



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
FIRENZE

DOTTORATO DI RICERCA TOSCANO IN
NEUROSCIENZE

CICLO XXXIII

COORDINATORE Prof.ssa Felicita Pedata

*Studio esplorativo sull'identità di genere in età
pediatrica, attraverso il GIQC (Gender Identity
Questionnaire for Children) nel territorio fiorentino.*

Settore Scientifico Disciplinare MED/39

Dottorando

Dott. Nocentini Sara

Tutore

Prof. Corradetti Renato

Coordinatore

Prof.ssa Felicita Pedata

Anni 2017/2020

INDICE

Introduzione.....	pag. 3
Comportamenti e sintomi della Disforia di Genere.....	pag. 4
Eziogenesi della Disforia di Genere	pag. 7
Consapevolezza e percezione della varianza di genere nei genitori.....	pag. 9
Fattori di rischio e comorbilità psichiatrica.....	pag. 12
Verso una definizione dei criteri per una diagnosi di disturbo dell'identità di genere.....	pag. 16
Dati epidemiologici Europei e Italiani.....	pag. 17
Intervento precoce, ruolo della famiglia e delle strutture assistenziali.....	pag. 18
Il contributo Italiano allo studio delle caratteristiche di genere nel contesto Europeo.....	pag. 22
Evoluzione del pensiero sulla identità di genere e obiettivo dello Studio.....	pag. 25
Metodologia.....	pag. 28
Procedura.....	pag. 28
Partecipanti.....	pag. 29
Misure.....	pag. 31
Lettura del questionario.....	pag. 33
Analisi dei dati.....	pag. 34
Risultati.....	pag. 36
Età e sesso biologico dei/delle bambini/e.....	pag. 36
Caratteristiche del campione genitoriale.....	pag.37
Indicatori di genere risultanti dal questionario a confronto del sesso biologico dei bambini.....	pag. 38
Confronto dei punteggi delle tre scale per sesso biologico e fasce di età...	pag. 39
Correlazione dei punteggi delle tre scale per età puntuale e sesso biologico.....	pag. 40
Influenza percezione genitoriale sui punteggi delle tre scale.....	pag. 43
Livello di istruzione dei genitori.....	pag. 45

Analisi dell'influenza del livello di istruzione sui punteggi delle tre scale.....	pag.46
Discussione.....	pag. 49
Evoluzione degli strumenti per indagare l'identità di genere e la sua varianza: lo sviluppo del GIQC.....	pag. 53
Il ruolo della percezione sociale nella varianza dell'identità di genere.....	pag. 55
La percezione sociale come "causa" del disagio psichico?.....	pag. 55
La natura biologica della disforia di genere e del disagio psichico.....	pag. 58
La percezione genitoriale della varianza di genere.....	pag. 59
Prospettive di indagine futura.....	pag. 62
Considerazioni finali.....	pag. 63
Bibliografia.....	pag. 66
Appendice 1.....	pag. 74

INTRODUZIONE

I cambiamenti sociali hanno prodotto una progressiva trasformazione dei ruoli sessuali che ha innescato un processo di mutamento del rapporto tra assegnazione sessuale e percezione di sé tuttora aperto e irrisolto, sia come processo sociale e collettivo, sia inerente la definizione maschile e femminile. Per molto tempo si è ritenuto che il sesso coincidesse con il genere e lo determinasse. In verità in natura esistono, non soltanto i due sessi, ma anche specie animali e vegetali possedenti forme di ermafroditismo, sia di tipo sequenziale, sia di tipo simultaneo. Ciò può farci comprendere meglio il come un individuo, possa potenzialmente, nascere con aspetti afferenti al sesso femminile o con caratteristiche maggiormente maschili; ciononostante la sua identità e la sua espressione di genere, relativa alle aspettative di ruolo socio-culturali di mascolinità e femminilità, non sempre coincidono o si allineeranno con il sesso biologico originario. Inoltre, è bene ricordare, che il differenziamento sessuale, attraverso vari stadi evolutivi, che includono non soltanto una connotazione cromosomica specifica iniziale, ma anche una differenziazione fenotipica, gonadica e successivamente neuroendocrina, tutti aspetti che avranno una massiccia influenza su molte caratteristiche legate ad ogni singolo individuo.

Ad esempio, il transessualismo è una condizione nella quale una persona è nata con un sesso (genetico, gonadale, genitale e morfologico), ma si sente e si percepisce del sesso opposto. Così, tutto l'aspetto fisico evidenzia un sesso che non corrisponde all'identità sessuale sentita dalla persona (Becerra, Fernandez 2009).

Il disagio dovuto all'incongruenza tra identità di genere e il genere assegnato viene definito con il termine 'Disforia di genere' (Dettore et al., 2010). Questa discrepanza è la componente fondamentale della diagnosi.

L'Associazione Psichiatrica Americana (APA) spiega nella quinta edizione del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM-5) che "disforia di genere" è inserita nel manuale non perché presenti discrepanza tra il pensiero dell'individuo e la realtà fisica ma perché è dovuta alla presenza di una sofferenza emotiva che ostacola il funzionamento sociale. Una volta che la sofferenza è risolta la disforia di genere non è più considerata un disturbo (American Psychiatric Association 2013).

Comportamenti e sintomi della Disforia di Genere

In termini generali il Manuale Diagnostico e Statistico delle malattie mentali (quinta edizione; DSM-V) definisce la disforia di genere come una “marcata incongruenza tra il genere che viene esperito/espresso dal paziente e il genere assegnato”. Essa si qualifica come patologia conclamata quando è associata a una condizione di stress clinicamente importante o a una compromissione del funzionamento sociale, scolastico (o lavorativo, in dipendenza dell’età del paziente), o di altre importanti aree funzionali.

La disforia di genere può manifestarsi sia nel bambino (codice DSM-V: F64.2) che nell’adolescente e nell’adulto (codice DSM-V: F64.1). Sebbene in entrambi i casi sia richiesto specificare se la disforia di genere è associata a un disturbo dello sviluppo sessuale i criteri diagnostici sono diversi nel bambino da una parte e nell’adolescente/adulto dall’altra.

Tuttavia molti soggetti, specialmente in età infantile, non soddisfano completamente i criteri medici necessari per emettere una diagnosi di disforia sessuale. In molti dei casi ciò si riflette nel fatto che in età adolescenziale e adulta la condizione di disforia sessuale spesso desiste, sebbene in un numero significativo di soggetti essa può persistere (Wallien and Cohen-Kettenis, 2008; Sing et al., 2021) ed evolvere in una condizione medica diagnosticabile in base ai criteri DSM-V. A oggi l’elemento più importante in grado di predire la sua persistenza è l’entità della disforia sessuale in età infantile (Steensma et al., 2013). Da qui discende la necessità sia di disporre di elementi valutativi in grado di misurare il più accuratamente possibile età d’insorgenza e intensità dei sintomi sia di seguire mediante studi longitudinali il loro decorso.

In termini descrittivi in età prescolare, già intorno ai 2-3 anni si possono osservare comportamenti indicativi di contraddittorietà rispetto al genere assegnato che si presentano frequentemente e consistono in uno o più dei seguenti:

- (a) desiderio di appartenere all’altro sesso
- (b) infelicità rispetto alle loro caratteristiche fisiche, sessuali e alle loro funzioni
- (c) preferenza per vestiti, giocattoli, tipi di gioco che comunemente sono tipici dell’altro sesso
- (d) preferenza per compagni di gioco del sesso opposto

Questo atteggiamento è spesso figlio di una polarizzazione sessuale, legata perlopiù al contesto socioculturale di appartenenza ed ai suoi pregiudizi, ma può celare, non di rado, i segnali precoci di quella che sarà una disforia di genere (Barbagli 2003). Infatti già nelle prime fasi dell'infanzia, bambini e bambine, a partire dai due anni di età, possono presentare caratteristiche, che possono indicare una disforia di genere chiaramente evidente, spesso predittiva di tale diagnosi, in cui si assiste a comportamenti come: l'esprimere il desiderio di appartenere all'altro sesso e di avere sentimenti di infelicità rispetto alle proprie caratteristiche fisiche, sessuali e le loro funzioni, oppure possono prediligere vestiti, giocattoli, tipi di gioco che comunemente sono tipici dell'altro sesso, e/o preferire compagni di gioco del sesso opposto.

Gli adolescenti che sperimentano le proprie caratteristiche sessuali primarie e/o secondarie e il proprio sesso assegnato alla nascita come incompatibile con la propria identità di genere possono provare una intensa angoscia rispetto a questo.

Nella maggior parte dei bambini e delle bambine, la disforia di genere scompare prima o durante l'inizio della pubertà, ovvero in coincidenza dell'affiorare di mutazioni fisiche, emotive e cognitive, legate a quella che siamo soliti definire "adolescenza". Tuttavia, in alcuni bambini e bambine, questo sentimento, non solo non scompare ma addirittura si intensifica, e l'avversione al proprio corpo si sviluppa o aumenta, con la comparsa delle caratteristiche sessuali secondarie adolescenziali (Gomez 2009).

La disforia di genere nell'infanzia non necessariamente persiste nell'età adulta. Infatti, l'identificazione con la propria identità può essere fluttuante e flessibile nell'infanzia. Molti studi affermano che bambini con disforia di genere non presi in carico hanno alte probabilità di manifestare disforia di genere in adolescenza e età adulta. D'altra parte, la disforia di genere diagnosticata in adolescenza difficilmente non proseguirà con l'iter per il cambio di identità, terapia ormonale ed eventuale chirurgia. Per esempio, negli studi longitudinali di bambini e bambine prepuberali (principalmente bambini) arrivati in clinica per la valutazione della disforia di genere, essa ha persistito fino all'età adulta nel 6-23% dei bambini (Zucker, 2005).

Altri studi evidenziano che il 16% dei bambini diagnosticati con disforia di genere in infanzia manifesterà disforia di genere sia in età adolescenziale che in età adulta e richiederà

una riassegnazione di genere completa (Khathadourian et al., 2014). Anche secondo Coleman e Colleghi la disforia di genere diagnosticata in infanzia persiste nel 10-27% dei casi (Coleman et al., 2011). In uno studio longitudinale di 70 adolescenti di ambo i sessi con diagnosi di disforia di genere e trattati con ormoni di soppressione della pubertà, tutti/e proseguirono con la riassegnazione del sesso, partendo dalla terapia ormonale di femminizzazione/mascolinizzazione (De Vries et al., 2011).

Il DSM-5 riporta i seguenti criteri diagnostici per la disforia di genere nel bambino:

Una marcata incongruenza tra il genere esperito/espresso da un individuo e il genere assegnato, della durata di almeno 6 mesi, che si manifesta attraverso almeno 6 dei seguenti criteri (di cui uno deve essere necessariamente il criterio 1):

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

Il termine varianza di genere è un termine 'ombrello' utilizzato per descrivere tutto l'insieme di individui la cui identità di genere e/o espressione di genere non si conforma a quanto è tipicamente associato con il sesso biologico alla nascita. I soggetti che esprimono varianza di genere sono definiti 'transgender'.

Soltanto alcune tra le persone con varianza di genere presentano una disforia di genere nel corso della loro vita. In particolare, non deve essere diagnosticato come disforia di genere il comportamento di quei bambini che semplicemente non si adattano allo stereotipo culturale

di mascolinità o femminilità. I bambini con disforia di genere non sentono di appartenere al genere assegnato loro alla nascita, alcuni addirittura sentono intensamente di appartenere al genere opposto e possono esprimere disforia anatomica: sono bambini che dichiarano di sentirsi femmine e che esprimono disgusto per i loro organi genitali esterni e che desiderano possano scomparire, oppure bambine che dichiarano di sentirsi maschi, che non vogliono vedere il seno crescere, che rifiutano le mestruazioni. Il DSM-5 prevede anche la specificazione della disforia di genere “con o senza disturbo della differenziazione sessuale”. I disturbi della differenziazione sessuale sono frequentemente associati a varianza di genere fino alla prima infanzia; tuttavia, nella maggior parte dei casi, ciò non porta a disforia di genere. Infatti, quando una persona con disturbo della differenziazione sessuale diventa consapevole della sua condizione, spesso vive un’incertezza riguardo al proprio genere piuttosto che la ferma convinzione di appartenere a un dato genere. Tuttavia, la presenza di disforia di genere e l’eventuale transizione di genere variano molto a seconda del tipo di disturbo della differenziazione sessuale, della sua severità e del genere assegnato.

Eziogenesi della Disforia di Genere

La ricerca e il dibattito scientifico sulle cause della varianza di genere è ancora fonte di discussione tra gli specialisti in materia, ma si è comunque d’accordo sul fatto che meccanismi biologici, quali fattori genetici o esposizione prenatale ad ormoni sessuali, nonché fattori ambientali, come le pratiche di cura e il supporto genitoriale, siano fattori eziopatogenetici importanti nella varianza di genere o nella disforia di genere (Shechner, 2011, Mulligan 2016, Hill et al.,2020; Schmidt & Levine, 2015; Shechner, 2010).

Il punto di vista delle neuroscienze è che tale condizione possa derivare da una discrepanza tra la differenziazione genitale sessuale e quella cerebrale, in un particolare contesto “ambientale” (Hurtado, 2015). Fattori biologici, psicologici e sociali concorrono nell’influenzare le modalità con cui l’identità di genere si struttura, e il grado in cui il genere si manifesta in modo tipico o atipico a livello comportamentale (Bakker et al., 1993; Birkenfeld & Suzanne, 2000; Becerra-Fernandez & Rodriguez, 2003, Yao et al., 2014).

Viene sostenuta una complessa interazione tra fattori genetici e ambientali (modalità di allevamento, fattori sociali e biologici) alle base delle differenze individuali nella disforia di genere (Giovanardi et al., 2018).

I dati di uno studio (Feldman et al., 2008) suggeriscono che la variabilità di genere più estrema nell'infanzia è associata con la persistenza della disforia di genere nell'adolescenza tardiva e nei primi anni dell'età adulta. Come già menzionato, altri studi hanno mostrato come la varianza di genere nell'infanzia non necessariamente persista nell'età adulta anche se una percentuale consistente (~15-30%) dei soggetti manifesterà varianza di genere e/o disforia di genere in età adolescenziale ed in età adulta e richiederà una riassegnazione di genere completa (Coleman et al., 2011; De Vries et al., 2011, Khatadourian et al., 2014).

D'altronde l'American College of Pediatricians si è dimostrato scettico nell'avallare uno standard di trattamento per la varianza di genere nei bambini che comporti, come cura clinica, il ritardo della pubertà mediante l'uso di agonisti dell'ormone di rilascio della gonadotropina (GnRH) .

Uno studio su gemelli (Diamond et al., 2011) dimostra che gli eventi post-natali non condivisi (fattori ambientali) predominano nello sviluppo e nella persistenza della disforia di genere. Questi risultati non sorprendono poiché è ampiamente condiviso che lo sviluppo emotivo e psicologico di un bambino è influenzato da esperienze positive e negative a partire dall'infanzia.

La ricerca sull'ambiente familiare e sulle relazioni di bambini e adolescenti con varianza di genere è scarsa (Giovanardi et al., 2018). Sia che la loro varianza di genere persista o meno, i bambini e gli adolescenti di genere diverso, rispetto ai giovani non-varianti di genere, sono a maggior rischio di subire molte avversità psicologiche e sociali. Vivono relazioni più scadenti con i compagni (Valerio et al., 2013) e con i familiari (Giovanardi et al., 2018), e sono psicologicamente più vulnerabili (Rigobello & Gamba, 2016). Inoltre, i loro problemi psicologici sono correlati a depressione, ansia e ritiro sociale (Roberts & Fanzl, 2014).

Esistono significative differenze culturali ed etniche nelle pressioni a conformarsi (Bullough & Bullough, 1998). Più recentemente, tuttavia, si riconosce che spingere i bambini a conformarsi agli stereotipi di genere crea sofferenza non solo nell'infanzia, ma anche nell'adolescenza e nell'età adulta (Grant et al., 2010; Gray et al., 2012; Grossman & D'Augelli 2006; Toomey et al. 2014; Whittle et al., 2007). Inoltre, una serie di studi ha trovato che le risposte familiari di supporto alla varianza di genere contribuiscono a migliorare la salute mentale e la resilienza psicosociale nell'infanzia, nell'adolescenza e nell'età adulta (Wyman,

2008). I bambini con varianza di genere sono spesso oggetto di diagnosi errate sia di tipo psichiatrico che relative a altre patologie (Lev, 2013).

Di conseguenza, i genitori con figli con varianza di genere si trovano ad affrontare una serie di sfide e di decisioni complesse mentre si trovano a dover affrontare i bisogni dei loro figli e i pregiudizi degli altri che disapprovano il comportamento dei loro figli.

Un primo importante studio sulle cause dei comportamenti legati alla varianza di genere, che ha contribuito a definire il percorso da seguire, a partire dalla diagnosi fino al trattamento, è quello Ellis and Eriksen (2012), anche se solo una frazione ridotta dei bambini con varianza di genere, si sviluppano poi in adulti con effettivo disordine di identità di genere (Wallien & Cohen-Kettenis, 2008).

Data la scarsità della ricerca che guida il supporto clinico dei bambini con varianza di genere e il fatto che attualmente non è chiaro sia il percorso da intraprendere che come e in quali tempi attuarlo, sarebbe opportuno approfondire i fattori individuali dei bambini nei quali certi comportamenti si consolidano e quelli dei bambini nei quali i comportamenti non si protrarranno oltre certe fasi (Wallien & Cohen-Kettenis, 2008). Appare inoltre utile dirigere la ricerca verso l'identificazione di misure a sostegno delle esigenze dei bambini con varianza di genere, seguendone con follow-up l'evoluzione identitaria, indipendentemente dall'esito psicosessuale.

Consapevolezza e percezione della varianza di genere nei genitori

Questa tesi si colloca nel solco degli studi sulla comprensione che i genitori hanno su problemi di identità di genere dei loro figli. La prima raccolta di esperienze genitoriali di bambini con varianza di genere è stata scritta da Mary Boenke (2003) in forma narrativa in un saggio nel quale in una serie di racconti i genitori descrivono le loro esperienze nel tempo con i figli. Wren (2002) ha intervistato 11 famiglie e analizzato le associazioni tra i meccanismi di gestione dei genitori con adolescenti transgender, e il significato che i genitori hanno dell'identità di genere dei loro figli. Hill et al. (2010) hanno condotto uno studio basato su questionari e interviste ai genitori di bambini che mostravano comportamenti di varianza di genere. Lo studio in questione era di tipo "affermativo"; aveva cioè lo scopo di aumentare la consapevolezza dei problemi e di sviluppare le capacità educative dei genitori di bambini

che manifestavano comportamenti tipici della varianza di genere. Sebbene gli stessi autori concludano che nessuna misura utilizzata in questo studio era in grado di predire le valutazioni che i genitori davano della patologia dei loro figli, cionondimeno essi rilevano che i bambini in questo caso risultavano meno stressati rispetto a altri programmi d'intervento in cui l'entità patologica della varianza di genere era comparabile. Detto altrimenti, la partecipazione dei genitori a un programma di tipo affermativo era di per se stessa un elemento capace di ridurre le manifestazioni di stress associate alla patologia.

Nello stesso anno è stato condotto uno studio (Hegedus, 2009) con l'obiettivo di analizzare il senso di angoscia e il relativo processo di aggiustamento, le dinamiche psicologiche e le caratteristiche dell'ambiente familiare di genitori che avevano avuto una recente esperienza di varianza di genere dei loro figli (nel caso specifico si trattava di una transizione femminile → maschile). I risultati dello studio mostrano che, nonostante la permanenza di timori relativi a un rifiuto della società nei confronti dei loro figli, 11 dei 12 genitori erano pervenuti all'accettazione esplicita, assolutamente non ambigua, della transizione sessuale dei figli. Mallon (1999) ha identificato alcune esigenze generali per le famiglie, tra cui la necessità di informazioni, la necessità di accedere a professionisti qualificati, e la necessità di ottenere aiuto onde evitare la stigmatizzazione e avere assistenza legale. L'autore ha anche sottolineato che i bambini hanno bisogno di esprimere il proprio genere, di essere ascoltati e hanno bisogno dell'amore incondizionato dei propri genitori.

