

## **I bloccanti della pubertà nella terapia della disforia di genere: Una prospettiva critica**

**Ilaria Baiardini**, Università di Genova, DiMI, [ilaria.baiardini@libero.it](mailto:ilaria.baiardini@libero.it)

**Giancarlo Dimaggio**, Centro di Terapia Metacognitiva Interpersonale, Roma, [gdimaje@gmail.com](mailto:gdimaje@gmail.com)

**Marco Del Giudice**, Università di Trieste, [marco.delgiudice@units.it](mailto:marco.delgiudice@units.it)

**In: Cavallo, F. (A cura di) (2025), *Manuale di sessuologia clinica*. Carocci.**

La disforia di genere è un tema spinoso, attraversato da forti tensioni ideologiche, e troppo spesso difficile da discutere apertamente. Nel sostanziale vuoto di dibattito che ha marcato i decenni passati, si è diffuso ed è stato istituzionalizzato un approccio che si sta però rivelando privo di solide fondamenta scientifiche—e, di conseguenza, sta venendo messo sempre più in discussione sia in Italia che all'estero (Cass, 2024; Del Giudice, 2024; Lambruschi, 2024). Secondo l'approccio *affermativo* che ha dominato la scena fino ad oggi, l'incongruenza tra il proprio sesso biologico e il genere percepito portata dai giovani pazienti non doveva essere messa in questione, ma andava invece iniziato quanto prima un percorso per adattare prima il nome e la presentazione sociale, e successivamente il corpo, al genere percepito/desiderato. Nonostante i livelli altissimi di comorbidità e disagio psicologico osservati in questi pazienti, i clinici venivano invitati a focalizzarsi in modo prioritario sulla necessità di promuovere il percorso medico di affermazione, pena accuse di “transfobia” o di praticare “terapie di conversione”.

Uno degli elementi cardine dell'approccio affermativo è l'utilizzo dei bloccanti della pubertà, gli analoghi dell'ormone di rilascio delle gonadotropine (*gonadotropin-releasing hormone agonists*, GnRHa) come la triptorelina, che vengono usati anche nel trattamento della pubertà precoce, dell'endometriosi e di alcuni tipi di tumori. Questo è anche l'aspetto su cui, vista la giovane età dei pazienti e il modo in cui questo intervento va a incidere sul normale percorso di sviluppo, si sono concentrate le maggiori polemiche a livello sia scientifico che politico e mediatico. In questo breve contributo intendiamo inquadrare criticamente il tema dei bloccanti della pubertà, principalmente dal punto di vista storico e scientifico ma concludendo con alcune brevi riflessioni di ordine clinico. Nell'ottica di un faticoso recupero del “buon senso clinico” sul tema della disforia di genere (Lambruschi, 2024), riteniamo sia necessario riconoscere le radici e le criticità del percorso che è stato seguito, come premessa per porsi domande cruciali (ad esempio rispetto alla presa in carico e al trattamento) ma anche come presa di coscienza, per evitare il ripetersi di dinamiche simili in futuro.

### **La nascita del protocollo olandese**

L'uso dei GnRHa per bloccare la pubertà negli adolescenti con disforia di genere inizia, in forma altamente sperimentale, in Olanda a metà degli anni '90. Il gruppo è guidato da Peggy Cohen-Kettenis, che ha fondato e diretto la prima clinica europea specializzata in quest'ambito. Il razionale clinico che viene presentato per questo intervento è duplice. Innanzitutto, prevenire lo sviluppo dei

caratteri sessuali secondari porta a migliori risultati estetici in chi prosegue la transizione e minori rischi di *regret* post-operatorio. Inoltre, il blocco della pubertà (in quanto fisiologicamente reversibile) offre un'opportunità di esplorazione clinica e un'estensione nel tempo della fase diagnostica, liberata dall'urgenza data dai cambiamenti fisici imminenti (Cohen-Kettenis & van Goozen, 1998). I primi dati raccolti da questo gruppo sembravano mostrare anche un miglioramento nel funzionamento psicologico, oltre ad una maggiore facilità nel “passare” nel ruolo di genere desiderato (Cohen-Kettenis & van Goozen, 1997).

