

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI NAPOLI  
**FEDERICO II**

# Bambini e adolescenti transgender

**prof. Paolo Valerio**

**Professore Onorario di Psicologia Clinica  
Università degli Studi di Napoli “Federico II”  
Presidente Osservatorio Nazionale Identità di Genere - ONIG  
Presidente Fondazione Genere Identità Cultura - GIC  
Presidente onorario del Centro di Ateneo SInAPSi**

**valerio@ unina.it**



□ La maggior parte degli individui ha l'aspettativa che:

♀ una persona nata con i **genitali femminili**, assegnata al **genere femminile**, giocherà con le **bambole**, gradirà i vestiti **rosa** e si svilupperà sino all'adolescenza secondo una traiettoria tipicamente femminile;

♂ una persona nata con i **genitali maschili** è che senta di appartenere al **genere maschile**, che nell'infanzia prediliga giocare al **pallone** e fare la **lotta** e che si sviluppi sino all'adolescenza secondo una traiettoria tipicamente maschile.



La letteratura scientifica considera questa aspettativa legata ad una **visione di tipo binario**, ovvero una visione che parte dal presupposto che il genere sia “naturalmente” determinato dal sesso che viene assegnato alla nascita, sulla base dei caratteri anatomici, che può essere femminile o maschile

- ❑ Tuttavia, gli studi antropologici evidenziano che questo non è un assunto universale.



- ❑ La cronaca dei giornali, le trasmissioni televisive e i media in generale cominciano ad evidenziare che anche **nella nostra cultura la logica binaria**, sottostante a questa visione, **non è assoluta ...**



È possibile quindi **interpretare e/o esprimere la propria identità di genere anche al di là dei canoni tradizionali** che presuppongono una posizione binaria, integrandosi nel mondo sociale e relazionale in modo armonico e mantenendo il proprio benessere emotivo.



World Health Organization

ICD-11

International Classification of Diseases for Mortality and Morbidity Statistics  
Eleventh Revision



TRANS & GENDER DIVERSE IDENTITIES HAVE BEEN FORMALLY DE-PSYCHO-PATHOLOGIZED BY THE WORLD HEALTH ORGANIZATION!

But there is still a lot of work to do...

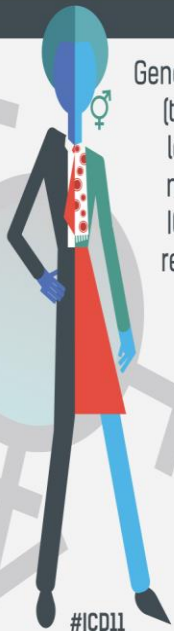


...Join us to achieve full depathologization!

GENDER INCONGRUENCE

CODE HA4Z

Gender incongruence (transgender) is no longer classified a mental disorder in ICD-11. This should reduce stigma and improve care



#ICD11



*“This is the result of tremendous effort by trans and gender diverse activists from around the world to insist on our humanity, and I am elated that the WHO agrees that gender identity is not a mental illness”*

Julia Ehrt, Executive Director of Transgender Europe (TGEU)



World Health Organization



# DIFFUSIONE



- ❑ È piuttosto arduo ottenere stime accurate della prevalenza delle **persone TGNC**, soprattutto per la difficoltà nello stabilire dei criteri univoci in base ai quali condurre le indagini epidemiologiche. In genere i dati disponibili riguardano soggetti che si rivolgono a centri specializzati per le terapie ormonali e chirurgiche e non, in generale, soggetti con incongruenza di genere. Ne consegue una **sottostima dell'entità effettiva della popolazione**.
- ❑ Le ricerche disponibili riportano una **prevalenza mondiale che varia da 0.5 a 1.3% per** quanto riguarda la popolazione **MAAB** (Male Assigned at Birth) e **da 0.4% a 1.2% per** la popolazione **FAAB** (Female Assigned at Birth) (Collin et al., 2016; Reisner et al., 2016).