L'esame della preoccupazione dei genitori per la stigmatizzazione è sembrato aumentare, in particolare per quanto riguarda il bullismo quando i figli hanno avviato il loro percorso scolastico. Ciò è confermato da Menvielle e Tuerk (2002), che si interrogano sul fatto che la stigmatizzazione aumenta di intensità in età scolare, raggiunge il massimo nella scuola media e potenzialmente continua nella scuola superiore. Queste paure sono verificate anche da Wyss (2007), che ha decrittato l'impatto della violenza sui giovani con varianza di genere nelle scuole.

Nello studio di Riley e Colleghi (Riley et al., 2013) i "bisogni" iniziali dei genitori riguardavano la necessità di accedere alle informazioni e alle linee guida professionali. In seguito, i bisogni dei genitori sono stati associati al sostegno psicologico, alle strategie genitoriali e al sostegno tra coloro che vivono condizioni simili. In questo modo, i bisogni

dei genitori si sono concentrati sul sostegno continuativo e sul supporto medico mentre il loro bambino si avvicinava alla pubertà. Anche i bisogni dei bambini con varianza di genere sono stati identificati come crescenti. Il loro bisogno primario era quello di parlare dei loro sentimenti ed essere ascoltati, accettati, rispettati e informati.

Le ricerche sopramenzionate riguardano studi internazionali mentre la letteratura in Italia è scarsa. Dato il crescente numero di bambini che sono oggi clinicamente indirizzati a team di identità di genere in Italia (Massara et al., 2014) e la consueta ricerca condotta in concomitanza con il lavoro clinico, c'è una grande necessità di strumenti valutativi anche nel contesto clinico italiano. Recentemente, clinici e ricercatori hanno creato una Rete nazionale italiana di cliniche di genere per bambini e adolescenti, con l'obiettivo di sviluppare un protocollo condiviso di valutazione e cura, in linea con le linee guida internazionali, come gli standard di cura di WPATH (The World Professional Association for Transgender Health; si veda Coleman et al., 2012; Caldarera et al., 2017). L'integrazione di diverse tecniche (ad esempio, questionari standardizzati, misure qualitative, interviste cliniche) e fonti di informazione (ad esempio, osservazione clinica, rapporti genitoriali, interviste ai bambini) è un requisito essenziale per una valutazione completa della varianza di genere (Zucker & Wood, 2011).

Sebbene l'opinione che lo sviluppo emotivo e psicologico di un bambino sia influenzato da esperienze positive e negative a partire dall'infanzia risulti intuitiva e ampiamente diffusa e sia tenuta nel dovuto conto anche dagli operatori sanitari che si occupano della gestione dei bambini affetti da disforia di genere (si veda: De Vries et al., 2012), si ritiene che la componente ereditaria abbia un ruolo importante.

Gli studi sulla disforia di genere condotti su gemelli hanno evidenziato che i gemelli monozigoti hanno percentuali di concordanza per la disforia di genere molto più alti di quanto ne abbiano i gemelli eterozigoti, un fenomeno questo che è indipendente dal sesso loro assegnato (Heylens et al., 2012). Tuttavia gli stessi autori hanno anche trovato che la maggioranza dei gemelli monozigoti sono discordanti per la disforia di genere. Quest'ultimo dato va letto alla luce della difficoltà di interpretazione tipiche degli studi sui gemelli. Quest'ultimi vivono infatti nella stessa famiglia, tendono a scegliere gli stessi ambienti

sociali e, a causa della loro somiglianza sia di aspetto che di personalità, inducono risposte simili da parte delle persone con cui hanno contatto.

Tuttavia le stime di ereditabilità della disforia di genere sono simili a quelle di altri tratti del comportamento e della personalità e si collocano entro un campo di variazione compreso tra il 30% e il 60% (Polderman et al., 2018). In definitiva, come concludono gli autori dello studio, l'identità di genere è presumibilmente ereditabile ma poligenica.

Non è stata individuata una singola e specifica dinamica familiare, situazione sociale, evento avverso o una combinazione di questi fattori che determini da sola lo sviluppo della disforia di genere. Questo fatto, insieme agli studi sui gemelli, secondo l'American College of Pediatricians, suggerisce che ci siano molti percorsi di sviluppo che possono portare a disforia di genere in alcuni bambini biologicamente vulnerabili. Studi sull'eziologia e il trattamento psicoterapeutico della disforia di genere in infanzia, suggeriscono che il rinforzo sociale, la psicopatologia genitoriale, la dinamica familiare e il contagio sociale contribuiscono allo sviluppo e/o alla persistenza di disforia di genere in alcuni bambini vulnerabili (American College of Pediatricians, 2017).

Le persone che si identificano nel sesso opposto o nel mezzo o in un'altra categoria non hanno un terzo sesso, rimangono uomini biologici o donne biologiche. Secondo l'American College of Pediatricians, i bambini con disforia di genere non hanno alterazioni somatiche, anche se si sentono come se le avessero (American College of Pediatricians, 2017).

Quindi il disagio di un bambino nello sviluppare le caratteristiche secondarie del sesso non implica un approccio che prevede necessariamente il ritardo della pubertà. In alcuni casi questo approccio ha valore terapeutico ma in molti altri no. Allo stesso modo, sebbene molti uomini con disforia di genere esprimano la convinzione che essi hanno una "essenza femminile" intrappolata in un corpo maschile, questa credenza non ha alcuna base scientifica.

Fattori di rischio e comorbilità psichiatrica

La diagnosi psichiatrica, nonostante alcuni apparenti vantaggi, ha significative implicazioni psicologiche e sociali negative.

Il disagio psicologico associato al desiderio di appartenere al genere opposto può causare disturbi dell'umore, disturbi di ansia, uso e abuso di sostanze, ideazione suicidaria, atti autolesionistici, anoressia nervosa e tentativi di suicidio e in genere i soggetti affetti da disforia di genere in età infantile hanno una probabilità significativamente maggiore di numerose diagnosi psichiatriche e del neurosviluppo rispetto a soggetti della stessa età non affetti da disforia di genere (Nunes-Moren M et al., 2022). I bambini con disforia di genere possono essere vittime di bullismo Grant et al., 2011), esclusione sociale e familiare (Bellino et al., 2013). La disforia di genere è associata ad alti livelli di stigmatizzazione e discriminazione. Questo può contribuire a un'immagine negativa di sé, incrementare la comorbilità con i disturbi mentali, causare alti livelli di ansia, depressione e un precoce abbandono scolastico (APA 2013).

Più nello specifico, a livello comportamentale, i fenomeni di derisione e di ostracismo da parte dei compagni in età scolastica, e il successivo isolamento e senso di non integrazione di chi li subisce, possono contribuire allo stabilizzarsi di un progressivo abbassamento dell'autostima e alla possibilità di incorrere in fenomeni di rifiuto e abbandono scolastico. Il disagio percepito dal soggetto nell' adeguarsi al ruolo associato al suo sesso d'origine può essere così intenso e pervasivo da portarlo a vivere (sul piano sia mentale che relazionale) perennemente centrato sul tentativo di ridurre il disagio stesso. I soggetti affetti da disforia di genere presentano una costante preoccupazione per ciò che gli altri potrebbero pensare di loro e sono sempre più attenti del necessario al proprio aspetto fisico, specie nelle prime fasi di passaggio dal ruolo assegnato a quello desiderato.

La letteratura scientifica sulla identità di genere e sui relativi processi di aggiustamento che si verificano durante l'età evolutiva si è concentrata su due temi:

- (1) la percezione di diversità rispetto agli altri, che fa sì che i bambini che non accettano il proprio genere tendono a mostrare un peggiore stato di salute mentale. In questo caso il pericolo per la salute del bambino è il frutto dalla combinazione del percepirsi come atipico e della pressione esercitata tanto da lui stesso che dagli altri a conformarsi alle norme che regolano il genere che gli è stato assegnato (Egan & Perry, 2001)
- (2) la sensazione di deprezzamento rispetto agli altri bambini percepita da parte di chi è portatore di varianza sessuale. In particolare, i bambini con disforia di genere possono essere

sensibili allo stigma che la accompagna (Zucker & Baradley, 1995). I messaggi relativi a questa sensazione di deprezzamento possono essere veicolati al bambino dalle persone con le quali entra in contatto, dai media o far parte della sua esperienza personale (Halim & Lindner, 2013; Hall & LaFrance, 2012).

Percezione di diversità e sensazione di deprezzamento_rispetto agli altri possono portare a una condizione di isolamento dal mondo circostante che può indurre a ricercare aiuto e comprensione tramite altre vie, rischiando di instaurare relazioni pericolose con persone conosciute su internet o in ambienti sociali a rischio, o di iniziare a fare uso di sostanze alcoliche e stupefacenti per aumentare la propria disinibizione (Di Ceglie, 2014). Di conseguenza, soprattutto nei centri urbani e in ambienti dove le persone transessuali sono stereotipicamente associate e relegate in ambienti pericolosi o poco controllati, alcuni soggetti possono arrivare a prostituirsi per procurarsi i soldi necessari a pagare le cure ormonali o per acquistare sostanze stupefacenti (con un incremento del rischio di contrarre malattie sessualmente trasmissibili). In altri casi il disagio percepito e il desiderio di voler appartenere al sesso opposto, si scontrano con una rigidità e una chiusura tale nell'ambiente di crescita, da portare alcuni soggetti al ricorso ed altre forme di trattamenti ormonali non standardizzati e, in alcuni rarissimi casi, a fenomeni di auto castrazione o penectomizzazione (Becerra-Fernandez & Rodriguez, 2009).

Oltre a queste manifestazioni comportamentali, l'isolamento e il senso di non appartenenza alla società e al proprio genere, possono svilupparsi in associazione ad altri disturbi psicologici, diversificati a seconda dell'età del soggetto.

Nei bambini possono presentarsi:

- Disturbo d'ansia da separazione
- Disturbo d'ansia generalizzato
- Sintomi depressivi

Negli adolescenti, come sintomi primari o come evoluzione dei disturbi descritti per il bambino, possono aggiungersi:

- Depressione maggiore
- Ideazione suicidaria o tentativi di suicidio
- Disturbi correlati all'uso di sostanze

Negli adulti, possono svilupparsi e stabilizzarsi:

- Disturbi d'ansia
- Depressione maggiore
- Diagnosi di disturbo di personalità

- Parafilie come feticismo da travestitismo

L'evidenza clinica suggerisce che la schizofrenia si verifica nei pazienti con disturbo dell'identità di genere a tassi più alti rispetto alla popolazione generale e che i pazienti con disturbo dell'identità di genere possono avere tratti di personalità simili alla schizofrenia (Bellino et al., 2013).

Le indagini nel campo del disturbo dell'identità di genere sono state per lo più correlate alla comorbidità per i principali disturbi psichiatrici, ma si sono concentrate meno sui disturbi della personalità (PD). Le persone con disturbo dell'identità di genere rispetto agli eterosessuali cisgender hanno una maggiore presenza di disturbi di personalità, in particolare disturbo di personalità paranoide e disturbo di personalità evitante. Inoltre, la disforia di genere da maschio a femmina (MtF) è caratterizzata da un profilo psicopatologico, che sul lungo periodo, si dimostra più grave, rispetto alla disforia di genere da femmina a maschio (FtM). La valutazione dei disturbi di personalità nelle persone con disturbo dell'identità di genere è di grande importanza in quanto costituisce un elemento fondamentale nella definizione del piano terapeutico di trattamento personalizzato, nonché un fattore prognostico per l'esito della chirurgia di riassegnazione del sesso (SRS). Le persone con disturbo dell'identità di genere hanno un'alta insoddisfazione del loro corpo, e di conseguenza la percezione corporea è la loro fonte primaria di sofferenza. In uno studio Bandini (2018) ha valutato la qualità e l'intensità del disagio corporeo nei soggetti con disturbo di identità di genere confrontandoli con un campione di pazienti con disturbi alimentari e un gruppo di controllo. In questo interessante studio sono state valutate persone con disforia di genere MtF o FtM (senza e con chirurgia di riassegnazione genitale eseguita), soggetti con disturbo alimentare (anoressia nervosa, bulimia nervosa e disturbo da alimentazione incontrollata) e soggetti "sani". Dallo studio emerge che le persone con disforia di genere e con disturbi alimentari sono caratterizzate da un grave disagio corporeo, che rappresenta il nucleo di angoscia in entrambe le condizioni (MtF e FtM). Diverse dimensioni del disagio corporeo sembrano essere coinvolte nei sotto campioni di disforici di genere, a seconda dello stadio di riassegnazione e del sesso genotipico. Nei soggetti con disturbi alimentari il disagio corporeo è la condizione principale.

Verso una definizione dei criteri per una diagnosi di disturbo dell'identità di genere

Come abbiamo visto l'identità di genere (o identità di genere di base) è stata definita come il senso di sé di base di una persona come maschio o femmina (Stoller, 1968; Monej, 1994)

In base all'esperienza soggettiva vissuta con angoscia per quanto riguarda la loro identità di genere (disforia di genere), il DSM-5 ha adottato una prospettiva categoriale per indicare se una persona soddisfa o meno i criteri per il disturbo dell'identità di genere. Rispetto a 50 anni fa, quando Fisk (1973) coniò il termine disforia di genere, emerge in maniera chiara l'esigenza di concettualizzare questo costrutto in modo da poterlo misurare dimensionalmente. Se questo fosse reso possibile, sarebbe promettente e più utile, dal punto di vista degli operatori della salute, il poter delineare o quantificare all'interno di alcune aree il grado in cui un individuo si trova ad essere incompatibile con la propria identità di genere. Dai criteri del DSM si potrebbe infatti creare una misura dimensionale per i disturbi dell'identità di genere contando, per un particolare paziente, il numero di indicatori che sono presenti.

Nello sviluppo normativo della letteratura dell'identità di genere, principalmente si è pensato di rendere operativa la ricerca, attraverso l'utilizzo di quelle che sono le pietre miliari delle teorie cognitive principali; tra queste ci si è anche basati sulle capacità di auto-etichettarsi o auto-definirsi come un ragazzo o come una ragazza (Slaby & Frey, 1975). In base a ciò, si è sviluppato un colloquio di identità di genere per ragazzi (GIIC), che prevedesse un'area legata all'affettività, ovvero una misurazione di aspetti, progettati per valutare cognitivamente la confusione affettiva legata alla propria identità di genere. Un'analisi fattoriale ha confermato una struttura a due fattori per il GIIC (Zucker et al., 1993). Ambedue i fattori sono significativamente discriminati per i bambini con problemi di identità di genere nei confronti di quelli che ne sono privi.

Sfortunatamente, solo pochi studi hanno tentato una valutazione dimensionale dell'identità di genere=disforia di genere nelle popolazioni adolescenti e adulte.

In uno studio, Docter e Fleming hanno riferito di un questionario con 113 item dicotomici, originariamente chiamato questionario cross-gender (Docter & Fleming, 1993), che includeva item relativi all'identità di genere e alla disforia di genere in maschi biologici.

Somministrandolo a soggetti con varianza di genere MtF (male to female) e FtM (female to male), Docter e Fleming hanno in seguito identificato una soluzione a 5 fattori, di cui un fattore (26 item) è stato etichettato come "identità transgender" (Docter & Fleming, 2001). In questa tipologia di identità, si possono accorpate tutti quei soggetti, che stanno attraversando un processo di riassegnazione da un genere all'altro. Questi processi sottendono vari mutamenti, che vanno dal travestitismo a micro e macro interventi chirurgici o terapie ormonali "correttive", il più delle volte, somministrate per tutta la vita. Su questo fattore, i transessuali MtF avevano un punteggio medio di scala significativamente più alto rispetto ai travestiti. Alcuni item su questo fattore non sarebbero tuttavia applicabili alle femmine biologiche e, ad oggi, questo questionario non è stato somministrato a gruppi di confronto non clinico.

Cohen-Kettenis e van Goozen (1997) hanno comunicato i loro risultati sulle proprietà psicometriche di una scala inedita di disforia di genere (Gender Dysphoria Scale -GDS; testata a Utrecht in olandese), che consiste in 12 domande valutate su una scala a 5 punti. Essi hanno riferito che il punteggio totale ha successivamente discriminato in modo ingannevole i transessuali maschi e femmine dai controlli dello stesso sesso, sebbene non siano state fornite informazioni sulla specificità e la sensibilità.

Allo stato attuale, ci sono una serie di motivi per cui sarebbe importante avere una misura dimensionale dell'identità di genere= disforia di genere, sia per gli adolescenti che per gli adulti. In primo luogo, sebbene il disturbo dell'identità di genere abbia una prevalenza molto bassa (American Psychiatric Association, 2000), alcuni clinici hanno sostenuto che c'è stato un aumento del numero di individui che si identificano come "transgender" (Feldman & Bockting, 2003), anche se almeno alcuni di questi individui non esprimono il desiderio di una chirurgia completa di riassegnazione del sesso, cioè sia il trattamento ormonale contransex che la chirurgia genitale. Pertanto, tali individui potrebbero essere sotto soglia per la diagnosi DSM di disturbo dell'identità di genere.

Dati epidemiologici Europei e Italiani

La stima della prevalenza varia in modo considerevole: in Europa gli studi più recenti stimano una prevalenza del 1:12.225 abitanti (Wilson 1999), in Olanda 1: 11.900 (Bakker

1993) e in Inghilterra assume un'incidenza del 3 per 100.000 abitanti in 15 anni. In Spagna la prevalenza è pari a 1: 9.685 a 1: 21.031 (Gomez 2020).

Lo studio italiano di Dettore et al. (2011) condotto su 350 bambini di età compresa tra i 3 e 5 anni ha osservato la prevalenza di comportamenti varianti di genere del 5,23 % nei maschi e 3,93% nelle femmine e del 4,57% nel campione totale.

Secondo le stime proposte dall'APA (2013), la prevalenza di casi di disforia di genere varia da 0,005 a 0,0014% per gli adulti nati maschi e da 0,002 a 0.003% per adulte nate femmine. Per quanto riguarda le differenze di prevalenza tra maschi e femmine, nei bambini il rapporto varia rispettivamente da 2:1 a 4,5:1. Negli adolescenti il rapporto si avvicina alla parità, mentre negli adulti sembra aumentare nuovamente nei maschi, con tassi che variano da 1:1 a 6,1:1. Soltanto in due paesi, quest'ultimo dato sembrerebbe variare in favore delle donne, Giappone 2,2:1 e Polonia 3,4:1.

I tassi di prevalenza della disforia di genere nei bambini sono stati stimati inferiori all'1,35%. Nei bambini in fase prepuberale, il rapporto tra ragazzi e ragazze varia da 2: 1 a 4,5: (Shechner et al., 2011). Negli adolescenti il rapporto è prossimo alla parità mentre negli adulti il rapporto tra maschi e femmine varia da 1: 1 a 6.1: 1.2. Viene evidenziato che non sono stati finora identificati gli elementi che possano permettere di prevedere con certezza lo sviluppo dei bambini con disforia di genere: studi prospettici suggeriscono che nella maggioranza dei casi le caratteristiche pregnaenti la disforia, diminuiscono o addirittura scompaiono nel passaggio tra l'infanzia e l'adolescenza, e che la diagnosi permane solo nel 12%-27% circa (de Vries et al., 2014, Cohen-Kettenis et al., 2006). Nel caso in cui la disforia di genere sviluppata nell'infanzia perduri oltre la pubertà, raramente viene meno.