Il “protocollo olandese”, che prevede l'inizio dei blocchi della pubertà a partire dallo stadio 2 di Tanner per ragazzi/e che abbiano raggiunto almeno i 12 anni, seguiti da ormoni cross-sex dall'età di 16 anni ed eventualmente interventi chirurgici con la maggiore età, viene codificato nel 2006 (Delemarre-van de Waal & Cohen-Kettenis, 2006), ma ha iniziato da subito a suscitare entusiasmo nei clinici dell'identità di genere. È interessante notare come in questo periodo la narrativa del “prendere tempo per decidere” riceva sempre più enfasi, proprio mentre i dati mostrano che, all'atto pratico, *nessuno* dei pazienti trattati con i blocchi ha deciso di interrompere il percorso di transizione (Delemarre-van de Waal & Cohen-Kettenis, 2006).

### **Diffusione e consacrazione del protocollo**

Nel giro di pochi anni, il protocollo olandese (e le sue varianti, perché l'applicazione non è stata uniforme nei vari paesi e nelle varie strutture) è uscito dai confini della sperimentazione per diventare una pratica standard nelle cliniche per l'identità di genere, ed essere assorbito nelle linee guida delle società scientifiche (ad es. Hembree et al., 2009). Negli Stati Uniti, ad esempio, i blocchi per la disforia di genere non sono stati usati fino al 2009, ma tra il 2010 e il 2016 si contano 92 pazienti trattati (Lopez et al., 2018). È di questo periodo l'enorme successo del docu-reality *I Am Jazz*, centrato sul percorso di transizione di Jazz Jennings. Jazz è un adolescente (maschio biologico) disforico fin dai primi ai di vita, che nel 2011 inizia il trattamento con i blocchi, per poi proseguire con ormoni cross-sex e interventi chirurgici. Nel 2014 firma anche un libro per bambini dallo stesso titolo, che verrà pubblicizzato e adottato in moltissime scuole americane.

Questo intreccio tra medicina e media si ripropone in molti dei paesi che hanno adottato con più entusiasmo l'approccio affermativo e l'uso dei blocchi. A questo si aggiungono le associazioni di genitori e attivisti, come *Mermaids* nel Regno Unito, che in molti casi hanno avuto un ruolo cruciale nello spingere l'establishment medico all'adozione delle nuove pratiche. Sempre nel Regno Unito, sotto la guida di Polly Carmichael, l'approccio inizialmente cauto della clinica Tavistock di Londra lascia il posto all'introduzione dei blocchi nel 2011, inizialmente all'interno di uno studio sperimentale modellato su quello del gruppo olandese. Ma l'urgenza è tale che, a studio ancora in corso, i blocchi entrano presto a far parte del protocollo di routine, aperto agli adolescenti arrivati allo stadio Tanner 2 senza ulteriori limiti di età (Biggs, 2019).

Oltrepassata la metà della decade 2010, il protocollo olandese è ormai diffuso a livello internazionale e riconosciuto come intervento standard per la medicina transgender. È da notare che la sua validità si regge principalmente su due studi longitudinali, condotti ad Amsterdam su una coorte di 70 adolescenti e considerati il “gold standard” in questo campo (de Vries et al., 2011, 2014). Gli autori di questi studi avevano osservato un miglioramento dei sintomi depressivi e del funzionamento psicologico, oltre che una sostanziale risoluzione della disforia di genere. È in questo periodo che la narrativa sui blocchi della pubertà, anche a livello mediatico, si sposta dai benefici principalmente estetici con cui era stata introdotta a quelli più strettamente terapeutici, nel senso di un intervento capace di alleviare la disforia e risolvere, almeno in parte, il disagio psicologico dei giovani pazienti. Specularmente, sulla scorta dei dati raccolti da associazioni attiviste (ad es. James et al., 2016), si fa strada l'idea che i giovani transgender siano ad altissimo

rischio di suicidio, con tassi fino al 40%, e che i bloccanti si qualifichino non solo come terapia efficace del disagio ma come veri e propri “farmaci salvavita”.

La consacrazione del protocollo olandese, che alle soglie del 2020 sembra pressoché completa, è segnata da una profonda e amara ironia. Infatti è proprio in questo momento che le evidenze (reali o presunte) su cui si basa questo approccio iniziano a mostrare delle crepe, per poi crollare sotto il peso delle critiche, che si fanno sempre più diffuse e insistenti.

