

La tutela del diritto all'identità di genere della persona minore d'età

Nicoletta Vettori, Jiska Ristori, Alessandra D. Fisher*

PROTECTING THE RIGHT TO GENDER IDENTITY OF CHILDREN

ABSTRACT: The paper is focused on the analysis of the characteristics that medical services dedicated to the protection of gender identity, in childhood and developmental age, must present according to international scientific guidelines, medical literature, international normative sources and national discipline, read in the light of constitutional jurisprudence and the opinions of the Italian National Bioethics Committee. The analysis highlights the importance of specialized services and, for those who require them, personalized care pathways, which can ensure the effective exercise of the rights to self-determination and health of children with gender incongruence and can also be decisive for the enjoyment of other fundamental rights (to education, sports etc.) and, ultimately, for the full development of their personality. Critical issues that may limit the enjoyment of such services in the Italian territory and that deserve to be overcome are therefore pointed out.

KEYWORDS: Right to gender identity; children; gender incongruence; right to health; right to self-determination; specific healthcare services; personalized pathways

ABSTRACT: Il contributo è dedicato all'analisi delle caratteristiche che devono presentare i servizi medici dedicati alla tutela dell'identità di genere in infanzia e in età evolutiva secondo le linee-guida scientifiche internazionali, la letteratura medica, le fonti normative internazionali e la disciplina nazionale, letta alla luce della giurisprudenza costituzionale e dei pareri del Comitato Nazionale per la Bioetica. L'analisi mette in evidenza l'importanza di servizi specializzati e, per coloro che li richiedono, di percorsi di presa in carico personalizzati, che possono garantire l'effettivo esercizio dei diritti all'autodeterminazione e alla salute delle persone minori con incongruenza di ge-

* Nicoletta Vettori: Professoressa associata di diritto amministrativo, Università di Siena. Mail: nicoletta.vettori@unisi.it. Jiska Ristori: Psicologa e psicoterapeuta, Dipartimento di Scienze Sperimentali, Cliniche e Biomediche, SOD di Endocrinologia e Incongruenza di Genere, Azienda Ospedaliera Universitaria Careggi, Università di Firenze. Mail: jiska.ristori@unifi.it. Alessandra D. Fisher: Medico specialista in endocrinologia, SOD di Endocrinologia e Incongruenza di Genere, Azienda Ospedaliera Universitaria Careggi, Università di Firenze. Mail: fishera@aou-careggi.toscana.it. Il lavoro è frutto della riflessione condivisa delle tre Autrici; tuttavia i §§ 2 e 3 sono stati scritti da Jiska Ristori, il § 3.1 è stato scritto da Alessandra D. Fisher e i §§ 4., 4.1, 4.2., 4.3. da Nicoletta Vettori. I §§ 1, 5 6 sono stati elaborati congiuntamente. Contributo scritto nell'ambito del progetto Prin MUR PNRR 2022 T.R.A.N.S., *Transsexuals' Rights and Administrative Procedure for Name and Sex Rectification*, finanziato dall'Unione europea – NextGenerationEU. PRIN 2022 PNRR prot. n. P2022AAER4. I punti di vista e le opinioni espresse sono tuttavia solo quelli degli autori e non riflettono necessariamente quelli dell'Unione europea o della Commissione europea. Né l'Unione europea né la Commissione europea possono essere ritenute responsabili per essi. Contributo sottoposto a doppio referaggio anonimo. Contributo sottoposto a doppio referaggio anonimo.

nere e possono essere determinanti anche per il godimento di altri diritti fondamentali (all'istruzione, allo sport etc.) e, in definitiva, per il pieno sviluppo della loro personalità. Si segnalano quindi le criticità che possono limitare la fruizione di tali servizi nel territorio italiano e che meritano di essere superate.

PAROLE CHIAVE: Diritto all'identità di genere; persone minori; incongruenza di genere; diritto alla salute; diritto all'autodeterminazione; servizi sanitari specializzati; percorsi personalizzati

SOMMARIO: 1. La tutela dell'identità di genere della persona minore: l'importanza di servizi sanitari specializzati e di percorsi personalizzati – 2. I servizi per la tutela dell'identità di genere in infanzia – 3. I servizi per la tutela dell'identità di genere in età evolutiva – 3.1. Le (eventuali) terapie mediche – 4. Profili giuridici dell'erogazione dei servizi e della somministrazione delle terapie mediche – 4.1. Le condizioni di effettività del processo di acquisizione del consenso informato – 4.2. La rilevanza della volontà della persona minore e il carattere eccezionale (i.e. limitato alle ipotesi di conflitto) dell'intervento giudiziale: la lezione del caso *Bell v. Tavistock* – 4.3. La previsione di un'equipe multidisciplinare integrata da un esperto di bioetica: una forma di *clinical ethic support*? – 5. Le criticità che riducono la fruizione dei servizi sul territorio – 6. Note conclusive.

1. La tutela dell'identità di genere della persona minore: l'importanza di servizi sanitari specializzati e di percorsi personalizzati

L'identità di genere rappresenta una delle componenti dell'identità personale, nozione polisemica e difficilmente definibile sul piano giuridico con cui si evocano tutte le caratteristiche che rendono una persona quel che è e che la distinguono da tutti gli altri¹.

Come noto, si tratta di elementi che non trovano espressa considerazione nella Costituzione ma che sono riconducibili al concetto di persona e personalità, la cui tutela è garantita dall'art. 2 Cost².

Più in particolare, l'identità di genere è una componente dell'identità sessuale di un individuo, ma non è esclusivamente collegata al sesso biologico (vale a dire all'insieme delle caratteristiche fisiche –

¹ Così G. PINO, *L'identità personale*, in S. RODOTÀ, M. TALLACCHINI (a cura di), *Ambito e fonti del biodiritto*, in S. RODOTÀ, P. ZATTI (diretto da), *Trattato di biodiritto*, Milano, 2010, 297. Sul tema, tra gli altri, v. V. ZENO-ZENCHOVIC, *Identità personale*, in *Digesto delle discipline privatistiche*, IX, 1993, 294 ss.; L. TRUCCO, *Introduzione allo studio dell'identità individuale nell'ordinamento costituzionale italiano*, Torino, 2004; e più di recente, v. A. MORELLI, *Persona e identità personale*, in *BioLaw Journal – Rivista di BioDiritto*, 2, 2019, 45 ss.; Q. CAMERLENGO, *Valori e identità: per un rinnovato umanesimo costituzionale*, in *Consulta on line*, 2, 2022, 760 ss.; F. COVINO, *Identità personale e trasmissione del cognome ai figli nella prospettiva del diritto costituzionale*, Napoli, 2023.

² Su cui si veda A. BARBERA, *Art. 2 in Commentario della Costituzione* a cura di G. BRANCA, Bologna-Roma, 1978; E. ROSSI, *art. 2* in R. BIFULCO, A. CELOTTO, M. OLIVETTI (cura di), *Commentario alla Costituzione*, 1, Torino, 2006. Sul progressivo riconoscimento di nuovi diritti legati alle diverse componenti identitarie della persona si veda, tra i molti, F. MODUGNO, *I nuovi diritti nella giurisprudenza costituzionale*, Torino, 1995; P. VERONESI, *Il corpo e la Costituzione. Concretezza dei "casi" e astrattezza della norma*, Milano, 2007; S. RODOTÀ, *La vita e le regole. Tra diritto e non diritto*, Milano, 2009; P. ZATTI, *Maschere del diritto, volti della vita*, Milano, 2009.

genitali, ormoni, cromosomi, etc. – che determinano il sesso assegnato alla nascita), essendo legata ad una pluralità di fattori (biologici, psicologici, sociali)³.

Nella maggioranza della popolazione l'identità di genere è in linea con il sesso biologico (situazione definita cisgender)⁴. Al contrario, l'individuo transgender⁵ percepisce una discrepanza tra l'identità di genere e il sesso assegnato alla nascita: una condizione che viene definita "incongruenza di genere"⁶. In infanzia si fa riferimento a tale condizione anche usando la definizione, più ampia e inclusiva, di "varianza di genere"⁷.

L'identificazione in un genere diverso da quello assegnato alla nascita⁸ può essere di tipo binario, quando una persona si identifica completamente in un genere, o di tipo non binario, quando una persona ha un'identità di genere che non rientra nel binarismo maschio/femmina⁹.

³ Su questi aspetti si veda E. COLEMAN *et al.*, *Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8*, in *International Journal of Transgender Health Volume 23 sup1, 2022*, S1-S259 e disponibili al presente link <https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/26895269.2022.2100644>. Si tratta della nuova versione delle linee guida elaborate dalla WPATH (*World Professional Association for Transgender Health*) un'associazione mondiale di professionisti (medici, psicologi, scienziati sociali, giuristi) che ha l'obiettivo di promuovere la salute e il benessere delle persone transessuali attraverso la realizzazione di ricerche ed l'individuazione di buone prassi in ambito clinico. Cfr. <http://www.wpath.org/>.

⁴ Si veda *Council of Europe Commissioner for Human Rights, Human rights and gender identity and expression*, March 2024, 17 disponibile al seguente indirizzo: <https://rm.coe.int/issue-paper-on-human-rights-and-gender-identity-and-expression-by-dunj/1680aed541>.

⁵ L'aggettivo *transgender* è una delle espressioni utilizzate in E. COLEMAN *et al.*, *Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People*, cit. per descrivere le persone che hanno un'identità di genere diversa da quella assegnata alla nascita. V. anche *Council of Europe Commissioner for Human Rights, Human rights and gender identity and expression*, March 2024, 19.

⁶ Cfr. *International Classification of Diseases 11th Revision (ICD-11)* online: <https://icd.who.int/en>.

⁷ L'espressione "varianza di genere" è utilizzata nel capitolo dedicato all'infanzia dell'ultima versione degli *Standard of care (SoC 8)* e si lega all'idea che sia più idonea a rappresentare la situazione dei minori questa fascia di età, dal momento che gli esiti di sviluppo dell'identità di genere in infanzia sono meno prevedibili. La varianza di genere include, infatti, sia bambini transgender sia bambini che non si identificheranno come tali in fasi successive della loro vita (K.R. OLSON, L. DURWOOD, R. HORTON, NM GALLAGHER, A. DEVOR, *Gender Identity 5 Years After Social Transition in Pediatrics*, 150, 2, 2022. Va inoltre considerato che la terminologia nel campo dell'identità di genere è strettamente legata al periodo storico e alla cultura del momento e quindi è in costante evoluzione. Per questo, è possibile che anche il termine "varianza di genere" possa nel tempo non essere più rappresentativo e/o addirittura risultare inadeguato.

⁸ Si stima che il fenomeno riguardi lo 0,5% della popolazione adulta, ovvero circa 300.000 persone in Italia, che raggiunge il 1,2-2,7% tra gli adolescenti (cfr. E. COLEMAN *et al.*, *Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People*, cit.).

⁹ D. CHEW, M.A. TOLLIT, Z. POULAKIS, S. ZWICKL, AS CHEUNG, KC PANG, *Youths with a non-binary gender identity: a review of their sociodemographic and clinical profile*, in *Lancet Child Adolescent Health*, 4, 2020, 322–330; C. COCCHETTI ET. AL., *Hormonal treatment strategies tailored to non-binary transgender individuals*, in *Journal of clinical medicine* 9.6, 2020, 1609. Sui profili giuridici v. A. C. VISCONTI, *Oltre la "logica binaria"... L'identità di genere tra vecchie e nuove prospettive*, in *Federalismi.it*, 2023; C.P. GUARINI, *Appunti su "terzo sesso" e identità di genere*, in *dirittifondamentali.it*, 2019; F. SACCOMANDI, *Spesso non binarie, spesso non conformi: la piena "depatologizzazione" delle soggettività trans*, in *GenIUS*, 2, 2021, 121 ss. Va segnalato che con la recente pronuncia del 24 luglio 2024, n. 143 la Corte costituzionale ha dichiarato inammissibile una questione di costituzionalità relativa alla mancata previsione del genere non binario nella l. 164 del 1982 (e dunque della possibilità di ottenere la rettificazione dei registri di stato civile «per altro sesso diverso da quello maschile e femminile») sul presupposto che l'eventuale introduzione di un terzo genere di stato civile avrebbe un impatto

Da un punto di vista giuridico, il diritto all'identità di genere consiste nella pretesa di vivere nella famiglia e nella società in modo corrispondente al genere a cui si sente di appartenere e trova fondamento nelle norme, costituzionali e internazionali, che riconoscono il diritto alla salute e il diritto all'autodeterminazione e al libero sviluppo della personalità¹⁰.

Il fenomeno ha una duplice valenza.

Per un verso, ha una rilevanza pubblica e generale, per ciò che concerne la necessità di accertare in maniera sicura l'essere uomo, donna (o altro) di un individuo, con le conseguenze che ciò comporta su molteplici rapporti (familiari, previdenziali, lavorativi etc.).

Per altro verso, ha una componente privata e personalissima, per tutti gli aspetti che riguardano la sfera intima della persona e il suo equilibrio psicofisico.

Il riconoscimento della preminenza di questa seconda componente, e quindi dei diritti delle persone transgender, è stato il frutto di un lungo percorso (ancora in atto), nel quale hanno svolto un ruolo centrale la Corte costituzionale¹¹ e la Corte europea dei diritti dell'Uomo¹².

generale, che postula necessariamente un intervento legislativo di sistema, in vari settori dell'ordinamento quali il diritto di famiglia, il diritto del lavoro, il diritto alla riservatezza nei "luoghi di contatto" (quali carceri, ospedali e simili, che sono normalmente strutturati per genere maschile e femminile), la disciplina dello stato civile.

¹⁰ Sul tema, tra i molti, v. A. LORENZETTI, *Diritti in transito: la condizione giuridica delle persone transessuali*, Milano, 2013; L. FERRARO, *Transessualismo e Costituzione: i diritti fondamentali in una lettura comparata*, in *Rassegna di diritto pubblico europeo*, 1, 2013, 13 ss.; G. PALMERI, *Il cambiamento di sesso*, in S. CANESTRARI, G. FERRANDO, C. M. MAZZONI, S. RODOTÀ, P. ZATTI (a cura di), *Il governo del corpo*, tomo I, in *Trattato di biodiritto* diretto da S. Rodotà e P. Zatti, 2011, 729 ss.; G. PALMERI, M.C. VENUTI, *Il transessualismo tra autonomia privata e indisponibilità del corpo*, in *Diritto di famiglia e delle persone*, 1999, 1333; G. APRILE, G. MALGIERI, G. PALAZZI, *Transessualismo e identità di genere: sviluppi dinamici di una originaria staticità? Considerazioni giuridiche, mediche e filosofiche*, in *Rivista italiana di medicina legale (e del Diritto in campo sanitario)*, 1, 2016, 57 ss.; F. D'AGOSTINO (a cura di), *Identità sessuale e identità di genere*, *Atti del Convegno nazionale dell'U.G.C.I.*, Palermo, 9-11 dicembre 2010, Milano, 2011, 25 ss.; B. PEZZINI, *Transessualismo, salute, identità sessuale*, in *Rassegna di diritto civile*, 1984, 471 ss.

¹¹ Tra le pronunce della Corte costituzionale in materia si veda la sentenza 24 maggio 1985, n. 161 ove, in linea con la concezione del fenomeno dominante in quel momento, l'identità di genere è strettamente collegata al diritto alla salute; e le pronunce più recenti (21 ottobre 2015, n. 221; 13 luglio 2017, n.180 e, da ultimo, 24 luglio 2024, n. 143) in cui è considerata come condizione ampia che coinvolge salute, autodeterminazione e sviluppo della personalità.