# DIFFUSIONE

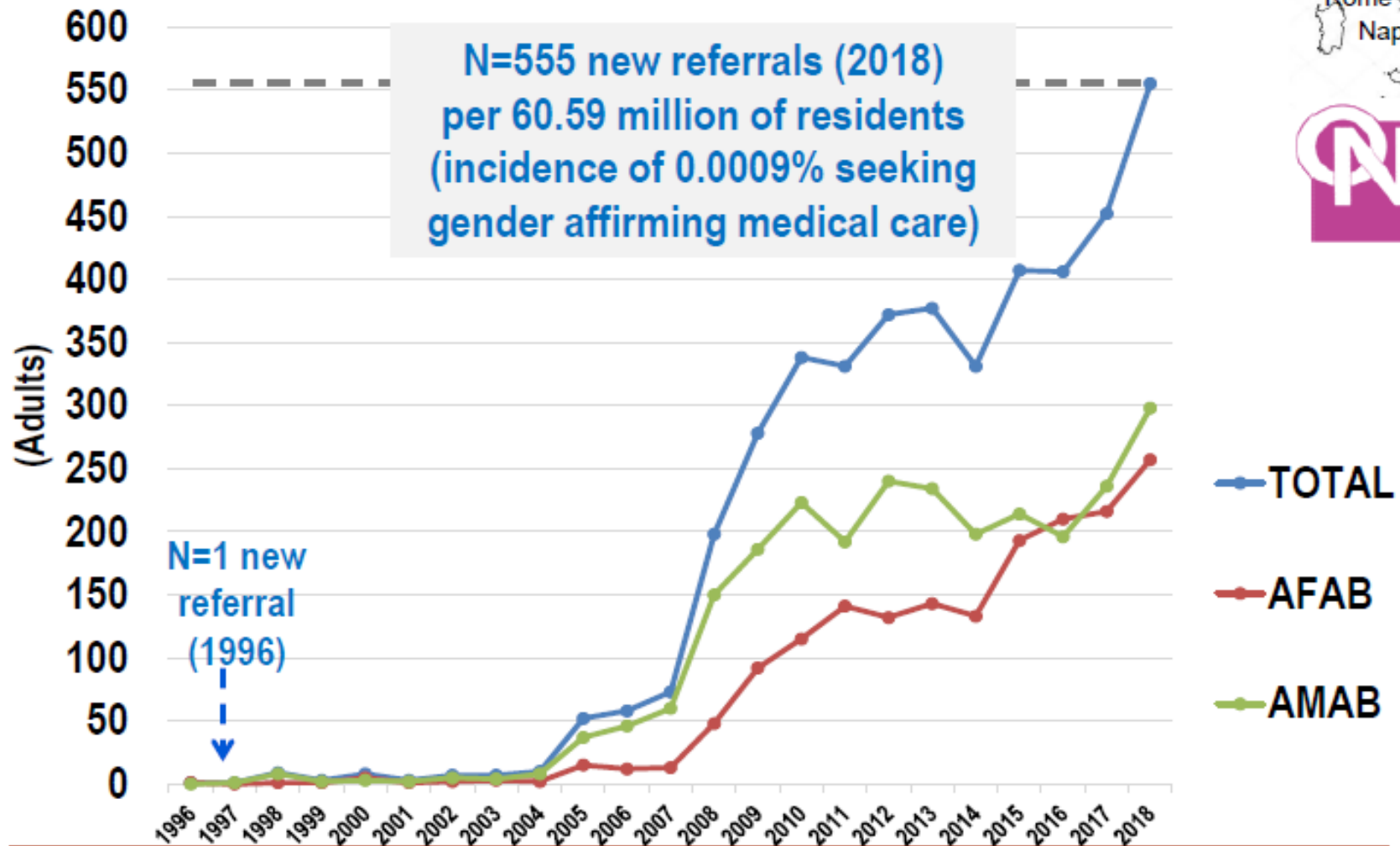


- ❑ In **Italia**, gli ultimi dati attualmente disponibili risalgono ad uno studio del 2011 che considerava solo persone transgender sottopostesi a RCG (Riassegnazione Chirurgica del Genere) tra il 1992 e il 2008. In questa indagine, la diffusione complessiva era generalmente stimata del **0.9** per 100,000, **1.5** per 100,000 per le donne trans e **0.4** per 100,000 per gli uomini trans (Caldarera & Pfäfflin, 2011).
- ❑ Al di là di queste stime, considerate approssimative per i limiti metodologici sovraesposti, **la popolazione TGNC è senza dubbio in costante aumento**, come testimoniano le associazioni e i professionisti sanitari impegnati in questo settore (enocrinologi, chirurghi, psicologi, ecc.)

