



Provincia Religiosa di San Pietro
dell'Ordine Ospedaliero di San Giovanni di Dio
OSPEDALE «SACRO CUORE DI GESÙ» Fatebenefratelli
UOC PEDIATRIA-NEONATOLOGIA-UTIN



A.N.M.I.R.S.
ASSOCIAZIONE NAZIONALE MEDICI
ISTITUTI RELIGIOSI SPEDALIERI



Con il patrocinio di:



Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi
e degli Odontoiatri di Benevento

Integrazione ospedale territorio: percorsi diagnostico-terapeutici

a cura del "Journal Club of Pediatrics" 2017

Responsabile Scientifico Maria Carmen Verga
Ideatrice e Coordinatrice del Progetto Iride Dello Iacono
Segreteria Scientifica Antonella Casani

Disforie di genere

Autore

Dott. ssa Titti Sorice
Pediatria di libera scelta ASL Benevento 1

Relatori del corso

Dott. Domenico Dragone – DAI Materno-Infantile Seconda Università di Napoli.
Dott.ssa Giuseppina Colatruglio- psicologa – Ospedale Sacro Cuore di Gesù
Fatebenefratelli, Benevento
Dott.ssa Maria Grazia Puzio – psicologa psicoterapeuta

Le immagini sono del dott. Domenico Dragone

Principali cambiamenti da indurre

La necessità della definizione di un percorso diagnostico-terapeutico, sulla base delle più aggiornate linee guida, scaturisce dall'analisi di alcune problematiche della locale offerta assistenziale relative a:

- Riconoscimento delle non conformità di genere al fine di prevenire la conseguente disforia;
- Prevenzione dell'abuso con la precoce identificazione dei casi a rischio;
- Coordinamento e supporto alla presa in carico da parte dell'èquipe multidisciplinare del Centro di 3° livello

Destinatari ed obiettivi del percorso

I destinatari di questo documento sono i pediatri di famiglia, i pediatri ospedalieri, i medici di medicina generale.

I bambini e gli adolescenti con VG possono avere difficoltà di accettazione da parte degli adulti o diventare vittime di derisione, bullismo, emarginazione. Tutto ciò può avere diversi effetti negativi sul loro benessere psicologico e sulla qualità della loro vita.

La definizione degli Standards di Cura (WPATH) ha lo scopo di fornire una guida clinica per gli specialisti nell'assistenza alle persone transessuali, transgender e di genere non-conforme con percorsi efficaci e sicuri per garantire loro il duraturo benessere personale nel genere prescelto e per accrescere lo stato di salute generale, psicologico e di realizzazione personale.

Il pediatra, pertanto, deve:

1. ascoltare le famiglie e raccomandare di non avere atteggiamenti svalutanti, o di punizione o indurre sentimenti di colpa o di vergogna, nel tentativo di modificare i comportamenti del bambino;
 2. identificare precocemente i casi a rischio per prevenire gli abusi e per consentire un intervento adeguato se l'abuso è già avvenuto;
 3. indirizzare le famiglie ad un centro specialistico dedicato alla loro presa in carico, in cui operi una èquipe multidisciplinare integrata (NPI, psicologi, endocrinologi, chirurghi).
- (Per la Campania, Prof. Paolo Valerio, Università di Napoli Federico II).

Strategie di implementazione

Il documento sarà proposto e discusso negli incontri del corso "Journal Club of Pediatrics in Benevento 2017". Ne verrà data ampia diffusione ai corsi di formazione per neuropsichiatri infantili, pediatri di famiglia, pediatri ospedalieri e medici di medicina generale

Indicatori di qualità

Qualche indicatore essenziale sottoposti a verifica periodica:

- N° di casi correttamente identificati, confermati presso il Centro di riferimento in Campania
- N° di casi inviati e presi in carico dal Centro di riferimento in Campania
- Diagnosi di disturbi del comportamento, nevrosi
- Inserimento in comunità ed in ambito scolastico

Linee Guida, documenti di Consensus ed evidenze scientifiche

I principali documenti di riferimento sono:

1. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. DSM 5
2. WPATH - World Professional Association for Transgender Health - Standards of Care per la Salute di Persone Transessuali, Transgender e di Genere Non-Conforme 7° versione 2011.
3. ONIG (Osservatorio Nazionale sull'Identità di Genere) Linee guida per la presa in carico dei minorenni con sviluppo atipico dell'identità di genere.