¹² La Corte europea dei diritti umani a partire dal caso *Goodwin v. United Kingdom* del 2002 riconduce il diritto dell'identità di genere all'art. 8 della Convenzione europea dei diritti dell'uomo e delle libertà fondamentali (CEDU), quale corollario del diritto all'autodeterminazione della persona («*right to establish details of their identity as individual human beings*», così C. Eur. dir. uomo, 11 luglio 2002, ricorso n. 28957/95, *Goodwin v. United Kingdom*, par. 90.) e afferma che gli Stati hanno il dovere positivo di disciplinare con norme apposite la possibilità, per le persone transessuali, di domandare ed ottenere il mutamento del loro stato civile, senza che si possa opporre il "sacrificio" che ciò comporta per la società. Sull'evoluzione della giurisprudenza della Corte di Strasburgo in materia si veda, tra gli altri, L. TRUCCO, *Il transessualismo nella giurisprudenza della Corte europea dei diritti dell'uomo alla luce del diritto comparato*, in *Diritto pubblico comparato e europeo*, 2003, 371 ss.; G. ZANCHINI, *Transessualità: da Strasburgo un'importante sentenza*, in *I diritti dell'uomo cronache e battaglie*, 3, 2002, 59 ss.; M. WINKLER, *Cambio di sesso del coniuge e scioglimento del matrimonio: costruzione e implicazioni del diritto fondamentale all'identità di genere*, in *Giurisprudenza di merito.*, 3, 2012, 571 ss.; A. LORENZETTI, *Diritti in transito: la condizione giuridica delle persone transessuali*, Milano, 2013.

La disciplina di livello primario in materia è la l. 14 aprile 1982, n. 164 (“*Norme in materia di rettificazione di attribuzione di sesso*”) – oggi in gran parte confluita nell'art. 31 d.lgs. 1 settembre 2011, n. 150 – che regola il procedimento giudiziale per la riattribuzione del nome e del sesso anagrafico e l'autorizzazione agli interventi chirurgici di affermazione di genere¹³.

Si tratta di una normativa non aggiornata all'evoluzione delle sensibilità sociale e alle conoscenze scientifiche in materia¹⁴, tanto che, com'è stato efficacemente osservato, spetta all'interprete il compito di ricostruirne il «volto umano»¹⁵ alla luce degli artt. 2 e 32 della Costituzione, dell'art. 8 e 14 della Convenzione Europea per la salvaguardia dei diritti dell'uomo e delle libertà fondamentali (CEDU).

Negli ultimi anni vi sono stati alcuni importanti sviluppi. In base all'interpretazione costituzionalmente orientata della l. n. 164/1982, avallata dalla Corte di Cassazione (sez. I civ., 20.7.2015 n. 15138)¹⁶ e

¹³ L'autorizzazione giudiziale è prevista sulla base dell'impostazione che vedeva questo tipo di interventi come lesioni dell'integrità psico-fisica, tendenzialmente vietata ex art. 5 c.c. e dunque da autorizzare con sentenza. Si tratta di una impostazione ormai difficilmente sostenibile, considerata la necessaria lettura costituzionalmente orientata della norma e delle altre fonti che regolano la materia. Sul punto, *ex multis*, v. R. ROMBOLI, *La libertà di disporre del proprio corpo. Art. 5*, in SCALOJA, BRANCA (dir. da) *Commentario al codice civile*, Bologna-Roma, 1988, 234 ss.; S. ROSSI, *Corpo umano (atti di disposizione del)*, in *Digesto (discipline privatistiche) sezione civile*, Agg., VII, Torino, 2012, 243 ss.; più in particolare sull'inadeguatezza dell'intervento giudiziale che potrebbe essere più efficacemente sostituito da quello di servizi pubblici dedicati sia consentito rinviare a N. VETTORI, *Diritti della persona e amministrazione pubblica. La tutela della salute ai tempi delle biotecnologie*, Milano, 2017, 122-131.

¹⁴ La legge n. 164/1982, come emerge anche dalla lettura della sentenza n. 161 del 1985 della Corte costituzionale, si è basata sulla concezione del fenomeno transessuale dominante in quel momento. Per lungo tempo, infatti, la medicina ha ritenuto che ogni dissociazione fra il sesso cromosomico e biologico e il genere psicologico e socio-culturale configurasse una patologia psichiatrica, definita “disturbo o disordine dell'identità di genere”, risolvibile attraverso il mutamento verso il sesso opposto attraverso la c.d. *tradic therapy*. Sulla base di tale teoria il(la) paziente veniva sottoposto un processo in tre fasi: un'esperienza reale nel ruolo del sesso desiderato, il trattamento ormonale e la riassegnazione chirurgica dei caratteri sessuali (RCS). Cfr. sul punto il manuale *Standars of care for Gender Identity Disorders*, edito dalla *Harry Benjamin International gender Dysphoria Association* (febbraio 2011). Più di recente, la comunità scientifica internazionale COLEMAN *et al.*, *Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People*, cit., anche muovendo dai dati relativi ai rischi dei trattamenti clinici sulla salute della persone che vi si sottopongono, adotta un approccio diverso diretto a formulare un percorso individualizzato nel quale la diagnosi di incongruenza di genere non porta necessariamente ad intraprendere percorsi farmacologici o chirurgici, ma può implicare una pluralità di opzioni diverse individuate in base alle specifiche esigenze e richieste della persona interessata.

¹⁵ P. STANZIONE, *Transessualismo e sensibilità del giurista*, in *Diritto delle persone e della famiglia*, 2009, 713.

¹⁶ V. Cass., sez. I civ., 20 luglio 2015 n. 15138 in *Foro it.*, 10, I, 2010, 3137. Prima di tale pronuncia vi erano orientamenti difformi. Parte della giurisprudenza di merito, in base ad un'interpretazione costituzionalmente orientata della norma, aveva autorizzato la modifica dei registri di stato civile pur in assenza di intervento chirurgico: in questi termini, v. Trib. Roma 7.11.2014; Trib. Messina, 04.11.2014; Trib. Siena 12.6.2013, in *NGCC*, 2013, I, 1116; Trib. Roma 11.3.2011 e Trib. Roma, 22.03.2011, in *NGCC*, 2012, 243; Trib. Roma 18.10.1997 in *Dir. fam. pers.*, 1998, 1033. *Contra* per la necessità dell'intervento chirurgico v. Trib. Potenza, 20.02.2015 in www.articolo29.it; Trib. Vercelli, 12.12.2014, *Redazione Giuffrè* 2014; Trib. Roma, 18.7.2014, in www.ilsole24ore.com; Trib. Piacenza 18.2.2012, confermata da Corte d'App. Bologna 22.2.2013, e Corte d'App. Bologna, 20.03.2013, in www.articolo29.it; Trib. Vercelli, 12.12.2004, in www.altalex.it; Trib. Brescia, 15.10.2004, in *Fam. e dir.*, V, 2005, 527 ss; Trib. Macerata 21.5.1985 in *Arch. civ.* 1986, 758; Trib. Macerata 12.11.1984 in *Giur. it.* 1985, I, 2, 195. Su questa evoluzione giurisprudenziale v. A. Nocco, *La rettificazione di attribuzione di sesso tra Corte Costituzionale n. 221/2015 e fonti sovranazionali*, in *Questione Giustizia*, 3, 2015, 1-16.

dalla Corte costituzionale (sent. n. 221 del 2015¹⁷, n. 180 e 185 del 2017¹⁸ e n. 143 del 2024¹⁹), l'intervento chirurgico non è più necessario per ottenere la rettificazione anagrafica dell'attribuzione di sesso, posto che la valutazione sull'opportunità di eventuali interventi medici è rimessa alla persona interessata, ma è sufficiente che il Giudice riconosca che la persona interessata abbia già esercitato nei diversi contesti di vita il proprio diritto all'identità di genere²⁰.

Ciò nonostante, la garanzia dei diritti delle persone transgender incontra ancora molti ostacoli, non solo a causa dei profili di perdurante criticità della l. n. 164/1982²¹, ma anche in ragione della inadeguatezza di molti ambienti (lavorativi, scolastici, sportivi) ad accogliere la persona con le sue caratteristiche e specifiche esigenze. Inoltre, è ancora limitata la presenza di servizi diretti a supportare la persona nell'eventuale percorso di transizione (sociale, medico, etc.) che ritenga più adeguato. Il diritto all'identità di genere, infatti, ha anche una componente positiva²² e pretensiva – propria dei diritti sociali²³ – per la cui soddisfazione è necessaria la realizzazione di specifiche prestazioni.

¹⁷ Corte cost., 21 ottobre 2015, n. 221 su cui v., tra gli altri, C. M. REALE, *Corte costituzionale e transgenderismo: l'irriducibile varietà delle singole situazioni*, in *BioLaw Journal – Rivista di BioDiritto*, 1, 2016, 283 ss. P. I. D'ANDREA, *La sentenza della Corte costituzionale sulla rettificazione anagrafica del sesso: una risposta e tanti interrogativi*, in *Giurisprudenza costituzionale*, 1, 2016, 263 ss.

¹⁸ Cfr. Corte cost., sent. 13 luglio 2017, n. 180 e ord. 19 luglio 2017, n. 185 su cui v. A. LORENZETTI, *Il cambiamento di sesso secondo la Corte costituzionale: due nuove pronunce (nn. 180 e 185 del 2017)*, in *Studium iuris*, 4, 2018, 446 ss.

¹⁹ Con la recentissima pronuncia del 24 luglio 2024, n. 143 la Corte costituzionale richiamando i suoi precedenti, ha dichiarato l'illegittimità costituzionale dell'art. 31, comma 4, del d.lgs. n. 150 del 2011 – per irragionevolezza ai sensi dell'art. 3 Cost. – nella parte in cui prescrive l'autorizzazione del tribunale al trattamento medico-chirurgico anche qualora le modificazioni dei caratteri sessuali già intervenute siano ritenute dallo stesso tribunale sufficienti per l'accoglimento della domanda di rettificazione di attribuzione di sesso.

²⁰ Nelle pronunce n. 180 e 185 del 2017 la Corte ha chiarito che, sebbene «l'interpretazione costituzionalmente adeguata della legge n. 164 del 1982 consente di escludere il requisito dell'intervento chirurgico di normoconformazione», «ciò non esclude affatto, ma anzi avvalorava, la necessità di un accertamento rigoroso non solo della serietà e univocità dell'intento, ma anche dell'intervenuta oggettiva transizione dell'identità di genere, emersa nel percorso seguito dalla persona interessata; percorso che corrobora e rafforza l'intento così manifestato», escludendo «che il solo elemento volontaristico possa rivestire prioritario o esclusivo rilievo ai fini dell'accertamento della transizione». Pertanto, è necessario che il Giudice riconosca che la persona interessata abbia già esercitato «in maniera definitiva» il proprio diritto all'identità di genere (ad esempio, manifestando la propria condizione nella famiglia, nella rete degli affetti, nel luogo di lavoro, nelle formazioni di partecipazione politica e sociale).

²¹ Su cui v. N. POSTERARO, *Transessualismo, rettificazione anagrafica del sesso e necessità dell'intervento chirurgico sui caratteri sessuali primari: riflessioni sui problemi irrisolti alla luce della recente giurisprudenza nazionale*, in *Rivista italiana di medicina legale*, 4, 2017,

1349; ID., *Identità di genere, transessualismo ed effettività del diritto alla salute in Italia*, in *Diritto e società*, 2016, 737; A. SCHUSTER, *La rettificazione di sesso: criticità persistenti*, in *Forum di Quaderni costituzionali Rassegna*, www.forumcostituzionale.it, 13 luglio 2017; da ultimo v. L. D'AVACK, *L'abolizione dell'intervento chirurgico e il cambiamento di sesso e la registrazione ufficiale del nato*, in *BioLaw Journal – Rivista di BioDiritto*, 2, 2024, 261 ss. nonché gli altri contributi dedicati all'argomento contenuti in questo numero della *Rivista*.

²² Quale *libertà di essere* e di autodeterminarsi con riferimento alla identità di genere. Sull'accezione di "libertà positiva" v. I. BERLIN, *Two concepts of Liberty*, in *Four Essays on Liberty*, Oxford, 1969; A. BALDASSARRE, *Libertà* in ID., *Diritti della persona e valori costituzionali*, Torino, 1997, 78 ss.

²³ Su cui, tra i molti, v. M. MAZZIOTTI DI CELSO, *Diritti sociali*, in *Enciclopedia del diritto*, XII, Milano, 1962, 806; A. BALDASSARRE, *Diritti sociali*, in *Enciclopedia giuridica*, XI, Roma 1989, 1 ss.; M. LUCIANI, *Sui diritti sociali*, in *Studi in onore di M. Mazziotti di Celso*, II, Padova, 1995; B. PEZZINI, *La decisione sui diritti sociali. Indagine sulla struttura*

Quelle che più interessano, ai fini della presente analisi, sono le prestazioni di natura sanitaria.

Al riguardo, va precisato che la comunità scientifica mondiale è ormai concorde nel considerare la varianza di genere come un esito possibile dello sviluppo psicosessuale di una persona e l'incongruenza di genere non è più considerata come una patologia o un disturbo mentale²⁴.

Tuttavia, alcune persone transgender possono provare disagio nei confronti del proprio corpo. La condizione di sofferenza, che può determinare la percezione dell'incongruenza tra il genere esperito e il genere assegnato alla nascita, è definita "disforia di genere"²⁵ e può essere accompagnata dal desiderio di un aspetto fisico più aderente al proprio genere d'elezione.

In questa prospettiva, le ultime edizioni della Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD 11) e degli *Standards of Care* della *World Professional Association of Transgender Health* (WPATH), enfatizzano la necessità di percorsi di presa in carico individualizzati che siano rivolti già alle persone minori d'età. Ciò perché – come si vedrà – è dimostrato che la possibilità di accedere precocemente a servizi dedicati è decisiva per assicurare, alle giovani persone con incongruenza di genere, piena consapevolezza dei propri bisogni e la possibilità di un percorso esistenziale all'insegna del benessere, della salute e del pieno sviluppo della personalità²⁶.

Sul piano giuridico, quando la questione coinvolge una persona minore, le esigenze di tutela si fanno ancora più delicate e richiedono il rispetto dei principi di diritto internazionale e delle disposizioni costituzionali che ne riconoscono e garantiscono i diritti fondamentali²⁷.

In particolare – come avremo modo di approfondire – rilevano il principio del superiore interesse del minore (art. 3); il diritto alla salute e alla possibilità di beneficiare di servizi sanitari (art. 24) il diritto di esprimere la propria opinione su ogni questione che lo riguarda (art. 12) previsti dalla *Convenzione Onu sui diritti del fanciullo*²⁸. Sul piano costituzionale, oltre al diritto all'identità di genere²⁹, rileva il

dei diritti sociali, Milano, 2001; A. ALBANESE, *Diritto all'assistenza e servizi sociali. Intervento pubblico e attività dei privati*, Milano, 2007; M. BENVENUTI, *Diritti sociali*, in *Digesto delle discipline pubblicistiche*, Agg. V, Torino, 2012, 219 ss.; A. PIOGGIA, *Diritto sanitario e dei servizi sociali*, Torino, 2014, 1-10, 18-26.

