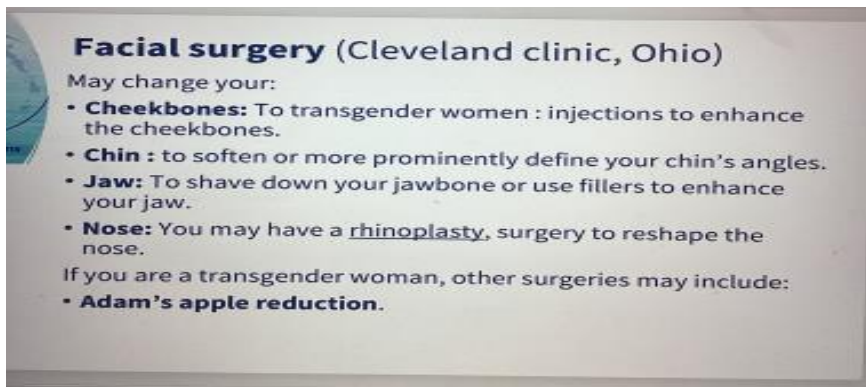
Vagina esterna e interna utilizzando la pelle e il tessuto del pene (difficile nei bambini che hanno assunto bloccanti della pubertà).

Orchiectomia

utilizzo della pelle del pene e dello scroto per costruire le labbra interne ed esterne della vagina.

Creazione di una nuova apertura per l'uretra, utilizzo del tessuto del prepuzio per costruire la nuova apertura della vagina

## 2. Mammoplastica



### Chirurgia facciale (Clinica di Cleveland, Ohio)

#### Interventi:

**Zigomi:** per le donne transgender: punture locali per “aumentare” gli zigomi.

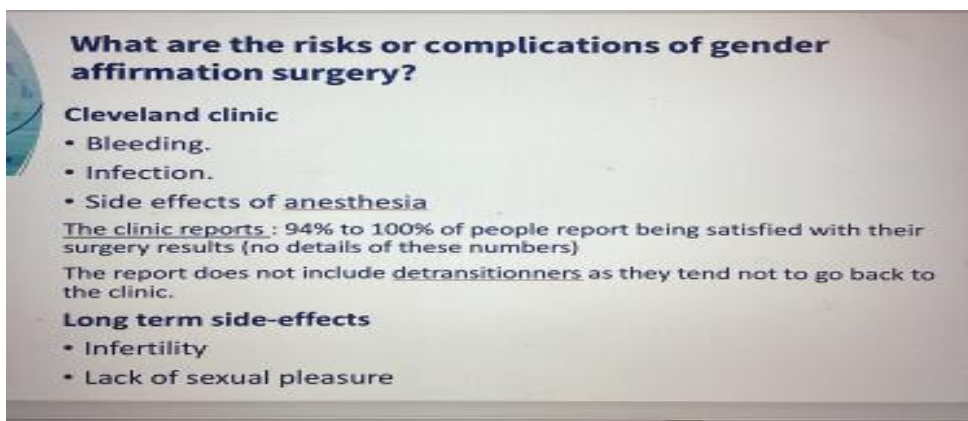
**Mento:** per ammorbidire o definire in modo più evidente gli angoli del mento.

**Mascella:** riduzione dell’osso della mascella o utilizzo di filler.

**Naso:** è possibile sottoporsi a rinoplastica, intervento per rimodellare il naso.

Se si è una donna transgender,

#### Riduzione del pomo d'Adamo



### Quali sono i rischi o le complicazioni dell'intervento di affermazione di genere?

#### Clinica di Cleveland

Sanguinamento.

Infezione.

Effetti collaterali dell'anestesia

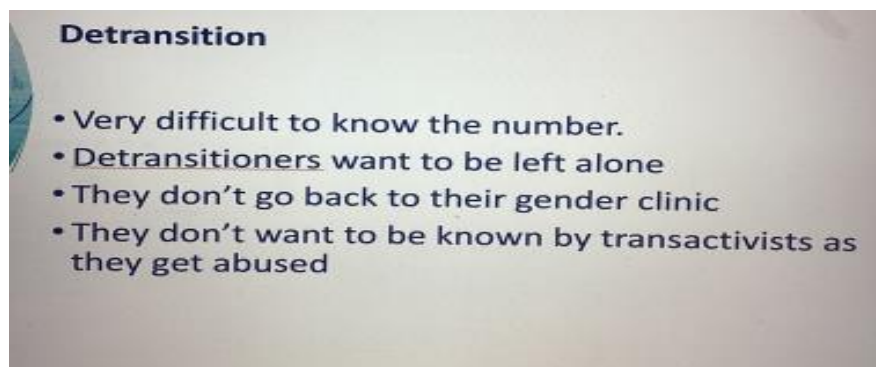
La clinica riporta: dal 94% al 100% delle persone si dichiarano soddisfatte dei risultati dell'intervento (non ci sono dettagli su questi numeri).

Il rapporto non include i “detransitionners” tutti coloro che non tornano in clinica.

### **Effetti collaterali a lungo termine:**

Infertilità

Mancanza di piacere sessuale



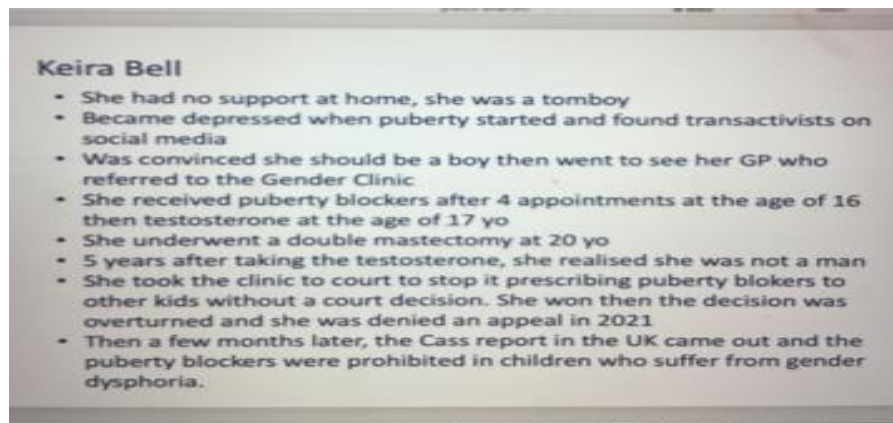
### **Detransizione**

È molto difficile conoscerne il numero.