Intervento precoce, ruolo della famiglia e delle strutture assistenziali

In questo contesto il periodo compreso indicativamente tra i 10 e 13 anni di età è considerato di fondamentale importanza (Steensma et al., 2013): i cambiamenti nel contesto sociale, la femminilizzazione o mascolinizzazione dei corpi, prima prevista e ora reale, le prime esperienze di innamoramento e di attrazione sessuale influenzano gli interessi, il comportamento, e l'identificazione di genere.

I bambini e gli adolescenti che vivono la disforia di genere, così come le loro famiglie incontrano difficoltà e problematiche peculiari. Queste difficoltà possono essere collegate al disagio intrapsichico legato alla disforia di genere (incertezza, paura, rifiuto, etc.), come pure legate alla reazione sociale di fronte all'espressione della diversità e quindi legate al rapporto coi pari, al curriculum scolastico, all'inserimento lavorativo e sociale, alla vita sentimentale. Queste problematiche rischiano talvolta di evolvere in una struttura difensiva di carattere psicopatologico.

In ambito clinico e scientifico, vi è accordo (de Vries & Cohen-Kettenis, 2012; Di Ceglie 2014) nell'indicare il lavoro con la famiglia come fondamentale per una efficace presa in carico di bambini e adolescenti che presentano disforia di genere. La *World Professional Association for Transgender Health* (WPATH) ha descritto in dettaglio gli elementi di base del lavoro dei professionisti in questo ambito negli *Standards of Care del 2011* (WPATH, 2011). La pratica clinica e la ricerca negli ultimi due decenni hanno reso infatti possibile la creazione di modelli condivisi di assistenza a favore dei bambini, degli adolescenti e delle loro famiglie (de Vries & Cohen-Kettenis, 2012) che prevedono un programma integrato di interventi psicologici, sociali e medici.

L'intervento di natura medica è preso in considerazione in casi accuratamente selezionati. Secondo le linee guida internazionali (Hembree et al., 2011, WPATH, 2011) gli interventi medici devono procedere per fasi successive, ogni fase sarà accompagnata da una attenta e approfondita valutazione dal punto di vista psicologico, familiare e sociale:

- Interventi reversibili che prevedono l'assunzione di bloccanti ipotalamici che determinano il blocco della produzione di estrogeni o di testosterone contrastando quindi lo sviluppo di alcuni aspetti dei caratteri sessuali secondari.
- Interventi parzialmente reversibili che prevedono l'assunzione di ormoni cross-sex che inducono la mascolinizzazione o la femminilizzazione del corpo.
- Interventi irreversibili che consistono nell'intervento chirurgico e sono previsti solo dopo la maggiore età.

Sulla base dell'esperienza maturata e sulla base della letteratura scientifica internazionale si evidenzia la necessità di strutturare delle linee guida condivise e riconosciute per la presa in carico della disforia di genere in età evolutiva.

Va sottolineato che le differenze di sesso e di genere hanno un impatto sull'accesso e l'assistenza da parte dei servizi sanitari e sugli esiti di salute.

È di particolare interesse la condizione dei minori gender variant (GV) che esprimono il desiderio dichiarato di essere dell'altro sesso e nei quali sono state analizzate alcune problematiche connesse: la condizione è persistente o remissiva? se è accompagnata da disagio (disforia di genere) come si può aiutare il bambino/la bambina? È opportuna la somministrazione di farmaci inibitori la pubertà? A fianco di un percorso di de-patologizzazione, la mancanza di conoscenza e considerazione da parte dei professionisti della salute induce le Aziende Sanitarie ad offrire opportunità formative sistematiche, per la creazione di una nuova cultura competente.

Quello che veniva definito come disturbo dell'identità di genere, ora Incongruenza di Genere (IG) in bambini, adolescenti, la condizione che abbiamo definito gender variant - GV e adulti, finora non è stato molto studiato dal punto di vista epidemiologico. I primi rari studi hanno testimoniato una prevalenza di disturbo dell'identità di genere/IG più alto nei bambini, rispetto agli adolescenti, il che porta a considerare come il disturbo dell'identità di genere/IG non permanga necessariamente tra infanzia e adolescenza e sembrava più presente nelle bambine, mentre nell'adolescenza più nei maschi.

In Italia uno studio su 350 bambini in età prescolare (3-5 anni) con la somministrazione della *Gender Identity Interview for Children*, ha mostrato una prevalenza di GV del 5,2% nei maschi e del 3,9% nelle femmine. Ma tutto porta a considerare quanto sarebbe utile uno studio sistematico della diffusione del fenomeno, delle sue caratteristiche ed esigenze di attenzione. Norman Spack nella premessa al volume di Diane Ehrensaft "*The Gender Creative Child: Pathways for Nurturing and Supporting Children Who Live Outside Gender Boxes*" (*The Experiment*, 2016) definisce il tema dei minori gender variant come una matrioska (le bamboline di legno che ne contengono altre di misure via via inferiori) poiché racchiude diversi temi e problemi e a diversi livelli.

Hill (2020) ci ricorda come da metà del secolo scorso, fino agli anni Novanta, (il primo rapporto che dà voce ai genitori dei minori varianti di genere, con un'antologia di racconti è stato pubblicato nel 1999) la situazione che ora definiamo varianza di genere veniva definita come "crisi di identità di genere" o "fase pre-omosessuale". Furono anche pubblicate guide

per “prevenire” l’omosessualità, una anticipazione delle recenti “terapie riparative” (modelli terapeutici che, contro ogni evidenza scientifica, patologizzano l’omosessualità e pretendono di “curarla”), vedendo nei genitori di minori con varianza di genere una delle cause del fenomeno e coinvolgendoli nel suo “trattamento”, un trattamento in cui la varianza di genere veniva presentata come qualcosa di “indesiderabile”.

Al contrario dei genitori che seguivano le terapie riparative, questi genitori dimostrano di sostenere “le scelte di genere del proprio bambino o bambina, proprio come farebbero con qualsiasi altro desiderio e sogno dei loro figli”, si dimostrano preoccupati per la sicurezza dei loro figli varianti di genere, timorosi che possano avere una vita difficile a causa delle discriminazioni cui andranno incontro e che non possano così essere messi in grado di godere della vita quotidiana con serenità. La richiesta dei genitori intervistati è stata sintetizzata in una frase semplice ma piena di significato: “a questi bambini e bambine va garantito un luogo in cui si sentano protetti, sicuri ed amati”. Un approccio, quello emerso dallo studio, di genitori “di ispirazione umanistica” come li definiscono Hill et. al. (2010) mentre altri genitori possono essere molto in difficoltà e in disaccordo sul comportamento del loro bambino/della loro bambina gender variant.

L’Associazione Mondiale degli Psichiatri WPA, ha dato indicazioni di pratica clinica a sostegno delle persone omosessuali, lesbiche e trans gender. Nel testo riconosce alle persone di tutte le identità e orientamenti sessuali (lesbiche, gay, bisessuali e transgender/transessuali; acronimo LGBT+) gli stessi diritti e responsabilità di tutti gli altri cittadini e:

- stabilisce che “l’orientamento sessuale verso l’altro sesso, di per sé non implica alcuna disfunzione psicologica obiettiva o compromissione di giudizio, stabilità emotiva, o riduzione delle capacità professionali”;
- considera l’attrazione verso lo stesso sesso, l’orientamento e il comportamento, come normali varianti della sessualità umana;
- ribadisce la mancanza di efficacia scientifica dei trattamenti che tentano di cambiare l’orientamento sessuale e mette in evidenza i danni e gli effetti negativi di tali “terapie”;
- riconosce lo stigma sociale di cui sono oggetto i LGBT+;
- sostiene la necessità di de-criminalizzare e nel contempo di riconoscere diritti pari a tutti, per chi ha orientamento sessuale o comportamento “non solo eterosessuale”;

- sottolinea la necessità di ricerca e sviluppo di interventi medici e sociali basati su prove, che supportino gli eventuali disagi psicologici dovuti a stigma e criminalizzazione sociale.

Bambini e adolescenti con varianza di genere possono sperimentare difficoltà di relazione significative con gli adulti e con i coetanei e possono diventare vittime di persecuzioni, soffrire dinamiche di stigma e marginalizzazione che a loro volta possono avere diversi effetti negativi sul benessere psicologico e sulla qualità della vita.

Tornese et al., (2019) esortano pediatri, genitori, insegnanti o chiunque abbia in cura bambini con problemi di identità di genere a tener conto dei rischi che costoro corrono: disturbi psichiatrici, suicidio, difficoltà nelle relazioni intrafamiliari, isolamento e rifiuto da parte dei coetanei, disadattamento sociale, perché l'identificazione dei bambini a rischio di ogni forma di abuso può facilitarne la prevenzione, o quantomeno può permettere un intervento adeguato se l'abuso è già avvenuto.

Per sviluppare interventi appropriati con particolare attenzione ai bambini e adolescenti, risulta indispensabile dotarsi di strumenti utili a migliorare la comprensione dell'esperienza della varianza di genere, identificare i “predittori di persistenza e di remissività” e le caratteristiche della disforia di genere, nonché valutare l'impatto degli interventi offerti a questo segmento della popolazione, considerando sia l'importante ruolo che ha la famiglia sia quello degli ambienti sociali e amicali. Va tenuto conto del fatto che i professionisti sanitari di primo contatto per i minori sono solitamente i pediatri e i medici di medicina generale, ai quali vanno forniti gli strumenti adeguati a rilevare in modo “culturalmente competente” i bisogni di un segmento di popolazione a rischio di essere scarsamente considerata per quanto riguarda gli aspetti di identità sessuale e di genere, e a rischio di essere protagonista di esiti psicosociali negativi.

Il contributo Italiano allo studio delle caratteristiche di genere nel contesto Europeo

Come riportato precedentemente, in Italia mancano ancora misure adeguate e, più in particolare, un questionario standardizzato per valutare i comportamenti di genere nell'infanzia. Tale strumento è necessario sia in un contesto non clinico per studiare l'identità di genere nei bambini italiani, sia come strumento di valutazione dei bambini che necessitano di intervento da parte delle strutture sanitarie.

Ad oggi sono stati pubblicati solo tre studi (Simonelli et al. 2007; Dèttore et al., 2010; Caldarera et al. 2019), in cui le caratteristiche di genere sono state misurate quantitativamente in un gruppo di bambini italiani.

In uno studio sull'identità di genere nella preadolescenza, Simonelli e Colleghi (Simonelli et al., 2007) hanno utilizzato una versione tradotta del Gender Identity Interview for Children (GIIC; Zucker et al., 1993) come misura di autovalutazione per un campione di 246 bambini (fascia di età: 9-13 anni) e una versione italiana corretta del Gender Identity Questionnaire for Children (GIQC; Johnson et al., 2004), che è stato somministrato agli insegnanti dei bambini inclusi nello studio. Il lavoro in questione è uno studio esplorativo e le misurazioni effettuate non sono state analizzate dal punto di vista psicometrico. I dati statistici descrittivi hanno mostrato che, nel campione esaminato, 11 (4,47%) dei questionari di autovalutazione dei bambini (versione italiana corretta del GIIC) hanno mostrato risposte non stereotipate, sebbene "nessun caso fosse indicativo di un potenziale disturbo di identità di genere come descritto dal DSM-IV-TR". Per quanto riguarda la versione modificata del GIQC, che è stato somministrato agli insegnanti, sono stati restituiti 182 questionari compilati e sono stati raccolti sette questionari riguardanti gli 11 bambini che si sono auto-identificati con un profilo atipico (attraverso il GIIC). Da questi sette questionari compilati dagli insegnanti, Simonelli e Colleghi hanno osservato un comportamento non stereotipico in quattro bambini.

In un altro studio esplorativo, Dèttore et al. (2010) hanno somministrato il GIIC ad un campione non clinico di 350 bambini in età prescolare (fascia di età 3-5 anni), adottando gli stessi criteri di punteggio definiti nell'articolo originale di Zucker et al. (1993); le proprietà psicometriche della misura non sono state riportate. I risultati hanno indicato risposte con varianza di genere nel 5,23% dei ragazzi, nel 3,93% delle ragazze e nel 4,57% del totale del gruppo italiano.

Nel complesso, gli studi sullo sviluppo del genere nei bambini della scuola primaria italiana sono estremamente scarsi. Inoltre, gli studi esistenti non riportano le proprietà psicometriche delle misure adottate. Di conseguenza, manca ancora uno strumento redatto in italiano che permetta una misura standardizzata di rendicontazione dei genitori e copra un'ampia fascia di età (rispetto alla sola scuola materna o all'età puberale).

Tra i questionari parent-report sviluppati in altri paesi, il GIQC (Johnson et al., 2004) ha mostrato eccellenti proprietà psicometriche in uno studio che include un gruppo di partecipanti sia clinico che non clinico.

Di recente Caldarera et al (2019) hanno tradotto e validato sviluppato una versione italiana del GIQC e l'hanno somministrata, con una scheda sociodemografica, a genitori di 1148 bambini di 3-12 anni (campione non clinico). I loro risultati della seconda Explorative Factor Analysis (EFA), che mostra una soluzione a tre fattori, con due fattori relativi al comportamento tipico maschile e femminile e uno relativo ad una dimensione cross-gender, sono in linea con i risultati dello studio di Yu et al., (2010). I risultati mostrano che, nel campione in oggetto, le ragazze in media hanno mostrato un comportamento caratterizzato da tratti maschilini. Ciò corrisponde all'osservazione che, nella maggior parte delle società occidentali, alcune dinamiche vengono maggiormente tollerate: per esempio, una ragazza maschiaccio con modalità di fare più aggressivo, è molto più accettata di un ragazzo che mostra un comportamento femminile, che potrebbe far trapelare un qualche tipo di vulnerabilità (Feinman, 1981; Lee & Troop-Gordon, 2011).

In linea con i risultati di Johnson e Colleghi (Johnson et al., 2004); Caldarera e Colleghi (2019) hanno riscontrato che i punteggi tendono a diminuire con l'aumentare dell'età, anche se questo effetto non sembra seguire una tendenza lineare ed è generalmente più pronunciato tra i ragazzi. Così, soprattutto tra i ragazzi, sembra che i bambini tendano a diventare più tipici del genere con l'aumentare dell'età e che entrino in pubertà. Tuttavia, per quanto riguarda le ragazze, è stato riscontrato che i comportamenti atipici femminili sono meno frequenti nella fascia di età 10-12 anni rispetto ai gruppi più giovani. Questo risultato sembra essere in contrasto con i risultati che indicano la tendenza a rafforzare l'identificazione di genere con l'età (de Vries et al., 2014). Tuttavia, sembra essere in linea con le ricerche precedenti, dimostrando che le ragazze tendono a essere meno coinvolte in attività con caratteri sessuali quando raggiungono la prima adolescenza (McHale et al., 2004). Inoltre, questo risultato sembra essere in linea con i risultati precedenti, evidenziando la tendenza delle ragazze a mostrare una maggiore variazione nel comportamento di tipo sessuale rispetto ai ragazzi a causa delle differenze nella pressione sociale vissuta da ragazzi e ragazze per conformarsi a comportamenti atipici di genere (Blakemore et al., 2009; Golombok et al.,

2012). Questo studio è stato il primo tentativo di adattare un questionario di genere per i bambini italiani di 3-12 anni. Il risultato è una scala affidabile, che misura preferenze e comportamenti di gioco e caratteristiche trasversali di genere, che possono essere utili per la ricerca e per la clinica. I risultati di questo studio suggeriscono che la versione italiana del GIQC-Italiano potrebbe essere uno strumento utile per studiare lo sviluppo di genere nel contesto italiano.

Il Gender Identity Questionnaire for Children (GIQC) è un questionario validato per la percezione genitoriale di una serie di caratteristiche di genere dei bambini. È stata sviluppata la versione GIQC-italiana con il metodo di traduzione inversa ed è stata somministrata, con una scheda tecnica sociodemografica, ai genitori di 1148 bambini di età compresa tra 3 e 12 anni (campione non clinico) nel territorio di torinese. Dopo aver ottenuto dati descrittivi per ogni elemento, in linea con Johnson et al. (2004), hanno esaminato la dimensionalità attraverso l'analisi fattoriale esplorativa (EFA). Considerando i risultati e il fatto che il campione era interamente non clinico, hanno sviluppato una nuova procedura di punteggio. L'EFA sui nuovi punteggi ha generato tre scale:

- (1) una scala di comportamento tipicamente femminile,
- (2) una scala di comportamento tipica maschile
- e
- (3) una scala di genere incrociato.

Una caratteristica importante del questionario GIQC è che gli item che definiscono ogni scala sono specifici per un comportamento specifico e quindi le tre scale sono indipendenti (vedi Appendice 1 ai metodi).

Evoluzione del pensiero sulla identità di genere e obiettivo dello Studio

Il disturbo dell'identità di genere, recentemente ribattezzato disforia di genere, è una condizione rara caratterizzata da un'incongruenza tra identità di genere e sesso biologico. Il disturbo dell'identità di genere è classificato come malattia mentale e incluso nel DSM-IV nel DSM-V e nell'ICD-10. Questa modalità di classificazione, trascina con sé una visione di questo stato d'identità medicalizzato e, secondo molti, potrebbe portare ad aumentare il già presente stigma sociale che ruota intorno a chi ne presenta le caratteristiche. Attualmente,

molte associazioni stanno combattendo questa metodologia di approccio e diagnosi, che alle volte, tende ancora a conservare aspetti nosografici privi di contestualizzazione sociale e biologica, in modo che il disturbo dell'identità di genere venga tolto dal DSM V, proprio come avvenne in passato con l'omosessualità. Con l'evoluzione dell'accettazione sociale del disturbo dell'identità di genere Valerio et al., (2020) hanno proposto alla riflessione:

“Emerge, infatti, un complesso dibattito, con molte controversie che stanno animando la comunità scientifica internazionale, e non solo, sul processo di (ri)definizione dei criteri che guidano la formulazione delle diagnosi riguardanti i soggetti che manifestano identità transgender o identità di genere non conformi e sull'opportunità di ritenere le diagnosi che riguardano questa popolazione di soggetti. Il Manuale statistico e diagnostico dei disturbi mentali (DSM-5), con l'introduzione della diagnosi di Disforia di genere, ha accolto alcune delle richieste avanzate da parte del mondo dell'attivismo trans. Similmente, sono attese alcune modifiche in vista della pubblicazione della undicesima versione della Classificazione statistica internazionale delle malattie e dei problemi sanitari (ICD-11), la quale potrebbe introdurre la diagnosi di Incongruenza di genere e spostare tale diagnosi da una sezione dedicata ai disturbi mentali a una sezione dedicata alle condizioni mediche. Sebbene la possibilità di classificare l'incongruenza di genere tra le condizioni di interesse medico, piuttosto che tra le diagnosi di interesse psichiatrico/psicologico-clinico, può garantire l'attuale sistema di accesso alle terapie mediche e, al contempo, contribuire al processo di de-patologizzazione dell'identità di genere, occorre tenere conto del fatto che la presenza di queste diagnosi continua a rendere medicalizzata l'area del corpo e dell'identità di tali persone. Certamente, allo stato attuale delle nostre conoscenze, la de-patologizzazione delle identità transgender e delle identità di genere non conformi, può contribuire a migliorare la condizione delle persone transgender, aiutando a ridurre i processi di stigma sociale e di stigma strutturale perpetrati nei confronti di questi soggetti” (Valerio et al.,2020).

Il presente studio si propone di indagare, mediante l'uso della versione italiana del questionario GIQC (Gender Identity Questionnaire for Children), la percezione dei comportamenti indicativi di varianza di genere in un campione di genitori di bambini di età compresa tra i 3 e i 12 anni, tratto dalla popolazione fiorentina.