## Il protocollo entra in crisi

Nei dieci anni tra il 2010 e il 2020, il numero di adolescenti diagnosticati con disforia di genere (soprattutto tra le femmine biologiche) è cresciuto a dismisura in molti paesi, sollevando il sospetto che l'approccio affermativo possa essere sfuggito di mano creando una specie di “epidemia” per mano di clinici ben intenzionati (ad es. Littman, 2018). Le cliniche per l'identità di genere iniziano ad affrontare i primi scandali di alto profilo, come il caso di Keira Bell nel Regno Unito, che porterà all'istituzione della Cass Review (Cass, 2024) e alla chiusura della clinica di genere della Tavistock (Barnes, 2023). Sempre l'operato delle cliniche viene messo in dubbio da documentari come *Trans Kids: It's Time to Talk*, uscito nel 2018 nel Regno Unito, o lo svedese *The Trans Train* del 2019 (entrambi disponibili sul sito <https://genspect.org>).

Dal lato scientifico, i critici iniziano ad esaminare da vicino i risultati degli studi olandesi di de Vries et al. (2011, 2014); diventa chiaro che, lungi dal rappresentare un vero “gold standard”, questi studi sono pieni di gravi problemi (Abbruzzese et al., 2023; Biggs, 2023). Ad esempio il tasso molto alto di perdita di soggetti, con conseguenti *bias* di selezione, per cui dei 70 iniziali terminano lo studio in 55 e solo 32 con misure per gli outcome primari; il fatto che diversi partecipanti usciti dallo studio abbiano subito eventi avversi nella transizione e uno sia addirittura deceduto; e ulteriori bias di selezione nel reclutamento, avvenuto in modo non casuale con criteri che tendevano a selezionare i partecipanti con migliori probabilità di riuscita. Inoltre, si scopre che la scala per misurare la disforia è stata usata in modo che la rende non interpretabile (cambiando il sesso di riferimento prima e dopo la transizione, così che ad esempio veniva chiesto a dei maschi biologici se erano resi disforici dalle mestruazioni). Questo problema di misura invalida completamente la conclusione principale dello studio riguardo alla risoluzione della disforia di genere; e c'è da considerare che la popolazione di adolescenti che si riversa nelle cliniche dopo il 2010 appare profondamente diversa (e potenzialmente più problematica) di quella dei classici studi olandesi.

Come se non bastasse, dopo anni di pressioni legali e mediatiche viene finalmente pubblicato l'unico studio che ha tentato di replicare in modo preciso gli studi olandesi. Si tratta dello studio londinese di Carmichael e colleghi (2021), i cui risultati non mostrano nessun miglioramento nel benessere psicologico (Biggs, 2023), ma rilevano alcuni problemi nell'accrescimento osseo. Questi dati gettano ulteriori dubbi sulla validità e generalizzabilità del protocollo, che però nel frattempo è diventato lo standard di cura in moltissimi paesi.

Vista la mancanza di associazione con la salute mentale, cosa rimane dell'idea che il blocco della pubertà sia un trattamento salvavita contro il suicidio, come ripetuto acriticamente perfino nel 2024 in una celebre lettera firmata da 12 società medico-scientifiche italiane?<sup>1</sup> Tutto il discorso si regge su un singolo studio retrospettivo di Turban e colleghi (2020). Si tratta di un'indagine online condotta su circa ventimila adulti transgender, in cui i circa 3.500 partecipanti che affermano di aver desiderato i bloccanti (ma di non averli ricevuti) vengono confrontati con un esiguo gruppo di 89 partecipanti che affermano di averli ricevuti. Questi ultimi riportano il 20% circa in meno di ideazione suicidaria (differenza significativa) e di tentativi di suicidio (differenza *non* significativa). Anche prendendo per buoni questi risultati, la riduzione del rischio sarebbe piuttosto modesta,

<sup>1</sup> [https://www.quotidianosanita.it/scienza-e-farmaci/articolo.php?articolo\\_id=119868](https://www.quotidianosanita.it/scienza-e-farmaci/articolo.php?articolo_id=119868)

molto lontana dall'interpretazione errata (proposta ad esempio nella lettera delle società scientifiche) secondo cui il rischio si abbatterebbe del 70%. Purtroppo, i risultati dello studio non possono essere interpretati in senso causale come un *effetto* dei bloccanti, perché i due gruppi molto probabilmente erano diversi in partenza (i pazienti con problemi psichiatrici più gravi tendono a essere esclusi dal trattamento con i bloccanti) e i dati non permettono nessun aggiustamento per questi fattori confondenti. Inoltre, più della metà dei partecipanti sembra aver interpretato in modo errato la domanda sui bloccanti (confondendoli con gli ormoni cross-sex), il che aumenta l'incertezza già notevole sul significato dei risultati (Biggs, 2020).

