



# GenerazioneD

Associazione culturale GenerazioneD  
Via privata del Gonfalone 3, 20123 Milano  
info@generazioneD.org

## **ESTRATTI DELLA CASS REVIEW (Final Report del 10/4/2024)** **SUDDIVISI PER ARGOMENTO**

Il numero di pagina si riferisce al documento originale scaricabile dalla pagina web  
<https://cass.independent-review.uk/home/publications/final-report/>

### DEFINIZIONI

#### **Incongruenza di genere**

“**Incongruenza di genere** è il termine utilizzato nell'undicesima revisione della classificazione internazionale delle malattie (ICD-11) (Organizzazione mondiale della sanità, 2022) per descrivere “una marcata e **persistente incongruenza tra il genere sperimentato da un individuo e il sesso assegnato**”. È stato spostato dal capitolo “Disturbi mentali e comportamentali” al capitolo “Condizioni legate alla salute sessuale” in modo che non sia percepito come un disturbo di salute mentale. Non include riferimenti alla disforia o alla disfunzione”<sup>1</sup> (pag. 18).

#### **Disforia di genere**

“**Disforia di genere** è il termine utilizzato nel Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, quinta edizione, revisione del testo (DSM-5-TR) (American Psychiatric Association, 2022). Nella definizione del DSM-5-TR **l'incongruenza di genere deve essere associata a disagio clinicamente significativo o compromissione della funzione**. I bambini più piccoli con incongruenza di genere potrebbero non soffrire di disforia, ma comunemente insorge o aumenta quando entrano nella pubertà”<sup>2</sup> (pag. 18).

“Disforia di genere **è il termine più comunemente usato** nelle pubblicazioni di ricerca, così come in contesti clinici”<sup>3</sup> (pag. 18).

#### **Bambino, adolescente e giovane adulto**

“Il termine **bambino** è usato per riferirsi ai bambini in età prepuberale e ai **giovani** per riferirsi ai minori di 18 anni che sono entrati nella pubertà. Il rapporto si riferisce anche agli **adolescenti** quando si parla delle fasi dello sviluppo del cervello, e sia agli adolescenti che ai giovani quando lo studio descritto utilizza questi termini. Per **giovani adulti** si intendono le persone di età compresa tra i 18 e i 30 anni”<sup>4</sup> (pag. 19).

## LA CARENZA DI DIBATTITO SCIENTIFICO

### La paura dei sanitari di discutere del tema

*“Ci sono pochi altri settori dell’assistenza sanitaria in cui i professionisti hanno così **tanta paura di discutere apertamente le proprie opinioni**, in cui le persone vengono diffamate sui social media e in cui gli insulti fanno eco al peggior comportamento di bullismo. Questo deve finire”<sup>5</sup> (pag. 13).*

### Polarizzazione e soffocamento del dibattito

*“**La polarizzazione e il soffocamento del dibattito non aiutano affatto i giovani** intrappolati nel mezzo di un discorso sociale tempestoso e, a lungo andare, ostacoleranno anche la ricerca essenziale per trovare il modo migliore per aiutarli a prosperare”<sup>6</sup> (pag. 13).*

## LINEE GUIDA

### Mancanza di linee guida basate sull’evidenza

*“Rispetto a molte linee guida è stato difficile individuare quali elementi di prova fossero stati esaminati, e come questi avessero influenzato la elaborazione delle loro raccomandazioni. Ad esempio, **la maggior parte delle linee guida riporta evidenze insufficienti** in merito a rischi e benefici dei trattamenti medicali degli adolescenti, in particolare nel lungo termine. **Ciò nonostante, molti hanno proceduto a citare quelle stesse linee guida come prova per raccomandare detti trattamenti medicali**”<sup>7</sup> (pag. 130).*

*“Data la **mancanza di linee guida basate sull’evidenza**, è imperativo che il personale che lavora all’interno dei servizi di genere del NHS sia consapevole dei limiti in relazione all’evidenza e **comprenda pienamente le conoscenze e le incognite**”<sup>8</sup> (pag. 28).*

### Linee WPATH prive di rigore

*“Le prime versioni di due linee guida internazionali, le linee guida pubblicate dalla Endocrine Society nel 2009, e **le linee guida della World Professional Association for Transgender Healthcare (WPATH) versione 7, hanno influenzato quasi tutte le altre linee guida**”<sup>9</sup> (pag. 130).*

*“Queste due linee guida sono anche strettamente interconnesse, **con il WPATH che, da un lato, adotta le raccomandazioni della Società Endocrina e, dall’altro, agisce come co-sponsor e fornisce input alle bozze delle linee guida della Endocrine Society**. Il WPATH 8 ha preso come riferimento a sostegno di alcune delle sue raccomandazioni molte linee guida nazionali e regionali, nonostante queste ultime fossero state in larga misura influenzate dal WPATH 7. I collegamenti tra le varie linee guida sono ben rappresentati nei grafici nel documento di valutazione delle linee guida (Hewitt et al., Linee guida 1: Valutazione)”<sup>10</sup> (pag. 130). “Questa **circularità di approccio** può spiegare perché ci sia stato un consenso apparente su aree chiave della pratica nonostante le prove fossero limitate”<sup>11</sup> (pag. 130).*

*“La World Professional Association of Transgender Healthcare (WPATH) è stata molto influente nel dirigere la pratica internazionale, sebbene **le sue linee guida siano state ritenute** dal processo di valutazione dell’Università di York **prive di rigore evolutivo**”<sup>12</sup> (pag. 28).*

*“WPATH ha commissionato una revisione sistematica... Tale revisione sistematica (Baker et al., 2021) ha rilevato che “la terapia ormonale era associata a una maggiore qualità della vita, a una diminuzione della depressione e a una diminuzione ansia”. Tuttavia, **la certezza di questa conclusione è limitata dall’alto***

**rischio di bias nella progettazione degli studi, dal fatto che il campione ha dimensioni piccole e dalla difficoltà di operare distinzioni rispetto agli altri interventi**". <sup>13</sup>(p. 131). **"Il resoconto del WPATH 8 sul trattamento medico per l'affermazione del genere per gli adolescenti non fa riferimento alla propria revisione sistematica..."**<sup>14</sup>(pag. 131).

### Linee guida raccomandabili

"La maggior parte delle linee guida [esaminate] ha ricevuto una valutazione positiva per quanto riguarda campo di applicazione e finalità, e **insoddisfacente per quanto concerne i parametri di rigore nella elaborazione, applicabilità e indipendenza editoriale**. Solo le linee guida finlandesi (Council for Choices in Healthcare in Finland, 2020) e le linee guida svedesi (Swedish National Board of Health and Welfare, 2022) hanno ottenuto un punteggio superiore alla soglia del 50% per rigore nella elaborazione"<sup>15</sup> (pag. 130).

"I risultati sollevano dubbi sulla qualità delle linee guida attualmente disponibili. **La maggior parte delle linee guida non ha seguito gli standard internazionali** per lo sviluppo delle linee guida e per questo motivo il gruppo di ricerca ha potuto **raccomandare solo due linee guida per la pratica: la linea guida finlandese pubblicata nel 2020 e la linea guida svedese pubblicata nel 2022**"<sup>16</sup> (pag. 27).

**"Solo le linee guida svedese e finlandese si distinguono** per collegare la mancanza di prove rigorose sulla efficacia dei trattamenti medicali alla raccomandazione che i trattamenti dovrebbero essere forniti nell'ambito di un quadro di ricerca o nell'ambito di una ricerca clinica. Sono inoltre **le uniche linee guida ad essere state sottoposte a una revisione etica** condotta come parte integrante del processo di elaborazione..."<sup>17</sup> (pag. 130).

"...La maggior parte delle linee guida non ha seguito gli standard internazionali per lo sviluppo delle linee guida (AGREE Next Steps Consortium, 2017). Pertanto, **solo le linee guida finlandesi (2020) e svedesi (2022) potrebbero essere raccomandate per l'uso nella pratica**"<sup>18</sup> (pag. 130).

"Le linee guida svedesi hanno adottato una posizione diversa rispetto al WPATH 8 basandosi su tre considerazioni:

- i mutamenti riferiti alla diffusione epidemici, e la mancata comprensione delle cause che conducono l'utenza a rivolgersi ai servizi di genere;
- la mancanza di dati chiari sulla frequenza con cui si verificano la detransizione o il rimpianto nei giovani adulti;
- una rivalutazione della base di prove attraverso una autonoma revisione sistematica, che ha dimostrato incertezza sulla valenza delle prove a favore dell'approccio affermativo. È stato inoltre notato che le linee guida precedenti si basavano molto più sull'opinione degli esperti piuttosto che su revisioni sistematiche delle prove.

Sulla base delle considerazioni di cui sopra, **le linee guida svedesi raccomandano che il trattamento medico segua i criteri originali olandesi e venga somministrato solo nell'ambito di un protocollo di ricerca o in circostanze eccezionali**"<sup>19</sup> (pag. 132).

## CRITICITÀ DEL MODELLO AFFERMATIVO

"I servizi per bambini e giovani con incongruenza di genere sono iniziati a metà degli anni '70 in Canada e nel 1987 nei Paesi Bassi. **È importante comprendere le prime popolazioni che hanno avuto accesso a questi servizi** per capire come siano cambiate negli anni più recenti"<sup>20</sup> (pag. 67).

"Il 'modello affermativo' è diventato successivamente dominante in molti paesi. Di conseguenza, **alcuni servizi di genere si sono allontanati da un approccio più esplorativo**, e questo è visto da alcuni gruppi di sostegno e advocacy come un passaggio a un modello di 'gatekeeping'<sup>21</sup> (pag. 70).

**"I risultati dello studio sull'intervento precoce non sono stati pubblicati in pre-print fino a dicembre 2020 (Carmichael et al., 2021). Non sono stati riportati cambiamenti statisticamente significativi nella disforia di genere o negli indicatori di salute mentale durante il blocco della pubertà e il 98% è passato agli ormoni mascolinizzanti o femminizzanti"**<sup>22</sup> (pag. 71).

**"La necessità di una revisione indipendente era chiara e motivata dalla situazione in continua evoluzione negli ultimi 10-15 anni: l'aumento esponenziale del numero di bambini e giovani che si rivolgono al SSN per chiedere aiuto, superando la capacità dei servizi di supportarli"**<sup>23</sup> (pag. 77).

"Gli ispettori della Care Quality Commission (CQC) hanno effettuato un'ispezione mirata e annunciata del GIDS a causa di preoccupazioni segnalate loro da professionisti sanitari e dal Commissario per l'infanzia inglese. **Le preoccupazioni riguardavano la pratica clinica, le procedure di salvaguardia e la valutazione della capacità dei pazienti di acconsentire al trattamento**"<sup>24</sup> (pag. 79).

"Il rapporto del CQC, pubblicato nel gennaio 2021 (CQC, 2021), ha attribuito al servizio un **giudizio complessivo di inadeguatezza**. Il rapporto ha evidenziato l'elevato livello di impegno e l'approccio premuroso del personale, ma ha individuato una serie di problemi che necessitavano di miglioramenti"<sup>25</sup> (pag. 79).

### Sperimentazione incauta

"Spesso ci vogliono molti anni prima che i risultati della ricerca fortemente positivi vengano incorporati nella pratica. Ci sono molte ragioni per questo. Il primo è che i medici possono essere cauti nell'implementare nuove scoperte, in particolare quando la loro esperienza clinica dice loro che l'approccio attuale che hanno utilizzato per molti anni è quello giusto per i loro pazienti. **Nel campo della cura di genere per i bambini è accaduto esattamente il contrario**"<sup>26</sup> (pag. 13).

### Pratica clinica avviata sulla base di un solo studio olandese

**"Sulla base di un singolo studio olandese, che suggeriva che i bloccanti della pubertà possono migliorare il benessere psicologico di un gruppo ristretto di bambini con incongruenza di genere, la pratica si è diffusa rapidamente in altri paesi"**<sup>27</sup> (pag. 13).

### Ormoni somministrati a adolescenti privi dei requisiti per riceverli

"Ciò è stato subito seguito da una maggiore disponibilità ad iniziare la terapia con ormoni mascolinizzanti/femminilizzati a metà dell'adolescenza e **dall'estensione di questo approccio a un gruppo più ampio di adolescenti che non avrebbero soddisfatto i criteri di inclusione dello studio olandese originale**. Alcuni professionisti hanno abbandonato i normali approcci clinici alla valutazione olistica, il che ha significato che questo gruppo di giovani è stato emarginato rispetto ad altri giovani con presentazioni altrettanto complesse. Meritano molto di meglio"<sup>28</sup> (pag. 13).

### Pratica clinica applicata a soggetti diversi da quelli studiati

**"La popolazione odierna è diversa da quella per la quale è stata sviluppata la pratica clinica, con una percentuale più elevata di femmine alla nascita che si presentano in età adolescenziale. Si tratta di un gruppo eterogeneo con condizioni concomitanti di ampia portata, che spesso includono bisogni complessi. Ciò deve riflettersi nei servizi offerti dal Servizio Sanitario Nazionale"**<sup>29</sup> (pag. 97).

## Scarsa qualità delle prove

"Il caso Bell contro Tavistock evidenzia la **natura controversa delle prove** relative ai fattori elencati sopra e alla comprensione necessaria affinché un bambino o un giovane possa acconsentire all'ingresso in un percorso ormonale"<sup>30</sup> (pag. 79).

"Si tratta di un'area in cui **le prove sono notevolmente deboli**, eppure i risultati degli studi sono esagerati o travisati da persone su tutti i fronti del dibattito per sostenere il loro punto di vista. **La realtà è che non disponiamo di prove attendibili sui risultati a lungo termine** degli interventi volti a gestire il disagio legato al genere"<sup>31</sup> (pag. 13).

"Quando è iniziata la revisione, **le prove di base, in particolare in relazione all'uso di bloccanti della pubertà e di ormoni mascolinizanti/femminilizzanti, si erano già dimostrate deboli**. C'era, e rimane, molta disinformazione facilmente accessibile online, con i lati opposti del dibattito che puntavano alla ricerca per giustificare una posizione, indipendentemente dalla qualità degli studi"<sup>32</sup> (pag. 20).

"Il programma di lavoro dell'Università di York ha dimostrato che **continua ad esserci una mancanza di prove di alta qualità in quest'area** e, purtroppo, come risulterà chiaro in questo rapporto, i tentativi di migliorare la base di prove sono stati vanificati dalla mancanza di cooperazione da parte dei servizi di genere per adulti"<sup>33</sup> (pag. 20).

"Permane una diversità di opinioni su come trattare al meglio questi bambini e giovani. **Le prove sono deboli e i medici ci hanno detto che non sono in grado di determinare con certezza** quali bambini e giovani acquisiranno un'identità trans duratura"<sup>34</sup> (pag. 22).

"**La nostra attuale comprensione degli impatti a lungo termine sulla salute degli interventi ormonali è limitata** e necessita di essere compresa meglio"<sup>35</sup> (pag. 22).

"La revisione sistematica degli interventi psicosociali ha rilevato che la **bassa qualità degli studi**, la scarsa descrizione dei dettagli dell'intervento e l'ampia variazione nei tipi di interventi esaminati, hanno fatto sì che **non fosse possibile determinare quanto fossero efficaci i diversi interventi** per i bambini e per i giovani che sperimentano disagio di genere"<sup>36</sup> (pag. 30).

"Un principio fondamentale della medicina clinica è che i trattamenti dovrebbero essere offerti **sulla base delle migliori prove disponibili**"<sup>37</sup> (pag. 47).

## Cambiamento demografico e questioni irrisolte

"Tuttavia, una domanda senza precedenti e un **cambiamento nella demografia dei giovani** che accedono ai servizi di genere hanno generato **una serie di questioni irrisolte**, una lunga lista di attesa e un modello di servizio insostenibile, non adatto a gestire la nuova popolazione"<sup>38</sup> (pag. 25)

"Mentre agli albori dei servizi di genere per bambini e giovani la maggior parte dei pazienti erano bambini in età pre-puberale, **tra il 2006 e il 2013** sia le cliniche di genere canadesi che quelle olandesi hanno riferito che **i pazienti adolescenti avevano superato i bambini** (Aitken et al., 2015)"<sup>39</sup> (pag. 89).

## Gruppo diverso rispetto a quello studiato

"La revisione ha esplorato le ragioni dell'aumento delle segnalazioni e il motivo per cui **questo aumento** è stato osservato in modo **sproporzionato nelle femmine** registrate alla nascita **che si presentano in età adolescenziale**, e le implicazioni di ciò per il servizio. **Si tratta di un gruppo diverso da quello esaminato da studi precedenti**"<sup>40</sup> (pag. 26).