I detransitioners scelgono l'isolamento

Non vogliono tornare alla “gender clinic”

Non vogliono essere conosciuti dai “transattivisti” perché subiscono abusi.



### **STORIA DI KEIRA BELL**

Non aveva alcun sostegno familiare, era un “maschiaccio”

È diventata depressa quando è iniziata la pubertà e ha incontrato dei “transattivisti” sui social network

Era convinta di dover essere un maschio, quindi è andata dal suo medico di famiglia che l'ha indirizzata alla Gender Clinic.

All'età di 16 anni, dopo 4 appuntamenti, ha ricevuto dei bloccanti della pubertà, poi il testosterone all'età di 17 anni.

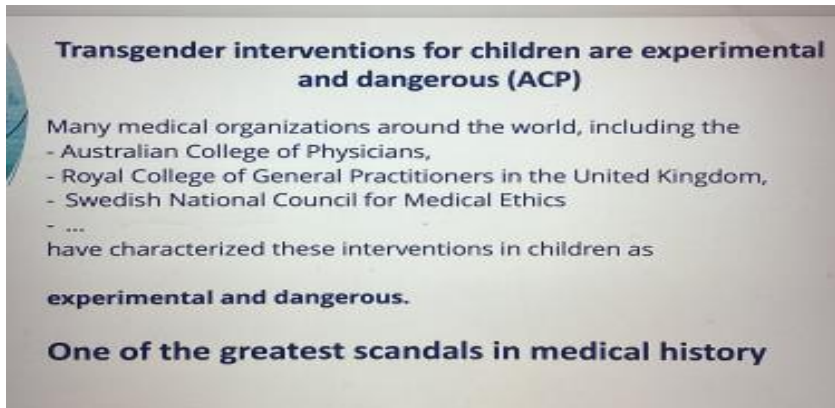
Ha subito una doppia mastectomia all'età di 20 anni.

5 anni dopo aver assunto il testosterone, si è resa conto di non essere un uomo.

Ha portato la clinica in tribunale per impedirle di prescrivere i farmaci bloccanti la pubertà ad altri ragazzi senza una decisione del tribunale.

Ha vinto, poi la decisione è stata ribaltata e le è stato negato l'appello nel 2021.

Pochi mesi dopo, nel Regno Unito è stato pubblicato il rapporto Cass e i bloccanti della pubertà sono stati vietati ai bambini che soffrono di disforia di genere



### **Gli interventi transgender per i bambini sono sperimentali e pericolosi (ACP)**

Molte organizzazioni mediche in tutto il mondo, tra cui:

- Australian College of Physicians,
- Royal College of General Practitioners del Regno Unito,
- Consiglio Nazionale Svedese per l'Etica Medica

.....

**Hanno definito questi interventi sui bambini come sperimentali e pericolosi.**

**Uno dei più grandi scandali della storia della medicina**

## **L'Appello dell'Osservatorio (La Petite Sirène) a proposito dei discorsi ideologici su bambini e adolescenti: impatti delle pratiche mediche sui bambini ai quali è stata diagnosticata una disforia di genere**

### **I – Il contesto**

L'evoluzione negli ultimi anni della diagnosi di "disforia di genere" nei bambini e negli adolescenti pone degli interrogativi: da dieci anni le richieste di riassegnazione sessuale, in questa fascia di età, sono aumentate esponenzialmente nei diversi Paesi (1). Cosa dovrebbero arguire i professionisti dell'infanzia e della gioventù, i pedagogisti, i medici o gli psicologi dalla recente esplosione di questa domanda o addirittura pretesa? La libera discussione sul tema della cosiddetta "transessualità" ha da sola consentito al fenomeno di assumere una tale portata? Oppure l'attivismo, a volte molto offensivo e divisivo di alcune associazioni di attivisti LGBTQI – amplificato dai social network – ha rappresentato un elemento di pressione politica sui giovani e sulle loro famiglie? Stiamo assistendo all'emergere di discorsi ideologici sulla "transizione di genere" dei minori, ideologici in quanto precludono qualsiasi dibattito: il minimo dubbio sulle pratiche viene immediatamente qualificato come "transfobico", mentre è in gioco il superiore interesse del bambino, in particolare per quanto concerne le conseguenze mediche irreversibili sul suo corpo (vedi sotto).

L'appello dell'Osservatorio riguarda essenzialmente la tutela dei minori e la preservazione della loro integrità fisica e psichica. È proprio su questo punto che è urgente allertare i politici (Ministero della Salute, Ministero dell'Istruzione Nazionale, Segreteria di Stato per la Protezione dell'Infanzia) e il Consiglio Nazionale dell'Ordine dei Medici. La "disforia di genere" dei bambini e degli adolescenti, infatti, rappresenta non solo una domanda intima posta da un bambino o da un adolescente, ma anche il modo in cui i bambini e gli adolescenti diventano una cassa di risonanza, se non uno strumento, di gruppi sociali che convalidano immediatamente la loro richiesta. I giovani spiegano di sentirsi appartenenti all'altro sesso e di certo vedono in questo [nella transizione] la soluzione del loro malessere. La pratica medica cederebbe dunque all'ingiunzione di nuove norme sociali senza un possibile dibattito, senza una riflessione concertata tra i vari professionisti dell'infanzia, senza un'osservazione elementare del principio di precauzione? Non ci è permesso, senza incorrere nell'anatema della "transfobia", interrogarci anzitutto su questo malessere di giovani in cerca di identità e preda di ogni sorta di ansie?

