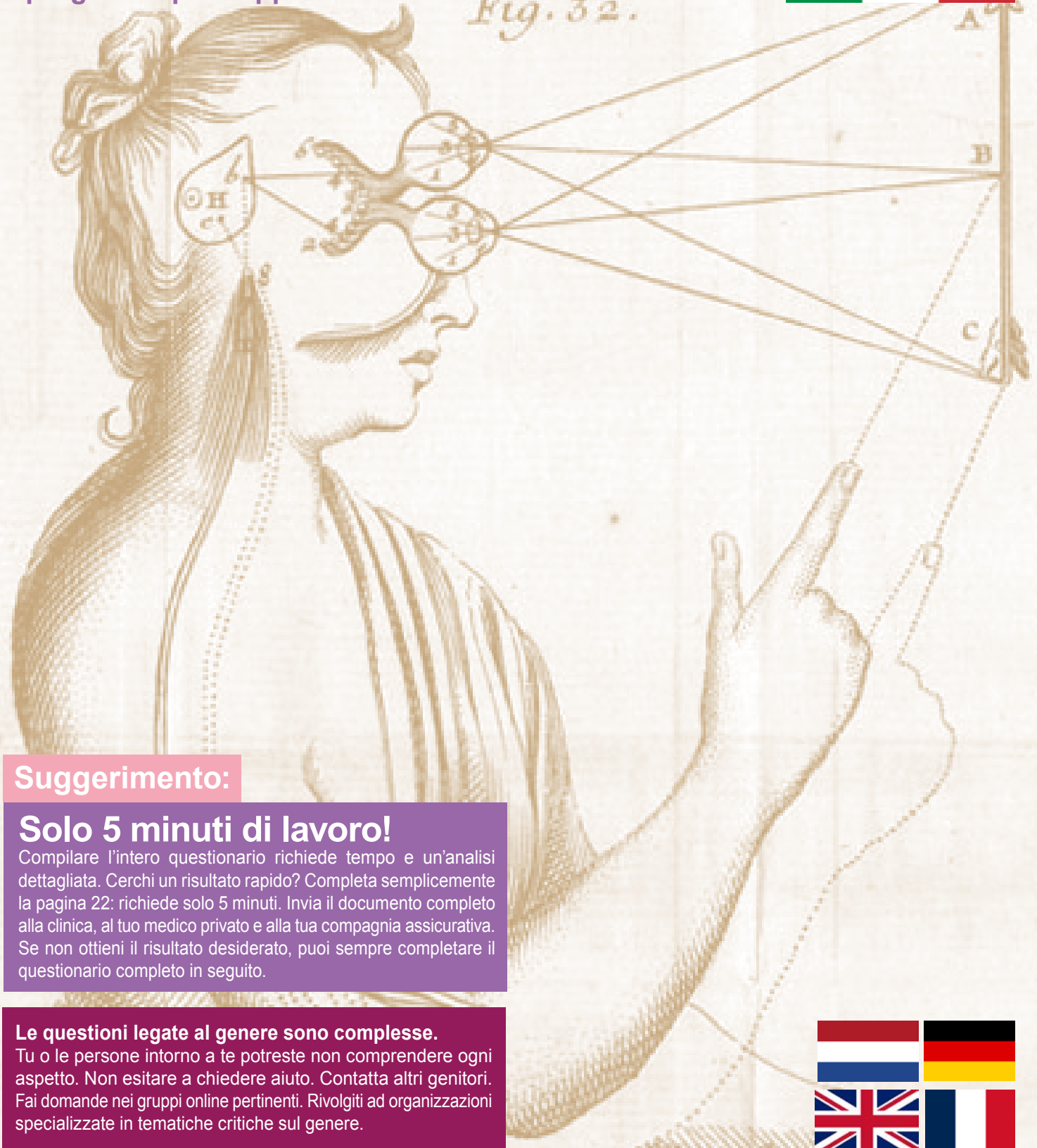




Gennaio  
2025

Strumento di Supporto alla Disforia di Genere:  
Questionario per i Genitori  
**Questionario per Paese**

Questo strumento, basato sui criteri del DSM-5-TR,  
è progettato per supportare il consenso informato



**Suggerimento:**

**Solo 5 minuti di lavoro!**

Compilare l'intero questionario richiede tempo e un'analisi dettagliata. Cerchi un risultato rapido? Completa semplicemente la pagina 22: richiede solo 5 minuti. Invia il documento completo alla clinica, al tuo medico privato e alla tua compagnia assicurativa. Se non ottieni il risultato desiderato, puoi sempre completare il questionario completo in seguito.

**Le questioni legate al genere sono complesse.**

Tu o le persone intorno a te potreste non comprendere ogni aspetto. Non esitare a chiedere aiuto. Contatta altri genitori. Fai domande nei gruppi online pertinenti. Rivolgiti ad organizzazioni specializzate in tematiche critiche sul genere.



## Cari Genitori,

Riceviamo costantemente messaggi disperati da genitori le cui opinioni sono state ignorate durante le valutazioni presso le cliniche per il genere dei loro figli. Nonostante vengano invitati a partecipare al processo diagnostico, i loro contributi cruciali vengono regolarmente respinti a favore di un'immediata affermazione del genere dichiarato.

**L'attuale sistema è profondamente preoccupante:** mentre le cliniche possono richiedere contributi dai genitori, l'autodichiarazione di un giovane spesso prevale su anni di conoscenza e osservazione familiare. Queste consultazioni si sono ridotte a semplici formalità amministrative – caselle da spuntare per la documentazione assicurativa piuttosto che indagini cliniche significative.

Questa pratica mina fundamentalmente l'assistenza sanitaria corretta. **I genitori e i familiari possiedono una conoscenza vitale che brevi incontri clinici non possono catturare.** Una revisione meta-analitica di Dowell e Ogles (2010) e una meta-analisi di Sun et al. (2019) hanno dimostrato che coinvolgere i genitori nel trattamento dei loro figli apporta un beneficio aggiuntivo all'efficacia complessiva della terapia. I genitori comprendono i modelli comportamentali dei loro figli, le loro difficoltà e i cambiamenti di personalità. Spesso sono i primi a notare problemi sottostanti che potrebbero contribuire al loro disagio. Tuttavia, questi contributi essenziali vengono frequentemente ignorati.

Il disagio legato al genere emerge attraverso molteplici percorsi, il che significa che ci sono altrettanti modi per risolverlo. Quando le cliniche danno automaticamente priorità all'autodichiarazione di un giovane, perdono l'opportunità di esplorare approcci più appropriati e meno invasivi per alleviare il disagio.

Per aiutare le famiglie a richiedere cure complete e basate su prove scientifiche, abbiamo sviluppato due strumenti complementari:

**1. Il Questionario per Familiari e Amici** - Questa valutazione raccoglie osservazioni da membri della famiglia e altre persone che conoscono bene il bambino nel tempo. Quando più osservatori condividono prospettive simili, il loro contributo collettivo diventa più difficile da ignorare.

**2. Il Questionario per i Genitori** - Questo questionario dettagliato aiuta a identificare fattori sottostanti che richiedono un'indagine prima di considerare interventi irreversibili.

Raccomandiamo di completare questo questionario, indipendentemente dal fatto che i membri della famiglia supportino o meno una transizione immediata. Insieme, questi strumenti offrono un quadro completo che può aiutare a garantire che il bambino riceva una valutazione accurata e approfondita, una che esplori tutti i fattori contribuenti anziché affrettarsi verso la medicalizzazione. Quando un certo numero di questionari è stato completato dai membri della famiglia, raccomandiamo di stamparli e consegnarli fisicamente al medico del bambino. Inoltre, suggeriamo di inviarne copie elettroniche e di conservarle per riferimenti futuri. Ciò garantisce che le opinioni della famiglia siano difficili da ignorare – ora sono registrate e possono essere consultate in futuro, se necessario.

**Suggeriamo inoltre di inviare i questionari completati ai medici di base e alle compagnie assicurative per garantire che tutte le parti coinvolte siano informate sulla gamma di problematiche associate alla transizione medica.**

Il questionario offre anche un beneficio aggiuntivo: offre l'opportunità alla famiglia allargata di riflettere più attentamente su questa tematica e li invita a rimanere o diventare una presenza utile nella vita del bambino vulnerabile. I genitori preoccupati tendono a evitare il tema del genere, ma questo approccio non è sempre d'aiuto. Ignorare il problema, un atteggiamento comune nei problemi di salute mentale, non è tanto utile quanto può sembrare inizialmente. Sebbene il genitore e il giovane evitino conflitti, quest'ultimo potrebbe nutrire un'identità costruita che ostacola il recupero.

Ricordate: **mettere in discussione l'approccio attuale non significa rifiuto.** Significa garantire che i giovani ricevano cure adeguate che non causino danni. La vostra conoscenza di vostro figlio è importante, e questi strumenti vi aiuteranno a sostenere valutazioni ponderate e complete. Lavorando insieme e utilizzando questi strumenti, potete assicurarvi che la vostra voce non solo venga ascoltata ma anche registrata. I vostri contributi sono inestimabili, e sostenere cure approfondite e basate sulle evidenze è essenziale per il futuro di vostro figlio.

**Cordiali saluti,  
Stella O'Malley/Genspect  
2025**

## Informazioni Generali

- 4 Panico in famiglia
- 4 Comprendere l'identità auto-dichiarata
- 4 Il modello di affermazione di genere
- 4 Come procede una diagnosi?
- 4 Pratiche cliniche attuali
- 4 Impressioni sull'ambiente

## Spiegazione del Questionario per Familiari e Amici

- 5 Scopo del questionario
- 5 Documentazione sistematica e validazione clinica
- 5 Le prospettive critiche sul genere non sono politiche estremiste
- 5 Impatto sulla diagnosi

## Spiegazione del Questionario per Genitori

- 6 Considerazioni cliniche su condizioni coesistenti
- 6 Sovrapposizione diagnostica
- 6 Il conflitto tra il SOC-8 e il Protocollo Olandese con la Cass Review
- 6 Impatto sui sistemi familiari
- 6 Implementazione del questionario
- 6 Responsabilità clinica e diritti familiari

## Disforia di Genere a Insorgenza Precoce e Tardiva

- 7 Caratteristiche secondo il DSM-5-TR
- 7 Disforia di Genere a Insorgenza Precoce (EOGD)
- 7 Disforia di Genere a Insorgenza Tardiva (LOGD)
- 8 La mancanza di logica dei criteri SSM-5-TR

## Disforia di Genere a Insorgenza Rapida (ROGD)

- 9 Caratteristiche della ROGD
- 9 Il questionario come indicatore di ROGD
- 9 Il consenso scientifico in evoluzione
- 9 Da sapere assolutamente
- 10 Epidemia
- 10 Effetto Werther

## Le falsità delle cure di affermazione di genere

- 11 Menzogne dietro le terapie affermative di genere

## Fonti di Informazione

- 12 Raccomandazioni utili
- 12 Libri e letteratura sul genere
- 12 Libri su prospettive più ampie
- 12 Non sei un lettore? Nessun problema!

## Questionario per Familiari e Amici

- 14 Sedici domande basate sui criteri DSM-5-TR
- 15 Domande sul background della persona e sull'influenza sociale
- 16 Domande aggiuntive
- 17 Domande sul consenso informato (relative ai maschi)
- 18 Domande sul consenso informato (relative alle femmine)
- 20 Risultato del Questionario per Familiari e Amici

**Consegnare alla clinica**



## Questionario per Genitori

- 22 Analisi delle condizioni coesistenti
- 23 Domande alla clinica: Domande aggiuntive per lo specialista su questioni etiche e di responsabilità
- 24 Domande scientifiche per lo specialista
- 25 In conclusione: Alcuni passi importanti
- 26 Entrare in un campo minato dal punto di vista legale
- 26 Dichiarazione dei genitori

**Consegnare alla clinica**



## Panico in Famiglia

Tuo figlio ti ha informato che sta mettendo in discussione il proprio genere e sta frequentando una clinica per il genere presso un ospedale. Come rispondi a questa situazione con l'ospedale? Molte famiglie vengono colte di sorpresa da questa questione, dando inizio ad anni di tumulto emotivo e discussioni, spesso con una pressione crescente. L'identità auto-dichiarata del paziente potrebbe non essere immediatamente riconosciuta dai membri della famiglia, e anche quando lo è, sorgono spesso preoccupazioni ragionevoli riguardo il perseguimento di interventi medici irreversibili.

## Comprendere l'Identità Auto-Dichiarata

La sfida principale nell'assessment clinico è che l'identità di genere esperita non è misurabile fisicamente. Le decisioni sanitarie devono basarsi su evidenze oggettive piuttosto che su esperienze soggettive. Per quantificare schemi osservabili, abbiamo progettato un questionario non solo per i familiari più stretti, ma anche per la cerchia più ampia di persone che conoscono bene il soggetto, preferibilmente dalla nascita: amici, vicini, insegnanti. Il questionario segue i criteri descritti nel DSM-5-TR.

I clinici spesso respingono le osservazioni genitoriali spiegando che il figlio non si sente libero di esprimersi con i genitori. Sebbene ciò possa essere vero in certi casi, soprattutto in famiglie fortemente conservatrici o religiose, diventa meno credibile se nessuno nella famiglia estesa o nella cerchia sociale ha mai notato alcun segnale. Un cugino, un amico d'infanzia, un vicino, un insegnante, una zia o un nonno – qualcuno probabilmente avrebbe osservato qualcosa negli anni.