*“Diversi paesi hanno segnalato un graduale **cambiamento del rapporto tra i sessi verso una prevalenza femminile** registrata alla nascita. Ulteriori dati provenienti da Canada e Paesi Bassi hanno mostrato che le segnalazioni di bambini di maschi registrati alla nascita erano ancora più numerose di quelle di femmine registrate alla nascita, **con un rapporto che cambiava nell’adolescenza**”<sup>41</sup> (pag. 89).*

*“Una spiegazione comune avanzata è che l'aumento della condizione è dovuto ad una maggiore accettazione. Sebbene sembri certamente vero che ci sia una maggiore accettazione delle identità trans, in particolare tra le generazioni più giovani, il che potrebbe spiegare in parte l'aumento dei numeri, **il cambiamento esponenziale nelle segnalazioni** in un arco di tempo particolarmente breve di cinque anni è **molto significativo**, più veloce di quanto ci si aspetterebbe per la normale evoluzione dell'accettazione di un gruppo minoritario. Anche **questo non spiega adeguatamente il cambiamento dai maschi registrati alla nascita alle femmine** registrate alla nascita, che è **diverso dalle rappresentazioni trans in qualsiasi periodo storico precedente**”<sup>42</sup> (pag. 26).*

## ADOLESCENTI E GIOVANI

### Gli adolescenti rappresentano la popolazione più ampia

*“Non sono solo i bambini e i giovani con disagio legato al genere a dover affrontare sfide emotive e sociali, ma **la popolazione più ampia degli adolescenti**”.* (pag. 15)

### Evoluzione del giovane fino a 25 anni e sviluppo cerebrale

*“La considerazione della cura del genere per i bambini e i giovani è diversa da quella per gli adulti. I bambini e **i giovani seguono una traiettoria di sviluppo che si protrae fino ai 25 anni** e questo deve essere tenuto in considerazione quando si pensa ai fattori determinanti dell'incongruenza di genere. **La comprensione dello sviluppo cerebrale** e delle fasi abituali dell'adolescenza è essenziale per capire come lo sviluppo dell'identità di genere si collega agli altri aspetti dello sviluppo adolescenziale”<sup>43</sup> (pag. 36-37).*

*“Esistono due periodi importanti nello sviluppo del cervello: il primo fino ai tre anni e il secondo **dall'adolescenza all'età adulta**”<sup>44</sup> (pag. 102).*

*“Un tempo si pensava che la maturazione del cervello terminasse nell'adolescenza, ma ora si comprende che **questo rimodellamento continua fino all'età di 25 anni** in quanto le diverse parti diventano più interconnesse e specializzate (Giedd, 2016)”<sup>45</sup> (pag. 102).*

### Il cervello sociale

*“Il “cervello sociale” è la rete delle aree del cervello coinvolte nella comprensione delle intenzioni, dei desideri e delle convinzioni degli altri. La lenta maturazione della corteccia prefrontale è una parte fondamentale di questa rete; quindi, ci sono cambiamenti considerevoli in queste capacità dall'adolescenza all'età adulta”<sup>46</sup> (pag. 104).*

*“Durante l'adolescenza **l'influenza dei coetanei aumenta, mentre quella dei genitori diminuisce**. La valutazione del proprio valore sociale e personale da parte degli adolescenti è fortemente influenzata da ciò che i loro coetanei pensano di loro. Gli studi hanno dimostrato che gli adolescenti sono ipersensibili all'isolamento sociale, tanto che **trovarsi d'accordo con i coetanei per evitare il rischio sociale, anche se ciò significa correre rischi sanitari e legali**, potrebbe essere visto come una scelta razionale in quanto riduce la possibilità di esclusione sociale (Blakemore, 2018)”<sup>47</sup> (pag. 104).*

## Generazione Z: Uso dei social media e salute mentale

“La generazione Z è la generazione in cui il numero di **ragazzi che cercano supporto al NHS per problemi di identità di genere** è cresciuto, è quindi importante capire le loro esperienze ed influenze”<sup>48</sup> (pag. 106).

“A livello internazionale, **ci sono crescenti preoccupazioni sulla salute mentale della generazione Z**. Le ragioni sono altamente speculative, sebbene sia in corso un dibattito sul contributo **dell'uso eccessivo degli smartphone e dei social media...**” (pag. 110).

“Il Millennium Cohort Study (MCS) è uno studio prospettico di un gruppo rappresentativo a livello nazionale condotto nel Regno Unito su bambini nati in 19.244 famiglie tra settembre 2000 e gennaio 2002. Uno studio (Kelly et al., 2018) ha utilizzato questi dati per esaminare la relazione tra l'uso dei social media e la salute mentale dei quattordicenni all'interno del gruppo”<sup>49</sup> (pag. 109).

“In media, **le ragazze avevano punteggi più alti relativi ai sintomi depressivi rispetto ai ragazzi**. Le molestie online, la scarsa qualità e quantità del sonno, la scarsa autostima e **l'immagine corporea erano tutti fortemente associati ai punteggi dei sintomi depressivi**”<sup>50</sup> (pag. 109).

“**Man mano che l'uso dei social media è aumentato da 0 a 5 o più ore al giorno, si è verificato un aumento graduale dei punteggi dei sintomi depressivi e della percentuale di giovani con sintomi clinicamente rilevanti** (Kelly et al., 2018)”<sup>51</sup> (pag. 110).

“Una revisione sistematica di 20 studi ha rilevato che **l'uso dei social media era associato a preoccupazioni sull'immagine corporea e a disturbi alimentari** (Holland & Tiggermann, 2016). Numerosi altri studi **implicano l'uso di smartphone e social media nel disagio mentale e nella suicidalità** tra i giovani, in particolare le ragazze, con una chiara relazione dose-risposta (Abi-Jaoude et al., 2020); ovvero, maggiore è il numero di ore trascorse online maggiore è l'effetto. Gli effetti di mediazione dei social media sulla scarsa qualità del sonno, sulla scarsa immagine corporea e sul cyberbullismo sono temi comuni in gran parte della letteratura”<sup>52</sup> (pag.110).

“Il sorprendente **aumento di giovani che presentano incongruenza/disforia di genere deve essere considerato nel contesto di scarsa salute mentale e disagio emotivo** tra la popolazione adolescenziale più ampia, in particolare considerati gli alti tassi di coesistenti problemi di salute mentale e neurodiversità”<sup>53</sup> (pag.110).

### La salute mentale dopo il Covid

“La prevalenza di **"probabili disturbi di salute mentale" nei bambini di età compresa tra 8 e 16 anni è aumentata dal 12,5% nel 2017 al 20,3% nel 2023**. Nei giovani di età compresa tra 17 e 19 anni, i tassi sono aumentati dal 10,1% nel 2017 al 23,3% nel 2023 (NHS digital, 2023)”<sup>54</sup> (pag. 111).

“**L'aumento delle visite alle cliniche di genere è in una certa misura parallelo a questo deterioramento della salute mentale dei bambini e degli adolescenti**. I problemi di salute mentale sono aumentati sia nei ragazzi che nelle ragazze, ma sono stati più evidenti nelle ragazze e nelle giovani donne. Oltre alla crescente prevalenza di depressione e ansia, **dopo la pandemia di Covid-19** sono aumentate le manifestazioni di disturbi alimentari e autolesionismo (Trafford et al., 2023)”<sup>55</sup> (pag. 111).

“Molti giovani con disforia di genere presentano combinazioni delle condizioni di cui sopra. A volte le condizioni associate sono antecedenti alla disforia di genere e talvolta la seguono. **La complessa interazione tra questi problemi non è ancora ben compresa**”<sup>56</sup> (pag. 112).

## Variabilità e transitorietà dell'identità di genere

“Il senso di identità dei giovani **non è sempre fisso** e può evolversi nel tempo”<sup>57</sup> (pag. 21).

“Quando l'uso dei bloccanti della pubertà fu introdotto dalla clinica olandese, la popolazione target era costituita da pazienti con incongruenza di genere fin dall'infanzia. Prima dell'introduzione dei bloccanti della pubertà, l'esperienza clinica di quel gruppo suggeriva che, **sebbene nella stragrande maggioranza l'incongruenza di genere si risolvesse con la pubertà**, per coloro che persistevano fino alla pubertà, era più probabile un'identità transgender a lungo termine”<sup>58</sup> (pag. 177).

“**Una diagnosi formale di disforia di genere** è spesso citata come prerequisito per accedere al trattamento ormonale. Tuttavia, **non predice in modo affidabile** se quel giovane avrà in futuro un'incongruenza di genere di lunga data, o se l'intervento medico sarà l'opzione migliore per lui. **A seconda di cosa ha causato il disagio o la disforia, il problema può essere risolto con un trattamento medico, ma può anche essere risolto in altri modi**”<sup>59</sup> (pag. 193).

“Come esposto nella sezione **sullo sviluppo del cervello, la maturazione continua fino ai 25 anni di una persona**, e durante questo periodo il genere e l'identità sessuale possono continuare ad evolversi, insieme all'esperienza sessuale. **È probabile che le priorità e le esperienze durante questo periodo cambino** e ciò si riflette nelle differenze nel feedback dei giovani adulti rispetto agli adolescenti. Inoltre, la Revisione ha ascoltato le testimonianze di giovani adulti e genitori sui **giovani che si sentivano sicuri di un'identità di genere binaria durante l'adolescenza e poi diventavano più fluidi nella giovane età adulta o tornavano al genere registrato alla nascita**”<sup>60</sup> (pag. 193).

“Per queste ragioni, molti medici con cui la Review ha parlato a livello nazionale e internazionale hanno affermato di **non essere in grado di prevedere in modo affidabile** quali bambini/giovani avranno successo nella transizione e quali potrebbero pentirsi o effettuare la detransizione in un secondo momento”<sup>61</sup> (pag. 194).

## L'approccio ai servizi sanitari

“I giovani che hanno partecipato ai focus group e allo studio di ricerca qualitativa hanno descritto come la mancanza di comunicazione e supporto in attesa di servizi specialistici li ha costretti a svolgere le proprie ricerche. **Avevano spesso già deciso di cosa avevano bisogno** nel momento in cui venivano visti dal GIDS e **avevano già adottato misure** per gestire come si sentivano, inclusa la transizione sociale”<sup>62</sup> (pag. 200).

“Le narrazioni genitoriali e personali descrivevano bambini e giovani che presentavano più di un problema, ma **i servizi** (ad esempio GIDS, CAMHS, medicina generale) **si occupavano di ogni questione in modo isolato, senza considerare l'impatto delle diverse questioni l'una sull'altra**. Ciò può includere l'impatto della neurodivergenza o problemi significativi di salute mentale, inclusa una storia passata di disturbi alimentari, esperienze di perdita e/o traumi e bullismo”<sup>63</sup> (pag. 200).

“I genitori hanno descritto come l'assenza di supporto dopo l'invio li ha lasciati preoccupati e frustrati, senza sapere dove trovare aiuto. Lo studio qualitativo dell'Università di York ha rilevato che: **“I genitori esprimono continue incertezze e dubbi su cosa fosse meglio per i loro figli. Si preoccupano di sbagliare. Si preoccupano anche della misura in cui i servizi riescono a comprendere i loro figli e a rispondere in modo appropriato”**”<sup>64</sup> (pag. 200).

## I consigli dei giovani adulti

“Mentre alcuni giovani possono sentire l'urgenza di effettuare la transizione, **i giovani adulti che guardano indietro** a quando erano più giovani, spesso **consigliano di rallentare**”<sup>65</sup> (pag. 21).

## POSSIBILI CAUSE DELL'INCONGRUENZA

**“Esiste un ampio consenso sul fatto che l'incongruenza di genere sia il risultato di una complessa interazione tra fattori biologici, psicologici e sociali. Si ritiene che questo modello "biopsicosociale" di causalità tenga conto di molti aspetti dell'espressione e dell'esperienza umana, tra cui l'intelligenza, l'abilità atletica, l'aspettativa di vita, la depressione e le malattie cardiache”**<sup>66</sup> (pag. 121).

**“In alcuni bambini e giovani con incongruenza di genere, fattori "innati" o biologici possono svolgere un ruolo in modi che non sono ancora compresi, e in altri i fattori psicosociali, comprese le esperienze di vita, le influenze sociali e culturali, possono essere più importanti. Poiché i fattori biologici non sono cambiati negli ultimi 10 anni, è necessario esaminare altre possibili ragioni per l'aumento dei casi e la rappresentanza sproporzionata di persone nate femmine”**<sup>67</sup> (pag.117).

**“Sono state avanzate diverse spiegazioni per l'aumento di persone, prevalentemente nate femmine, che si presentano ai servizi di genere nella prima adolescenza, spesso con situazioni complesse e/o ulteriori problemi di salute mentale e/o neurodiversità:**

- **Accettazione sociale:** la tesi è che una maggiore accettazione delle identità transgender ha permesso ai giovani di fare coming out più facilmente e l'aumento del numero ora riflette la reale prevalenza dell'incongruenza di genere all'interno della società
- **Cambiamenti nei concetti di genere e sessualità:** questi potrebbero includere un cambiamento nelle espressioni della sessualità rispetto al genere e uno spettro di espressione più ampio (ad esempio, identità di genere non binarie o altre che sono più comuni nelle persone nate femmine)
- **Manifestazione di problemi di salute mentale più ampi:** ad esempio, così come il disagio può manifestarsi attraverso disturbi alimentari o depressione, potrebbe manifestarsi anche attraverso il disagio legato al genere.
- **Influenza dei pari e socio-culturale:** ad esempio, l'influenza dei media e il cambiamento delle percezioni generazionali. Questa è potenzialmente la spiegazione più contestata, poiché il termine “contagio sociale” causa particolare disagio ad alcuni nella comunità trans.
- **Disponibilità di bloccanti della pubertà:** il cambiamento nella traiettoria della curva di riferimento in molti paesi ha coinciso con l'implementazione dell'approccio olandese, iniziato prima nei Paesi Bassi e poi adottato in modo simile in altri paesi<sup>68</sup> (pag.117)

### Accettazione sociale

**“Sebbene sia certamente vero che vi è una maggiore accettazione delle identità trans, in particolare tra la Generazione Z, e questo potrebbe spiegare in parte l'aumento dei numeri, questa non è una spiegazione adeguata al fenomeno complessivo. Gli argomenti che contrastano questa spiegazione includono:**

- **l'aumento esponenziale del numero, in un arco di tempo di 5 anni, è molto più rapido** di quanto ci si aspetterebbe per la normale evoluzione dell'accettazione di un gruppo minoritario;
- il **rapido aumento del numero** di coloro che si rivolgono ai servizi di genere **tra le popolazioni occidentali;**
- il **cambiamento nella prevalenza dai maschi alla nascita alle femmine.** Il profilo attuale dei casi transgender è diverso da quello di qualsiasi periodo storico precedente;
- le **forti differenze nei numeri** di coloro che si identificano come transgender e non binari e si presentano ai servizi di genere nella generazione Z e nei Millennial **più giovani rispetto a quelli di età superiore ai 25-30 anni.** Ci si aspetterebbe che anche gli anziani mostrino qualche segnale di disagio riguardo al proprio genere, anche se si sentono incapaci di “fare coming out”;
- **l'incapacità di spiegare l'aumento dei casi complessi”**<sup>69</sup> (pag.118).