# Epidemiology: Adults



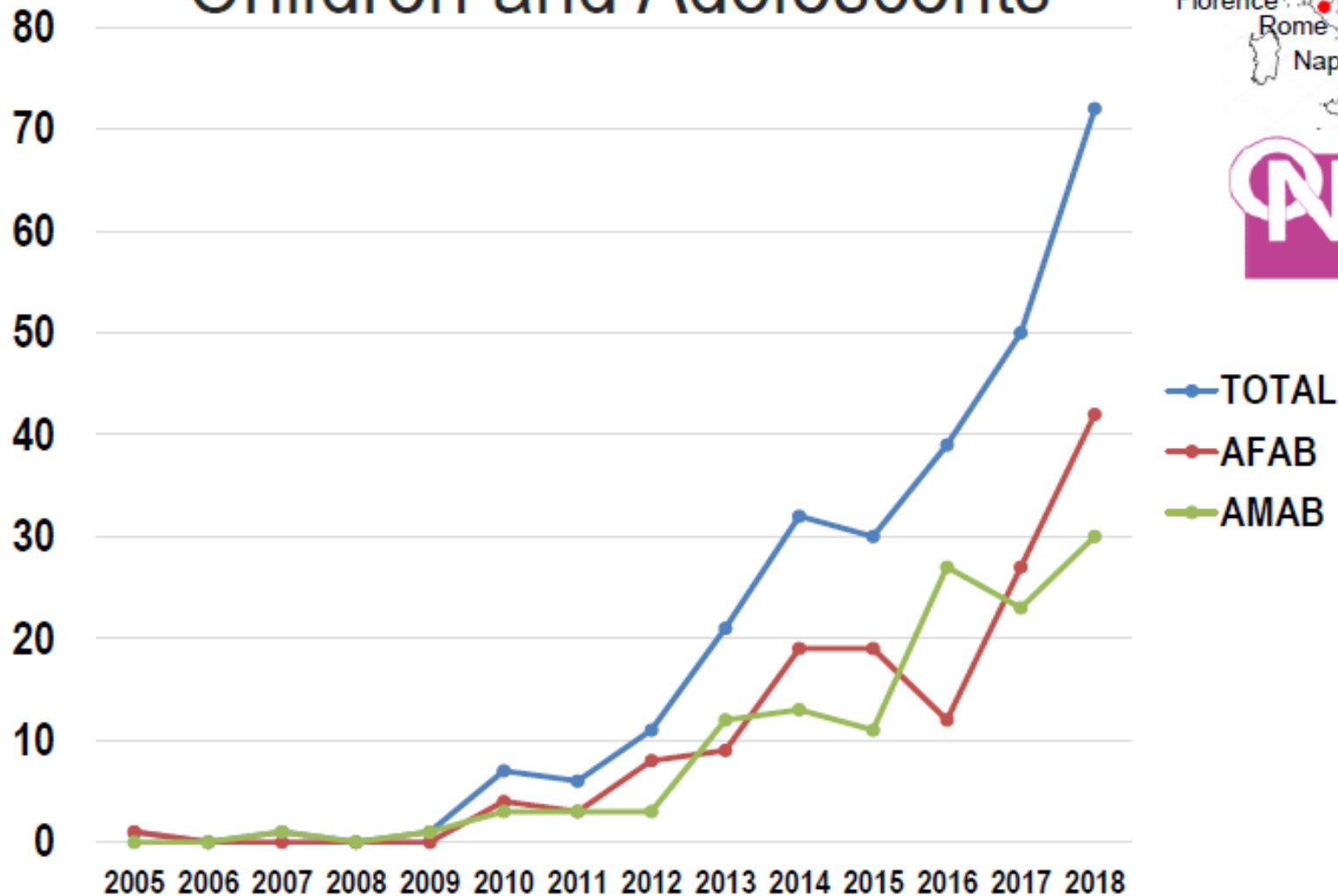
Number of Italian Referrals  
(Adults)



# Epidemiology: Children and Adolescents

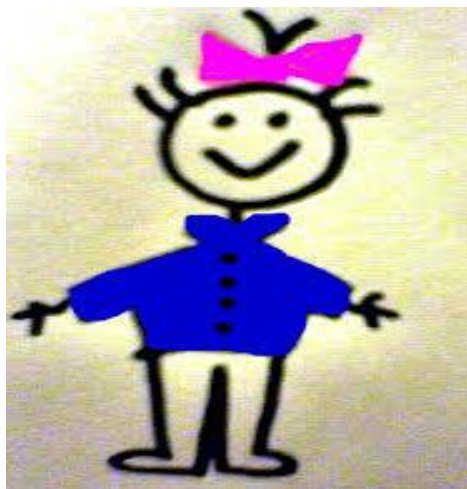


Number of Italian Referrals  
(Children and Adolescents)





# **BAMBINI E ADOLESCENTI *GENDER VARIANT***



- ❑ Già tra i **due** e i **tre** anni la maggior parte dei bambini ha consapevolezza del sesso loro assegnato alla nascita e del genere corrispondente e **ha interiorizzato le aspettative normative** dettate dalla società sul modo di **esprimere** tale genere.
- ❑ Intorno ai **tre** anni cominciano a riconoscere e utilizzare i **pronomi** di genere.



- ❑ Ai **sei-sette** anni elaborano il concetto di “**costanza di genere**”. Prima di questa età possono pensare che il genere venga determinato dal tipo di abiti, dalla lunghezza dei capelli, quindi dall'**espressione del genere** e che, cambiando questa, possa anche cambiare il genere.

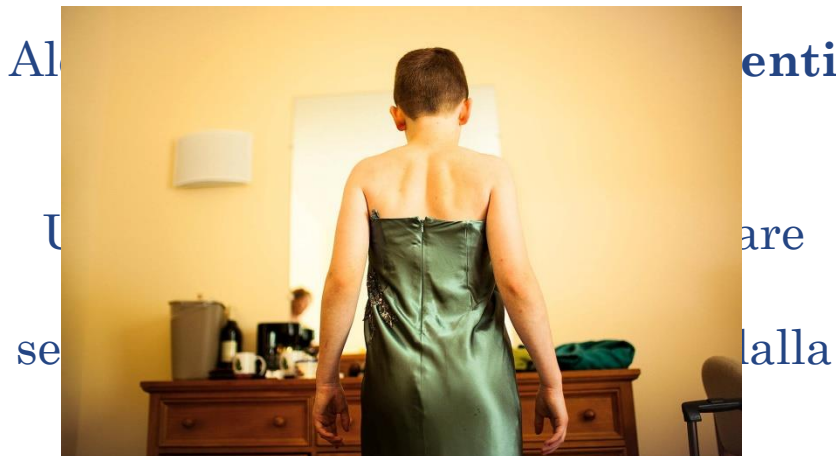
- ❑ I bambini possono esprimere **una notevole varietà** rispetto all'**identità** e ai **comportamenti di genere**.