Nessuno soddisfa i criteri valutativi minimi di una linea guida e nessuno riporta livelli delle evidenze e forza della raccomandazione.

Il Manuale Diagnostico Statistico dei disturbi mentali è per sua natura culturale un testo descrittivo e non interpretativo. Serve a creare un vocabolario comune in ambito scientifico, è utile per la ricerca, nella quale è importante condividere definizioni operative. Non è assolutamente sufficiente per la clinica e per l'analisi della sua complessità

Popolazione e il **setting** di cura a cui è principalmente rivolto il percorso.

La popolazione di riferimento è rappresentata da pazienti in età pediatrica e adolescenziale

Il percorso è applicabile all'attività ambulatoriale del pediatra di famiglia, che, solitamente, gestisce il bambino, all'ambiente ospedaliero ed ai Centri specialistici di 2° e 3° livello

DEFINIZIONI E CLASSIFICAZIONI

La DISFORIA DI GENERE rappresenta la condizione in cui c'è discordanza, parziale o completa, tra il sesso assegnato alla nascita in base ai genitali esterni e il genere codificato dal cervello. E' una non conformità di genere in cui l'incongruenza si accompagna a sofferenza, malessere, stress.

Il termine disforia di genere è stato introdotto nel 1971 da Laub e Fisk per evitare la stigmatizzazione del termine disturbo e infatti, nel DSM 5, la disforia di genere è una categoria a se' stante e non fa più parte dei disordini sessuali.

La non conformità di genere non è un disturbo di per sé, ma è la presenza di un distress elevato connesso a tale condizione a renderla di interesse clinico.

Terminologia

L'IDENTITÀ SESSUALE descrive la dimensione soggettiva della propria sessualità ed è costituita da diverse componenti:

IL SESSO BIOLOGICO, innato, anatomico, geneticamente determinato dai cromosomi sessuali;

L'IDENTITÀ DI GENERE, cioè il percepirsi, il senso di se' come maschio o femmina. Si tratta di una identità psicologica in quanto appresa durante la crescita;

Componenti dell'identità di genere

1. la consapevolezza di appartenenza: il sapere a quale genere si appartiene;
2. la tipicità di genere: il grado in cui l'individuo si rende conto che le proprie qualità sono simili a quelle di altri che appartengono allo stesso gruppo di genere;
3. la contentezza di genere: la misura in cui l'individuo è soddisfatto del proprio genere;
4. la pressione percepita: il grado in cui l'individuo percepisce le richieste provenienti da se stesso o dagli altri a conformarsi alle norme del proprio gruppo di genere;
5. il pregiudizio intergruppo: la convinzione che il proprio gruppo di genere sia superiore agli altri.

IL RUOLO DI GENERE, cioè i comportamenti e le aspettative determinate dalla cultura e dal periodo storico, riguardanti gli uomini e le donne; Si sviluppa attraverso 3 processi fondamentali

1. Imitazione: i bambini prendono a modello il comportamento degli adulti
2. Rinforzo: si attribuiscono premi e punizioni verso comportamenti adeguati o inadeguati al proprio genere
3. Auto-socializzazione: processo che avviene attraverso l'interazione sociale

L'ORIENTAMENTO SESSUALE, ovvero l'attrazione affettiva ed erotica per persone di sesso opposto, dello stesso sesso o di entrambi.

