

Torino, 22 luglio 2026

*Alla cortese attenzione della
Società Italiana di Pediatria (SIP)
e dell'Associazione Culturale Pediatri (ACP)*

Oggetto: *Primum non nocere* : la scienza oltre lo sguardo

Osservazioni critiche sulla guida SIP–ACP “Oltre lo sguardo”

Con la presente intendiamo offrire una risposta critica alla guida “Oltre lo sguardo” riconoscendone il fine encomiabile di ridurre stigma e discriminazioni, ma evidenziandone allo stesso tempo alcune criticità scientifiche e cliniche, particolarmente rilevanti quando le raccomandazioni toccano l’ambito dell’età evolutiva e della gestione del disagio di genere in bambini e adolescenti.

Il primo grande limite, che inevitabilmente conferisce alla guida un approccio troppo generico e fonte di possibili confusioni, è quello di sintetizzare e non approfondire distinti ambiti clinici e di intervento pediatrico: da un lato l’orientamento sessuale, le problematiche di genere, questioni complesse come l’intersessualità, dall’altro l’omogenitorialità e la maternità surrogata, quest’ultima particolarmente critica dal punto di vista biologico, bioetico e legislativo. Ognuna di queste tematiche, proprio in vista di un reale e profondo rispetto delle persone coinvolte, richiederebbe un’analisi più approfondita della letteratura scientifica e approcci clinici e strategie di intervento basate su evidenze scientifiche consolidate assai diversificate in termini medici, psicologici, sociali ed etici.

Gli studi neurobiologici mostrano che la differenziazione sessuale, mediata dall’interazione tra fattori cromosomici, gonadici e ormonali, contribuisce allo sviluppo di organi, apparati, sistema endocrino e sistema nervoso centrale fin dalle prime fasi della vita embrionale [1][2][3][4]. In questa prospettiva, il sesso non può essere ridotto a una semplice definizione “assegnata alla nascita” [5], poiché rappresenta una componente biologica fondamentale che interviene lungo tutto il processo di sviluppo e che interagisce con il contesto ambientale e relazionale [6][7][8]. Studi di neuroimaging e ricerche sul neuro-sviluppo mostrano differenze sessuali in specifiche regioni cerebrali e nella maturazione di circuiti coinvolti nelle emozioni, nelle funzioni esecutive e nella vulnerabilità neuropsichiatrica, pur in un quadro di ampia variabilità individuale [3][9][10][11]. Ne deriva che lo

sviluppo del sé e della percezione di genere emerge dall'interazione tra una base neurobiologica sessualmente differenziata, l'esperienza soggettiva, il contesto sociale e i processi di apprendimento che accompagnano la crescita [6][11].

Il riferimento a una «vera essenza» dell'identità sessuale e di genere introduce nella cornice della guida una nozione fondamentalmente non scientifica. La stessa guida, peraltro, afferma nelle pagine successive che l'identità sessuale si sviluppa dall'interazione di fattori biologici, psicologici e socioculturali. Le cause precise di un determinato orientamento sessuale non sono ancora pienamente conosciute e nessun singolo fattore è sufficiente a spiegarlo. L'identità sessuale e, al suo interno, l'identità di genere, come ogni altro aspetto della più ampia identità personale, emerge lentamente attraverso un complesso processo di costruzione che si appoggia in primo luogo sulla percezione e rappresentazione della propria costituzione anatomica (base senso-motoria primaria), si sviluppa poi plasmandosi all'interno delle diverse esperienze relazionali e sociali che il bambino vive nel proprio contesto di crescita, si consolida definitivamente solo successivamente con la pubertà e l'adolescenza, spesso associandosi ad una profonda ridefinizione e articolazione di tutta la propria impalcatura identitaria. Riconoscere e rispettare il vissuto della persona non implica quindi assumere che la sua autodefinizione attuale costituisca l'accesso immediato a un nucleo essenziale, innato, immutabile e definitivamente conosciuto [12] [13].

Quando un adolescente attraversa una fase di sperimentazione identitaria, che può essere influenzata da dinamiche sociali e dalla ricerca di validazione all'interno del gruppo dei pari [14] [15] [16] [17], il cervello risponde a questi forti stimoli ambientali. In virtù della neuroplasticità cerebrale è plausibile ipotizzare che esperienze ripetute e specifici contesti relazionali e culturali possano influenzare la maturazione di alcuni circuiti neurali coinvolti nella rappresentazione di sé e nella regolazione emotiva [18] [19] [20] [21].

Il nodo critico ed etico attuale sorge proprio dall'interazione tra questi due meccanismi: la spinta biologica innata [22] [23] [24] e la modificabilità plastica cerebrale [25].