### **II – Il caso sintomatico del documentario «Petite fille»**

Il documentario *Petite fille*, di Sébastien Lifshitz, andato in onda su Arte nel dicembre 2020, dopo l'analogo film, *Girl*, di Lukas Dhont (uscito nel 2018), ha reso noto al grande pubblico il delicatissimo argomento della "disforia di genere". Il tema della "transizione di genere", considerato in relazione ad un ragazzino, è correlato alla vulnerabilità del bambino e allo smarrimento delle famiglie messe di fronte a questo problema. Questo film presenta il desiderio di un bambino di diventare femmina come un fatto indiscutibile, senza tener conto delle difficoltà familiari, anche se la costruzione dell'identità del bambino è intimamente legata all'ambiente in cui si evolve. In questo documentario ci viene presentata un 2 bambino, Sasha, di 8 anni, la cui madre riporta le parole con cui egli avrebbe espresso (molto precocemente) il desiderio di diventare da grande una ragazza "come lei", desiderio che viene interpretato come quello di "diventare una donna". In altre parole, quando il bambino

esprime il suo sogno di diventare come sua madre, la risposta che gli viene data è quella di un trattamento medico, autorizzato e addirittura consigliato, da iniziare in tenera età:

- In un primo tempo, l'entourage del bambino, compresa la scuola, è invitato a considerare, nelle parole e nei fatti, Sasha come una bambina e non più come un ragazzino.
- Gli verranno in seguito prescritti bloccanti della pubertà, prima che questa insorga, per prevenire il delinearsi delle caratteristiche sessuali secondarie.
- Potranno essergli somministrati ormoni dell'altro sesso prima della sua maggiore età (dai 14 anni, in Francia).
- Saranno possibili, con il consenso dei genitori, interventi chirurgici [anche] prima della maggiore età.

**Questa sequenza di eventi solleva, a nostro avviso, diversi interrogativi cruciali:**

*Documentario o docu-fiction? La messa in scena del protocollo medico*

Le prese di posizione faziose del documentario sollevano interrogativi. Sentiamo un solo punto di vista (raramente quello di Sasha, alla fine, più spesso quello di sua madre) e non viene ascoltato nessun altro professionista di quelli che normalmente gravitano attorno a un bambino: pediatra, psicologo, insegnanti, ecc. Ancora più stupefacente l'andamento delle cure del centro specializzato a cui si rivolge la madre di Sasha. In effetti, o *Petite fille* è una faziosa e impegnativa messa in scena, che dovrebbe essere presentata come un "docu-fiction" (2) disseminata di imprecisioni, esagerazioni e omissioni, e denunciata dagli specialisti dell'[ospedale] Robert Debré consultati come non rappresentativa della realtà del loro lavoro; oppure questo documentario è realistico e allora ci sembra molto preoccupante scoprire che una diagnosi di "disforia di genere" può essere effettuata da uno psichiatra infantile fin dal primo colloquio:

- senza aver parlato da solo con il bambino,
- senza che il bambino abbia mai incontrato uno psicologo prima di essere indirizzato a uno dei centri specializzati francesi, noti per il loro approccio ideologico
- senza che lo psichiatra infantile incontri entrambi i genitori,
- senza i peculiari accertamenti (valutazione psicologica completa: test proiettivi, questionari, sguardo alla scolarizzazione, domande con altri adulti che conoscono il bambino),
- senza che il bambino dica più di qualche frase,
- senza nemmeno fargli rispondere da solo alle domande che gli sono state poste.

*Questo è il punto di vista del regista sul problema ed è questo punto di vista (partigiano e parziale) che viene mostrato al grande pubblico. Tale è il protocollo medico che il cineasta riproduce.*

*Se lo confrontiamo con diagnosi più comuni, con conseguenze mediche molto minori, ci rendiamo conto che l'iter previsto, stranamente, è molto più rigoroso: 3*



- Affinché un bambino possa beneficiare degli esami diagnostici per la dislessia, è necessario avviare una pratica con il MDPH [Casa dipartimentale per disabili], comprensiva di logopedia, valutazione psicologica e una consulenza pediatrica.
- Per ottenere una visita con uno psichiatra infantile che attesti TDA/h [un deficit di attenzione/iperattività] e quindi beneficiare di un trattamento farmacologico adeguato, un bambino ha bisogno di una prescrizione medica e di una valutazione neuropsicologica. Lo psichiatra, esclusivamente ospedaliero, sarà poi l'unico a poter prescrivere, la prima volta e le volte successive, il metilfenidato (meglio noto come Ritalin).

Il film, che presuppone un montaggio ponderato e mirato, mostra che, al secondo appuntamento con lo psichiatra infantile, il bambino, che non lo ha mai incontrato da solo, non ha ancora beneficiato della minima indagine psicologica quando lo stesso giorno gli verrà fissato un appuntamento con l'endocrinologo per preparare il protocollo di cambio sesso.

Di cosa si tratta? Offrire bloccanti della pubertà e consentire a Sasha di mantenere, nonostante questo, le sue capacità procreative (3), sia interrompendo il trattamento che inibisce la sua pubertà per il tempo necessario alla raccolta degli spermatozoi (ma questa opzione sembra la meno favorita dal medico), oppure attraverso la maturazione in vitro di tessuto testicolare, tutto questo "spiegato" in poche parole ad un bambino di otto anni. È quindi già previsto che Sasha, 8 anni, entri in un percorso di "transizione di genere" che porta ad un cambiamento radicale del suo aspetto, prospettandone in futuro la castrazione e quindi la definitiva sterilità.

L'attuazione di questi primi protocolli per l'infanzia (intesi, nel significato della Convenzione internazionale sui diritti dell'infanzia, come relativi a minori di 18 anni) inizia in diversi Paesi a generare procedimenti giudiziari avviati da alcuni adulti che hanno subito tali trattamenti prima della maggior età e successivamente hanno iniziato un processo di "detransizione". Gli autori della denuncia sostengono che i protocolli sono stati attuati quando, da bambini, non avevano la capacità di comprenderne le implicazioni (sentenza Bell/Tavistock) (4) e quindi di dare un consenso informato e reale a tali protocolli.