## Cambiamenti nei concetti di genere e sessualità

*“Il rapporto tra sessualità e identità di genere è complesso e controverso. Un'identità transgender non determina la sessualità di un individuo. Tuttavia, nel contesto della Review, **è importante considerare la relazione tra identità sessuale e identità di genere dato che la sessualità contribuisce al senso di identità di una persona ed entrambe possono essere fluide durante l'adolescenza**”<sup>70</sup> (pag.118).*

*“In uno studio dettagliato su giovani con ASD (Disturbi dello spettro autistico) e disforia di genere (de Vries et al., 2010), è stato notato che “mentre quasi tutti gli adolescenti con GID [disforia dell'identità di genere] sono sessualmente attratti da individui del loro sesso alla nascita, **la maggior parte degli adolescenti disforici di genere con ASD sono sessualmente attratti da partner dell'altro sesso**”<sup>71</sup> (pag.118).*

*“È comune in adolescenza provare attrazione per lo stesso sesso e non conformarsi agli stereotipi di genere. Per dare un senso a questi sentimenti, i giovani si trovano ora a doversi destreggiare in **un'interazione sempre più complessa tra sesso e genere**”<sup>72</sup> (pag. 119).*

*“In realtà, per ogni singolo giovane, **ci saranno diverse influenze socio-culturali che impattano la sua comprensione sia del proprio genere** che della propria identità sessuale, e questa è un'area che merita una migliore esplorazione e comprensione”<sup>73</sup> (pag. 119).*

## Manifestazione di sfide più ampie per la salute mentale

*“La popolazione indirizzata alle cliniche di genere presenta **tassi elevati di diagnosi di salute mentale, neurodiversità ed esperienze infantili avverse** (ACE)”<sup>74</sup> (pag. 119).*

*“I primi audit e **ricerche suggeriscono che le ACE sono un fattore predisponente**. Ciò è stato dimostrato fin dal primo audit del servizio di identità di genere (GID) (Di Ceglie et al., 2002) e nella revisione sistematica (Taylor et al: Caratteristiche del paziente)”<sup>75</sup> (pag.119).*

*“È probabile che l'associazione sia complessa e bidirezionale - vale a dire, **in alcuni individui, precedenti problemi di salute mentale (come ansia, depressione, disturbo ossessivo compulsivo, disturbi alimentari), possono comportare incertezza sull'identità di genere** e quindi contribuire alla presentazione di un disagio di identità di genere. In tali circostanze, **il trattamento del disturbo di salute mentale e il rafforzamento del senso di sé di un individuo possono aiutare** ad affrontare alcune questioni relative all'identità di genere. Per altri individui, il disagio legato al genere può essere la preoccupazione principale e **convivere con questo disagio può essere la causa di successivi problemi di salute mentale**. Inoltre, entrambi i gruppi di condizioni possono essere associati e influenzati da altri fattori, comprese esperienze di neurodiversità e traumi”<sup>76</sup> (pag.119-120).*

## Influenze dei social media

*“I giovani che si interrogano sul genere e i loro genitori hanno parlato alla Review di **informazioni online che descrivono il normale disagio adolescenziale come un possibile segnale di essere trans** e che **particolari influencer hanno avuto un impatto sostanziale sulle convinzioni dei loro figli** e sulla comprensione del loro genere”<sup>77</sup> (pag.120).*

*“I focus group della Review con giovani con disagi di genere hanno rilevato che **i giovani faticano a trovare fonti di informazione affidabili, preferendo account di social media con esperienze vissute** rispetto ai principali mezzi di informazione”<sup>78</sup> (pag.120).*

“Nella tarda infanzia e nella prima pubertà, l'esperienza online può avere un effetto sul senso di sé e sulle aspettative della pubertà e del genere”<sup>79</sup> (pag.122).

“I dati sulla salute mentale dei giovani, sull'uso dei social media e sull'aumento dei rischi associati ai danni online consentono di apprezzare e comprendere che attraversare l'adolescenza è sempre più difficile, con fattori di stress che le generazioni precedenti non hanno dovuto affrontare. Questo può essere un momento in cui il disagio mentale può presentarsi attraverso manifestazioni fisiche come disturbi alimentari o disturbi di dismorfismo corporeo. È probabile che per alcuni giovani ciò si presenti come disagio legato al genere”<sup>80</sup>(pag.122).

### Influenze dei pari

“L'influenza dei pari in questa fase della vita è molto potente. Oltre all'influenza dei social media, la Review ha ascoltato resoconti di studentesse che stringono intense amicizie con altri studenti che si interrogano sul genere o transgender a scuola, e poi si identificano come trans” (pag.122).

“La pubertà è un periodo intenso di rapidi cambiamenti e può essere un processo difficile, in cui i giovani sono vulnerabili a problemi di salute mentale, in particolare le ragazze. Cambiamenti ed esperienze corporali indesiderati possono essere scomodi per tutti i giovani, ma questo può essere particolarmente angosciante per i giovani neurodiversi che potrebbero avere difficoltà con i cambiamenti sensoriali”<sup>81</sup> (pag.122).

### Disponibilità di bloccanti della pubertà

“Il drammatico aumento delle visite alle cliniche di genere del NHS a partire dal 2014, così come in molti altri paesi, ha coinciso con la disponibilità dei bloccanti della pubertà fuori protocollo e per un gruppo più ampio di giovani. L'unico paese con una precedente accelerazione nei casi è l'Olanda, dove è stato sviluppato il protocollo olandese”<sup>82</sup> (pag.120).

“Non è possibile attribuire causalità in nessuna delle due direzioni a questa associazione, ma resta la possibilità che una soglia più bassa per la medicalizzazione abbia avuto un'influenza sul numero di giovani che richiedono questo intervento”<sup>83</sup>(pag.120).

## CONDIZIONI CONCOMITANTI

### DSA, ADHD e problemi di salute mentale

“Oltre al cambiamento nei numeri di riferimento, nel rapporto tra i sessi e nelle identità di genere, il personale clinico che lavora nei GIDS e in altri servizi di genere a livello internazionale ha segnalato un cambiamento nei casi che si presentano. Gli adolescenti in particolare sembrano avere presentazioni più complesse, con maggiori bisogni psicosociali e di salute mentale, nonché diagnosi aggiuntive di DSA e/o disturbo da deficit di attenzione e iperattività (ADHD)”<sup>84</sup> (pag. 90).

“Questa coorte di giovani dovrebbe essere considerata anche nel contesto di un gruppo più ampio di adolescenti con manifestazioni complesse che chiedono aiuto al Servizio Sanitario Nazionale. Negli ultimi dieci anni si è verificato un aumento sostanziale dei tassi di problemi di salute mentale nei bambini e negli adolescenti in tutto il Regno Unito, con un aumento di ansia e depressione più evidente nelle ragazze adolescenti e un aumento dei giovani che presentano altre manifestazioni fisiche di disagio; per esempio, disturbi alimentari, tic e disturbo di dismorfismo corporeo”<sup>85</sup> (pag. 27).

“Alcuni studi di ricerca hanno suggerito che **gli individui transgender e di genere diverso hanno da tre a sei volte più probabilità di essere autistici** rispetto agli individui cisgender, dopo aver tenuto conto dell'età e del livello di istruzione (Warrier et al., 2020)<sup>86</sup> (pag. 93).

“Nonostante siano spesso molto eloquenti, intelligenti e competenti in molti ambiti, i giovani autistici hanno difficoltà con la comunicazione sociale e le relazioni tra pari, il che può rendere difficile per loro sentirsi accettati e "adattarsi"<sup>87</sup> (pag. 93).

“Le difficoltà con l'interocezione (dare un senso a ciò che accade nel loro corpo) e l'alessitimia (riconoscere ed esprimere le proprie emozioni) possono talvolta rendere **difficile per questi giovani esprimere come si sentono riguardo** alle loro sensazioni interne, **alla loro identità di genere** e alla loro identità sessuale<sup>88</sup> (pag. 93).

### Comorbilità ed esperienze infantili avverse

“Tra i casi segnalati si riscontra una maggiore complessità delle manifestazioni con **alti livelli di neurodiversità e/o problemi di salute mentale concomitanti** e una prevalenza più elevata rispetto alla popolazione generale di **esperienze infantili avverse e di bambini assistiti**<sup>89</sup> (pag. 26).

### Depressione, ansia e disturbi alimentari

“Tra gli studi identificati nella revisione sistematica (Taylor et al: Caratteristiche del paziente) **quasi il 50% riportava dati su depressione e/o ansia e quasi il 20% riportava altri problemi di salute mentale**. In breve, i tassi di **depressione, ansia e disturbi alimentari** erano più alti nella popolazione indirizzata alle cliniche di genere rispetto alla popolazione generale<sup>90</sup> (pag. 91).

## TRANSIZIONE SOCIALE

### Transizione sociale e percorso medico

“La revisione sistematica non ha mostrato prove chiare che la transizione sociale nell'infanzia abbia esiti positivi o negativi sulla salute mentale, e prove relativamente deboli di eventuali effetti nell'adolescenza. Tuttavia, **coloro che avevano effettuato la transizione sociale** in età più precoce e/o prima di essere visitati in clinica avevano **maggiori probabilità di procedere a un percorso medico**<sup>91</sup> (pag. 31).

### Influenza sull'identità di genere

“Pertanto, il sesso di allevamento sembra avere una certa influenza sull'eventuale risultato di genere, ed è **possibile che la transizione sociale durante l'infanzia possa cambiare la traiettoria dello sviluppo dell'identità di genere** per i bambini con incongruenza di genere precoce<sup>92</sup> (pag. 32).

### La transizione a scuola

“...**l'importanza di ciò che accade a scuola non può essere sottovalutata**; questo vale per tutti gli aspetti della salute e del benessere dei bambini. Le scuole sono alle prese con il modo in cui dovrebbero rispondere quando un alunno afferma di voler effettuare la transizione sociale nel contesto scolastico. Per questo motivo, **è importante che l'orientamento scolastico sia in grado di utilizzare alcuni dei principi e delle evidenze emerse dalla Revisione**<sup>93</sup> (pag. 158).

“Numerose linee guida raccomandano che **la transizione sociale venga inquadrata in modo tale da garantire che i bambini possano riconsiderare o riconcettualizzare i loro sentimenti di genere** man mano che invecchiano”<sup>94</sup> (pag. 158).

### L'accusa ai genitori

“Tuttavia, la Revisione ha ascoltato le **preoccupazioni di molti genitori riguardo al fatto che i loro figli subissero una transizione sociale e si affermassero nel loro genere espresso senza il coinvolgimento dei genitori**. Si trattava prevalentemente di casi in cui un adolescente aveva fatto coming out a scuola, ma aveva espresso preoccupazione su come avrebbero potuto reagire i suoi genitori. Ciò ha creato una posizione contraddittoria tra genitore e figlio in cui **alcuni genitori si sono sentiti “costretti” ad affermare l'identità presunta del loro bambino o rischiano di essere dipinti come transfobici e/o non solidali**”<sup>95</sup> (pag. 160).

### Nessuna affermazione del WPATH 8 è supportata

“**La guida del WPATH 8** è passata da un approccio di “vigile attesa” per i bambini a una posizione di **sostegno alla transizione sociale** come modo per migliorare la salute mentale dei bambini”<sup>96</sup> (pag. 158).

“C'è stato uno spostamento nelle raccomandazioni tra il WPATH 7 (2012), che **era più cauto riguardo alla transizione sociale**, e il WPATH 8 (2022) che sostiene la transizione sociale durante l'infanzia”<sup>97</sup> (pag. 163).

“**WPATH 8 giustifica questo cambiamento di posizione** sulla base del fatto che esistono ulteriori prove a riguardo: miglioramento dei risultati in termini di salute mentale con la transizione sociale, che la fluidità dell'identità non è una giustificazione sufficiente per non effettuare la transizione sociale e che non consentire a un bambino di effettuare la transizione sociale può essere dannoso”<sup>98</sup> (pag. 163).

“Tuttavia, **nessuna delle affermazioni del WPATH 8 a favore della transizione sociale nell'infanzia è supportata dai risultati della revisione sistematica** dell'Università di York (Hall et al: Social Transition)”<sup>99</sup> (pag. 163).

### Molte incognite sugli effetti

“Data la debolezza della ricerca in questo settore, **rimangono molte incognite sull'impatto della transizione sociale**. In particolare, non è chiaro se alteri la traiettoria dello sviluppo di genere e quale impatto a breve e lungo termine ciò possa avere sulla salute mentale”<sup>100</sup> (pag. 163).

“**Non è possibile attribuire causalità in nessuna direzione dai risultati di questi studi**. Ciò significa che non è noto se i bambini che hanno persistito fossero quelli con l'incongruenza più intensa e quindi con maggiori probabilità di transizione sociale, o se la transizione sociale abbia consolidato l'incongruenza di genere”<sup>101</sup> (pag. 163).

### Transizione sociale parziale con assistenza sanitaria

“Raccomandazione 4: Quando le famiglie/tutori prendono **decisioni sulla transizione sociale dei bambini in età prepuberale**, i servizi dovrebbero garantire che possano essere **visitati il più presto possibile da un professionista clinico** con esperienza in materia”<sup>102</sup> (pag. 32).

“Il clinico dovrebbe aiutare le famiglie a riconoscere la normale variazione evolutiva nel comportamento e nell'espressione del ruolo di genere. **Evitare decisioni premature e considerare una transizione parziale** piuttosto che completa può essere un modo per garantire flessibilità e **mantenere aperte le opzioni finché la traiettoria di sviluppo non diventa più chiara**”<sup>103</sup> (pag. 163).

## I BLOCCANTI DELLA PUBERTÀ

### Teoria elaborata da medico senza esperienza clinica sui bambini

“La pratica di sospendere la pubertà allo stadio Tanner 2 è stata avviata nei Paesi Bassi e successivamente adottata nel Regno Unito e a livello internazionale. **L'idea si basava su una teoria della dottoressa Peggy Cohen-Kettenis, la cui esperienza clinica iniziale riguardava l'assistenza agli adulti.** Il rationale era che interrompere precocemente la pubertà avrebbe aiutato i giovani a “passare” meglio nell'età adulta e a “prolungare il periodo diagnostico” guadagnando tempo per riflettere”<sup>104</sup> (pag. 173).

### Assenza di sperimentazione farmacologica rigorosa

**“È sorprendente che il nuovo utilizzo di un farmaco per questo scopo non richieda una sperimentazione farmacologica più rigorosa.** Ciò è dovuto al modo in cui i farmaci vengono autorizzati e possono essere utilizzati off-label”<sup>105</sup> (pag. 173).

“Gli ormoni GnRH (definiti bloccanti della pubertà nel trattamento dei giovani) sono autorizzati per i pazienti con pubertà precoce (cioè bambini che entrano nella pubertà troppo presto), nonché per il trattamento in pazienti adulti di alcuni tumori solidi e alcuni tumori ginecologici”<sup>106</sup> (pag. 173). **“Molti farmaci non sono autorizzati per l'uso nei bambini, ma possono comunque essere somministrati loro in tutta sicurezza.** Questo perché gli studi per testare la sicurezza sono stati condotti solo sugli adulti, quindi l'uso è solo consentito agli adulti. In queste circostanze il farmaco viene solitamente somministrato ai bambini esattamente per lo stesso motivo degli adulti (ad esempio, il trattamento di un'infezione grave)”<sup>107</sup> (pag. 173). **“Diversa è la situazione relativa all'uso dei bloccanti della pubertà nella disforia di genere.** Sebbene alcuni endocrinologi abbiano suggerito che sia possibile estrapolare o generalizzare le informazioni sulla sicurezza nell'uso dei bloccanti della pubertà nei bambini piccoli con pubertà precoce per l'uso nel trattamento della disforia, questo argomento è problematico. **Nel primo caso, i bloccanti della pubertà bloccano gli anormali livelli ormonali, ad esempio, in un bambino di 7 anni, mentre nel secondo bloccano il normale aumento degli ormoni che dovrebbe verificarsi durante l'adolescenza e che è essenziale per i processi psicosessuali e altri processi di sviluppo**”<sup>108</sup> (pag. 174).

### Mancanza di consenso all'interno della comunità clinica

“Questo approccio all'uso dei bloccanti della pubertà nella disforia di genere è stato **una continua fonte di controversia sia a livello nazionale che internazionale**”<sup>109</sup> (pag. 174).

“La mancanza di consenso all'interno della comunità clinica è stata evidenziata da uno studio del 2015 (Vrouenraets et al., 2015), che ha contattato **17 team di trattamento multiprofessionali in tutto il mondo** per scoprire le loro opinioni sull'uso dei bloccanti della pubertà. Hanno identificato **sette temi su cui le opinioni differivano notevolmente:**

- la (non-)disponibilità di un modello esplicativo della disforia di genere
- la natura della disforia di genere (variazione normale, costruzione sociale o malattia [mentale])
- il ruolo della pubertà fisiologica nello sviluppo dell'identità di genere
- il ruolo della comorbilità
- possibili effetti fisici o psicologici derivanti dal rifiuto di interventi medici precoci
- competenza e potere decisionale del bambino
- il ruolo del contesto sociale nella percezione della disforia di genere”<sup>110</sup> (pag. 174).

### Linee guida incoerenti e prove insufficienti

“La sintesi delle linee guida internazionali dell'Università di York (Hewitt et al: Linee guida 2: Riepilogo) ha rilevato che **non c'è chiarezza sugli obiettivi del trattamento di soppressione della pubertà, con opzioni che**

includono la riduzione della disforia di genere, il miglioramento della qualità della vita, il tempo per prendere decisioni, sostenere l'esplorazione di genere, prolungare la fase di diagnosi e "riuscire" meglio nella vita adulta"<sup>111</sup> (pag. 174).

"Laddove viene discussa l'idoneità, **il precedente requisito di attendere che il paziente raggiunga i 12 anni prima di poter accedere ai bloccanti della pubertà è stato rimosso da alcune linee guida (ad esempio, WPATH 8).** La maggior parte delle linee guida consiglia di attendere fino a quando il bambino non abbia raggiunto lo stadio Tanner 2 della pubertà. **La linea guida svedese raccomanda Tanner Stage 3**"<sup>112</sup> (pag. 174).

**"Belgio, Finlandia, Danimarca e Norvegia richiedevano che la disforia/incongruenza di genere fosse di lunga durata e fin dall'infanzia;** la Finlandia specificava che il disagio doveva intensificarsi durante la pubertà"<sup>113</sup> (pag. 175).