Sul piano psicologico, avviare precocemente un bambino verso l' "affermazione sociale" (ivi compresa la cosiddetta "carriera alias" in ambito scolastico), non può essere considerato un atto neutro e privo di possibili conseguenze evolutive poichè richiede infatti a genitori e insegnanti di adottare stabilmente una specifica interpretazione identitaria mentre il percorso di sviluppo è ancora in corso. L'affermazione sociale modifica il contesto relazionale del minore in una fase di rapido

sviluppo cerebrale e di marcata plasticità, nella quale le esperienze relazionali e sociali possono assumere particolare rilievo [20] [21] [26] [27]. I suoi possibili effetti sulla successiva traiettoria identitaria e decisionale restano tuttavia insufficientemente studiati [28] [29]. Poiché, in una gran parte dei casi insorti in fase prepubere, il disagio può attenuarsi o non persistere fino alla fine dell'adolescenza e all'età adulta [30] [31] [32], il suo impiego richiede particolare cautela. L'intervento, infatti, non si limita a descrivere una realtà soggettiva, ma modifica il contesto relazionale nel quale si svolge la traiettoria di sviluppo e deve quindi essere coordinato con il percorso diagnostico e terapeutico da intraprendere [33].

D'altro canto, i dati relativi alla varianza di genere a esordio puberale risultano attualmente eterogenei e non consentono conclusioni univoche [34] [35]. Nell'affrontare tale fenomeno, non si può trascurare la realtà dei *detransitioners*, ossia di coloro che interrompono o tornano indietro nel percorso di transizione sociale e/o medica. E' opportuno distinguere tra *detransition*, *regret* e semplice interruzione del trattamento (*discontinuation*). Tale variabilità di definizione e clinica rende complessa la stima della prevalenza del fenomeno e l'identificazione dei fattori ad esso associati [36] [37] [38] [39].

Inoltre, la letteratura evidenzia con chiarezza una frequente co-occorrenza di comorbidità psichiatriche e disturbi del neurosviluppo, tra cui i disturbi dello spettro autistico, il disturbo da deficit di attenzione/ipervattività, oltre ai disturbi di personalità, elementi che possono rendere più complessa la presentazione clinica dei soggetti con varianza di genere [40] [41] [42] [43] [44] [45] [46]. Esiste un rischio concreto di *diagnostic overshadowing*, ovvero di ridurre l'intera sofferenza del giovane alla sola dimensione di genere, trascurando altre diagnosi primarie meritevoli di trattamento [29] [40] [44] [45] [46] [47]. In questo scenario, una guida operativa che inviti a trasformare l'ambulatorio pediatrico in uno "spazio affermativo" rischia, se non accompagnata da puntuali cautele, di legittimare percorsi che concentrano l'attenzione su una sola dimensione, perdendo di vista il quadro clinico complessivo [48].

La letteratura indica infatti che, in molti casi, il disagio psicologico e la psicopatologia precedono o accompagnano l'emergere del disagio di genere, rendendo insufficiente un'interpretazione causale lineare. Analogamente, la suicidalità non può essere attribuita in modo diretto e univoco alle reazioni delle figure di riferimento, trattandosi di un fenomeno multifattoriale [49] [50]. In questa prospettiva, anche i dati dello studio finlandese [51] invitano alla cautela nell'interpretare gli esiti psichiatrici dei giovani che richiedono percorsi di riassegnazione di genere, poiché il rischio suicidario appare

strettamente intrecciato a comorbidità preesistenti e ad altri fattori di vulnerabilità, inclusi i disturbi neuro evolutivi [52].

Questa dei disturbi del neurosviluppo (non spiegabili tramite il *minority stress*), come ben sappiamo è una delle aree più controverse e delicate di comorbidità. In questo ambito clinico, il ruolo informativo e di supporto del pediatra si rende particolarmente rilevante, in quanto per alcuni di questi minori e i loro genitori la diagnosi di “disforia di genere” può talvolta impedire di rilevare ed approfondire situazioni cliniche difficili da riconoscere.

La transizione sociale precoce (cambio di nome, pronomi, abbigliamento e ruolo sociale), come già accennato, non è un atto neutrale di semplice “accoglienza”, ma un intervento psicologico di forte impatto. Le prove disponibili sui suoi benefici, sui possibili rischi e sulla sua influenza sulla traiettoria identitaria restano molto limitate. Nelle coorti di bambini che avevano effettuato una transizione sociale completa sono state osservate elevate percentuali di persistenza dell’identificazione transgender e di successivo accesso ai trattamenti endocrini; questi dati documentano un’associazione, ma non consentono di stabilire un rapporto causale [28] [29] [53]. Alla luce delle evidenze attuali, non è possibile considerare dimostrata l’efficacia clinica di percorsi di transizione precoce, sociale e poi medica, sulla base del solo modello del *minority stress* (stress della minoranza), come sembra suggerire la guida [54]; le revisioni sistematiche disponibili segnalano infatti che gli interventi psicosociali e medici affermativi hanno un’efficacia estremamente incerta [55] [56] [57] [58]. Come riconosciuto dalla Cass Review [29] commissionata dal *National Health Service* inglese, le revisioni sistematiche disponibili evidenziano una base di prove debole e incerta anche rispetto ai bloccanti della pubertà e ai successivi trattamenti ormonali [59] [60] [61]. Alla luce di tali conclusioni, diversi paesi che avevano inizialmente adottato modelli affermativi rapidi (Regno Unito, Svezia, Finlandia, Norvegia) stanno riorientando le linee guida verso un approccio più prudente, centrato su valutazioni psicologiche ampie, interventi di supporto e una forte restrizione dell’uso di trattamenti ormonali nei minori [62] [63] [64] [65] [66].