²⁴ Cfr. *International Classification of Diseases 11th Revision* (ICD-11); E. COLEMAN et al., *Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People*, cit.

²⁵ Cfr. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5).

²⁶ Sul punto si tornerà nei §§ 2 e 3 anche con specifici riferimenti bibliografici. Per un quadro generale si veda *Council of Europe Commissioner for Human Rights, Human rights and gender identity and expression*, 2024, cit., 29 ss.

²⁷ Su cui si veda G. MATUCCI, *Lo statuto costituzionale del minore di età*, Padova, 2015, E. LAMARQUE, *Prima i bambini. Il principio dei best interests of the child nella prospettiva costituzionale*, Milano, 2016 e più di recente ID., *Diritti fondamentali della persona di minore età e best interests of the child*, in *Giustizia insieme*, 2023, accessibile al presente indirizzo <https://www.giustiziainsieme.it/it/minori-e-famiglia/2642-diritti-fondamentali-della-persona-di-minore-eta-e-best-interests-of-the-child?hitcount=0>.

²⁸ Cfr. la Convenzione ONU sui diritti del bambino (*Convention on the Rights of the Child - CRC*), approvata dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite il 20 novembre 1989 e ratificata dall'Italia con l. 27 maggio 1991 n. 176. Cfr. anche la Convenzione europea sull'esercizio dei diritti dei minori, adottata dal Comitato dei Ministri del Consiglio d'Europa a Strasburgo il 25 gennaio 1996 ratificata in Italia con la l. 20 marzo 2003, n. 77 e in vigore dal 1° novembre 2003, e in particolare l'art. 3 sul Diritto di essere informato e di esprimere la propria opinione nei procedimenti.

²⁹ Sul tema v. A. LORENZETTI, *La condizione giuridica del bambino e dell'adolescente transgenere tra diritto alla salute, autodeterminazione e (in)certezza del diritto*, in *Ragion pratica*, 2, 2020, 533 ss.

diritto alla salute – intesa in senso ampio di benessere fisico, psichico ed esistenziale – che l’art. 32, comma 2, della Costituzione collega strettamente alla libertà di autodeterminazione³⁰.

Nel nostro ordinamento sono presenti alcuni servizi dedicati alle persone minori con incongruenza di genere, organizzati dalle aziende sanitarie regionali e mappati dall’Istituto Superiore di Sanità, nel quadro dell’attività del Centro di riferimento per la medicina di genere³¹.

L’obiettivo del presente lavoro è mettere in evidenza come tali servizi devono essere organizzati per essere conformi agli *standards* indicati dalle linee-guida scientifiche internazionali, distinguendo tra quelli che riguardano l’infanzia (§ 2) e quelli relativi all’età evolutiva (§§ 3, 3.1.); per poi esaminare le specifiche fonti normative nazionali che regolano l’erogazione di questi ultimi (§§ 4, 4.1., 4.2., 4.3) e segnalare alcune criticità presenti nella prassi che rischiano di pregiudicarne l’effettiva fruizione (§ 5).

2. I servizi per la tutela dell’identità di genere in infanzia

La consapevolezza della propria identità di genere può avvenire in diversi momenti della vita, fin dalla prima infanzia³². Gli studi indicano che i minori già in età prescolare possono essere consapevoli della propria identità di genere e che questa può essere in linea con il genere assegnato alla nascita o meno³³. In questa seconda eventualità è molto importante che vi siano servizi specializzati di informazione, ascolto e assistenza.

³⁰ Come noto, la Corte costituzionale, nelle sentenze 23 dicembre 2008, n. 438 e 30 giugno 2009, n. 253, ha affermato che il principio del consenso informato al trattamento medico, ricavabile dall’art. 32, comma 2, Cost. rappresenta la sintesi fra il diritto alla salute e il diritto all’autodeterminazione della persona. Sul diritto alla salute, tra i molti, v. D. VINCENZI AMATO, *Il 2° comma dell’art. 32. Rapporti etico sociali*, in M. BRANCA (a cura di), *Commentario alla Costituzione*, Bologna-Roma, 1978; A. SIMONCINI, E. LONGO, *Art. 32* in R. BIFULCO, A. CELOTTO, M. OLIVETTI (a cura di), *Commentario alla Costituzione*, Torino, 2006; R. FERRARA, *Il diritto alla salute: i principi costituzionali*, in ID. (a cura di), *Salute e sanità*, in S. RODOTÀ, P. ZATTI (diretto da), *Trattato di biodiritto*, Milano, 2010, 3 ss.; P. ZATTI, *Il diritto a scegliere la propria salute*, in ID., *Maschere del diritto, volti della vita*, Milano, 2009; D. MORANA, *La salute nella Costituzione italiana. Profili sistematici*, Padova, 2012; N. VETTORI, *Diritti della persona e amministrazione pubblica. La tutela della salute ai tempi delle biotecnologie*, Milano, 2017, 45-92; L. BUSATTA, *La salute sostenibile. La complessa determinazione del diritto ad accedere alle prestazioni sanitarie*, Torino, 2018, 31-82.

³¹ Una mappa, in costante aggiornamento dei servizi attivi in Italia, è disponibile sul sito *Infotrans.it* dell’Istituto Superiore di Sanità (ISS), cfr. <https://www.infotrans.it/>. Si tratta del primo portale istituzionale in Europa rivolto ai cittadini, dove sono raccolte le informazioni sui servizi dedicati alle persone transgender, elaborato grazie alla collaborazione tra l’Istituto Superiore di Sanità (ISS) e l’Ufficio Nazionale Antidiscriminazioni Razziali (UNAR) sotto la Presidenza del Consiglio dei Ministri.

³² Una descrizione è fornita in T. D. STEENSMA, B. P. KREUKELS, A. L. DE VRIES, P. T. COHEN-KETTENIS, *Gender Identity Development*, in *Hormones and Behavior*, 64, 2, 2013, 288-97.

³³ T. D. STEENSMA, B. P. KREUKELS, A. L. DE VRIES, P. T. COHEN-KETTENIS, *Gender Identity Development*, in *Hormones and Behavior*, 64, 2, 2013, 288-97; A.A. FAST, K.R. OLSON, *Gender Development in Transgender Preschool Children*, in *Children Development*, 89, 2018, 620-637; K.R. OLSON, S. GÜLGÖZ, *Early Findings From the TransYouth Project: Gender Development in Transgender Children*, in *Child Development Perspectives*, 12, 2018, 93-97.; CL OLEZESK, EM PARISEAU, WP BAMATTER, AC TISHELMAN, *Assessing Gender in Young Children: Constructs and Considerations*, in *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 7, 3, 2020, 293-303.

Molti studi empirici indicano che le esperienze nella prima infanzia sono significative nel determinare diverse traiettorie di sviluppo in termini di comportamenti a rischio o di resilienza³⁴, a causa di esperienze negative tra le quali ricorrono traumi e maltrattamenti di natura transfobica³⁵.

In particolare, la letteratura scientifica indica che i bambini con “varianza di genere”³⁶ tendono a essere maggiormente a rischio di sperimentare difficoltà psicologiche, rispetto ai coetanei cisgender della stessa età³⁷.

Per tale ragione, la *World Professional Association for Transgender Health* (WPATH) nell'ultima edizione degli *Standard of Care* (SoC 8) ha inserito, per la prima volta, un capitolo espressamente dedicato alla infanzia (individuata come quella fase di vita che precede la pubertà).

In particolare, nei SoC 8 sono esplicitati i seguenti principi fondanti: 1) la varianza di genere in infanzia è un esito previsto nello sviluppo psicosessuale di una persona; 2) la varianza di genere non è una patologia o un disturbo mentale; 3) le espressioni di diversità di genere nei bambini non riflettono necessariamente un'incongruenza di genere; 4) il supporto da parte dei professionisti della salute mentale con *expertise* in tematiche di identità di genere in infanzia può essere di aiuto nel favorire un adattamento positivo, così come la capacità di gestione dei bisogni legati al genere nel tempo; 5) qualsiasi tentativo “terapeutico” volto a modificare l'identità di genere di un bambino (le cosiddette “terapie riparative”) al fine di renderla congruente con il genere assegnato alla nascita è da considerarsi dannoso e deve essere ripudiato³⁸, come raccomandato anche dall'Esperto indipendente delle Nazioni Unite (UN Human Rights Council)³⁹.

³⁴ R.F. ANDA, A. BUTCHARD, V.J. FELITTI, D.W. BROEN, *Building a framework for global surveillance of the public health implications of adverse childhood experiences*, in *American Journal of Preventive Medicine*, 39, 1, 2010, 93-98.; A.S. MASTEN, D. CICCHETTI, *Developmental cascades*, in *Development and Psychopathology*, 22, 2010, 491-495.

³⁵ K. BARROW, D. APOSTLE, *Addressing mental health conditions often experienced by transgender and gender expansive children*, in C. KEO-MEIER AND D. EHRENSAFT (eds.) *The Gender Affirmative Model: An Interdisciplinary Approach to Supporting Transgender and Gender Expansive Children*, Washington, 2018, 71-84; G. GIOVANARD, R. VITELL, C. MAGGIORA VERGAN, A. FORTUNATO, L. CHIANURA, V. LINGIARDI, A.M. SPERANZA, *Attachment Patterns and Complex Trauma in a Sample of Adults Diagnosed with Gender Dysphoria*, in *Frontiers in psychology*, 1, 9, 60, 2018. AL GOWER, GN RIDE, E. COLEMAN, C. BROWN, B.J. McMORRIS, M.E. EISENBERG, *Perceived Gender Presentation Among Transgender and Gender diverse Youth: Approaches to Analysis and Associations with Bullying Victimization and Emotional Distress*, in *LGBT Health*, 5, 2018, 312-319; A.H. GROSSMAN, A.R. D'AUGELLI, *Transgender youth and life-threatening behavior*, in *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37, 5, 2007, 527-537; S.L. REISNER, E.A. GREYTAK, J.T. PARSONS, M.L. YBARRA, *Gender minority social stress in adolescence: Disparities in adolescent bullying and substance use by gender identity*, in *The Journal of Sex Research*, 52, 2015, 243-256; A.L. ROBERTS, M. ROSARIO, H.L. CORLISS, KC KOENEN, S.B. AUSTIN, *Childhood gender nonconformity: A risk indicator for childhood abuse and posttraumatic stress in youth*, in *Pediatrics*, 129, 3, 2012, 410-417; A.C. TISHELMAN, A.N. MASCIS, *Gender-related trauma*, in C. KEO-MEIER AND D. EHRENSAFT (eds.), *The Gender Affirmative Model: An Interdisciplinary Approach to Supporting Transgender and Gender Expansive Children*, Washington, D.C., 2018, 85-100.

³⁶ Come ricordato nella premessa, l'uso dell'espressione “varianza di genere” nel capitolo dedicato all'infanzia si lega all'idea che sia più idonea a rappresentare la situazione delle persone minori in questa fascia di età, dal momento che gli esiti di sviluppo dell'identità di genere in infanzia sono meno prevedibili.

³⁷ J. RISTORI, T.D. STEENSMA, *Gender dysphoria in childhood*, in *International Review of Psychiatry*, 28, 2016, 13-20.

³⁸ Cfr. E. COLEMAN ET AL., *Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People*, cit.

³⁹ Cfr. *Human Rights Council, Practices of so-called “conversion therapy”. Report of the Independent Expert on protection against violence and discrimination based on sexual orientation and gender identity*, 1 May 2020.

In questo quadro, l'esistenza di servizi dedicati è dunque funzionale a porre le basi per un sano e positivo sviluppo psicologico⁴⁰, per prevenire quelle vulnerabilità che frequentemente sono descritte nella popolazione transgender⁴¹.

Secondo le linee guida internazionali (SoC 8) in infanzia non è previsto nessun tipo di trattamento farmacologico. La presa in carico richiede quindi la realizzazione di servizi di informazione, ascolto e assistenza basati su un approccio individualizzato nella relazione con la persona minore e con la famiglia, ed è prevalentemente mirata alla comprensione e alla definizione dei bisogni rispetto alle tematiche che ruotano attorno all'identità di genere⁴².

Al riguardo, la letteratura sottolinea l'importanza che la presa in carico avvenga includendo e rispettando le caratteristiche del *background* culturale di ciascuna famiglia, prendendo in considerazione tutti quegli aspetti che potrebbero avere un impatto sul grado di accettazione dell'identità di genere (come per esempio l'etnia, la religione, lo stato socio-economico e la provenienza geografica)⁴³.

Le richieste di assistenza possono avere obiettivi diversi: i genitori possono richiedere una consulenza psicologica soltanto per comprendere meglio le esigenze del figlio e contribuire a garantire il suo benessere psicologico; talvolta la consulenza può essere rivolta ad esplorare un possibile percorso di affermazione di genere⁴⁴, al fine di avere un supporto nel favorire un ambiente familiare e sociale più accogliente e inclusivo.

⁴⁰ J. MALPAS, E. GLAESER, S.V. GIAMMATTEI, *Building resilience in transgender and gender expansive children, families, and communities: A multidimensional family approach*, in C. KEO-MEIER & D. EHRENSAFT (eds.), *The gender affirmative model: An interdisciplinary approach to supporting transgender and gender expansive children*, 2018, 141-156; K.R. OLSON, C. BLOTNER, D. ALONSO, K. LEWIS, D. EDWARDS, L. DURWOOD, *Family discussions of early childhood social transitions*, in *Clinical Practice in Pediatric Psychology*, 7, 2019, 229-240.

⁴¹ S.L. REISNER, E.A. GREYAK, J.T. PARSONS, M.L. YBARRA, *Gender minority social stress in adolescence: Disparities in adolescent bullying and substance use by gender identity*, in *Journal of sex research*, 52, 3, 2015, 243-256; A.P. HAAS, M. ELIASON, M. MAYS ET AL., *Suicide and Suicide Risk in Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Populations: Review and Recommendations*, in *Journal of Homosexuality*, 58, 1, 2011, 10-51; S. LEIBOWITZ, A.L.C. DE VRIES, *Gender dysphoria in adolescence*, in *International journal of psychiatry*, 28, 2016, 1-15.

⁴² D. BERG, L. EDWARDS-LEEPER, *Child and family assessment*, in C. KEO-MEIER, D. EHRENSAFT (eds.), *The Gender Affirmative Model: An Interdisciplinary Approach to Supporting Transgender and Gender Expansive Children*. Washington, DC, 2018, 101-124.; A.L. DE VRIES, P.T. COHEN-KETTENIS, *Clinical management of gender dysphoria in children and adolescents: the Dutch approach*, in *Journal of Homosexuality*, 59, 3, 2012, 301-20; T.D. STEENSM, S.A. WENSING-KRUGER, *Gender Dysphoria*, in T.H. OLLENDICK, S. W. WHITE, B. A. WHITE (eds). *The Oxford Handbook of Clinical Child and Adolescent Psychology*, Oxford, 2019.