### **BAMBINI *GENDER NORMATIVE***

Si **identificano** nel genere assegnato alla nascita ed esprimono **comportamenti conformi** alle attese rispetto al loro genere.



### **BAMBINI *GENDER VARIANT***



.... Altri hanno una **Organizzazione Atipica dell'Identità di Genere (Atypical Gender Identity Organization A.G.I.O.)**, ovvero **non si identificano nel genere assegnato alla nascita e manifestano comportamenti marcatamente divergenti da quelli previsti per la loro appartenenza di genere**

- ❑ Questa **discrepanza** tra il genere assegnato alla nascita e quello esperito può esordire **verso i 2-4 anni di età** (Graglia, 2019).
- ❑ I bambini con **A.G.I.O.** possono:
  - ❖ manifestare il desiderio di **essere di un altro genere**, affermare di esserlo o che da grandi lo saranno;
  - ❖ esprimere **insoddisfazione** più o meno intensa per le **caratteristiche fisiche** del genere assegnato alla nascita.
  - ❖ Indossare abiti, usare oggetti, preferire colori e giochi di ruolo socialmente assegnati all'altro genere.



Comportamenti gender variant nell'infanzia **non** sono **necessariamente** indicatori di disforia di genere associata né predittori precoci di un'identità transgender in età adulta (Drummond, al., 2008).





## Desisters



*In età puberale sviluppano un'identità di genere tipica*



## Persisters

**15-30%**

(dStreeensma et al., 2013)



*Mantengono un'organizzazione atipica dell'identità di genere in età adulta.*

➤ I soggetti con esordio **in età peripuberale** hanno una grande tendenza a mantenere l'organizzazione atipica in età adulta.

➤ Sembra che i **10-13 anni** siano un'età cruciale per verificare se l'organizzazione atipica persisterà o desisterà.

➤ Si tratta di un periodo caratterizzato da una molteplicità di aspetti salienti:

- ✿ I **cambiamenti corporei** legati alla pubertà
- ✿ L'intensificarsi della **pressione sociale a conformarsi** agli stereotipi di genere
- ✿ Le prime esperienze di **innamoramento** e di **attrazione sessuale** (lo sviluppo dell'orientamento sessuale infatti può mettere in gioco alcuni aspetti connessi al genere!)





- ❑ Di solito, i **genitori** segnalano all'attenzione dei clinici i figli durante **i primi anni della scuola elementare** quando comportamenti che pensavano fossero passeggeri non diminuiscono ed emerge la **preoccupazione** relativa alle interazioni sociali.



❑ **Non necessariamente** i bambini con sviluppo atipico dell'identità di genere hanno bisogno di un **intervento specialistico!**

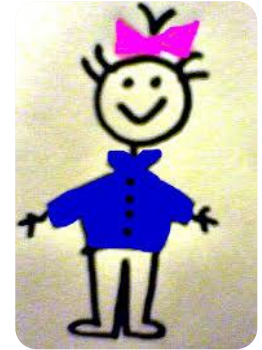


- ❑ Il problema emerge quando questa condizione è associata a

- ✿ una significativa sofferenza psicologica;
- ✿ una compromissione del funzionamento psicologico o sociale (ad esempio, quello scolastico);
- ✿ difficoltà di familiari e insegnanti a relazionarsi con questi bambini.



**BAMBINI E ADOLESCENTI**  
***GENDER VARIANT:***  
**QUESTIONI E DILEMMI**



*Quale approccio psicologico clinico?*



# APA TASK FORCE: 3 APPROCCI AL TRATTAMENTO


## *Approccio Normativo*

- Ridurre la disforia di genere e limitare i comportamenti e le identificazioni transgender

## *Approccio “Watchful waiting”*

- Nessun tentativo direttamente finalizzato a ridurre la disforia di genere o a limitare i comportamenti atipici di genere

## *Approccio Affermativo*

- Accogliere e sostenere le identificazioni del bambino
- 

# **APPROCCIO NORMATIVO**

- ✓ Si basa sul presupposto che il genere corretto sia quello corrispondente al proprio sesso di nascita.
- ✓ La **persistenza è considerata un esito non auspicabile** a causa dello stigma sociale e, in età adulta, dei rischi e dei costi legati alle procedure ormonali e chirurgiche.
- ✓ In passato sono state utilizzate terapie comportamentali e psicodinamiche per cambiare i comportamenti atipici e l'identificazione di genere nei bambini, con risultati complessivamente fallimentari.
- ✓ La WPATH definisce **non etici** questi tentativi.
- ✓ L'American Academy of Child and Adolescent Psychiatry si contrappone a ogni trattamento mirato a modificare i comportamenti di genere non conformi (Adelson, 2012).