L’attenzione alla prevenzione dello stigma verso le persone con orientamento affettivo-sessuale non eterosessuale è doverosa e condivisibile, ma non può tradursi in protocolli che, di fatto, comprimano la libertà clinica del pediatra, scoraggiando l’esplorazione diagnostica, la valutazione delle comorbidità e l’adozione di un approccio differenziato caso per caso. La responsabilità deontologica e legale dei professionisti sanitari, alla luce delle evidenze scientifiche attuali, implica di non assecondare automaticamente ogni auto-definizione identitaria come dato definitivo, soprattutto in

età evolutiva, ma di accompagnare il minore in un percorso di comprensione e integrazione della propria realtà psicofisica. In tal senso, ad esempio, appaiono evidenti le criticità e i rischi evolutivi connessi alle rapide modalità affermative con cui nella guida “Oltre lo sguardo” (p. 21) [54] viene trattato dal pediatra il caso di Anna, di tre anni, come possibile incongruenza di genere ad esordio precoce.

Sulla base delle evidenze sintetizzate, un ambulatorio veramente “accogliente” dovrebbe coniugare il rifiuto di ogni discriminazione con il rispetto rigoroso dei limiti conoscitivi attuali e dei profili di rischio emersi dalle revisioni sistematiche. In questo senso, si propone di revisionare la guida “Oltre lo sguardo” includendo con maggiore chiarezza alcuni capisaldi:

- **Accoglienza empatica e non giudicante:** il minore e la sua famiglia devono trovare uno spazio di ascolto autentico, in cui il disagio non venga né minimizzato né ideologizzato, e in cui venga esplicitata la distinzione tra rispetto della persona e adesione a ipotesi identitarie non ancora consolidate. Alla luce delle attuali conoscenze scientifiche, accoglienza empatica e non giudicante significa, per il pediatra, non già indicare precocemente percorsi di tipo affermativo di cui non sono chiari gli esiti in termini di sicurezza e di efficacia, bensì attivare un contesto di sospensione dell’azione e di riflessività, veicolando informazioni appropriate, evidenziando le dovute cautele e i rischi potenzialmente connessi a tali percorsi oltre che il ruolo importante delle comorbidità in questo ambito.
- **Chiarezza sul ruolo del sesso biologico:** la guida dovrebbe riconoscere esplicitamente il ruolo centrale del sesso biologico nello sviluppo cerebrale e nella risposta a malattie e terapie, in coerenza con la medicina di genere, evitando formulazioni che lascino intendere una separazione radicale e arbitraria tra psiche e corpo.
A tal riguardo, dovrebbe essere compito del pediatra anche accogliere e discutere le teorie esplicative (a volte rigide e simili a slogan) che vengono portate dai pazienti, quali ad esempio “Sono nato in un corpo sbagliato” o, al contrario “Ciascuno può scegliere il suo genere”, che impediscono loro e ai loro familiari di aprirsi genuinamente alla riflessività e a una più profonda consapevolezza di sé.
- **Inquadramento diagnostico complesso e screening accurato delle comorbidità:** un intero capitolo della *Cass Review* [29] è dedicato alla valutazione diagnostica delle situazioni di incongruenza o disforia di genere, auspicando non un approccio banalmente sintomatologico e descrittivo, ma piuttosto un inquadramento diagnostico complesso definito come “olistico”, esteso alla più ampia struttura di personalità del minore.

Ne consegue che il ruolo del pediatra dovrà essere, in primo luogo, quello di avviare le situazioni di incongruenza o disforia di genere verso una valutazione psicologica e neuroevolutiva completa, che consideri anche le diverse possibili comorbidità quali disturbi dello spettro autistico, depressione, ansia, disturbi alimentari, traumi e dinamiche familiari, evitando che il focus sul genere oscuri altre diagnosi primarie trattabili. Pertanto, è fondamentale il coinvolgimento multidisciplinare tra pediatri, neuropsichiatri infantili, psicologi e psicoterapeuti.