**Se nessuno ha mai notato nulla, la storia semplicemente non torna.**

## Il Modello di Affermazione del Genere

Un principio fondamentale del modello di affermazione del genere è che l'esperienza soggettiva del paziente è centrale nel processo di cura. Questo presenta un problema preoccupante: non solo il desiderio del paziente è prioritario, ma anche la sua autodiagnosi gioca un ruolo decisivo nelle diagnosi effettuate da psicologi clinici o psichiatri.

Quando si discute di queste preoccupazioni con amici e conoscenti, si può rapidamente arrivare al dibattito. Una difesa comune è che le cure fornite siano di alta qualità e che si avvalgano di esperti molto competenti. I genitori o i partner che mettono in discussione questo processo vengono spesso considerati sospettosi o privi di comprensione. Gli ospedali comunicano alla stampa che conducono diagnosi molto approfondite prima di intraprendere passi significativi.

## Come procede una diagnosi?

Dall'esperienza, sappiamo che il processo diagnostico funziona diversamente da come viene descritto. L'ospedale diagnostica attraverso un metodo basato interamente su quanto riportato dalla persona. Descriveremo la procedura nelle cliniche olandesi, poiché si presume che altri Paesi seguano un approccio simile. Una volta che una persona viene accettata in ospedale, segue un sondaggio. La persona deve poi scrivere una lettera in cui spiega i propri sentimenti. La lettera conferma il sondaggio, e viceversa. Questi documenti vengono considerati come prova di "incongruenza di genere". La lettera e il sondaggio provengono dalla stessa fonte e si rafforzano a vicenda, nonostante abbiano un'unica origine. **Un problema frequentemente menzionato è che la persona si basa chiaramente su un copione appreso.** Il linguaggio stereotipato suggerisce che le idee non provengano dall'esperienza personale, ma siano invece imposte o inculcate.

L'incongruenza di genere e la disforia di genere non sono la stessa cosa, sebbene talvolta i due termini vengano utilizzati come sinonimi. Questo può portare a molta confusione. L'incongruenza di genere si riferisce a una discrepanza tra il genere esperito e il sesso biologico, mentre la disforia di genere descrive un disagio clinicamente significativo associato a questa discrepanza. **Questa è una differenza importante. Rimane sconcertante il motivo per cui le compagnie assicurative coprirebbero un processo di cura basato solo sull'incongruenza, senza un disagio documentato.**

## Pratiche cliniche attuali

In Italia, in generale non vengono condotte analisi differenziali complete. Sebbene le cliniche indagano se una persona abbia psicosi, autismo, narcisismo o altri disturbi mentali, queste condizioni coesistenti vengono annotate e considerate nel processo di cura, ma non per informare la diagnosi di "incongruenza di genere". La domanda diventa semplicemente: la persona è abbastanza stabile? Questo non è un approccio differenziale, ma piuttosto **una valutazione della disponibilità all'intervento.** Raramente si respinge una diagnosi sulla base di una storia di traumi, episodi di bullismo, autismo o altre condizioni di salute mentale, con le assicurazioni che coprono il processo (eccetto per una piccola parte). **In Italia, persino persone con disabilità intellettive ricevono cure di affermazione del genere.**<sup>3</sup>

Le compagnie assicurative si fidano che le cure fornite siano adeguate. Il sondaggio e la lettera motivazionale sembrano approfonditi sulla carta. Tuttavia, questa percezione è stata messa in discussione quando i genitori italiani hanno introdotto un intervento sistematico rigoroso sotto forma di un questionario familiare, che ha rivelato qualcosa di completamente diverso ed evidenziato i limiti dell'autodiagnosi. Questo questionario si basa sul loro approccio, e questo dà ai genitori preoccupati un contributo significativo nel processo.

## Impressioni sull'ambiente

I team di genere affermano di essere impegnati per l'armonia familiare. Poiché il dossier di cura deve dare l'impressione che venga considerata una prospettiva ampia, c'è un incoraggiamento attivo a discutere con genitori, partner e altre parti direttamente coinvolte. Coloro che conoscono la letteratura critica sul genere, come i libri di Abigail Shrier e Hannah Barnes o le testimonianze di Jamie Reed Whistleblower, sanno che la realtà è più complessa: i genitori vengono formalmente invitati a condividere la propria prospettiva. L'operatore spesso annuisce educatamente, annota le impressioni della famiglia e rassicura dicendo che capisce. Sebbene molti genitori non siano d'accordo con l'autodiagnosi del figlio, alcuni possono accettare i pensieri del figlio, ma altri rimangono critici.

Tuttavia, nei colloqui successivi, nonostante le preoccupazioni della famiglia vengano riconosciute, la diagnosi viene comunque considerata stabilita e il processo di trattamento tipicamente procede come pianificato. Le impressioni della famiglia vengono annotate ma raramente influiscono sulla decisione finale. Infatti, le loro preoccupazioni possono essere utilizzate per far apparire la ricerca più approfondita sulla carta, per soddisfare i requisiti assicurativi.

I genitori che danno il proprio consenso, nonostante le riserve, spesso si rendono conto delle implicazioni solo più tardi. Un esempio degno di nota di questa dinamica è stato rivelato nell'intervista di Elon Musk con Jordan Peterson nel luglio 2024.<sup>4</sup>

<sup>3</sup> Genderpoli / They and Them (Nov 2023) Documentario Olandese <https://www.npodoc.nl/documentaires/2023/11/genderpoli-they-and-them.html>

<sup>4</sup> Elon Musk Interviewed by Jordan Peterson (July 2024) <https://www.youtube.com/watch?v=Q20Nbg3EJsc>

### Scopo del Questionario per Familiari e Amici

Basandoci sui risultati significativi di Shrier, Barnes e Reed, oltre ad altri rapporti clinici preoccupanti, abbiamo sviluppato un metodo di valutazione che va oltre il contributo dei genitori per includere osservazioni più ampie da parte della famiglia. Il questionario, basato sui criteri DSM-5-TR per la disforia di genere, è progettato per adulti che hanno conosciuto la persona per un lungo periodo e che hanno una conoscenza dettagliata del suo sviluppo. Questo include familiari, vicini, cugini, amici d'infanzia, ex insegnanti e supervisori di lavoro. Attraverso questo approccio completo, miriamo a supportare clinici e famiglie nel prendere decisioni ben informate e basate sulle evidenze.

### Documentazione sistematica e validazione clinica

Il valore principale del questionario risiede nella sua capacità di oggettivare le osservazioni dei genitori. Mentre i pazienti possono riferire che l'incongruenza di genere è sempre stata presente ma nascosta, o che la resistenza dei genitori deriva da opinioni conservative, queste affermazioni richiedono un'attenta valutazione clinica.

La ricerca di Abigail Shrier dimostra che le famiglie che cercano un'accurata valutazione sono tipicamente aperte mentalmente, accettano la diversità di orientamento sessuale, sono politicamente progressiste e ben istruite, e possiedono conoscenze significative sullo sviluppo dei loro figli.

I risultati dei questionari mostrano costantemente che i membri della famiglia allargata e i conoscenti spesso condividono osservazioni simili a quelle dei genitori. È clinicamente significativo quando più osservatori in contesti diversi riportano l'assenza di segni precedenti di incongruenza di genere. Gli schemi di sviluppo precoce si manifestano tipicamente in modi osservabili per almeno alcuni membri della cerchia sociale del bambino. **Pertanto, questa documentazione sistematica rappresenta uno strumento clinico cruciale che merita seria considerazione.**

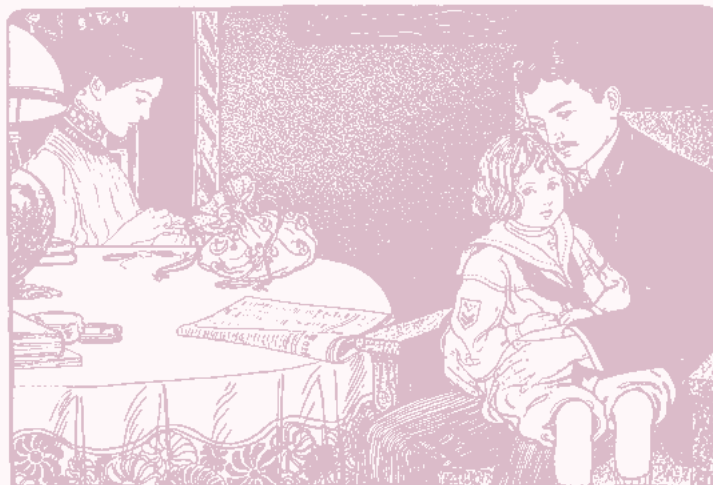
### Le prospettive critiche sul genere non sono politiche estremiste

È importante notare che Shrier, Barnes e, in particolare, Reed (quest'ultima una professionista sanitaria lesbica sposata con una persona transgender al momento della sua denuncia) sono **intellettuali progressisti**. Questo dimostra che l'analisi critica dei protocolli attuali proviene da vari ambienti intellettuali e non da una particolare posizione ideologica.

### Impatto sulla diagnosi

I risultati del questionario forniscono allo specialista una visione di come l'intera famiglia percepisce il paziente e danno maggiore peso agli aspetti familiari nei casi in cui le opinioni differiscano. Le linee guida ufficiali per la cura transgender offrono poche informazioni sulle dinamiche familiari, ma **ignorare queste ultime quando si considerano interventi medici irreversibili solleva seri dubbi etici.**

Se la famiglia è disagiata e/o esiste il problema del divario sociale, dovrebbe prima essere svolta una terapia relazionale. **Disgregare la famiglia attraverso un processo di cura che implica alti livelli di attrito familiare solleva preoccupazioni etiche significative riguardo al benessere del paziente e della famiglia.**



### *Padre di una figlia non binaria di 21 anni in colloquio presso una clinica olandese*

*“Mia figlia ha 21 anni, quindi ha diritto all'autodeterminazione, e sostiene di essere non binaria. Il suo desiderio non era assumere ormoni, ma sottoporsi a una doppia mastectomia. Con mia grande sorpresa, questo è possibile nei Paesi Bassi! (n.d.r.: è possibile anche in Italia previa autorizzazione del Tribunale, anche in assenza di terapia ormonale). Ho voluto parlare con la clinica e sono stato invitato a un colloquio. Lo psichiatra ha iniziato dicendo: “Se sua figlia vuole terminare la conversazione, finisce immediatamente. Il controllo è completamente nelle sue mani.” Più tardi ha aggiunto: “Secondo me, in realtà, non è nemmeno necessario l'intervento di uno psichiatra. A meno che non ci sia, ad esempio, una grave depressione o una psicosi; in quel caso seguiamo un altro percorso. Se una persona dice di essere qualcosa, per me è sufficiente: lo è.” Lo psicologo ha paragonato la situazione a un tatuaggio o a un'emigrazione: “A volte i figli prendono decisioni che non ti piacciono, ma come genitore devi comunque accettarle.” Da alcuni mesi, dopo l'intervento, mia figlia ed io non abbiamo più contatti a causa della nostra differenza di vedute.”*

### Considerazioni cliniche su condizioni coesistenti

A causa del crescente dibattito clinico sul modello di affermazione del genere e sulle nuove evidenze emergenti dalla ricerca, abbiamo sviluppato questo strumento di valutazione per aiutare gli specialisti a valutare attentamente potenziali condizioni coesistenti. Quando un giovane ha subito traumi, manifesta emozioni negative auto-dirette o ha una condizione del neurosviluppo come l'autismo, è necessario considerare con attenzione come questi fattori possano influenzare la sua autodiagnosi di incongruenza di genere. Questa valutazione approfondita è essenziale prima di considerare interventi medici o chirurgici irreversibili, seguendo il principio fondamentale della medicina: **primum non nocere** (innanzitutto, non nuocere).

### Sovrapposizione diagnostica

La **Cass Review** evidenzia il fenomeno della ‘**sovrapposizione diagnostica**’ (errata attribuzione di sintomi ad una condizione) nelle cure di affermazione del genere, legato ai meccanismi di coping adattivi. I pazienti possono attribuire il loro disagio a condizioni recentemente riconosciute piuttosto che identificare e affrontare fattori sottostanti. Questo modello è stato osservato in vari contesti, inclusi disturbi come RSI (sindrome da stress ripetitivo), la sindrome da falsa memoria e il disturbo dissociativo dell'identità. Queste condizioni spesso hanno in comune la caratteristica di essere difficilmente misurabili con oggettività e si basano principalmente sull'esperienza riportata. Sebbene il disagio sia autentico, gli effetti “nocebo” potenziali meritano considerazione. Considerato che i trattamenti di affermazione del genere spesso comportano interventi medici irreversibili, le implicazioni della sovrapposizione diagnostica sono significative. Dati recenti che indicano una caduta nel follow up pari al 30% sollevano importanti domande cliniche. Pertanto, una documentazione rigorosa e una valutazione completa sono essenziali prima di procedere con interventi medici.

### Il Conflitto tra SOC-8 e il Protocollo Olandese con la Cass Review

Subito dopo la pubblicazione della Cass Review, le cliniche olandesi hanno affermato che le pratiche descritte nel rapporto erano già comuni nei Paesi Bassi. **Questo non è vero.** Il protocollo olandese originale si basava su **pazienti che avevano mostrato chiari comportamenti non conformi al genere fin dalla tenera età** e che esprimevano il desiderio di appartenere al sesso opposto. Inoltre, una condizione stringente era che i bambini **non avessero altri problemi** e che ci fosse **supporto familiare**.