Data la scarsità di studi sulla percezione della varianza di genere su campioni genitoriali della popolazione italiana, s'intende così fornire materiale preliminare per un confronto sia con studi condotti in altri paesi che con studi condotti (o che saranno in futuro condotti) in Italia.

Vista l'epoca attuale che stiamo vivendo possiamo ritenere che i tempi siano maturi per poter ampliare le indagini al fine di comprendere la reale situazione in Italia e soprattutto per organizzare, come in altri Paesi, centri di supporto e accoglienza familiare per seguire il percorso dei ragazzi e delle ragazze trans e le loro famiglie.

METODOLOGIA

La volontà di condurre uno studio esplorativo sull'identità di genere in età pediatrica, attraverso la somministrazione del GIQC (Gender Identity Questionnaire for Children), nasce dall'aver appurato quanto, poco spazio abbia avuto, non soltanto a livello nazionale, ma anche internazionale, la sofferenza legata ai problemi connessi alla disforia di genere. Per molto tempo, non è stata compiuta nessuna indagine scientifica, e poche sono state le campagne di sensibilizzazione riguardo a tale tematica, creando un ritardo e delle ingiustificabili lacune diagnostiche e terapeutiche che hanno arrecato disagio, dolore e mancanza di riconoscimento del loro stato, nei pazienti detentori di tale malessere. Partendo da questa riflessione, maturata anche nel corso delle mie esperienze accademiche e lavorative, ho deciso di condurre un lavoro di indagine scientifica, innestando la mia ricerca all'interno del territorio fiorentino. Le problematiche legate alla disforia di genere sono rilevabili già dall'infanzia, è bene quindi coinvolgere, non soltanto le figure genitoriali, ma anche le figure educative con le quali i bambini interagiscono, sin dal loro inserimento negli ambienti scolastici. Ho quindi strutturato il mio lavoro dopo aver ricevuto l'approvazione dalla Commissione per l'Etica della Ricerca di Ateneo, e sono stati contattati numerosi Istituti Scolastici della provincia di Firenze. La data di inizio della ricerca era prevista per marzo 2020, e l'irruzione nelle nostre vite dell'emergenza Covid, ha interferito con quelle che erano le procedure iniziali, con le quali era stato pensato e strutturato originariamente il progetto. Nonostante questo, sono stati molti i dirigenti scolastici ed i genitori che hanno accolto la mia richiesta di indagine, e di seguito, ne affronterò i passaggi, che sono stati, come precedentemente detto, modificati in corso d'opera.

Procedura

Il primo passaggio è stato quello di scegliere gli istituti scolastici della provincia fiorentina, con i quali poter instaurare un dialogo. Vista l'emergenza Covid non è stato possibile poter somministrare il questionario in forma cartacea, come precedentemente previsto, ma il GIQC è stato somministrato tramite piattaforma online Google form. L'invito alla partecipazione è stato prima inviato ai Dirigenti Scolastici che, aderendo, hanno fornito il link ai propri insegnanti che hanno girato i documenti ai genitori dei bambini. Abbiamo quindi utilizzato un metodo di campionamento non probabilistico, di autoselezione, basato sulla capacità e la

volontà dei genitori di partecipare alla ricerca. Insieme al questionario ai genitori veniva fornita una cover Lettera di presentazione dello studio e il consenso informato. Veniva somministrata una scheda di dati sociodemografici e la versione italiana del «Gender Identity Questionnaire for Children» (GIQC) (Johnson et al., 2004), tradotta e sviluppata (Caldarera et al; 2019). Lo scoring dei questionari è stato effettuato tramite MATLAB 2018b (The Mathworks, Inc.) seguendo la procedura di scoring proposta da Caldarera e colleghi. Dallo scoring si estrae il punteggio per ogni partecipante alle 3 scale del questionario ovvero: cross-gender (CG), Female Typical Behavior (FTB), Male Typical Behavior (MTB). I dati sono stati analizzati separatamente per sesso biologico femminile e sesso biologico maschile, sono stati poi confrontati statisticamente attraverso un T test per campioni indipendenti e ne è stato calcolato l'effect size attraverso la d di Cohen.

L'obiettivo era quello di indagare la presenza di comportamenti varianti di genere sulla percezione nella popolazione fiorentina composta da genitori di bambini di età compresa tra i 3 e i 12 anni, per poterli confrontare con i dati degli studi di Torino, con quelli degli studi stranieri e tra di loro attraverso l'uso del questionario GIQC (Gender Identity Questionnaire for Children) versione italiana di Caldarera et al. (2019).

La ricerca presentata in questa tesi è uno Studio esplorativo sull'identità di genere in età pediatrica, attraverso il GIQC (Gender Identity Questionnaire for Children) nel territorio fiorentino.

Lo studio è Monocentrico. La sede della ricerca è l'Università degli studi di Firenze, Dipartimento di Neurofarba presso l'Area e settore scientifico disciplinare di Psicologia. L'ente finanziatore del progetto è la Fondazione Ospedale Pediatrico Meyer di Firenze.

Partecipanti

Lo studio prevedeva un campione normativo di genitori di bambini di età compresa tra i 3 e i 12 anni raccolto attraverso la partecipazione degli istituti scolastici statali del territorio fiorentino. I genitori di 466 bambini, tra i 3 ed i 12 anni, hanno compilato il questionario

Al campione veniva somministrato il GIQC e la scheda anagrafica.

Per il campione sono stati contattati i dirigenti scolastici degli istituti sparsi per il territorio fiorentino divisi tra scuole dell'infanzia, scuole primarie e scuole secondarie. Una volta ottenuta l'adesione da parte degli istituti scolastici il dirigente ha girato il link del nostro questionario agli insegnanti e gli insegnanti lo hanno girato ai genitori delle loro classi. Il link conteneva una introduzione di presentazione dello studio, il consenso informato, la scheda anagrafica, e il questionario GIQC. È stato utilizzato un metodo di campionamento non trasferibile e di autoselezione, basato sulla capacità e sulla disponibilità dei genitori di partecipare alla ricerca. È stato mantenuto l'anonimato dei genitori attraverso l'applicazione di un codice numerico ID automatico generato attraverso google form.

Solo un questionario è stato scartato a causa del mancato consenso informato.

La scheda anagrafica (vedi allegato) era volta a raccogliere dati anagrafici, personali, informazioni sul sesso di nascita assegnato al bambino, l'età del genitore e del bambino, il livello di istruzione e lo stato civile dei genitori o tutori legali.

Più specificamente, l'educazione dei genitori è stata codificata in otto livelli ordinali consecutivi, a partire dal livello inferiore ("nessuno") fino al livello superiore ("dottorato di ricerca o altri programmi post-laurea"). Lo stato civile è stato codificato come variabile categorica, secondo diverse costellazioni familiari ("genitore single", "sposato/convivente", "vedovo" separato/divorziato").

Il GIQC (Gender Identity Questionnaire for Children) versione italiana (vedi allegato) è un questionario self-report a 16 item, sviluppato da Johnson et al. (2004) come versione riveduta di un questionario di Identità di Genere originariamente sviluppato da Elizabeth e Green (1984). Gli item coprono una serie di caratteristiche di genere, che Johnson et al. hanno considerato aspetti della fenomenologia di base della disforia di genere, e ogni item è stato valutato su una scala Likert a 5 punti per frequenza di occorrenza (tre item contengono anche un'opzione "non applicabile"), con punteggi più alti che riflettono una maggiore tipicità di genere.

Le analisi statistiche sui dati raccolti sul campione, è stata effettuata utilizzando SPSS 21 e Mplus (Muthén & Muthén, 1998-2016).

Misure

In linea con la procedura presentata da Johnson et al. (2004), come fase preliminare, sono stati elaborati i dati descrittivi per ogni voce del GIQC in funzione del sesso di nascita assegnato. Successivamente è stata eseguita un'EFA sulle valutazioni materne e paterne.

Per il campione la procedura di codifica è stata quella utilizzata da Caldarera et al. (2019).

Sono stati confrontati, utilizzando campioni indipendenti, i punteggi GIQC di due sottogruppi di bambini e bambine; sono stati poi confrontati i punteggi GIQC dei sottogruppi di bambini di età diverse (divisi nei tre blocchi di età 3-5, 6-9 e 10-12) ed è stata condotta una modellazione lineare generale per confrontare i bambini in diversi blocchi di età (3-5, 6-9, 10-12) sui punteggi GIQC. In particolare, le analisi multivariate (MANOVA) e univariate della varianza (ANOVA) sono state utilizzate per esaminare le ipotesi di differenze multivariate e univariate legate all'età nella prevalenza dell'identificazione tra i generi, del comportamento tipico maschile e femminile. I confronti a coppie post hoc sono stati calcolati utilizzando la correzione Bonferroni. Le analisi sono state eseguite separatamente sui dataset di bambine e bambini.

L'associazione tra le valutazioni GIQC e il livello di istruzione materna e paterna è stata testata attraverso una correlazione di Spearman.

La procedura in sintesi consisteva in:

Prima fase:

- Contattare i Dirigenti scolastici e raccogliere le adesioni delle scuole.

Seconda fase:

- Invio del link ai Dirigenti scolastici aderenti che a loro volta lo hanno inviato il link alle proprie insegnanti e in seguito girato ai genitori dei propri alunni

Terza fase:

- Raccolta dei dati dei questionari compilati online

Quarta fase:

- Codifica dei dati e creazione del database per la scheda anagrafica e i questionari
- Analisi statistica dei dati dei questionari

Le tipologie di soggetti che hanno preso parte allo studio sono adulti maggiorenni, in grado di esprimere il loro consenso e soggetti di cittadinanza italiana. Altro criterio di inclusione per il campione era che i soggetti sono genitori di bambini di età compresa tra i 3 e gli 12 anni.

I criteri di esclusione per il campione sono la non conoscenza adeguata della lingua italiana e l'assenza di consenso informato. Non erano previsti gruppi vulnerabili.

Non è prevista nessuna forma di incentivo.

Il trattamento dei dati personali prevedeva che i dati venissero raccolti in forma anonima e pseudonimizzata. I dati personali rilasciati sono stati raccolti dalla dottoranda scrivente la tesi afferente al Dipartimento di Neurofarba dell'Università degli Studi di Firenze presso il quale viene effettuato lo studio e trasferiti in forma anonima.

L'anonimizzazione dei dati personali significa che i dati personali conferiti sono stati trattati in modo che non possano più essere attribuiti al partecipante dello studio senza l'utilizzo di informazioni aggiuntive a condizione che tali informazioni aggiuntive sono state conservate separatamente e soggette a misure tecniche e organizzative di protezione. In altre parole, il Dipartimento presso il quale è stato effettuato lo studio ha identificato l'interessato con un codice identificativo al momento del suo coinvolgimento nello studio (compilazione del questionario). Tale codice identificativo viene utilizzato dal Dipartimento al posto del relativo nominativo in ciascuna comunicazione. Il Dipartimento registra, tratta e conserverà i dati personali del partecipante allo studio, come pure qualsiasi altro dato raccolto in merito a questo studio, insieme al rispettivo codice identificativo.

I dati personali saranno conservati per un periodo di 7 anni dalla conclusione dello studio per le finalità dello studio per i quali sono stati raccolti. Qualsiasi dato personale viene eliminato dopo la scadenza del periodo di conservazione applicabile. I soggetti partecipanti allo studio sono informati tramite il foglio informativo.

Il questionario GIQC nella forma somministrata nel nostro studio è riportato in *Appendice I*.

Lettura del questionario

Il questionario da noi utilizzato è adattato per i bambini di età compresa tra i 3 e i 12 anni, e va somministrato ai genitori.

Nel questionario ci sono tre item (1, 9, 12) che hanno una sesta possibilità di risposta (“non gioca con altri bambini” e “non fa giochi di questo tipo”), che se scelta va sempre valorizzata con punteggio “0”.

Come descritto nell’articolo di Calderera, l’analisi delle proprietà psicometriche ha l’esclusione degli item 1-8-15-16, che per questa ragione non vanno conteggiati nello scoring. Tuttavia, li abbiamo lasciati perché in ambito clinico le risposte potrebbero essere utili da un punto di vista descrittivo al professionista che somministra il questionario. Si ottengono tre scale: una relativa alla presentazione cross-gender (CS, include aspetti relativi a identificazione e a giochi di ruolo e di travestimento), e le altre due più relative ad aspetti di comportamento (giocattoli, attività nel tempo libero) stereotipicamente femminile (FTB) e stereotipicamente maschile (MTB).

Per ciascuna scala il punteggio si ottiene calcolando la media dei punteggi degli item che compongono ciascuna scala, come da tabella sottostante:

Scala	Versione Bambino (AMAB)	Versione Bambina (AFAB)
Cross-Gender (CS)	9 – 12 – 13 - 14	9* – 12* – 13 - 14
“Female-Typical Behavior” (FTB)	2* - 4* – 5* - 10*	2* - 4* – 5* - 10*
“Male-Typical Behavior” (MTB)	3* – 6* – 7* - 11*	3* – 6* – 7* - 11*

N.B. Gli item segnati con un asterisco devono essere conteggiati come punteggi reverse, secondo questa corrispondenza:

PUNTEGGIO TRA PARENTESI	PUNTEGGIO DA ASSEGNARE NEL CONTEGGIO
1	5
2	4
3	3
4	2
5	1

Nell'articolo sull'adattamento dello strumento (Caldarera 2017) sono riportati i punteggi del gruppo non clinico, in caso si desideri fare un confronto con la popolazione generale. (Vedi allegato).

Sebbene questi due sottogruppi abbiano percorsi di sviluppo molto diversi che precedono la loro disforia di genere nell'adolescenza e nell'età adulta (ad esempio, nel loro grado di comportamento cross-gender durante l'infanzia) non c'era alcuna differenza significativa nel loro punteggio medio della scala GIDYQ. Questa scoperta era coerente con Smith et al. (2005b), che non ha trovato differenze significative tra maschi e femmine omosessuali ed eterosessuali disforici di genere sul GDS di Utrecht. Sebbene sarebbe importante stabilire l'affidabilità della nostra scoperta negli studi di replicazione, la somiglianza nel grado di disforia di genere concomitante auto-riferita coadiuva il supporto per il concetto di equifinalità (cioè, diversi punti di partenza che portano allo stesso risultato; vedi Cicchetti & Rogosch, 1996).

Analisi dei dati

Nel nostro studio, Lo scoring dei questionari è stato effettuato seguendo la procedura di scoring proposta da Caldarera e colleghi (2019). Dallo scoring si estrae il punteggio per ogni partecipante alle 3 scale del questionario ovvero: cross-gender (CG), Female Typical Behavior (FTB), Male Typical Behavior (MTB).

I dati sono stati analizzati separatamente per sesso biologico femminile e sesso biologico maschile, sono stati poi confrontati statisticamente attraverso un T test per campioni indipendenti e ne è stato calcolato l'effect size attraverso la d di Cohen.

Abbiamo poi confrontato bambini in diversi blocchi di età (3-5, 6-9, 10-12) sui punteggi GIQC. In particolare, i punteggi ad ogni scala, separatamente per il dataset sia del sesso biologico maschio che femmina, sono stati inseriti in una independent sample Analysis of Variance (ANOVA) con fasce di età come fattore tra soggetti. I confronti a coppie sono stati corretti con il metodo Bonferroni per il multiple comparison.

Oltre all'analisi per fasce di età, i punteggi ad ogni scala, per entrambi i sessi biologici, sono stati correlati (r di Pearson) con l'età puntuale (ogni valore di età).

Le differenze in base alla percezione genitoriale tra madri e padri, sia per sesso biologico femminile che maschile, sono state investigate per ogni scala con un paired sample t-test, l'effect size calcolato attraverso la d di Cohen.

Anche le differenze in base all'istruzione genitoriale sono state investigate. I punteggi alle scale CG, FTB, MTB sono stati inseriti in una analisi della varianza (ANOVA) con i livelli di istruzione come fattore tra soggetti (5 livelli di istruzione: superiore, laurea, master, specializzazione, dottorato).

I risultati delle tre scale sono stati ulteriormente confrontati all'interno dei livelli di istruzione definiti 'superiore' e 'laurea' tra madri e padri con un independent sample t-test.

RISULTATI

Età e sesso biologico dei/delle bambini/e

Nella nostra indagine abbiamo ricevuto un totale di 466 risposte relative ai bambini in età compresa fra 3 e 12 anni. Il numero di risposte per bambini con sesso biologico maschile (n=249) e femminile (n=217) risulta abbastanza equilibrato (Fig. 1).

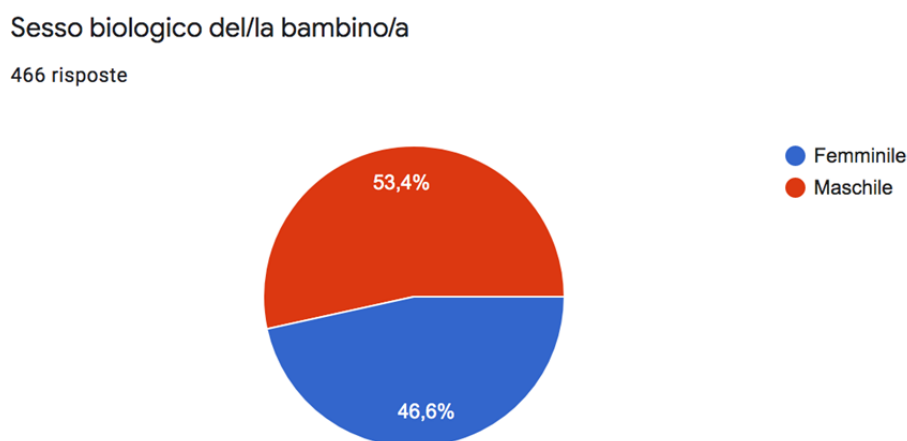


Figura 1. Distribuzione del sesso biologico dei bambini nella popolazione in esame.

L'età media delle due popolazioni (maschi/femmine) di bambini risultava simile (~7 anni; intervallo di età 3-12 anni in entrambi i gruppi) e con una differenza statisticamente poco significativa, ovvero dello 0,27% (Tab. 1).

	Maschi	Femmine
	(n=249; 53,4%)	(n=217; 46,6%)
Media	7,072	7,3318
SD	3,0278	2,9908
Intervallo di età rilevata	3-12	3-12

Tabella 1. Età media e intervallo di età rilevata dei bambini di sesso biologico maschile (Maschi) e delle bambine con sesso biologico femminile (Femmine) nella popolazione oggetto dell'indagine.

Caratteristiche del campione genitoriale

Parentela del campione (grado di parentela nel questionario)

Nel questionario il grado di parentela del compilatore era definito come “padre”, “madre” e “tutore legale”. Al questionario hanno risposto in grande maggioranza le madri (n=427; 91,6%) rispetto ai padri (n=38; 8,2%). Una sola risposta è stata redatta dal Tutore legale (Fig. 2).

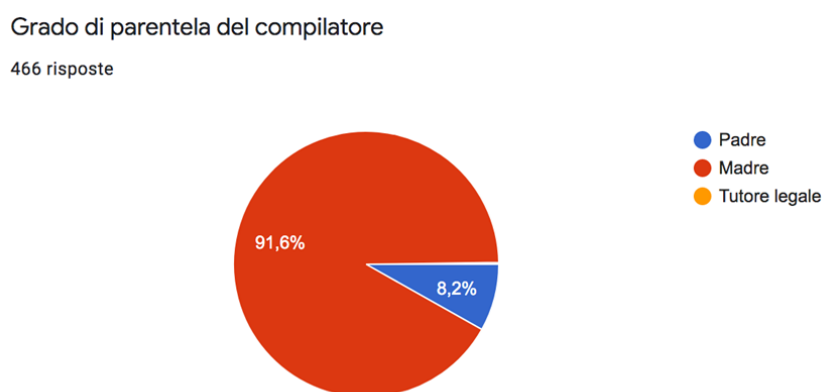


Figura 2. Distribuzione del grado di parentela dei compilatori. Nel grafico la percentuale rappresentata dal tutore legale (0,2%) non è apprezzabile.