Più a monte, bisognerebbe sottolineare come il rischio di suicidio negli adolescenti transgender sia certamente elevato rispetto alla popolazione generale (un fatto spiegato non tanto dalla disforia di genere in quanto tale ma dalle molte comorbidità psichiatriche associate; ad es. Lambruschi, 2024; Trivedi et al., 2024), ma meno di quanto viene fatto intendere nelle comunicazioni pubbliche che riportano spesso cifre intorno al 40%. Questo dato infatti si riferisce all'*ideazione* suicidaria, che è molto comune ma raramente si traduce in un tentativo concreto di suicidio. La frequenza dei *tentativi* di suicidio di solito oscilla tra il 10% e il 30% (ad es. Del Giudice, 2024), e si tratta di stime per eccesso perché i self-report tendono ad esagerare il numero di tentativi (Lungu et al., 2018; Millner et al., 2015). Il rischio di *morte* per suicidio rimane per fortuna basso anche in questa popolazione, tipicamente sotto l'1% (Biggs, 2022; Van Cauwenberg et al., 2021; Ruuska et al., 2024).

Gli ultimi due tasselli ad entrare in crisi sono l'idea che il blocco della pubertà sia un intervento pienamente reversibile, e quella che offre agli adolescenti un tempo prolungato di riflessione e decisione. Sulla reversibilità, emergono dubbi importanti rispetto all'impatto sulla maturazione cognitiva e neuropsicologica, che è influenzata in modo importante dagli ormoni sessuali durante la pubertà. La prima e unica revisione della letteratura evidenzia come non sia disponibile nessun dato sistematico sugli esseri umani, mentre i dati su altri mammiferi suggeriscono l'esistenza di effetti complessi e non completamente reversibili (Baxendale, 2024). Mentre la tanto sbandierata reversibilità a livello neuro-cognitivo si rivela basata su un vuoto di dati e quindi su una sostanziale incertezza, i dati sul percorso clinico dopo i bloccanti dipingono invece un quadro sempre più chiaro e coerente. Come era già possibile constatare nei primi risultati olandesi, gli studi mostrano che chi inizia i bloccanti prosegue quasi inevitabilmente con gli ormoni cross-sex (e potenzialmente con successivi interventi chirurgici). Le percentuali di prosecuzione sono quasi sempre sopra il 90% e spesso raggiungono il 100% o quasi dei ragazzi (Brik et al. 2020; Butler et al. 2018; Carmichael et al. 2021; van der Loos et al. 2023; Wiepjes et al. 2018). I dati provenienti dalle cliniche sono talmente concordi che i sostenitori dell'approccio affermativo iniziano a riconoscere apertamente, almeno nelle pubblicazioni scientifiche, che il blocco della pubertà non rappresenta una pausa temporanea ma piuttosto un primo passo decisivo sulla strada della transizione (Fisher et al., 2023; Ristori e Fisher, 2023).

In definitiva, l'unica tra le motivazioni originarie del protocollo olandese che rimane in piedi è quella estetica—bloccare lo sviluppo dei caratteri secondari permette risultati più credibili nei successivi trattamenti ormonali e chirurgici (anche se può interferire con la futura funzionalità sessuale). A livello mediatico, la crisi del protocollo olandese viene sancita “in patria” da un documentario di denuncia olandese del 2023, intitolato proprio *The Transgender Protocol*.

### A che punto siamo oggi?

Da un punto di vista scientifico, ad oggi disponiamo di diverse revisioni sistematiche della letteratura, che—pur con prospettive diverse—concordano tutte nella stessa valutazione di base: le evidenze sull'efficacia dei bloccanti sono deboli, incerte, per lo più basate su studi a forte rischio di bias e senza follow-up a lungo termine (Bragge et al. 2024, Taylor et al., 2024; Thompson et al. 2023, Zepf et al. 2024). Non è possibile sostenere con alcun grado di certezza che il blocco della pubertà risolva la disforia di genere, porti a migliori esiti di salute mentale a lungo termine, o riduca

in modo sensibile il rischio di suicidio. Rimangono anche dubbi riguardo agli effetti sullo sviluppo cognitivo, sul rischio cardio-metabolico e sulla fertilità. La sostanziale incertezza rispetto ai costi e benefici dei bloccanti, che si estende in larga misura anche agli altri interventi affermativi, è stata discussa in modo dettagliato nella *Cass review*, una revisione indipendente commissionata dal Servizio Sanitario Nazionale (NHS) del Regno Unito e guidata dalla pediatra Hilary Cass (Cass, 2024).