Anche il cosiddetto “**test di vita reale**” faceva parte del protocollo. Si trattava di una fase di due anni durante la quale gli individui dovevano vivere come il sesso opposto. Questo consentiva loro di sperimentare le conseguenze pratiche della transizione e dimostrare alla clinica che il loro desiderio era genuino e ben ponderato. Questa procedura è stata interrotta nel 2014. Oggi, gli individui diagnosticati con disforia di genere – basandosi esclusivamente sulla propria autovalutazione – possono iniziare immediatamente la terapia ormonale dopo aver ricevuto una diagnosi formale. Sebbene questo approccio aumenti l'accessibilità, può portare a sfide, come aspettative non soddisfatte o problemi imprevisti che potrebbero non essere stati evidenti prima della transizione. Le pratiche nei Paesi Bassi, così come in altri Paesi che seguono il modello SOC-8 della WPATH, si allineano a quanto descritto nel libro di Barnes e riflettono precisamente il cuore delle critiche sollevate dalla Cass Review nel suo rapporto.

### Impatto sui Sistemi Familiari

L'assenza di spiegazioni basate sulle evidenze (fatti) crea sfide significative per le famiglie. I genitori spesso sperimentano uno stress grave durante questo processo, e una comunicazione clinica inadeguata può aggravare il disagio familiare. Quando le cliniche non affrontano le preoccupazioni familiari o non forniscono razionali clinici chiari, **rischiano di causare danni iatrogeni al sistema familiare**.

### Implementazione del Questionario

Il questionario per i genitori contiene un elenco completo di condizioni coesistenti comuni. I genitori dovrebbero indicare quali condizioni hanno osservato. Al momento della consegna alla clinica, **si dovrebbe richiedere un riscontro esplicito su:**

- Se i clinici hanno osservato schemi simili.
- Se no, su quali basi cliniche si fondano le osservazioni differenti.
- Come le condizioni identificate potrebbero influenzare l'autodiagnosi di incongruenza di genere.
- Il meccanismo di interazione proposto tra le condizioni.

### Responsabilità Clinica e Diritti Familiari

Pur rispettando la privacy del paziente, una comunicazione aperta rimane essenziale data l'impatto degli interventi medici irreversibili sulla salute a lungo termine. Le decisioni influenzano l'intero nucleo familiare e possono causare significativi rischi di stress correlati alla salute. **Le famiglie hanno diritto a ricevere informazioni sufficienti** per comprendere e processare le decisioni cliniche. Quando le cliniche rifiutano di affrontare queste preoccupazioni, rischiano di causare danni non solo al paziente, ma anche al sistema familiare. **I fornitori di assistenza sanitaria devono mantenere standard etici che considerino sia il benessere individuale che quello familiare.**

### Genitore di una ragazza con condizioni multiple preesistenti

*“Nostra figlia, giovane adulta, identificatasi non binaria a causa del contagio tra pari e dell'influenza online, quando era al liceo si è convinta a rimuovere il seno per dimostrare di essere un maschio trans. Nonostante una lettera che evidenziava le comorbidità presenti, inclusi disordine alimentare, autismo, trauma da bullismo e OCD, il nostro medico ha proceduto alla rimozione del seno di nostra figlia. L'organizzazione medica non ci ha mai contattati per discutere i problemi di salute mentale di nostra figlia, Dobbiamo ringraziare alcuni cattivi terapisti per aver permesso e messo in atto questo comportamento di disprezzo di sé e autolesionismo.”*

## Caratteristiche secondo il DSM-5-TR

Il DSM-5-TR elenca due insiemi di criteri per riconoscere la disforia di genere (GD): a insorgenza precoce e tardiva.<sup>6</sup>

### Disforia di Genere a Insorgenza Precoce (EOGD)

I bambini vengono tipicamente diagnosticati con disforia di genere se hanno sperimentato un **disagio significativo** per almeno sei mesi e almeno **sei dei seguenti sintomi**:

- Forte desiderio di essere del sesso opposto o insistenza di essere del sesso opposto.
- Forte preferenza per indossare abiti tipici del sesso opposto.
- Forte preferenza per ruoli del sesso opposto in giochi di fantasia.
- Forte preferenza per giocattoli, giochi o attività tipiche del sesso opposto.
- Forte preferenza per compagni di gioco del sesso opposto.
- Forte rifiuto di giocattoli, giochi e attività tipiche del proprio sesso assegnato.
- Forte avversione verso la propria anatomia sessuale.
- Forte desiderio per le caratteristiche sessuali del sesso esperito.

### Disforia di Genere a Insorgenza Tardiva (LOGD)

Per essere diagnosticato con disforia di genere come adolescente o adulto, bisogna aver sperimentato un **disagio significativo** per almeno sei mesi a causa di almeno **due dei seguenti**:

- Marcata incongruenza tra il genere esperito/espresso e le caratteristiche sessuali primarie o secondarie.
- Forte desiderio di liberarsi delle caratteristiche sessuali primarie o secondarie.
- Forte desiderio per le caratteristiche sessuali del sesso opposto.
- Forte desiderio di essere del sesso opposto.
- Forte desiderio di essere trattato come il sesso opposto.
- Forte convinzione di avere sentimenti e reazioni tipiche del sesso opposto.



### Genitore di una ragazza che ha desistito

*“Dall’età di 11 anni fino ai 15 anni, mia figlia ha lottato con ansia, PTSD e possibile ADHD. Ha appreso l’idea di ‘transgender’ stando troppo online, dai consulenti che discutevano il concetto con lei a nostra insaputa e dai compagni di scuola. È stato incredibilmente deludente e disorientante rendersi conto che ogni professionista di cui mi fidavo per aiutare a guidare nostra figlia verso una comprensione più olistica di sé stessa si concentrava solo sull’identità di genere. Le nostre preoccupazioni che il disagio di nostra figlia fosse un meccanismo di coping e che fosse influenzata da un contagio sociale sono stati respinte. Il suo consulente privato ci ha considerati ‘genitori non accettanti’. Il consulente scolastico ha incoraggiato ‘l’esplorazione dell’identità’ e ha sostenuto l’idea che mia figlia ‘potrebbe davvero essere un ragazzo’, cambiando il suo nome e i suoi pronomi a scuola. Dopo che è diventata cupa e ritirata, ho scoperto che, a 14 anni, nostra figlia parlava segretamente con un assistente sociale clinico autorizzato identificato come trans riguardo alla medicalizzazione del ‘suo genere’ con iniezioni di ormoni e interventi chirurgici. Tutto questo è stato fatto a mia insaputa e senza il mio consenso. Sorprendentemente, anche essendo a conoscenza di tutti i problemi che nostra figlia stava affrontando, il nostro pediatra ha promosso le ‘opzioni’ di bloccanti della pubertà e binder. Questi adulti hanno riposto la loro cieca fiducia in una bambina, ignorando il processo di sviluppo dell’identità e senza rendersi conto che il focus di mia figlia sull’identità di genere era perpetuato dal fatto che le parlavano di questo come una possibilità reale. Mia figlia ha smesso di identificarsi come transgender poco prima dei 16 anni ed è ora molto grata che non abbia ceduto alle sue continue richieste di vederla del sesso opposto e di permettere interventi medici. La mia famiglia vivrà con le conseguenze, il trauma e la rabbia di questa esperienza per il resto della nostra vita, e crediamo sinceramente di essere vittime di uno scandalo etico medico terribile.”*

## L'illogicità dei criteri del DSM-5-TR per la 'disforia di genere'

**Mostra alla famiglia  
e agli amici**

### Femminismo e ruoli di genere ed espressione

Il femminismo critica giustamente la stereotipizzazione dei ruoli di genere. Dopotutto, tutti dovrebbero essere liberi di esprimersi senza essere vincolati da norme sociali come "le ragazze giocano con le bambole" o "i ragazzi devono essere duri". Una persona manifesta certi comportamenti perché li trova confortevoli o interessanti. **Questo dovrebbe rimanere libero da speculazioni su una presunta 'identità di genere'.**

### Il DSM-5-TR e la stereotipizzazione regressiva di genere

Tuttavia, i criteri del DSM-5-TR utilizzano il termine vagamente definito 'espressione di genere' e i ruoli di genere come indicatori della disforia di genere sperimentata. Ad esempio, un ragazzo con una forte preferenza per i 'giocattoli da ragazza' o per comportamenti femminili può soddisfare i criteri per la disforia di genere. **Questo approccio rappresenta un ritorno regressivo agli stereotipi** e confligge con la nozione femminista che il comportamento è indipendente dal sesso. Il femminismo sottolinea giustamente che rompere gli stereotipi di sesso non è un'indicazione di una cosiddetta 'incongruenza di genere' e non dovrebbe avere alcun significato medico o diagnostico.

### Contesto della 'Disforia di Genere'

Il DSM-5-TR tenta di identificare la 'disforia di genere' in individui che esprimono disagio psicologico per un'incongruenza sperimentata tra la loro 'identità di genere' (basata su stereotipi regressivi) e il loro sesso biologico. Non si tratta solo di comportamento, ma di comportamento combinato con un disagio significativo. Utilizzare gli stereotipi di genere come indicatori diagnostici è problematico, poiché può portare a una patologizzazione **non necessaria** di individui che semplicemente non si conformano ai ruoli di genere tradizionali. Gli individui omosessuali, le persone artistiche, quelle con tratti autistici o con condizioni di salute mentale spesso mostrano comportamenti atipici. La conclusione personale dell'individuo dovrebbe essere esaminata. Perché la persona arriva a credere di essere del sesso opposto o di non avere un sesso (non binario), quando questo è biologicamente impossibile? Una soluzione migliore è rendere le diagnosi indipendenti dagli stereotipi e concentrarsi maggiormente sulle esperienze emotive e psicologiche dell'individuo. La libertà nell'espressione di genere rende la medicalizzazione trans non necessaria. Perché danneggiare un corpo quando una persona può semplicemente esprimersi in qualsiasi modo desideri?

### Cosa Analizza il DSM-5-TR?

I criteri del DSM-5-TR analizzano se una persona si comporta in modo conforme o non conforme al genere basato su stereotipi regressivi. **Questo è fondamentalmente errato.** Tuttavia, se un individuo si comporta chiaramente in modo conforme al genere secondo il suo ambiente, questo dovrebbe essere un segnale di allarme significativo per la clinica, e non dovrebbe avvenire alcuna medicalizzazione trans. I criteri del DSM-5-TR richiedono esplicitamente un'espressione di genere non conforme, che è notevolmente assente in questo gruppo.

Se c'è un comportamento non conforme, **questo non è comunque un motivo legittimo per la medicalizzazione trans.** Il comportamento atipico può verificarsi per ragioni completamente diverse, che non possono essere differenziate attraverso i criteri del DSM-5-TR, eccessivamente semplicistici e difettosi. La clinica deve dimostrare come ha differenziato, anche se si prevede che non possa farlo, poiché non esistono metodi per misurarlo. **'Primum non nocere' ha la precedenza sulla medicalizzazione dell'indeterminato.**

### Il sondaggio familiare è quindi inutile?

No. Spesso accade che familiari e amici, per compassione, supportino la narrazione dell'individuo. La parte 1 del sondaggio, basata sul DSM-5-TR, invita amici e familiari a riflettere su quanto siano incoerenti i criteri diagnostici e che questi non dovrebbero mai servire come base per acconsentire a una medicalizzazione trans drastica e dannosa per il corpo. Le parti successive del sondaggio forniscono alla clinica ulteriori informazioni su ciò che sta accadendo con l'individuo.



## Caratteristiche della Disforia di Genere a Insorgenza Rapida (ROGD)

La disforia di genere a insorgenza rapida, o ROGD, è un'ipotesi formulata dalla dottoressa Lisa Littman, che descrive **la comparsa improvvisa di disagio legato al genere**, in particolare negli adolescenti e nei giovani adulti senza segni precedenti durante l'infanzia. L'ipotesi della ROGD suggerisce che il disagio legato al genere possa essere influenzato da fattori sociali e ambientali, tra cui:

- Isolamento sociale (ad esempio, durante la pandemia di COVID-19).
- Influenza di Internet (a causa di un aumento dell'impegno online).
- Ansia sottostante.
- Errata interpretazione di altri problemi di salute mentale.
- Dinamiche dei gruppi di pari.

### Il Questionario come Indicatore della ROGD

Uno degli aspetti emersi inaspettatamente durante lo sviluppo del questionario è che lo strumento conferma la probabilità dell'ipotesi della ROGD. L'osservazione di Littman ha generato significative discussioni cliniche poiché rappresenta un'alternativa al modello di affermazione del genere, che caratterizza tipicamente le affermazioni di identità di genere come innate e immutabili. Una critica comune alla ricerca di Littman – che si basava su interviste ai genitori piuttosto che su rapporti diretti dei pazienti – ignora considerazioni metodologiche importanti riguardo ai bias di autovalutazione nei processi clinici. **Il questionario familiare aiuta a oggettivare le osservazioni dei genitori**, fornendo una documentazione sistematica di quando e come è emerso il disagio legato al genere.