- **Valutazione e psicoterapia esplorative:** alla luce di una revisione sistematica che rileva la scarsità delle prove sugli interventi psicosociali [55], di diversi contributi clinici [67] [68] [69] [70] [71] [72] [73] [74] [75] [76] e di due pronunciamenti del Comitato Nazionale di Bioetica del 2018 e 2024 [77] [78], che raccomandano, insieme ad una attenta valutazione multidisciplinare, l'intervento psicologico-clinico come intervento di prima linea in queste situazioni, compito fondamentale del pediatra dovrebbe essere quello di orientare con sensibilità empatica e competenza il minore e la sua famiglia verso un percorso psicoterapeutico di tipo esplorativo. Tale intervento, da distinguersi nettamente dalle cosiddette “terapie di conversione”, è modulato specificamente sulle esigenze strutturali ed evolutive del minore in oggetto, ed è volto ad esplorare il significato della incongruenza di genere all'interno della più ampia organizzazione del sé del minore e del suo contesto relazionale. Il terapeuta non decide e non definisce dall'esterno, ma aiuta il paziente a comprendere autonomamente se la propria esperienza è sufficientemente stabile, integrata e riflessiva da poter orientare decisioni così importanti e lo aiuta a sviluppare più ampi livelli di consapevolezza di sé e quindi più ampi margini di libertà e di scelta. Tale processo mantiene aperta la possibilità che il disagio evolva o si risolva senza la necessità di interventi medici irreversibili.
- **Cautela su transizione sociale e percorsi medicalizzati precoci:** ogni suggerimento in termini di transizione sociale (cambiamento di nome, pronomi, abbigliamento o ruolo sociale e sollecitazione in tal senso dei contesti educativi e scolastici) dovrebbe essere considerato un intervento clinico-psicologico significativo, la cui indicazione va valutata dal pediatra caso per caso e con prudenza, informando famiglie e pazienti sulle incertezze relative ai benefici, ai possibili rischi e all'eventuale influenza della transizione sulla successiva traiettoria identitaria.

Inoltre, la presenza nella guida di un paragrafo su “omogenitorialità” e “gestazione per altri” (GPA) solleva notevoli perplessità, considerata la complessità dei temi, se non altro per la disamina distinta e approfondita della letteratura che richiederebbe, rispetto alle conclusioni univoche che se ne traggono nella guida stessa. In particolare, per quanto concerne la cosiddetta “maternità surrogata”

(*surrogacy*), o “gestazione per altri”, pur richiedendo la “piena tutela del neonato” da parte del pediatra, sorprende che una guida professionale rivolta ai pediatri non la consideri una pratica non solo eticamente controversa, ma persino vietata e penalmente sanzionata nel nostro ordinamento [79]. Sul piano scientifico, la letteratura sulla psicologia perinatale mostra che il legame madre-neonato, la diade materno-fetale, è un processo che inizia in gravidanza attraverso il *bonding* prenatale, le rappresentazioni mentali del feto ed il coinvolgimento affettivo progressivo della gestante [80]. Tale rapporto, fondamentale per il miglior esito di salute e sviluppo del neonato, continua anche dopo la nascita tramite il contatto pelle a pelle, il *rooming-in*, l’allattamento al seno, etc. [81] [82]. In questa prospettiva, la gravidanza non può essere ridotta a una mera funzione biologica intercambiabile poiché essa implica fin dall’inizio una dimensione relazionale e psicologica strutturante. Di conseguenza la gestazione per altri solleva interrogativi scientifici ed etici rilevanti in quanto separa intenzionalmente i diversi livelli della maternità — biologico, gestazionale, psicologico e sociale — e richiede, quindi, una valutazione prudente degli esiti per la gestante, il neonato e l’intera configurazione familiare.

In conclusione, la tutela della salute fisica e mentale di bambini ed adolescenti esige di far riferimento ad evidenze metodologicamente robuste, sintetizzate attraverso revisioni sistematiche e valutate con strumenti trasparenti come, ad esempio, il sistema GRADE, che distingue la qualità delle prove dalla forza delle raccomandazioni. In presenza di dati deboli, eterogenei, a rischio di bias, non si può considerare clinicamente giustificata una raccomandazione automatica a favore dell’approccio affermativo. Un approccio realmente centrato sul benessere del minore protegge la sua dignità e il suo diritto a essere accolto all’interno di una valutazione multidisciplinare, senza però anticipare i tempi della maturazione cognitiva né promuovere modifiche sociali o mediche precoci in assenza di evidenze solide e condivise.