Mentre fino a poco fa le associazioni medico-scientifiche italiane si schieravano in modo monolitico dietro a slogan senza fondamento su efficacia, reversibilità e esiti “salvavita”, iniziano adesso i primi ripensamenti istituzionali. A fine 2024, l’Associazione Italiana di Psicologia (AIP) rilascia un documento in cui si riassumono le posizioni pro e contro l’uso dei bloccanti, si esaminano le principali questioni etiche, e si conclude raccomandando studi adeguati di follow-up e l’istituzione di un registro a livello nazionale (AIP, 2024). Pochi giorni dopo, il Comitato Nazionale di Bioetica pubblica una revisione del suo parere sull’uso di triptorelina nella disforia di genere (CNB, 2024). Mentre nel 2018 il CNB aveva dato parere positivo pur riconoscendo alcuni elementi di incertezza nella letteratura, il parere del 2024 sottolinea nettamente l’insufficienza e inadeguatezza dei dati scientifici disponibili. Di conseguenza, il CNB auspica l’istituzione di studi indipendenti e metodologicamente robusti, capaci di risolvere in modo dirimente la questione (oltre alla creazione di un registro nazionale).

### Riflessioni cliniche

Nello svolgersi di questo percorso storico, in cui alla “fuga in avanti” del protocollo olandese è seguito un progressivo ripensamento scientifico e istituzionale, gli psicoterapeuti si sono trovati in condizioni difficili. Ricordiamo che chi esprime incongruenza di genere ha tassi di comorbilità molto elevati: parliamo di depressione, ansia, disturbi post-traumatici, autismo, ADHD, disturbi alimentari e di personalità (Del Giudice, 2024; Lambruschi, 2024). Il clinico che valuta questi minori si trova di fronte persone che spesso manifestano alti livelli di psicopatologia e hanno bisogno di tempo e di una valutazione attenta di tutti questi aspetti, per decidere le priorità di intervento e quale trattamento adottare.

Tutto questo è stato reso di fatto impossibile dai sostenitori dell’approccio affermativo, un approccio che impone di affrontare prima di tutto l’incongruenza di genere secondo le proprie linee. Eppure non esistono prove che portare il minore ad affermare la propria identità di genere debba essere l’elemento centrale del trattamento, né che se tale passaggio viene favorito questo porti a miglioramenti nelle altre aree. Perché quindi il clinico dovrebbe adeguarsi all’approccio affermativo, incoraggiando ad esempio la somministrazione dei blocanti della pubertà, mentre altri aspetti di psicopatologia scorrono inosservati o non adeguatamente affrontati perché la mente del minore è focalizzata in modo esclusivo sulla prospettiva futura della transizione? Che cosa succede se per esempio ci sono aspetti gravi di disturbo post-traumatico da stress, autolesionismo, o anoressia sottopeso? Il terapeuta non può permettersi di ignorarli.

Il caso delle tendenze suicidarie è paradossale. L’approccio affermativo sostiene di poter ridurre il rischio di suicidio, ma gli studi hanno smentito o largamente ridimensionato quest’idea. Inoltre non è per niente scontato, laddove emergesse grazie a studi rigorosi una riduzione nel numero delle morti, affermare che il fattore curativo siano i farmaci e non altri elementi della cura, come per esempio l’effetto aspecifico di avere un’équipe dedicata; o la presenza di un lavoro psicoterapeutico parallelo, non collegato all’approccio affermativo, che ha ridotto le tendenze suicidarie o che magari ha aiutato a risolvere altri problemi a loro sottostanti. In aggiunta, le linee guida riguardo al rischio di suicidio prescrivono che se questo è presente, il clinico debba dargli priorità sia nella valutazione che nel contratto terapeutico. In questo senso, l’approccio affermativo rischia di togliere priorità ad aspetti della presa in carico che richiederebbero una maggiore urgenza. Una vera attenzione a questo problema avrebbe dovuto portare a sottolineare una diversa criticità, cioè che ad

oggi non esistono ancora linee guida condivise internazionalmente per il trattamento delle tendenze suicide nei minori in generale (Westers & Plener, 2020)! Questo ci sembra un problema che andrebbe affrontato e risolto prima di cercare soluzioni miracolose nei trattamenti ormonali.