Possiamo credere che Sasha sogni di essere una ragazza; dubitiamo già un po' di più che abbia capito cosa siano i bloccanti della pubertà, cosa implichi un trattamento del genere in termini di rinunce e complicazioni fino alla fine dei suoi giorni, e possiamo essere certi che non può concepire la realtà di un'ablazione dei suoi genitali, il cui uso sessuale gli è ancora sconosciuto, così come la sessualità dell'adulto.

Per quanto riguarda l'etica medica, è chiaro che c'è una doppia trasgressione (del procedimento così come viene presentato dal regista):

- Mancato ascolto dei genitori e soprattutto del bambino prima di effettuare la diagnosi di "disforia di genere"



- Esecuzione di interventi prima della pubertà

### *L'obiettivo polemico: la scuola dell'intolleranza*

Un altro aspetto molto problematico nella presentazione dei fatti rappresenta, a nostro avviso, una violazione dell'etica politica, in aggiunta alla questione dell'etica medica: la scuola di Sasha viene presentata immediatamente come un'istituzione retrograda e restia a soddisfare la richiesta dei genitori di veder trattato il loro bambino come una ragazza, proprio in quanto intollerante e ostile 4 (questo è il parere del regista [che emerge] attraverso il discorso dei genitori). Se possiamo comprendere la rabbia e la frustrazione della madre di Sasha, ci sembra sorprendente che non venga apprezzato il 'buon senso' dell'istituto scolastico:

In primo luogo, le istituzioni scolastiche non devono accettare sistematicamente richieste particolari dei genitori quando queste non sono giustificate e riconosciute da uno specialista (si noti che la scuola accetta senza problemi il protocollo raccomandato dall'ospedale Robert - Debré per l'anno scolastico successivo). La scuola è tenuta al rispetto degli articoli del Codice Civile relativi al cambio di sesso (artt. 61- 5 e ss. del Codice Civile) e al cambio del nome (artt. 57 e 60 del Codice Civile). Se uno studente chiede di essere indicato con un nome che non compare nel suo stato civile, la scuola non è tenuta a soddisfare tale richiesta.

In secondo luogo, possiamo rallegrarci del fatto che la scuola, rara terza parte tra il bambino e i suoi genitori, non prenda alla lettera i discorsi dei genitori e dia una risposta dilatoria in attesa di una perizia medica e psicologica. La scuola, in quanto servizio pubblico, rappresentando cioè lo Stato, è tenuta a difendere i bambini; perciò, dovrebbe tutelare gli studenti e la loro libertà di coscienza da ogni tentativo di pressione, indottrinamento (5) e violenza, sia che si verifichi a scuola che in famiglia.

Appare quindi evidente che un pregiudizio politico è alla base delle argomentazioni del film: preso in una retorica radicale e militante, il bambino viene qui trasformato in un portavoce della causa trans di fronte a una società tenuta a conformarsi senza batter ciglio alle ingiunzioni imposte dalle associazioni LGBTQI, pena l'accusa di ostacolare il progresso sociale e i diritti dei futuri cittadini. Tuttavia, questo pensiero 'essenzialista', che determina e congela le identità sessuali fin dall'infanzia, è profondamente contrario ai principi universalistici e umanistici ai quali la Scuola si richiama. La missione degli insegnanti non è quella di aderire automaticamente alle esigenze specifiche di ciascuna comunità a scapito dei principi fondanti della Scuola repubblicana, ma al contrario è quella di proteggere gli studenti dalle pressioni dei gruppi (religiosi, comunitari, politici, ecc.), di assicurare la loro integrità fisica e di preservarne lo spirito ancora in formazione, da discorsi settari, radicali o da influenze esterne. È in questo spirito che si iscrivono le regole della nostra laicità scolastica, ed è sulla base di queste che si potrebbe anche interpretare positivamente la riluttanza degli insegnanti di Sasha di fronte ai suoi genitori. Saremmo altrettanto preoccupati per il rifiuto

dell'istituto scolastico di accettare le rimostranze di un fervente studente Amish, sostenuto dai suoi genitori?

### **III. bambino, un essere in divenire**

Soprattutto, ci sembra fondamentale essere attenti al processo evolutivo specifico dell'infanzia e dell'adolescenza e prendersi del tempo prima di qualsiasi indicazione di cure mediche. L'urgenza dell'intervento viene giustificata con il verificarsi di trasformazioni, nella pubertà, che influenzerebbero il potenziale "successo" di future trasformazioni chirurgiche. Il 3 dicembre 2020, una rubrica su *The Guardian* (6), ha evidenziato il caso di Bell, una ex paziente che si rammarica del trattamento di trasformazione di genere ricevuto durante la sua adolescenza e sostiene di essere stata troppo giovane per acconsentire alle cure mediche con cui è iniziata la sua transizione da femmina a maschio, in questa prima fase della sua vita. Nel verdetto di 38 pagine sopra citato (7), l'Alta Corte di Londra, ha stabilito che i bambini di età inferiore ai 16 anni che stanno (5) valutando la riassegnazione di genere non sono abbastanza maturi per esprimere un consenso informato alla prescrizione di farmaci bloccanti la pubertà. E per i giovani di età compresa tra 16 e 17 anni, ha osservato che, sebbene la legge (britannica) attribuisca loro la capacità giuridica di acconsentire alle cure mediche (8), è consapevole del fatto che i medici potrebbero ritenere doverosa l'autorizzazione di un tribunale (9) prima di iniziare il trattamento. Sembra quindi con questa conclusione raccomandare ai medici di non iniziare i trattamenti medici, per i giovani minori di 16 e 17 anni, prima di una sentenza favorevole. Con questo verdetto dell'Alta Corte, si spera che l'intervento medico per i minori affetti da disforia di genere - soprattutto di età inferiore ai 16 anni – diventi più cauto.

### **Problemi psichici associati**

La "transessualità" tra i minori è presentata da alcuni come un diritto, un progresso sociale, che sarebbe discriminatorio mettere in discussione, considerare come un sintomo. Tuttavia, la nostra esperienza dopo un secolo di lavoro in psicologia infantile ci obbliga a considerarla prima di tutto come transitoria o addirittura sintomatica.