Con stima e con l’auspicio di un confronto scientifico aperto e plurale,

Estensori

Dott. **Antonio Belluzzi**, pediatra (Cesena);

Dott. **Giovanni Bonini**, pediatra (Pistoia);

Dott.ssa **Ivana Bringheli**, pediatra in formazione specialistica (Roma);

Prof. **Giovanni Battista Ferrero**, pediatra e genetista (Torino);

Si allega l’elenco dei 302 sottoscrittori di questo documento

Riferimenti bibliografici

1. Arnold, A. P. (1996). Genetically triggered sexual differentiation of brain and behavior. *Hormones and Behavior*, 30(4), 495–505.
2. Arnold, A. P. (2009). The organizational-activational hypothesis as the foundation for a unified theory of sexual differentiation of all mammalian tissues. *Hormones and Behavior*, 55(5), 570–578.
3. McCarthy, M. M., & Arnold, A. P. (2011). Reframing sexual differentiation of the brain. *Nature Neuroscience*, 14(6), 677–683.
4. Mauvais-Jarvis, F., Bairey Merz, C. N., Barnes, P. J., et al. (2020). Sex and gender: Modifiers of health, disease, and medicine. *The Lancet*, 396(10250), 565–582. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31561-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31561-0)
5. Institute of Medicine (US). Exploring the Biological Contributions to Human Health: Does Sex Matter? Wizemann TM, Pardue ML, editors. Washington (DC): National Academies Press (US); 2001.
6. McCarthy, M. M. (2016). Sex differences in the developing brain as a source of inherent risk. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 18(4), 361–372.
7. Parsaei M, Sanjari Moghaddam H, Aarabi MH. Sex differences in brain structures throughout the lifetime. *Aging Brain*. 2023 Sep 25; 4:100098.
8. Fenske, S. J., Liu, J., Chen, H., Diniz, M. A., Stephens, R. L., Cornea, E., Gilmore, J. H., & Gao, W. (2025). Sex differences in brain–behavior relationships in the first 2 years of life. *Cerebral Cortex*, 35(6), bhaf133. <https://doi.org/10.1093/cercor/bhaf133>
9. Ryali, S., Zhang, Y., de los Angeles, C., et al. (2024). Deep learning models reveal replicable, generalizable, and behaviorally relevant sex differences in human functional brain organization. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 121(9), e2310012121. <https://doi.org/10.1073/pnas.2310012121>
10. Cahill, L. (2006). Why sex matters for neuroscience. *Nature Reviews Neuroscience*, 7(6), 477–484.
11. Joel, D., & McCarthy, M. M. (2017). Incorporating sex as a biological variable in neuropsychiatric research: Where are we now and where should we be? *Neuropsychopharmacology*, 42(2), 379–385.
12. Bailey, J. M., Vasey, P. L., Diamond, L. M., Breedlove, S. M., Vilain, E., & Epprecht, M. (2016). Sexual orientation, controversy, and science. *Psychological Science in the Public Interest*, 17(2), 45–101. <https://doi.org/10.1177/1529100616637616>
13. Polderman, T. J. C., Kreukels, B. P. C., Irwig, M. S., Beach, L., Chan, Y.-M., Derks, E. M., et al. (2018). The biological contributions to gender identity and gender diversity: Bringing data to the table. *Behavior Genetics*, 48(2), 95–108. <https://doi.org/10.1007/s10519-018-9889-z>

14. Blakemore, S.-J., & Mills, K. L. (2014). Is adolescence a sensitive period for sociocultural processing? *Annual Review of Psychology*, 65, 187–207. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-010213-115202>
15. Littman L. Rapid-onset gender dysphoria in adolescents and young adults: a study of parental reports. *PLOS ONE*. 2018;13(8): e0202330
16. Zucker, K. J. (2019). Adolescents with gender dysphoria: Reflections on some contemporary clinical and research issues. *Archives of Sexual Behavior*, 48(7), 1983–1992.
17. Hutchinson, A., Midgen, M., & Spiliadis, A. (2020). In support of research into rapid-onset gender dysphoria. *Archives of Sexual Behavior*, 49(1), 79–80.
18. Crone EA, Fuligni AJ. Self and Others in Adolescence. *Annu Rev Psychol*. 2020 Jan 4;71:447-469. doi: 10.1146/annurev-psych-010419-050937. Epub 2019 Jul 23. PMID: 31337274.
19. Welborn BL, Lieberman MD et al. . Neural mechanisms of social influence in adolescence. *Soc Cogn Affect Neurosci*. 2016 Jan;11(1):100-9.
20. Sowell, E. R., Thompson, P. M., Holmes, C. J., Jernigan, T. L., & Toga, A. W. (1999). In vivo evidence for post-adolescent brain maturation in frontal and striatal regions. *Nature Neuroscience*, 2(10), 859–861. <https://doi.org/10.1038/13154>
21. Sowell, E. R., Thompson, P. M., & Toga, A. W. (2004). Mapping changes in the human cortex throughout the span of life. *The Neuroscientist*, 10(4), 372–392. <https://doi.org/10.1177/1073858404263960>
22. Zhang, H., et al., Sex-specific functional connectivity brain development from birth to 2 years old and its association with behavioral outcomes. *Scientific Reports* (Nature Portfolio), 2024.
23. Connellan, G., Baron-Cohen et al., Sex differences in human neonatal social perception. *Infant Behavior and Development*, 2000 (Vol. 23, No. 1, pp. 113-118).
24. Kirjavainen, V., et al., Sex differences in human brain development during early childhood: A longitudinal microstructural study, *Human Brain Mapping*, 2023.
25. Schriber RA, Guyer AE. Adolescent neurobiological susceptibility to social context. *Dev Cogn Neurosci*. 2016 Jun;19:1-18.
26. Kolb, B., Harker, A., & Gibb, R. (2017). Principles of plasticity in the developing brain. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 59(12), 1218–1223. <https://doi.org/10.1111/dmcn.13546>
27. Cheng, T. W., Mills, K. L., & Pfeifer, J. H. (2024). Revisiting adolescence as a sensitive period for sociocultural processing. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 164, 105820. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2024.105820>