Nello specifico dei bloccanti, la preoccupazione che sospendere la pubertà non dia tempo agli adolescenti ma piuttosto lo *tolga*, lasciandoli in balia dell'indeterminatezza corporea e identitaria (Lambruschi, 2024), si è rivelata quanto mai fondata alla luce della ricerca degli ultimi anni. Appare evidente che tacciare un atteggiamento cauto ed esplorativo da parte degli psicoterapeuti come un esercizio di “terapia di conversione” sia del tutto falso e fuorviante. In conclusione, riteniamo che la psicoterapia non debba essere marginalizzata da un approccio medicalizzante e tutto focalizzato sul corpo, ma che vada finalmente rimessa al centro dell’approccio clinico alla disforia di genere (si veda anche Lambiase, 2024; Lambruschi, 2024). Per uscire dall’impasse in cui ci troviamo, è necessario recuperare valori terapeutici basilari quali la sospensione dell’azione, il pensare al posto dell’agire impulsivo, e la promozione dell’autoriflessività e della conoscenza di sé. Non da ultimo, bisogna recuperare il rispetto autentico per l’evidenza scientifica, che non può essere ridotta a slogan per mettere a tacere i critici, ma deve rimanere alla guida dell’agire clinico anche quando mette in evidenza dubbi, limiti e scomode incertezze.

## Bibliografia

- Abbruzzese, E., Levine, S.B., Mason, J.W. (2023). The Myth of «Reliable Research» in Pediatric Gender Medicine: A critical evaluation of the Dutch Studies – and research that has followed. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 49, 673–699.  
<https://doi.org/10.1080/0092623X.2022.2150346>
- AIP (2024). *Sulla sospensione farmacologica dello sviluppo puberale: documento della Associazione Italiana di Psicologia*. <https://aipass.org/approvato-il-documento-aip-sulla-sospensione-farmacologica-dello-sviluppo-puberale/>
- Barnes, H. (2023). *Time to Think: The Inside Story of the Collapse of the Tavistock's Gender Service for Children*. Swift Press.
- Baxendale, S. (2024). The impact of suppressing puberty on neuropsychological function: a review. *Acta Paediatrica*, 113, 1156-1167.
- Biggs, M. (2019). Britain’s experiment with puberty blockers. In M. Moore & H. Brunskell-Evans (Eds.), *Inventing Transgender Children and Young People* (pp. 40–55). UK: Cambridge Scholars Publishing.
- Biggs, M. (2020). Puberty blockers and suicidality in adolescents suffering from gender dysphoria. *Archives of Sexual Behavior*, 49, 2227-2229. doi: 10.1007/s10508-020-01743-6
- Biggs, M. (2022). Suicide by Clinic-Referred Transgender Adolescents in the United Kingdom. *Archives of Sexual Behavior*, 51, 685–690. <https://doi.org/10.1007/s10508-022-02287-7>
- Biggs, M. (2023). The Dutch Protocol for Juvenile Transsexuals: Origins and Evidence. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 49, 348–368. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2022.2121238>
- Bragge, P., Cong-Lem, N., Delafosse, V., Goldberg, E., Temple-Smith, M., & Sanci, L. (2024). *Evidence Check: Evidence for effective interventions for children and young people with gender dysphoria—update. An Evidence Check rapid review brokered by the Sax Institute (www.saxinstitute.org.au) for the NSW Ministry of Health*. doi: 10.57022/wgxc6524
- Brik, T., Vrouenraets, L. J., de Vries, M. C., & Hannema, S. E. (2020). Trajectories of adolescents treated with gonadotropin-releasing hormone analogues for gender dysphoria. *Archives of Sexual Behavior*, 49, 2611-2618. <https://doi.org/10.1007/s10508-020-01660-8>

Butler, G., De Graaf, N., Wren, B., & Carmichael, P. (2018). Assessment and support of children and adolescents with gender dysphoria. *Archives of Disease in Childhood*, 103, 631-636. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2018-314992>