**"L'Università di York ha concluso che esistono prove insufficienti e/o incoerenti sugli effetti della soppressione della pubertà sulla salute psicologica o psicosociale.** Ciò è in linea con i risultati della revisione NICE (2020) e di altre revisioni sistematiche, ad eccezione della revisione sistematica commissionata da WPATH (Baker et al., 2021), che ha riportato alcuni benefici. Tuttavia, in quest'ultima revisione sistematica, otto dei **12 studi che riportavano risultati psicologici sono stati valutati come di bassa qualità, il che potrebbe spiegare la differenza**"<sup>114</sup> (pag. 176-177).

### Assenza di benefici e possibile effetto placebo

"L'approccio al trattamento è cambiato con l'emergere del "protocollo olandese" che prevedeva l'uso di bloccanti della pubertà fin dalla prima pubertà. Nel 2011, il Regno Unito ha sperimentato l'uso dei bloccanti della pubertà nello "studio di intervento precoce". **I risultati preliminari dello studio di intervento precoce nel 2015-2016 non hanno dimostrato benefici. I risultati dello studio non sono stati pubblicati formalmente fino al 2020, momento in cui è emerso che mancavano risultati misurabili positivi.** Nonostante ciò, dal 2014 i bloccanti della pubertà sono passati da un protocollo di sola ricerca a essere disponibili nella pratica clinica di routine e **sono stati somministrati a un gruppo più ampio di pazienti che non avrebbero soddisfatto i criteri di inclusione del protocollo originale**"<sup>115</sup>. (pag. 25)

**"Per la popolazione più recente, composta prevalentemente da femmine alla nascita che sviluppano disforia di genere nella prima metà della pubertà, c'è ancora meno comprensione di quella che in termini medici viene chiamata la "storia naturale" della loro disforia di genere (cioè, cosa accadrebbe senza intervento medico). Poiché un intervento destinato a un gruppo di giovani (prevalentemente maschi alla nascita prepuberale) è stato assegnato a un gruppo diverso, è difficile sapere quale percentuale di questi giovani potrebbe aver risolto il proprio disagio legato al genere in una varietà di altri modi**"<sup>116</sup> (pag. 177-178).

"Tuttavia, **non sono stati dimostrati cambiamenti nella disforia di genere o nella soddisfazione corporea.** C'erano **prove insufficienti/incoerenti** sugli effetti della soppressione della pubertà **sul benessere psicologico o psicosociale, sullo sviluppo cognitivo, sul rischio cardiometabolico o sulla fertilità**"<sup>117</sup>. (pag. 32)

"Accade spesso che quando un intervento viene somministrato al di fuori di uno studio randomizzato di controllo (RCT), **si osserva un ampio effetto del trattamento, che a volte scompare quando viene condotto un RCT.** Ciò è particolarmente vero quando vi è una forte convinzione che il trattamento sia efficace. Il fatto che siano stati osservati solo **risultati molto modesti e incoerenti in relazione ai miglioramenti della salute mentale,** anche negli studi che hanno riportato alcuni benefici psicologici del trattamento con bloccanti della pubertà, rende ancora più importante valutare se altri trattamenti possano avere un effetto maggiore sul disagio che soffrono i giovani affetti da disforia di genere durante la pubertà"<sup>118</sup> (pag. 177).

“La revisione sistematica dell'Università di York **non ha trovato prove che i bloccanti della pubertà migliorino l'immagine corporea o la disforia, e prove molto limitate di risultati positivi sulla salute mentale, che senza un gruppo di controllo potrebbero essere dovuti all'effetto placebo o al concomitante supporto psicologico**”<sup>119</sup> (pag. 179).

### Effetti collaterali

“La revisione sistematica condotta dall'Università di York ha rilevato numerosi studi che dimostrano che i bloccanti della pubertà esercitano l'effetto previsto nel sopprimere la pubertà e anche che **la densità ossea viene compromessa** durante la soppressione della pubertà”<sup>120</sup>. (pag. 32)

“In precedenza, questo Rapporto illustrava gli eventi molto complessi che si verificano nel cervello dell'adolescente durante la pubertà. I neuroscienziati ritengono che questi cambiamenti siano guidati da una combinazione di età cronologica e ormoni sessuali. **Bloccare il rilascio di questi ormoni sessuali potrebbe avere una serie di conseguenze non intenzionali e non ancora identificate**”<sup>121</sup>(pag. 178).

“L'adolescenza è un periodo di sviluppo dell'identità globale, di sviluppo sessuale, di fluidità sessuale e di sperimentazione”<sup>122</sup>(pag. 178). “Bloccare questa esperienza significa che i giovani devono comprendere la propria identità e sessualità basandosi solo sul disagio relativo alla pubertà e sul senso della propria identità di genere sviluppato in una fase precoce del processo puberale. Pertanto, **non c'è modo di sapere se il normale percorso dell'identità sessuale e di genere possa essere permanentemente alterato**”<sup>123</sup>(pag. 178).

“Un'ulteriore preoccupazione, già condivisa con NHS England (luglio 2022), è che i picchi di ormoni sessuali nell'adolescente possano innescare l'apertura di un periodo critico per il ricablaggio dipendente dall'esperienza dei circuiti neurali alla base della funzione esecutiva (vale a dire la maturazione della parte del cervello coinvolto nella pianificazione, nel processo decisionale e nel giudizio). Se questo è il caso, **la maturazione del cervello potrebbe essere temporaneamente o permanentemente interrotta dall'uso di bloccanti della pubertà**, il che potrebbe avere un impatto significativo sulla capacità del giovane di prendere decisioni complesse e ricche di rischi, **oltre ad avere possibili conseguenze neuropsicologiche a lungo termine**”<sup>124</sup>(pag. 178).

“La revisione sistematica dell'Università di York ha identificato uno studio trasversale che ha misurato le funzioni esecutive. Ciò non ha riscontrato differenze tra gli adolescenti trattati con bloccanti della pubertà per meno di un anno rispetto a quelli non trattati, ma **ha riscontrato un peggioramento delle funzioni esecutive in quelli trattati per più di un anno rispetto a quelli non trattati**”<sup>125</sup> (pag. 178).

“Una recente revisione della letteratura su questo argomento ha rilevato **ricerche molto limitate sull'impatto a breve, medio o lungo termine dei bloccanti della pubertà** sullo sviluppo neurocognitivo (Baxendale, 2024)”<sup>126</sup>(pag. 178).

“**Se la soppressione della pubertà viene iniziata troppo presto nei maschi alla nascita**, può rendere più difficile la successiva vaginoplastica (creazione di una vagina e di una vulva) a causa della crescita inadeguata del pene. In alcune donne transgender ciò ha reso necessario l'uso dell'intestino al posto del tessuto del pene, che presenta un rischio maggiore di complicanze chirurgiche”<sup>127</sup>(pag. 178).

“Diversi studi inclusi nella revisione sistematica della soppressione della pubertà (Taylor et al.: Puberty suppressori) hanno rilevato che **la densità ossea è compromessa durante la soppressione della pubertà e l'aumento di altezza può essere inferiore a quello osservato in altri adolescenti**”<sup>128</sup> (pag. 178).

“Non è mai stato previsto che la soppressione della pubertà continuasse per periodi prolungati, quindi **sono preoccupanti le complesse circostanze in cui i giovani possono continuare ad assumere farmaci che bloccano la pubertà fino all'età adulta**”<sup>129</sup> (pag. 178)

“Non è inaspettato che il blocco di questi picchi possa smorzare il disagio e migliorare il funzionamento psicologico a breve termine in alcuni giovani, **ma questa potrebbe non essere una risposta adeguata al disagio puberale**”<sup>130</sup> (pag. 179). “Al contrario, un noto effetto collaterale dei bloccanti della pubertà sull'umore è che **possono ridurre il funzionamento psicologico**”<sup>131</sup> (pag. 179).

“Una volta trattati con i bloccanti della pubertà, entreranno in un periodo in cui **i coetanei si stanno sviluppando fisicamente e sessualmente mentre loro non lo faranno**, e potrebbero sperimentare gli **effetti collaterali del bloccante**. Non esistono studi validi sull'impatto psicologico, psicosessuale e sullo sviluppo di questo periodo di divergenza dai coetanei”<sup>132</sup> (pag. 196).

“I bloccanti della pubertà sono destinati ad essere un intervento a breve termine e **l'impatto dell'uso per un periodo di tempo prolungato non è noto, sebbene l'impatto dannoso sulla densità ossea da solo lo renda preoccupante**. La Review ha sollevato la questione con NHS England e GIDS”<sup>133</sup> (pag. 170).

### Veicolo verso gli ormoni cross-gender

“Inoltre, dato che **la stragrande maggioranza dei giovani** ha iniziato il trattamento con i bloccanti della pubertà **procede dai bloccanti della pubertà alla mascolinizzazione/ormoni femminilizzanti, non ci sono prove che i bloccanti della pubertà facciano guadagnare tempo per pensare**, e c'è chi teme che **possano cambiare la traiettoria dello sviluppo psicosessuale e dell'identità di genere**”<sup>134</sup>

“Nello studio di intervento precoce del Regno Unito (Carmichael et al., 2021), **il 98% (43 su 44) di coloro che hanno iniziato la soppressione della pubertà sono passati agli ormoni mascolinizzanti/femminilizzanti**”<sup>135</sup> (pag. 176).

“Questi dati suggeriscono **che i bloccanti della pubertà non fanno guadagnare tempo per pensare**, dato che la stragrande maggioranza di coloro che iniziano la soppressione della pubertà continuano il trattamento con ormoni mascolinizzanti/femminilizzanti, in particolare se iniziano prima nella pubertà”<sup>136</sup> (pag. 176).

“Tuttavia, se un giovane sta già assumendo farmaci bloccanti della pubertà, dovrà prendere la decisione di acconsentire agli ormoni mascolinizzanti/femminilizzanti in un momento in cui il suo **sviluppo psicosessuale è stato interrotto, e probabilmente con poca esperienza della sua pubertà biologica**”<sup>137</sup> (pag. 196).

### Aspettative da disinnescare e pressioni su famiglie e medici

“È necessaria una fonte attendibile di informazioni su tutti gli aspetti dell'assistenza medica, ma in particolare **è importante disinnescare/gestire le aspettative che sono state create dalle affermazioni sull'efficacia dei bloccanti della pubertà**”<sup>138</sup>. (pag. 196).

“La Review ha appreso che le diffuse affermazioni secondo cui i bloccanti della pubertà riducono il rischio di morte per suicidio in questa popolazione **potrebbero esercitare pressioni sulle famiglie** affinché ottengano cure private”<sup>139</sup> (pag. 179).

“La Revisione ha anche ascoltato **medici di base che sono stati messi sotto pressione** affinché continuassero a prescrivere tali trattamenti sulla base del fatto che non farlo metterebbe i giovani a rischio di suicidio”<sup>140</sup> (pag. 179).

“La convinzione fortemente radicata tra alcuni giovani e genitori/tutori che i bloccanti della pubertà siano altamente efficaci può essere attribuita a una serie di fattori:

- **il sostegno** a questa posizione negli articoli pubblicati e **da parte di alcuni clinici** che lavorano nel campo
- **informazioni segnalate** e consigli forniti ai bambini, ai giovani e alle loro famiglie sui benefici percepiti, **anche sui social media**
- il fatto che **i bloccanti della pubertà sono diventati il punto di ingresso** e l'inizio di un percorso di trattamento per transgender
- **una mancanza di informazioni sui limiti** della base di prove
- la **mancanza di altre opzioni offerte** per affrontare i sintomi di disagio e disagio fisico<sup>141</sup> (pag. 179).

“L'attenzione sui bloccanti della pubertà e sulle convinzioni sulla loro efficacia ha probabilmente fatto sì che **altri trattamenti (e farmaci) non siano stati studiati/sviluppati** per supportare questo gruppo, arrecando ai bambini e ai giovani un ulteriore disservizio<sup>142</sup> (pag. 180).

### Bloccanti all'interno di un programma di ricerca

“La Revisione ha già avvertito che, poiché i bloccanti della pubertà hanno benefici chiaramente definiti solo in circostanze piuttosto limitate e a causa dei **potenziali rischi per lo sviluppo neurocognitivo, lo sviluppo psicosessuale e la salute delle ossa a lungo termine, dovrebbero essere offerti solo nell'ambito di un protocollo di ricerca**. Questo è stato portato avanti dal NHS England e dal National Institute for Health and Care Research (NIHR)<sup>143</sup> (pag. 196).

“Raccomandazione 6: **Lo studio sui bloccanti della pubertà dovrebbe far parte di un programma di ricerca** che valuti anche i risultati degli interventi psicosociali e dei trattamenti mascolinizzanti/ormoni femminilizzanti<sup>144</sup> (pag. 35).

“Dovrebbe essere regolarmente richiesto il consenso per tutti i bambini e i giovani per l'arruolamento in uno **studio di ricerca con follow-up fino all'età adulta**<sup>145</sup> (pag. 197).

## ORMONI CROSS-GENDER

### Mancano prove di qualità

“**Mancano ricerche di alta qualità** che valutino gli esiti degli interventi ormonali negli adolescenti con disforia/incongruenza di genere, e pochi studi che intraprendano un follow-up a lungo termine. Non è possibile trarre conclusioni sugli effetti sulla disforia di genere, sulla soddisfazione corporea, sulla salute psicosociale, sullo sviluppo cognitivo o sulla fertilità. **Permane incertezza** sugli esiti in termini di altezza/crescita, salute cardiometabolica e delle ossa<sup>146</sup> (pag. 33).

“L'Università di York ha condotto una **revisione sistematica sull'uso degli ormoni mascolinizzanti/femminilizzante negli adolescenti con disforia di genere** (Taylor et al: Masculinising /ormoni femminilizzanti)<sup>147</sup> (pag. 183). “Un totale di 53 studi hanno soddisfatto i criteri di inclusione<sup>148</sup> (pag. 184). “**L'unico studio di alta qualità** identificato dalla revisione sistematica è stato quello che ha esaminato gli effetti collaterali. **Tutto il resto era di qualità moderata o bassa**<sup>149</sup> (pag. 184).

“Gli studi presentavano molti problemi metodologici, tra cui l'inclusione selettiva dei pazienti, la mancanza di rappresentatività della popolazione e **in molti degli studi non c'erano gruppi di confronto**. Nei casi in cui c'era un gruppo di confronto, la maggior parte degli studi non controllava le differenze chiave tra i gruppi<sup>150</sup> (pag. 184).

## Effetti collaterali e mancanza di prove solide

“Come previsto, il trattamento ormonale ha indotto la pubertà nel sesso desiderato. Sono stati riscontrati **risultati incoerenti per altezza/crescita, salute delle ossa e salute cardiometabolica**. **Le prove** relative alla disforia di genere, alla soddisfazione corporea e agli esiti psicosociali e cognitivi **erano insufficienti per trarre conclusioni chiare**. Nessuno studio ha valutato la fertilità nelle femmine alla nascita”<sup>151</sup> (pag. 184).

“Nel complesso, gli autori della revisione sistematica hanno concluso che: **“Mancano ricerche di alta qualità che valutino gli esiti degli interventi ormonali** negli adolescenti con disforia/incongruenza di genere, e pochi studi che intraprendano un follow-up a lungo termine. **Non è possibile trarre conclusioni sugli effetti sulla disforia di genere**, sulla soddisfazione corporea, sulla salute psicosociale, sullo sviluppo cognitivo o sulla fertilità. **Permangono incertezze sugli esiti in termini di altezza/crescita, salute cardiometabolica e delle ossa**. Esistono prove significative provenienti principalmente da studi pre-post che il trattamento ormonale può migliorare la salute psicologica, sebbene sia **necessaria una solida ricerca con follow-up a lungo termine**”<sup>152</sup> (pag. 184).

“Le revisioni sistematiche dell'Università di York hanno dimostrato una progettazione inadeguata degli studi, periodi di follow-up inadeguati e una mancanza di obiettività nel riportare i risultati. Di conseguenza, **le prove relative all'uso indicato dei bloccanti della pubertà e degli ormoni mascolinizanti/femminilizzanti negli adolescenti non sono dimostrate e i benefici/danni non sono noti**”<sup>153</sup> (pag. 194).

“Ad esempio, quando i giovani iniziano ad assumere gli ormoni del loro genere identificato dopo un periodo di soppressione della pubertà, **iniziano a provare un senso di libido** e un cambiamento nel loro aspetto fisico. Molti riferiscono di un **periodo di “euforia di genere”**. Ciò rende **sorprendente che i miglioramenti osservati nel funzionamento psicologico nel primo anno di assunzione degli ormoni mascolinizanti/femminilizzanti siano relativamente modesti**. La loro esperienza della pubertà sarà quindi basata sul genere identificato, che **potrebbe avere effetti neuropsicologici permanenti**”<sup>154</sup> (pag. 195).

