

Roma, 23 luglio 2026

Oggetto: Guida “Oltre lo sguardo”

Gent.ma Autorità garante per l'infanzia e l'adolescenza, Gent.ma Dott.ssa Terragni,

Le scriviamo in merito alla Guida *Oltre lo sguardo. Guida pratica su varianza di genere, orientamenti sessuali e omogenitorialità per un ambulatorio pediatrico accogliente*, realizzata dalla Società Italiana di Pediatria e dall'Associazione Culturale Pediatri.

Consideriamo le Sue osservazioni un'occasione utile per contribuire a un confronto scientifico che, su temi tanto complessi e sensibili, riteniamo necessario mantenere aperto, rispettoso e sottratto a contrapposizioni di carattere ideologico.

Condividiamo con Lei la necessità di porre al centro di ogni valutazione il superiore interesse del minore, adottando un approccio prudente, individualizzato e fondato sulle migliori evidenze disponibili. Condividiamo inoltre l'esigenza che bambini, adolescenti e famiglie possano essere accompagnati da professionisti adeguatamente formati e, nei casi che lo richiedano, da équipe multidisciplinari con competenze specifiche.

Desideriamo precisare che *Oltre lo sguardo* è un documento informativo destinato ai professionisti sanitari. Non è una linea guida clinico-terapeutica, non contiene protocolli farmacologici o chirurgici e non formula indicazioni prescrittive. Il suo obiettivo è offrire ai pediatri conoscenze di base e strumenti relazionali per accogliere senza pregiudizi bambini, adolescenti e famiglie appartenenti a minoranze di genere o sessuali, nel rispetto dei principi deontologici di cura, di non discriminazione, di aggiornamento professionale.

Con questo spirito desideriamo fornire alcuni chiarimenti tecnici, in merito alle osservazioni da Lei sollevate:

Transizione sociale, prudenza e reversibilità

Condividiamo la necessità di adottare particolare cautela nelle decisioni che riguardano bambini in età prepuberale. L'affermazione sociale in età prepuberale può persistere dopo la pubertà, o può rappresentare solo una fase esplorativa della propria identità della quale i professionisti della salute in età evolutiva devono essere a conoscenza.

Riteniamo tuttavia che la possibilità di una successiva ri-transizione dimostri che l'affermazione sociale non può essere definitiva, in termini assoluti, un percorso “senza ritorno”. Ciò non esclude la necessità di particolare cautela, soprattutto in età prepuberale. Il compito dei professionisti è accompagnare le possibili traiettorie evolutive, senza anticiparne l'esito e senza svalutare ciò che il bambino o l'adolescente esprime in una determinata fase della propria vita. In presenza di sofferenza clinica, come in qualunque altra situazione di disagio

psicologico, può rendersi necessario l'invio a professionisti della salute mentale con competenze specifiche.

Persistenza e cosiddetta “desistenza”

Concordiamo con Lei sul fatto che la varianza di genere manifestata nell'infanzia non consenta di prevedere automaticamente l'identità che la persona svilupperà durante l'adolescenza o l'età adulta. È quindi necessario evitare letture deterministiche e lasciare aperte le diverse possibilità evolutive.

Le percentuali secondo cui la maggior parte dei bambini non manterrebbe nell'adolescenza un'incongruenza di genere derivano soprattutto da alcuni studi di follow-up condotti tra il 2008 e il 2013. Ricerche e analisi successive ne hanno evidenziato rilevanti limiti metodologici, riguardanti in particolare la selezione dei campioni e la classificazione come “desisters” delle persone che non si erano ripresentate ai controlli¹.

Per queste ragioni, tali percentuali devono essere interpretate con cautela e non possono essere utilizzate per stabilire in anticipo quale sarà il percorso individuale di un bambino. La prudenza, a nostro avviso, consiste proprio nel non imporre né una traiettoria affermativa né una traiettoria orientata al ritorno al genere assegnato alla nascita, ma nel mantenere uno spazio di ascolto e accompagnamento.

L'affermazione sociale non è necessariamente predittiva di una futura disforia di genere, intesa come condizione di sofferenza clinicamente significativa. Può essere associata alla persistenza di un'incongruenza di genere, che non costituisce di per sé una patologia.

Riferimenti essenziali:

Drummond et al., 2008.

Steensma et al., 2011 e 2013.

¹ Di seguito, una breve digressione su come è nata la percentuale statistica attribuita ai *desisters*. Tra il 2008 e il 2013, quattro studi di follow-up ad Amsterdam e Toronto (Drummond et al., 2008; Steensma et al., 2011, 2013; Wallien & Cohen-Kettenis, 2008) hanno rilevato che il 45-88% dei bambini con varianza di genere mostrava in adolescenza un'identità congruente con il genere assegnato alla nascita (definiti *desisters*, opposti ai *persisters*). Questi dati hanno inizialmente favorito il modello della “vigile attesa” rispetto all'affermazione precoce di genere.