# **APPROCCIO WATCHFUL WAITING**

- ✓ È conosciuto anche come Protocollo Olandese, dalle ideatrici, la psicologa e psicoterapeuta Cohen-Kettenis e l'endocrinologa Delemarre, entrambi operanti fin dalla fine degli anni Ottanta nella clinica olandese per la presa in carico di minori con sviluppo d'identità di genere atipico.
- ✓ Si basa sul presupposto che non vi siano indicatori affidabili che consentano di stabilire se la **Disforia di Genere diagnosticata nell'infanzia** persisterà in adolescenza.
- ✓ **Approccio neutrale** verso l'identità di genere e nessun obiettivo terapeutico per ottenere un determinato risultato.





# ***APPROCCIO WATCHFUL WAITING***

- ✓ Permette lo svolgersi naturale del percorso di sviluppo dell'identità di genere, **senza perseguire o incoraggiare un outcome specifico**, ma mantenendo aperti tutti gli esiti evolutivi possibili.
- ✓ Si focalizza sulle problematiche psicologiche di natura emotiva, comportamentali e/o familiari secondarie all'incongruenza di genere e potenzialmente impattanti sul benessere e il funzionamento del bambino nei vari ambiti di vita
- ✓ Utilizza **interventi combinati** rivolti al **bambino**, ai **genitori** e alla **comunità** al fine di sostenere il bambino nel fronteggiare i potenziali rischi sociali.



# APPROCCIO AFFERMATIVO

- ✓ Concettualizza la varianza di genere in età evolutiva come **normale espressione della diversità umana**. Pertanto, non bisogna intervenire sull'identificazione gender variant, che non è da considerarsi variante problematica dell'identità di una persona (Ehrensaft, 2012; Menvielle, 2012)
- ✓ È finalizzato all'affermazione *tout court* dell'identificazione del bambino, a iniziare dal riconoscimento del genere percepito per proseguire con la transizione sociale: cambiamento del nome e assunzione di abbigliamento e comportamenti del genere elettivo.
- ✓ Dal momento che la transizione è a livello sociale senza interventi medici, **è possibile tornare al genere originariamente assegnato** se il bambino vuole farlo.
- ✓ Se l'identificazione cross-gender persiste, è possibile effettuare la transizione attraverso **trattamenti endocrini per rimandare la pubertà** e impedire lo sviluppo dei caratteri sessuali secondari indesiderati.



# Transizione sociale precoce



- ✓ La transizione di genere sociale in infanzia è un argomento ampiamente dibattuto: ancora non è stato trovato un consenso unanime da parte dei professionisti della salute (Coleman, et al., 2011)
- ✓ Per stabilire se e quando un bambino possa intraprendere una transizione sociale è necessario prendere in considerazione molti fattori e a oggi l'assenza di ricerche sistematiche fa sì che non esistano evidenze su quali siano le conseguenze psicologiche di una transizione di genere sociale precoce .

- ✓ L'Endocrine Society assume una posizione cauta rispetto a una completa transizione sociale di genere in bambini con organizzazione atipica prepuberi (Hembree, et al., 2017).

# Transizione sociale precoce



- ✓ L'Endocrine Society è in linea con quanto sostenuto dal Gruppo Olandese: data la **bassa persistenza** dell'organizzazione atipica dell'identità di genere in infanzia, si vuole evitare una **seconda transizione di genere sociale**, nel caso l'incongruenza non dovesse persistere in adolescenza.
- ✓ Una seconda transizione sociale potrebbe essere vissuta con **profondo stress**, tanto da portare la persona a voler evitarla: il bambino potrebbe percepire una seconda transizione come il frutto di un errore e vergognarsene o temere di essere preso in giro, o ancora potrebbe scontrarsi con il forte supporto riscontrato nella famiglia e nei pari nei confronti della precedente transizione sociale (Steensma & Cohen-Kettenis, 2011).

- ✓ I sostenitori dell'**Approccio Affermativo** vedono invece nella transizione sociale precoce uno **strumento indispensabile** per la salvaguardia del **benessere del bambino**, che altrimenti dovrebbe vivere in un ruolo di genere che sarebbe fonte di distress e di una significativa riduzione della qualità di vita. Questa è anche l'esperienza di diversi genitori che hanno vissuto come "non evitabile" la transizione sociale di figli con incongruenza di genere.



# Transizione sociale precoce

- ✓ Gli **Standard of Care** della WPATH (Coleman, et al., 2011) sottolineano che l'incongruenza di genere si manifesta con una profonda variabilità in termini di vissuti emotivi, e che le esigenze dei bambini sono diverse da caso a caso.
- ✓ Alcuni possono avere la necessità di vivere nel ruolo di genere desiderato solo a casa, mentre per altri non poter vivere tale transizione anche nelle altre aree di vita può essere fonte di significativa sofferenza.