28. Hall, R., Taylor, J., Hewitt, C. E., Heathcote, C., Jarvis, S. W., Langton, T., & Fraser, L. (2024). Impact of social transition in relation to gender for children and adolescents: A systematic review. *Archives of Disease in Childhood*, 109(Suppl 2), s12–s18. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2023-326112>
29. Cass H. Independent Review of Gender Identity Services for Children and Young People: Final Report. NHS England; 2024.
30. Steensma, T.D., Biemond, R., de Boer, F. & Cohen-Kettenis, P.T., 2011. Desisting and persisting gender dysphoria after childhood: A qualitative follow-up study. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 2011 Oct, 16(4), pp.499–516.
31. Wallien MS, Cohen-Kettenis PT. Psychosexual outcome of gender-dysphoric children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2008 Dec;47(12):1413-23.
32. Zucker KJ, Bradley SJ. Gender Identity Disorder and Psychosexual Problems in Children and Adolescents. New York: Guilford Press; 1995.
33. Levine, S.B., Abbruzzese, E. Current Concerns About Gender-Affirming Therapy in Adolescents. *Curr Sex Health Rep* 15, 113–123 (2023).
34. Iughetti, L., et al. La disforia di genere in età pediatrica e adolescenziale, 2019
35. Kaltiala-Heino R, Sumia M, Tyolajarvi M, Lindberg N. Two years of gender identity service for minors: Over representation of natal girls with severe problems in adolescent development. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*. 2015;9(1):9.
36. Jorgensen SCJ. Transition Regret and Detransition: Meanings and Uncertainties. *Arch Sex Behav*. 2023 Jul;52(5):2173-2184.
37. Littman L. Individuals treated for gender dysphoria with medical and/or surgical transition who subsequently detransitioned: A survey of 100 detransitioners. *Archives of Sexual Behavior*. 2021;50(8):3353–3369.
38. Irwig MS. Detransition Among Transgender and Gender-Diverse People-An Increasing and Increasingly Complex Phenomenon. *J Clin Endocrinol Metab*. 2022 Sep 28;107(10):e4261-e4262.
39. MacKinnon, K. R., Expósito-Campos, P., Lam, J. S. H., Anderson, V., & Khatchadourian, K. (2025). Understanding and caring for adolescents and young adults who are considering or pursuing a detransition process. *Pediatric Annals*, 54(10), e361–e366. <https://doi.org/10.3928/19382359-20250828-06>
40. Thrower E, Bretherton I, Pang KC, Zajac JD, Cheung AS. Prevalence of autism spectrum disorder and attention-deficit hyperactivity disorder amongst individuals with gender dysphoria: A systematic review. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2020;50(3):695–706.