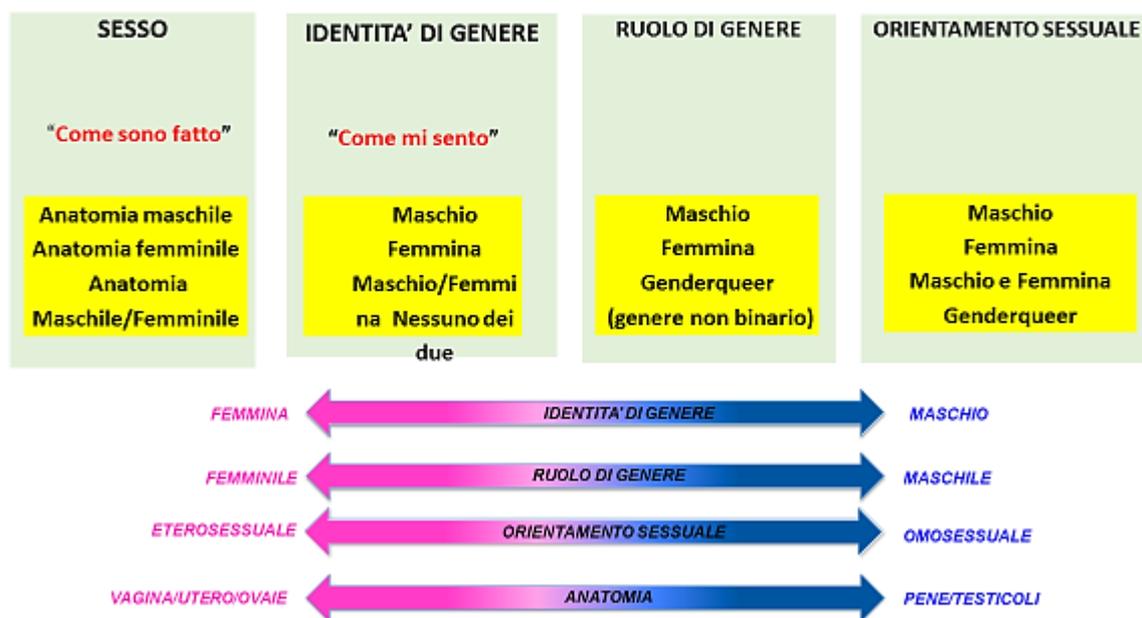
TRANSGENDER: sostantivo che descrive un gruppo eterogeneo di individui che attraversano o trascendono la dualità di genere naturalmente definita. È quindi un termine "ombrello", in cui rientra il

TRANSESSUALE nelle varie fasi del percorso di transizione (non operato, in parte operato, completamente operato);

GENDERQUEER, ovvero l'individuo geneticamente femmina o maschio che non si riconosce nella dicotomia "uomo/donna";

CROSS DRESSER, ovvero un individuo che si traveste in pubblico o in privato per esprimere la propria identità o ruolo di genere interiore

Lo spettro di genere



EPIDEMIOLOGIA

Non esistono ancora studi epidemiologici formali sulla prevalenza di variazione di genere nell'infanzia. Prevalenza, dati Italiani (Caldarera e Pfaefflin, 2011):

- 1:68,278 MtF;
- 1:245,356 FtM.

In Italia è stato condotto uno studio su 350 bambini in età pre-scolare (3-5 anni) attraverso la somministrazione della Gender Identity Interview for Children che ha mostrato una prevalenza di VG del 5,2% nei maschi e del 3,9% nelle femmine.

La prevalenza di DG, invece, sarebbe del 2,3% in base ad uno studio del 2002 sull'ereditarietà dei disturbi di IG, in un campione di bambini e adolescenti (4-17 anni) in coppie di gemelli.

Limiti dei dati epidemiologici

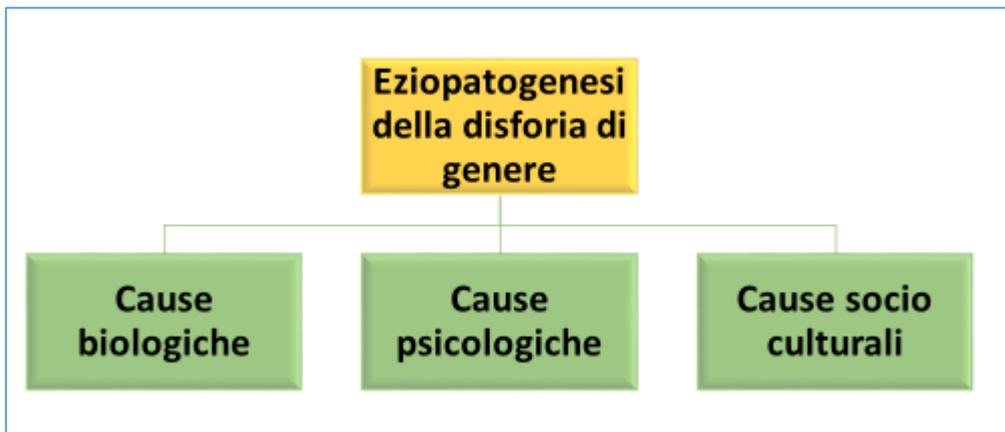
La prevalenza potrebbe essere in realtà ben più alta di quella stimata:

- problematiche di genere non riconosciute in pazienti con problemi di ansia, depressione, disturbi della condotta, uso di sostanze, disturbo da dismorfismo corporeo, disturbi dissociativi, BPD, disturbi sessuali, condizioni di intersessualità;
- alcuni travestiti, drag queen, persone transgender, omosessuali maschi e femmine potrebbero in realtà avere problematiche di genere clinicamente rilevanti;
- la gravità della DG può fluttuare nell'arco della vita al di sopra e al di sotto della soglia di rilevanza clinica;
- la varianza di genere nelle femmine biologiche tende a essere relativamente meno visibile.

EZIOLOGIA

Non esistono ipotesi eziologiche definite.

La DG è un quadro complesso in cui intervengono fattori di diversa natura, di conseguenza l'approccio è necessariamente multidisciplinare



DIAGNOSI

Nella maggior parte degli individui l'identità di genere è pienamente in linea con il sesso attribuito alla nascita in base ai genitali esterni.

Si tratta di una determinazione rigidamente dicotomica, fissa ed immutabile, maschile ad un polo e femminile al polo opposto.

Alcuni individui, però, non trovano una loro esatta collocazione e rientrano in quella che viene definita NON CONFORMITÀ di genere.

La non conformità di genere non è necessariamente patologica

Solitamente i bambini consolidano la propria identità di genere verso i 3/4 anni, mentre intorno ai 5/6 anni la maggior parte di essi sembra avere una intensa necessità di comportarsi secondo quanto si considera appropriato al gruppo dei maschi o delle femmine (ad esempio scegliendo compagni di gioco dello stesso sesso).

Ci sono bambini che possono manifestare una non conformità di genere, desiderando abbigliamento, giochi o attività che non coincidono con lo stereotipo atteso.

Solo alcuni di loro potranno presentare una disforia di genere nella loro vita.

È evidente, quindi, che per molti bambini l'esperienza di non conformità di genere è transitoria risolvendosi alla pubertà.

In studi recenti, su maschi e femmine, la percentuale di persistenza della DG fino all'età adulta è del 12-27%. (Zucker, Cohen-Kettenis 2008).

Negli adolescenti, invece, la persistenza della disforia, nell'età adulta sembra essere maggiore.

Sarebbe opportuno riuscire a discriminare prima della pubertà i bambini in cui la DG scomparirà rispetto a quelli in cui persisterà, ma attualmente non ci sono chiari indicatori di previsione.

Alla pubertà avviene il consolidamento dell'IG e nel caso di VG ci sarà il superamento o la persistenza della stessa che può evolvere nella vera e propria Disforia di Genere.

Peraltro, molti adolescenti e adulti non riferiscono VG nell'infanzia e la DG può comparire in maniera inaspettata.

Con la pubertà emerge anche il cambiamento della proporzione della disforia di genere tra i sessi: sotto i 12 anni la proporzione maschi/ femmine va da 6:1 a 3:1; negli adolescenti la proporzione maschio/ femmina si avvicina a 1:1.

L'età tra i 10 e i 13 anni sembra essere quella cruciale per la definizione della propria identità di genere.

Indipendentemente dall'outcome finale, tutti i bambini con varianza di genere hanno un aumentato rischio di abusi (sessuali, fisici, psicologici) e di disturbi psichiatrici.