Nell'adolescenza, in particolare, la messa in discussione della propria identità sessuale fa parte di una problematica propria di questa età.

Tuttavia, tale ricerca adolescenziale, che muove fisiologicamente il processo di maturazione essenziale per la costruzione personale del futuro adulto, rischia ora di venire categorizzata dai social network come una verità soggettiva [stabilita unicamente dal soggetto in base alle proprie percezioni]. L'offerta tecnico-sanitaria ampiamente veicolata dai social network e dalla propaganda comunitaria nega e vorrebbe abolire questa tappa fondamentale della costruzione/maturazione del soggetto.

L'aumento delle richieste mette in discussione la loro presunta consistenza e soprattutto la risposta univoca ad esse data. Questa moltiplicazione recente (meno di 10 anni) potrebbe essere stata favorita da due fattori, molto diversi, ma non necessariamente incompatibili:

i soggetti che si interrogano sul proprio sesso si sentono finalmente autorizzati ad esprimere il proprio disagio grazie a una maggiore tolleranza della società nei loro confronti;

una parte significativa di queste richieste rappresenta un fenomeno sociale (10), per cui la "transessualità" appare come una risposta ad un profondo malessere dell'adolescenza, una risposta radicale, medicalizzata, che risolverebbe le difficoltà una volta per tutte.

È su questo secondo punto che desideriamo richiamare l'attenzione. Infatti, sembra che, poiché il desiderio di "transizione di genere" non è più considerato fenomeno psicopatologico dalla nuova versione del DSM, esso non vada nemmeno più considerato come il sintomo di una struttura psichica vulnerabile, nonostante il fatto che troviamo in questi giovani un numero elevatissimo di disturbi psichiatrici associati: anoressia, autismo, depressione, disturbi psicotici, traumi legati ad aggressioni sessuali, ecc.

### **Un bambino non è un adulto in miniatura**

La nostra messa in discussione non riguarda la "transessualità" in quanto tale, né la sua diagnosi o la sua eziologia, ma la continuità, che appare fin troppo evidente nel discorso militante attorno a questa questione, tra il disturbo del bambino, quello dell'adolescente e quello dell'adulto.

In effetti, un bambino - e anche un adolescente - non è un adulto, ma è un essere in via di sviluppo: il suo sistema neurale sta maturando, le sue capacità cognitive e intellettive sono immature, il suo funzionamento psichico è labile, la sua suggestionabilità al linguaggio adulto è significativa, la sua esperienza di vita è limitata. In sintesi, la psicopatologia del bambino è particolare e le nosografie differiscono tra bambino, adolescente e adulto: non possiamo quindi applicare gli stessi criteri né la stessa ampiezza di decisione.

D'altra parte, la pubertà non è solo un fenomeno fisico, ma un processo di sviluppo e maturazione psicologica, che comporta cambiamenti psichici, consentendo all'individuo di maturare come "soggetto" quando questa fase sta andando abbastanza bene. In caso contrario, la pubertà e più in generale l'adolescenza rappresentano un periodo di notevole rischio psicologico, e tutti sappiamo da molto tempo quanto sia importante questa parte della vita nella comparsa delle patologie psichiatriche.

### **Una richiesta del bambino?**

Ci sembra fondamentale mettere in discussione la richiesta, che dovrebbe essere quella del bambino, di cambiare sesso. Sappiamo come il bambino sia influenzato dal discorso degli adulti e dei suoi coetanei. Questo non mette in discussione la sua capacità di pensare per conto suo, ma negare influenze esterne, a volte condizionanti, sarebbe malafede. Senza nemmeno tentare di discutere il fatto che il bambino "sente" di appartenere all'altro sesso, segnaliamo come non scontata la liceità di attuare una trasformazione irreversibile che inizierebbe prima e durante la pubertà e il processo dell'adolescenza. Molti studi sull'argomento mostrano che la maggior parte dei bambini incerti sulla propria identità sessuale e sui criteri di appartenenza a un genere, dopo la pubertà non si prefiggono più l'obiettivo della propria trasformazione (85%) (11). Conoscendo questi dati, perché non si prevede subito, non appena diagnosticata la disforia, l'avvio di un protocollo pluriennale che preveda incontri con endocrinologi, previsioni sullo sviluppo degli organi sessuali di nascita, progetti chirurgici, ecc.?

#### **IV – La violazione del corpo del bambino o dell'adolescente**

##### *Presunti benefici psichici*

Alcuni psichiatri brandiscono sistematicamente un presunto grande rischio suicidario in questa giovane popolazione, per squalificare come 'criminali' tutti i comportamenti prudenti, che mettono in discussione la radicalità del trattamento, o semplicemente suggeriscono la necessità di prendersi del tempo.

Così, il padre di una giovane ragazza che ha deciso di cambiare sesso, attesta il modo in cui gli viene chiesto, ogni volta che mette in dubbio l'urgenza dei trattamenti **"Signore, preferirebbe una ragazza morta o un ragazzo vivo?"** (12). Questa formula, ripetuta regolarmente da diversi interlocutori, ricatta questo padre che è chiamato a scegliere tra essere un buon padre o un cattivo padre "transfobico", il quale oltretutto sarebbe responsabile del presunto suicidio del figlio (13).

Tuttavia, sembra importante sottolineare:

Che gli studi che affermano l'esistenza di un tale rischio sono limitati e controversi (14) perché non possono dimostrare che altri fattori non siano coinvolti. Non si basano su alcun procedimento scientifico, come lo svolgimento di gruppi di controllo o studi longitudinali.

Possiamo vedere un effetto benefico del trattamento ormonale sul momento, ma non sappiamo cosa accadrà negli anni successivi.

Che il rischio di suicidio è davvero maggiore nella popolazione trans, ma questo anche tra gli adulti e successivamente alle trasformazioni sociali e fisiche attuate. • Infine, anche se questo trattamento sembra pertinente in alcuni casi, in altri soggetti (i cosiddetti "detransitioner") risulta evidente il rimpianto per la condizione precedente (15).