Età del campione genitoriale

L'età delle madri è leggermente inferiore a quella dei padri e molto simile a quanto riportato da Caldarera e Colleghi (2019).

Età	Padre	Madre	Tutore legale
	(n=38; 8,2%)	(n=427; 91,6%)	(n=1; 0,2%)
Media	43,2632	40,6502	31
SD	6,3658	5,8089	0
Intervallo età	32-62	22-55	31

Tabella 2. Età del campione suddivisa per genitorialità come rilevato nell'item “grado di parentela” del questionario.

Stato civile del campione

Il campione era formato in maggioranza (>86%) da genitori sposati e conviventi o conviventi indipendentemente dallo stato civile (Tab. 3).

Stato civile	Padre	Madre	Tutore legale
Coniugato/a e/o convivente	33	379	0
Altro (vedovo/a-single-separato)	5	48	1

Tabella 3. Stato civile e convivenza dei compilatori che hanno partecipato all'indagine suddivisi per genitorialità.

Indicatori di genere risultanti dal questionario a confronto del sesso biologico dei bambini

Uno degli obiettivi principali del presente studio era rilevare se dalla compilazione dei questionari potesse emergere l'osservazione da parte dei genitori di comportamenti dei figli indicativi di una varianza rispetto a quelli attesi sulla base del sesso biologico. Come indicatori sono stati utilizzati i punteggi caratterizzanti il comportamento maschile, femminile o "cross gender" correlandoli con il sesso biologico dei bambini.

Come riportato nella Tabella 4, i punteggi più alti relativi alla scala di comportamento tipico maschile (Male Typical Behavior: MTB) sono risultati associati al sesso biologico maschile e quelli più alti relativi alla scala di comportamento tipico femminile (Female Typical Behavior: FTB). Invece, relativamente ai punteggi che definiscono una situazione "cross gender" (CG), i punteggi sono risultati più alti nel sesso biologico femminile rispetto al maschile.

Attraverso un independent sample t-test, è emersa una differenza significativa tra il valore FTB tra sesso biologico maschile e sesso biologico femminile ($t(464)=-30,022$; $p<.001$), con un effect size di 2,79 . Analogamente significativa risultava la differenza per il valore MTB tra sesso biologico maschile e sesso biologico femminile ($t(464)=20,774$; $p<.001$) con un effect size di 1,93. Infine, la differenza per il valore CG tra sesso biologico maschile e sesso

biologico femminile ($t(464)=-8,812$; $p<.001$) con un effect size di 0,82 risultava significativa indicando una maggiore frequenza di comportamento cross gender nelle femmine rispetto ai maschi.

	Ragazzi n=249		Ragazze n=217		d di Cohen
	M	SD	M	SD	
FTB	1,80	0,68	3,66**	0,65	2,79
MTB	3,51	0,68	2,20**	0,66	1,93
CG	3,73	0,87	4,40**	0,76	0,82

Tabella 4. Punteggi risultanti dagli item del questionario che definiscono il comportamento di genere riportati relativamente al sesso biologico. ** $p<0.001$ (independent sample t-test). MTB (Male Typical Behavior): comportamento tipico maschile; FTB (Female Typical Behavior): comportamento tipico femminile; CG (Cross-Gender) comportamento cross-gender.

Sia nella scala MTB, FTB, che per i CG, i bambini e le bambine hanno ottenuto punteggi significativamente diversi, con le bambine che hanno riportato punteggi che indicano livelli più bassi di conformità di genere rispetto ai ragazzi. Ciò significa che, nel nostro campione, le ragazze, in media, hanno mostrato un comportamento mascolino, in maniera più evidente, rispetto ai ragazzi. Ciò corrisponde all'osservazione che, nella maggior parte delle società occidentali, una ragazza con una gestualità, un abbigliamento e che simula comportamenti da “maschiaccio” è molto più tollerata o accettata, rispetto ad un ragazzo che mostra un comportamento femminile, il più delle volte associato a fragilità.

Confronto dei punteggi delle tre scale per sesso biologico e fasce di età

I punteggi al questionario sono stati ulteriormente investigati in funzione dell'età dei bambini. Più nello specifico, i punteggi relativi alle 3 scale sono stati confrontati, per sesso biologico maschio o femmina, tra le seguenti fasce di età: 3-5; 6-9, 10-12 anni (Tab. 5). Queste fasce di età sono state scelte per consentire un confronto con lo studio di Caldarera e Collaboratori (Caldarera et al., 2019), condotto sulla popolazione torinese.

	Ragazzi			Ragazze		
	età 3-5 n=94	età 6-9 n=85	età 10-12 n=70	età 3-5 n=71	età 6-9 n=82	età 10-12 n=64
FTB	1,93; sd=0,66	1,73; sd=0,68	1,70; sd=0,69	3,61; sd=0,66	3,75; sd=0,63	3,61; sd=0,65
MTB	3,50; sd=0,63	3,52; sd=0,76	3,50; sd=0,66	2,17; sd=0,52	2,25; sd=0,71	2,17; sd=0,73
CG	3,87; sd=0,87	3,68; sd=0,93	3,58; sd=0,77	4,39; sd=0,86	4,45; sd=0,69	4,34; sd=0,76

Tabella 5. Punteggi risultanti dagli item del questionario che definiscono il comportamento di genere riportati relativamente al sesso biologico e a tre fasce di età. MTB (Male Typical Behavior): comportamento tipico maschile; FTB (Female Typical Behavior): comportamento tipico femminile; CG (Cross-Gender) comportamento cross-gender. I dati sono riportati come media del punteggio e deviazione standard (sd).

Come riportato nella Tabella 5, la suddivisione per fasce di età dei punteggi relativi alle differenti scale non faceva emergere differenze significative di punteggio nelle tre fasce né relativamente al sesso biologico maschile [scala FTB: $F(2,248) = 3.008$, $p = 0.051$; scala MTB ($F(2,248) = 0.58$, $p = 0.944$; scala CG: $F(2,248) = 2.457$, $p = 0.088$; ANOVA]. Analogamente, per il sesso biologico femminile non sono emerse differenze significative per quanto riguarda la scala FTB ($F(2,216) = 1.219$, $p = 0.298$); la scala MTB ($F(2,216) = 0.301$, $p = 0.740$) e la scala CG ($F(2,216) = 0.365$, $p = 0.695$).

Questi dati indicano l'assenza di una fascia di età particolarmente soggetta ad un comportamento con varianza di genere sia nei bambini maschi che nelle femmine della popolazione fiorentina. Nonostante ciò, dalla Tabella 5 appare visibile nel sesso biologico maschile una tendenza ad una riduzione dei punteggi correlabili a comportamenti FTB e CG, ma non MTB, con l'avanzare dell'età. Questa tendenza sembra assente nel sesso biologico femminile.

Correlazione dei punteggi delle tre scale per età puntuale e sesso biologico

Sulla base dei dati soprariportati abbiamo quindi ipotizzato che l'analisi per fasce d'età non fosse sufficientemente sensibile per rivelare statisticamente possibili tendenze che si

evolvessero con l'età in maniera graduale e quindi abbiamo analizzato nuovamente i dati correlando i punteggi con l'età puntuale di ogni singolo soggetto.

Da questa analisi è stato possibile evidenziare una correlazione negativa significativa per il sesso biologico maschile tra le scale FTB (Fig. 3) e CG (Fig. 4) con l'età dei bambini mentre la scala MTB si è dimostrata non sensibile al crescere dell'età. Per quanto riguarda il sesso biologico femminile, nessuna delle correlazioni tra il valore delle scale e l'età delle bambine è significativa. I dettagli statistici delle analisi di correlazione sono riportati nelle Tabelle 6 e 7 (sesso biologico maschile e femminile, rispettivamente).

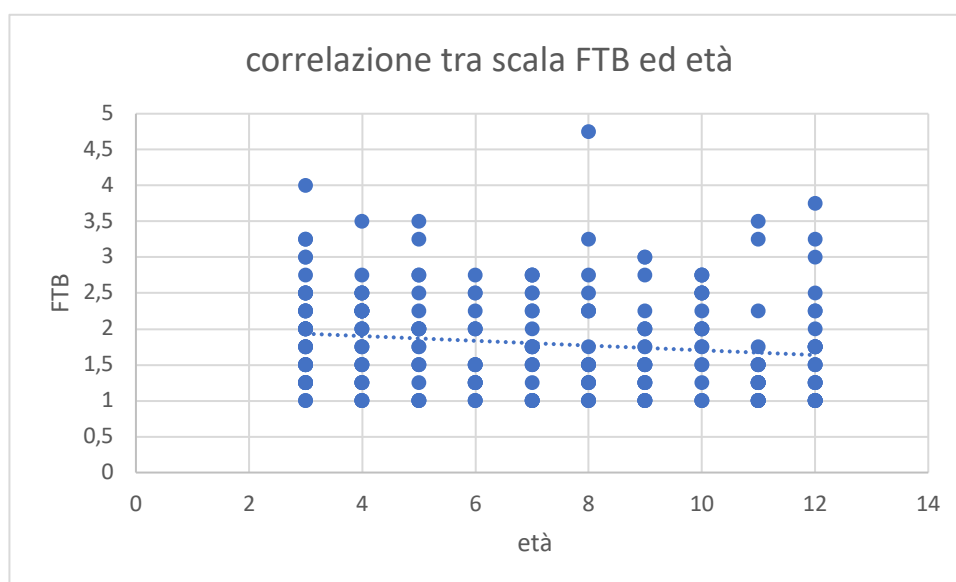


Figura 3. Correlazione tra punteggio FTB ed età nel sesso biologico maschile. Si noti che all'aumentare dell'età il valore FTB tendenzialmente diminuisce. La correlazione risulta statisticamente significativa al test di Pearson (Tab. 6)

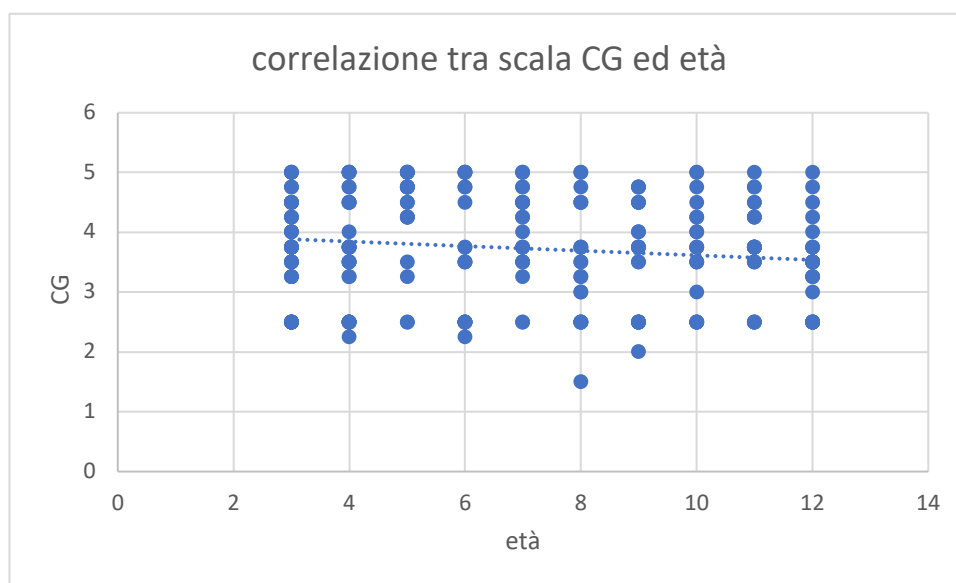


Figura 4. Correlazione tra punteggio CG ed età nel sesso biologico maschile. Si noti che all'aumentare dell'età il valore CG tendenzialmente diminuisce. La correlazione risulta statisticamente significativa al test di Pearson (Tab. 7)

Sesso biologico maschile		CG	FTB	MTB
CG	Correlazione di Pearson Sig (2 code)			
FTB	Correlazione di Pearson Sig (2 code)	0,213** 0,001		
MTB	Correlazione di Pearson Sig (2 code)	0,108 0,088	-0,140* 0,027	
età	Correlazione di Pearson Sig (2 code)	-0,136* 0,032	-0,149* 0,019	0,019 0,764

Tabella 6. Correlazioni statistiche tra le varie scale e le tre scale relativamente all'età nel sesso biologico maschile. Si noti che, come illustrato nei grafici (Figg. 4 e 5) i punteggi CG e FTB nel sesso biologico maschile risultano correlati fra loro, come anche la loro variazione con l'età.

Sesso biologico femminile		CG	FTB	MTB
CG	Correlazione di Pearson			
	Sig (2 code)			
FTB	Correlazione di Pearson	0,522**		
	Sig (2 code)	0,000		
MTB	Correlazione di Pearson	-0,110	-0,165*	
	Sig (2 code)	0,106	0,015	
ETÀ	Correlazione di Pearson	-0,009	-0,007	0,021
	Sig (2 code)	0,894	0,923	0,762

Tabella 7. Correlazioni statistiche tra le varie scale e le tre scale relativamente all'età nel sesso biologico femminile. Si noti che nel sesso biologico femminile i punteggi CG/FTB e FTB/MTB risultano correlati fra loro, ma nessuna delle tre scale risulta correlabile con l'età.

Influenza percezione genitoriale sui punteggi delle tre scale

Come illustrato nella Tabella 8, i punteggi delle tre scale non erano influenzati dal sesso biologico dei genitori indicando che questo non influenzava la percezione dei comportamenti dei figli come evidenziati dalle diverse scale.

	Padri n=38				Madri n=427			
	Ragazzi n=21		Ragazze n=17		Ragazzi n=228		Ragazze n=199	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
FTB	2,90	1,18	2,40	1,12	2,71	1,16	2,60	1,13
MTB	2,65	0,78	3,07	0,99	2,85	0,95	2,98	0,92
CG	4,04	1,06	4,03	0,98	4,10	0,86	3,97	0,89

Tabella 8. Punteggi delle tre scale di comportamento percepito dai genitori suddivisi tra quelli riportati dai padri e dalle madri. I dati sono espressi come media (M) e deviazione standard (SD).

Come riportato nella Tabella 9, relativamente al sesso biologico maschile i punteggi assegnati dai padri e dalle madri non differivano statisticamente per nessuna delle tre scale [*MTB*: $t(247)=0,898$; $p=0,370$; *FTB*: $t(247)=-0,720$; $p=0,472$; *CG*: $t(247)=0,248$; $p=0,804$].

	Padri n=38		Madri n=427		d di Cohen
	Ragazzi n=21		Ragazzi n=228		
	Media	SD	Media	SD	
FTB	2,90	1,18	2,71	1,16	0,16
MTB	2,65	0,78	2,85	0,95	0,23
CG	4,04	1,06	4,10	0,86	0,06

Tabella 9. Confronto dei punteggi riportati dalle madri e dei padri nelle tre scale relativamente al sesso biologico maschile. I dati sono espressi come media e deviazione standard (SD).

	Padri n=38		Madri n=427		d di Cohen
	Ragazze n=17		Ragazze n=199		
	Media	SD	Media	SD	
FTB	2,40	1,12	2,60	1,13	0,17
MTB	3,07	0,99	2,98	0,92	0,09
CG	4,03	0,98	3,97	0,89	0,06

Tabella 10. Confronto dei punteggi riportati dalle madri e dei padri nelle tre scale relativamente al sesso biologico maschile. I dati sono espressi come media e deviazione standard (SD).

Analogamente, relativamente al sesso biologico femminile i punteggi assegnati dai padri e dalle madri alle tre scale non evidenziavano differenze statisticamente significative [*MTB*:

t(214)=-0,406; p=0,685; **FTB**: t(214)=0,728; p=0,467; **CG**: t(214)=-0,257; p=0,797; Tab. 10].

Livello di istruzione dei genitori

La composizione della popolazione di compilatori dal punto di vista di livello di istruzione, basandosi sulle risposte specifiche al questionario, risultava per circa un terzo rappresentata da genitori con diploma di studi superiore, mentre solo il 15% riportava di avere un titolo di licenza media o nessuno. Il 50% circa degli intervistati aveva un titolo di Laurea o superiore (Fig 5).

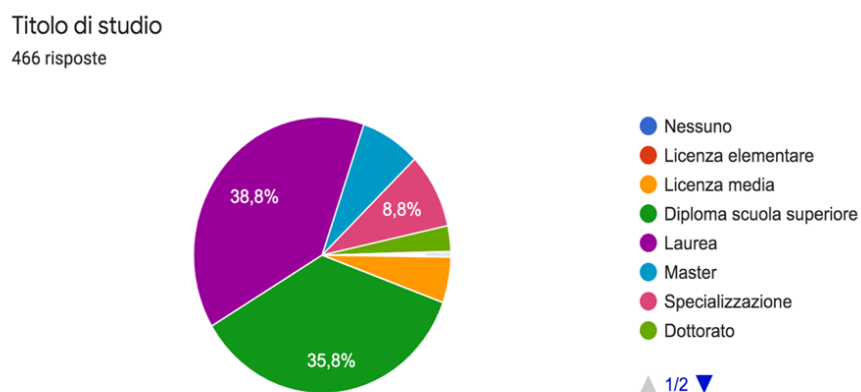


Figura 5. Livello di istruzione dei genitori. Distribuzione percentuale dei differenti titoli di studio.

Inoltre, abbiamo voluto accertarci che la popolazione di padri e madri pur numericamente non equilibrata fosse omogeneamente rappresentativa per livello di istruzione. Come riportato in Tabella 11, la distribuzione di livello di istruzione fra padri e madri risultava paragonabile considerando tre fasce principali: Licenza Media o inferiore; Diploma di Scuola Superiore e Diploma di Laurea o superiore.

	Padri n=38	Madri n=427
Nessuno	3%	9%
Licenza media	10%	5%
Diploma scuola superiore	37%	36%
Laurea	29%	40%
Master	13%	7%
Specializzazione	3%	9%
Dottorato	5%	3%

Tabella 11. Distribuzione di livello di istruzione fra padri e madri

Analisi dell'influenza del livello di istruzione sui punteggi delle tre scale

Nella tabella 12 sono riportati i punteggi attribuiti alle tre scale da padri e madri in funzione del loro grado di istruzione.

	Padri			Madri		
	CG	FTB	MTB	CG	FTB	MTB
Nessuno	4,25; SD=0,70	1,25; SD=0,35	3,25; SD=0,70	/	/	/
Licenza elementare	/	/	/	/	/	/
Licenza media	3,87; SD= 0,83	2,61; SD=1,16	3,15	4,5; SD=1	2,66; SD=1,19	2,59; SD=0,96
Diploma scuola superiore	3,92; SD= 1,08	2,35; SD=1,22	2,87; SD= 0,85	3,95; ds=0,91	2,58; SD= 1,13	2,87; SD= 0,99
Laurea	4,13; SD=0,83	2,85; SD=1,09	3,02; SD= 0,79	4,07; SD=0,91	2,69; SD= 1,14	2,92; SD=0,88
Master	4,36; SD=0,87	3,39; SD=1,30	2,36; SD=1,35	4,13; SD= 0,84	2,88; SD=1,11	2,80; SD=0,90
Specializzazione	3,63; SD=1,59	2,13; SD=1,59	2,38; SD=1,59	4,25; SD=0,72	2,82; SD=1,09	2,96; SD=0,86
Dottorato	4,31; SD=0,75	3,38; SD=0,63	2,81, SD=1,23	4,04; SD=0,92	2,64; SD=1,21	3,02; SD=1,04
Altro	/	/	/	3,9375, SD=1,09	3,19; SD=1,37	2,63; SD=0,59

Tabella 12. Confronto dei punteggi riportati dalle madri e dei padri nelle tre scale in funzione del livello di istruzione

Non sono state rilevate differenze statisticamente significative ascrivibili al grado di istruzione tra punteggi attribuiti da padri e madri nelle tre scale [(F(4, 734) = 2,146, p = 0,074; $\eta^2_p = 0,12$); FTB (F(4, 734) = 2,014, p = 0,087; $\eta^2_p = 0,11$); MTB (F(4, 734) = 0,702 p = 0,591; $\eta^2_p = 0,004$)].