### Il Consenso Scientifico in Evoluzione

Un numero crescente di esperti, tra cui **Hilary Cass, Jonathan Haidt, Gordon Guyatt (EBM), Richard Dawkins, Ray Blanchard, Stephen Levine, Michael Bailey, Ken Zucker, Marcus Evans, Michael Biggs, Riittakerttu Kaltiala** e molti altri ricercatori di rilievo, sostiene l'analisi di Littman. Grazie alle credenziali accademiche di questi esperti, la ROGD merita di essere presa più seriamente di quanto le cliniche di genere vogliano far credere. La loro prospettiva non è più allineata con la crescente consapevolezza che nel 2025 il **contagio sociale** gioca probabilmente un ruolo significativo nell'aumento considerevole dei casi.

### Da Sapere Assolutamente

L'esistenza della ROGD è spesso ignorata dalle cliniche di affermazione del genere, poiché è in diretto conflitto con la somministrazione di farmaci e interventi chirurgici. **Questo tipo di disagio legato al genere non è innato**, ma indotto socialmente. Le cliniche affrontano un conflitto finanziario di interesse e la fallacia dei costi irrecuperabili (sunk cost fallacy). Ammettere di aver sbagliato costerebbe loro denaro e potrebbe persino portare a conseguenze legali. Tuttavia, negare la ROGD è insostenibile. Le cliniche devono dimostrare che una persona non presenta ROGD. Noi, come genitori, non dobbiamo dimostrare che la ROGD esiste: **è un'inversione dell'onere della prova imposta ai genitori, che non sono specialisti e non hanno le risorse per condurre studi.**

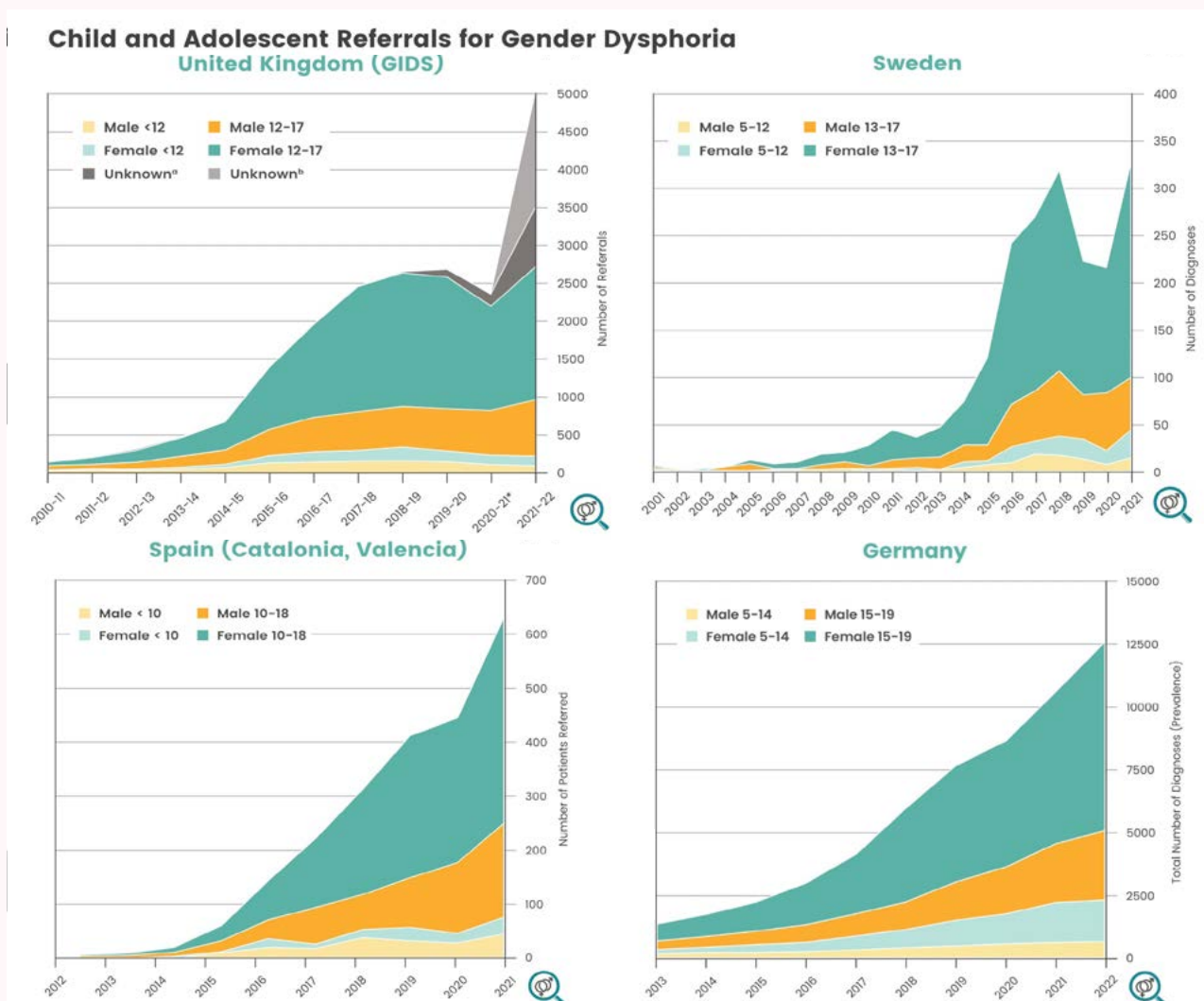


### Genitore di una ragazza di 23 anni che ha desistito.

*“Non appena ho detto al nostro medico di famiglia che mia figlia di 23 anni si identificava come transgender, ha immediatamente fatto una segnalazione alla clinica di genere del centro medico nel campus universitario di mia figlia. Non pensavo che affermare l'identità di mia figlia fosse la strada giusta. Volevo parlare con il medico del fenomeno della **Disforia di Genere a Insorgenza Rapida (ROGD)**, che descriveva accuratamente l'esperienza di mia figlia. La dottoressa non ha voluto ascoltarmi. **Quando ho cercato di darle un articolo stampato sulla ROGD, ha alzato le mani e ha rifiutato di prenderlo.** Mi ha detto che aveva molti pazienti transgender e che ne sapeva già abbastanza. Ho perso fiducia in quella dottoressa e non sono mai tornata. Mia figlia da allora ha smesso di identificarsi come transgender. Sono ancora turbata dal comportamento di quella dottoressa che mi ha ignorata, e sono molto sollevata per non aver seguito il suo consiglio, che ritengo male informato e fuorviante.”*

## Epidemia

Dopo che il termine “Disturbo dell’Identità di Genere” è stato sostituito con “Disforia di Genere” nel DSM nel 2014, e con l’aumento della copertura mediatica sui giovani transgender, il numero di richieste presso le cliniche di genere in tutti i Paesi occidentali è **aumentato dal 2000% al 5000%**.



## Effetto Werther

Il termine “Effetto Werther” deriva dal romanzo di Goethe, *‘I dolori del giovane Werther’* (1774), e si riferisce al fenomeno secondo il quale le persone sono influenzate dai media e dalle storie, **in particolare modo nell’ambito dei comportamenti autodistruttivi**. Nel libro il protagonista si suicida con una pistola dopo un amore non corrisposto. Dopo la pubblicazione del romanzo, si è verificato un aumento dei suicidi tra i giovani uomini, spesso emulando Werther nel modo di vestirsi e nel mezzo utilizzato. In altre parole, si era diffuso un convincimento assoluto e collettivo secondo il quale la felicità poteva essere raggiunta solo attraverso il **Vero Amore; in mancanza di tale prospettiva, il suicidio appariva come l’unica via di uscita**. Questo fenomeno ha dato origine al termine “Effetto Werther”, che descrive il rischio di comportamento imitativo in seguito alla divulgazione pubblica di suicidi.

## Detransitioner Charlie Bentley-Astor (intervistato da Andrew Gold)

*“Il Destino Queer è essenzialmente questa idea piuttosto perniciosa che, se nasci gay, bisessuale, trans o queer, qualunque etichetta tu decida di adottare, quella è la cosa più importante di te. È la caratteristica che definisce la tua esistenza e governa la traiettoria della tua vita. Puoi accettarla o puoi ucciderti perché queste sono le uniche due scelte. Perché, se non la accetti, essa si incancrenisce, e sei così intrappolato dentro te stesso ed è così orribile che l’unica via di fuga è ucciderti. Ma questa è solo un’idea.”*

## Detransitioner Christina Hineman

*“Una sorta di cosa punk, ma invece di sesso, droga e rock and roll, c’erano solo droghe. E chirurgia. È una versione medicalizzata della normale ribellione adolescenziale. E io ci sono completamente caduta dentro.”*

## Mia Hughes - Autrice di ‘WPATH Files’

*“La disforia di genere a insorgenza rapida è il contagio sociale più evidente mai verificatosi.”*

## Le 13 falsità dietro le terapie di affermazione di genere - di Dr. Stephen Levine

Il 21 febbraio 2023, il **Comitato per la Salute e i Servizi Umani della Camera della Florida** ha ascoltato la testimonianza dello psichiatra autorizzato **Stephen Levine MD**. Ha delineato 13 assunzioni scientificamente false che costituiscono la base della terapia di sola affermazione per la disforia di genere nei bambini.<sup>8</sup>

*“Ho trovato 13 idee nella letteratura scritta da coloro che sostengono le cure per bambini, adolescenti e adulti che affrontano il fenomeno transgender. Ciascuno di questi 13 punti, a mio avviso, è scientificamente falso. Tuttavia, sono fermamente considerati veri e, quando vengono messi in discussione o discussi in riunioni, provocano un’indignazione appassionata al suggerimento che siano falsi. Tuttavia, per quanto posso vedere, queste 13 idee non sono né scientificamente verificabili né clinicamente accurate. Eppure, sono ripetutamente affermate negli scritti e nei discorsi dei medici che supportano le cure affermative. Prima di presentare questi 13 punti, voglio offrire un’altra prospettiva su questa grande questione riguardante le cure transgender per i giovani: è questo un esempio di progresso terapeutico per aiutare gli individui colpiti, o è un altro errore medico? In medicina, abbiamo una storia di molti errori. Il più recente e tra i più dannosi è la crisi degli oppioidi. Abbiamo iniziato a prescrivere oppioidi liberamente senza prove scientifiche della loro utilità e danno. Ora, in ogni stato degli Stati Uniti - e altrove - le persone stanno soffrendo morti premature a causa dell’abuso di oppioidi.*

### Le 13 cose che, a mio avviso, non sono vere:

1. *‘Un’identità trans, una volta stabilita, è immutabile, immodificabile e invariabile.’* Questo chiaramente non è vero.
2. *‘Le identità trans sono causate principalmente da forze biologiche prenatali.’* Questa affermazione suggerisce che il trattamento stia semplicemente correggendo un errore biologico o embrilogico.
3. *‘L’orientamento sessuale è completamente indipendente dall’identità di genere.’* L’orientamento sessuale è una preferenza per scopi romantici e sessuali verso membri di una certa classe (maschi o femmine). Tuttavia, man mano che i bambini crescono - dall’infanzia alla pubertà e attraverso l’adolescenza - la disforia di genere spesso si manifesta insieme all’attrazione per lo stesso sesso, indicando che non sono fenomeni completamente separati.
4. *‘Nessuna forma di identità di genere è un’anomalia, né è un riflesso sintomatico di qualche altro problema.’* Questo non è un concetto psicologicamente sostenibile, eppure viene frequentemente affermato nella letteratura.
5. *‘La disforia di genere è una condizione medica grave che richiede intervento medico, ma solo se il paziente lo desidera.’* Questa idea contiene un paradosso intrinseco: se è una condizione medica grave, implica la necessità di trattamento, ma solo se il paziente lo desidera.
6. *‘I problemi emotivi associati sono dovuti principalmente al vivere in un mondo discriminatorio.’* Molti bambini diagnosticati con disforia di genere erano precedentemente diagnosticati con altre condizioni psicologiche.
7. *‘Non esistono approcci alternativi efficaci alle cure affermative.’* I praticanti spesso affermano che questa è l’unica soluzione per i bambini, ma esistono approcci psichiatrici alternativi, come quelli discussi dal Dr. Laidlaw.
8. *‘I tentativi di fornire psicoterapia sono versioni non etiche della terapia di conversione e dovrebbero essere vietati.’* Qualsiasi tentativo di aiutare il bambino e la famiglia viene spesso etichettato come terapia di conversione, con richieste di vietarla in varie giurisdizioni.
9. *‘Le cure affermative migliorano duramente la salute mentale e la funzione sociale.’* Questa giustificazione manca di studi a lungo termine a supporto. In effetti, i dati indicano tassi di mortalità elevati tra gli adulti transessuali.
10. *‘Le cure affermative riducono l’ideazione suicidaria e prevengono il suicidio.’* Questa è una narrativa potente e coercitiva raccontata ai genitori degli adolescenti. Tuttavia, studi - come quelli dalla Svezia - mostrano tassi di suicidio significativamente elevati tra gli adulti che hanno subito interventi di riassegnazione del sesso.
11. *‘I giovani adolescenti sanno meglio cosa li renderà felici in futuro.’* Questa affermazione presume che il “vero sé” di un adolescente sia completamente compreso, il che non è necessariamente vero.
12. *‘Soddisfare i criteri diagnostici per la disforia di genere predice un buon risultato con le cure affermative.’* Questo è dimostrabilmente falso.
13. *‘Il rimpianto e la detransizione sono rari tra questi pazienti.’* Gli ultimi anni hanno dimostrato che la detransizione è sempre più riconosciuta. Le definizioni ristrette di “rimpianto” (ad esempio, informare il terapeuta originale o richiedere cambiamenti corporei) limitano una comprensione adeguata di questo fenomeno.