##### *Gli inibitori della pubertà*

Gli effetti dei farmaci bloccanti della pubertà (16), che consentono la mancata comparsa dei caratteri sessuali secondari, vengono presentati come apparentemente reversibili, una volta interrotti. I medici hanno finora solo pochi studi, quando somministrati tra i 12 e i 16 anni di età. D'altra parte, gli studi mostrano effetti collaterali a breve e medio termine nei bambini. Possiamo notare:

Effetti moderati:

cefalee,

vampate,

dolori addominali,

sanguinamenti vaginali nelle ragazze,

aumento di peso,

cambiamenti di umore

Effetti più gravi:

diminuzione della densità ossea (1% al mese),

rischio di depressione.

Questi bloccanti della pubertà, combinati con ormoni antagonisti, possono portare alla sterilità permanente, anche se i genitali sono preservati. Sembra molto sorprendente immaginare che un bambino o un adolescente sia in grado di rinunciare, per il resto della sua vita adulta, al possibile concepimento di un bambino.

Infine, la pubertà nell'uomo non corrisponde solo all'accesso alla genitalità adulta, ma è al tempo stesso un periodo di intense riorganizzazioni psichiche, che contribuiscono al processo di soggettivazione: ogni adulto sa fino a che punto questo periodo della sua vita è alla base della sua personalità, del suo orientamento sessuale, della scoperta del proprio corpo e dei piaceri genitali, della necessaria separazione dalle figure genitoriali, ecc. La questione è vitale: possiamo, senza questa esperienza, fare in modo che l'individuo si sviluppi in modo tale da poter sapere cosa vuole veramente? La questione dell'esperienza di vita reale è importante e non può essere trascurata. L'etica ci impone questi interrogativi che, peraltro, oggi sono particolarmente scottanti per quanto riguarda il consenso, cioè la possibilità di decidere liberamente di un bambino, mentre sta ancora crescendo sotto la guida degli adulti a cui si riconosce tale compito.

## **Gli ormoni antagonisti**

La terapia ormonale seguita nell'ambito di un cambio di sesso non è priva di rischi per la salute. Gli estrogeni sono sconsigliati in caso di pressione alta, diabete, epilessia, lupus, disturbi epatici, emicrania grave, osteospongiosi. Portano a rischi a lungo termine: aumento della percentuale di ictus, incidenti tromboembolici venosi o addirittura arteriosi, problemi metabolici con

ipercolesterolemia, calcoli biliari e aumento di peso. I rischi metabolici e vascolari dei progestinici sintetici si sommano a quelli degli estrogeni e portano, come effetto secondario del trattamento con clormadinone acetato o nomegestrolo acetato, progestinici frequentemente prescritti, ad un aumento dei casi di meningiomi. Per quanto riguarda il testosterone, l'effetto virilizzante, in particolare la pelosità e la voce, è definitivo. L'esistenza di numerosi effetti collaterali richiede un'accurata visita medica prima di qualsiasi prescrizione, oltre al monitoraggio organico: tra gli altri, pressione alta e rischio di infarto del miocardio, ipercolesterolemia, tromboembolismo venoso, ipercalcemia, aumento di peso, cautela in caso di trombofilia, in chi soffre di emicrania, nei pazienti diabetici, negli epilettici e in chi soffre di insufficienza epatica. Frequentemente si notano sbalzi d'umore, aggressività, impazienza durante il trattamento. Secondo uno studio del 2018 (17), le donne transgender hanno quasi il doppio delle probabilità di sviluppare malattie tromboemboliche venose. Questo rischio aumenta ancora di più nel corso degli anni. Per quanto riguarda il rischio di avere un ictus causato da un trombo, le probabilità sono 9,9 volte più alte nelle donne transgender rispetto al gruppo di controllo.

## **La chirurgia**

L'intervento è innegabilmente macchinoso, rischioso e con esiti finali scadenti (18). In alcuni Paesi è possibile prima della maggiore età. È il caso della Francia, anche se al momento sembra essere ancora poco praticato. Bisognerebbe conoscere il numero di interventi eseguiti su minori con "disforia di genere", poiché si tratta di interventi chirurgici mutilanti (in particolare mastectomia nelle ragazze, rimozione dei testicoli nei ragazzi). Da tutto ciò emerge che nel contesto attuale ci troviamo di fronte a esperimenti medici sui bambini, rigorosamente vietati, e contrari all'etica medica (il *primum non nocere* del Giuramento di Ippocrate).

## **V – Alcune raccomandazioni di buon senso**

Non si tratta ovviamente di lasciare un bambino solo di fronte alla sua reale angoscia in un conflitto di genere. Se la sofferenza del bambino deve ovviamente essere ascoltata, accolta e accompagnata, gli adulti devono, da parte loro, assicurare protezione ai bambini e questo talvolta a scapito dell'immediata soddisfazione del loro desiderio. L'attesa di una soluzione sembra spesso una sofferenza insopportabile, soprattutto perché si aggiunge a un'angoscia iniziale. Eppure, sappiamo tutti benissimo che l'attesa permette un lavoro di riflessione senza fretta, di introspezione distaccata dagli influssi dell'ambiente, permette anche di superare momenti critici e di continuare la propria crescita, la propria evoluzione personale. Psicico e somatico sono intimamente legati, e non c'è mai una risposta unilaterale e immediata a un problema psicologico. È quindi fondamentale in ogni approccio preservare la possibilità di un lungo arco di tempo, attualmente malvisto a causa di una presunta emergenza medica, e saper attendere, in particolare, l'età necessaria per garantire la capacità di discernere questi argomenti.

## Dal punto di vista medico

Ci sembra molto inquietante e problematico negare a tali soggetti in divenire l'accesso a uno stadio di sviluppo essenziale per la loro costruzione psichica. L'interesse superiore del bambino, legato alla sua immaturità fisica e cognitiva, dovrebbe vietarci qualsiasi intervento sul suo corpo che non sia una questione di urgenza vitale o di cure essenziali per la sua salute. Il colloquio con i familiari e gli stessi bambini dovrebbero avere la precedenza durante l'infanzia e l'adolescenza, per aiutare il minore a trovare risposte specifiche alla sua sofferenza (e non offrirgli un protocollo medico sistematizzato), preservando o aprendogli la possibilità di un dubbio sulla sua problematica.