Per accertarci ulteriormente che la scolarità in generale non influisse sulle risposte, abbiamo analizzato i punteggi sulla base del livello di istruzione diviso in 2 fasce (istruzione fino a diploma di scuola superiore e istruzione a livello di Laurea o superiore; Tabella 13).

Fascia istruzione inferiore	49%
Fascia istruzione superiore	51%

Tabella 13. Livello di istruzione per fasce globali espresso in percentuale dei partecipanti. La fascia di istruzione inferiore include anche ISEF e altre formazioni (~6%)

Per quanto riguarda il livello di istruzione fino alla scuola superiore (Tabella 14), nei punteggi attribuiti alle tre scale non ci sono differenze significative tra madri e padri [CG: $t(275)=0,172$, $p=0,863$; FTB: $t(275)=0,981$, $p=0,328$; MTB : $t(275)= 0,008$, $p=0,993$].

	CG	FTB	MTB
Nessuno	4.25, SD=0.70	1.25, SD=0.35	3.25, SD=0.70
Licenza elementare	/	/	/
Licenza media	4.31, SD=0.91	2,66, SD=1,19	2.93 SD=0.98
Diploma superiore	3.92, SD=1.18	2,48, SD=1,23	2.87, SD= 0.99

Tabella 14. Confronto per fasce di istruzione inferiore o uguale al diploma di scuola superiore. I dati sono espressi come media e deviazione standard (SD).

Analogamente, non ci sono differenze significative tra madri e padri per quanto riguarda il livello di istruzione Laurea o superiore [Tabella 15; CG: $t(289)=-0,296$, $p=0,768$; FTB: $t(289)=-0,594$, $p=0,553$; MTB : $t(289)= 0,508$, $p=0,612$].

	CG	FTB	MTB
Laurea	4.07, SD=0.90	2.70, SD=1.14	2.93, SD=0.87
Master	4.16, SD=0.84	2.95, SD=1.14	2.74, SD=0.98
Specializzazione	4.24, SD=0.74	2.80, SD=1.09	2.94, SD=0.87
Dottorato	4.08, SD=0.89	2.75, SD=1.16	2.99, SD=1.05

Tabella 15. Confronto per fasce di istruzione pari o superiore alla Laurea. I dati sono espressi come media e deviazione standard (SD).

Infine, abbiamo effettuato un'analisi per scolarità suddivisa nelle due fasce senza distinzione fra padri e madri, senza rilevare differenze statisticamente significative (Tabella 16).

	CG	FTB	MTB
Fascia istruzione inferiore	4.16, SD= 0.93	2.13, SD=0.92	3.01, SD=0.89
Fascia istruzione superiore	4.14, SD= 0.84	2.80, SD= 1.14	2.90, SD= 0.94

Tabella 16. Confronto per fasce di istruzione globali. I dati sono espressi come media e deviazione standard (SD).

DISCUSSIONE

In questo studio è stato somministrato il questionario Gender Identity Questionnaire for Children (GIQC) alla popolazione fiorentina per investigare la percezione genitoriale sui comportamenti di genere e varianti di genere dei propri figli di fascia di età 3-12 anni.

Come prevedibile, dalle nostre analisi abbiamo riscontrato un valore alla scala FTB più alto per bambini con sesso biologico femminile rispetto al maschile ed un valore alla scala MTB più alto per bambini con sesso biologico maschile rispetto al femminile. Relativamente alla scala CG invece abbiamo riscontrato un valore significativamente più alto nelle bambine e quindi una maggiore frequenza di comportamento cross gender nelle femmine rispetto ai maschi.

Non sono emerse differenze nelle tre scale dei questionari tra le fasce di età 3 -5, 6-9, 10-12 anni, tuttavia dall'analisi correlazionale sull'età emerge che per bambini di sesso biologico maschile, all'incrementare dell'età, diminuiscono i valori alle scale FTB e CG, di conseguenza, diminuisce il comportamento di genere femminile e cross gender. Non vi sono invece variazioni in funzione dell'età per quanto riguarda bambini di sesso biologico femminile.

Non sono emerse differenze tra le scale tra madri e padri, né per bambini dal sesso biologico maschile, né femminile. Inoltre, neanche il livello di educazione aveva un peso, né a livello globale, né considerando la distinzione madre -padre.

Nel contesto italiano questo studio è stato preceduto solo da un'analogica ricerca nel territorio torinese (Caldarera et al., 2019).

Lo studio sulla popolazione fiorentina indica che nella maggioranza dei casi i comportamenti di genere sono coerenti con il sesso biologico nella maggioranza dei maschi e delle femmine. Questo nostro dato è in accordo con i risultati di Caldarera, infatti anche nel territorio torinese è emerso lo stesso risultato. Mentre questo risultato è atteso, interessante è notare che la tendenza cross gender del nostro campione è maggiore nelle femmine rispetto ai maschi. Questo dato mostra che il comportamento cross gender, ovvero le dichiarazioni o desiderio di essere dell'altro sesso, non solo differisce nel territorio toscano in base al sesso biologico

dei bambini, ma questo risultato si discosta anche dalla realtà del territorio torinese. Nel lavoro di Caldarera (2019) infatti, il valore alla scala CG è al contrario maggiore nei bambini con sesso biologico maschile rispetto alle femmine. Questo lavoro è il primo quindi a mostrare delle differenze per quanto riguarda caratteristiche cross gender tra due zone del territorio italiano, sottolineando quindi variazioni all'interno della nazione stessa.

Relativamente all'analisi delle variazioni in funzione dell'età, troviamo che comportamenti cross gender diminuiscono con la crescita in bambini con sesso biologico maschile. Questo dato differisce dalla realtà torinese. Infatti, Caldarera e colleghi nel loro lavoro trovano un aumento di questi comportamenti con la crescita nel sesso biologico maschile. È quindi la scala cross gender a mostrare delle variazioni tra i due campioni, mentre in linea con quanto riportato da Caldarera nel territorio torinese, la scala FTB diminuisce in funzione della crescita e non c'è correlazione significativa con MTB.

Per quanto riguarda invece l'analisi dell'età per bambini dal sesso biologico femminile, non troviamo, a differenza di Caldarera, differenze tra le fasce di età. Nel lavoro di Caldarera emergeva invece che nella scala CG mostravano una modesta ma significativa correlazione con l'età nell'intero campione, e nel campione maschile, ma non era correlata con l'età nel campione femminile. Nel campione femminile, l'età mostrava una significativa correlazione negativa sia con la MTB che con la scala FTB. Nel campione maschile, invece, l'età mostrava una correlazione negativa con la FTB mentre non emergeva alcuna correlazione significativa con la MTB. Nel loro intero campione, l'età era negativamente correlata con la FTB mentre non emergeva alcuna correlazione con la MTB.

Nel nostro studio sia per la MTB, FTB, che per i CG, i bambini e le bambine hanno ottenuto punteggi significativamente diversi, con le bambine che hanno riportato punteggi che indicano livelli più bassi di conformità di genere rispetto ai ragazzi. Ciò significa che, nel nostro campione, le ragazze, in media, hanno esibito con maggiore frequenza ed intensità, un comportamento più mascolino, rispetto ai ragazzi. Ciò corrisponde all'osservazione che, nella maggior parte delle società occidentali, una ragazza "maschiaccio" è ancora molto più accettata di un ragazzo che mostra un comportamento femminile (Feinman, 1981; Lee & Troop-Gordon, 2011).

In linea con i risultati di Johnson et al. (2004), abbiamo riscontrato che i punteggi tendono a diventare meno varianti di genere con l'aumentare dell'età, anche se questo effetto non sembra seguire una tendenza lineare ed è generalmente più pronunciato tra i ragazzi. Così, soprattutto tra i ragazzi, sembra che i bambini tendano a diventare più tipici del genere con l'aumentare dell'età e l'inizio della pubertà. Questa tendenza dei punteggi di indicare comportamenti meno variabili di genere all'aumentare dell'età è coerente con quanto osservato da Bussey e Bandura (1999): i bambini, nel processo di crescita, sono più coinvolti nel mondo sociale e quindi più soggetti a influenze sociali. Tale gamma di influenze sociali include le interazioni tra pari, la rappresentazione mediatica dei ruoli di genere, e le pratiche educative, rendendoli più consapevoli delle sanzioni sociali per i comportamenti non-normativi. Inoltre, questo risultato sembra essere in linea con i risultati precedenti, evidenziando la tendenza delle femmine a mostrare una maggiore variazione nel comportamento di tipo sessuale rispetto ai maschi a causa delle differenze nella pressione sociale vissuta da ragazzi e ragazze per conformarsi a comportamenti atipici di genere (Blakemore, Berenbaum, & Liben, 2009; Golombok, Ruggine, Zervoulis, Golding, & Hines, 2012).

Inoltre, è importante prendere in considerazione il contenuto degli item del GIQC: molti di essi si riferiscono al comportamento di gioco. Poiché le ragazze maturano prima dei ragazzi, i loro punteggi abbassati possono riflettere solo un minore interesse per alcuni tipi di gioco. In uno studio che ha testato il cambiamento delle preferenze per le attività ricreative dei bambini dai 5 ai 13 anni, Cherney e London (2006) hanno scoperto che, mentre le preferenze dei ragazzi per i giocattoli stereotipati di genere non sono cambiate in modo significativo, "l'interesse delle ragazze a giocare con i giocattoli stereotipati di genere è diminuito man mano che crescevano".

Tuttavia, dobbiamo prendere in considerazione alcuni limiti: lo studio è stato condotto su un campione non probabilistico della popolazione generale, dato che, in Italia, il numero di bambini riferiti a cliniche specializzate e di identità di genere è ancora basso (i servizi sono relativamente nuovi). Quando si rendesse disponibile un campione di genere sufficientemente ampio, le proprietà psicometriche della versione italiana del GIQC

dovrebbero essere nuovamente verificate e la sensibilità e la specificità dello strumento dovrebbe essere verificata, proprio come ha fatto Johnson et al. (2004).

Da questo punto di vista va anche sottolineato che, a causa della pandemia, nel presente studio non è stato possibile somministrare il questionario ad entrambi i genitori. Nonostante che all'analisi statistica dei nostri dati i punteggi nelle risposte dei padri non differissero da quelli delle madri, dato lo squilibrio numerico dei due gruppi non abbiamo dati sufficienti che dimostrino se la percezione del genitore padre differisce da quella della madre.

Inoltre, questo studio si è concentrato solo sulle valutazioni dei genitori, senza confrontarle con altre fonti di informazione, come le interviste ai bambini, le osservazioni sul comportamento da parte di psicologi o le valutazioni degli insegnanti. Le ricerche future dovrebbero completare questo aspetto.

Pur tenendo conto dei suddetti limiti, i nostri risultati sollevano altre due questioni da analizzare negli studi futuri.

In primo luogo, la diminuzione dei punteggi FTB e CG con l'aumentare dell'età nei bambini con sesso biologico maschile deve essere ulteriormente esplorata, per esempio, esaminando possibili legami con altri tratti come l'auspicabilità sociale, gli atteggiamenti dei genitori, o le relazioni tra pari, o anche utilizzando un disegno longitudinale.

Infine, poiché non abbiamo indagato i fattori interculturali, non è chiaro in che misura la struttura dei fattori differisce da quella presentata da Johnson et al. (2004) a causa delle differenze culturali. Pertanto, uno studio interculturale, che esamini la struttura dei fattori sia in un gruppo clinico che in un gruppo non clinico, aiuterebbe a raggiungere una migliore comprensione della questione.

Anche se questi aspetti devono ancora essere approfonditi, questo studio ha reso disponibili i punteggi parziali della popolazione generale fiorentina, rendendo possibile (1) sviluppare nuovi studi sullo sviluppo di genere in Italia e (2) fare confronti con dati nazionali e di altri paesi.

Evoluzione degli strumenti per indagare l'identità di genere e la sua varianza: lo sviluppo del GIQC

L'identità di genere è considerata, per la maggior parte delle persone, un aspetto centrale del proprio senso di sé. Intorno ai 3 anni di età, se non prima, la maggior parte dei bambini può auto-etichettarsi come un ragazzo o una ragazza (11–14) anche se la teoria del genere cognitivo-evolutivo suggerisce che la comprensione del genere come un aspetto "invariante" del sé non si verifica fino alla prima e media infanzia, con il raggiungimento di un pensiero operativo concreto. Le differenze di genere nell'adozione del comportamento del ruolo di genere, cioè il comportamento associato alle definizioni culturali di mascolinità e femminilità, emergono anche durante gli anni prescolastici, se non prima. Questi comportamenti abbracciano vari domini, tra cui giochi, giochi di ruolo e preferenze di attività.

La ricerca sullo sviluppo normativo ha da tempo documentato che, in media, sia l'identità di genere che i comportamenti di ruolo di genere mostrano differenze significative e sostanziali tra i sessi. Più tardi nello sviluppo, l'orientamento sessuale mostra anche una sostanziale differenza tra i sessi, cioè la maggior parte dei maschi sono sessualmente attratti dalle femmine e la maggior parte delle femmine sono sessualmente attratte dai maschi.

Negli anni 1950 e 1960, una limitata letteratura clinica ha iniziato a descrivere la fenomenologia dei bambini che mostravano un comportamento marcato variante di genere, incluso il forte desiderio di essere dell'altro genere. I volumi successivi di Stoller (1968) e Green (1974) forniscono descrizioni più complete di tali bambini.

Questi primi lavori sono stati il seguito dell'introduzione del termine diagnostico Gender Identity Disorder (GID: disturbo dell'identità di genere) dell'infanzia nella nomenclatura psichiatrica nella terza edizione del Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM-III), attualmente denominata disforia di genere nel DSM-5. Dal 1980, la ricerca empirica ha esaminato una serie di parametri relativi al disturbo dell'identità di genere/disforia di genere: epidemiologia, metodi diagnostici e di valutazione, psicopatologia associata, meccanismi causali e approcci terapeutici. Un parametro aggiuntivo riguarda il decorso evolutivo del disturbo dell'identità di genere nei bambini.

Nella letteratura iniziale, è stato ipotizzato da alcuni che il comportamento pervasivo della variante di genere nei bambini potrebbe essere un predittore di disturbo dell'identità di genere in età adulta (chiamato transessualismo nel DSM-III). Allo stesso tempo, è stato anche riconosciuto che il comportamento di variante di genere nell'infanzia era associato all'orientamento sessuale (nei maschi, androfilia, cioè attrazione sessuale per gli uomini; nelle femmine, ginefilia, cioè attrazione sessuale per le donne), ma senza disforia di genere concomitante.

Ad oggi, ci sono stati almeno 10 studi di follow-up su bambini il cui comportamento era coerente con la diagnosi DSM di disturbo dell'identità di genere (o disforia di genere per DSM-5). In tutti questi studi, l'anno al momento della prima valutazione nell'infanzia variava dal 1952 al 2008. Per i 9 studi che includevano ragazzi, le dimensioni del campione (esclusi quelli persi al follow-up) variavano da 6 a 79 (età media, 26 anni). La maggior parte di questi studi ha anche fornito l'età al momento della prima valutazione nell'infanzia, che variava da una media di 7 anni (47) a una media di 9 anni (48), con una fascia di età da 4 a 12 anni.

Al momento del follow-up, utilizzando diverse metriche (ad esempio, intervista clinica, rapporto materno, misurazione dimensionale della disforia di genere, una diagnosi DSM di disturbo dell'identità di genere, ecc.), questi studi hanno fornito informazioni sulla percentuale di ragazzi che hanno continuato ad avere disforia di genere (qui definiti "persistenti") e la percentuale di ragazzi che non lo hanno fatto (definiti "desisters"). Dei 53 ragazzi selezionati dagli studi relativamente piccoli (Bakwin (1968), Davenport (1986), Kosky (1987), Money e Russo (1979), Zuger (1966)), la percentuale classificata come persistenti era del 9,4% (fascia di età al follow-up, 13-30 anni). In Baldaro-Verde (1991), la percentuale di persistenti è stata del 2% (totale n = 44; Età media al follow-up, 19 anni; intervallo, 14-24); in Wallien e Cohen-Kettenis (2008), la percentuale di persistenti è stata del 20,3% (totale n = 59; Età media al follow-up, 19,4 anni; intervallo, 16-28); e in Steensma et al. (2013), la percentuale di persistenti era del 29,1% (totale n = 79; Età media al follow-up, 16,1 anni; intervallo, 15-19). In tutti gli studi, la percentuale di persistenti è stata del 17,4% (N totale = 235), con un intervallo compreso tra 0 e 29,1%.³

Questi studi hanno anche fornito informazioni sull'orientamento sessuale dei ragazzi al momento del follow-up. Nei primi studi, l'orientamento sessuale è stato accertato da varie

fonti (ad esempio, interviste aperte con il paziente, rapporto dei genitori, informazioni sul grafico, ecc.).

Negli studi più recenti, l'orientamento sessuale è stato valutato in modo più sistematico, come l'uso di un'intervista strutturata per assegnare una valutazione basata su scala Kinsey¹ dell'orientamento sessuale nella fantasia e una valutazione dell'orientamento sessuale nel comportamento, fittizia codificata dove uno 0 = ginefilia e un 6 = androfilia. Dei 53 ragazzi selezionati dagli studi relativamente piccoli (op. cit.), 13 (34,2%) dei pazienti sono stati classificati come ginefili e 25 (65,8%) sono stati classificati come bifili/androfili. Nei restanti 15 pazienti (28,3% dei campioni combinati), il loro orientamento sessuale era incerto o sconosciuto.

Il ruolo della percezione sociale nella varianza dell'identità di genere

La varianza dell'identità di genere nei minori sta guadagnando una crescente copertura, nonostante sia ancora un argomento sottorappresentato nella letteratura scientifica. Recenti ricerche internazionali hanno identificato una relazione tra varianza di genere nei minori, principalmente adolescenti, e livelli elevati di disturbi depressivi e d'ansia e aumento dei casi di autolesionismo e ideazione suicidaria. Al contrario, alcune ricerche suggeriscono che le espressioni di disagio e psicopatologia associate alla varianza dell'identità di genere, specialmente nelle diagnosi di disforia di genere (DSM-5) e incongruenza di genere (ICD-11), possono essere principalmente collegate allo stigma sociale esistente e alle reazioni negative della società, degli amici e della famiglia.

La percezione sociale come “causa” del disagio psichico?

Nei paesi occidentali è in corso un dibattito riguardo alla legittimità di includere il disordine di identità di genere tra i disturbi mentali. Questo è vero, in particolar modo per il disordine di identità di genere diagnosticato nell'infanzia poiché, nella maggior parte dei casi, esso

¹ La scala Kinsey (in inglese, *Kinsey scale* o *Heterosexual-Homosexual Rating Scale*) è un sistema di classificazione degli orientamenti sessuali nell'essere umano. Fu ideata dal biologo e sessuologo statunitense Alfred Kinsey (1894-1956). Rappresenta uno dei primi tentativi, se non l'unico in ambito scientifico moderno, di introdurre il concetto di una sessualità umana le cui sfaccettature non siano rappresentate a compartimenti stagni, ma secondo un criterio di gradualità anche nel medesimo individuo, a seconda delle circostanze ambientali e legate all'età.

non si mantiene come tale in età adulta, ma esita in un orientamento sessuale omosessuale. All'interno della stessa American Psychiatric Association coesistono a riguardo posizioni fortemente divergenti. Un simile dibattito è presente anche nella comunità transessuale: se da un lato la permanenza del disordine di identità di genere nelle classificazioni mediche resta l'unica garanzia per ottenere l'accesso a cure mediche e chirurgiche, dall'altro l'accezione di disturbo è sentita come stigmatizzante e ideologica.