## Considerazioni cliniche

“Non sono solo le questioni metodologiche evidenziate a rendere difficile trarre conclusioni definitive sul ruolo degli ormoni mascolinizanti/femminilizzanti nella salute mentale e negli esiti psicosociali. **Ci sono importanti considerazioni cliniche che complicano il quadro**”<sup>155</sup> (pag.184).

“Le discussioni nel capitolo 11 hanno affrontato la questione se i problemi di salute mentale possano essere causati dalla disforia di genere e dallo stress minoritario o se in alcuni casi una serie di esperienze infantili avverse e di fattori di stress possano portare a disagio legato al genere. Indipendentemente dalla causalità, **l'attenzione dovrebbe concentrarsi sul trattamento di tutti i bisogni del giovane, piuttosto che aspettarsi che il solo trattamento ormonale risolva la malattia mentale di lunga data**”<sup>156</sup> (pag. 185).

“In sintesi, sia i giovani che gli adulti che presentano disforia di genere hanno spesso complessi bisogni aggiuntivi di salute mentale. **È difficile sapere fino a che punto il trattamento ormonale riduca questi problemi** e il ruolo svolto dal trattamento e dal supporto negli ulteriori problemi di salute mentale in corso”<sup>157</sup> (pag. 186).

## Ormoni cross-sex a partire dai 18 anni

“È disponibile l'opzione di somministrare ormoni mascolinizanti/femminilizzanti a partire dai 16 anni, ma la Revisione raccomanda un **approccio clinico estremamente cauto e una forte motivazione clinica** per la somministrazione di ormoni prima dei 18 anni”<sup>158</sup> (pag. 34).

*“Ciò manterrebbe aperte le opzioni durante questa importante finestra di sviluppo, consentendo il tempo per la gestione di eventuali condizioni concomitanti, lo sviluppo della resilienza e la preservazione della fertilità, se necessario”<sup>159</sup> (pag. 196).*

## RISCHIO SUICIDIO

### Salute mentale

*“Come discusso nella Parte 3, è risaputo che i bambini e i giovani con disforia di genere corrono un rischio maggiore di suicidio, ma **il rischio di suicidio sembra essere paragonabile a quello di altri giovani con una gamma simile di problemi di salute mentale e psicosociali**. Alcuni medici si sentono sotto pressione nel sostenere un **percorso medico basato sulla diffusa opinione che il trattamento che affermi il genere riduca il rischio di suicidio**. Questa conclusione non è stata supportata dalla revisione sistematica di cui sopra”<sup>160</sup> (pag. 186).*

*“Le ragioni comunemente suggerite per il suicidio nella popolazione con diversità di genere sono:*

- *il disagio intrinseco derivante dalla disforia di genere*
- *stress delle minoranze dovuto alla discriminazione e al bullismo*
- *disagio causato dal ritardo nell'accesso alle cure mediche*
- *problemi di salute mentale concomitanti e comuni nella popolazione”<sup>161</sup> (pag. 186).*

*“Tragicamente le morti per **suicidio tra le persone trans di tutte le età** continuano a essere al di sopra della media nazionale, ma **non ci sono prove che i trattamenti di affermazione di genere riducano questo dato**. Le prove disponibili suggeriscono che questi **decessi sono legati a una serie di altri fattori psicosociali complessi e a malattie mentali**”<sup>162</sup> (pag. 195).*

### I trattamenti ormonali non riducono il rischio suicidio

*“È stato suggerito che il trattamento ormonale riduca l'elevato rischio di morte per suicidio in questa popolazione, ma **le prove trovate non supportano questa conclusione**”<sup>163</sup> (pag. 33).*

*Una revisione sistematica degli esiti correlati al suicidio in seguito al trattamento di affermazione di genere (Jackson, 2023) ha riportato che nella maggior parte degli studi si è verificata una riduzione della tendenza al suicidio in seguito al trattamento di affermazione di genere. Tuttavia, **nella maggior parte degli studi c'erano grossi problemi metodologici, il più grande dei quali era l'incapacità di controllare adeguatamente la presenza di comorbidità e trattamenti psichiatrici**, tanto che non è stato possibile trarre conclusioni definitive”<sup>164</sup> (pag. 186).*

*“Un articolo britannico (Lavender et al., 2023) che riportava un'analisi retrospettiva di 38 bambini che avevano ricevuto bloccanti della pubertà seguiti da ormoni mascolinizzanti/femminilizzanti ha osservato che la suicidalità e l'autolesionismo hanno mostrato una diminuzione generale. Tuttavia, c'erano 109 partecipanti idonei e dei 38 inclusi nello studio **solo 11 avevano completato le domande su suicidio/autolesionismo, rendendo questa osservazione errata**”<sup>165</sup> (pag. 186).*

*“Un documento della clinica di genere belga ha riportato **cinque morti per suicidio tra 177 pazienti** adolescenti di età compresa tra 12 e 18 anni visitati tra il 2007 e il 2016 (Van Cauwenberg et al., 2021). **Tutti e cinque avevano iniziato ad assumere ormoni** mascolinizzanti/femminilizzanti”<sup>166</sup> (pag. 186).*

“Un altro articolo recente (Ruuska, 2024), ha confrontato le morti per suicidio tra i giovani che erano stati visitati nel servizio nazionale finlandese per le questioni di genere con controlli di pari età. **Lo studio non ha trovato un legame statisticamente significativo tra il trattamento ormonale e la riduzione del rischio di suicidio.** Tuttavia, **è stata riscontrata una relazione statisticamente significativa tra un alto tasso di problemi di salute mentale concomitanti e un aumento dei suicidi**<sup>167</sup> (pag. 186-187).

“In sintesi, **le prove non supportano adeguatamente l'affermazione secondo cui il trattamento di affermazione del genere riduce il rischio di suicidio.** Tuttavia, il disagio è reale per questi bambini e giovani, alcuni dei quali **credono fortemente nell'efficacia sia dei bloccanti della pubertà che degli ormoni masculinizzanti/femminilizzati.....** Pertanto, **il timore che un accesso ritardato alle cure mediche possa portare a pensieri e comportamenti suicidari rimane elevato nei genitori e nei medici, e questo indipendentemente dall'efficacia delle cure una volta accedute**<sup>168</sup> (pag. 187).

## RISULTATI A LUNGO TERMINE E CONSENSO INFORMATO

### Risultati a lungo termine

“Quando i medici parlano ai pazienti di quali interventi potrebbero essere migliori per loro, di solito fanno riferimento **ai benefici e ai rischi a lungo termine delle diverse opzioni,** sulla base dei dati sui risultati di altre persone che hanno seguito un percorso di cura simile. **Queste informazioni non sono attualmente disponibili per gli interventi su bambini e giovani** con incongruenza di genere o disforia di genere, quindi **i giovani e le loro famiglie devono prendere decisioni senza un quadro adeguato dei potenziali impatti e risultati**<sup>169</sup>. (pag. 33)

### Consenso informato

“Tuttavia, il consenso è qualcosa di più che una semplice capacità e competenza. Richiede ai medici di garantire che l'intervento proposto sia clinicamente indicato poiché hanno il dovere di offrire un trattamento appropriato. Richiede inoltre che **al paziente siano fornite informazioni adeguate e sufficienti sui rischi,** sui benefici e sui risultati attesi del trattamento<sup>170</sup> (pag. 34)

“Inoltre, **la scarsa base di prove rende difficile** fornire informazioni adeguate sulle quali un giovane e la sua famiglia possano **fare una scelta informata**<sup>171</sup>. (pag. 34)

“Nel considerare gli interventi endocrini, **il gran numero di incognite riguardanti il rapporto rischi/benefici in ciascun individuo e la mancanza di informazioni solide** per aiutarli a prendere decisioni, rappresentano un grave problema nell'ottenimento del consenso informato<sup>172</sup> (p196).

## IL MODELLO PSICOSOCIALE

“**Il ruolo delle terapie psicologiche** nel sostenere bambini e giovani affetti da incongruenza o disagio di genere **è stato messo in ombra** da un dibattito inutilmente polarizzato sulle pratiche di conversione...<sup>173</sup> (pag. 150).

“Sebbene i termini di riferimento della Revisione non includano l'esame della legislazione proposta per vietare le pratiche di conversione, si ritiene che **nessun gruppo LGBTQ+ dovrebbe essere soggetto a pratiche di conversione.** Si mantiene inoltre la posizione secondo cui i bambini e i giovani con disforia di genere possono avere una serie di complesse sfide psicosociali e/o problemi di salute mentale che influiscono sul loro disagio

legato al genere. **L'esplorazione di questi problemi è essenziale per fornire diagnosi, supporto clinico e intervento appropriato**<sup>174</sup> (pag. 150).

"L'intento dell'intervento psicologico non è quello di cambiare la percezione della persona su chi è, ma di lavorare con lei per **esplorare le sue preoccupazioni ed esperienze** e contribuire ad alleviare la sua angoscia, indipendentemente dal fatto che segua o meno un percorso medico. **È dannoso equiparare questo approccio alla terapia di conversione** poiché potrebbe impedire ai giovani di ottenere il sostegno emotivo che meritano"<sup>175</sup> (pag. 150).

"Storicamente il modello di assistenza per bambini e adolescenti che presentavano incongruenza o disagio di genere **era interamente basato su un modello psicosociale**, con interventi medici precoci con bloccanti della pubertà introdotti più recentemente. **La maggior parte dei team clinici lo considererebbe ancora il punto di partenza di un percorso assistenziale**<sup>176</sup> (pag. 152).

"**Gli studi incentrati sui cambiamenti psicologici e/o sui cambiamenti psicosociali hanno riscontrato miglioramenti in una serie di aspetti** come la resilienza, l'autocompassione e l'accettazione di sé, nonché la qualità della vita, il funzionamento globale, la partecipazione e il benessere"<sup>177</sup> (pag. 153).

"Alcune terapie, ben collaudate per i problemi di salute mentale associati, **dispongono già di una solida base di prove**. Laddove sia chiaro che i bambini/giovani abbiano tali problemi, **dovrebbero ricevere le terapie appropriate allo stesso modo di qualsiasi altro giovane** che richiede sostegno al Servizio Sanitario Nazionale. Le misure di risultato dovrebbero includere **la valutazione dell'impatto sulla condizione medica associata e qualsiasi impatto aggiuntivo sulle preoccupazioni e sul disagio legati al genere**<sup>178</sup> (pag. 155).

## APPROCCIO CONSIGLIATO

### Approccio basato sull'evidenza

"Sebbene alcuni pensino che **l'approccio clinico** dovrebbe basarsi su un modello di giustizia sociale, il servizio sanitario nazionale funziona in modo **basato sull'evidenza**<sup>179</sup>. (pag. 20)

### Valutare il benessere olistico

"La cura di questa popolazione **deve essere olistica e personale**<sup>180</sup> (pag. 21).

"È anche importante garantire che ci sia un **focus sul funzionamento, sul benessere generale e sulla resilienza**, per garantire che il bambino/giovane sia **in grado di prendere decisioni ponderate** sul suo percorso futuro"<sup>181</sup> (pag. 30).

### Garantire a tutti gli stessi standard

"Raccomandazione 1: Data la complessità di questa popolazione, **questi servizi devono operare secondo gli stessi standard degli altri servizi che accolgono bambini e giovani con manifestazioni complesse e/o fattori di rischio aggiuntivi**<sup>182</sup> (pag.28).

"Qualunque sia la tua opinione sull'identità di genere, non si può negare che ci sia un numero crescente di bambini e giovani che cercano sostegno da parte del Servizio Sanitario Nazionale per il disagio legato al genere. **Dovrebbero ricevere la stessa qualità di assistenza** degli altri bambini e giovani in difficoltà"<sup>183</sup> (pag.22).

## Ricerca le comorbidità e diagnosticarle

“Per fornire la migliore assistenza basata sull'evidenza, **è importante che il medico consideri tutte le possibili diagnosi (a volte multiple)** che potrebbero ostacolare il benessere e la capacità di crescita del giovane”<sup>184</sup> (pag. 29).

## Screening del neurosviluppo, del disturbo autistico e della salute mentale

“Raccomandazione 2: i medici dovrebbero applicare il quadro di valutazione sviluppato dal gruppo di esperti clinici della revisione, per garantire che i bambini/ragazzi che si rivolgono ai servizi di genere del NHS ricevano una **valutazione olistica dei loro bisogni** al fine di elaborare un piano di cura personalizzato. Questo dovrebbe **includere lo screening per condizioni del neurosviluppo, compreso il disturbo dello spettro autistico, e una valutazione della salute mentale**. Il quadro di riferimento deve essere sottoposto a revisione ed evolvere per riflettere le evidenze emergenti”<sup>185</sup> (pag. 29)

## Ricerca e documentare le diagnosi

“Infine, la revisione sistematica commissionata dalla Review ha dimostrato che altre diagnosi all'interno del gruppo non erano documentate in modo coerente e, per comprendere e supportare meglio questi giovani, **è essenziale che tutte le diagnosi siano sistematicamente registrate per scopi clinici e di ricerca**”<sup>186</sup> (pag. 29)

## La diagnosi di disforia non è predittiva in modo affidabile

“Sebbene una **diagnosi di disforia di genere** sia stata considerata necessaria per iniziare un trattamento medico, **non è predittiva in modo affidabile** se quel giovane avrà in futuro un'incongruenza di genere di lunga data, o se l'intervento medico sarà l'opzione migliore per lui”<sup>187</sup>. (pag. 29)

## Nessun trattamento medico per la maggior parte dei giovani

“L'obiettivo centrale è aiutare i giovani a prosperare e a raggiungere i loro obiettivi di vita... **Per la maggior parte dei giovani, un percorso medico potrebbe non essere il modo migliore** per raggiungere questo obiettivo. Per quei giovani per i quali un percorso medico è clinicamente indicato, non è sufficiente fornirlo senza affrontare anche problemi più ampi di salute mentale e/o problemi psicosociali come la disgregazione familiare, gli ostacoli alla partecipazione alla vita scolastica o alle attività sociali, il bullismo e lo stress da minoranza”<sup>188</sup>. (pag. 30)

“Per i bambini e gli adolescenti potrebbe essere necessaria anche una valutazione di quale sia la tutela dei suoi interessi quando si tratta di fare una **scelta tra le opzioni terapeutiche** rese disponibili.... Si dovrebbe anche **tener conto di “quale scelta, se ce n'è più di una, limiterà meno le possibilità future del bambino o del giovane”** (GMC, 2018)”<sup>189</sup> (pag. 196).

## Terapia psicologica

“...sappiamo che **molte terapie psicologiche hanno una buona base di prove** per il trattamento nella popolazione generale di condizioni comuni in questo gruppo, come la depressione e l'ansia. Questo è il motivo per cui è così importante comprendere l'intera gamma dei bisogni e **garantire che questi giovani abbiano accesso agli stessi utili interventi basati sull'evidenza come gli altri**”<sup>190</sup>. (pag. 30-31)

“**Oltre a trattare condizioni coesistenti, l'attenzione sull'uso dei bloccanti della pubertà per la gestione del disagio legato al genere ha messo in ombra la possibilità che altri trattamenti basati sull'evidenza possano**

**essere più efficaci.** L'intento dell'intervento psicosociale non è quello di cambiare la percezione della persona su chi è, ma di lavorare con lei per esplorare le sue preoccupazioni ed esperienze e contribuire ad alleviare la sua angoscia indipendentemente dal fatto che il giovane proceda o meno successivamente lungo un percorso medico"<sup>191</sup>. (pag. 31)

**"Raccomandazione 3: Dovrebbero essere utilizzati approcci terapeutici psicologici e psicofarmacologici standard basati sull'evidenza per supportare la gestione del disagio associato e delle condizioni concomitanti. Ciò dovrebbe includere il sostegno ai genitori/tutori e ai fratelli, a seconda dei casi".<sup>192</sup>** (pag. 31).

---

<sup>1</sup> "Gender incongruence is the term used in the International Classification of Diseases Eleventh Revision (ICD-11) (World Health Organization, 2022) to describe "a marked and persistent incongruence between an individual's experienced gender and the assigned sex". It has been moved out of the "Mental and behavioural disorders" chapter and into the "Conditions related to sexual health" chapter so that it is not perceived as a mental health disorder. It does not include references to dysphoria or dysfunction".

<sup>2</sup> "Gender dysphoria is the term used in Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision (DSM-5-TR) (American Psychiatric Association, 2022). In the DSM-5-TR definition gender incongruence has to be associated with clinically significant distress or impairment of function. Younger children with gender incongruence may not experience dysphoria, but it commonly arises or increases as they enter puberty".

<sup>3</sup> "Gender dysphoria is the more commonly used term in research publications, as well as clinical settings".