I Criteri diagnostici sono sostanzialmente simili per i bambini e gli adolescenti e sono rappresentati da:

- marcata incongruenza tra il genere espresso e quello assegnato;
- un forte disagio, clinicamente significativo;

- un forte desiderio di liberarsi delle proprie caratteristiche sessuali desiderando quelle del sesso opposto;
- un forte desiderio di appartenere al genere opposto ed essere trattato come appartenente al genere opposto;
- questa sofferenza deve comportare una disfunzione in ambito sociale (scolastico e/o lavorativo).

Disforia di Genere nei bambini DSM-5 Criterio A (1-8)

Marcata incongruenza tra il genere esperito/espresso da un individuo e il genere assegnato, della durata di almeno 6 mesi, che si manifesta attraverso almeno sei dei seguenti criteri (di cui uno deve necessariamente essere il Criterio A1):

1. Un forte desiderio di appartenere al genere opposto o insistenza sul fatto di appartenere al genere opposto (o a un genere alternativo diverso dal genere assegnato).
2. Nei bambini (genere assegnato), una forte preferenza per il travestimento con abbigliamento tipico del genere opposto o per la simulazione dell'abbigliamento femminile; nelle bambine (genere assegnato), una forte preferenza per l'indossare esclusivamente abbigliamento tipicamente maschile e una forte resistenza a indossare abbigliamento tipicamente femminile.
3. Una forte preferenza per i ruoli tipicamente legati al genere opposto nei giochi del "far finta" o di fantasia.
4. Una forte preferenza per giocattoli, giochi o attività stereotipicamente utilizzati o praticati dal genere opposto.
5. Una forte preferenza per compagni di gioco del genere opposto.
6. Nei bambini (genere assegnato), un forte rifiuto per giocattoli, giochi e attività tipicamente maschili, e un forte evitamento dei giochi in cui ci si azzuffa; nelle bambine (genere assegnato), un forte rifiuto di giocattoli, giochi e attività tipicamente femminili.
7. Una forte avversione per la propria anatomia sessuale.
8. Un forte desiderio per le caratteristiche sessuali primarie e/o secondarie corrispondenti al genere esperito.

Disforia di Genere nei bambini DSM-5 Criterio B

La condizione è associata a sofferenza clinicamente significativa o a compromissione del funzionamento in ambito sociale, scolastico o in altre aree importanti

Condizioni da considerare per la diagnosi differenziale

- Disconoscimento dell'identità sessuale nel quadro di sintomi acuti di una malattia psicotica
- Diffusione dell'identità e dei ruoli nel quadro di disturbi severi di personalità
- Omosessualità egodistonica
- Confusione identitaria nel quadro di una dissociazione strutturale
- Travestimento (feticista e non feticista) isolato
- Disturbo dell'identità dell'integrazione corporea, in cui i sintomi si focalizzano sui caratteri sessuali primari e/o secondari
- Incertezza di fronte all'identità sessuale nel quadro di una crisi esistenziale (per es. adolescenziale)

Differenze della disforia di genere in bambini e adolescenti

Bambini	Adolescenti
- La disforia di genere durante l'infanzia non persiste inevitabilmente in età adulta	- La disforia di genere permane più facilmente anche in età adulta
- Dai 2 anni di età, i bambini possono mostrare un'identificazione maggiore con giochi, vestiti ed altro caratterizzanti il ruolo di genere associato al sesso opposto	- Non è detto che ci sia una storia di comportamenti femminili gender non conforming
- I bambini possono esprimere il desiderio di appartenere all'altro sesso	- Esiste la probabilità di avere disturbi internalizzanti associati, come ansia e depressione e/o disturbi esternalizzanti, con il disturbo oppositivo provocatorio
- Generalmente la disforia di genere tende a scomparire all'inizio della pubertà	- Forte desiderio di terapia ormonale e chirurgia

TERAPIA

Percorso di transizione

E' un percorso integrato che procede per fasi successive.

Quando l'adolescente o l'adulto con disforia di genere decide di cambiare completamente sesso affronta il cosiddetto percorso di transizione.

Non è un percorso obbligatorio ma è la persona stessa che decide di intraprenderlo e quale tipologia di iter seguire, è evidente, quindi, che non è un percorso uguale per tutti.