**Queste 13 idee sono alla base delle affermazioni delle cure affermative. Se le idee stesse non sono vere o scientificamente supportate, come possiamo fidarci degli interventi basati su di esse?”**

### Come supplemento in linea con l’enumerazione di Levine:

Come supplemento in linea con l’enumerazione di Levine: la versione tedesca di questo sondaggio Genspect evidenzia, attraverso una citazione del pensatore critico tedesco Alexander Korte, che ogni diagnosi del DSM è **sempre una fotografia istantanea e non dovrebbe mai essere una ragione per modifiche corporee permanenti e irreversibili.**<sup>39</sup>

<sup>8</sup> Dr. Stephen Levine: 13 Untruths Behind Gender Affirmative Therapies for Kids (Feb 2023) [https://www.youtube.com/watch?v=OfIbCij\\_hVc](https://www.youtube.com/watch?v=OfIbCij_hVc)

<sup>39</sup> Hinter dem Regenbogen, A. Korte, pagina 210 (2024) <https://shop.kohlhammer.de/hinter-dem-regenbogen>

## Raccomandazioni Utili

Più informazioni possedete, meglio potrete proteggere vostro figlio

### Libri e Letteratura sul Genere

- *End of Gender: Debunking the Myths About Sex and Identity in Our Society* - **Debra Soh** ISBN-13 978-1982132521 (2023). Una critica essenziale ai difetti degli studi di genere come scienza.
- *Irreversible Damage* - **Abigail Shrier** ISBN-13 978-1800750364 (2021). Sulla ROGD.
- *Time to Think* - **Hannah Barnes** ISBN-13 978-1800751118 (2023). Sullo scandalo della Tavistock e la scienza e storia disturbante della Cura di Affermazione di Genere come falso modello di trattamento.
- *Trans* - **Helen Joyce** ISBN-13 978-0861543724 (2022). Sui problemi dell'ideologia di genere nella più ampia prospettiva sociologica.
- *Detrans* - **Dr. Az Hakeem** ISBN-13 979-8862184549 (2023). Sulla psicologia del comportamento di travestiti e transessuali e le sue gravi conseguenze sulle persone e sul loro ambiente sociale.
- *When Kids Say They're Trans* - **Lisa Marchiano, Stella O'Malley & Sasha Ayad** ISBN-13 978-1800752641 (2023). Una guida per i genitori.
- *Lost in Trans Nation: A Child Psychiatrist's Guide Out of the Madness* - **Miriam Grossman** ISBN-13 978-1510777743 (2023). Tesi centrale: I genitori sono quelli che conoscono meglio i propri figli.
- *The WPATH Files* - **Mia Hughes** (2024). Espone la corruzione di WPATH e come questa abbia influenzato tutta la medicina di genere nel mondo.
- *The Cass Review, Final Report* - **Hilary Cass** (2024). L'evidenza scientifica di ciò che Barnes aveva già esposto nel suo libro.

### Libri su una prospettiva più ampia

- *Bodies under Siege* - **Armando R. Favazza** ISBN-13 978-0801899669 (2011). Su automutilazione, autolesionismo non suicidario, modificazione del corpo nella cultura e in psichiatria.
- *Crowds and Power* - **Elias Canetti** ISBN-13 978-0374518202 (1984). Sul comportamento collettivo, manie di massa, culti, rituali estremi autolesionistici.
- *The Rape of the Mind* - **Joost A. M. Meerloo** ISBN-13 978-1-61577-376-3 (2009). Sulla psicologia del controllo del pensiero, mentecidio e lavaggio del cervello.

### Non Sei un Lettore? Nessun Problema!

- Puoi seguire interviste su **YouTube**, ascoltare podcast o unirti a gruppi online per genitori e organizzazioni critiche sul tema del genere. Segui interviste su YouTube con gli esperti sopra menzionati, guarda **Gender; A Wider Lens** e **Beyond Gender Podcast**.
- Vai su **X** (e altri social media) e segui organizzazioni Gender critiche come ad esempio **Matria (ITA)**, **Genspect**, **Stats for Gender**, **PITT**, **Parents of Desisters**, **Do No Harm**, **Therapy First**, e molti altri.
- Scrivi **lettere ai media e ai politici** per chiedere aiuto.
- Partecipa a **conferenze** per restare connesso.

### *Eliza Mondegreen - 3 giorni alla Conferenza dell'Associazione Professionale Europea per la Salute Transgender<sup>9</sup>*

*“In un aggiornamento inquietante sull'‘intersezione’ tra autismo e identità transgender tra i pazienti della clinica olandese, i ricercatori hanno riferito che—su 30 pazienti potenzialmente idonei a partecipare a uno studio di follow-up di 17 anni—quattro avevano rifiutato di partecipare, due avevano detransizionato, uno che non aveva detransizionato aveva espresso seri rimpianti per la vaginoplastica e due erano ‘deceduti’. Solo alla fine della presentazione i ricercatori hanno ammesso che i due pazienti ‘deceduti’ si erano in realtà suicidati. Le morti di questi due pazienti—hanno detto i ricercatori—mostravano che ci sono ‘due facce della medaglia’, che non c'è ‘una sfera di cristallo’ e che la questione ‘non dovrebbe essere affrontata senza sfumature’. Che aspetto abbia un approccio ‘sfumato’, nessuno si è preoccupato di specificarlo. È possibile che ‘sfumature’ significhi sorvolare sui risultati negativi affinché nessuno tragga conclusioni sbagliate? I presentatori hanno preferito soffermarsi sulla ‘diversità’ dei loro pazienti ‘trans-autistici’, con la loro varietà di auto-identificazioni 17 anni dopo aver iniziato il percorso di transizione: ‘fata’, ‘elfo’, ‘non binario’, ‘donna amichevole non intimidatoria’, ‘cis’ (leggi: detransizionato). ‘Ogni riferimento,’ hanno detto i presentatori, inclusi i pazienti deceduti e quelli che hanno detransizionato o provato rimpianto, ‘ha seguito il proprio percorso unico riguardo alla propria identità di genere e al proprio percorso di salute mentale.’*

*Più e più volte, ricercatori e clinici hanno presentato risultati schiacciati che suggeriscono che qualcosa sta andando seriamente storto nel mondo delle ‘cure affermative di genere’ e poi **hanno trascurato di applicare i loro risultati al loro lavoro, che rimane ‘imperativo’ e ‘salvavita’ — anche quando i pazienti muoiono.**”*

# Questionario per Familiari e Amici

## Una oggettivazione del punto di vista genitoriale.

Per revisione clinica prima di iniziare interventi di affermazione di genere.

**Le questioni legate al genere sono complesse.** Tu o le persone intorno a te potreste non comprendere ogni aspetto. Non esitare a chiedere aiuto. Contatta altri genitori. Fai domande nei gruppi online pertinenti. Rivolgiti ad organizzazioni specializzate in tematiche critiche sul genere.



**Lo strumento include:****Parte 1** (Pagina 14): **Sedici domande basate sui criteri DSM-5-TR.****Parte 2** (Pagina 15): **Domande sul background della persona e influenze sociali.****Parte 3** (Pagina 16-18): **Domande aggiuntive sul consenso informato.****Sedici domande basate sui criteri DSM-5-TR**

Per sviluppare questo questionario, abbiamo riformulato i criteri del DSM-5-TR in domande adatte ai membri della famiglia e ai conoscenti. Abbiamo preso due caratteristiche dalla sezione dedicata ai bambini e le abbiamo applicate al comportamento adolescenziale (domande 7 e 8).

**Presente**

1. Esiste una chiara discrepanza visibile tra il genere espresso (espressione di genere) e il sesso biologico?  
0 Sì                      0 No                      0 Non chiaro
2. La persona esprime un forte desiderio di eliminare le proprie caratteristiche sessuali primarie o secondarie?  
0 Sì                      0 No                      0 Non chiaro
3. La persona si presenta chiaramente come del sesso opposto nei propri abiti e comportamenti?  
0 Sì                      0 No                      0 Non chiaro
4. La persona esprime fortemente il desiderio di diventare del sesso opposto?  
0 Sì                      0 No                      0 Non chiaro
5. La persona esprime fortemente il desiderio di essere trattata come del sesso opposto?  
0 Sì                      0 No                      0 Non chiaro
6. La persona mostra sentimenti e reazioni tipicamente associati al sesso opposto?  
0 Sì                      0 No                      0 Non chiaro
7. Vedete espressioni nei gusti musicali, nei film, negli hobby, tipiche del sesso opposto?  
0 Sì                      0 No                      0 Non chiaro
8. Osservate che preferiscono socializzare con gruppi del sesso opposto?  
0 Sì                      0 No                      0 Entrambi

**Passato**

9. La persona ha mostrato durante l'infanzia un forte desiderio di essere del sesso opposto?  
0 Sì                      0 No                      0 Non chiaro
10. La persona durante l'infanzia indossava abiti tipici del sesso opposto?  
0 Sì                      0 No                      0 Non chiaro
11. La persona durante l'infanzia ha mostrato una forte preferenza per ruoli del sesso opposto nei giochi di fantasia?  
0 Sì                      0 No                      0 Non chiaro
12. Durante l'infanzia giocattoli, giochi e attività stereotipicamente associate al sesso opposto?  
0 Sì                      0 No                      0 Entrambi
13. Durante l'infanzia la persona ha mostrato una forte preferenza per compagni di gioco del sesso opposto?  
0 Sì                      0 No                      0 Nessuna preferenza
14. Durante l'infanzia, la persona ha mostrato una forte avversione verso giocattoli, giochi e attività tipiche del proprio sesso assegnato?  
0 Sì                      0 No                      0 Non chiaro
15. Durante l'infanzia, la persona ha mostrato una forte avversione per la propria anatomia sessuale?  
0 Sì                      0 No                      0 Non chiaro
16. Durante l'infanzia, la persona ha mostrato un forte desiderio per caratteristiche fisiche che corrispondono al sesso esperito?  
0 Sì                      0 No                      0 Non chiaro

**Domande sul background della persona e sull'influenza sociale**

1. L'identità transgender è emersa improvvisamente durante o dopo la pubertà senza segni precedenti nell'infanzia?  
0 Sì                      0 No                      0 Non so
2. Pensate che la persona possa essere influenzata dagli amici?  
0 Sì                      0 No                      0 Non so
3. Ci sono persone transgender/non-binary/"queer" nella loro classe o nel gruppo di amici?  
0 Sì                      0 No                      0 Non so
4. Pensate che le informazioni online giochino un ruolo nell'autodiagnosi della persona?  
0 Sì                      0 No                      0 Non so
5. Pensate che questa persona possa avere altre condizioni di salute mentale, come ansia, depressione o disturbo dello spettro autistico?  
0 Sì                      0 No                      0 Non so  
Se sì, quali comportamenti notabili ha mostrato?
6. La persona si comportava in modo diverso da bambina o prima di esprimere la propria autodiagnosi rispetto ad ora?  
0 Sì                      0 No  
Se sì, potete descrivere come appare questo cambiamento?
7. La persona si è allontanata dalla famiglia e/o dagli amici di un tempo poco prima o subito dopo il "coming out" come trans/non-binary?  
0 Sì                      0 No
8. La maggior parte delle loro amicizie e attività è ora legata alla loro identità transgender?  
0 Sì                      0 No                      0 Non so
9. Avete l'impressione che la persona sia confusa riguardo alla propria identità e stia facendo un'autodiagnosi errata?  
0 Sì                      0 No
10. Pensate che per questa persona l'identità trans possa essere solo una fase temporanea?  
0 Sì                      0 No                      0 Non so



## Domande aggiuntive

1. L'impressione della famiglia dovrebbe essere fortemente considerata nella diagnosi?  
 Sì                       No  
Perché pensate questo?
  
2. Le opinioni del medico di base e di altri operatori sanitari dovrebbero essere richieste e considerate?  
 Sì                       No
  
3. Pensate che il paziente possa essere omosessuale, bisessuale o asessuale?  
 Sì                       No
  
4. Potrebbe esserci una vergogna interiore relativa a una possibile omosessualità?  
 Sì                       No                       Non so
  
5. La famiglia potrebbe avere problemi con persone omosessuali?  
 Sì                       No                       Non so  
Se sì, potete fornire una spiegazione?
  
6. Il gruppo religioso/luogo di lavoro/club sportivo della persona potrebbe avere problemi con persone omosessuali?  
 Sì                       No                       Non so
  
7. Avete un'idea di cosa renda la persona insoddisfatta del proprio corpo?  
 Sì                       No  
Se sì, potete chiarire?
  
8. Voi stessi avete mai vissuto un serio disagio legato al genere da giovani o ora?  
 Sì                       No  
Se sì, potete chiarire?
  