<sup>4</sup> "The term child is used to refer to pre-pubertal children and young people to refer to under 18s who have entered puberty. The report also refers to adolescents when discussing the stages of brain development, and both adolescents and youth where the study being described uses these terms. Young adults refers to those between the ages of 18 and 30".

<sup>5</sup> "There are few other areas of healthcare where professionals are so afraid to openly discuss their views, where people are vilified on social media, and where name-calling echoes the worst bullying behaviour. This must stop".

<sup>6</sup> "Polarisation and stifling of debate do nothing to help the young people caught in the middle of a stormy social discourse, and in the long run will also hamper the research that is essential to finding the best way of supporting them to thrive".

<sup>7</sup> "For many of the guidelines it was difficult to detect what evidence had been reviewed and how this informed development of the recommendations. For example, most of the guidelines described insufficient evidence about the risks and benefits of medical treatment in adolescents, particularly in relation to long-term outcomes. Despite this, many then went on to cite this same evidence to recommend medical treatments"

<sup>8</sup> "Given the lack of evidence-based guidelines, it is imperative that staff working within NHS gender services are cognisant of the limitations in relation to the evidence base and fully understand the knowns and the unknowns".

<sup>9</sup> "Early versions of two international guidelines, the Endocrine Society 2009 and World Professional Association for Transgender Healthcare (WPATH) 7 guidelines influenced nearly all the other guidelines"

<sup>10</sup> "These two guidelines are also closely interlinked, with WPATH adopting Endocrine Society recommendations, and acting as a co-sponsor and providing input to drafts of the Endocrine Society guideline. WPATH 8 cited many of the other national and regional guidelines to support some of its recommendations, despite these guidelines having been considerably influenced by WPATH 7. The links between the various guidelines are demonstrated in the graphics in the guideline appraisal paper (Hewitt et al., Guidelines 1: Appraisal)"

<sup>11</sup> "The circularity of this approach may explain why there has been an apparent consensus on key areas of practice despite the evidence being poor"

<sup>12</sup> "The World Professional Association of Transgender Healthcare (WPATH) has been highly influential in directing international practice, although its guidelines were found by the University of York appraisal process to lack developmental rigour".

<sup>13</sup> "WPATH commissioned a systematic review... This systematic review (Baker et al., 2021) found that "hormone therapy was associated with increased quality of life, decreased depression, and decreased anxiety". However, "certainty in this conclusion is limited by high risk of bias in study designs, small sample sizes, and confounding with other interventions".

<sup>14</sup> "The WPATH 8 narrative on gender affirming medical treatment for adolescents does not reference its own systematic review..."

<sup>15</sup> "Most guidelines scored well on the scope and purpose domain, but poorly on the rigour of development, applicability and editorial independence domains. Only the Finnish guideline (Council for Choices in Healthcare in Finland, 2020) and Swedish guideline (Swedish National Board of Health and Welfare, 2022) scored above 50% for rigour of development"

---

<sup>16</sup> *"The findings raise questions about the quality of currently available guidelines. Most guidelines have not followed the international standards for guideline development, and because of this the research team could only recommend two guidelines for practice – the Finnish guideline published in 2020 and the Swedish guideline published in 2022".*

<sup>17</sup> *"Only the Swedish and Finnish guidelines differed by linking the lack of robust evidence about medical treatments to a recommendation that treatments should be provided under a research framework or within a research clinic. They are also the only guidelines that have been informed by an ethical review conducted as part of the guideline development. ..."*

<sup>18</sup> *"...most guidelines have not followed the international standards for guideline development (AGREE Next Steps Consortium, 2017). Therefore, only the Finnish (2020) and the Swedish (2022) guidelines could be recommended for use in practice"*

<sup>19</sup> *"The Swedish guideline took a different stance to WPATH 8 based on three considerations:*

- *The change in epidemiology and lack of understanding of the cause of the more recent presentations to gender services.*
- *The lack of clear data on how frequently detransition or regret occurs in young adults.*
- *A re-evaluation of the evidence base through its own systematic review, which demonstrated uncertainty about the strength of evidence in favour of gender-affirming care. It was also noted that previous guidelines relied much more heavily on expert opinion rather than on systematic reviews of the evidence".*

*Based on the above considerations, the Swedish guideline recommended that medical treatment should follow the original Dutch criteria and should only be given under a research protocol, or in exceptional circumstances"*

<sup>20</sup> *"Services for children and young people with gender incongruence started in the mid-1970s in Canada, and in 1987 in the Netherlands. It is important to understand the early populations accessing these services to make sense of how they have changed in more recent years"*

<sup>21</sup> *"The 'affirmative model' - has subsequently become dominant in many countries. As a result, some gender services have moved away from a more exploratory approach, and this is seen by some advocacy and support groups as a move to 'gatekeeping' model"*

<sup>22</sup> *"The early intervention study results were not published in preprint until December 2020 (Carmichael et al., 2021). There were no statistically significant changes reported in gender dysphoria or mental health outcome measures whilst on puberty blockers, and 98% proceeded to masculinising or feminising hormones"*

<sup>23</sup> *"The need for an independent review was clear and driven by the changing situation over the last 10-15 years: The exponential increase in the numbers of children and young people presenting to the NHS for help, outstripping the capacity of services to support them"*

<sup>24</sup> *"The Care Quality Commission (CQC) inspectors carried out an announced, focused inspection of GIDS due to concerns reported to them by healthcare professionals and the Children's Commissioner for England. Concerns related to clinical practice, safeguarding procedures, and assessments of patients' ability to consent to treatment"*

<sup>25</sup> *"The CQC report, published in January 2021 (CQC, 2021), gave the service an overall rating of inadequate. The report noted the high level of commitment and caring approach of the staff but identified a series of issues that needed improvement"*

<sup>26</sup> *"It often takes many years before strongly positive research findings are incorporated into practice. There are many reasons for this. One is that doctors can be cautious in implementing new findings, particularly when their own clinical experience is telling them the current approach they have used over many years is the right one for their patients. Quite the reverse happened in the field of gender care for children".*

<sup>27</sup> *"Based on a single Dutch study, which suggested that puberty blockers may improve psychological wellbeing for a narrowly defined group of children with gender incongruence, the practice spread at pace to other countries".*

<sup>28</sup> *"This was closely followed by a greater readiness to start masculinising/feminising hormones in midteens, and the extension of this approach to a wider group of adolescents who would not have met the inclusion criteria for the original Dutch study. Some practitioners abandoned normal clinical approaches to holistic assessment, which has meant that this group of young people have been exceptionalised compared to other young people with similarly complex presentations. They deserve very much better".*

<sup>29</sup> *"The systematic review (Taylor et al: Patient characteristics) documented the rapid increase in referrals across many countries and concluded "These children show higher than expected levels of ASD, ADHD, anxiety, depression, eating disorders, suicidality, selfharm, and ACEs. Agreement on the core characteristics data to be collected at referral/assessment would help to ensure studies measure key outcomes and enable services to develop to meet the needs of these children. Services need to assess and respond to any co-occurring needs and complexities""*

<sup>30</sup> *"The Bell v Tavistock case points to the contested nature of the evidence around the factors listed above and the understanding needed in order for a child or young person to be able to consent to enter onto a hormone pathway"*

- 
- <sup>31</sup> *“This is an area of remarkably weak evidence, and yet results of studies are exaggerated or misrepresented by people on all sides of the debate to support their viewpoint. The reality is that we have no good evidence on the long-term outcomes of interventions to manage gender-related distress”.*
- <sup>32</sup> *“When the Review started, the evidence base, particularly in relation to the use of puberty blockers and masculinising/feminising hormones, had already been shown to be weak. There was, and remains, a lot of misinformation easily accessible online, with opposing sides of the debate pointing to research to justify a position, regardless of the quality of the studies”.*
- <sup>33</sup> *“The University of York’s programme of work has shown that there continues to be a lack of high-quality evidence in this area and disappointingly, as will become clear in this report, attempts to improve the evidence base have been thwarted by a lack of cooperation from the adult gender services”.*
- <sup>34</sup> *“There remains diversity of opinion as to how best to treat these children and young people. The evidence is weak and clinicians have told us they are unable to determine with any certainty which children and young people will go on to have an enduring trans identity”.*
- <sup>35</sup> *“Our current understanding of the long-term health impacts of hormone interventions is limited and needs to be better understood”.*
- <sup>36</sup> *“The systematic review of psychosocial interventions found that the low quality of the studies, the poor reporting of the intervention details, and the wide variation in the types of interventions investigated, meant it was not possible to determine how effective different interventions were for children and young people experiencing gender distress”*
- <sup>37</sup> *“A fundamental principle of clinical medicine is that treatments should be offered based on the best available evidence”*
- <sup>38</sup> *“However, unprecedented demand and a change in the demographic of young people accessing gender services has generated a series of unresolved issues, a long waiting list and an unsustainable service model, one that was not set up to manage the new population”.*
- <sup>39</sup> *“Whereas in the early days of providing gender services for children and young people, the majority of referrals were pre-pubertal children, between 2006 and 2013 both the Canadian and Dutch gender clinics reported that adolescent referrals had overtaken child referrals (Aitken et al., 2015)”*
- <sup>40</sup> *“The Review explored the reasons for the increase in referrals and why this increase has disproportionately been seen in birth-registered females presenting in adolescence, and the implications of this for the service. This is a different cohort from that looked at by earlier studies”.*
- <sup>41</sup> *“Multiple countries reported a gradual switch in sex ratio towards a birth-registered female prevalence. Further data from Canada and the Netherlands showed that child referrals of birth-registered males still outnumbered those of birth-registered females, with the ratio switching in adolescence”*
- <sup>42</sup> *“A common explanation put forward is that the increase in presentation is because of greater acceptance. While it certainly seems to be the case that there is much greater acceptance of trans identities, particularly among younger generations, which may account for some of the increase in numbers, the exponential change in referrals over a particularly short five-year timeframe is very much faster than would be expected for normal evolution of acceptance of a minority group. This also does not adequately explain the switch from birth-registered males to birth-registered females, which is unlike trans presentations in any prior historical period”.*
- <sup>43</sup> *“There are different issues involved in considering gender care for children and young people than for adults. Children and young people are on a developmental trajectory that continues to their mid-20s and this needs to be considered when thinking about the determinants of gender incongruence. An understanding of brain development and the usual tasks of adolescence is essential in understanding how development of gender identity relates to the other aspects of adolescent development”.*
- <sup>44</sup> *“There are two important periods of brain development - the first up to age three, and the second from adolescence into adulthood”*
- <sup>45</sup> *„It used to be thought that brain maturation finished in adolescence, but it is now understood that this remodelling continues into the mid-20s as different parts become more interconnected and specialised (Giedd, 2016)”*
- <sup>46</sup> *“The ‘social brain’ is the network of brain regions that are involved in understanding other people’s intentions, desires and beliefs. The slowly maturing prefrontal cortex is a key part of this network, so there are considerable changes in these abilities through teens to adulthood”*
- <sup>47</sup> *“Through adolescence, peers have an increasing influence and parents a lessening influence. Adolescents’ evaluation of their social and personal worth is strongly influenced by what their peers think about them. Studies have shown adolescents to be hypersensitive to social isolation, so much so that going along with peers in order to avoid social risk, even if it means taking health and legal risks, might be seen as the rational choice because it reduces the possibility of social exclusion (Blakemore, 2018)”*
- <sup>48</sup> *“Generation Z is the generation in which the numbers seeking support from the NHS around their gender identity have increased, so it is important to have some understanding of their experiences and influences”*

---

<sup>49</sup> *“The Millennium Cohort Study (MCS) is a UK nationally representative prospective cohort study of children born into 19,244 families between September 2000 and January 2002. A study (Kelly et al., 2018) used this data to examine the relationship between social media use and mental health for 14-year-olds within the cohort (10,904 individuals)”*

<sup>50</sup> *“On average, girls had higher depressive symptom scores compared with boys. Online harassment, poor sleep quality and quantity, poor self-esteem and body image were all strongly associated with depressive symptom scores”*

<sup>51</sup> *“As social media use increased from 0 to 5 or more hours a day, there was a stepwise increase in depressive symptom scores and the proportion of young people with clinically relevant symptoms (Kelly et al., 2018)”*

<sup>52</sup> *“A systematic review of 20 studies found that use of social media was associated with body image concerns and disordered eating (Holland & Tiggermann, 2016). Numerous other studies implicate smartphone and social media use in mental distress and suicidality among young people, particularly girls, with a clear dose-response relationship (Abi-Jaoude et al., 2020); that is, the more hours spent online the greater the effect. The mediating effects of social media on poor sleep, poor body image and cyberbullying are common themes across much of the literature”*

<sup>53</sup> *“The striking increase in young people presenting with gender incongruence/dysphoria needs to be considered within the context of poor mental health and emotional distress amongst the broader adolescent population, particularly given their high rates of co-existing mental health problems and neurodiversity”*

*“The striking increase in young people presenting with gender incongruence/dysphoria needs to be considered within the context of poor mental health and emotional distress amongst the broader adolescent population, particularly given their high rates of co-existing mental health problems and neurodiversity”*

<sup>54</sup> *“The prevalence of ‘probable mental health disorder’ in children aged 8-16 years rose from 12.5% in 2017 to 20.3% in 2023. In young people aged 17-19 years, rates increased from 10.1% in 2017 to 23.3% in 2023 (NHS Digital, 2023)”*

<sup>55</sup> *“The increase in presentations to gender clinics has to some degree paralleled this deterioration in child and adolescent mental health. Mental health problems have risen in both boys and girls, but have been most striking in girls and young women. In addition to increasing prevalence of depression and anxiety, presentations of eating disorders and self-harm have increased since the Covid-19 pandemic (Trafford et al., 2023)”*

<sup>56</sup> *“Many young people with gender dysphoria are presenting with combinations of the above conditions. Sometimes the associated conditions pre-date the gender dysphoria and sometimes they follow it. The complex interplay between these issues is not well understood”*

<sup>57</sup> *“Young people’s sense of identity is not always fixed and may evolve over time”.*

<sup>58</sup> *“When the use of puberty blockers was introduced by the Dutch clinic, the target population was patients who had been gender incongruent since childhood. Prior to the introduction of puberty blockers, the clinical experience of that group suggested that although in the vast majority the gender incongruence resolved by puberty, for those for whom persisted into puberty, a long-term “transgender identity was more likely”*

<sup>59</sup> *“A formal diagnosis of gender dysphoria is frequently cited as a prerequisite for accessing hormone treatment. However, it is not reliably predictive of whether that young person will have longstanding gender incongruence in the future, or whether medical intervention will be the best option for them. Depending on what has caused their distress or dysphoria, it may be resolved by medical treatment, but it may also be resolved in other ways”*

<sup>60</sup> *“As set out in the section on brain development, maturation continues into a person’s mid-20s, and through this period gender and sexual identity may continue to evolve, along with sexual experience. Priorities and experiences through this period are likely to change, and this was reflected in the differences in feedback from young adults compared to teenagers. Furthermore, the Review heard accounts from young adults and parents about young people who felt certain about a binary gender identity in teenage years and then became more fluid in young adulthood or reverted to their birth-registered gender”*

<sup>61</sup> *“For these reasons, many clinicians who the Review has spoken to nationally and internationally have stated that they are unable to reliably predict which children/young people will transition successfully and which might regret or detransition at a later date”*

<sup>62</sup> *“Young people participating in the focus groups and the qualitative research study described how the lack of communication and support while waiting for specialist services meant they had to do their own research. They had often decided what they needed by the time they were seen by GIDS and had already taken steps to help manage how they felt, including social transition”*

<sup>63</sup> *“Parental and personal narratives described children and young people having more than one presenting issue, but services (for example, GIDS, CAMHS, general practice) dealing with each issue in isolation, without considering the impact of different issues on each other. This may include the impact of neurodivergence or significant mental health issues, including past history of eating disorders, experiences of loss and/or trauma and bullying”*

<sup>64</sup> *“Parents described how an absence of support following referral left them worried and frustrated, not knowing where to get help. The University of York qualitative study (Appendix 3) found that: “Parents express continuing uncertainties and doubts about what was best for their child. They worry about getting it “wrong”. They also worry about the extent to which services can understand their child and respond appropriately””*

---

<sup>65</sup> *“Whilst some young people may feel an urgency to transition, young adults looking back at their younger selves would often advise slowing down”.*

<sup>66</sup> *“There is broad agreement that gender incongruence is a result of a complex interplay between biological, psychological and social factors. This ‘biopsychosocial’ model for causation is thought to account for many aspects of human expression and experience including intelligence, athletic ability, life expectancy, depression and heart disease”*

<sup>67</sup> *“For children and young people with gender incongruence, ‘innate’ or biological factors may play a part in some individuals, in ways that are not yet understood, and in others psychosocial factors, including life experiences, societal and cultural influences, may be more important. Since biological factors have not changed in the last 10 years it is necessary to look at other possible reasons for the increase in referrals and the disproportionate representation of birth-registered females”*