⁴³ M.M. TELFER, M.M. TOLLIT MA, C.C. PACE, K.C. PANG, *Australian standards of care and treatment guidelines for transgender and gender diverse children and adolescents*, in *Medical Journal of Australia*, 6, 209, 3, 2018, 132-136; J. OLIPHANT, J. VEALE, J. MACDONALD, R. CARROLL, R. JOHNSON, M. HARTE, C. STEPHENSON, J. BULLOCK, *Guidelines for gender affirming healthcare for gender diverse and transgender children, young people and adults in Aotearoa New Zealand. Transgender Health Research Lab*, New Zealand, 2018. È dimostrato infatti che l'intersezione tra varianza di genere, diversità socioculturale e l'appartenenza a una minoranza possa rappresentare un punto di forza oppure, al contrario, essere fonte di *distress* sociale, cfr. E. BROWN, K. MAR, *Culturally responsive practice with children of color*, in C. KEO-MEIER AND D. EHRENSAFT (eds.), *The Gender Affirmative Model: An Interdisciplinary Approach to Supporting Transgender and Gender Expansive Children*, Washington, DC, 2018, 55-69.

⁴⁴ M.L. HENDRICKS, R.J. TESTA, *A conceptual framework for clinical work with transgender and gender nonconforming clients: An adaptation of the Minority Stress Model*, in *Professional Psychology: Research and Practice*, 43(5), 2012, 460-467; J. RISTORI & T.D. STEENSM, *Gender dysphoria in childhood*, in *International Review of Psychiatry*, cit.; A. C. TISHELMAN, A.N. MASCIS, *Gender-related trauma*, in C. KEO-MEIER, D. EHRENSAFT (eds.), *The Gender Affirmative Model: An Interdisciplinary Approach to Supporting Transgender and Gender Expansive Children*,

In quest'ultimo caso, i percorsi di presa in carico prevedono la collaborazione con i servizi sanitari del territorio (innanzitutto con il pediatra di libera scelta) e, se è intrapreso un percorso di transizione sociale, anche con le altre istituzioni responsabili dei contesti di vita della persona minore, come le associazioni sportive e, ancor più, le istituzioni scolastiche che possono attivare misure di inclusione (a partire dalla c.d. carriera *alias*⁴⁵), che permettono loro di vivere in aderenza al genere cui sentono di appartenere, contribuendo ad evitare che siano soggetti a fenomeni di discriminazione, bullismo ed esclusione⁴⁶.

L'integrazione tra i servizi sociali e i servizi di istruzione diviene dunque essenziale per garantire alla persona minore con incongruenza di genere l'esercizio dei suoi diritti fondamentali alla salute, all'istruzione e al pieno sviluppo della propria personalità.

3. I servizi per la tutela dell'identità di genere in età evolutiva

Secondo i dati riportati in letteratura, meno di un terzo dei bambini che esprimono una non-conformità di genere in infanzia mantiene tale condizione anche in adolescenza⁴⁷.

Tuttavia, quando l'incongruenza di genere permane fino alla pubertà, raramente desiste e conseguentemente quasi tutti gli adolescenti riportano tale condizione anche in età adulta⁴⁸.

Questa fase è quella che richiede maggiore attenzione da parte dei servizi sanitari perché le persone minori con incongruenza di genere in età evolutiva presentano frequentemente forti fragilità psicologiche. Infatti, l'inizio della pubertà è spesso associato ad alti tassi, scientificamente documentati, di depressione, ansia, disturbi del comportamento alimentare, abbandono scolastico, isolamento sociale, mancata relazione tra pari, sino ad arrivare ad atti di autolesionismo e ideazione suicidaria⁴⁹.

Washington, D.C., 2018, 85-100; P.T. COHEN-KETTENIS, A. OWEN, V.G. KAIJSER, S.J. BRADLEY ET AL., *Demographic characteristics, social competence, and problem behavior in children with gender identity disorder: A cross-national, cross-clinic comparative analysis*, in *Journal of Abnormal Child Psychology*, 31, 2013, 41-53.

⁴⁵ Sul tema v. M.V. IZZI, *Ai margini di politica e ideologia: quale spazio per un discorso giuridico in materia di carriera alias? Brevi considerazioni in merito*, in *GenIUS*, 2023, 1-23.

⁴⁶ V. *Council of Europe Commissioner for Human Rights, Human rights and gender identity and expression, March 2024*, 48-57; P. VALERIO, C. SCANDURRA, F. MEZZA, *Transfobia e pressione sociale*, in *GenIUS*, 2, 2020, 80 ss.

⁴⁷ T.D. STEENSMA, P.T. COHEN-KETTENIS, *Gender transitioning before puberty?* in *Archives of Sexual Behavior*, 40, 2011, 649-650. In: T.D. STEENSMA, JK MCGUIRE, BP KREUKELS, A.J. BEEKMAN, P.T. COHEN-KETTENIS, *Factors associated with desistence and persistence of childhood gender dysphoria: A quantitative follow-up study*, in *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 52, 2013, 582-590: il tasso di persistenza riportato in età adolescenziale è circa del 12-27%.

⁴⁸ T.D. STEENSMA ET AL., *Gender transitioning before puberty?*, cit.; T.D. STEENSMA et al., *Factors associated with desistence and persistence of childhood gender dysphoria: A quantitative follow-up study*, cit.

⁴⁹ M.D. CONNOLLY, M.J. ZERVOS, C.J. BARONE 2ND, C.C. JOHNSON, C.L. JOSEPH, *The Mental Health of Transgender Youth: Advances in Understanding*, in *Journal of adolescent health*, 59(5), 2016, 489-495; N.M. DE GRAAF, P.T. COHEN-KETTENIS, P. CARMICHAEL, A.L. C. DE VRIES, K. DHONDT, J. LARIDAEN, D. PAULI, J. BALL, TD STEENSMA, *Psychological functioning in adolescents referred to specialist gender identity clinics across Europe: a clinical comparison study between four clinics*, *European child & adolescent psychiatry*, 27, 7, 2018, 909-919; N.P. SPACK, L. EDWARDS-LEEPER, H.A. FELDMAN, S. LEIBOWITZ, F. MANDEL, D.A. DIAMOND, S.R. VANCE, *Children and adolescents with gender identity disorder referred to a pediatric medical center*, in *Pediatrics*, 129, 3, 2018, 418-25; A.H. GROSSMAN, A.R. D'AUGELLI, *Transgender youth and life-threatening behaviors*, in *Suicide & life-threatening behavior*, 37, 5, 2007 Oct; 527-37; J. OLSON, S.M. SCHRAGER, M. BELZER, L.K. SIMONS, L.F. CLARK, *Baseline Physiologic and Psychosocial*

In particolare, è documentato che riportano maggiore insoddisfazione nelle relazioni interpersonali e sociali e nell'inserimento nell'ambito scolastico e lavorativo che conduce, in alcuni casi, ad abbandono scolastico precoce, con un tasso di gran lunga superiore se confrontato con la popolazione generale⁵⁰. Tra le cause di abbandono scolastico vanno inclusi lo stigma, l'emarginazione, il bullismo e talvolta la presenza di nuclei familiari non supportivi o addirittura ostili⁵¹.

Le ragioni per cui si tratta di una popolazione più vulnerabile rispetto a quella generale sono varie. Secondo il modello del *minority stress*, l'esposizione cronica allo stigma e alla discriminazione ha un forte impatto sul benessere psicologico⁵². Al contrario, è documentato che il funzionamento psicologico migliora in ambienti inclusivi e, ancor più, dopo l'inizio di un percorso di affermazione di genere⁵³.

Nondimeno, oltre al ruolo giocato dal vivere immersi in una società stigmatizzante, la fonte di sofferenza all'inizio della pubertà è spesso legata ai cambiamenti del corpo indotti da uno sviluppo puberale in una direzione indesiderata⁵⁴, i quali sono fonte di forte malessere che va ad aumentare le tendenze all'isolamento sociale, il rischio di atti di autolesionismo e di ideazione suicidaria.

In più, se il cambiamento dei caratteri sessuali interviene quando vi è già stata una transizione sociale, perché la famiglia ha scelto di assecondare il desiderio della persona minore di vivere nel genere diverso da quello assegnato alla nascita, lo sviluppo puberale può anche 'vanificare' il percorso di transizione intrapreso, compromettere le relazioni sociali già instaurate (nei contesti scolastici, sportivi etc.) ed esporre il minore ad atteggiamenti di stigmatizzazione o discriminazione, creando così ulteriori fonti di disagio.

Per tali ragioni, le linee guida scientifiche internazionali⁵⁵ e nazionali⁵⁶ sottolineano l'importanza di un supporto multidisciplinare.

Characteristics of Transgender Youth Seeking Care for Gender Dysphoria, in *Journal of adolescent health*, 57, 4, 2015, 374-80.

⁵⁰ A.D. FISHER, J. RISTORI, E. BANDINI, S. GIORDANO, M. MOSCONI, E.A. JANNINI, N.A. GREGGIO, A. GODANO, C. MANIERI, C. MERIGGIOLA, V. RICCA, *Italian GnRH analogs study ONIG group*, D. DETTORE, M. MAGGI, *Medical treatment in gender dysphoric adolescents endorsed by SIAMS-SIE-SIEDP-ONIG*, in *Journal of endocrinological investigation*, 37, 7, 2014, 675-87.

⁵¹ N.P. SPACK, L. EDWARDS-LEEPER, H.A. FELDMAN, S. LEIBOWITZ, F. MANDEL, D.A. DIAMOND, S.R. VANCE, *Children and adolescents with gender identity disorder referred to a pediatric medical center*, in *Pediatrics*, 129, 3, 2012, 418-25.

⁵² A.E. GREEN, M.N. PRICE, S.H. DORISON, *Cumulative minority stress and suicide risk among LGBTQ youth* *American journal of community psychology*, 69, 1-2, 2022, 157-168.; M.L. HATZENBUEHLER, J.E. PACHANKIS, *Stigma and Minority Stress as Social Determinants of Health Among Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Youth: Research Evidence and Clinical Implications*, *Pediatric Clinics of North America*, 63, 6, 2016, 985-997.

⁵³ A.R. VAN DER MIESEN, T.D. STEENSMA, A.L.C. DE VRIES, H. BOS, A. POPMA, *Psychological Functioning in Transgender Adolescents Before and After Gender-Affirmative Care Compared With Cisgender General Population Peers*, in *Journal of adolescent health*, 66, 6, 2020, 699-704.

⁵⁴ Più in particolare, al momento della pubertà può insorgere un intenso disagio fisico nell'osservare e vivere i cambiamenti corporei che si sviluppano progressivamente in una direzione non voluta e non desiderata, come può essere la crescita dei peli del viso e del corpo, l'abbassamento del tono di voce e lo sviluppo dei genitali nelle persone assegnate maschi alla nascita (*assigned male at birth* AMAB) e lo sviluppo del seno o la comparsa delle mestruazioni nei soggetti assegnati femmine alla nascita (*assigned female at birth* AFAB).

⁵⁵ E. COLEMAN ET AL., 2022; G.G. T'SJOEN G, J. ARCELUS, A.L.C. DE VRIES, A.D. FISHER, T.O. NIEDER, M. ÖZER, J. MOTMANS, *European Society for Sexual Medicine Position Statement "Assessment and Hormonal Management in Adoles-*

In particolare, la presa in carico prevede una prima fase di *assessment* psicologico finalizzato a permettere alla persona di definire la propria identità di genere, valutare se la sofferenza percepita sia dovuta ai cambiamenti fisici indotti dallo sviluppo puberale e definire il percorso individualizzato sulla base dei suoi bisogni e caratteristiche⁵⁷.

Dal punto di vista organizzativo, la tutela della salute delle persone adolescenti richiede perciò innanzitutto la previsione di servizi di consulenza psicologica diretti a garantire, alla persona interessata e alla famiglia, un percorso di accompagnamento attento nel rilevare il possibile disagio o la sofferenza per l'incipiente pubertà.

Inoltre, sono raccomandati percorsi mirati di assistenza psicologica e/o psicoterapica con lo scopo di effettuare una valutazione del funzionamento psicologico dell'adolescente nei vari ambiti di vita (familiare, scolastico, sociale, contesti ludico-sportivi) e consentirgli di esplorare la propria percezione con riferimento al genere. Nel caso emerga la necessità, deve essere assicurato anche un supporto neuropsichiatrico⁵⁸.

3.1. Le (eventuali) terapie mediche

I percorsi di presa in carico validati dalla comunità scientifica⁵⁹ prevedono anche la possibilità che, su richiesta della persona interessata e con il consenso dei genitori (o rappresentanti legali), il minore possa avere accesso a specifici trattamenti farmacologici: la terapia con triptorelina di sospensione della pubertà e la terapia ormonale di affermazione di genere.

cent and Adult Trans People, With Attention for Sexual Function and Satisfaction", in *Journal of Sexual Medicine*, 17, 4, 2020, 570-584; W.C. HEMBREE, P.T. COHEN-KETTENIS, L. GOOREN, S.E. HANNEMA, W.J. MEYER, M.H. MURAD, S.M. ROSENTHAL, J.D. SAFER, V. TANGPRICHA, G.G. T'SJOEN, *Endocrine Treatment of Gender-Dysphoric/Gender-Incongruent Persons: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline*, in *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 1, 102, 11, 2017, 3869-3903.

⁵⁶ A.D. FISHER, J. RISTORI, E. BANDINI, S. GIORDANO, M. MOSCONI, E.A. JANNINI, N.A. GREGGIO, A. GODANO, C. MANIERI, C. MERIGGIOLA, V. RICCA, *Italian GnRH analogs study ONIG group*, D. DETTORE, M. MAGGI, *Medical treatment in gender dysphoric adolescents endorsed by SIAMS-SIE-SIEDP-ONIG*, in *Journal of endocrinological investigation*. 37, 7, 2014, 675-87.

⁵⁷ J. RISTORI, F. MAZZOLI, *La presa in carico psicologica di minori con sviluppo d'identità di genere atipico*, in *GenIUS*, 2, 2020, 99-107; D. A. NADALIN, *La presa in carico di minori con sviluppo atipico dell'identità di genere – adolescenza, ivi*, 107-113.

⁵⁸ Come ricordato, l'incongruenza di genere (IG) non è considerata una patologia, ma un possibile e ordinario percorso di sviluppo. Ciò che può giustificare e rendere necessaria l'assistenza medica è la sofferenza secondaria all'IG, cioè la "disforia di genere", ma anche tale condizione di per sé non richiede un supporto psichiatrico. Questo tipo di supporto può essere necessario in presenza di psico-patologie associate o per maggiore approfondimento del funzionamento generale, a tutela della salute della singola persona interessata. Cfr. M.S.C. WALLIEN, H. SWAAB, P.T. COHEN-KETTENIS, *Psychiatric comorbidity among children with gender identity disorder*, in *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46, 2007, 1307-1314; *International Classification of Diseases 11th Revision (ICD-11)*; E. COLEMAN ET AL, *Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People*, cit.

⁵⁹ W.C. HEMBREE, P.T. COHEN-KETTENIS, L. GOOREN, S.E. HANNEMA, W.J. MEYER, M.H. MURAD, S.M. ROSENTHAL, J.D. SAFER, V. TANGPRICHA, G.G. T'SJOEN, *Endocrine Treatment of Gender-Dysphoric/Gender-Incongruent Persons: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline*, in *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 1, 102, 11, 2017, 3869-3903. E. COLEMAN ET AL, *Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People*, cit.

In particolare, per ridurre il disagio psicologico, aumentato dallo sviluppo fisico nel senso diverso dal genere percepito (c.d. disforia di genere), è stato proposto da alcuni anni (in Olanda dai primi anni 2000⁶⁰) l'uso di farmaci come gli analoghi del GnRH (GnRHa) che hanno lo scopo di sospendere temporaneamente la progressione delle modificazioni puberali e sono impiegati da molto tempo nel trattamento della pubertà precoce⁶¹.