Alcune fasi, poi, sono comuni ad entrambe le transizioni (MtF e FtM), altre saranno necessariamente diverse.

Compiti dei Professionisti della Salute Mentale che lavorano con Bambini o Adolescenti con DG (Soc)

- Valutare direttamente la disforia di genere in bambini ed adolescenti.
- Fornire consulti alla famiglia e psicoterapia di supporto per assistere bambini e adolescenti nell'esplorazione della propria identità di genere, alleviare lo stress collegato alla disforia di genere e migliorare qualsiasi altra difficoltà psicosociale.
- Valutare e trattare eventuali altri sintomi riguardanti la salute mentale del soggetto (o inviare il soggetto ad altro professionista competente).
- Indirizzare ad altro specialista gli adolescenti per ulteriori interventi fisici al fine di alleviare la disforia di genere (come gli ormoni soppressori della pubertà).
- Educare e fornire supporto a bambini ed adolescenti con disforia di genere ed ai loro familiari all'interno della comunità (ad es., consultori, scuole, campi, organizzazioni).
- Fornire a bambini, giovani ed alle loro famiglie informazioni ed indirizzi per un supporto, come ad esempio, i gruppi di genitori di bambini con genere nonconforme o transgender.
- Valutazioni e interventi psicosociali per bambini ed adolescenti sono spesso forniti da un servizio speciale multidisciplinare per l'identità di genere.

Secondo l'ONIG (Osservatorio Nazionale sull'Identità di Genere) il **percorso di transizione è composto dalle seguenti fasi:**

- introspezione
- contatto con i professionisti
- percorso psicologico
- terapia ormonale
- test di vita reale
- iter legale
- riassegnazione chirurgica del sesso
- reinserimento sociale
- follow up

Fasi del percorso	Ruolo dello psicoterapeuta
1) consapevolezza: il paziente sta prendendo consapevolezza della propria identità di genere	fornire una base sicura in cui il paziente possa esplorare i propri pensieri senza spaventarsi. Non è un momento in cui prendere decisioni o direzioni
2) ricerca di informazioni: il paziente ricerca informazioni e spesso è impaziente di iniziare un percorso di adeguamento	assistere il paziente nella ricerca di informazioni sicure e gestire la sua impazienza, senza prendere decisioni
3) apertura verso persone significative: è un momento molto difficile e doloroso	mantenere un atteggiamento equidistante tra il paziente e i familiari e rendersi disponibile a bilanciare la necessità di espressione del paziente e la difficile accettazione da parte delle sue figure significative
4) esplorazione e identità: il paziente prende sempre più consapevolezza della sua identità e inizia a esplorare un ruolo di genere desiderato	assistere il paziente nella sua esplorazione, aiutandolo a prendere in considerazione le varie scelte possibili e le loro conseguenze
5) esplorazione, modifiche corporee e transizione: è questa la fase della terapia ormonale e dell'esperienza di vita reale	assistere il paziente in questo processo di transizione, monitorarne i progressi e offrire sostegno, senza interferire nelle sue scelte, ma assicurandosi che ne capisca a pieno la portata e le conseguenze

La presa in carico

L'approccio integrato dei servizi sanitari favorisca la creazione di una estesa rete formativa dedicata all'ambito sanitario e scolastico; in particolare è utile intervenire in collaborazione con le Associazioni formate dalle persone interessate, a livello scolastico, per la prevenzione di comportamenti transfobici, stigmatizzanti e di emarginazione, causa di una altissima percentuale di abbandono scolastico; mentre a livello medico e psicologico appare importante coinvolgere gli ordini professionali e le società scientifiche

Il primo incontro con l'utenza prevede un colloquio con la persona che effettua la richiesta: genitore o ragazzo/a; un genitore solo oppure entrambi i genitori, in presenza o assenza del figlio/a. E' possibile incontrare l'adolescente da solo, o accompagnato da un amico o amica o figura per lui/lei di riferimento (1). In questo caso il colloquio verterà esclusivamente su temi informativi.

Per passare alla fase di presa in carico è necessario il coinvolgimento di entrambi i genitori ed il loro consenso.

La presa in carico vera e propria prevede due fasi successive.