Infatti, la definizione di disordine di identità di genere secondo il DSM ha un'utilità clinica in termini diagnostici, ma la sofferenza della persona con disforia di genere e l'inclusione di questa condizione nel DSM come "disturbo" è possibile e valida solo laddove il soggetto ritenga di non essere adeguato a sé o agli stereotipi sociali.

Secondo Lev (2013) "il transgenderismo costituisce una variante normale e potenzialmente sana dell'espressione umana" e "quanti presentano variabilità di genere sperimentano grande angoscia nello sviluppare un autentico e stabile senso di sé" in quanto tentano di "adattarsi e di far fronte a una cultura insostenibile", è importante ricordare che non stiamo parlando di una popolazione omogenea.

Da una parte ci sono persone che, spesso in epoca precoce, sviluppano un senso di angoscia e di disagio rispetto alle caratteristiche sessuate del proprio corpo, vivendo una netta dicotomia tra la loro identità fisica e quella psichica. L'angoscia di queste persone deriva primariamente da questo conflitto, al di là dell'accettazione o meno da parte della società. Dall'altra, ci sono persone con note più o meno sfumate di varianza rispetto al genere, senza un profondo rifiuto del proprio corpo, che manifestano espressioni di genere più o meno incongrue rispetto agli stereotipi sociali e per le quali il problema fondamentale resta quello dell'accettazione da parte della società e delle conseguenze interiori soddisfa le aspettative, poiché i veri problemi sono relativi più alle difficoltà sociali e relazionali, affettive e sessuali, che al rapporto col proprio corpo.

Tuttavia, l'intera comunità scientifica sta cominciando ad ampliare il concetto di identità di genere, finora definito e classificato come dicotomico. Alcuni autori (Bandini et al 2008) hanno introdotto il concetto di "mobilità di genere" o "fluidità di genere", che indica "la capacità di diventare liberamente e consapevolmente uno o più di un numero infinito di generi per un tempo qualsiasi e per qualsivoglia numero di cambiamenti".

A conferma di ciò, si osservano culture in cui non esiste una sovrapposizione così forte fra sesso e genere come nella nostra. Ad esempio, secondo le linee più attuali dell'antropologia culturale, i "berdache" tra i Nativi d'America non rappresentavano persone che avevano effettuato una transizione di genere, quanto piuttosto persone che occupavano un terzo e un quarto genere. Se nella nostra cultura l'anatomia ha un primato sul genere e il genere in ultima analisi non è considerato una categoria distinta quanto piuttosto una mera reiterazione del sesso, in altre culture le categorie di genere possono essere multiple; infatti "le categorie di genere spesso si disegnano sulla percezione di differenze anatomiche tra i corpi, ma queste distinzioni sono sempre mediate da significati e categorie culturali".

Il fenomeno dell'espressione di varianza rispetto al genere è quindi sempre più visibile nella nostra società, in cui l'identità di ruolo non è più così strettamente e costrittivamente legata al nucleo sessuale.

La disforia di genere è un costrutto separato rispetto al semplice essere atipici di genere e gli individui atipici di genere non sperimentano necessariamente un disagio significativo o una diminuzione della proprietà del genere assegnato. La disforia di genere nei bambini più piccoli ha dimostrato di risolversi prima della pubertà senza trattamento, con alcune stime di un tasso di risoluzione tra il 55% e l'80%. Le condizioni comuni di comorbidità con la disforia di genere includono l'autismo e altri fattori tipicamente attribuiti a fattori psicosociali, in particolare ansia, depressione, ideazione suicidaria e suicidio. Il trattamento per la disforia di genere attualmente comporta la riassegnazione di genere, che può includere il cambiamento della propria presentazione sociale e identificazione, nonché l'alterazione corporea tramite terapia ormonale e/o chirurgia. I trattamenti hanno successo nel realizzare la riassegnazione di genere, ma le misure di esito direttamente correlate al disagio o alla proprietà del corpo non sono state in genere considerate o segnalate in passato.

Tuttavia, i dati sono stati presi in considerazione vista la percezione della proprietà del corpo, ma non hanno considerato specificamente l'angoscia nonostante che trattamenti ormonali invertano i cambiamenti anatomici nella rete neurale di percezione delle proprietà del corpo e aumentino i tassi auto-congruenti del proprio corpo.

La natura biologica della disforia di genere e del disagio psichico

La causa esatta della disforia di genere è sconosciuta, ma si ritiene che la causa sia di natura biologica. I dati pubblicati in letteratura supportano la connessione diretta tra le tre dimensioni specificate della disforia di genere e i ruoli funzionali dei substrati e delle reti neurali implicate. Il disagio cronico è una caratteristica distintiva della disforia di genere e più nodi della rete neurale di elaborazione del disagio sono stati trovati alterati negli individui transgender utilizzando più modalità di misurazione.

Il comportamento atipico del genere assegnato è comune negli individui con disforia di genere (con alcune eccezioni a seconda dell'età di esordio e dell'orientamento sessuale) e due nodi della rete neurale coinvolta nel comportamento tipico del genere sono stati trovati diversi negli individui transgender. Anche la rete per la proprietà del corpo e l'auto-percezione è stata trovata alterata: vi sono cambiamenti nella sostanza bianca, nella materia grigia, nella connettività funzionale e nella risposta agli stimoli, compresa la risposta sensoriale alterata da parti del corpo percepite come incongrue con l'identità desiderata. Coerentemente, sono state trovate anche correlazioni tra il trattamento ormonale e i cambiamenti nell'anatomia della rete di proprietà del corpo. Pertanto, le reti di disagio, comportamentali sociali e di proprietà del corpo corrispondono direttamente a una dimensione chiave della disforia di genere e ogni rete ha più nodi alterati negli individui transgender. I dati pubblicati affrontano sufficientemente la causalità tra disforia di genere e alterazione in queste tre reti per concludere che i cambiamenti in tutte queste reti siano secondari alla disforia di genere, un concetto affermato nella letteratura precedente per la rete di proprietà del corpo.

Tuttavia, i dati sopra riportati consentono anche la seguente interpretazione alternativa: che i cambiamenti in queste reti sono causali dell'esperienza di disagio cronico, comportamento atipico di genere e incongruenza tra identità di genere percepita e genere assegnato. Questa visione non minimizza l'impatto negativo noto di vari fattori esterni, ma si concentra invece sullo sviluppo di una comprensione di ciò che la disforia di genere è in realtà a livello biologico.

In contrasto con le teorie esistenti sulla disforia di genere, si può delineare una teoria multisensoriale (Gliske 2020) in cui l'alterazione (possibilmente attivazionale o

organizzativa) nelle reti interagenti di disagio, comportamento sociale e proprietà del corpo porta a cambiamenti dinamici nell'attività di rete, causando l'esperienza soggettiva della disforia di genere e possibili cambiamenti anatomici aggiuntivi, concomitanti e osservabili.

I cambiamenti in questi substrati supportano l'ipotesi che, negli individui con disforia di genere, gli aspetti del disagio cronico, del comportamento non conforme al genere e dell'incongruenza tra percezione dell'identità di genere e sesso corporeo siano direttamente correlati alle differenze neurobiologiche sottostanti.

La teoria multisensoriale quindi propone che la disforia di genere non sia semplicemente dovuta a cambiamenti statici nell'anatomia, come nella precedente teoria del sesso cerebrale opposto, ma includa invece l'attività dinamica su reti funzionali interagenti. Questo aspetto dinamico può spiegare la distinzione della disforia di genere dall'essere atipica di genere, e spiega la varietà di età di insorgenza e casi sia persistenti che desistenti, ed è ancora coerente con i risultati anatomici. I cambiamenti negli ormoni sessuali dovuti alla pubertà (o all'invecchiamento) potrebbero anche influenzare queste reti identificate, spiegando sia la risoluzione senza trattamento nei casi ad esordio infantile sia la possibilità di casi ad esordio tardivo. Pertanto, nel complesso, i dati pubblicati disponibili sono coerenti con la teoria multisensoriale della disforia di genere.

Dato che le condizioni di comorbidità di ansia, depressione, ideazione suicidaria e suicidio sono comunemente attribuite all'avere il sesso cerebrale opposto rispetto al genere assegnato alla nascita e ai fattori psicosociali, estendere il quadro della teoria multi sensoriale per includere fattori predisponenti, precipitanti e perpetuanti consentirà di progredire verso la comprensione delle relazioni causali tra i cambiamenti nelle reti neurali identificate, i fattori esterni e le dimensioni correlate della disforia di genere, scoprendo potenzialmente porte inedite per migliorare la vita di coloro che hanno disforia di genere.

La percezione genitoriale della varianza di genere

L'obiettivo principale del presente studio è stato di indagare la presenza di comportamenti varianti di genere attraverso il questionario GIQC somministrato ad una popolazione fiorentina composta da genitori di bambini di età compresa tra i 3 e i 12 anni, per potere confrontare i dati con quelli di una analoga popolazione di Torino (Caldarera et al., 2019).

Va sottolineato che ancora una volta che il questionario indaga la percezione dei comportamenti di genere dei bambini da parte dei genitori che è un passo importante per potere sviluppare future campagne di informazione volte ad aumentare la consapevolezza dei genitori relativamente alle problematiche di identità di genere. La possibilità di indagare la percezione genitoriale potrebbe permettere di sensibilizzare i genitori a tale diversità e per poter così intervenire precocemente per fornire il supporto necessario al fine di escludere le sofferenze correlate ad una varianza di genere o ad un'identità di genere non conforme.

Studi di ricerca sui bambini con varianza di genere e le loro famiglie hanno dimostrato che la varianza di genere è un fenomeno ampiamente sconosciuto nel senso comune.

In effetti, è stato riscontrato che prima di sperimentarlo in prima persona, la maggior parte dei genitori non aveva mai nemmeno sentito parlare di minori con varianza di genere. Non sapere come nominare l'esperienza e/o come comportarsi sono alcune delle prime sfide che i genitori devono affrontare. I membri della famiglia spesso provano sensi di colpa, imbarazzo, preoccupazione, impotenza, rabbia e/o dolore. I sentimenti di shock e perdita sono associati al mancato soddisfacimento delle aspettative e delle rappresentazioni tipiche comunemente legate al genere del bambino, causando una perdita di certezza.

C'è un'ampia variabilità nei modi in cui una famiglia risponde alla varianza di genere. In alcuni casi, questo comportamento "deviante" è considerato una "fase" di esplorazione passeggera che alcuni credono si risolverà con il tempo. In alcuni studi (in Rigobello et al 2016, e Valerio et al 2013) sulle esperienze dei genitori, viene spesso descritta una situazione ambivalente: da un lato, i genitori desiderano che il loro bambino si esprima liberamente e abbracci la propria identità; d'altra parte, temono per la sicurezza del loro bambino e le reazioni degli altri. Inoltre, alcuni genitori rifiutano di riconoscere l'identità di genere del loro bambino e insistono nell'usare pronomi associati al loro genere biologico e nome di nascita, limitando la libera espressione del genere del loro bambino, nei casi peggiori, con minacce e comportamenti aggressivi. In letteratura, queste situazioni sono state associate a sintomi depressivi e comportamenti suicidi nei minori.

I modi in cui i genitori acquisiscono conoscenza e agiscono sembrano essere guidati da norme culturali e stereotipi di genere. I padri tendono a impiegare più tempo nell'accettare la rivelazione della variante dell'identità di genere del loro bambino, e sono stati descritti

come più propensi a reagire negativamente, con la dimostrazione di disimpegno, disapprovazione o volontà di non essere coinvolti. A questo si associa la discrepanza tra il sostegno di madri e padri all'ansia paterna che la non conformità del loro bambino al genere assegnato possa riflettersi sulla loro mascolinità.

Inoltre, molti autori (in Rigobello et al 2016, e Valerio et al 2013) hanno osservato che l'accettazione dell'identità di genere di un minore può diventare motivo di conflitto se i genitori assumono posizioni diverse su come considerare l'espressione di genere.

Le risposte alla non conformità di genere variano anche a seconda del genere del bambino alla nascita, poiché sembra che i bambini biologicamente femminili che esprimono preferenze "maschili" siano più socialmente tollerati rispetto alle loro controparti maschili. Tuttavia, i genitori che scelgono di essere di supporto nei confronti della non conformità di genere dei loro figli affrontano diverse sfide, specialmente in termini di interazione all'interno di diversi contesti sociali. Una delle maggiori preoccupazioni è proteggere il loro bambino dall'ostracismo, dal bullismo e dalla violenza transfobica.

Le famiglie di minori transgender possono essere vittime di rimprovero e isolamento come forme di stigma secondario solo per sostenere l'espressione di genere del loro bambino. In alcune indagini (Rigobello et al 2016, Valerio et al 2013) è stato constatato che i genitori intervistati hanno formulato una serie di regole per limitare l'espressione di genere del loro bambino in pubblico, stabilendo ciò che è consentito a casa e ciò che è appropriato nei luoghi pubblici. Ad esempio, i genitori consentono al loro bambino di indossare i vestiti desiderati solo a casa o autorizzano il loro bambino a violare le norme di genere solo parzialmente, ad esempio, consentendo ai ragazzi di indossare una camicia molto colorata, ma non rosa. Queste azioni richiedono ai genitori di essere costantemente vigili nel valutare l'espressione di genere del loro bambino e negoziare le preferenze del loro bambino, costituendo una forma significativa di lavoro invisibile.

D'altra parte, è stato rilevato che i genitori siano spesso accolti con atteggiamenti non inclusivi o ostili da parte di istituzioni, operatori sanitari e diversi contesti sociali che sono spesso inadeguatamente preparati sull'argomento. Nonostante le difficoltà segnalate dai genitori, un numero sempre crescente di loro sceglie di sostenere apertamente le scelte e le preferenze dei propri figli.

In letteratura (Rigobello et al 2016, Valerio et al 2013), ci sono prove che il sostegno familiare è cruciale nella promozione della salute mentale dei minori con varianti di genere. In tal modo, i genitori sfidano e rinegoziano la loro concezione di base di genere e sesso descrivono i "genitori istruiti dai bambini" come individui che hanno imparato lezioni importanti direttamente dai loro figli sperimentando diversi modi di adempiere al loro ruolo di genitori e rinunciando alla pretesa di determinare chi e come diventerà il loro bambino.

Alcuni genitori abbracciano questa esperienza come un'opportunità per acquisire più libero arbitrio, sviluppare il pensiero critico, diventare più tolleranti e inclusivi nei confronti della diversità e promuovere il cambiamento culturale. Si può descrivere queste famiglie come "innovatori di genere" che diventano agenti attivi nello sfidare le norme binarie di genere "egemoniche" come principio di classificazione nell'organizzazione sociale, promuovendo una forma di giustizia sociale.

Il modo in cui la varianza di genere di un bambino viene gestita dai genitori è scarsamente esaminato nella letteratura psicologica, in particolare nel contesto italiano, che è raramente rappresentato. Inoltre, i tassi di prevalenza della varianza di genere sono solo approssimativi e incompleti, in quanto i ricercatori hanno considerato solo i dati disponibili attraverso centri specializzati e operatori sanitari. Tuttavia, in linea con i dati che emergono dalla letteratura internazionale, sembra che un numero crescente di minori in età sempre più giovane si rivolge a professionisti della salute per cercare supporto e intraprendere la transizione di genere prima di raggiungere l'età adulta (Caldarera et al., 2019).

Ci sono ancora dati estremamente scarsi su come i genitori affrontano la varianza di genere nel contesto italiano, per quanto riguarda i modi in cui i genitori apprendono l'argomento, i loro atteggiamenti nei confronti delle questioni di identità e quali sono i bisogni dei loro figli. Diviene perciò necessario indagare i modi in cui i genitori affrontano e gestiscono l'intera esperienza.

Prospettive di indagine futura

I risultati ottenuti dal questionario sul territorio fiorentino sono promettenti poiché non sono in linea totalmente con l'altro studio nazionale effettuato a Torino. Questo può essere dovuto al campione ridotto e alla diversa modalità di somministrazione, ma potrebbe essere legato

a differenze regionali, culturali o di comportamento sociale, che influenzano l'attenzione dei genitori ai comportamenti dei figli.

Dai miei risultati emergono anche possibili direzioni per approfondire ed ampliare questo tipo di ricerca che mi propongo di affrontare in un prossimo futuro.

Per una indagine più approfondita mi appare necessario ampliare lo studio di popolazione sulla percezione genitoriale relativa ai comportamenti varianti di genere dei propri figli utilizzando un campione più numeroso che possa comprendere una convalida incrociata dei risultati attraverso il reclutamento di un campione di pazienti con identità di genere non conforme rispetto ai controlli. Infine, mi parrebbe utile aggiungere come ulteriore gruppo di confronto un campione di pazienti indirizzati per altri problemi clinici.

Il primo passo dovrebbe essere riuscire a somministrare il questionario ad entrambi i genitori di ogni bambino. In aggiunta mi sembra molto importante affiancare alla somministrazione del questionario una intervista ad entrambi i genitori di bambini che dal questionario non presentano varianza o che risultano cross-gender per indagare anche il vissuto familiare e sociale più in dettaglio. A questo, anche se di difficile attuazione, potrebbe essere aggiunta una intervista ai bambini.

Dall'insieme dei dati che potrebbero essere ottenuti, dovrebbe essere possibile sia identificare le cause di maggior disagio delle famiglie che gli argomenti più efficaci sui quali basare nuove forme di informazione e sensibilizzazione della popolazione generale sulla problematica dell'identità di genere. Il fine ultimo sarebbe di ideare forme strutturate di counseling e sostegno alle famiglie in difficoltà, come avviene in alcuni Paesi Europei.

Considerazioni finali

Bambini e adolescenti con varianza di genere possono sperimentare difficoltà di relazione significative con gli adulti e con i pari e possono diventare vittime di persecuzioni, soffrire dinamiche di stigma e marginalizzazione che possono avere diversi effetti negativi sul benessere psicologico e sulla qualità di vita.

Alcune ricerche lasciano supporre un rischio di disturbi psichiatrici e di suicidio, di difficoltà nelle relazioni intra-familiari, di isolamento e rifiuto da parte dei pari età, di disadattamento sociale.

Al contrario, altri studi dimostrano come la presenza di sentimenti e comportamenti tipici del sesso opposto, fortemente espressi prima degli 11 anni sia associata a un rischio significativamente aumentato di abuso (non solo sessuale, ma anche fisico e psicologico) e di disturbi psichiatrici (disturbo post-traumatico da stress, depressione, ansia) a prescindere dall'orientamento sessuale finale.

Pediatri, genitori, insegnanti o chiunque curi bambini dovrebbe tenerne conto perché l'identificazione dei bambini a rischio di ogni forma di abuso può facilitarne la prevenzione, o quantomeno può permettere un intervento adeguato se l'abuso è già avvenuto.

Per sviluppare interventi appropriati con particolare attenzione ai bambini e adolescenti, risulta indispensabile dotarsi di strumenti utili a migliorare la comprensione dell'esperienza di varianza di genere, identificare i “predittori di persistenza e di remissività” e le caratteristiche della disforia di genere, nonché valutare l'impatto degli interventi offerti a questo target di popolazione, considerando l'importante ruolo della famiglia, ma anche degli ambienti sociali e amicali.