La terapia con triptorelina è indicata nei casi in cui il rischio per la salute psicofisica dell'adolescente è significativo⁶² o nei casi in cui risulti opportuno, in termini di salute psico-fisica, dare la possibilità all'adolescente di esplorare ulteriormente il proprio vissuto con riferimento all'identità di genere.

Questa fase (c.d. "fase di valutazione estesa"⁶³) è finalizzata a creare una finestra temporale che consenta all'adolescente di riflettere in modo più sereno sulla propria identità di genere e sul percorso più adeguato da intraprendere al fine di raggiungere una situazione di benessere psico-sociale.

Più nel dettaglio, il rationale di questo trattamento è innanzitutto quello di facilitare la persona nel prendere consapevolezza delle scelte compiute fino a quel momento. Come detto, è possibile infatti che la persona minore abbia già intrapreso, durante l'infanzia, un percorso di transizione sociale e si stia presentando nei contesti familiari e sociali di riferimento nel genere a cui sente di appartenere.

D'altra parte, il trattamento di sospensione della pubertà è presentato dalla letteratura scientifica come un passaggio utile per consentire di ridurre la sofferenza derivante da cambiamenti corporei puberali indesiderati⁶⁴ e, dunque, avere la serenità adeguata per riflettere e acquisire consapevolezza rispetto alla scelta di intraprendere (o meno) gli *step* del percorso medico di affermazione di genere⁶⁵.

Si tratta di una terapia reversibile (*i.e.* se si sospende il trattamento, la produzione endogena di ormoni sessuali ricomincia e lo sviluppo puberale riprende fisiologicamente⁶⁶), diffusamente utilizzata

⁶⁰ A.L. DE VRIES, & P.T. COHEN-KETTENIS, *Clinical management of gender dysphoria in children and adolescents: The Dutch approach*, in *Journal of Homosexuality*, 59, 2012, 301-320.

⁶¹ J.C. CAREL *et al.*, *Consensus statement on the use of gonadotropin-releasing hormone analogs in children*, in *Pediatrics*, 123, 4, 2009, 752-62

⁶² Cfr. J.L. TURBAN, D. KING, J.M. CARSWELL, A.S. KEUROGLIAN, *Pubertal Suppression for Transgender Youth and Risk of Suicidal Ideation*, *Pediatrics*, 145, 2, 2020, per cui la terapia con triptorelina riduce del 70% il rischio suicidario.

⁶³ E. COLEMAN ET AL., *Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People*, cit.

⁶⁴ Alcuni studi di follow-up sull'uso dei GnRHa riportano un miglioramento del funzionamento psicologico delle giovani persone transgender (A.L. DE VRIES, J.K. MCGUIRE, T.D. STEENSMA, E.C. WAGENAAR, T.A. DORELEIJERS, P.T. COHEN-KETTENIS, *Young adult psychological outcome after puberty suppression and gender reassignment*, in *Pediatrics*, 134, 4, 2014, 696-704; A.L. DE VRIES, T.D. STEENSMA, T.A. DORELEIJERS, P.T. COHEN-KETTENIS, *Puberty suppression in adolescents with gender identity disorder: a prospective follow-up study*, in *Journal of Sexual Medicine*, 8, 8, 2011, 2276-83; R. COSTA, M. DUNSFORD, E. SKAGERBERG, V. HOLT, P. CARMICHAEL, M. COLIZZI, *Psychological Support, Puberty Suppression, and Psychosocial Functioning in Adolescents with Gender Dysphoria*, in *Journal of Sexual Medicine*, 12, 11, 2015, 2206-14.

⁶⁵ A. D. FISHER, J. RISTORI, A. ROMANI, E. CASSIOLI, F. MAZZOLI, C. COCCHETTI, M. PIERDOMINICI, M. MARCONI, V. RICCA, M. MAGGI, L. VIGNOZZI, AND G. CASTELLINI, *Back to the Future: Is GnRHa Treatment in Transgender and Gender Diverse Adolescents Only an Extended Evaluation Phase?*, in *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 2023, 1-15; B. P. C. KREUKELS, P. T. COHEN-KETTENIS, *Puberty Suppression in Gender Identity Disorder: The Amsterdam Experience*, in *Nature Reviews Endocrinology*, 7, 2011, 466-472.

⁶⁶ A. L. C DE VRIES, P. T. COHEN-KETTENIS, *Clinical management of gender dysphoria in children and adolescents: the Dutch approach*, in *Journal of Homosexuality*, 59, 3, 2012, 301-20.

per il trattamento della pubertà precoce⁶⁷, il cui uso per le persone adolescenti con disforia di genere è stato approvato negli *standard* di cura delle principali associazioni scientifiche mondiali che si occupano di queste problematiche⁶⁸.

Dato il numero complessivamente limitato delle persone coinvolte e il carattere (relativamente) recente del suo utilizzo, la sicurezza di tale trattamento è in fase di costante verifica e osservazione⁶⁹. Sotto questo profilo, l'erogazione nell'ambito di percorsi clinici gestiti da parte di strutture sanitarie pubbliche assicura anche che vi possano essere monitoraggi e studi di *follow up*.

In Italia l'uso della triptorelina è stato validato da diverse società scientifiche dedicate alla ricerca e alla cura dei minori con incongruenza di genere⁷⁰ e, come si approfondirà di seguito (§ 4), è stato autorizzato dall'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) che dopo aver ricevuto un parere favorevole da parte del Comitato Nazionale di Bioetica (CNB)⁷¹, ne ha approvata la prescrivibilità a carico del Sistema Sanitario Nazionale in presenza di precisi criteri di inclusione⁷².

⁶⁷ Cfr. CAREL ET AL., *cit.* In Italia l'Agenzia Italiana del Farmaco, con provvedimento del 27 luglio 2012, ha approvato alcune liste di farmaci per uso pediatrico da utilizzare al di fuori della indicazione terapeutica autorizzata, riconoscendo (all'Allegato P7) l'impiego di analoghi del GnRHa nella fase iniziale del trattamento inibitorio della pubertà in bambini con pubertà precoce.

⁶⁸ La *World Professional Association for Transgender Health* (WPATH) che ha inserito il trattamento con GnRHa sin dalla quinta edizione del 1998 degli Standard di cura.

⁶⁹ Una sintesi dei più recenti studi sull'efficacia e sulle conseguenze a breve e lungo termine della terapia dei bloccanti della pubertà è contenuta in A. L. C. DE VRIES, C. RICHARDS, A.C. TISHELMAN, J. MOTMANS, S.E. HANNEMA, J. GREEN & S.M. ROSENTHAL, *Bell v Tavistock and Portman NHS Foundation Trust [2020] EWHC 3274*, in *International journal of transgender health: Weighing current knowledge and uncertainties in decisions about gender-related treatment for transgender adolescents*, *International Journal of Transgender Health*, 22, 3, 2021, 217–224. Sui profili di rischio v. W.C. HEMBREE, P.T. COHEN-KETTENIS, L. GOOREN, S.E. HANNEMA, W.J. MEYER, M.H. MURAD, S.M. ROSENTHAL, J.D. SAFER, V. TANGPRICHA, G.G. T'SJOEN, *Endocrine Treatment of Gender-Dysphoric/Gender-Incongruent Persons: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline*, in *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 1, 102, 11, 2017, 3869-3903. Per una *review* della lettura v. K. VARANI, F. SIGNANI, *Benefici e rischi nel trattamento farmacologico con triptorelina nella disforia di genere*, in *GenIUS*, 2, 2019, 120 ss.

⁷⁰ La Società Italiana Genere Identità e Salute (SIGIS), la Società Italiana di Andrologia Medica e Medicina della Sessualità (SIAMS), la Società Italiana di Endocrinologia (SIE), la Società Italiana di Pediatria Endocrinologia e Diabetologia (SIEDP) nonché l'Osservatorio Italiano di Identità di Genere (ONIG). Cfr. J. RISTORI, G. MOTTA, M. C. MERIGGIOLA, C. BETTOCCHI, C. CRESPI, M. FALCONE, F. LOMBARDO, M. MAGGI, G. MORELLI, A.M. COLAO, A.M. ISIDORI, A.D. FISHER, *A comment from SIGIS, SIE and SIAMS: Puberty blockers in transgender adolescents-a matter of growing evidence and not of ideology*, in *Journal of endocrinological investigation*, 47, 2, 2024, 479-481.

⁷¹ Cfr. COMITATO NAZIONALE PER LA BIOETICA, parere del 13 luglio 2018 disponibile qui: <https://bioetica.governo.it/it/documenti/pareri/in-merito-alla-richiesta-di-aifa-sulla-etichetta-dell-uso-del-farmaco-triptorelina-per-il-trattamento-di-adolescenti-con-disforia-di-genere-dg/>.

⁷² Cfr. Determina del 25 febbraio 2019. n. 21756 in (GU Serie Generale n. 52 del 02-03-2019) con cui la triptorelina è stata inserita nell'elenco dei farmaci prescrivibili *off label* a carico del sistema sanitario nazionale (ai sensi dell'art. 1, co. 4, del decreto-legge 21 ottobre 1996, n. 536, convertito dalla legge 23 dicembre 1996, n. 648) che prevede i seguenti criteri di inclusione: i) stadio puberale secondo Tanner 2-3, confermato da livelli di steroidi sessuali indicativi di una adeguata progressione puberale; ii) diagnosi di disforia di genere secondo DSM 5 (APA, 2013) confermata da una équipe multidisciplinare e specialistica, composta da specialista in neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, endocrinologia pediatrica, psicologia dell'età evolutiva e bioetica; iv) comparsa o peggioramento della sintomatologia con l'inizio della pubertà; v) stabilizzazione di eventuali psicopatologie associate o problematiche mediche potenzialmente interferenti con l'iter diagnostico o terapeutico della DG; vi) mancata efficacia dell'assistenza psicologica, psicoterapeutica o psichiatrica; vii)

Come noto, in altri Paesi Europei l'uso di questo farmaco è stato di recente posto sotto osservazione⁷³ e in alcuni casi limitato⁷⁴, sollevando reazioni di diverso tenore⁷⁵. Al riguardo, va considerato che in alcuni di tali contesti la somministrazione della triptorelina per il trattamento della disforia di genere era stata ampiamente generalizzata nella pratica clinica e non sempre integrata con altri servizi di consulenza e assistenza psicologica e psicoterapica. Diversamente, in Italia, in base alla determina AIFA sopra richiamata e ai percorsi diagnostici e terapeutici (c.d. PDTA) elaborati da alcuni centri specializzati⁷⁶, il farmaco può essere utilizzato solo in casi selezionati e attentamente valutati e, come si sta illustrando, i percorsi clinici presuppongono un approccio olistico e multidisciplinare che considera il benessere complessivo delle giovani persone con incongruenza di genere.

Il secondo tipo di trattamento farmacologico possibile in età evolutiva è la terapia ormonale. In particolare, se durante la "fase di valutazione estesa" sperimentata con il trattamento di triptorelina o, anche in assenza di tale trattamento (e quindi con l'avanzamento dello stadio puberale), l'incongruenza di genere persiste, le linee guida scientifiche prevedono l'utilizzo di trattamenti ormonali al fine di ottenere una modifica dei caratteri sessuali (*gender-affirming hormone therapy*, GAHT)⁷⁷.

È bene precisare che alcuni studi condotti nei Paesi Bassi mostrano che la percentuale di persone adolescenti che interrompono la terapia di sospensione della pubertà, perché non desiderano intraprendere il percorso medico di affermazione di genere, è basso⁷⁸. Ciò non sorprende, poiché il trat-

consenso informato fornito dall'adolescente e dai genitori o da altri tutori secondo le normative attuali inerenti i soggetti minorenni (art. 3 della legge n. 219/2017).

⁷³ In Svezia sono state approvate nuove linee guida che confermano un uso prudente e controllato del farmaco, cfr. *The National Board of Health and Welfare, Care of children and adolescents with gender dysphoria. Summary of national guidelines*, December 2022. Per la Francia v. *Medicine and gender transidentity in children and adolescents Press release of the French National Academy of Medicine*, February 25, 2022.

⁷⁴ Nel Regno Unito sono state approvate nuove linee guida che limitano il ricorso al trattamento nella pratica clinica: v. *The Cass Review, Independent review of gender identity services for children and young people*, April 2024, <https://cass.independent-review.uk/home/publications/final-report/>.

⁷⁵ Per posizioni critiche sul trattamento di sospensione della pubertà v. M.K. LAIDLAW, Q.L. VAN METER, P.W. HRUZ, A. VAN MOL, M.J. MALONE, *Letter to the Editor: "Endocrine treatment of gender-dysphoric/ gender-incongruent persons: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline*, in *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 104, 3, 2019, 686–687. In prospettiva critica sulle nuove linee guida approvate nel Regno Unito. v. C. HORTON, *The Cass Review: Cis-supremacy in the UK's approach to healthcare for trans children*, in *International Journal of Transgender Health*, 14 Mar 2024, 2-26.

⁷⁶ Tra cui v. il centro istituito presso l'Azienda Ospedaliera Universitaria Careggi di Firenze; Ambulatorio Pediatrico per la Varianza di Genere (APEVAGE) – IRCCS Materno Infantile Burlo Garofalo di Trieste; Centro Interdipartimentale Disforia di Genere Molinette (CIDIGEM) – AOU Città della Salute e della Scienza di Torino; IRCCS Azienda Ospedaliera Universitaria di Bologna – Policlinico S. Orsola Malpighi; Programma di Endocrinologia Pediatrica – AOU Federico II, Napoli. Solo per la presa in carico psicologica: Servizio per l'Adeguamento tra Identità Fisica e Identità Psicica (SAIFIP) – Azienda Ospedaliera San Camillo – Forlanini, Roma (RM), indicati nella mappa del portale dell'Istituto Superiore di Sanità <https://www.infotrans.it/>.

⁷⁷ La terapia ormonale ha l'obiettivo di indurre una femminilizzazione corporea nei soggetti AMAB (*assigned male at birth*) tramite l'uso di estrogeni e anti-androgeni, e una mascolinizzazione nei soggetto AFAM (*assigned female at birth*).

⁷⁸ La percentuale del 1,9% secondo C.M. WIEPIES, N.M. NOTA, C. DE BLOK, M. KLAVER, A. DE VRIES, S.A. WENSING-KRUGER, R.T DE JONGH, M.B. BOUMAN, T.D. STEENSMA, P. COHEN-KETTENIS, L. GOOREN, B. KREUKELS, M. DEN HEIJER, *The Amsterdam Cohort of Gender Dysphoria Study (1972– 2015): Trends in prevalence, treatment, and regrets*, in



tamento con triptorelina viene iniziato solo nei soggetti per i quali si ritiene che l'incongruenza di genere sia destinata a durare.

Tuttavia, ciò non significa che vi sia un passaggio "automatico" al trattamento ormonale per l'affermazione del genere dopo la sospensione della pubertà, né che la terapia con triptorelina induca in qualche modo a proseguire il percorso medico.

Il trattamento ormonale è un passo autonomo, successivo e attentamente considerato: nello specifico, in Italia, in base a due delibere dell'Agenzia Italiana del Farmaco del 2020, è erogabile a carico del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), in presenza di specifici criteri di inclusione diagnostica e clinica e previa attenta valutazione multidisciplinare⁷⁹.