Noi raccomandiamo:

**Studi multidisciplinari di salute pubblica** svolti nei servizi ospedalieri, collegi e scuole superiori per mostrare la consistenza numerica della "disforia di genere"

**Seri studi e ricerche mediche e psichiatriche** devono essere intrapresi, senza conflitto di interessi o obiettivi ideologici, per comprendere meglio questa nuova e giovanissima popolazione, per determinare l'impatto fisico e psicologico di questo tipo di trattamento sugli adulti prima di applicarlo uniformemente nei bambini e adolescenti, per osservare il peso dell'ambiente familiare, ma anche delle recenti influenze sociali.

Sarebbe rilevante, come ha fatto il Regno Unito e come stanno iniziando a pensare altri Paesi (Stati Uniti, Svezia, Svizzera), sottoporre la questione a un Comitato di riflessione e di etica, composto da **psichiatri e legali, ma anche da persone interessate alla tutela dell'infanzia**, in modo che, anche noi in Francia, possiamo legiferare su questa violazione del corpo del minore.

Infine, la realizzazione di **approfondite consulenze investigative e/o psicoterapie specialistiche** indipendenti dagli ospedali, luoghi di consultazione neutri e autonomi da ogni influenza ideologica, effettuati da personale specializzato che ha seguito una formazione **multidisciplinare (medica, psicologica, sociologica, giuridica, ecc...), necessaria per affrontare questi problemi**, per accogliere queste famiglie in discussione e spesso in crisi, e per rendere conto del proprio operato davanti alle autorità competenti. Tale compito non può limitarsi a convalidare prescrizioni terapeutiche effettuate da endocrinologi, per quanto efficaci possano essere, come di fatto avviene in alcuni servizi psichiatrici dedicati alla disforia di genere.

## Il ruolo della Scuola

Affidarsi alla comunità educante. In ogni caso, la Scuola non può in nessun caso diventare un posto del quale la società può sfondare le porte con minacce o anatemi alla comunità scolastica: respingiamo quindi con forza l'approccio prospettato, consistente nell'affrontare tali questioni con ingiunzioni o con la minaccia di sanzioni contro il corpo docente. Inoltre, la trattazione di questi problemi è eminentemente complessa e sicuramente irriducibile a una regola unica o a una risposta sistematica: ogni caso è per sua natura un caso particolare e richiede una consultazione reale di tutti gli adulti che circondano e accompagnano il bambino - genitori, educatori, medici e psicologi.

Tuttavia, questa consultazione può nascere serenamente solo in un clima di fiducia, e non di sfiducia: le misure più idonee devono poter essere discusse liberamente tra i vari protagonisti, senza passare per procedimenti legali in materia, rischiando di accrescere inutilmente le tensioni. Ci sembra essenziale in tali circostanze che l'istituzione abbia fiducia nella comunità educante per lavorare insieme alle famiglie e agli studenti interessati.

## **Conclusione**

Da un lato si vuole depsiatriizzare la "disforia di genere" e allo stesso tempo si ricorre alla psichiatria infantile per una diagnosi che probabilmente porterà a una terapia: bloccanti della pubertà e/o trattamenti ormonali che vengono prescritti ai minori che non "si sentono" di appartenere al loro sesso biologico. La diagnosi è necessaria per il riconoscimento del danno subito e la legittimazione dei "diritti".

È una riconsiderazione del discorso sull'infanzia a cui stiamo assistendo, guidato da ideologie che si traducono in fatti ad opera di nuove categorie diagnostiche e dei trattamenti che le accompagnano, cure che certamente esistono già, ma non in questo contesto, in cui possono essere considerate sperimentali.

Con una ridefinizione dei diritti umani, è la nozione di inclusione ad essere essenziale a tutti i livelli della società e in particolare a scuola. La scuola deve adattarsi a tutti gli alunni, deve creare piani di intervento per tutti gli studenti, secondo categorie diverse e talvolta difficili da identificare. Non è più l'allievo che deve adeguarsi a un modello valido per tutti (universalista e repubblicano), ma la Scuola che deve occuparsi di tutte le particolarità dei suoi studenti, con il rischio di dover far fronte al disaccordo dei genitori (e delle rispettive associazioni). Ma ancora una volta, queste nuove norme non sono che effetti del mutato linguaggio.

Osserviamo un divario tra questi discorsi e le pratiche cliniche, che vanno comprese caso per caso e che sono molto più complesse e controverse di quanto si voglia far intendere. Non si potrebbe pensare che la "disforia di genere" come definita nel DSM sarebbe più un "agenda politica" come l'ADHD (19)? Si registra una passione per le valutazioni e le diagnosi per etichettare i bambini. E con ogni etichettatura si rischia di produrre protocolli o addirittura un nuovo linguaggio o un vademecum (cfr. transfobia) al fine di non stigmatizzare i bambini che rientrano in queste categorie (autistici, ADHD, trans, ecc.). Ma questo non sta riducendo questi bambini a identità forzatamente cristallizzate? Non c'è il rischio di fare di queste identità - infantili delle bandiere per la causa degli adulti? Cosa si proietta sull'infanzia della società e delle difficoltà che la attraversano, della crisi culturale?

È opportuno prendersi cura del bambino, cioè dargli la possibilità di crescere, preservandolo dalle proiezioni degli adulti per non confondere il linguaggio degli adulti con quello del bambino.

## **Documento prodotto dal gruppo di lavoro dell'Osservatorio**

Céline Masson, professoressa universitaria, psicoanalista, Anna Cognet, psicologa clinica, insegnante presso Psychoprat, Delphine Girard, professoressa di lettere classiche, Claire Squires, psichiatra, docente HDR presso l'Università di Parigi, Laurence Croix, psicoanalista, Master of Lectures presso l'Università di Parigi Paris Ouest Nanterre, Anne Perret, psichiatra infantile, medico ospedaliero, Pascale Belot-Fourcade, psichiatra, psicoanalista, Caroline Eliacheff, psichiatra,



psicoanalista, JeanPierre Lebrun, psichiatra, psicoanalista, Xavier Gassmann, psicoanalista, René Dubos Hospital, Hana Rottman, pediatra, psichiatra, Olivia Sarton, avvocato, Anne-Laure Boch, neurochirurgo, filosofa, Ospedale Salpêtrière.