Carmichael, P., Butler, G., Masic, U., Cole, T. J., De Stavola, B. L., Davidson, S., Skageberg, E. M., Khadr, S., & Viner, R. (2021). Short-term outcomes of pubertal suppression in a selected cohort of 12 to 15 year old young people with persistent gender dysphoria in the UK. *PLoS ONE*, 16, e0243894. 10.1371/journal.pone.0243894

Cass, H. (2024). *Independent Review of Gender Identity Services for Children and Young People*. <https://cass.independent-review.uk/>

CNB (2024). *Risposta al quesito del Ministero della Salute sull'utilizzo della triptorelina nel caso di diagnosi di "disforia di genere".* <https://bioetica.governo.it/it/comunicazione/comunicati-stampa/2024/comunicato-stampa-n-62024-del-16-dicembre-2024-risposta-quesito-min-salute-sullutilizzo-della-triptorelina-nel-caso-di-diagnosi-di-disforia-di-genere/>

Cohen-Kettenis, P. T., & van Goozen, S. H. M. (1997). Sex reassignment of adolescent transsexuals: A follow-up study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 263–271. doi:10.1097/00004583-199702000-00017

Cohen-Kettenis, P. T., & van Goozen, S. H. M. (1998). Pubertal delay as an aid in diagnosis and treatment of a transsexual adolescent. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 7, 246–248. doi:10.1007/s007870050073

Del Giudice, M. (2024). *Memoria scritta per l'audizione del 4/4/2024 sulla disforia di genere.* <https://documenti.camera.it/leg19/documentiAcquisiti/COM12/Audizioni/leg19.com12.Audizioni.Memoria.PUBBLICO.ideGes.34658.04-04-2024-13-45-58.653.pdf>

Delemarre-Van De Waal, H. A., & Cohen-Kettenis, P. T. (2006). Clinical management of gender identity disorder in adolescents: A protocol on psychological and paediatric endocrinology aspects. *European Journal of Endocrinology*, 155, S131-S137.

de Vries, A. L. C., Steensma, T. D., Doreleijers, T. A. H., & Cohen-Kettenis, P. T. (2011). Puberty suppression in adolescents with gender identity disorder: A prospective follow-up study. *Journal of Sexual Medicine*, 8, 2276–2283. doi:10.1111/j.1743-6109.2010.01943.x

de Vries, A. L. C., McGuire, J. K., Steensma, T. D., Wagenaar, E. C. F., Doreleijers, T. A. H., & Cohen-Kettenis, P. T. (2014). Young adult psychological outcome after puberty suppression and gender reassignment. *Pediatrics*, 134, 696–704. doi:10.1542/peds.2013-2958

Fisher, A. D., Ristori, J., Romani, A., Cassioli, E., Mazzoli, F., Cocchetti, C., ... & Castellini, G. (2024). Back to the future: is GnRHa treatment in transgender and gender diverse adolescents only an extended evaluation phase? *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 109, 1565-1579. <https://doi.org/10.1210/clinem/dgad729>

Hembree, W. C., Cohen-Kettenis, P., Delemarre-Van De Waal, H. A., Gooren, L. J., Meyer III, W. J., Spack, N. P., ... & Montori, V. M. (2009). Endocrine treatment of transsexual persons: An Endocrine Society clinical practice guideline. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 94, 3132-3154.

James, S. E., Herman, J. L., Rankin, S., Keisling, M., Mottet, L., & Anafi, M. (2016). *The Report of the 2015 U.S. Transgender Survey*. Washington, DC: National Center for Transgender Equality.

Lambiase, E. (2024). *Rimettere la psicoterapia nel e al centro del processo terapeutico per la disforia di genere.*

<https://documenti.camera.it/leg19/documentiAcquisiti/COM12/Audizioni/leg19.com12.Audizioni.Memoria.PUBBLICO.ideGes.34658.04-04-2024-13-45-58.628.pdf>

Lambruschi, F. (2024). L'approccio clinico alla disforia di genere in età evolutiva. Il recupero del buon senso clinico e della ricerca non ideologica. *Psicologia Clinica dello Sviluppo*, 28, 265-278.