La prima ha un carattere valutativo, finalizzato ad approfondire il funzionamento generale del bambino/a o dell'/della adolescente dal punto di vista psicologico e dello sviluppo dell'identità di genere.

Alla conclusione della prima fase viene proposto al minorenne e alla famiglia un progetto di presa in carico che tenga in considerazione aspetti di tipo psicologico (sostegno alla famiglia e/o al minorenne, o entrambi), ambientale (scuola, agenzie educative), consulenze endocrinologiche ove indicato.

Interventi sul Fisico negli Adolescenti

Raccomandazione

Gli adolescenti possono beneficiare di ormoni per bloccare la pubertà non appena i cambiamenti fisici hanno inizio. Per far sì che gli adolescenti ed i loro genitori prendano una decisione informata riguardo al ritardo puberale, si raccomanda che gli adolescenti sperimentino l'inizio della pubertà fino ad almeno al secondo Stadio di Tanner 2.

Completamente reversibili

Questi comportano l'uso di GnRH-analoghi per sopprimere la produzione di estrogeni o testosterone ritardando così i cambiamenti fisici della pubertà. Trattamenti alternativi comprendono progestinici (più comunemente medrossiprogesterone) o altri farmaci ad esempio lo spironolattone) che riducono gli effetti degli androgeni secreti dai testicoli degli adolescenti che non hanno ricevuto GnRH-analoghi. Contraccettivi orali (o medrossiprogesterone depot) possono essere utilizzati per sopprimere le mestruazioni.

Parzialmente reversibili

Questi comprendono la terapia ormonale per mascolinizzare o femminilizzare il corpo. Alcuni cambiamenti indotti dagli ormoni potrebbero necessitare di chirurgia ricostruttiva per invertirne l'effetto (per esempio, ginecomastia causata da estrogeni), mentre altri cambiamenti non sono reversibili (ad esempio, l'abbassamento della voce causata dal testosterone).

Irreversibili

Si tratta di procedure chirurgiche; si raccomanda un percorso a stadi per lasciare aperte diverse possibilità mentre si affrontano i due stadi precedenti: non si dovrebbe passare da una fase all'altra fino a quando non ci sia stato il tempo sufficiente per gli adolescenti ed i loro genitori di assimilare completamente gli effetti degli interventi precedenti.

Descrizione degli interventi secondo l'età pre-puberale e puberale

Fase dello sviluppo sessuale			
Pre-pubertà	Pubertà		
		16 anni	18 anni
	Dai 12 anni di età (Tanner 2-3) se: <ul style="list-style-type: none"> • DG dalla prima infanzia; • Persistenza o aumento della disforia dopo i primi cambiamenti puberali; • Assenza di comorbilità psichiatrica o altre condizioni interferenti; • Adeguato supporto psicologico e sociale durante il trattamento, anche per i familiari; • Dimostrazione di consapevolezza degli effetti della terapia 		
Tipologia di intervento			
Interventi psicologici	Interventi psicologici Interventi farmacologici con GnRH analoghi 	Interventi psicologici Interventi farmacologici con GnRH analoghi e steroidi cross-sex	Interventi psicologici Interventi farmacologici con steroidi cross-sex Interventi chirurgici



Soppressione precoce (**prima dei 16 anni**) dello sviluppo puberale

Pro	Contro
<ul style="list-style-type: none">• migliore adattamento psicofisico durante l'adolescenza e l'età adulta: più tempo per la fase diagnostica e aspetto fisico maggiormente concordante con quello desiderato;• minore necessità di interventi chirurgici in età adulta, e migliore outcome post-operatorio;• minori livelli di ansia, depressione, disturbi del comportamento e migliore adattamento psicologico e funzionamento psicosociale;• Gli studi finora effettuati sulle conseguenze a livello fisico non sembrano indicare problematiche a livello osseo e metabolico	<ul style="list-style-type: none">• è possibile che la soppressione della produzione degli ormoni sessuali contribuisca alla persistenza dell'incertezza sulla propria identità di genere;• si potrebbe presumere che gli adolescenti non siano in grado di prendere decisioni importanti coscientemente e consapevolmente;• pochi studi finora hanno valutato l'impatto sullo sviluppo osseo, cerebrale, metabolico e cardiovascolare;• ancora scarsa evidenza scientifica;• ancora scarsi gli studi di follow-up