....Tenendo conto della variabilità degli esiti evolutivi dell'A.G.I.O. in infanzia, l'intervento più efficace si rivela essere quello che è ritagliato sulle situazioni specifiche dei singoli bambini e delle loro famiglie! La scelta di una transizione di genere precoce costituisce quindi un tema delicato che può essere esplorato, tenendo conto **caratteristiche peculiari del singolo caso e** considerando **atteggiamento e vissuti** dei genitori. Il bambino deve prendere consapevolezza della **possibilità di tornare indietro**, e di avere davanti a sé tutti i possibili esiti.



# LAVORARE CON LE FAMIGLIE DI BAMBINI CON A.G.I.O

- ✓ Per alcuni genitori la non conformità di genere del loro figliolo è un aspetto **angosciante**, difficile da accettare.
- ✓ La richiesta agli “specialisti” è quella di **essere rassicurati** sul fatto che si tratta di comportamenti transitori o modificabili; per altri, il problema è rappresentato “dal **cattivo mondo esterno** che può traumatizzare il bambino”, altri ancora sono in estrema difficoltà ad accettare che il loro figlio, nato da loro accolto come maschio/femmina, si sia “**trasformato**” in un bambino di genere diverso, dichiarandosi **incapaci di accettarlo** in queste sue nuove vesti.
- ✓ Alcuni si chiedono se questa situazione possa essere stata conseguenza **di traumi** o altri eventi avversi o di problematiche educative/relazionali. La maggioranza, però, esprime **preoccupazioni sul benessere del bambino e sul suo futuro**, i genitori sentono che il loro figliolo dovrà affrontare molte difficoltà e **si chiedono come aiutarlo**.



# LAVORARE CON LE FAMIGLIE DI BAMBINI CON A.G.I.O

- ✓ Nel primo colloquio ed in quelli successivi sono fornite **informazioni** sulla non conformità di genere in età pediatrica (prevalenza, persistenza).
- ✓ Viene esplicitato ai genitori che l'obiettivo della presa in carico non è di influenzare/modificare lo sviluppo di genere, ma di **adoperarsi perché il bambino cresca sentendosi accettato e riconosciuto nel suo valore e nelle sue capacità.**
- ✓ Si verbalizza come la modalità di intervento consista nell'**accompagnare la famiglia**, nel sostenere la crescita psicologica e nel **prevenire, se possibile, l'insorgenza di disagio psicologico che può essere correlato alla non conformità di genere.**
- ✓ Si parla con i genitori di come l'identità di genere non sia una condizione che dipenda dalle scelte individuali e del fatto che non è possibile prevedere quale sarà il genere che esperirà il bambino quando sarà adulto.
- ✓ I genitori divengono progressivamente consapevoli del fatto che **dovranno tollerare l'incertezza e la confusione** a riguardo di come sarà il loro bambino nel futuro.



# LAVORARE CON LE FAMIGLIE DI BAMBINI CON A.G.I.O

✓ L'**incertezza** relativa a come le cose si svilupperanno in futuro resta un tema sempre molto presente **nella mente della famiglia** (figli, genitori, fratelli, parenti...) e **nella mente dell'operatore**: è quindi fondamentale **mantenere consapevolezza** delle dinamiche emotive e delle ansie legate a tale incertezza, salvaguardando la possibilità di "navigare a vista", con **fiducia e apertura verso il futuro**.



✓ La presa in carico diretta del bambino non avviene infatti in tutte le situazioni: talora i genitori ritengono che il loro figlio/a non abbia alcuna difficoltà e chiedono, soprattutto all'inizio della presa in carico, un **intervento riservato a loro**, che li aiuti come genitori.

✓ I genitori devono essere aiutati a "**ricostruire**" un'**immagine del bambino** nella sua unicità e complessità, andando oltre gli aspetti di genere, per evitare che ogni comportamento, preoccupazione, paura sia attribuito all'incongruenza di genere.

✓ Interventi di **gruppo** per i genitori possono rappresentare uno strumento utile di promozione del benessere familiare (sostegno reciproco, scambio di informazioni corrette, condivisione di modalità funzionali nell'affrontare le sfide e le difficoltà che i figli incontreranno).

# Prescription in carico in Adolescenza



✓ Con l'adolescente si può considerare un **intervento medico**, evenienza che ha creato ampio dibattito.

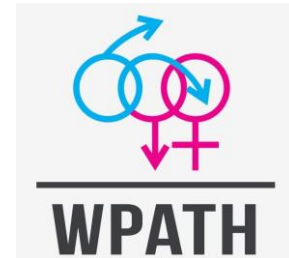
✓ In casi selezionati e in seguito ad approfondita valutazione interdisciplinare, si può considerare la somministrazione di:



- ✿ GnRH-analoghi, bloccanti lo sviluppo puberale negli adolescenti che si trovano negli stadi puberali di Tanner 2 o 3 (intervento reversibile);
- ✿ Terapia ormonale *cross gender* per adolescenti dai 16 anni in poi (intervento parzialmente reversibile).