41. Kaila-Vanhatalo, M., Tolmunen, T., Mattila, A., & Kaltiala, R. (2025). Prevalence of personality disorder diagnoses in people referred to specialized gender identity clinics in Finland. *Journal of Personality Disorders*, 39(2), 95–109. <https://doi.org/10.1521/pedi.2025.39.2.95>
42. Kaila-Vanhatalo ME, Tolmunen T, Mattila A, Kaltiala R. Gender dysphoria and personality disorders: associations with proceeding to and discontinuing medical gender reassignment. *Nordic Journal of Psychiatry*. 2025.
43. Hilton MN, Boulton KA, Kozłowska K, McClure G, Guastella AJ. The co-occurrence of neurodevelopmental disorders in gender dysphoria: Characteristics within a paediatric treatment-seeking cohort and factors that predict distress pertaining to gender. *Journal of Psychiatric Research*. 2022;149:281–286
44. Frew, T., Watsford, C., & Walker, I. (2021). Gender dysphoria and psychiatric comorbidities in childhood: A systematic review. *Australian Journal of Psychology*, 73(3), 255–271. <https://doi.org/10.1080/00049530.2021.1900747>
45. Karvonen, M., Karukivi, M., Kronström, K., & Kaltiala, R. (2022). The nature of co-morbid psychopathology in adolescents with gender dysphoria. *Psychiatry Research*, 317, 114896. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2022.114896>
46. Becerra-Culqui TA, Liu Y, et al., Mental health of transgender and gender nonconforming youth compared with their peers. *Pediatrics*. 2018;141(5):e20173845.
47. Taylor, J., Hall, R., Langton, T., Fraser, L., & Hewitt, C. E. (2024). Characteristics of children and adolescents referred to specialist gender services: A systematic review. *Archives of Disease in Childhood*, 109(Suppl 2), s3–s11. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2023-326681>
48. Taylor, J., Hall, R., Langton, T., Fraser, L., & Hewitt, C. E. (2024). Care pathways of children and adolescents referred to specialist gender services: A systematic review. *Archives of Disease in Childhood*, 109(Suppl 2), s57–s64. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2023-326760>
49. Turecki, G., & Brent, D. A. (2016). Suicide and suicidal behaviour. *The Lancet*, 387(10024), 1227–1239. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00234-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00234-2)
50. Franklin, J. C., Ribeiro, J. D., Fox, K. R., Bentley, K. H., Kleiman, E. M., Huang, X., Musacchio, K. M., Jaroszewski, A. C., Chang, B. P., & Nock, M. K. (2017). Risk factors for suicidal thoughts and behaviors: A meta-analysis of 50 years of research. *Psychological Bulletin*, 143(2), 187–232. <https://doi.org/10.1037/bul0000084>
51. Kaltiala R, Holttinen T, Tuisku K. Have the psychiatric needs of people seeking gender reassignment changed as their numbers increase? A register study in Finland. *Eur Psychiatry*. 2023 Nov 6;66(1):e93.

52. Paz-Otero, M., Becerra-Fernández, A., Pérez-López, G., & Ly-Pen, D. (2021). A 2020 review of mental health comorbidity in gender dysphoric and gender non-conforming people. *Journal of Psychiatry Treatment and Research*, 3(1), 44–55. <https://doi.org/10.36959/784/425>
53. Olson, K. R., Durwood, L., Horton, R., Gallagher, N. M., & Devor, A. (2022). Gender identity 5 years after social transition. *Pediatrics*, 150(2), e2021056082. <https://doi.org/10.1542/peds.2021-056082>
54. Società Italiana di Pediatria (SIP) & Associazione Culturale Pediatri (ACP). (2026). *Oltre lo sguardo: Guida pratica su varianza di genere, orientamenti sessuali e omogenitorialità per un ambulatorio pediatrico accogliente*.
55. Heathcote, C., Taylor, J., Hall, R., Jarvis, S. W., Langton, T., Hewitt, C. E., & Fraser, L. (2024). Psychosocial support interventions for children and adolescents experiencing gender dysphoria or incongruence: A systematic review. *Archives of Disease in Childhood*, 109(Suppl 2), s19–s32. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2023-326347>
56. Miroshnychenko, A., Roldan, Y., Ibrahim, S., Kulatunga-Moruzi, C., Montante, S., Couban, R., Guyatt, G., & Brignardello-Petersen, R. (2025). Puberty blockers for gender dysphoria in youth: A systematic review and meta-analysis. *Archives of Disease in Childhood*, 110(6), 429–436. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2024-327909>
57. Miroshnychenko, A., Ibrahim, S., Roldan, Y., Kulatunga-Moruzi, C., Montante, S., Couban, R., Guyatt, G., & Brignardello-Petersen, R. (2025). Gender affirming hormone therapy for individuals with gender dysphoria aged <26 years: A systematic review and meta-analysis. *Archives of Disease in Childhood*, 110(6), 437–445. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2024-327921>
58. Taylor, J., Hall, R., Heathcote, C., Hewitt, C. E., Langton, T., & Fraser, L. (2024). Clinical guidelines for children and adolescents experiencing gender dysphoria or incongruence: A systematic review of recommendations (part 2). *Archives of Disease in Childhood*, 109(Suppl 2), s73–s82. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2023-326500>
59. Taylor, J., Mitchell, A., Hall, R., Heathcote, C., Langton, T., Fraser, L., & Hewitt, C. E. (2024). Interventions to suppress puberty in adolescents experiencing gender dysphoria or incongruence: a systematic review. *Archives of Disease in Childhood*, 109(Suppl 2).
60. Taylor, J., Mitchell, A., Hall, R., Langton, T., Fraser, L., & Hewitt, C. E. (2024). Masculinising and feminising hormone interventions for adolescents experiencing gender dysphoria or incongruence: a systematic review. *Archives of Disease in Childhood*, 109(Suppl 2).
61. Ludvigsson, J. F., Adolfsson, J., Höistad, M., Rydelius, P.-A., Kriström, B., Landén, M., et al. (2023). A systematic review of hormone treatment for children with gender dysphoria and recommendations for research. *Acta Paediatrica*, 112(11), 2279–2292. <https://doi.org/10.1111/apa.16791>