9. C'è qualcosa d'altro che vorreste aggiungere riguardo alla diagnosi della persona o a questo questionario?



**10a. Domande sul consenso informato (relative ai maschi)**

La letteratura medica documenta le seguenti principali complicazioni di salute potenziali\*:

**Bloccanti della pubertà**

- Compromissione permanente della funzione sessuale, inclusa infertilità e mancato sviluppo dell'orgasmo <sup>32,33</sup>
- Effetti a lungo termine sulla densità ossea (osteoporosi) e sullo sviluppo <sup>10</sup>
- Impatto negativo sul funzionamento neuropsicologico. <sup>10</sup>
- Tessuto genitale sottosviluppato, che potrebbe compromettere opzioni chirurgiche future <sup>11</sup>

**Trattamento con estrogeni (in combinazione con l'uso (off-label) degli anti androgeni)**

- Aumento del rischio di mortalità <sup>12</sup>
- Resistenza all'insulina (33% dei pazienti) con rischio elevato di diabete <sup>13</sup>
- Rischio aumentato di cancro (specialmente al seno e al fegato), meningioma (cancro alla membrana del cervello), danni al fegato
- Incremento di 26 volte della probabilità di cancro testicolare (1 ogni 100 pazienti) <sup>14</sup>
- Incremento significativo di peso e redistribuzione del grasso corporeo
- Trombosi (5% delle donne transgender, 22 volte maggiore rispetto agli uomini cisgender) <sup>15</sup>
- Complicazioni cardiovascolari, con un tasso di mortalità 2,6 volte più alto <sup>12</sup>
- Grave riduzione della massa muscolare
- Infertilità permanente (molto comune) <sup>16</sup>
- Cambiamenti nella funzione sessuale, impotenza <sup>17</sup>
- Perdita progressiva della densità ossea

**Complicazioni post-chirurgiche (a seguito di vaginoplastica)**

- Prolasso degli organi (fino al 7,5%) <sup>18</sup>
- Incontinenza urinaria (fino al 15%) <sup>18</sup>
- Sintomi cronici del tratto urinario (fino al 20%) <sup>18</sup>
- Decesso causato da infezioni, con un tasso di mortalità 9 volte maggiore <sup>12</sup>
- Disfunzioni sessuali (fino al 75%) <sup>18</sup>
- Assenza di orgasmo (gli studi sono fortemente viziati e presentano numeri distorti a causa di metodologie inadeguate)

**Considerazioni universali**

- **L'11% dei maschi (donne transgender), con un'età media di 23 anni, è deceduto dopo una media di 11 anni,** un fattore 2 volte superiore al normale. <sup>12</sup>
- Dipendenza permanente dalla terapia ormonale e dalla supervisione medica <sup>19,20</sup>
- Rischio sostanziale di gravi complicazioni mediche <sup>11,12,13,14,15,16,18, 21,22,23,24,25,26,27,32,33</sup>
- Nessun beneficio dimostrato sulla salute mentale derivante da bloccanti della pubertà, ormoni o chirurgia <sup>7</sup>
- Alta probabilità di perdita permanente delle funzioni riproduttive e sessuali <sup>16</sup>
- Rischio elevato di suicidio persistente post-transizione, con un tasso di mortalità 7 volte superiore tra gli uomini <sup>12</sup>
- Cambiamenti irreversibili con ricerche a lungo termine estremamente limitate e con effetti non compresi <sup>28</sup>
- Estrema limitazione del bacino di potenziali partner, causando stress relazionale, depressione e mancanza di intimità

**Domanda per i familiari:**

Avete esaminato attentamente queste implicazioni mediche e determinato che questa è la strada ottimale, comprendendo i potenziali impatti a vita?

0 Sì                      0 No

**Domanda per la clinica:**

Avete esaminato attentamente queste implicazioni mediche, informato il paziente e determinato che questo è il trattamento ottimale?

0 Sì                      0 No

Se sì, perché è il trattamento ottimale?



## 10b. Domande sul consenso informato (relative alle femmine)

La letteratura medica documenta le seguenti principali complicazioni di salute potenziali\*:

### Bloccanti della pubertà

- Compromissione permanente della funzione sessuale, inclusa infertilità e mancato sviluppo dell'orgasmo <sup>34,35,36</sup>
- Effetti a lungo termine sulla densità ossea (osteoporosi) e sullo sviluppo <sup>10</sup>
- Impatto negativo sul funzionamento neuropsicologico <sup>10</sup>

### Trattamento con testosterone

- Aumento del rischio di mortalità <sup>12</sup>
- Perdita progressiva della densità ossea (14% sviluppa osteoporosi, 22% sviluppa osteopenia) <sup>29</sup>
- Atrofia del tessuto vaginale <sup>21</sup> e complicazioni urinarie (87%) <sup>22,30</sup>
- Necessità tipica di isterectomia/ooforectomia dopo 3-5 anni di trattamento a causa dei problemi cronici <sup>22</sup>
- Dolore cronico pelvico e genitale <sup>23</sup>
- Infertilità permanente <sup>22</sup>
- Cisti ovariche e complicazioni endometriali <sup>23</sup>
- Disregolazione metabolica <sup>24</sup> e aumento di peso e cambiamenti dell'appetito <sup>26</sup>
- Cambiamenti significativi dell'umore e delle emozioni <sup>10</sup>
- Gravi complicazioni epatiche <sup>25</sup>
- Disfunzione del pavimento pelvico (PFD) (94%) <sup>30</sup>
- Disfunzione sessuale (53%) <sup>30</sup>
- Sintomi anorettali (45%) <sup>30</sup>



### Complicazioni post-chirurgiche (a seguito di isterectomia e falloplastica)

- Prolasso degli organi (fino al 4%) <sup>18</sup>
- Incontinenza urinaria (fino al 50%) <sup>18</sup>
- Sintomi cronici del tratto urinario (fino al 37%) <sup>18</sup>
- Disfunzioni sessuali (fino al 54%) <sup>18</sup>
- Assenza di orgasmo (gli studi sono fortemente viziati e presentano numeri distorti a causa di metodologie inadeguate)

### Considerazioni universali

- Il 3% delle femmine (uomini transgender), con un'età media di 30 anni, è deceduto dopo una media di 5 anni, un fattore 3 volte superiore al normale <sup>12</sup>
- Dipendenza permanente dalla terapia ormonale e dalla supervisione medica <sup>19,20</sup>
- Rischio sostanziale di gravi complicazioni mediche <sup>11,12,13,14,15,16,18, 21,22,23,24,25,26,27</sup>
- Nessun beneficio dimostrato sulla salute mentale derivante da bloccanti della pubertà, ormoni o chirurgia <sup>7</sup>
- Alta probabilità di perdita permanente delle funzioni riproduttive e sessuali <sup>16</sup>
- Rischio elevato di suicidio persistente post-transizione, con un tasso di mortalità 3,3 volte superiore tra le donne <sup>12</sup>
- Cambiamenti irreversibili con ricerche a lungo termine estremamente limitate e con effetti non compresi <sup>28</sup>
- Estrema limitazione del bacino di potenziali partner, causando stress relazionale, depressione e mancanza di intimità

### Il testosterone è una droga di Classe III

Una panoramica semplificata; per una spiegazione più dettagliata, fare riferimento alla classificazione delle droghe della DEA.<sup>31</sup>

- Classe I: Eroina, LSD, marijuana, MDMA (ecstasy), peyote
- Classe II: Cocaina, metanfetamina, metadone, fentanyl, Dexedrine, Ritalin
- Classe III:** Ketamina, codeina (in alcune formulazioni), steroidi anabolizzanti, **testosterone**
- Classe IV: Valium, Xanax, tramadolo
- Classe V: Sciroppi per la tosse contenenti bassi livelli di codeina

Si nota spesso che le ragazze che assumono testosterone inizialmente lo considerano un'esperienza positiva. Questo non è sorprendente, poiché il testosterone può avere effetti stimolanti simili ad altre droghe. Anche se i primi anni possono sembrare una 'fase di luna di miele', col tempo emergono spesso i suoi effetti collaterali mentali e fisici, portando a quella che potrebbe essere descritta come la 'fase post-sbornia'.

### Domanda per i familiari:

Avete esaminato attentamente queste implicazioni mediche e determinato che questa è la strada ottimale, comprendendo i potenziali impatti a vita?

0 Sì                      0 No

### Domanda per la clinica:

Avete esaminato attentamente queste implicazioni mediche, informato il paziente e determinato che questo è il trattamento ottimale?

0 Sì                      0 No  
Se sì, perché è il trattamento ottimale?

Fonti per le domande sul consenso informato nelle pagine precedenti:

- 10 **Transgender Interventions Harm Children** <https://acped.org/transgender-interventions-harm-children>
- 11 Zinnia Jones (December 2018) **Use of puberty blockers in transgender girls, effects on genital tissue development, and vaginoplasty options** <https://genderanalysis.net/2018/12/use-of-puberty-blockers-in-transgender-girls-effects-on-genital-tissue-development-and-vaginoplasty-options/>
- 12 C.J.M. de Blok et al. (Sep 2021) **Mortality trends over five decades in adult transgender people receiving hormone treatment: a report from the Amsterdam cohort of gender dysphoria** <https://www.transvisie.nl/wp-content/uploads/2021/09/lancet-mortality-transgender.pdf>
- 13 A. Maassen van den Brink & A.J. van Zonneveld (16 sep 2019) **De rol van hormonen bij migraine en diabetes** <https://www.zonmw.nl/nl/artikel/de-rol-van-hormonen-bij-migraine-en-diabetes#:~:text=Als%20je%20wilt%20onderzoeken%20wat,ontwikkelt%2C%20een%20voorstadium%20van%20diabetes>
- 14 E. M. Shanker et al. (2024) **Exploring the Incidence of Testicular Neoplasms in the Transgender Population: A Case Series** <https://meridian.allenpress.com/apml/article/doi/10.5858/arpa.2024-0218-OA/503894>
- 15 M. Kerrebrouck et al. (20 Jan 2022) **Thrombophilia and hormonal therapy in transgender persons: A literature review and case series** <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9621226/>
- 16 Paula Amatoet al. **Fertility Details for Trans Women** <https://www.fertilityiq.com/fertilityiq/trans-feminine-fertility/fertility-details-for-trans-women#transition-and-fertility>
- 17 N. Fujita et al. (11 June 2024) **Association between sex hormones and erectile dysfunction in men without hypoandrogenism** <https://www.nature.com/articles/s41598-024-64339-3>
- 18 M. Dominoni et al. (14 Nov 2024) **Pelvic floor and sexual dysfunctions after genital gender-affirming surgery: a systematic review and meta-analysis** <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39545366/#:~:text=Sexual%20dysfunctions%20were%20reported%20by,irritative%20symptoms%20up%20to%2037%25>
- 19 M. Fradd **How the Medical World Is Creating Lifelong Patients** <https://pintswithaquinas.com/how-the-medical-world-is-creating-lifelong-patients>
- 20 M. den Heijer **Long term hormonal treatment for transgender people** <https://www.bmj.com/content/bmj/359/bmj.j5027.full.pdf>
- 21 P. J. Cheng et al. (June 2019) **Fertility concerns of the transgender patient** <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6626312/>
- 22 **Information on Cleveland Clinic website** <https://my.clevelandclinic.org/health/diseases/15500-vaginal-atrophy>
- 23 Juno Obedin-Maliver (June 2016) **Pelvic pain and persistent menses in transgender men** <https://transcare.ucsf.edu/guidelines/pain-transmen>
- 24 Leila Hashemiet al. (June 2024) **Gender-Affirming Hormone Treatment and Metabolic Syndrome Among Transgender Veterans** <https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2820670>
- 25 **Liver Care for Transgender and Gender-Diverse Individuals** <https://www.uchicagomedicine.org/conditions-services/transgender-care-services/liver-disease-care>
- 26 J. Mitchell (19 Aug 2021) **Testosterone linked to weight gain and higher rates of obesity among transmasculine people; physicians should monitor long term weight changes in transgender patients** <https://www.bidmc.org/about-bidmc/news/2021/08/study-reveals-gender-affirming-hormone-therapies-impact-obesity-transgender-individuals>
- 27 E. Abbruzzese et al. (2 Jan 2023) **The Myth of “Reliable Research” in Pediatric Gender Medicine: A critical evaluation of the Dutch Studies—and research that has followed** <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/0092623X.2022.2150346>
- 28 Helene Frances Hedian **Gender-Affirming Hormone Therapy (GAHT)** <https://www.hopkinsmedicine.org/health/treatment-tests-and-therapies/gender-affirming-hormone-therapy-gaht>
- 29 G. Giacomelli et al. (27 May 2022) **Bone health in transgender people: a narrative review** <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/20420188221099346>
- 30 Lyvia Maria Bezerra da Silva et al. (24 April 2024) **Pelvic Floor Dysfunction in Transgender Men on Gender-affirming Hormone Therapy: A Descriptive Cross-sectional Study** <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38662108/>
- 31 DEA United States Drug Enforcement Administration **Drug Scheduling** <https://www.dea.gov/drug-information/drug-scheduling>
- 32 Melissa Rudy (April 2024) **Puberty blockers could cause long-term fertility and health issues for boys, study finds: ‘May be permanent’** <https://www.foxnews.com/health/puberty-blockers-could-cause-long-term-fertility-health-boys-study-may-be-permanent>
- 33 Muruges et al.. 2024 **Puberty Blocker and Aging Impact on Testicular Cell States and Function** <https://www.biorxiv.org/content/10.1101/2024.03.23.586441v1>
- 34 D. Ehrensaft (2017) **Gender nonconforming youth: current perspectives** <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5448699/>
- 35 Bangalore Krsihna K. et al. (July 2019) **Use of Gonadotropin-Releasing Hormone Analogs in Children: Update by an International Consortium** <https://www.karger.com/Article/FullText/501336>
- 36 **Marci Bowers, President of WPATH, talking about Puberty Blockers**, YT, 29.06.2023 <https://www.youtube.com/watch?v=kuwOx9YdHXY>

### *Dr. Stephen Levine - La realtà dietro la valutazione dei giovani trans (Denver, USA, 2023)*

*“Prima che un ragazzo inizi ad assumere gli ormoni, gli chiedo se si sente depresso. Voglio che consideri questa possibilità perchè è la tua transizione, e non quella di qualcun altro. E voglio che tu abbia la forza e il coraggio di riconoscerlo. Come molti di noi nella vita, potresti aver commesso un errore.*

*Da ciò che vedo gli endocrinologi non sospendono mai la somministrazione di ormoni alle persone che hanno intrapreso questo percorso. Tutti i detransitioners, se parli con loro, hanno deciso personalmente di smettere di assumere gli ormoni, non lo ha deciso il medico. Anche quando sono depressi, anche se hanno tentato il suicidio, il medico prosegue il trattamento.”*

	Nome del familiare o amico	Relazione con la persona
A:	.....	.....
B:	.....	.....
C:	.....	.....
D:	.....	.....
E:	.....	.....
F:	.....	.....
G:	.....	.....
H:	.....	.....
I:	.....	.....
J:	.....	.....
K:	.....	.....
L:	.....	.....