✓ La WPATH e l'Endocrine Society sostengono l'ammissibilità di questi interventi.

✓ Le decisioni cliniche vanno prese con cautela, valutando l'idoneità caso per caso .



....Solo con la **maggiore età** sarà possibile intervenire **chirurgicamente** sulle caratteristiche sessuali primarie, su autorizzazione del Tribunale.

# Presca in carico in Adolescenza



- ❑ Naturalmente questi interventi su minori, sebbene stadiali, hanno sollevato un delicato dibattito etico, scientifico e sociale concernente in particolare il rispetto di **3 principi** (Abel, 2014):
  - ☞ Autodeterminazione
  - ☞ Non arrecare danno
  - ☞ Benefici
  
- ❑ Attualmente una delle principali questioni sulle quali dibatte la comunità scientifica e sociale è relativa all'utilizzo dei **bloccanti ipotalamici**.





❑ Vi sono infatti molte **perplexità**.



- ❖ **Assenza di ricerche a lungo termine**, che impedisce di conoscere le conseguenze dell'uso protratto di questi ormoni.
- ❖ Si sospetta il **rischio di cristallizzare la varianza di genere**. Il desiderio di una terapia cross gender, presente nella quasi totalità dei pre-adolescenti ai quali sono stati somministrati i bloccanti, potrebbe essere dovuto all'impossibilità di un'evoluzione in senso contrario, dato che lo sviluppo risulterebbe "bloccato" dall'utilizzo degli ormoni e, quindi, cristallizzato in una varianza di genere.
- ❖ Si presume che il blocco della pubertà porti alla **sterilità**, così come è possibile che vi siano conseguenze di osteoporosi a causa del "blocco" della calcificazione ossea in pubertà.
- ❖ Nei maschi l'uso dei bloccanti sospenderebbe anche la crescita del pene e questo potrebbe avere conseguenze sul tipo di intervento di RCG che, diversamente dal solito, dovrebbe utilizzare, per la creazione di una neo vagina, l'ansa intestinale. **L'intervento chirurgico risulterebbe molto più complesso**, ma soprattutto con una riuscita nettamente inferiore.

❑ Una questione così delicata ha sollevato un **acceso dibattito etico**:

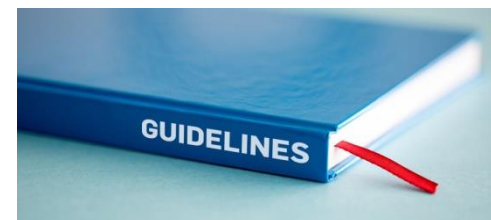


- ☞ Nel rispetto del principio di autodeterminazione, **può un minore prendere una decisione** sull'eventuale blocco della sua pubertà? O sull'assunzione di ormoni cross-sex? (Abel, 2014);
- ☞ Quanto e fino a che punto **un adulto può prendere decisioni così drastiche per un minore** che, crescendo, potrebbe **pentirsi** della decisione presa?
- ☞ Nel rispetto del principio medico secondo il quale non bisogna arrecare danni al paziente, la somministrazione di ormoni cross-sex, senza che al momento vi siano studi che ne conoscano gli effetti a lungo termine, può davvero essere considerata un beneficio, considerando che molto probabilmente renderà il minore sterile? (Abel, 2014);
- ☞ Nel rispetto del principio del beneficio, la somministrazione di ormoni cross sex può davvero essere considerata tale? (Abel, 2104)
- ☞ La somministrazione dei bloccanti ipotalamici può **contribuire alla persistenza dell'organizzazione atipica dell'identità di genere**?
- ☞ È veramente **reversibile**?



## Osservatorio Nazionale sull'Identità di Genere

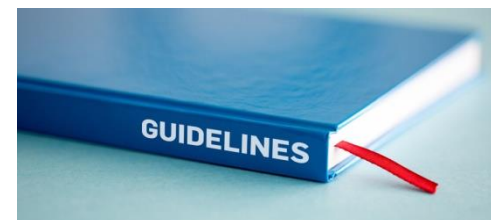
- ❑ L'Osservatorio Nazionale sull'Identità di Genere ha cominciato ad occuparsi di quest'area in modo integrato e coordinato dal 2008, arrivando a produrre delle Linee Guida di presa in carico.
- ❑ Le Linee Guida O.N.I.G. si basano sulla formazione maturata dai professionisti O.N.I.G con la frequenza ai corsi di formazione presso le più importanti Cliniche Europee esperte in questo campo, attraverso la supervisione clinica con esperti internazionali, attraverso l'analisi della situazione italiana dal punto di vista legislativo, sanitario e sociale per ciò che concerne questo ambito, dopo avere consultato giuristi e figure istituzionali preposte alla protezione dell'infanzia.