<sup>68</sup> *“Various explanations have been advanced for the increase in predominantly birth-registered females presenting to gender services in early adolescence often with complex presentations, and/or additional mental health problems and/or neurodiversity:*

- *Societal acceptance: The proposition is that greater acceptance of transgender identities has allowed young people to come out more easily and the increased numbers now reflects the true prevalence of gender incongruence within society.*
- *Changes in concepts of gender and sexuality: These might include a change in expressions of sexuality versus gender and a wider spectrum of expression (for example, non-binary and other gender identities that are more common presentations in birth-registered females).*
- *Manifestation of broader mental health challenges: For example, in the same way that distress can manifest through eating disorders or depression, it could also show itself through gender-related distress.*
- *Peer and socio-cultural influence: For example, the influence of media and changing generational perceptions. This is potentially the most contested explanation, with the term ‘social contagion’ causing particular distress to some in the trans community.*
- *Availability of puberty blockers: The change in the trajectory of the referral curve across many countries coincided with the implementation of the Dutch approach, starting first in the Netherlands and then similarly adopted in other countries”*

<sup>69</sup> *“Although it is certainly the case that there is much greater acceptance of trans identities, particularly amongst Generation Z, and this may account for some of the increase in numbers, this is not an adequate explanation for the overall phenomenon. Arguments that counter this explanation include:*

- *the exponential increase in numbers within a 5-year timeframe is very much faster than would be expected for the normal evolution of acceptance of a minority group;*
- *the rapid increase in numbers presenting to gender services across Western populations;*
- *the change in prevalence from birth-registered males to birth-registered females. The current profile of transgender presentations is unlike that in any prior historical period;*
- *the sharp differences in the numbers identifying as transgender and nonbinary and presenting to gender services in Generation Z and younger Millennials compared to those over the age of 25-30. It would be expected that older adults would also show some signal of distress regarding their gender, even if they felt unable to ‘come out’;*
- *the failure to explain the increase in complex presentations”*

<sup>70</sup> *“The relationship between sexuality and gender identity is complex and contested. A transgender identity does not determine an individual’s sexuality. However, in the context of the Review, it is important to consider the relationship between sexual identity and gender identity given that sexuality contributes to a person’s sense of identity, and both may be fluid during adolescence”*

<sup>71</sup> *“In contrast, in a detailed study of young people with ASD and gender dysphoria (de Vries et al., 2010), it was noted that “while almost all adolescents with GID [gender identity dysphoria] are sexually attracted to individuals of their birth sex, the majority of the gender dysphoric adolescents with ASD were sexually attracted to partners of the other sex”*

<sup>72</sup> *“It is common in adolescence to experience same-sex attraction and not to conform to gender stereotypes. In making sense of these feelings young people are now having to navigate an increasingly complex interplay between sex and gender”*

<sup>73</sup> *“In reality, for any individual young person, there will be different socio-cultural influences that impact on their understanding of both their gender and sexual identity, and this is an area that warrants better exploration and understanding”*

<sup>74</sup> *“The gender clinic referred population has high rates of mental health diagnoses, neurodiversity and adverse childhood experiences (ACEs)”*

<sup>75</sup> *“Early audits and research suggest that ACEs are a predisposing factor. This was demonstrated from the earliest audit of the GIDS service (Di Ceglie et al., 2002) and in the systematic review (Taylor et al: Patient characteristics)”*

<sup>76</sup> *“The association is likely to be complex and bidirectional - that is, in some individuals, preceding mental ill health (such as anxiety, depression, OCD, eating disorders), may result in uncertainty around gender identity and therefore contribute*

---

to a presentation of gender-related distress. In such circumstances, treating the mental health disorder and strengthening an individual's sense of self may help to address some issues relating to gender identity. For other individuals, gender-related distress may be the primary concern and living with this distress may be the cause of subsequent mental ill health. Alternatively, both sets of conditions may be associated with and influenced by other factors, including experiences of neurodiversity and trauma"

<sup>77</sup> "Gender-questioning young people and their parents have spoken to the Review about online information that describes normal adolescent discomfort as a possible sign of being trans and that particular influencers have had a substantial impact on their child's beliefs and understanding of their gender"

<sup>78</sup> "The Review's focus groups with gender diverse young people found that "Young people struggle to find trusted sources of information, favouring lived experience social media accounts over mainstream news outlets"

<sup>79</sup> "In later childhood and into early puberty, online experience may have an effect on sense of self and expectations of puberty and of gender"

<sup>80</sup> "The data on young people's mental health, social media use and increased risks associated with online harm give an appreciation and understanding that going through the teenage years is increasingly difficult, with stressors that previous generations did not face. This can be a time when mental distress can present through physical manifestations such as eating disorders or body dysmorphic disorders. It is likely that for some young people this presents as gender-related distress"

<sup>81</sup> "Puberty is an intense period of rapid change and can be a difficult process, where young people are vulnerable to mental health problems, particularly girls. Unwelcome bodily changes and experiences can be uncomfortable for all young people, but this can be particularly distressing for young neurodiverse people who may struggle with the sensory changes"

<sup>82</sup> "The dramatic increase in presentations to NHS gender clinics from 2014, as well as in several other countries, coincided with puberty blockers being made available off protocol and to a wider group of young people. The only country with an earlier acceleration in referrals is the Netherlands, where the Dutch protocol was developed"

<sup>83</sup> "It is not possible to attribute causality in either direction to this association, but it remains a possibility that a lower threshold for medicalisation has had an influence on the number of young people seeking this intervention"

<sup>84</sup> "In addition to the change in referral numbers, sex ratio and gender identities, clinical staff working in GIDS and other gender services internationally have reported a change in the case-mix. Adolescents in particular seem to have more complex presentations, with greater mental health and psychosocial needs, as well as additional diagnoses of ASD and/or attention deficit hyperactivity disorder (ADHD)"

<sup>85</sup> "This group of young people should also be considered in the context of a wider group of adolescents with complex presentations seeking help from the NHS. There has been a substantial increase in rates of mental health problems in children and adolescents across the UK over the past decade, with increased anxiety and depression being most evident in teenage girls and a rise in young people presenting with other bodily manifestations of distress; for example, eating disorders, tics and body dysmorphic disorder".

<sup>86</sup> "Some research studies have suggested that transgender and gender-diverse individuals are three to six times more likely to be autistic than cisgender individuals, after controlling for age and educational attainment (Warrier et al., 2020)"

<sup>87</sup> "Despite often being highly articulate, intelligent and skilled in many areas, autistic young people have difficulties with social communication and peer relationships, which may make it difficult for them to feel accepted and 'fit in'"

<sup>88</sup> "Difficulties with interoception (making sense of what is going on in their bodies) and alexithymia (recognising and expressing their emotions) can sometimes make it hard for these young people to express how they are feeling about their internal sensations, their gender identity and their sexual identity"

<sup>89</sup> "Among referrals there is a greater complexity of presentation with high levels of neurodiversity and/or co-occurring mental health issues and a higher prevalence than in the general population of adverse childhood experiences and looked after children".

<sup>90</sup> "Of the studies identified in the systematic review (Taylor et al: Patient characteristics) almost 50% reported data on depression and/or anxiety, and close to 20% reported other mental health issues. In short, rates of depression, anxiety and eating disorders were higher in the gender clinic referred population than in the general population"

<sup>91</sup> "The systematic review showed no clear evidence that social transition in childhood has any positive or negative mental health outcomes, and relatively weak evidence for any effect in adolescence. However, those who had socially transitioned at an earlier age and/or prior to being seen in clinic were more likely to proceed to a medical pathway".

<sup>92</sup> "Therefore, sex of rearing seems to have some influence on eventual gender outcome, and it is possible that social transition in childhood may change the trajectory of gender identity development for children with early gender incongruence"

---

<sup>93</sup> *“The importance of what happens in school cannot be under-estimated; this applies to all aspects of children’s health and wellbeing. Schools have been grappling with how they should respond when a pupil says that they want to socially transition in the school setting. For this reason, it is important that school guidance is able to utilise some of the principles and evidence from the Review”*

<sup>94</sup> *“Several guidelines recommend that social transition should be framed in a way that ensures children can reconsider or reconceptualise their gender feelings as they grow older”*

<sup>95</sup> *“However, the Review heard concerns from many parents about their child being socially transitioned and affirmed in their expressed gender without parental involvement. This was predominantly where an adolescent had “come out” at school but expressed concern about how their parents might react. This set up an adversarial position between parent and child where some parents felt “forced” to affirm their child’s assumed identity or risk being painted as transphobic and/or unsupportive”*

<sup>96</sup> *“WPATH 8 guidance has moved from a ‘watchful waiting’ approach for children to a position of advocating for social transition as a way to improve children’s mental health”*

<sup>97</sup> *“There has been a shift in recommendations between WPATH 7 (2012), which was more cautious about social transition, and WPATH 8 (2022) which argues in favour of social transition in childhood”*

<sup>98</sup> *“WPATH 8 justifies this change in stance on the basis that there is more evidence on improved mental health outcomes with social transition, that fluidity of identity is an insufficient justification not to socially transition, and that not allowing a child to socially transition may be harmful”*

<sup>99</sup> *“However, none of the WPATH 8 statements in favour of social transition in childhood are supported by the findings of the University of York’s systematic review (Hall et al: Social Transition)”*

<sup>100</sup> *“Given the weakness of the research in this area there remain many unknowns about the impact of social transition. In particular, it is unclear whether it alters the trajectory of gender development, and what short- and longer-term impact this may have on mental health”*

<sup>101</sup> *“It is not possible to attribute causality in either direction from the findings in these studies. This means it is not known whether the children who persisted were those with the most intense incongruence and hence more likely to socially transition, or whether social transition solidified the gender incongruence”*

<sup>102</sup> *“Recommendation 4: When families/carers are making decisions about social transition of pre-pubertal children, services should ensure that they can be seen as early as possible by a clinical professional with relevant experience”.*

<sup>103</sup> *“The clinician should help families to recognise normal developmental variation in gender role behaviour and expression. Avoiding premature decisions and considering partial rather than full transitioning can be a way of ensuring flexibility and keeping options open until the developmental trajectory becomes clearer”*

<sup>104</sup> *“The practice of pausing puberty at Tanner Stage 2 was initiated in the Netherlands, and subsequently adopted in the UK and internationally. The idea was based on a theory from Dr Peggy Cohen-Kettenis whose initial clinical experience was in adult care. Her rationale was that pausing puberty early would help young people to ‘pass’ better in adulthood and ‘extend the diagnostic period’ by buying time to think”.*

<sup>105</sup> *“It may appear surprising that the novel use of a drug for this purpose did not require a more rigorous drug trial. This is because of the way drugs are licensed and can be used off-label”.*

<sup>106</sup> *“GnRH hormones (referred to as puberty blockers in the treatment of young people) are licensed for patients with precocious puberty (that is, young children who enter puberty too early), as well as for the treatment of some cancers in adults and some gynaecological issues in adults”.*

<sup>107</sup> *“Many drugs are not licensed for use in children, but can still be given to them safely. This is because the trials to test safety were only done in adults, so the licence specifies adult use only. In these circumstances the drug is usually given to children for exactly the same reason as for adults (for example, treatment of a severe infection)”.*

<sup>108</sup> *“The situation for the use of puberty blockers in gender dysphoria is different. Although some endocrinologists have suggested that it is possible to extrapolate or generalise safety information from the use of puberty blockers in young children with precocious puberty to use in gender dysphoria, there are problems in this argument. In the former case, puberty blockers are blocking hormones that are abnormally high for, say, a 7-year-old, whereas in the latter they are blocking the normal rise in hormones that should be occurring into teenage years, and which is essential for psychosexual and other developmental processes”.*

<sup>109</sup> *“This approach to the use of puberty blockers in gender dysphoria has been an ongoing source of controversy both nationally and internationally”.*

<sup>110</sup> *The lack of consensus across the clinical community was highlighted by a 2015 study (Vrouenraets et al., 2015), which approached 17 multi-professional treatment teams worldwide to determine their views on use of puberty blockers. They identified seven themes on which there were widely disparate views:*

- *the (non-) availability of an explanatory model for gender dysphoria*
- *the nature of gender dysphoria (normal variation, social construct or [mental] illness)*
- *the role of physiological puberty in developing gender identity*

- the role of comorbidity
- possible physical or psychological effects of refraining from) early medical interventions
- child competence and decision-making authority
- the role of social context in how gender dysphoria is perceived”.

<sup>111</sup> “The synthesis of international guidelines by the University of York (Hewitt et al: Guidelines 2: Synthesis) found that here is no clarity about the treatment aims of puberty suppression, with options including reducing gender dysphoria, improving quality of life, allowing time to make decisions, supporting gender exploration, extending the diagnostic phase and ‘passing’ better in adult life”.

<sup>112</sup> “Where eligibility is discussed, the earlier requirement to wait for the patient to reach age 12 before they can access puberty blockers has been removed from some guidelines (for example, WPATH 8). The majority of guidelines recommend waiting until a child has reached Tanner Stage 2 of puberty. The Swedish guideline recommends Tanner Stage 3”.

<sup>113</sup> “Belgium, Finland, Denmark and Norway required gender dysphoria/ incongruence to have been long-lasting/since childhood and Finland specified that distress had to intensify in puberty”.

<sup>114</sup> “The University of York concluded that there is insufficient and/or inconsistent evidence about the effects of puberty suppression on psychological or psychosocial health. This is in line with the finding of the NICE review (2020) and other systematic reviews, apart from the systematic review commissioned by WPATH (Baker et al., 2021), which reported some benefit. However, in the latter systematic review, eight of the 12 studies reporting psychological outcomes were rated as low quality, which may explain the difference”.

<sup>115</sup> “The approach to treatment changed with the emergence of ‘the Dutch Protocol’ which involved the use of puberty blockers from early puberty. In 2011, the UK trialled the use of puberty blockers in the ‘early intervention study.’ Preliminary results from the early intervention study in 2015-2016 did not demonstrate benefit. The results of the study were not formally published until 2020, at which time it showed there was a lack of any positive measurable outcomes. Despite this, from 2014 puberty blockers moved from a research-only protocol to being available in routine clinical practice and were given to a broader group of patients who would not have met the inclusion criteria of the original protocol”.

<sup>116</sup> “For the more recently presenting population of predominantly birth-registered females who develop gender dysphoria in early to mid-puberty, there is even less understanding of what in medical terms is called the ‘natural history’ of their gender dysphoria (that is, what would happen without medical intervention). Because an intervention intended for one group of young people (predominantly pre pubertal birth-registered males) has been given to a different group, it is hard to know what percentage of these young people might have resolved their gender-related distress in a variety of other ways”.

<sup>117</sup> “However, no changes in gender dysphoria or body satisfaction were demonstrated. There was insufficient/inconsistent evidence about the effects of puberty suppression on psychological or psychosocial wellbeing, cognitive development, cardio-metabolic risk or fertility”.

<sup>118</sup> “It is often the case that when an intervention is given outside a randomised control trial (RCT), a large treatment effect is seen, which sometimes disappears when an RCT is conducted. This is especially the case when there is a strong belief that the treatment is effective. The fact that only very modest and inconsistent results were seen in relation to improvements in mental health, even in the studies that reported some psychological benefits of treatment with puberty blockers, makes it all the more important to assess whether other treatments may have a greater effect on the distress that young people with gender dysphoria are suffering during puberty”.

<sup>119</sup> “The University of York systematic review found no evidence that puberty blockers improve body image or dysphoria, and very limited evidence for positive mental health outcomes, which without a control group could be due to placebo effect or concomitant psychological support”.

<sup>120</sup> “The systematic review undertaken by the University of York found multiple studies demonstrating that puberty blockers exert their intended effect in suppressing puberty, and also that bone density is compromised during puberty suppression”.

<sup>121</sup> “Earlier, this Report set out the very complex events that take place in the adolescent brain during puberty. Neuroscientists believe that these changes are driven by a combination of chronological age and sex hormones. Blocking the release of these sex hormones could have a range of unintended and as yet unidentified consequences”.

<sup>122</sup> “Adolescence is a time of overall identity development, sexual development, sexual fluidity and experimentation”.

<sup>123</sup> “Blocking this experience means that young people have to understand their identity and sexuality based only on their discomfort about puberty and a sense of their gender identity developed at an early stage of the pubertal process. Therefore, there is no way of knowing whether the normal trajectory of the sexual and gender identity may be permanently altered”.

<sup>124</sup> “A further concern, already shared with NHS England (July 2022) (Appendix 6), is that adolescent sex hormone surges may trigger the opening of a critical period for experience dependent rewiring of neural circuits underlying executive

---

function (i.e. maturation of the part of the brain concerned with planning, decision making and judgement). If this is the case, brain maturation may be temporarily or permanently disrupted by the use of puberty blockers, which could have a significant impact on the young person's ability to make complex risk-laden decisions, as well as having possible longer-term neuropsychological consequences".