NOTE:

(1) <https://tradfem.wordpress.com/2020/02/07/dossier-trans-les-agents-bloqueurs-de-puberte-deplus-en-plus-contestes-the-economist/> Secondo Jean Chambry nella sua conferenza del 3 febbraio 2021 al Cercle Freudien, dieci anni fa quando aprì il CIAPA (Centro Intersettoriale per Adolescenti a Parigi) c'erano una decina di richieste all'anno, nel 2020 si contano una decina di richieste al mese (solo per la regione Ile de France).

(2) Come avviene ad esempio per i film di Michael Moore, perché non rispetta i codici del contratto documentario, cfr. Lipson, D. (2015). Michael Moore e il nuovo contratto del documentario: dall'infoargomento all'info-tainment. Rivista francese di studi americani, speciale 145(4), 142-158. <https://doi.org/10.3917/rfea.145.0142>

(3) Il documentario non sembra mostrare che il bambino e sua madre fossero pienamente informati delle conseguenze della scelta della transizione medica per quanto riguarda la capacità di avere figli. Se Sasha diventasse una donna trans, non potrebbe, secondo l'attuale legislazione francese, avere figli che usano i suoi gameti. Infatti, da sola, non potrebbe farne uso (anche ricorrendo alla chirurgia medica, non otterrà un corpo femminile che le permetta di avere figli). Se avesse avuto una relazione con una donna biologica, avrebbe potuto utilizzare i suoi gameti solo ricorrendo alla riproduzione assistita. Tuttavia, la PMA è attualmente possibile solo in Francia per le coppie eterosessuali. Se avesse avuto una relazione con un uomo biologico, avrebbe potuto usare i suoi gameti solo ricorrendo alla maternità surrogata, che è vietata in Francia.

(4) Queste implicazioni sono state chiarite come segue dalla High Court di Londra il 1° dicembre 2020 in Bell v. Tavistock, [2020] EWHC 3274: (i) le conseguenze immediate del trattamento in termini fisici e psicologici; (ii) il fatto che la stragrande maggioranza dei pazienti che assumono bloccanti della pubertà successivamente assumono ormoni sessuali incrociati e quindi si avviano ad interventi medici molto più impegnativi; (iii) la relazione tra l'assunzione di ormoni del sesso opposto e il successivo intervento chirurgico, con le implicazioni di tale intervento; (iv) il fatto che l'assunzione di ormoni del sesso opposto può portare alla perdita della fertilità; (v) l'impatto dell'assunzione di ormoni del sesso opposto sulla funzione sessuale; (vi) l'impatto della scelta di questo trattamento sulle relazioni future e per tutta la vita; (vii) le conseguenze fisiche sconosciute dell'assunzione di bloccanti della pubertà; e (viii) il fatto che la base di tale trattamento è ancora molto incerta.

(5) Articolo L141-5-2 del Codice dell'Istruzione

(6) <https://www.theguardian.com/society/2020/dec/03/puberty-blockers-ruling-curbing-trans-rights-or-a-victory-for-common-sense>

(7) High Court di Londra il 1° dicembre 2020 nella causa Bell v. Tavistock, [2020] EWHC 3274 12

(8) Sezione 8 della “Legge sulla riforma del diritto di famiglia” del 1969

(9) Possibilità creata dalla sentenza Re W (Trattamenti medici: giurisdizione del tribunale) [1993] Fam. 64

(10) Come esposto dalla dott.ssa Lisa Littman, in uno studio sull'influenza dei social network sulla disforia di genere improvvisa. Vedi Lisa Littman: Disforia di genere a insorgenza rapida negli adolescenti e nei giovani adulti: uno studio sui rapporti dei genitori, 2018.

(11) Cfr. Tesi di Filosofia, Devita Singh, A Follow-up Study of Boys with Gender Identity Disorder, Toronto. & “Se non viene controllato, la maggior parte dei bambini disforici viene a patti con il proprio sesso biologico durante la pubertà e si rende conto di essere semplicemente gay. Ma se li metti sui bloccanti, ciò non accade”. Dott.ssa Susan Bradley.

(12) Testimonianza scritta di un padre che per il momento è rimasto anonimo, ma che è pronto a testimoniare apertamente.

(13) Su questo argomento si veda questo articolo <https://www.transgendertrend.com/suicide-bytrans-identified-children-in-england-and-wales/> . Questo articolo del Prof. Mickael Biggs (Sociology, Oxford) sul tasso di suicidio dei giovani transidentificati, tende a mostrare a) che se la transitorietà può essere un'aggravante, rimane comunque ben al di sotto dell'anoressia e della depressione e b) che non può essere considerato senza tener conto del nesso autismo-transidentità (l'autismo è di per sé un'aggravante del suicidio).

(14) Studi rifiutati, incompleti o che estrapolano i risultati. Vedi <https://medicine.yale.edu/newsarticle/26859/>, ma anche le indagini svolte per la sentenza Bell contro la Tavistock Clinic, oltre che l'indagine sul documentario svedese Trans train.

(15) Cfr. Bell contro Tavistock, ma anche testimonianze di adulti. Pure il documentario svedese Trans Train racconta testimonianze di persone transgender che condividono le loro domande e persino le loro critiche riguardo alle cure mediche.

(16) Cfr. Vidal, ad esempio la scheda relativa al Decapeptyl, un inibitore della pubertà.

(17) <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30073551/>

(18) Testimonianza di un uomo trans: <https://quillette.com/2020/10/06/forget-what-gender-activist-tell-you-heres-what-medical-transition-looks-like/> (19) T. Garcia-Fons, “The Denial of Childhood”, apparirà in Solving the Mental Health Puzzle: Charting a Course from Mental Disorders to Humane Helping, USA, 2021.