Ricerche successive hanno tuttavia evidenziato due importanti bias metodologici in questi studi (Temple et al, A Critical Commentary on Follow-Up Studies and “Desistance” Theories about Transgender and Gender-Nonconforming Children, International Journal of Transgenderism, 2018):

- Selezione del campione: le famiglie selezionate erano quelle che cercavano supporto psicologico mentre sono state escluse dal campione quelle che già assecondavano l'affermazione di genere dei figli. La letteratura mostra che i giovani senza supporto familiare spesso desistono solo a causa delle pressioni sociali, portando a una sovrastima della desistenza.
- Gestione delle persone perse al follow-up: in tre studi su quattro, gli autori hanno arbitrariamente classificato chi non si è ripresentato in clinica come *desister*. In realtà, il mancato ritorno alla clinica di Amsterdam (l'unica nel Paese) poteva dipendere da molteplici altri fattori: rifiuto familiare, barriere socio-economiche, trasferimento all'estero, insoddisfazione verso la struttura o persino decesso. Per queste ragioni gli studi citati non sono stati inseriti nella bibliografia della guida.

Wallien e Cohen-Kettenis, 2008.

Temple Newhook et al., *A Critical Commentary on Follow-Up Studies and “Desistance” Theories about Transgender and Gender-Nonconforming Children*, International Journal of Transgenderism, 2018.

Gli standard WPATH e le fonti scientifiche utilizzate

Per quanto riguarda gli Standards of Care edizione 8 (SOC-8) della World Professional Association for Transgender Health (WPATH) sono raccomandazioni di un panel di esperti internazionali che, in alcuni punti, possono anche essere controversi, ma che nel complesso forniscono suggerimenti ai professionisti su come gestire minori e adulti con varianza, incongruenza e disforia di genere. Nel paragrafo 7.12 dei SOC 8 del WPATH si legge, citando anche altre importanti fonti scientifiche, la necessità di riconoscere e accogliere la varianza di genere del minore.

Tali suggerimenti sono ad oggi tra i principali riferimenti di numerose società scientifiche: il PDTA della Società Italiana di Endocrinologia Pediatrica (SIEDP) riconosce il SOC-8 come principale documento scientifico di riferimento ed è citato come fonte nel position paper italiano del 2024 sul management della disforia di genere (Ital J Pediatr, Adolescent gender dysphoria management).

Riferimenti essenziali:

Coleman et al., *Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8*, 2022.

Adolescent gender dysphoria management: position paper of the Italian scientific societies, Italian Journal of Pediatrics, 2024.

Hembree et al., *Endocrine Treatment of Gender-Dysphoric/Gender-Incongruent Persons*, Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, 2017.

Cass Review e dibattito internazionale sui trattamenti

Condividiamo il principio del “diritto del minore a un futuro aperto” da Lei espresso. Come riporta l’European Academy of Paediatrics, “l’affermazione sociale non medicalizzata può essere un approccio sicuro mentre si valuta l’interesse superiore del bambino a lungo termine (...) Il supporto dei bambini con incongruenza di genere nella loro identità affermata sembra contribuire al loro benessere psicologico. (...) Pertanto, i pediatri e tutti gli operatori sanitari che si occupano di bambini e adolescenti dovrebbero ricevere un’adeguata formazione sulle questioni di genere” (European Academy of Paediatrics statement on the clinical management of children and adolescents with gender dysphoria, 2024).

La guida non tratta protocolli farmacologici né revisioni sistematiche sui farmaci. Gli autori sono ben consapevoli del dibattito nazionale e internazionale sui trattamenti ormonali in età pediatrica. In Italia, è in corso un approfondimento sul tema a cura del Tavolo tecnico sulla Disforia di Genere, istituito nel 2024, del quale SIP fa parte e alle cui decisioni si riferirà.

Le fonti bibliografiche, le società e le istituzioni citate sono coerenti con il Position Paper Italiano Intersocietario del 2024 (Ital J Pediatr, Adolescent gender dysphoria management) e con le linee guida della Società di Endocrinologia (Hembree et al, J Clin Endocrinol Metab, 2017).

Poiché non si tratta di una revisione sistematica o di una metanalisi sulle terapie ormonali, non è stata citata la Cass Review, che ha considerato deboli le evidenze disponibili per la prescrizione dei sospensori della pubertà negli adolescenti transgender ma le cui conclusioni sono state anche criticate nella comunità scientifica internazionale a causa di bias metodologici ed etici. Non sono stati citati neppure altri lavori e revisioni sistematiche che presentano valutazioni differenti o più favorevoli al loro impiego sotto rigoroso controllo clinico.

Il principio di precauzione e le variazioni delle caratteristiche sessuali

La ringraziamo per averci consentito di chiarire il rapporto tra il principio di precauzione richiamato nella parte della Guida dedicata alle persone intersex e l'approccio alla varianza di genere.

Nel caso delle variazioni congenite delle caratteristiche sessuali, il principio di precauzione riguarda soprattutto l'opportunità di rinviare interventi medico-chirurgici irreversibili quando non siano necessari per tutelare la vita o la salute del bambino.