Tale terapia, a differenza della terapia di sospensione della pubertà, è reversibile solo parzialmente e può avere effetti sulla fertilità⁸⁰, perciò è necessario che i professionisti forniscano un'informazione specifica sulle conseguenze del trattamento a breve e lungo termine e che, in sede di acquisizione del consenso informato (su cui v. *infra* § 4), prestino particolare attenzione a che i pazienti e i loro rappresentanti legali, abbiano acquisito piena consapevolezza e abbiano riflettuto adeguatamente sugli effetti e sui profili di rischio.

Con riferimento al rationale del trattamento va considerato che la terapia ormonale consente di allineare i caratteri sessuali secondari al genere cui la persona sente di appartenere, permettendo la piena espressione anche esteriore della propria personalità.

Inoltre, i trattamenti ormonali, se cominciati in età evolutiva, impediscono il pieno sviluppo di certi caratteri fisici (ad es. l'abbassamento del tono di voce, le modificazioni sessualmente dimorfiche delle ossa facciali, come zigomi pommo d'Adamo, e lo sviluppo della peluria) e riducono la necessità di altri trattamenti medici e chirurgici (chirurgia delle corde vocali, chirurgia estetica, depilazione definitiva) cui fanno frequente ricorso le persone transgender che non hanno avuto precoce accesso alle terapie ormonali⁸¹.

The Journal of Sexual Medicine, 15, 4, 2018, 582–590; la percentuale del 3,5% secondo T. BRIK, L. VROUENRAETS, M.C. DE VRIES, S.E. HANNEMA, *Trajectories of adolescents treated with gonadotropin-releasing hormone analogues for gender dysphoria*, in *Archives of Sexual Behavior*, 49, 7, 2020, 2611–2618.

⁷⁹ Cfr. la determina di AIFA del 23 settembre 2020, n. 104272 (GU Serie Generale n.242 del 30-09-2020), *Inserimento dei medicinali testosterone, testosterone undecanoato, testosterone entantato, esteri del testosterone nell'elenco dei medicinali erogabili a totale carico del Servizio sanitario nazionale, ai sensi della legge 23 dicembre 1996, n. 648, per l'impiego nel processo di virilizzazione di uomini transgender, previa diagnosi di disforia di genere/incongruenza di genere formulata da una equipe multidisciplinare e specialistica dedicata*. E la determina AIFA del 23 settembre 2020, n. 104273 GU Serie Generale n.242 del 30-09-2020) *Inserimento dei medicinali estradiolo, estradiolo emiidrato, estradiolo valerato, ciproterone acetato, spironolattone, leuprolide acetato e triptorelina nell'elenco dei medicinali erogabili a totale carico del Servizio sanitario nazionale, ai sensi della legge 23 dicembre 1996, n. 648, per l'impiego nel processo di femminilizzazione di donne transgender, previa diagnosi di disforia di genere/incongruenza di genere, formulata da una equipe multidisciplinare e specialistica dedicata*.

⁸⁰ Per tale ragione ai minori eleggibili per la terapia ormonale viene offerta una specifica consulenza sulle tecniche di crioconservazione disponibili.

⁸¹ W.C. HEMBREE, P.T. COHEN-KETTENIS, L. GOOREN, S.E. HANNEMA, WJ. MEYER, M.H. MURAD, S.M. ROSENTHAL, J.D. SAFER, V. TANGPRICHA, G.G. T'SJOEN, *Endocrine Treatment of Gender-Dysphoric/Gender-Incongruent Persons: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline*, in *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 1, 102, 11, 2017, 3869-3903; E. COLEMAN et al., *Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People*, cit.

Pertanto, nella valutazione rischi/benefici da parte dei medici e dei genitori chiamati a dare il consenso, occorre tener conto anche delle ricadute positive sulle possibilità di vita che possono derivare dall'aver un aspetto fisico congruente con la propria identità di genere (per esempio, assenza o riduzione dello sviluppo del seno e forma del corpo meno femminile in un soggetto assegnato femmina alla nascita (*assigned female at birth* AFAB) e assenza di voce bassa o riduzione dei tratti del viso maschili in una persona assegnata maschio alla nascita (*assigned male at birth* AMAB).

Infine, merita precisare che il percorso medico di affermazione di genere prevede la possibilità di interventi chirurgici volti a modificare i caratteri sessuali primari che, anche se non più necessari ai fini dell'autorizzazione giudiziale alla modifica dei registri anagrafici, rimangono soggetti all'autorizzazione del giudice⁸². Tuttavia, l'intervento chirurgico è, tendenzialmente, richiesto e effettuato da persone maggiorenni⁸³.

4. Profili giuridici dell'erogazione dei servizi e della somministrazione delle terapie mediche

Da un punto di vista giuridico, gli interventi previsti dalla scienza medica per la tutela dell'identità di genere delle persone minori pongono questioni molto delicate perché coinvolgono il benessere e l'integrità psico-fisica di persone in formazione, ponendo al centro della riflessione le complesse decisioni da assumere⁸⁴.

Pertanto, nella disciplina normativa che ne orienta l'erogazione vengono in rilievo, oltre al principio del superiore interesse del minore, i diritti fondamentali alla salute e all'autodeterminazione in ordine ai trattamenti medici⁸⁵ a cui si aggiungono le previsioni contenute nelle delibere dell'Agenzia Italiana del Farmaco sopra richiamate⁸⁶.

⁸² Nei limiti di quanto riconosciuto a seguito delle pronunce della Corte costituzionale su cui v. § 1.

⁸³ Più nel dettaglio, nei SoC 8 uno specifico criterio anagrafico (*i.e.* la maggiore età) è previsto soltanto per l'intervento di falloplastica. Sul piano giuridico, la l. n. 164/1982 non prevede espressamente limiti di età. La giurisprudenza italiana in passato aveva respinto i ricorsi presentati da e per soggetti minori (cfr. Tribunale di Catania, 12 marzo 2004, in *Giustizia civile*. 2005, 4, I,1107) in casi più recenti, ha accolto le richieste proposte dai genitori e autorizzato la modificazione chirurgica dei caratteri sessuali di una persona minore, invocando il carattere fondamentale del diritto alla salute e all'identità di genere (cfr. Tribunale di Milano 11 marzo 2011 e Tribunale di Santa Maria Capua Vetere, Sentenza 9 gennaio 2012, n. 28).

⁸⁴ Sul tema v. A. LORENZETTI, *La condizione giuridica del bambino e dell'adolescente transgenere tra diritto alla salute, autodeterminazione e (in)certezza del diritto*, cit., 533 ss. Per un inquadramento delle questioni etiche sollevate in relazione a questi trattamenti si veda S. GIORDANO, *Children with Gender Identity Disorder. A Clinical, Ethical, and Legal Analysis*, Routledge, 2013, 91 ss, e più di recente Id., *Children and Gender. Ethical issues in clinical management of transgender and gender diverse youth, from early years to late adolescence*, Oxford, 2023.

⁸⁵ Su cui v. anche § 1 e oltre nel testo e nelle note. V. anche la disciplina generale contenuta nell'art. 3 della legge 22 dicembre 2017, n. 219 *Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento*.

⁸⁶ La determina n. 21756/2019 relativa al trattamento con triptorelina, le determine n. 104272/2020, n. 104273/2020 relative alle terapie ormonali.

Più in particolare, in ogni atto medico relativo alla persona minore, le parti della relazione sono tre: la persona, i genitori (o rappresentanti legali) e i medici, a ciascuno dei quali l'ordinamento riconosce specifici diritti, doveri e responsabilità⁸⁷.

Nell'ambito della relazione di cura la persona minore è titolare di due pretese che sono particolarmente rilevanti, perché strumentali all'effettivo esercizio dei diritti fondamentali appena richiamati: il diritto di essere informato, in un linguaggio che sia adeguato alla sua capacità di comprensione, e il diritto di essere ascoltato e di poter esprimere la propria opinione sui trattamenti sanitari che lo riguardano⁸⁸.

Dall'altro lato, ai genitori (o rappresentanti legali) la legge attribuisce il diritto/dovere di esprimere il consenso al trattamento medico⁸⁹, tenendo conto della volontà della persona minore, della sua età e del suo grado di maturità e avendo come prioritario obiettivo la salvaguardia della sua vita, della sua salute e della sua dignità⁹⁰. Nonostante la "prudenza" della formula legislativa, la disposizione deve essere interpretata alla luce del quadro costituzionale e delle fonti sovranazionali richiamate, che riconoscono piena centralità all'autodeterminazione della persona minore di età⁹¹.

⁸⁷ Sul tema, tra i molti, v. P. STANZIONE, *Capacità e minore età nella problematica della persona umana*, Napoli, 1975; L. LENTI, *Il consenso informato ai trattamenti sanitari per i minorenni*, in L. LENTI, E. PALERMO FABRIS, P. ZATTI, *I diritti in medicina*, in S. RODOTÀ, P. ZATTI (diretto da), *Trattato di Biodiritto*, Milano, 2011, 417 ss.; M. PICCININI, *Il consenso al trattamento medico del minore*, Padova, 2007; P. VERCELLONE, *Il corpo del minorenne: i trattamenti sanitari*, in P. ZATTI (diretto da) *Trattato di diritto di famiglia*, II, Milano, 2012, 1261 ss.; G. FERRANDO, *Art. 3 minori e incapaci*, *Forum. La legge n. 219 del 2017. Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento*, in *BioLaw Journal – Rivista di BioDiritto*, 1, 2018, 49 ss.; M. FOGLIA, *Consenso e cura. La solidarietà nel rapporto terapeutico*, Torino, 2018, 110-116; C. DI COSTANZO, *La tutela del diritto alla salute del minore. Riflessioni a margine della legge n. 219/2017*, in *BioLaw Journal – Rivista di BioDiritto*, 1, 2019, 313 ss.; S. CACACE, *Il trattamento sanitario su minore o incapace: il miglior interesse del paziente vulnerabile fra (più) volontà e scienza*, in M. FOGLIA (a cura di), *La relazione di cura dopo la legge 219/2017. Una prospettiva interdisciplinare*, Pisa, 2019, 71 ss.

⁸⁸ Cfr. l'art. 12 della *Convenzione ONU sui diritti del bambino*, l'art. 3 della *Convenzione europea sull'esercizio dei diritti dei minori*, l'art. 3, l. n. 219/2017, l'art. 315-bis c.c.

⁸⁹ L'art. 337-ter, c. 3, c.c. dispone che la responsabilità genitoriale è esercitata da entrambi i genitori e le decisioni di maggiore interesse per i figli relative (anche) alla salute del minore sono assunte di comune accordo e, in caso di disaccordo, la decisione è rimessa al giudice. La regola dell'esercizio comune della responsabilità genitoriale vale anche nel caso in cui i genitori non convivano o non convivano più in seguito a separazione, divorzio, cessazione della convivenza di fatto, sempre che il giudice, in casi eccezionali, non abbia disposto l'esercizio esclusivo della responsabilità da parte di uno di essi soltanto (art. 337 quater c.c.). Sul tema v., tra gli altri, G. FERRANDO, *Art. 3 minori e incapaci*, *Forum. La legge n. 219 del 2017. Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento*, in *BioLaw Journal – Rivista di BioDiritto*, 1, 2018, 49 ss.

⁹⁰ Cfr. art. 3, l. n. 219 del 2017.

⁹¹ Criticamente sulla "prudenza" dell'art. 3, l. n. 219/2017 v., tra gli altri, P. ZATTI, *Cura, salute, vita, morte: diritto dei principi o disciplina legislativa?*, in *BioLaw Journal – Rivista di BioDiritto*, 1, 2017, 185 ss.: «La valorizzazione della capacità di scelta in materia di corpo e salute del minore o del maggiorenne incapace degrada alla formula "tenendo conto della volontà"». Analogamente C. CASONATO, *La pianificazione condivisa delle cure*, in M. RODOLFI, C. CASONATO, S. PENASA (a cura di), *Il civilista, Consenso informato e Dat: tutte le novità*, Milano 2018, 43 secondo cui «l'articolo 3 della legge dispone una disciplina rivolta al malato minore che avrebbe potuto essere più coraggiosa e maggiormente in linea con il diritto internazionale che ormai riconosce pienamente il diritto dei minorenni di essere, in relazione al proprio stato di consapevolezza, i protagonisti del

Infine, il terzo soggetto della relazione è naturalmente il medico, in questo caso il *team* multidisciplinare (cfr. § 3) a cui l'ordinamento attribuisce il compito di ascoltare il paziente nell'esprimere i suoi bisogni di salute, di informare adeguatamente sulle diverse opzioni terapeutiche, di acquisire il consenso informato scritto dei rappresentati legali⁹².

4.1. Le condizioni di effettività del processo di acquisizione del consenso informato

Considerata la particolare delicatezza e i profili di rischio connessi ai trattamenti medici in esame, assumono particolare importanza quelli che potremmo definire i "presupposti di effettività" del processo di acquisizione del consenso informato: l'informazione e la valutazione della competenza decisionale della persona minore.

In primo luogo è fondamentale che l'informazione, data alla persona interessata e ai genitori (o rappresentanti legali) per ogni intervento, sia calata sulle diverse esigenze e sulle capacità di comprensione di ciascuno. Inoltre, il processo di informazione e di acquisizione del consenso richiede necessariamente congrui periodi di riflessione. Pertanto, salvo casi di estrema urgenza (es. situazione di *stress* acuto, rischio suicidario etc.), l'inclusione nei percorsi diagnostici e terapeutici richiede tempi di riflessione e di ponderazione sufficientemente dilatati.

Il secondo presupposto sostanziale è la considerazione dell'autodeterminazione terapeutica della persona minore, in relazione all'età e alla sua maturità, "biografica" ancor più che anagrafica.

L'età anagrafica, infatti, non è di per sé un requisito per la prescrizione dei trattamenti in esame, perché i criteri di inclusione sono collegati allo stadio dello sviluppo puberale⁹³.

L'età è però rilevante, insieme al funzionamento psicologico, per valutare la maturità del soggetto e la sua capacità di comprensione delle conseguenze del trattamento, dei suoi effetti a breve e lungo termine, delle alternative terapeutiche e dei possibili rischi, nonché per valutare la sua capacità di decidere con sicurezza in relazione agli interventi proposti e di avere aspettative adeguate rispetto al percorso⁹⁴.

La delicata valutazione della competenza decisionale della persona minore spetta al *team* assistenziale, in applicazione degli *standards* delineati dalle linee guida scientifiche internazionali⁹⁵, e diventa tanto più rilevante quanto maggiore è il grado di irreversibilità degli effetti che il trattamento è destinato a produrre sul suo sviluppo psico-fisico.

Infine, l'effettiva garanzia di un adeguato processo di acquisizione del consenso informato impone di prestare particolare attenzione ai genitori (o rappresentanti legali).

proprio percorso di cura». V. anche C. IRTI, *Persona minore di età e libertà di autodeterminazione*, in *Giustizia civile*, 3, 2019, 617 ss.

⁹² Cfr. l'art. 3, l. n. 219 del 2017.

⁹³ V. *supra* §§ 3.1.

⁹⁴ La capacità di discernimento non è legalmente definita, non è legata a soglie o parametri rigidi e neppure all'età: è una capacità relativa da verificare in concreto rispetto alle singole persone e agli specifici atti che devono essere compiuti, sul punto v E. SALVATERRA, *Capacità e competence*, in L. LENTI, E. PALERMO FABRIS, P. ZATTI (a cura di), *I diritti in medicina*, cit., 341 ss.