Usare i seguenti colori per indicare le risposte:

**Si: Verde**

**No: Rosso**

**Entrambi/Non so: Arancione**

## Parte 1 – Basata su DSM-V-TR

<b>Presente</b>	<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>	<b>D</b>	<b>E</b>	<b>F</b>	<b>G</b>	<b>H</b>	<b>I</b>	<b>J</b>	<b>K</b>	<b>L</b>
Domanda 1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Domanda 2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Domanda 3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Domanda 4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Domanda 5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Domanda 6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Domanda 7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Domanda 8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Passato</b>												
Domanda 9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Domanda 10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Domanda 11	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Domanda 12	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Domanda 13	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Domanda 14	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Domanda 15	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Domanda 16	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

## Parte 2 - Indicatore ROGD

Domanda 1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Domanda 2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Domanda 3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Domanda 4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Domanda 5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Domanda 6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Domanda 7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Domanda 8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Domanda 9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Domanda 10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

## Parte 3 - Domande aggiuntive

Domanda 1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Domanda 2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Domanda 3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Domanda 4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Domanda 5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Domanda 6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Domanda 7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Domanda 8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Domanda 9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

### Domanda sul consenso informato

Domanda 10 Transizione?	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
-------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Firma dei genitori:

Data:



Consegnare alla clinica

# Questionario per i genitori

Un'analisi delle condizioni concomitanti

Deve essere esaminato dalla clinica di genere prima dell'inizio del trattamento affermativo

**Le questioni legate al genere sono complesse.** Tu o le persone intorno a te potreste non comprendere ogni aspetto. Non esitare a chiedere aiuto. Contatta altri genitori. Fai domande nei gruppi online pertinenti. Rivolgiti ad organizzazioni specializzate in tematiche critiche sul genere.

## Possibili condizioni concomitanti

Come genitore, indicare (nella riga verde SÌ/NO) se si osserva qualcuna delle seguenti caratteristiche che possono essere rilevanti nell'incongruenza di genere auto riportata da tuo figlio. Barrare la risposta (Sì o No) che non si applica.

Per ogni caratteristica che osservi, chiedi alla clinica se la riconoscono anche nella loro valutazione.

### Condizioni concomitanti principali e più frequenti

Omofobia interiorizzata

Odio per stessi

Autismo

**Solitudine**

**Famiglia**

sì / no

sì / no

sì / no

sì / no

**Clinica**

sì / no

sì / no

sì / no

sì / no

### Sintomi di ROGD

Il coming out come trans è arrivato completamente inaspettato

Il coming out non corrisponde all'immagine attesa di una persona trans

Contagio sociale attraverso gli amici

Contagio sociale attraverso internet

Deterioramento mentale dopo il coming out

Aumento improvviso delle bugie

Cambiamenti improvvisi nel comportamento dopo il coming out

Vergogna o riluttanza a esprimersi come il sesso opposto (ad esempio, verso la famiglia)

Reazione di due mondi separati (casa/famiglia vs. amici o scuola, triangolazione)

Ricerca di attenzione (negativa) (quindi dichiararsi 'trans' o 'non-binario')

sì / no

sì / no

sì / no

sì / no

sì / no

sì / no

sì / no

sì / no

sì / no

sì / no

sì / no

sì / no

sì / no

sì / no

sì / no

sì / no

sì / no

sì / no

sì / no

sì / no

### Trauma

Bullismo subito ora o in passato

Problemi a causa di genitori divorziati

Ansie adolescenziali

Storia di abuso sessuale

Esperienza di violenza fisica

sì / no

sì / no

sì / no

sì / no

sì / no

sì / no

sì / no

sì / no

sì / no

sì / no

### Immaturità, Problemi Sociali e Relazionali

Comportamento immaturo o infantile

Poca o nessuna esperienza con fidanzati

Riluttanza a toccare le persone (e potenziali partner)

Odio per l'eteronormatività (o, ad esempio, 'il patriarcato' se maschio)

Crederenze politiche estreme

sì / no

sì / no

sì / no

sì / no

sì / no

sì / no

sì / no

sì / no

sì / no

sì / no

### Problemi Psicologici

Qualsiasi diagnosi precedente di un disturbo (Basato sul DSM)

ADHD o ADD

Disturbo di Dismorfismo Corporeo (BDD) (insoddisfazione per parti del corpo)

Autolesionismo (come tagliarsi, graffiarsi, anoressia, bulimia...)

Paura dell'attaccamento

Ansie sessuali

Segni di tratti narcisistici (immagine di sé gonfiata o sindrome di Peter Pan)

Segni di tratti borderline (triangolazione, conflittualità, autolesionismo, minacce di abbandono)

Disturbo fittizio (ICD 6D50, DSM-5-TR 300.19) (possibile altro problema invece di trans)

Se femmina: Ostilità espressa verso uomini convenzionalmente maschili

Se maschio: Ostilità espressa verso donne convenzionalmente femminili

Transmaxxing<sup>37</sup>

Autoginefilia<sup>38</sup>, Feticismo Transvestitismo (una parafilia, nel DSM-5-TR 302.3 (F65.1))

Altre caratteristiche non specificate 1:

Altre caratteristiche non specificate 2:

Altre caratteristiche non specificate 3:

sì / no

sì / no

sì / no

sì / no

sì / no

sì / no

sì / no

sì / no

sì / no

sì / no

sì / no

sì / no

sì / no

sì / no

sì / no

sì / no

sì / no

sì / no

sì / no

sì / no

sì / no

sì / no

sì / no

sì / no

sì / no

sì / no

sì / no

sì / no

sì / no

sì / no

sì / no

sì / no

### Domanda per il clinico:

Per ogni voce contrassegnata come diversa dal punto di vista dei genitori sopra riportato, si prega di fornire la propria motivazione clinica per cui la valutazione differisce dalle osservazioni della famiglia.

<sup>37</sup> Il **Transmaxxing** è un fenomeno controverso in cui i maschi, principalmente provenienti da comunità online di "incel" (celibi involontari), perseguono la transizione di genere per ottenere vantaggi sociali percepiti piuttosto che per motivi legati al disagio di genere, come un miglior trattamento sociale o la fuga dalle pressioni sociali maschili.

<sup>38</sup> L'**autoginefilia (AGP)** è una **parafilia** caratterizzata dall'eccitazione sessuale al pensiero di essere una donna. Questa condizione può portare a esiti problematici se si ricorre a interventi chirurgici, poiché procedure come la castrazione comportano una diminuzione della libido, causando un significativo rimpianto. L'AGP rappresenta una condizione parafilica piuttosto che un'identità di genere, e il trattamento di affermazione del genere non è raccomandato (**Dr. Az Hakeem - DETRANS: When Transition Is Not the Solution**, ISBN 979-8862184549).

### Domande per lo specialista relative a questioni etiche e responsabilità

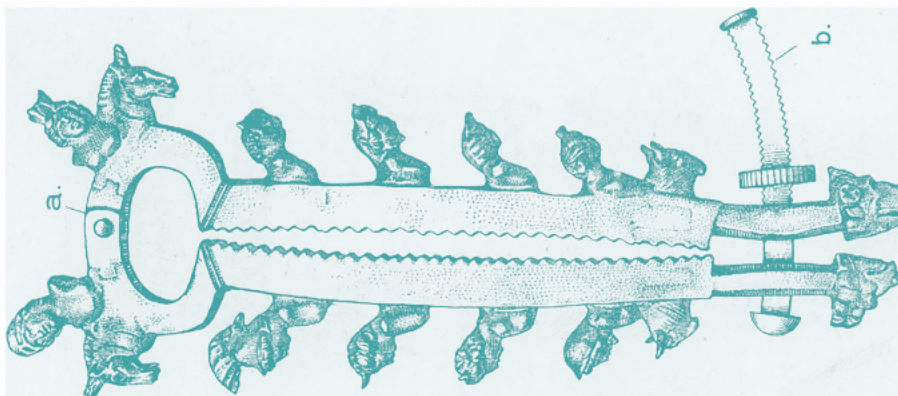
I protocolli attuali di cura affermativa di genere dimostrano una notevole assenza di linee guida cliniche riguardanti le implicazioni a lungo termine per le **relazioni intime** e la **funzione sessuale**. Questa omissione critica richiede un'attenzione urgente, in particolare dato che le procedure comportano modifiche fisiologiche permanenti.

1. Quale protocollo documentato utilizza la clinica per differenziare il disagio legato al genere da altre condizioni basate su criteri clinici obiettivi?
2. Come garantisce la clinica che gli interventi di modifica del corpo non danneggino il funzionamento intimo a lungo termine o altri aspetti cruciali della vita?
3. Quali criteri clinici convalidano il disagio legato al genere auto-riferito di una persona e quale supporto basato su evidenze giustifica questi interventi, dato che il disagio auto-riferito è soggettivo e non misurabile?
4. Si prega di fornire il protocollo per autorizzare interventi permanenti per il disagio legato al genere, in particolare quando interventi simili (ad esempio, MGF o amputazione volontaria) sono proibiti per altre condizioni legate al corpo. Qual è la giustificazione basata su evidenze per questa distinzione?
5. Quali protocolli stabiliscono la necessità medica e il consenso informato, soprattutto in assenza di dati sugli esiti a lungo termine?
6. 'In dubio abstine' (Quando in dubbio, astieniti) è un principio fondamentale nell'etica medica. La cura affermativa di genere è in linea con questo principio?
7. Si prega di leggere l'aneddoto del padre qui sotto. Stiamo affrontando una variante della 'Banalità del Male' di Hannah Arendt?
8. La chirurgia plastica generalmente aderisce al principio di preservare la forma naturale; ad esempio, non vengono aggiunte code, né vengono rimossi occhi per creare un ciclope. Questo standard etico si applica nel vostro protocollo? Chiediamo questo specificamente riguardo alle identità di genere non binarie, nullo\* ed eunuco\*. È etico e legale affrontare queste identità chirurgicamente?
9. È etico assistere le persone nel soddisfare i loro desideri se ciò porta a disgregazione sociale, come la rottura della famiglia o l'erosione dei diritti delle donne?
10. Date le sostanziali limitazioni nella convalida basata su evidenze per il modello affermativo di genere, è etico chiedere ai membri della famiglia di riporre fiducia in questo processo? Pensiero logico, si prega di rispondere

### Pensiero logico, per favore rispondere

11. Se l'identità di genere è sia innata che immutabile, come suggerisce la teoria di genere, ma include identità fluide, come possono essere ritenuti necessari gli interventi medici senza violare 'non nuocere' e 'in dubio abstine' dato questo paradosso intrinseco?
12. Cura affermativa di genere: se i genitali non definiscono il genere, come fa la loro rimozione ad affermarlo?

Queste domande mirano a chiarire il processo di ragionamento clinico e la documentazione a supporto dei protocolli di trattamento attuali.



### Padre che fa domande nella clinica olandese

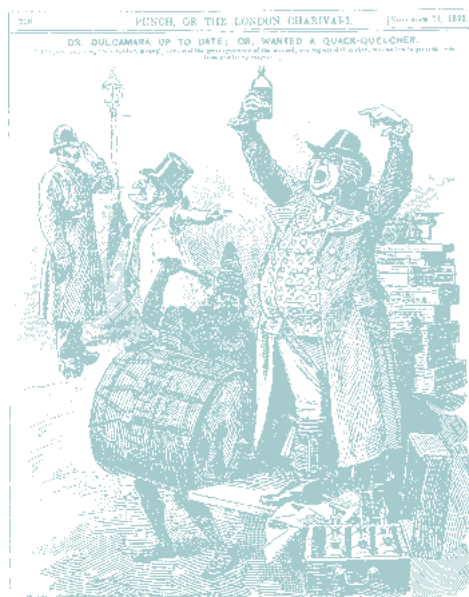
*“La conversazione con lo psicologo clinico è andata oltre la domanda su quale percentuale di persone che fanno la transizione sperimentano il rimpianto. Quella domanda è incompleta. La vera domanda dovrebbe essere se le persone hanno una qualità della vita migliorata attraverso le procedure di riassegnazione sessuale. Ed ecco la dichiarazione più sorprendente dello psicologo clinico: ‘La transizione non ti rende felice.’ Abbiamo risposto, ‘Eh? Allora perché lo facciamo?!’ Lo psicologo clinico ha ripetuto questa affermazione più volte durante la nostra conversazione. Siamo rimasti scioccati nel sentire questa ammissione così apertamente. Ancora non lo capiamo.”*

\*Un nullo è una persona a cui sono state rimosse tutte le caratteristiche sessuali: seno, genitali interni ed esterni, ma anche, ad esempio, capezzoli e ombelico. Nel caso più estremo, rimane solo l'apertura urinaria. L'identità eunuco è menzionata nel famigerato capitolo 9 del SoC8 del WPATH e nel Modello olandese di assistenza somatica ai transgender 2024, pagine 23-29. Si tratta di un feticismo sadomasochistico dei "tagliatori" e degli "aspiranti".