62. NHS England, Clinical Policy: Puberty Suppressing Hormones for Children and Young People Who Have Gender Incongruence/Gender Dysphoria. NHS England, 2024.
63. National Board of Health and Welfare (Socialstyrelsen), Care of Children and Adolescents with Gender Dysphoria – National Knowledge Support. Socialstyrelsen, 2022.
64. Council for Choices in Health Care in Finland (PALKO). Medical Treatment Methods for Dysphoria Associated with Variations in Gender Identity in Minors. 2020.
65. Zepf FD, König L, et al. Beyond NICE: Updated Systematic Review on the Current Evidence of Using Puberty Blocking Pharmacological Agents and Cross-Sex-Hormones in Minors with Gender Dysphoria. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother*. 2024;52(3):167-187. German.
66. Norwegian Healthcare Investigation Board (Ukom). Gender Incongruence in Children and Adolescents – Findings and Recommendations. 2023.
67. Bonfatto, M., & Crasnow, E. (2018). Gender/ed identities: An overview of our current work as child psychotherapists in the Gender Identity Development Service. *Journal of Child Psychotherapy*, 44(1), 29–46. <https://doi.org/10.1080/0075417X.2018.1443150>
68. Lemma, A. (2018). Trans-itory identities: Some psychoanalytic reflections on transgender identities. *The International Journal of Psychoanalysis*, 99(5), 1089–1106. <https://doi.org/10.1080/00207578.2018.1489710>
69. Churcher Clarke, A., & Spiliadis, A. (2019). “Taking the lid off the box”: The value of extended clinical assessment for adolescents presenting with gender identity difficulties. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 24(2), 338–352. <https://doi.org/10.1177/1359104518825288>
70. Lambruschi, F. (2024). L’approccio clinic alla disforia di genere in età evolutive: il recupero del buon senso clinic e della ricercar non ideologica. *Psicologia clinica dello sviluppo*, 28 (2), 265-278. <https://doi.org/10.1449/114570>.
71. Seveler, M., & Meyer-Bahlburg, H. F. L. (2019). Late-onset transgender identity development of adolescents in psychotherapy for mood and anxiety problems: Approach to assessment and treatment. *Archives of Sexual Behavior*, 48(7), 1993–2001. <https://doi.org/10.1007/s10508-018-1362-9>
72. D’Angelo, R., Syrulnik, E., Ayad, S., Marchiano, L., Kenny, D. T., & Clarke, P. (2021). One size does not fit all: In support of psychotherapy for gender dysphoria. *Archives of Sexual Behavior*, 50(1), 7–16. <https://doi.org/10.1007/s10508-020-01844-2>
73. Levine, S. B. (2021). Reflections on the clinician’s role with individuals who self-identify as transgender. *Archives of Sexual Behavior*, 50(8), 3527–3536. <https://doi.org/10.1007/s10508-021-02142-1>

74. Schwartz, D. (2021). Clinical and ethical considerations in the treatment of gender dysphoric children and adolescents: When doing less is helping more. *Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy*, 20(4), 439–449. <https://doi.org/10.1080/15289168.2021.1997344>
75. Canvin, L., Hawthorne, O., & Panting, H. (2022). Supporting young people to manage gender-related distress using third-wave cognitive behavioural theory, ideas and practice. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 27(4), 1246–1262. <https://doi.org/10.1177/13591045211068729>
76. Evans, M. (2022). “If only I were a boy ...”: Psychotherapeutic explorations of transgender in children and adolescents. *British Journal of Psychotherapy*, 38(2), 269–285. <https://doi.org/10.1111/bjp.12733>
77. Comitato Nazionale per la Bioetica. (2018). *In merito alla richiesta di AIFA sulla eticità dell’uso del farmaco triptorelina per il trattamento di adolescenti con disforia di genere (DG)*. Presidenza del Consiglio dei Ministri.
78. Comitato Nazionale per la Bioetica. (2024). *Risposta al quesito del Ministero della Salute sull’utilizzo della triptorelina nel caso di diagnosi di “disforia di genere”*. Presidenza del Consiglio dei Ministri.
79. Legge 19 febbraio 2004, n. 40, art. 12, comma 6, come modificato dalla legge 4 novembre 2024, n. 169. Norme in materia di procreazione medicalmente assistita. Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana.
80. McNamara, J., Townsend, M. L., & Herbert, J. S. (2019). A systematic review of maternal wellbeing and its relationship with maternal–fetal attachment and early postpartum bonding. *PLOS ONE*, 14(7), e0220032. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0220032>
81. Moore ER, Brimdyr K et al. Immediate or early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev*. 2025 Oct 22;10(10):CD003519.
82. Maternal-infant bonding: the impact of early separation or loss on family development; Marchall H. Klaus, John H. Kennel, St. Louis: Mosby, 1976. MMS ID 994836243406676; ISBN 9780801626302; ISBN 0801626307.