Littman, L. (2018). Parent reports of adolescents and young adults perceived to show signs of a rapid onset of gender dysphoria. *PLoS ONE*, 13, e0202330.  
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0202330>

Lopez, C. M., Solomon, D., Boulware, S. D., & Christison-Lagay, E. R. (2018). Trends in the use of puberty blockers among transgender children in the United States. *Journal of Pediatric Endocrinology and Metabolism*, 31, 665–670. doi:10.1515/jpem-2018-0048

Lungu, A., Wilks, C. R., Coyle, T. N., & Linehan, M. M. (2019). Assessing suicidal and nonsuicidal self-injury via in-depth interview or self-report: Balancing assessment effort and results. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 49, 1347-1359.  
<https://doi.org/10.1111/sltb.12526>

Millner, A. J., Lee, M. D., & Nock, M. K. (2015). Single-item measurement of suicidal behaviors: Validity and consequences of misclassification. *PLoS ONE*, 10, e0141606.  
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0141606>

Ristori, J., & Fisher, A. D. (2023). Gender-affirming clinical care pathway for adolescents. *Journal of Sexual Medicine*, 20, 1266-1267. <https://doi.org/10.1093/jsxmed/qdad107>

Ruuska, S. M., Tuisku, K., Holttilin, T., & Kaltiala, R. (2024). All-cause and suicide mortalities among adolescents and young adults who contacted specialised gender identity services in Finland in 1996–2019: a register study. *BMJ Mental Health*, 27.  
<https://doi.org/10.1136/bmjjment-2023-300940>

Taylor, J., Mitchell, A., Hall, R., Heathcote, C., Langton, T., Fraser, L., & Hewitt, C. E. (2024). Interventions to suppress puberty in adolescents experiencing gender dysphoria or incongruence: a systematic review. *Archives of Disease in Childhood*, 109, s33-s47.

Thompson, L., Sarovic, D., Wilson, P., Irwin, L., Visnitchi, D., Sämfjord, A., & Gillberg, C. (2023). A PRISMA systematic review of adolescent gender dysphoria literature: 3) treatment. *PLOS Global Public Health*, 3(8), e0001478.  
<https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0001478>

Trivedi, C., Rizvi, A., Mansuri, Z., & Jain, S. (2024). Mental health outcomes and suicidality in hospitalized transgender adolescents: A propensity score-matched Cross-sectional analysis of the National inpatient sample 2016–2018. *Journal of Psychiatric Research*, 172, 345-350.  
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2024.02.043>

Turban, J.L., King, D., Carswell, J.M., & Keuroghlian, A.S. (2020). Pubertal suppression for transgender youth and risk of suicidal ideation. *Pediatrics*, 145, e20191725.  
<https://doi.org/10.1542/peds.2019-1725>

Van Cauwenberg, G., Dhondt, K., & Motmans, J. (2021). Ten years of experience in counseling gender diverse youth in Flanders, Belgium: A clinical overview. *International Journal of Impotence Research*, 33, 671–678. <https://doi.org/10.1038/s41443-021-00441-8>

van der Loos, M. A. T. C., Hannema, S. E., Klink, D. T., den Heijer, M., & Wiepjes, C. M. (2023). Continuation of gender-affirming hormones in transgender people starting puberty

suppression in adolescence: a cohort study in the Netherlands. *The Lancet Child & Adolescent Health*, 6, 869-875. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(22\)00254-1](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(22)00254-1)

Westers, N. J., & Plener, P. L. (2020). Managing risk and self-harm: Keeping young people safe. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 25, 610-624.  
<https://doi.org/10.1177/1359104519895064>

Wiepjes, C. M., Nota, N. M., de Blok, C. J., Klaver, M., de Vries, A. L., Wensing-Kruger, S. A., ... & den Heijer, M. (2018). The Amsterdam cohort of gender dysphoria study (1972–2015): trends in prevalence, treatment, and regrets. *Journal of Sexual Medicine*, 15, 582-590.  
<https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2018.01.016>

Zepf, F.D., König, L., Kaiser, A., Ligges, C., Ligges, M., Roessner, V., Banaschewski, T., & Holtmann, M. (2024). Beyond NICE: Aktualisierte systematische Übersicht zur Evidenzlage der Pubertätsblockade und Hormongabe bei Minderjährigen mit Geschlechtsdysphorie [Beyond NICE: Updated Systematic Review on the Current Evidence of Using Puberty Blocking Pharmacological Agents and Cross-Sex-Hormones in Minors with Gender Dysphoria]. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 52, 167-187.  
doi: 10.1024/1422-4917/a000972