## 15 Domande Scientifiche per lo Specialista

La notevole lista di Levine, citata a pagina 10, solleva **14 domande scientifiche cruciali**. Queste domande possono aiutare i genitori a impegnarsi in una conversazione critica e costruttiva con gli specialisti riguardo alle ipotesi alla base del modello di cura affermativa di genere.

1. È scientificamente provato che un'identità trans, una volta stabilita, sia veramente immutabile e inalterabile per tutta la vita?
2. Quali prove supportano l'idea che le identità trans siano principalmente causate da fattori biologici prenatali? Questa teoria potrebbe semplificare eccessivamente una questione complessa?
3. Come si può affermare che l'orientamento sessuale e l'identità di genere siano completamente indipendenti, quando i modelli di sviluppo spesso suggeriscono che sono interconnessi? La medicalizzazione precoce non limita la scoperta dell'omosessualità?
4. È ragionevole presumere che nessuna forma di identità di genere possa mai riflettere un problema psicologico sottostante?
5. Come si può affermare che la disforia di genere sia una condizione medica grave, ma il trattamento sia necessario solo se il paziente lo desidera?
6. Le sfide emotive affrontate dai bambini con disforia di genere sono interamente causate dalla discriminazione, o potrebbero contribuire altri fattori psicologici preesistenti?
7. Perché si afferma spesso che non esistono alternative efficaci alla cura affermativa quando esistono altri approcci?
8. È etico equiparare tutte le forme di psicoterapia per la disforia di genere alla terapia di conversione, e tale terapia dovrebbe essere universalmente vietata? La transizione medica non è una conversione del corpo sessuale?
9. Su quali basi scientifiche si afferma che la cura affermativa porta a miglioramenti duraturi nella salute mentale e nel funzionamento sociale?
10. Esistono prove credibili che la cura affermativa riduca l'ideazione suicidaria e prevenga il suicidio a lungo termine, soprattutto alla luce degli studi che mostrano tassi elevati di suicidio tra gli adulti post-chirurgia?
11. Come possiamo essere sicuri che gli adolescenti sappiano cosa porterà loro felicità a lungo termine, dato i cambiamenti di sviluppo e cognitivi che stanno ancora attraversando?
12. Soddisfare i criteri diagnostici per la disforia di genere garantisce un buon risultato con la cura affermativa, o ci sono casi in cui non lo fa?
13. Se il rimpianto e la detransizione sono rari, perché le segnalazioni di detransizione stanno diventando più frequenti, e le definizioni attuali di "rimpianto" potrebbero essere troppo ristrette per catturare l'intero quadro?
14. Come può la clinica giustificare l'uso di una diagnosi DSM, che per definizione è un'istantanea, come base per modifiche corporee permanenti e irreversibili?
15. Le 14 domande sopra riassumono le affermazioni fondamentali riguardanti la cura affermativa. Se le idee stesse sono false o scientificamente non supportate, come possiamo fidarci degli interventi basati su di esse?



# Alcuni Passi Importanti

## Scrivi la Storia e le Tue Opinioni sulla Questione

Raccomandiamo di organizzare i tuoi pensieri scrivendo una lettera dettagliata. Descrivi come è iniziata la situazione, delinea le caratteristiche comportamentali di tuo figlio e condividi la tua prospettiva su ciò che credi stia accadendo. Fornisci questa lettera sia alla clinica di genere che al tuo medico di base. **Invia una versione stampata tramite Raccomandata con Ricevuta di Ritorno per la documentazione ufficiale e invia anche una copia via e-mail per una comunicazione più rapida.**

## Segnala Segni di Vergogna, Comportamenti Problematici e Aspettative Irrealistiche

Se i risultati del sondaggio suggeriscono vergogna legata all'espressione di genere (o altri indicatori comportamentali problematici), la clinica di genere deve affrontare questa questione. Qualsiasi preoccupazione sollevata da te o da altri parenti dovrebbe portare a un seguito chiaro e logico, con una spiegazione dell'approccio della clinica. **La vergogna è fundamentalmente incompatibile con la medicalizzazione**, poiché può esacerbare il danno iatrogeno quando i cambiamenti fisici derivanti dagli interventi medici diventano evidenti. È cruciale che la persona superi i sentimenti di vergogna prima di procedere con ulteriori passi.

## Il Tuo Medico di Base è il Tuo Alleato

**Condividi le tue preoccupazioni con il tuo medico di base** in un documento scritto, supportato da fonti credibili che convalidano le tue preoccupazioni. La controversia medica in corso riguardante la cura affermativa di genere è ancora in evoluzione, e molti medici di base potrebbero non essere ancora completamente informati, spesso facendo affidamento sulla fiducia nelle cliniche—un fenomeno noto come la “catena di fiducia”. È tua responsabilità presentare le carenze della cura affermativa di genere che hai identificato nella letteratura. Inoltre, comunica con il tuo medico di base come ti senti riguardo al tuo trattamento come genitore all'interno della clinica, in particolare se le tue opinioni vengono ignorate, non prese sul serio, o se sei escluso dalle discussioni sulla cura di tuo figlio.

## Qual è il Livello di Conoscenza ed Esperienza dello Specialista?

**Fai una lista di domande e chiedi risposte scritte.** Chiedi allo specialista delle fonti che hai letto. Lo specialista ha esaminato anche questa letteratura? In caso contrario, cosa lo qualifica come esperto? Qual è il livello di conoscenza ed esperienza dello specialista?

## Richiesta alla Clinica di Genere di Consultare il Medico di Base

È consigliabile richiedere che la clinica consulti il medico di base per includere la sua prospettiva. **Se l'opinione del medico di base differisce da quella della clinica di genere, non dovrebbe essere respinta senza una spiegazione chiara e logica.** Fare questa richiesta incoraggia la clinica ad agire in modo trasparente e responsabile, aiutando a mitigare potenziali problemi legali in futuro.

## Invia Copie del Sondaggio al Tuo Medico di Base e alla Compagnia di Assicurazione

Raccomandiamo di condividere il sondaggio completato con il tuo **medico di base** e la compagnia di assicurazione per garantire che tutte le parti coinvolte siano ben informate sulle complesse questioni relative alla transizione medica. Poiché una diagnosi di Disforia di Genere non può essere misurata oggettivamente, è cruciale comunicare i risultati del sondaggio alla compagnia di assicurazione, specialmente se differiscono dall'autodiagnosi di tuo figlio. Questo assicura che la clinica sia tenuta a spiegare perché l'autodiagnosi ha la precedenza sulla prospettiva della famiglia e a giustificare perché gli interventi medici, che comportano rischi significativi per la salute, sono considerati l'unica soluzione praticabile. **Invia la lettera in versione stampata tramite Raccomandata con Ricevuta di Ritorno e inoltra anche via email per una consegna più rapida.**



## Entrare in un Campo Minato Legale

Una volta fatta una diagnosi, la dichiarazione clinica deve chiaramente confutare le preoccupazioni sopra menzionate. È essenziale che tutti i potenziali fattori che contribuiscono all'incongruenza di genere auto-riferita della persona ricevano un'indagine approfondita. Affrontare questi fattori potrebbe portare alla risoluzione delle preoccupazioni presentate e potenzialmente eliminare la necessità di interventi medici irreversibili.

Inoltre, deve essere dimostrato in che misura sono presenti condizioni coesistenti e perché non costituiscono un'ombra diagnostica.

Un'indagine accuratamente documentata che affronta le condizioni coesistenti è cruciale, soprattutto dato i drastici e irreversibili interventi eseguiti dalle cliniche. **Abbiamo chiari indizi che tali rapporti attualmente mancano, il che potrebbe portare a significativi problemi legali.** Le compagnie di assicurazione sembrano inconsapevoli di questi problemi. Una volta che ne saranno consapevoli, è probabile che vengano sollevate domande fondamentali per evitare rischi legali e finanziari. Inviare i risultati del nostro sondaggio alle compagnie di assicurazione aiuta a sensibilizzare.

Inoltre, non dobbiamo dimenticare che la conoscenza a lungo termine dei genitori e la loro vicinanza al figlio non sono riconosciute nel processo decisionale. Questo sistematico rifiuto del contributo dei genitori crea significative preoccupazioni medico-legali. **Come è possibile che le cliniche di genere respingano sistematicamente questa cruciale fonte di informazioni cliniche?**

Ora che questo sondaggio è disponibile, sorge la domanda su quando le impressioni dei genitori sono state considerate. Le cliniche possono dimostrare che ciò è stato fatto adeguatamente nei casi passati? E come si allineano le decisioni cliniche storiche con i risultati delle famiglie che hanno completato la nostra valutazione sistematica?

Si prevede che questo sondaggio creerà significative sfide per le cliniche di genere, soprattutto quando diventerà evidente che le impressioni dei genitori sono state sistematicamente ignorate. Non si può più sostenere che il contributo dei genitori sia irrilevante, in particolare ora che ci sono prove concrete del valore e dell'impatto delle nostre informazioni attraverso questo sondaggio e le vostre risposte collettive a queste domande.

Se la clinica desidera procedere con ulteriori trattamenti che coinvolgono farmaci e chirurgia, noi come genitori richiediamo che affrontiate ciascuna delle nostre domande punto per punto e inviate le vostre risposte all'indirizzo indicato di seguito.

## Dichiarazione dei Genitori

**Con questa dichiarazione, noi come genitori stiamo emettendo un chiaro avvertimento che riteniamo che il 'trattamento affermativo di genere' non debba procedere.**

Se la clinica invoca la privacy del paziente, inoltreremo questo documento al nostro medico di famiglia e alla compagnia di assicurazione. In questo modo, queste parti possono collaborare con la clinica per prendere una decisione ben ponderata. Ciò significa che tutte le parti condivideranno la responsabilità in caso di complicazioni post-trattamento, a meno che non consiglino anche di non trattare il paziente. È giusto, in caso di danno, che venga fornito un risarcimento e/o cure mediche ricostruttive a volontà del paziente.

Data:

Nome del Genitore/Familiare:

Firma del Genitore/Familiare:

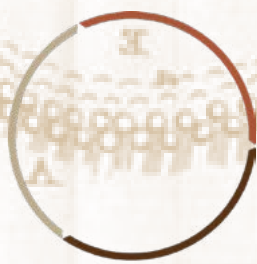
Indirizzo:



Sostenuto da

YPOMONI   
POUR UNE APPROCHE ÉTIQUE DES QUESTIONS DE GENRE

 GDSN



memoma  
**VÖORZIJ**  
voor vrouwen

 Genspect



 Genspect



**MATRIA**

**PARENTS**  
with INCONVENIENT  
TRUTHS about TRANS

  
GenerAzioneD



**BEYOND  
TRANS**



**LGB ALLIANCE**

*Stephanie Davies-Arai - Direttrice di Transgender Trend*

*“Ho passato quei primi anni a parlare con genitori che si trovavano in questa terribile posizione di non solo avere un vero problema con il loro adolescente, ma di avere tutto il mondo contro di loro e tutto il mondo che pensava che fossero bigotti.*

*E così normalmente, quando hai problemi adolescenziali, tuo figlio si coinvolge con la compagnia sbagliata, con le droghe, con l'alcol, con il sesso... Conosci tutti questi problemi adolescenziali... almeno hai il supporto della società intorno a te. Hai persone che hanno un po' di simpatia, alcune persone che ti incolpano, ma ricevi simpatia. Puoi parlare con i tuoi amici. Quindi stavo parlando con genitori che non potevano nemmeno parlare con i loro amici, perché avevano paura di essere chiamati bigotti o transfobici.”*

*Dr. Stephen B. Levine*

*“I genitori (di bambini identificati come trans) devono solo avere l'opportunità di parlare, condividere le loro opinioni. I professionisti della salute mentale devono aiutare i loro pazienti minorenni a parlare. Anche i pazienti molto intelligenti perché mancano di una profonda comprensione di se stessi. E naturalmente, mancano di una profonda comprensione degli altri. Non hanno vocabolari sufficienti per i fenomeni psicologici e, naturalmente, hanno limitate esperienze di vita con cui giudicare le proprie esperienze.*

*La stragrande maggioranza dei genitori con cui ho lavorato per oltre 50 anni ama profondamente il proprio figlio. Non sono i nemici del bambino. Che gli adolescenti percepiscano i genitori come nemici riflette la loro comprensione limitata e immatura.”*