Steensma et al., 2011; Cohen-Kettenis et al., 2008

Trattamento ormonale

Adolescenti

- Soppressione dello sviluppo puberale negli adolescenti riconosciuti idonei e pronti alla attribuzione ormonale del sesso desiderato
- Soppressione dello sviluppo puberale allo stadio Tanner 2-3
- Induzione dello sviluppo puberale del sesso opposto a 16 aa, con incremento graduale della posologia ormonale
- Chirurgia:
 - test di vita reale soddisfacente
 - paziente soddisfatto degli effetti della terapia ormonale
 - paziente desideroso di cambiamento definitivo dei caratteri sessuali secondari
 - età ≥ 18 anni

Criteri per la prescrizione di ormoni per bloccare la pubertà

- l'adolescente ha mostrato un comportamento intenso e duraturo di nonconformità di genere o di disforia di genere (sia represso che espresso);
- la disforia di genere è venuta alla luce o è peggiorata con l'arrivo della pubertà
- sono stati affrontati eventuali problemi psicologici, medici o sociali coesistenti che potevano interferire con il trattamento (ad esempio, che potevano comprometterne la continuità), in modo che la situazione dell'adolescente sia sufficientemente stabilizzata per iniziare il trattamento;
- l'adolescente ha fornito il consenso informato e, in particolare quando l'adolescente non ha raggiunto l'età per il consenso medico, i genitori o altri tutori hanno acconsentito al trattamento e sono disposti a sostenere l'adolescente in tutto il processo di trattamento.

Rischi del negare il trattamento medico per gli adolescenti

Il rifiuto di interventi medici tempestivi per gli adolescenti può prolungare la disforia di genere e contribuire ad un aspetto fisico che potrebbe provocare l'abuso e la stigmatizzazione. Siccome il livello di abusi legati al genere è fortemente associato con il grado di disagio psichiatrico durante l'adolescenza (Nuttbrock et al, 2010), negare

la soppressione della pubertà e la successiva terapia ormonale femminilizzante o mascolinizzante non è un'opzione "neutrale" per gli adolescenti.

Sequenza temporale della fase di transizione

Valutazione	Ormoni/RLE	CHIRURGIA					
			2-4 sett	4-6 sett	3-6 mesi	6-12 mesi	12-18 mesi
Diagnosi di Disforia di Genere	Inizio terapia con ormoni	FtM	Ooforectomia/isterectomia		Metoidoplastica		
	Real Life Experience		MtF	Orchiectomia	Aumento del seno	Faloplastica/Protesi peniena Impianto testicolare	
	FtM mastectomia (4-5 sett)	Genitoplastica femminilizzante senza vagina					
		Genitoplastica femminilizzante con vagine					

ESITI A BREVE E LUNGO TERMINE

- Percentuali di soddisfazione post-chirurgica tra l'87% e il 97%;
- Variabili di outcome:
 - o risoluzione della disforia di genere;
 - o benessere soggettivo;
 - o qualità della vita;
 - o relazioni sociali e familiari;
 - o soddisfazione rispetto al risultato estetico;
 - o soddisfazione sessuale.
- Pentimenti molto rari: <1,5% in MtF e <1% in FtM.

BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE

1. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. DSM 5
2. SoC Standard of Care (WPATH) 7° versione 2011. <http://www.wpath.org/>
3. ONIG linee guida per la presa in carico dei minorenni con sviluppo atipico dell'identità di genere. http://www.onig.it/drupal8/docs/SoC_minorenni.pdf
4. Medico e Bambino: Disforia di genere e dintorni. Settembre 2016.
5. Dettore D, Antonelli P, Ristori J. L'identità sessuale e di genere: definizione e sviluppo. Tratto da : La disforia di genere in età evolutiva. ALPES Italia ed. 2015
6. Dettore D, Ristori J, Casale S. GID and gender-variant children in Italy: a studi in preschool children. J Gay Lesbian Ment Health 2010; 2015 15 (1): 12-29