## Osservatorio Nazionale sull'Identità di Genere

- ❑ La presa in carico secondo le Linee Guida O.N.I.G. pone l'attenzione al sostegno alle famiglie, al/la giovane, al lavoro con l'ambiente sociale, soprattutto con le scuole, affinché lo sviluppo dei giovani sia il più possibile sintonizzato sulle delicate sfumature identitarie che lo Sviluppo Atipico comporta.
- ❑ Le Linee Guida O.N.I.G., inoltre pongono l'accento sulla delicatezza del percorso evolutivo di questi giovani e sottolineano la necessità di procedere con una attenta valutazione multidisciplinare di ogni singolo caso per una presa in carico graduale , in armonia con le tappe di sviluppo.



# Approccio psicologico-clinico napoletano



L'incremento di richieste di consultazione psicologica presso l'Unità Operativa Complessa di Psichiatria e Psicologia dell'Azienda Ospedaliera Universitaria "Federico II" da parte di adolescenti gender variant ci ha portato, nel 2005, ad interrogarci se fosse necessario riadattare il modello di intervento che ci aveva guidato nel corso degli anni a questa particolare e, talvolta, difficile nuova tipologia di utenza che si trovava ad attraversare una fase evolutiva già di per sé molto complessa.

Fino ad oggi sono state seguite **140 famiglie**, per lo più di adolescenti tra i 15 e i 18 anni AMAB (*Male Assigned at Birth*).

# Approccio psicologico-clinico napoletano



In un'ottica depatologizzante le varianze di genere si potrebbero inscrivere in una delle possibili variazioni dei processi evolutivi.

Ciò significa che l'attenzione dell'operatore dovrebbe essere sempre rivolta alla peculiare storia del singolo individuo, più che a modificare i suoi comportamenti. È in questa prospettiva che intendiamo inquadrare l'intervento psicologico con adolescenti gender variant ed è in questa prospettiva che condividiamo l'approccio olandese del *Watchful Waiting*, ritenendo fondamentale il sostegno a **bambini e adolescenti gender variant** e ai loro **genitori** qualunque decisione essi vogliano prendere.



# Approccio psicologico-clinico napoletano



Il nostro Servizio ha cominciato ad interrogarsi sulla possibilità di creare un protocollo di cura che consenta agli adolescenti di trovare accoglienza rispetto alla domanda che portano.

La collaborazione costante con l'**Unità di Endocrinologia** consente agli adolescenti e ai loro genitori di avere uno spazio informativo e terapeutico adeguato.

In presenza di un opportuno **consenso informato**, i genitori possono assumersi la responsabilità della terapia medica scelta per un figlio, ferma restando la stretta collaborazione con il **Comitato Etico** del centro medico di riferimento.

*“Il dibattito sul fatto che si nasca con un sesso preesistente o se ne sia assegnato uno alla nascita, le controversie legali sul fatto che il sesso sia fisso e binario, o complesso e mutevole, sembrano riguardare la verità scientifica. Ma invero, essi fanno parte del processo, al momento fortemente instabile, di costruzione della realtà. Non è ancora chiaro come costruire un mondo in cui persone sessualmente diverse possano vivere in condizioni di sicurezza e con le medesime opportunità economiche di cui gode la maggioranza. Secondo la mia ottimistica interpretazione, è ciò che stiamo tentando di fare in questo momento di conflitto. Se, affrontando le questioni di sicurezza e pari opportunità, troviamo un modo per accogliere una varietà di corpi e identità, sarà possibile instaurare una nuova scienza del sesso e la guerra di parole che mi ha indotto a scrivere questo saggio si placcherà.”*

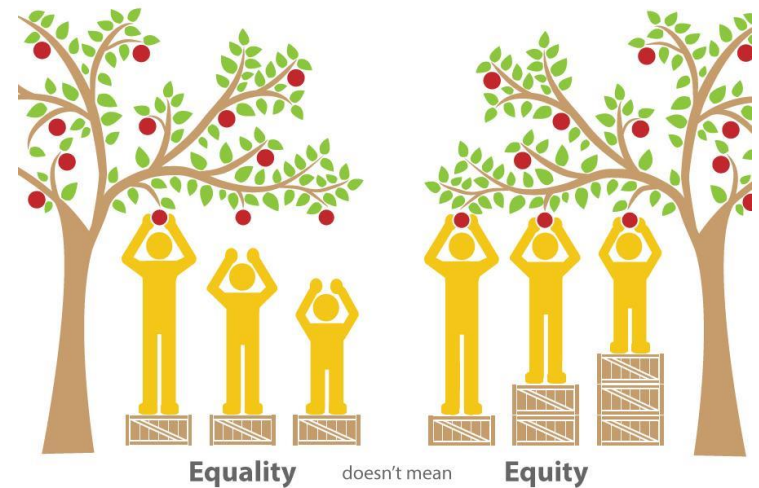
Anne Fausto-Sterling, *Science Won't Settle Trans Rights.*

# EQUITY IS THE ONLY ACCEPTABLE GOAL

PAUL FARMER

PICTUREQUOTES . com

PICTUREQUOTES



*Grazie per l'attenzione!*

Contatto:

[valerio@unina.it](mailto:valerio@unina.it)

Contatto personale:

[valerio48@live.com](mailto:valerio48@live.com)