Nel caso della varianza di genere, la Guida non propone alcun intervento medico. Richiama invece l'importanza dell'ascolto, dell'accoglienza e del sostegno al minore e alla famiglia, con l'invio ai servizi specialistici quando siano presenti disforia, sofferenza clinicamente significativa o altre condizioni che richiedano una valutazione approfondita.

Riteniamo pertanto che il principio di prudenza sia pienamente applicabile in entrambi gli ambiti, pur riguardando situazioni e interventi differenti.

Orientamento sessuale, omogenitorialità e gestazione per altri

La presenza nella Guida di capitoli dedicati all'orientamento sessuale e alle famiglie omogenitoriali deriva dalla realtà quotidiana degli ambulatori pediatrici. I pediatri incontrano bambini e adolescenti appartenenti a minoranze sessuali e bambini che crescono in famiglie omogenitoriali. Devono quindi conoscere i possibili bisogni di queste persone e garantire un'assistenza rispettosa e non discriminatoria.

La letteratura internazionale disponibile non documenta differenze negli esiti di sviluppo dei bambini riconducibili all'orientamento sessuale dei genitori. La Guida si concentra pertanto sulla relazione di cura e sulla tutela del bambino, indipendentemente dalla composizione della famiglia o dalle modalità con cui è venuto al mondo.

Il documento non intende esprimere valutazioni sulla disciplina giuridica della gestazione per altri, vietata dall'ordinamento italiano, come riportato nella Guida, nel capitolo dedicato.

Riferimenti essenziali:

Perrin e Siegel, American Academy of Pediatrics, Pediatrics, 2013.

Golombok et al., Developmental Psychology, 2003.

Patterson, American Psychologist, 2009.

Neurodivergenza e incongruenza di genere

Condividiamo che la letteratura internazionale sia concorde nel riscontrare una maggiore presenza di neurodivergenza nella popolazione con incongruenza di genere, rispetto alla popolazione generale. Tuttavia gli studi scientifici utilizzati per analizzare queste situazioni sono di tipo osservazionale e le correlazioni evidenziate sono associazioni che non possono dichiarare una relazione di causa ed effetto senza incorrere nell'evidente rischio di causazione inversa (reverse causation). Compito del pediatra sarà quindi individuare quei casi che presentano elementi riconducibili ad un'ipotetica neurodivergenza ed indirizzarli verso una valutazione specialistica complessiva.

Narrazione delle storie di Anna e Liam

Un'ultima considerazione riguarda la storia di Anna, che ha suscitato particolari perplessità nel dibattito sviluppatosi intorno alla Guida. Si tratta di una vicenda reale, nella quale nomi ed elementi identificativi sono stati modificati per esigenze di riservatezza, inserita con l'intento di rappresentare una delle situazioni che possono presentarsi nella pratica pediatrica.

Nel caso descritto, il pediatra ha accolto una situazione già presente all'interno della famiglia, ha ascoltato i genitori e li ha indirizzati verso professionisti con competenze specifiche, affinché le questioni emerse, comprese quelle relative al contesto scolastico, potessero essere valutate in modo prudente e individualizzato. Non ha definito l'identità della bambina, non ha indicato un esito prestabilito e non ha disposto l'attivazione della carriera alias.

La vicenda di Anna era stata posta in relazione con quella, di segno opposto, di Liam, adolescente che aveva sperimentato in famiglia ostilità e rifiuto ed era giunto all'osservazione clinica con una significativa sofferenza psicologica. L'accostamento dei due racconti non intendeva proporre percorsi generalizzabili, ma mostrare la varietà delle situazioni che i pediatri possono incontrare e richiamare l'importanza dell'ascolto, dell'assenza di pregiudizio e di una valutazione individualizzata.

Riconosciamo, tuttavia, che l'estrema sintesi delle due narrazioni, e in particolare di quella relativa ad Anna, possa aver prodotto interpretazioni non corrispondenti all'intento degli autori e non restituire adeguatamente la complessità delle valutazioni compiute dalle famiglie e dai professionisti coinvolti.

Riferimenti essenziali:

American Academy of Pediatrics, *Ensuring Comprehensive Care and Support for Transgender and Gender-Diverse Children and Adolescents*, Pediatrics, 2018.

European Academy of Paediatrics, *Statement on the clinical management of children and adolescents with gender dysphoria*, 2024.

Condividiamo l'auspicio che la Guida possa favorire anche in Italia un confronto autorevole e fondato sulle evidenze, coinvolgendo istituzioni, società scientifiche e professionisti. *Oltre lo sguardo* nasce per colmare una carenza formativa e offrire ai pediatri un primo strumento di conoscenza, senza pretendere di esaurire il dibattito né di proporre soluzioni valide per tutti, affinché nessun bambino incontri nel sistema sanitario rifiuto, stigma o discriminazione.

Restiamo disponibili a un confronto con l'Autorità Garante per approfondire le questioni sollevate e valutare eventuali chiarimenti o integrazioni, nel comune obiettivo di garantire ascolto, protezione, appropriatezza dell'assistenza e rispetto della dignità di ogni minore.

Cordiali saluti.

Rino Agostiniani
Presidente SIP



Stefania Manetti
Presidente ACP