<sup>125</sup> "The University of York's systematic review identified one cross-sectional study that measured executive functioning. This found no difference between adolescents who were treated with puberty blockers for less than one year compared to those not treated, but found worse executive functioning in those treated for more than one year compared to those not treated".

<sup>126</sup> "A recent review of the literature on this topic found very limited research on the short-, medium- or longer-term impact of puberty blockers on neurocognitive development (Baxendale, 2024)".

<sup>127</sup> "If puberty suppression is started too early in birth-registered males it can make subsequent vaginoplasty (creation of a vagina and vulva) more difficult due to inadequate penile growth. In some transgender females this has necessitated the use of gut in place of penile tissue, which has a higher risk of surgical complications".

<sup>128</sup> "Multiple studies included in the systematic review of puberty suppression (Taylor et al.: Puberty suppressants) found that bone density is compromised during puberty suppression, and height gain may lag behind that seen in other adolescents".

<sup>129</sup> "Puberty suppression was never intended to continue for extended periods, so the complex circumstances in which young people may remain on puberty blockers into adulthood is of concern".

<sup>130</sup> "It is not unexpected that blocking these surges may dampen distress and improve psychological functioning in the short-term in some young people, but this may not be an appropriate response to pubertal discomfort".

<sup>131</sup> "Conversely, a known side effect of puberty blockers on mood is that it may reduce psychological functioning".

<sup>132</sup> "Once on puberty blockers, they will enter a period when peers are developing physically and sexually whilst they will not be, and they may be experiencing the side effects of the blocker. There are no good studies on the psychological, psychosexual and developmental impact of this period of divergence from peers"

<sup>133</sup> "Puberty blockers are intended to be a short-term intervention and the impact of use over an extended period of time is unknown, although the detrimental impact to bone density alone makes this concerning. The Review raised this with NHS England and GIDS"

<sup>134</sup> "Moreover, given that the vast majority of young people started on puberty blockers proceed from puberty blockers to masculinising/feminising hormones, there is no evidence that puberty blockers buy time to think, and some concern that they may change the trajectory of psychosexual and gender identity development".

<sup>135</sup> "In the UK early intervention study (Carmichael et al., 2021), 98% (43 of 44) of those who started on puberty suppression progressed to masculinising/feminising hormones"

<sup>136</sup> "These data suggest that puberty blockers are not buying time to think, given that the vast majority of those who start puberty suppression continue to masculinising/feminising hormones, particularly if they start earlier in puberty"

<sup>137</sup> "However, if a young person is already on puberty blockers they will need to make the decision to consent to masculinising/feminising hormones at a point when their psychosexual development has been paused, and possibly with little experience of their biological puberty"

<sup>138</sup> "A trusted source of information is needed on all aspects of medical care, but in particular it is important to defuse/manage expectations that have been built up by claims about the efficacy of puberty blockers".

<sup>139</sup> "The Review has heard that the widespread claims that puberty blockers reduce the risk of death by suicide in this population may place pressure on families to obtain private treatment".

<sup>140</sup> "The Review has also heard from GPs who have been put under pressure to continue prescribing such treatments on the basis that failing to do so will put young people at risk of suicide".

<sup>141</sup> "The very strongly held beliefs amongst some young people and parents/carers that puberty blockers are highly efficacious may be attributed to a number of factors:

- the support for this position in published papers and from some clinicians working in the field
- signposted information and advice provided to children, young people and their families on the perceived benefits, including on social media
- the fact that puberty blockers have come to be seen as the entry point into and start of a transgender treatment pathway
- a lack of information about the limitations of the evidence base
- the lack of other options offered to address symptoms of distress and bodily discomfort"

<sup>142</sup> "The focus on puberty blockers and beliefs about their efficacy has arguably meant that other treatments (and medications) have not been studied/developed to support this group, doing the children and young people a further disservice".

- 
- <sup>143</sup> *"The Review has already advised that because puberty blockers only have clearly defined benefits in quite narrow circumstances, and because of the potential risks to neurocognitive development, psychosexual development and longer-term bone health, they should only be offered under a research protocol. This has been taken forward by NHS England and the National Institute for Health and Care Research (NIHR)"*
- <sup>144</sup> *"The puberty blocker trial should be part of a programme of research which also evaluates outcomes of psychosocial interventions and masculinising/feminising hormones".*
- <sup>145</sup> *"The puberty blocker trial should be part of a programme of research which also evaluates outcomes of psychosocial interventions and masculinising/ feminising hormones. Consent should routinely be sought for all children and young people for enrolment in a research study with follow-up into adulthood"*
- <sup>146</sup> *"There is a lack of high-quality research assessing the outcomes of hormone interventions in adolescents with gender dysphoria/incongruence, and few studies that undertake long-term follow-up. No conclusions can be drawn about the effect on gender dysphoria, body satisfaction, psychosocial health, cognitive development, or fertility. Uncertainty remains about the outcomes for height/growth, cardiometabolic and bone health"*
- <sup>147</sup> *"the University of York conducted a systematic review of the use of masculinising/feminising hormones in adolescents with gender dysphoria (Taylor et al: Masculinising/feminising hormones)".*
- <sup>148</sup> *"A total of 53 studies met the inclusion criteria".*
- <sup>149</sup> *"The only high-quality study identified by the systematic review was one that looked at side effects. All the rest were moderate or low quality".*
- <sup>150</sup> *"The studies had many methodological problems including the selective inclusion of patients, lack of representativeness of the population, and in many of the studies there were no comparison groups. Where there was a comparison group, most studies did not control for key differences between groups".*
- <sup>151</sup> *"As expected, hormone treatment induced puberty in the desired gender. Inconsistent results were found for height/growth, bone health and cardiometabolic health. Evidence relating to gender dysphoria, body satisfaction, psychosocial and cognitive outcomes was insufficient to draw clear conclusions. No study assessed fertility in birth-registered females"*
- <sup>152</sup> *"Overall, the systematic review authors concluded that: "There is a lack of high-quality research assessing the outcomes of hormone interventions in adolescents with gender dysphoria/incongruence, and few studies that undertake long-term follow up. No conclusions can be drawn about the effect on gender dysphoria, body satisfaction, psychosocial health, cognitive development, or fertility. Uncertainty remains about the outcomes for height/growth, cardiometabolic and bone health. There is suggestive evidence from mainly pre-post studies that hormone treatment may improve psychological health although robust research with long-term follow-up is needed".*
- <sup>153</sup> *"The University of York's systematic reviews demonstrated poor study design, inadequate follow-up periods and a lack of objectivity in reporting of results. As a result, the evidence for the indicated uses of puberty blockers and masculinising/feminising hormones in adolescents are unproven and benefits/harms are unknown"*
- <sup>154</sup> *"For example, when young people commence on the hormones of their identified gender after a period of puberty suppression, they start to experience a sense of libido and a change in their physical appearance. Many report a period of 'gender euphoria'. This makes it surprising that the observed improvements in psychological functioning in the first year of masculinising/feminising hormones are relatively modest. Their experience of puberty will then be based on their identified gender, which may have permanent neuropsychological effects"*
- <sup>155</sup> *"It is not just the methodological issues highlighted that make it hard to draw firm conclusions about the role of masculinising/feminising hormones in mental health and psychosocial outcomes. There are important clinical considerations that complicate the picture".*
- <sup>156</sup> *"Discussions in Chapter 11 touched on whether mental health problems may be caused by gender dysphoria and minority stress or whether in some instances a range of adverse childhood experiences and stressors could lead to gender-related distress. Regardless of causality, the focus should be on treating all the young person's needs, rather than expecting that hormone treatment alone will address longstanding mental ill health".*
- <sup>157</sup> *"In summary, both young people and adults presenting with gender dysphoria often have complex additional mental health needs. It is hard to know the extent to which hormone treatment mitigates these issues, and the role played by treatment and support in the additional ongoing mental health issues".*
- <sup>158</sup> *"The option to provide masculinising/feminising hormones from the age of 16 is available, but the Review would recommend an extremely cautious clinical approach and a strong clinical rationale for providing hormones before the age of 18"*
- <sup>159</sup> *"The option to provide masculinising/ feminising hormones from age 16 is available, but the Review would recommend an extremely cautious clinical approach. There should be a clear clinical rationale for providing hormones at this stage rather than waiting until an individual reaches 18. This would keep options open during this important developmental window, allowing time for management of any cooccurring conditions, building of resilience and fertility preservation, if required"*

---

<sup>160</sup> “As discussed in Part 3, it is well established that children and young people with gender dysphoria are at increased risk of suicide, but suicide risk appears to be comparable to other young people with a similar range of mental health and psychosocial challenges. Some clinicians feel under pressure to support a medical pathway based on widespread reporting that gender-affirming treatment reduces suicide risk. This conclusion was not supported by the above systematic review”.

<sup>161</sup> “Commonly suggested reasons for the suicidality in the gender diverse population are:

- the inherent distress from the gender dysphoria
- minority stress due to discrimination and bullying
- distress caused by delayed access to medical treatment
- underlying co-occurring mental health problems that are common in the population”.

<sup>162</sup> “Tragically deaths by suicide in trans people of all ages continue to be above the national average, but there is no evidence that gender-affirmative treatments reduce this. Such evidence as is available suggests that these deaths are related to a range of other complex psychosocial factors and to mental illness”.

<sup>163</sup> “It has been suggested that hormone treatment reduces the elevated risk of death by suicide in this population, but the evidence found did not support this conclusion”

<sup>164</sup> “A systematic review of suicide-related outcomes following gender-affirming treatment (Jackson, 2023) reported that in a majority of studies there was a reduction in suicidality following gender-affirming treatment. However, there were major methodological problems in most of the studies, with the biggest problem being a failure to adequately control for the presence of psychiatric comorbidity and treatment, such that no firm conclusions could be drawn”.

<sup>165</sup> “A UK paper (Lavender et al., 2023) reporting a retrospective analysis of 38 children who had received puberty blockers followed by masculinising/feminising hormones noted that suicidality and self-harm showed a general decrease. However, there had been 109 eligible participants, and of the 38 included in the study only 11 had completed the suicidality/self-harm questions, rendering this observation flawed”.

<sup>166</sup> “A paper from the Belgium gender clinic reported five deaths by suicide among 177 adolescents clients aged 12-18 years who were seen between 2007 and 2016 (Van Cauwenberg et al., 2021) All five had commenced on masculinising/feminising hormones”

<sup>167</sup> “Another recent paper (Ruuska, 2024), compared deaths by suicide in young people who had been seen in the Finnish national gender service with age-matched controls. The study also did not find a statistically significant link between hormone treatment and reduced risk of suicide. However, there was a statistically significant relationship between a high rate of co-occurring mental health difficulties and increased suicide”.

<sup>168</sup> “In summary, the evidence does not adequately support the claim that genderaffirming treatment reduces suicide risk. However, the distress is real for these children and young people, some of whom hold strong beliefs about the efficacy of both puberty blockers and masculinising/feminising hormones. .... Thus, fear that delayed access to medical treatment may lead to suicidal thoughts and behaviours remains high in parents and clinicians, and this is regardless of how effective the treatments may be once accessed”.

<sup>169</sup> “When clinicians talk to patients about what interventions may be best for them, they usually refer to the longer-term benefits and risks of different options, based on outcome data from other people who have been through a similar care pathway. This information is not currently available for interventions in children and young people with gender incongruence or gender dysphoria, so young people and their families have to make decisions without an adequate picture of the potential impacts and outcomes”.

<sup>170</sup> “However, consent is more than just capacity and competence. It requires clinicians to ensure that the proposed intervention is clinically indicated as they have a duty to offer appropriate treatment. It also requires the patient to be provided with appropriate and sufficient information about the risks, benefits and expected outcomes of the treatment”.

<sup>171</sup> “In addition, the poor evidence base makes it difficult to provide adequate information on which a young person and their family can make an informed choice”

<sup>172</sup> “In considering endocrine interventions, the large number of unknowns regarding the risk/benefits in any one individual and the lack of robust information to help them make decisions present a major problem in obtaining informed consent”

<sup>173</sup> “The role of psychological therapies in supporting children and young people with gender incongruence or distress has been overshadowed by an unhelpfully polarised debate around conversion practices...”

<sup>174</sup> “Whilst the Review’s terms of reference do not include consideration of the proposed legislation to ban conversion practices, it believes that no LGBTQ+ group should be subjected to conversion practice. It also maintains the position that children and young people with gender dysphoria may have a range of complex psychosocial challenges and/or mental health problems impacting on their gender-related distress. Exploration of these issues is essential to provide diagnosis, clinical support and appropriate intervention”

<sup>175</sup> “The intent of psychological intervention is not to change the persons perception of who they are but to work with them to explore their concerns and experiences and help alleviate their distress, regardless of whether they pursue a

---

medical pathway or not. It is harmful to equate this approach to conversion therapy as it may prevent young people from getting the emotional support they deserve”

<sup>176</sup> “Historically the model of care for children and young people presenting with gender incongruence or distress was entirely based on a psychosocial model, with early medical intervention with puberty blockers being introduced more recently. Most clinical teams would still see this as the starting point in a care pathway”

<sup>177</sup> “The studies focusing on psychological changes and/or psychosocial changes found improvements in a range of aspects such as resilience, self-compassion and selfacceptance, as well as quality of life, global functioning, participation and well-being”

<sup>178</sup> “Some therapies, which are well proven for associated mental health problems, already have a strong evidence base. Where it is clear that children/young people have such problems, they should receive the appropriate therapies in the same way as any other young person seeking support from the NHS. Outcome measures should include evaluating the impact on the associated medical health condition, and any additional impact on the gender-related concerns and distress”

<sup>179</sup> “Although some think the clinical approach should be based on a social justice model, the NHS works in an evidence-based way”

<sup>180</sup> “The care of this population needs to be holistic and personal”.

<sup>181</sup> “It is also important to ensure that there is a focus on functioning, general well-being and resilience, to ensure the child/young person is able to make considered decisions about their future pathway”

<sup>182</sup> “Recommendation 1: Given the complexity of this population, these services must operate to the same standards as other services seeing children and young people with complex presentations and/or additional risk factors”.

<sup>183</sup> “Whatever your views on gender identity, there is no denying there are increasing numbers of children and young people seeking support from the NHS for gender-related distress. They should receive the same quality of care as other children and young people experiencing distress”.

<sup>184</sup> “To provide the best evidence-based care, it is important that the clinician considers all possible (sometimes multiple) diagnoses that may be hindering the young person’s wellbeing and ability to thrive”.

<sup>185</sup> “Recommendation 2: Clinicians should apply the assessment framework developed by the Review’s Clinical Expert Group, to ensure children/young people referred to NHS gender services receive a holistic assessment of their needs to inform an individualised care plan. This should include screening for neurodevelopmental conditions, including autism spectrum disorder, and a mental health assessment. The framework should be kept under review and evolve to reflect emerging evidence”.

<sup>186</sup> “Finally, the Review’s commissioned systematic review demonstrated that other diagnoses within the group were not consistently documented, and in order to better understand and support these young people it is essential that all diagnoses are systematically recorded for clinical and research purposes.”.

<sup>187</sup> “Although a diagnosis of gender dysphoria has been seen as necessary for initiating medical treatment, it is not reliably predictive of whether that young person will have longstanding gender incongruence in the future, or whether medical intervention will be the best option for them”.

<sup>188</sup> “The central aim is to help young people to thrive and achieve their life goals... For the majority of young people, a medical pathway may not be the best way to achieve this. For those young people for whom a medical pathway is clinically indicated, it is not enough to provide this without also addressing wider mental health and/or psychosocially challenging problems such as family breakdown, barriers to participation in school life or social activities, bullying and minority stress”.

<sup>189</sup> For children and young people there may also need to be an assessment of best interests when it comes to making a choice among the treatment options which are made available... Account should also be taken of “which choice, if there is more than one, will least restrict the child’s or young person’s future options” (GMC, 2018).

<sup>190</sup> “...we know that many psychological therapies have a good evidence base for the treatment in the general population of conditions that are common in this group, such as depression and anxiety. This is why it is so important to understand the full range of needs and ensure that these young people have access to the same helpful evidence-based interventions as others”.

<sup>191</sup> “In addition to treating co-existing conditions, the focus on the use of puberty blockers for managing gender-related distress has overshadowed the possibility that other evidence-based treatments may be more effective. The intent of psychosocial intervention is not to change the person’s perception of who they are, but to work with them to explore their concerns and experiences and help alleviate their distress regardless of whether or not the young person subsequently proceeds on a medical pathway”.

<sup>192</sup> “Recommendation 3: Standard evidence based psychological and psychopharmacological treatment approaches should be used to support the management of the associated distress and cooccurring conditions. This should include support for parents/carers and siblings as appropriate”.