⁹⁵ Cfr. *World Health Organization, Assessing and supporting adolescents' capacity for autonomous decision-making in health care settings: a tool for health-care providers*, Geneva, 2021, Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Per questo, come ricordato, i servizi di consulenza e di assistenza sono rivolti anche direttamente alle famiglie che possono aver bisogno di uno specifico supporto per assumere i comportamenti più adeguati ad accompagnare la persona minore nel percorso di progressiva affermazione della propria identità di genere e, nel caso, nella transizione sociale e anagrafica.

Come previsto in termini generali, in caso di conflitto sulle decisioni da assumere è possibile ricorrere al giudice da parte di uno dei rappresentanti legali⁹⁶, ovvero da parte del medico (o della struttura presso cui opera) in caso di opposizione di questi ultimi⁹⁷.

Naturalmente si tratta di un'ipotesi estrema e decisamente non auspicabile, perché le decisioni sulle cure, tanto più se così decisive per lo sviluppo e per la vita della persona minore, è opportuno che siano prese all'insegna della c.d. alleanza terapeutica tra paziente-genitori-medici⁹⁸.

Va considerato, infatti, che le prospettive possibili sono comunque rischiose. La scelta del percorso di affermazione di genere comporta modificazioni fisiche parzialmente irreversibili e scelte di vita che possono essere molto faticose, per la difficoltà di far accettare il cambiamento nei vari contesti di vita (famiglia, scuola, sport etc.). Vi è poi il rischio massimo della "detransizione", ossia della successiva richiesta della persona di "tornare" al genere assegnato alla nascita⁹⁹.

D'altra parte, anche non acconsentire ai trattamenti farmacologici e lasciare che la pubertà progredisca non è un atto neutro e privo di rischi¹⁰⁰, perché – come considerato – può determinare una forte sofferenza e può avere effetti dannosi per tutta la vita della persona, che può rimanere esposta a stigmatizzazione, discriminazioni e a forti difficoltà di integrazione sociale.

Pertanto, in caso di conflitti intrafamiliari è compito del *team* assistenziale (supportato anche dall'*équipe* multidisciplinare, su cui v. *infra*) farsi carico dei dubbi e delle fisiologiche preoccupazioni che le famiglie possono incontrare nel valutare i rischi delle diverse opzioni e nell'accompagnare i propri figli in decisioni e percorsi di vita così delicati¹⁰¹.

⁹⁶ Secondo le regole generali in materia di responsabilità genitoriale previste dagli artt. 315-bis - 316 c.c. e ss.

⁹⁷ Cfr. l'art. 3, comma 5, l. n. 219/2017: «Nel caso in cui (...) il rappresentante legale della persona minore rifiuti le cure proposte e il medico ritenga invece che queste siano appropriate e necessarie, la decisione è rimessa al giudice tutelare su ricorso del rappresentante legale della persona interessata o dei soggetti di cui agli articoli 406 e seguenti del codice civile o del medico o del rappresentante legale della struttura sanitaria».

⁹⁸ Come è stato osservato: «*It would be sad if the courtroom was to replace a caring, holistic environment within which an approach by parents and doctors alike could deal with difficult decisions*», così cfr. Family Court of Australia, *Sam and Terry (Gender Dysphoria)* [2013] 49 Fam LR 417, cited with approval in *Re Kelvin* [2017] CAFC 258 Su cui v. F. KELLY, *Australian children living with gender dysphoria: does the Family Court have a role to play?*, in *Journal of Law and Medicine*, 22, 1, 2014, 105-20.

⁹⁹ J. L. TURBAN, D. KING, J.J. LI, A. S. KEUROGHLIAN, *Timing of social transition for transgender and gender diverse youth, K-12 harassment, and adult mental health outcomes*, in *Journal of Adolescent Health*, 69, 6, 2021, 991–998. C.M. WIEPJES, N. M. NOTA, C. DE BLOK, M. KLAVER, A. DE VRIES, S.A. WENSING-KRUGER, R. T DE JONGH, M. B. BOUMAN, T. D. STEENSMA, P. COHEN-KETTENIS, L. GOOREN, B. KREUKELS, M. DEN HEIJE, *The Amsterdam Cohort of Gender Dysphoria study (1972-2015): Trends in prevalence, treatment, and regrets*, in *Journal of Sexual Medicine*, 15, 4, 2018, 582–590. P. EXPÓSITO-CAMPOS, *A typology of gender detransition and its implications for healthcare providers.*, in *Journal of Sex & Marital Therapy*, 47, 3, 2021, 270–280.

¹⁰⁰ Sul punto v. S. GIORDANO, *Lives in a chiaroscuro. Should we suspend the puberty of children with gender identity disorder?*, in *Journal of Medical Ethics*, 34, 8, 2008, 580-584; ID., *Children and Gender. Ethical issues in clinical management of transgender and gender diverse youth, from early years to late adolescence*, Oxford, 2023.

¹⁰¹ J. MALPAS, M J. PELLICANE, E. GLAESER, *Family-Based Interventions with Transgender and Gender Expansive Youth: Systematic Review and Best Practice Recommendations*, in *Transgender Health*, 7, 1, 2022.

4.2. La rilevanza della volontà della persona minore e il carattere eccezionale (*i.e.* limitato alle ipotesi di conflitto) dell'intervento giudiziale: la lezione del caso *Bell v. Tavistock*

Il rilievo della volontà e dell'autodeterminazione della persona minore e il carattere eccezionale (*i.e.* limitato alle ipotesi di conflitto) dell'intervento giudiziale rispetto ai trattamenti farmacologici in questione sono stati confermati in un importante caso giudiziario affrontato di recente dalle Corti inglesi: il caso *Bell v. Tavistock*¹⁰².

La Tavistock and Portman NHS Foundation Trust, una delle principali cliniche del Regno Unito specializzate nelle cure per le persone transgender, era stata convenuta in giudizio da due ricorrenti che avevano seguito un percorso di affermazione di genere¹⁰³.

La questione bio-giuridica di fondo era se un soggetto minore d'età potesse decidere consapevolmente rispetto a trattamenti di sospensione della pubertà, in quanto trattamenti particolarmente delicati, rischiosi e in grado di incidere in modo significativo sul suo sviluppo e sulla sua esistenza futura.

Il giudice di primo grado aveva accolto il ricorso, ritenendo violate le regole sul consenso informato al trattamento medico, sul presupposto che la terapia di sospensione della pubertà fosse da considerare «sperimentale»¹⁰⁴ e che dovesse ritenersi «altamente improbabile» che una persona inferiore di 16 anni potesse comprendere le conseguenze immediate e a lungo termine del trattamento di sospensione della pubertà e quindi esprimere un valido consenso informato.

Per tale ragione il giudice aveva statuito che la prescrizione di triptorelina in caso di adolescenti con età inferiore ai 16 anni avrebbe dovuto essere preceduta da un'autorizzazione giudiziale; la stessa procedura era suggerita anche tra i 16 e i 18 anni in tutti i casi in cui vi fossero dubbi sul fatto che il trattamento potesse rappresentare il miglior interesse per il minore¹⁰⁵.

La sentenza, molto criticata dalle associazioni scientifiche che si occupano della salute delle persone transgender¹⁰⁶ e in dottrina¹⁰⁷, è stata riformata dalla Corte d'appello che, con una sentenza del set-

¹⁰² Cfr. *Court of Appeal, Regina (Bell and another) v Tavistock and Portman NHS Foundation Trust (University College London Hospitals NHS Foundation Trust and others intervening)* [2021] EWCA Civ 1363 che ha riformato la sentenza di primo grado emessa dalla *High Court of Justice. R (on the application of) Quincy Bell and A v Tavistock and Portman NHS Foundation Trust and others.* [2020] EWHC3274.

¹⁰³ La prima ricorrente era persona assegnata femmina alla nascita che dopo aver chiesto e ottenuto tutti i trattamenti farmacologici (bloccanti della pubertà e le terapie ormonali) e chirurgici per ottenere la mascolinizzazione del corpo, si era "pentita" delle scelte fatte e voleva tornare a essere una donna. La seconda ricorrente, madre di una ragazza di 15 anni, era preoccupata che sua figlia potesse essere indirizzata al servizio e che le venissero prescritti dei bloccanti della pubertà. Entrambe le ricorrenti contestavano la prassi di prescrivere farmaci bloccanti della pubertà ai minori di 18 anni, ritenendola illegittima asserendo che le persone al di sotto di tale età non potevano essere considerate in grado di prestare un valido consenso informato a tale tipo di trattamento; tanto che – secondo i ricorrenti – i casi relativi a minori di 18 anni dovevano essere deferiti al Tribunale.

¹⁰⁴ Sul punto v. S. GIORDANO, S. HOLM, *Is puberty delaying treatment 'experimental treatment'?*, in *International Journal of Transgender Health*, 21, 2, 2020, 113-121.

¹⁰⁵ Cfr. *High Court of Justice*, cit.

¹⁰⁶ La *World Professional Association of Transgender Health* (WPATH) e la sua articolazione europea, *l'European Professional Association of Transgender Health* (EPATH) professionale europea per la salute dei transgender (EPATH), hanno espresso il loro forte disaccordo con questa sentenza in una dichiarazione congiunta del 18 dicembre 2020 (WPATH, 2020; EPATH, 2020).

tembre 2021¹⁰⁸, ha confermato che per il trattamento di sospensione della pubertà valgono i principi generali applicabili a qualsiasi atto medico relativo a persone minori.

In particolare la Corte di appello ha censurato la decisione del giudice di primo grado per aver ecceduto dalle proprie competenze, utilizzando elementi di prova controversi per formare dei “principi guida” che avrebbero dovuto orientare la prassi clinica.

La Corte ha quindi ribadito che i tribunali non devono essere coinvolti di *routine* nell'autorizzare il trattamento medico per le persone minori con incongruenza di genere, anche se minori di 16 anni; in secondo luogo ha confermato che la valutazione della capacità decisionale è questione che spetta ai professionisti del settore medico, da risolvere caso per caso, e non spetta alle Corti tentare di fornire linee guida generali¹⁰⁹.

Il caso ha avuto una grande risonanza soprattutto nel Regno Unito¹¹⁰, ma la decisione assunta è importante e ha una rilevanza generale.

È stato confermato il principio per cui il trattamento per la sospensione della pubertà, anche se di recente utilizzazione nelle persone con incongruenza di genere e destinato ad avere un impatto molto significativo sul loro sviluppo psico-fisico, non presenta elementi tali da giustificare l'applicazione di principi giuridici diversi da quelli che operano per gli altri trattamenti medici che riguardano persone minori.

Ciò non esclude che, date l'importanza e la delicatezza delle decisioni in gioco, le terapie in questione debbano essere prescritte con prudenza e in aderenza al canone di precauzione, dopo un'adeguata valutazione del miglior interesse dei diretti interessati o della loro capacità di comprendere la portata delle scelte (e naturalmente previo consenso espresso di entrambi i rappresentanti legali). Nondime-

¹⁰⁷ Cfr. K. L. MORETON, *A Backwards-step for Gillick: Trans Children's Inability to Consent to Treatment for Gender Dysphoria – Quincy Bell & Mrs A v The Tavistock and Portman NHS Foundation Trust and Ors* EWHC 3274 (Admin), in *Medical Law Review*, 29, 4, 2020, 699-715; A.L.C. DE VRIES., C. RICHARDS, A.C. TISHELMAN, J. MOTMANS, S.E. HANNEMA, J. GREEN, S. M. ROSENTHAL, *Bell v Tavistock and Portman NHS Foundation Trust [2020] EWHC 3274: Weighing current knowledge and uncertainties in decisions about gender-related treatment for transgender adolescents*, in *International Journal of Transgender Health*, 22, 3, 2021, 217-224.

¹⁰⁸ *Court of Appeal, Regina (Bell and another) v Tavistock and Portman NHS Foundation Trust (University College London Hospitals NHS Foundation Trust and others intervening)* [2021] EWCA Civ 1363. La sentenza è divenuta definitiva dopo che la Corte Suprema del Regno Unito ha respinto la richiesta di autorizzazione all'appello il 28 aprile 2022.

¹⁰⁹ Secondo la Corte di Appello le indicazioni date dal giudice di prima istanza erano in contraddizione con il “*Gillick principle*” (elaborato nella causa *Gillick contro West Norfolk and Wisbeck Area Health Authority, 1986*) che riguardava la possibilità per un minore di acconsentire a un trattamento medico (in quel caso una contraccezione), senza l'approvazione del genitore. In quel caso la Corte aveva ritenuto che potesse farlo, a condizione che l'adolescente avesse sufficiente intelligenza e capacità di comprensione, questione che spetta ai professionisti del settore medico valutare caso per caso. La Corte d'Appello ha perciò confermato che i minori di 16 anni possono dare legittimamente il consenso al trattamento per la sospensione della pubertà se hanno la comprensione e l'intelligenza necessarie per comprendere pienamente le conseguenze e gli effetti della terapia, cioè se i medici li giudicano “*Gillick competent*” per farlo. Sul caso v. H. CHUA, *Consent to treatment for transgender youth: The next chapter – “Bell and Anor v The Tavistock and Portman NHS Foundation Trust and Ors*, in *Modern law review*, 86, 1, 2023, 214-225.

¹¹⁰ *The Cass Review, Independent review of gender identity services for children and young people*, April 2024, c.d. Cass review.

no, la decisione conferma il 'primato' del giudizio clinico nel valutare la competenza decisionale della persona interessata e, soprattutto, la centralità del rapporto persona minore-genitori-medici.

Anche se la decisione non ha riguardato espressamente le terapie ormonali di affermazione di genere è verosimile sostenere che tali principi debbano valere anche per queste, posto che, sebbene abbiano effetti più incisivi (perché parzialmente irreversibili) sullo sviluppo psico-fisico, sono assunti dalla persona in età più avanzata e, come considerato, a seguito di un percorso di assistenza multidisciplinare diretto ad assicurare un'adeguata ponderazione dei vari *step* del percorso¹¹¹.

4.3. La previsione di un'equipe multidisciplinare integrata da un esperto di bioetica: una forma di *clinical ethic support*?

Illustrati gli elementi essenziali del processo di informazione e acquisizione del consenso informato, occorre soffermarsi sull'analisi di alcune peculiari disposizioni previste dalla determina dell'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) relativa alla terapia di sospensione della pubertà¹¹².

Merita ricordare che le indicazioni della delibera riprendono alcune delle raccomandazioni contenute nel parere del Comitato nazionale per la bioetica (CNB) del 2018¹¹³, espressamente richiesto da AIFA prima di adottare la delibera.

In particolare, nel dare un parere positivo, il CNB aveva sottolineato:

l'importanza di garantire un'informazione adeguata sui rischi del trattamento e di assicurare un consenso informato dell'adolescente e dei genitori, pienamente libero ovvero quanto più possibile scavalco dai condizionamenti sociali e ambientali;

la necessità di una preventiva conferma diagnostica da parte di un'equipe multidisciplinare composta da quattro specialisti: neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, endocrinologia pediatrica, psicologia dell'età evolutiva e bioetica.

l'opportunità che l'équipe multidisciplinare o un centro specialistico accompagni nel tempo gli adolescenti e le loro famiglie, per consentire di realizzare le aspettative nel modo meno traumatico possibile e di evitare fenomeni di stigmatizzazione e discriminazione, con pesanti ripercussioni sull'adolescente;

l'importanza di creare una rete di presa in carico, non solo sanitaria ma che coinvolga i servizi sanitari del territorio (a partire dai pediatri di libera scelta), le Istituzioni scolastiche, i contesti extrascolastici (società sportive, associazioni culturali etc..), il cui personale dovrebbe ricevere una formazione dedicata;

la necessità di assicurare l'equità nell'accesso al farmaco, mediante un'adeguata distribuzione dei centri specialistici sul territorio nazionale.

¹¹¹ Il principio è ribadito anche in *Council of Europe Commissioner for Human Rights, Human rights and gender identity and expression*, 2024, 90: «*Trans children's capacity and competence to consent to trans-specific treatment must be evaluated and sought in the same way as it is for other healthcare areas and for other children, keeping in mind the particular importance of gender identity for the development of the child's personality*».

¹¹² Determina AIFA del 25 febbraio 2019. n. 21756.

¹¹³ Comitato Nazionale per la Bioetica (CNB), *In merito alla richiesta di AIFA sulla eticità dell'uso del farmaco triptorelina per il trattamento di adolescenti con disforia di genere*, 13 luglio 2018 in <http://bioetica.governo.it/it>.

Come si vede, l'unica raccomandazione che non è presente anche nelle linee guida scientifiche internazionali (v. §§ 3; 3.1) – e che distingue la disciplina di somministrazione del trattamento di sospensione della pubertà da quella prevista per la terapia ormonale – riguarda l'intervento preventivo di un'equipe multidisciplinare integrata da un esperto di bioetica. Per questo merita qualche considerazione specifica.

Dalla lettura congiunta del parere del CNB e della delibera AIFA, emerge che la funzione dell'equipe è innanzitutto quella di verificare l'effettiva sussistenza dei criteri di inclusione per la somministrazione del trattamento, esprimendo un parere obbligatorio e vincolante, che se negativo impedisce la prescrizione del farmaco a carico del Servizio Sanitario Nazionale.

Tuttavia, i documenti non chiariscono quale debbano essere le caratteristiche di questa *equipe* e quale sia la funzione dell'esperto di bioetica.

Non è chiaro, in particolare, se l'*equipe* debba essere un organo "terzo", del tutto estraneo al *team* assistenziale, incaricato di valutare l'adeguatezza della diagnosi e del percorso clinico prescelto, secondo una prospettiva che richiama il ruolo dei comitati etici per la sperimentazione clinica; oppure se debba essere un organo che si integra con il *team* assistenziale, con la funzione di supporto nell'approfondimento dei casi e nella individuazione delle soluzioni più appropriate, secondo un modello più vicino a quello dei comitati per l'etica clinica o di alcune forme di *clinical ethics support* previste in altri sistemi¹¹⁴.

L'alternativa non è irrilevante perché da questa possono dipendere i criteri per la designazione dei componenti (ad esempio se può esserci o meno parziale coincidenza tra i membri del *team* assistenziale e quelli dell'*equipe* multidisciplinare), le relazioni inter-organiche (*i.e.* se la relazione con il *team* assistenziale vada intesa in termini di indipendenza ovvero di collaborazione) nonché la funzione del parere, che in un caso sarebbe da concepire soltanto come attività di "accertamento e di validazione", nell'altro caso sarebbe da considerare anzitutto in termini di "consulenza".

Ebbene, a parere di chi scrive la soluzione a tali questioni si ricava dai pareri elaborati dal Comitato Nazionale per la Bioetica: il parere sull'uso della triptorelina e i più recenti pareri sulle funzioni dei Comitati etici¹¹⁵.

Da questi documenti emerge, infatti, che lo scopo dell'integrazione della componente etica nella pratica clinica è quello di fornire un «approfondimento [...] sul piano etico-giuridico» utile per analizzare e discutere «la natura dei problemi morali che si possono presentare [...] nelle situazioni più delicate (inizio e fine vita), con i soggetti vulnerabili (es. minori, incapaci, anziani, immigrati) e negli eventi imprevisti (es. *incidental findings*)»¹¹⁶.

In particolare, l'esperto di bioetica non è chiamato a svolgere una valutazione astratta di "eticità" del trattamento, bensì ad approfondire l'analisi del caso, facendo emergere eventuali dubbi morali e allimentando il confronto fra i professionisti coinvolti: l'obiettivo è supportare i medici e i pazienti nella

¹¹⁴ L. HARTMAN, G. INGUAGGIATO, G. WIDDERSHOVEN, A. WENSING-KRUGER AND B. MOLEWIJK, *Theory and practice of integrative clinical ethics support: a joint experience within gender affirmative care*, in *BMC Medical Ethics*, 2020, 21, 79.

¹¹⁵ Comitato Nazionale per la Bioetica, *I Comitati per l'etica nella clinica*, 31 marzo 2017, reperibile all'indirizzo: <https://bioetica.governo.it/it/pareri/pareri-e-risposte/i-co-mitati-per-l-etica-nella-clinica>.

¹¹⁶ Comitato Nazionale per la Bioetica, *I Comitati per l'etica nella clinica*, cit., 18.

individuazione della decisione più adeguata a soddisfare i loro specifici bisogni di benessere psicofisico¹¹⁷.

Tale conclusione trova conferma anche nella giurisprudenza costituzionale secondo la quale gli unici soggetti responsabili, anche sul piano morale, delle scelte terapeutiche sono il paziente e il personale medico¹¹⁸.

La *ratio* della presenza di un esperto di bioetica è, dunque, quella di arricchire il servizio a favore degli adolescenti con incongruenza di genere di un'ulteriore competenza disciplinare, al fine di migliorare l'appropriatezza della presa in carico.

In questa prospettiva, si può considerare che come il confronto con il neuropsichiatra infantile è essenziale in caso di presenza di psicopatologie associate (di cui si deve escludere un'interferenza nel quadro diagnostico e di cui si deve tener conto nel decidere se procedere o meno alla prescrizione del trattamento), analogamente il confronto con l'esperto di bioetica può essere utile quando si tratta di valutare l'effettiva "libertà decisionale" della persona minore e dei genitori, ad esempio in caso di ambienti familiari conflittuali o in contesti sociali escludenti o stigmatizzanti, ovvero in presenza di altre circostanze che potrebbero rendere non perfettamente "libero e consapevole" il consenso prestato.

In tali casi, l'approfondimento del caso in *équipe* potrebbe indurre il *team* assistenziale a suggerire percorsi di assistenza psicologica e psicoterapica dedicata ai genitori, a stimolare il contatto con le Istituzioni responsabili dei vari contesti di vita della persona (scuola, sport, attività ludico-culturali etc.), al fine di proporre l'attivazione di misure che possano assicurare un ambiente più inclusivo. In definitiva la figura dell'esperto di bioetica può contribuire ad individuare gli interventi che, nel singolo

¹¹⁷ Sul ruolo degli esperti di bioetica nei comitati v. M. MONETI, *La figura del filosofo nei comitati etici: riflessioni e domande*, in A.A. V.V., *I filosofi e i Comitati etici*, Firenze, 2007, a giudizio della quale «il filosofo [...] porta una competenza più generale [...] che potremmo definire con termini come "indicatore di complessità" oppure "operatore anti-riduzionistico" nel senso di un'attività di sorveglianza contro la banalizzazione dei problemi o contro l'inerzia di ragionamenti [...] che non rilevano aspetti importanti e non immediatamente visibili del problema di cui si tratta». Inoltre «il filosofo ha una funzione di controllore della correttezza logica e argomentativa, è uno che richiama alla chiarezza, all'esplicitazione di tutto ciò che è implicito ma non detto [...]». In termini analoghi v. M. TORALDO DI FRANZIA, *I filosofi e i Comitati etici (o «Comitati di Bioetica»)*, in *Annali del dipartimento di filosofia*, 12, 2006, Firenze, 252 ss.: «la presenza dei filosofi nei Comitati etici dovrebbe contribuire a problematizzare e approfondire il significato che spesso si dà per scontato, di principi e categorie di rilievo etico e giuridico ormai entrati a far parte del lessico e della deontologia medica». Per considerazioni analoghe, seppur dalla prospettiva del cognitivismo etico, v. L. PALAZZINI, *L'etica nei comitati di bioetica*, in *Justitia*, 1, 1995, 63 ss.

¹¹⁸ Cfr. Corte cost., 26 giugno 2002, n. 282, punto 5 del Considerando in diritto: «la regola di fondo è costituita dall'autonomia del medico che, sempre con il consenso del paziente, opera le scelte professionali basandosi sullo stato delle conoscenze scientifiche a disposizione». Negli stessi termini, sui limiti dell'intervento normativo in ambito medico-scientifico, si vedano le sentenze n. 338 del 2003; n. 151 del 2009, n. 274 del 2014, n. 96 del 2015. La letteratura in materia è vastissima. Senza pretesa di completezza si rinvia a C. CASONATO, *La scienza come parametro interposto di costituzionalità*, in *Rivista AIC*, 2, 2016, 1 ss.; P. VERONESI, *Le cognizioni scientifiche nella giurisprudenza costituzionale*, in *Quaderni costituzionali*, 3, 2009, 591 ss.; S. PENASA, *La "ragionevolezza scientifica" delle leggi nella giurisprudenza costituzionale*, in *Quaderni costituzionali*, 4, 2009, 817 ss.; B. PEZZINI, *Diritto alla salute e dimensione della discrezionalità nella giurisprudenza costituzionale*, in R. BALDUZZI (a cura di), *Cittadinanza, corti e salute*, Padova, 2007, 225 ss.; A. D'ALOIA (a cura di), *Biotecologie e valori costituzionali Il contributo della giustizia costituzionale*, Torino, 2005. Per un'analisi aggiornata si rinvia al focus monografico su *Corti e scienza* contenuto nel fascicolo n. 2/2024 di *BioLaw Journal – Rivista di BioDiritto*.

caso, possano ridurre la sofferenza derivante da fonti di pressione “esterna” (conflitti, situazioni di discriminazione o di stigma sociale etc.) e consentire che la decisione sia presa, dai genitori e dalla persona interessata, in un clima più sereno.

Al riguardo va considerato che l'utilità di un approfondimento dei profili etici è riportato anche dalla letteratura internazionale, dalla quale emerge che la presenza di un consulto etico integrato nella pratica clinica dedicata alle persone con incongruenza di genere si sta facendo sempre più diffusa¹¹⁹.

In ultima analisi, dai dati richiamati sembra potersi ricavare che il compito dell'*équipe* multidisciplinare, prevista dalla determina AIFA del 2019, non è soltanto quella di confermare la diagnosi ai fini della prescrizione del trattamento, ma anche – e ancor prima – quello di supportare i professionisti coinvolti nelle scelte di presa in carico, offrendo, attraverso l'esperto di bioetica, una forma di *clinical ethic support* integrata nella pratica clinica. Pertanto, sul piano organizzativo e strutturale, il ruolo dell'*équipe* dovrebbe essere configurato in termini di integrazione e di collaborazione con il *team* assistenziale.

5. Le criticità che riducono la fruizione dei servizi sul territorio nazionale

Dopo aver illustrato le caratteristiche dei servizi in esame, pare utile evidenziare alcune criticità che nel nostro sistema possono pregiudicare l'effettiva erogazione.

In primo luogo va segnalato che, come emerge dalla mappa contenuta nel portate dell'Istituto superiore di sanità, la realtà è molto frammentata a livello di distribuzione dei centri specializzati sul territorio¹²⁰.

Inoltre, alcuni studi dimostrano che la ricerca e la formazione universitaria e post-universitaria del personale sanitario in tema di identità di genere è ancora molto limitata¹²¹.

A ciò va aggiunto, infine, che l'integrazione fra servizi sanitari e le istituzioni responsabili degli altri contesti di vita della persona minore non è definita in via generale (mediante protocolli di intesa o accordi), ma è rimessa alla volontà e responsabilità del personale sanitario impegnato nella presa in carico. Ciò comporta maggiori oneri per i professionisti direttamente coinvolti, una possibile disparità di trattamento per le persone interessate e l'inadeguata percezione (soprattutto da parte delle istituzioni scolastiche) dell'importanza della sinergia e dell'integrazione fra i vari servizi per garantire ai minori con incongruenza di genere un percorso di vita volto al benessere.

Come si vede, le raccomandazioni contenute nel parere del Comitato Nazionale per la Bioetica del 2018 relative all'equità nell'accesso al trattamento e all'opportunità di creare una rete integrata di servizi sono state, fino a questo momento, del tutto disattese.

6. Note conclusive

¹¹⁹ S. L. FELDMAN¹, L. R. SANKARY, G. MORLEY, H. MABEL, *Clinical Ethics Support for Gender-Affirming Care Teams: Reflections from a Scoping Review*, in *Current Obstetrics and Gynecology Reports*, 11, 2022, 55-65; L. HARTMAN, G. INGUAGGIATO, G. WIDDERSHOVEN, A. WENSING-KRUGER, B. MOLEWIJK, *Theory and practice of integrative clinical ethics support: a joint experience within gender affirmative care*. Hartman et al. *BMC Medical Ethics*, 21, 2020, 79.

¹²⁰ <https://www.infotrans.it>.

¹²¹ Sul punto v. M. PIERDOMINICI, M. MARCONI, M. T. PAGANO, P. MATARRESE, *La ricerca pubblica attenta alle identità di genere*, in *GenIUS*, 2, 2020, 114 ss.

L'analisi svolta ha inteso descrivere le caratteristiche che devono presentare i servizi dedicati alla tutela dell'identità di genere in infanzia e in età evolutiva secondo le linee-guida scientifiche internazionali, la letteratura medica e la normativa interna, letta alla luce della giurisprudenza costituzionale e dei pareri del Comitato Nazionale per la Bioetica.

Come messo in evidenza, si tratta di attività che garantiscono l'effettivo esercizio dei diritti all'autodeterminazione e alla salute delle persone minori con incongruenza di genere e che possono essere determinanti anche per il godimento di altri diritti fondamentali (all'istruzione, allo sport) e, in definitiva, per il pieno sviluppo della loro personalità¹²².

Per queste ragioni, in un momento in cui le istituzioni sanitarie nazionali mostrano l'intenzione di approfondire la materia¹²³, pare necessario sottolineare l'importanza di continuare ad investire in questo ambito della medicina di genere nonché di intervenire per superare le criticità esistenti, affinché i servizi siano organizzati adeguatamente e implementati equamente su tutto il territorio nazionale e affinché a questi temi sia prestata sempre maggiore attenzione nella ricerca, nell'attività di formazione universitaria e nell'attività di aggiornamento del personale delle aziende sanitarie e delle Istituzioni scolastiche.

La competenza del personale, la previsione di percorsi individualizzati e di servizi pubblici specializzati e integrati sono elementi fondamentali, non solo per fornire un'assistenza di alta qualità a coloro che la richiedano ma, più in generale, per favorire un contesto sociale che assicuri tolleranza, attenzione e rispetto per le differenze, a garanzia delle giovani persone transgender e delle loro famiglie.

¹²² V. *Council of Europe Commissioner for Human Rights, Human rights and gender identity and expression*, March 2024.

¹²³ Il riferimento è al decreto del 29 aprile 2024, adottato di concerto tra il Ministro della Salute e il Ministro per la famiglia, la natalità e le pari opportunità, che ha istituito un tavolo tecnico di approfondimento della disforia di genere, disponibile a questo indirizzo: <https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato1715771550.pdf>.