In considerazione che i professionisti sanitari di primo contatto per i minori sono solitamente i pediatri e i medici di medicina generale, occorrerà fornire loro gli strumenti adeguati a rilevare in modo “culturalmente competente” i bisogni di una popolazione a rischio di essere poco considerata per gli aspetti di identità sessuale e di genere, e a rischio di essere protagonista di esiti psicosociali negativi.

BIBLIOGRAFIA

- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2001). *Manual for the ASEBA School-Age Forms & Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, and Families.
- American Psychiatric Association (APA). (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text rev.). Washington, DC: Author.
- Aydt, H., & Corsaro, W. A. (2003). *Differences in children's construction of gender across culture: An interpretive approach*. *American Behavioral Scientist*, 46, 1306–1325.
- Bailey, J. M., Bechtold, K. T., & Berenbaum, S. A. (2002). *Who is tom-boys and why should we study them?* *Archives of Sexual Behavior*, 31, 333–341.
- Bakker A., Kesteren P.J., Bezemer G. (1993). *The prevalence of transexualism in the Netherlands*. *Acta psychiatrica scandinavica* vol 87 issue 4 pag 237-238.
- Bakwin H. (1968). *Deviant gender-role behavior in children: relation to homosexuality*. *Pediatrics*. 41:620–9.
- Baldaro Verde, J., Graziottin, A. (1991), *L'enigma dell'identità. Il Transessualismo*. Torino: Edizioni Gruppo Abele
- Bandini E. (2015), *Il disturbo dell'identità di genere*, in *Il disturbo di identità di genere Gender identity disorder*
- Bandini E., Fisher A., Lo Sauro C., Bucci L., Ricca V., Maggi M., Forti G., Faravelli C. (2008). *Il disturbo di identità di genere*. *Giorn Ital Psicopat* 2008; 14:338-355
- Barbagli M. (2003). *Sociologia della devianza*. Il Mulino editore
- Bates, J. E., & Bentler, P. M. (1973). *Play activities of normal and effeminate boys*. *Developmental Psychology*, 9, 20–27
- Bates, J. E., Bentler, P. M., & Thompson, S. K. (1973). *Measurement of deviant gender development in boys*. *Child Development*, 44, 591–598.
- Becerra-Fernandez A., Rodriguez J. (2009). *Abordaje psicológico de la transexualidad desde una unidad multidisciplinaria: la Unidad de Trastornos de Identidad de Género de Madrid* *Psychological approach to transsexuality in a multidisciplinary unit: The Madrid Gender Identity Disorder Unit*. *Rivista International de andrologia*. Vol 7 Issue 2, pag 112-120
- Bellino S., Rinaldi C., Brunetti C., Cremasco A., Bogetto F., *Disturbi di personalità e psicosi: revisione critica della letteratura*, Centro per i Disturbi di Personalità, Clinica Psichiatrica 1, Dipartimento di Neuroscienze, Università di Torino in *Disturbi di personalità e psicosi: revisione critica della letteratura* <https://www.jpsychopathol.it> 04-Bellino1 2013
- Birkenfeld A., Suzanne A. (2000). *Quality of attachment in young boys with gender identity disorder: A comparison to clinic and nonreferred control boys*. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 60(10-B), 5219.
- Blakemore, J. E., Berenbaum, S. A., & Liben, L. S. (2009). *Gender development*. New York: Psychology Press.

- Blanchard R. (1991). *Clinical observation and systematic studies of autogynephilia*, J Sex Marital Ther 1991;17:235-51.
- Blanchard R. (1989). *The classification and labelling of non-gay gender dysphorias*, Arch Sex Behav 1989;18:315-34.
- Blanchard R. (1989). *The concept of autogynephilia and the typology of male gender dysphorias*. J Nerv Ment Dis 1989; 177:616-23.
- Blanchard R. (1985). *Typology of male to female transsexualism*, Arch Sex Behav 1985;14:247-61.
- Boenke, M. (2003). *Transforming families: Real stories about transgendered loved ones*. Hardy, VA: Oak Knoll Press
- Bullough B. & Bullough V. (1998). *Gender blending*. Amherst, NY:Prometheus editore.
- Bussey, K., & Bandura, A. (1999). *Social cognitive theory of gender development and differentiation*. *Psychological Review*, 106, 676–713.
- Caldarera A., Baietto B., Delli Veneri A., Di Mario G., Mosconi M., Nadalin N., Massara M. (2017). *Clinical presentation of gender dysphoria across developmental age in Italy: Preliminary data from the Italian Network of Gender Clinics for Children and Adolescents*. Paper presented at the Second Biennial Conference of EPATH “Contemporary Trans Health In Europe: Focus On Challenges and Improvements,” *Book of Abstracts*, April 6–8, Belgrade, Serbia (p. 17).
- Caldarera A., Marengo D., Gerino E., Brustia P., Rollè L., Cohen-Kettenis P.T. (2019). *A Parent-Report Gender Identity Questionnaire for Children: Psychometric Properties of an Italian Version*. *Archives of Sexual Behavior* (2019) 48:1603–1615
- Cherney, I. D., & London, K. (2006). *Gender-linked differences in the toys, television shows, computer games, and outdoor activities of 5- to 13-year-old children*. *Sex Roles*, 54, 717–726.
- Cohen-Kettenis, P. T., Wallien, M., Johnson, L. L., Owen-Anderson, A. F., Bradley, S. J., & Zucker, K. J. (2006). *A parent-report Gender Identity Questionnaire for Children: A cross-national, cross-clinic comparative analysis*. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 11, 397–405.
- Coleman, E., Bockting, W., Botzer, M., Cohen-Kettenis, P., DeCuypere, G., Feldman, J. Zucker, K. (2012). *Standards of care for the health of transsexual, transgender, and gender-nonconforming people, version 7*. *International Journal of Transgenderism*, 13(4), 165–232.
- Comrey, A. L. (1978), *Problemi metodologici comuni negli studi di analisi fattoriale*, *Giornale di consulenza e psicologia clinica*, 46(4), 648-659.
- Davenport C.W. (1986). *A follow up study of 10 feminine boys*. *Archives of sexual behavior* vol 15 511-517.
- De Vries, A. L., Kreukels, B. P., Steensma, T. D., & McGuire, J.K. (2014). *Gender identity development: A biopsychosocial perspective*. In B. P. C. Kreukels, et al. (Eds.), *Gender dysphoria and disorders of sex development: Progress in care and knowledge, focus on sexuality research* (pp. 53–80). New York: Springer.

- De Vries A.L., Cohen-Kettenis P.T. (2012). *Clinical Management of Gender Dysphoria in Children and Adolescents: The Dutch Approach*. Journal of homosexuality vol 59, issue 3, pag 301-320.
- Dèttore D. (2005). *Il disturbo dell'identità di genere. Diagnosi, eziologia, trattamento*, Milano: McGraw-Hill 2005.
- Dèttore D., Ristori J., Casale S. (2010). *Gender dysphoria and gender-variant children in Italy: A study in preschool children*. Journal of Gay & Lesbian Mental Health, 15, 12–29.
- Di Ceglie (2014). *Gender dysphoria in young people in clinical topics in child and adolescent psychiatry*. The royal college of psychiatrics books.
- Diamond L. (2011). *Developmental, sexual and reproductive neuroendocrinology: Historical, clinical and ethical considerations*. Handbook of identity theory and reserch
- Diamond, L., Pardo S., Butterwoorth M. (2011). *Transgender Experience and Identity*. Handbook of identity theory and reserch pp 629-647
- Docter R.F., Fleming J. (1993). *Dimensions of transvestism and transsexualism*. Journal of psychology & human sexuality. Vol 5, issue 4, pag 15-38.
- Docter R.F., Fleming J. (2001). *Meseasures of trasgender behavior*. Archives of sexual behavior 30, 255-271
- Egan, S. K., & Perry, D. G. (2001). *Gender identity: A multidimensional analysis with implicationsfor psychosocial adjustment*. *Developmental Psychology*, 37, 451–463.
- Elizabeth, P. H., & Green, R. (1984). *Childhood sex-role behaviors: Similarities and differences in twins*. *Acta Geneticae Medicae et Gemellologiae*, 33, 173–179.
- Ellis K.M., Eriksen K. (2002). *Tranxessual and transgenderist experiences and treatment option*. The family journal. July.
- Feldman J.L., Golberg J. (2008). *Transgender Primary Medical Care*. International journal of transgenderism vol 6, issue 3-4.
- Feynman, S. (1981). *Why is cross-sex-role behavior more approved for girls than for boys? A status characteristic approach*. *Sex Roles*, 7, 289–300.
- Field, A. (2013). *Discovering statistics using IBM SPSS statistics*. Lon- don, UK: Sage Publications.
- Fisher A.D., Bandini E., Casale H., Ferruccio N., Meriggiola M.C., Gualerzi A., Maggi M. (2013). *Sociodemographic and clinical features of gender dysphoria: An*
- Fisk (1973). *Proceedings of the Interdisciplinary Symposium on Gender Dysphoria Syndrome*. Stanford, Stanford University Press.
- Fondazione The Bridge, (2019). *Il libro bianco sulla schizofrenia*, Bologna, 2019 in: Il-libro-bianco-sulla-schizofrenia-1-1.pdf
- Frigerio, A., Cattaneo, C., Cataldo, M., Schiatti, A., Molteni, M., & Battaglia, M. (2004). *Behavioral and emotional problems among Italian children and adolescents aged 4 to 18 years as reported by parents and teachers*. European Journal of Psychological Assessment, 20, 124–133.

- Giannakopoulos G., Tzavara C., Dimitrakaki C., Kolaitis G., Rotsika V., Tountas Y. (2009). *The factor structure of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) in Greek adolescents*. *Annals of General Psychiatry*.
- Giovanardi G., Vitelli R., Vergsno C. M., Fortunato A., Chianura L., Lingiardi V., Speranza A. M. (2018). *Attachment Patterns and Complex Trauma in a Sample of Adults Diagnosed with Gender Dysphoria*. *Frontiers in Psychology Front. Psychol.*, 01 February 2018
- Gliske S. (2020). *A new theory of gender dysphoria incorporating the distress, social behavioral, and body-ownership networks*. *eNeuro* 2019 Nov-Dec; 6(6): ENEURO.0183-19.2019.
- Golombok S., Rust J., Zervoulis K., Croudace T., Golding J., Hines M. (2008). *Developmental trajectories of sex-typed behavior in children: A longitudinal general population study of children aged 25–8 years*. *Child Development*, 79(5), 1583–1593.
- Golombok S., Rust J., Zervoulis K., Golding J., Hines M. (2012). *Continuity in sex-typed behavior from preschool to adolescence: A longitudinal population study of children aged 3–13 years*. *Archives of Sexual Behavior*, 41(3), 591–597.
- Gomez E., Salamero A.T., Godàs T., Valdès M., (2009). *Sociodemographic, clinical and Psychiatric Characteristics of transsexuals from Spain*. Springer. *Archives of sexual behavior* 38, 378-392.
- Gomez E., Flo M., Frenandez R., Esteva I. (2020). *Spanish research in gender dysphoria: A review of more than 20 years of biomedical literature*. *Actas Esp Psiquiatr* 2020;48(6):266-81
- Goorin L. (2006). *The biology of human psychosexual differentiation*, *Horm Behave* 2006;50:589-601.
- Grant J.M., Mottet L., Tanis J., Herman J. (2010). *National transgender discrimination survey report on health and health care*. National gay and lesbian task force. Oct 2010.
- Grant J.M., Mottet L., Tanis J., Harrison J., Herman J., Keisling M. (2011). *Injustice at Every Turn: A Report of the National Transgender Discrimination Survey*. Washington: National Center for Transgender Equality and National Gay and Lesbian Task Force, 2011
- Gray S., Carter A., Levitt H. (2012). *A critical review of assumption about gender variant children in Psychological reserch*. *Journal of gay and lesbian mental health*. Vol 16 issue 1
- Green R. (1974). *Sexual Identity Conflict in Children and Adults*. New York, NY: Basic Books
- Grossman AH, D’Augelli AR. (2006). *Transgender youth and life-threatening behaviors*. *Suicide Life Threat Behav* 2007;37:527-37.
- Halim, M.L., Lindner, N. (2013). *Gender self-socialization in early childhood*. In R. E. Tremblay, M. Boivin, & R. D. Peters (Eds.), *Encyclopedia on early childhood development* [online] (pp. 1–6). Montreal, Quebec: Centre of Excellence for Early Childhood Development and Strategic Knowledge Cluster on Early Childhood Development.

- Hall J., LaFrance, B. (2012). *“That’s gay”*: Sexual prejudice, gender identity, norms, and homophobic communication. *Communication Quarterly*, 60 , 35–58.
- Hembree W. (2011). *Guidelines for pubertal suspensions and gender reassignment for transgender adolescent*. *Child & adolescent psychiatric clinics* vol 20, issue 4, pag 725-732.
- Hegedus J.K. (2009). *When a daughter becomes a son: parent’s acceptance of their transgender children*. Proquest LLC editore.
- Heylens G., De Cuyepe G., Zucker K., Shelfaut C., Elaut E., Bossche H., De Baere E., Sjon E. (2012). *Gender identity disorder in twins: A review of the case report literature*. *J Sexual Med* 9, 751–757, 2012
- Hill S.A., Thorpe A., Wilson S. (2020). *Characteristics of patients with Gender Dysphoria admitted to a secure forensic adolescent hospital*. *The journal of forensic psychiatry & psychology* vol 31, issue 6.
- Hill D.B., Menvielle E., Sica K.M., Johnson A. (2010). *An affirmative intervention for families with gender variant children: parental ratings of child mental health and gender*. *Journal of sex and marital therapy* 36, 6-23.
- Hooper, D., Coughlan, J., & Mullen, M. R. (2008). *Structural equation modelling: guidelines for determining model fit*. *Electronic Journal of Business Research Methods*, 6(1), 53–60.
- Hurtado F. (2015). *Disforia de género en infancia y adolescencia: Guía de práctica clínica*. *Rev Esp Endocrinol Pediatr* 2015; 6 (Suppl)
- Johnson L.L., Bradley S.J., Birkenfeld-Adams A.S., Kuksis M., Maing D.M., Mitchell J.N., Zucker K.J. (2004). *A parent- report Gender Identity Questionnaire for Children*. *Archives of Sexual Behavior*, 33, 105–116.
- Kaiser, H. F. (1974). *An index of factorial simplicity*. *Psychometrika*, 39, 31–36.
- Khathadourian K., Amed S., Mertzeg D. (2014). *Clinical management of youth with gender dysphoria in Vancouver*. *The journal of pediatrics* vol 164, 906-911.
- Kinsey A.C., Pomeroy W.B., Martin C.E.. (1948). *Sexual behavior in the human male*. Philadelphia, PA: W.B. Saunders 1948.
- Kline, R. B. (2011). *Convergence of structural equation modeling and multilevel modeling*. In M. Williams & W. P. Vogt (Eds.), *Handbook of methodological innovation* (pp. 562–589). London, England: Sage.
- Kosky R. (1987). *Gender disordered children: does impatient treatment help?* *The medical journal of Australia* vol 146 issue 11 pag 565-569.
- Kuiper A., Cohen-Ketrenis P.T. (1988). *Sex reassignment surgery: a study of 141 Dutch transsexuals*. *Arch Sex Behav* 1988;17:439-57.
- Lee, E. E., & Troop-Gordon, W. (2011). *Peer processes and gender role development: Changes in gender atypicality related to negative peer treatment and children’s friendships*. *Sex Roles*, 64, 90–102.
- Lev A.I. (2013). *Gender Dysphoria: two step s forward one step back*. *Clinical Social Work Journal* 41, 288-296.

- Liben, L., Bigler, R., Ruble, D., Martin, C., & Powlishta, K. (2002). *The developmental course of gender differentiation: Conceptualizing, measuring, and evaluating constructs and pathways*. Monographs of the Society for Research in Child Development, 67(2), 1–183.
- Maccoby, E. E., & Jacklin, C. N. (1987). *Gender segregation in childhood*. *Advances in Child Development and Behavior*, 20, 239–287.
- Mallon G.P. (2008). *Practice with transgendered children*. Journal of gay & lesbian social services. Pag 49-64.
- Massara D., Antonelli P., Mosconi M., Santamaria F., Calderera A. (2014). *Taking care of gender variant children and adolescents in Italy. Lights and shadows of an uphill walk*. Paper presented at WPATH 2014 Biennial International Symposium “Transgender Health From Global Perspectives”, Book of Abstracts, February 14–18 (pp. 12–13).
- Massara, D., Antonelli, P., Mosconi, M., Santamaria, F., & Calderera, McHale, S. M., Shanahan, L., Updegraff, K. A., Crouter, A. C., & Booth, A. (2004). *Developmental and individual differences in girls’ sex-typed activities in middle childhood and adolescence*. Child Development, 75, 1575–1593.
- Menvielle E., Tuerk C. (2002). *A support group for parents of gender-non conforming boys*. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41(8), 1010-1013.
- Meyer-Bahlburg, H. F. L., Sandberg, D. E., Dolezal, C. L., & Yager, T. J. (1994a). *Gender-related assessment of childhood play*. Journal of Abnormal Child Psychology, 22, 643–660.
- Meyer-Bahlburg, H. F. L., Sandberg, D. E., Yager, T. J., Dolezal, C. L., & Ehrhardt, A. A. (1994b). *Questionnaire scales for the assessment of atypical gender development in girls and boys*. *Journal of Psychology and Human Sexuality*, 6, 19–39.
- Money J, Russo AJ. (1979). *Homosexual outcome of discordant gender identity/role in childhood: longitudinal follow-up*. J Pediatr Psychol. 4:29–41. doi: 10.1093/jpepsy/4.1.29
- Monej J, (1994). *The concept of gender identity disorder in childhood and adolescence after 39 years*. J Sex Marital Ther 20,163-77, 1994. .
- Mulligan, C. J. (2016). *Early environments, stress, and the epigenetics of human health*. Annual Review of Anthropology, 45, 233–249.
- Muthén, L. K., & Muthén, B. O. (1998–2016). *Mplus user’s guide* (7th ed.). Los Angeles, CA: Muthén & Muthén.
- Nunes-Moren M et al. (2022). *Behavioral Health Diagnoses in Youth with Gender Dysphoria Compared with Controls: A PEDSnet Study*. J Pediatr 242, 147-153, 2022
- Pasterski, V., Zucker, K. J., Hindmarsh, P. C., Hughes, I. A., Acerini, C., Spencer, D., ... Hines, M. (2015). *Increased cross-gender identification independent of gender role behavior in girls with congenital adrenal hyperplasia: Results from a standardized assessment of 4- to 11-year-old children*. *Archives of Sexual Behavior*, 44, 1363–1375.
- Person E, Ovesey L (1974), *The transsexual syndrome in males: I. Secondary transsexualism*, Am J Psychother 1974;28:174-93.

- Person E, Ovesey L. (1974), *The transsexual syndrome in males: I. Primary transsexualism*. Am J Psychother 1974;28:4-29.
- Polderman et al. (2018). *The Biological Contributions to Gender Identity and Gender Diversity: Bringing Data to the Table*. Behav Genet 48, 95–108, 2018
- Rigobello L., Gamba F. (2016). *Disforia di genere in età evolutive. Sostenere la ricerca dell'identità di genere nell'infanzia e nell'adolescenza*. Franco Angeli editore
- Riley E., Sitharthan G., Clemson L., Diamond M. (2013). *Recognising the needs of gender -variant children and their parents*. Sex education vol 16 issue 6.
- Roberts T., Fanzl C. (2015). *Barriers to quality health care for the transgender population*. Clinical Biochemistry. Elsevier Vol 47, Issue 10-11 pag.983-987.
- Sandberg, D. E., Meyer-Bahlburg, H. F., Ehrhardt, A. A., & Yager, Schermelleh-Engell, K., Moosbrugger, H., & Müller, H. (2003). *Evaluating the fit of structural equation models: Test of significance and descriptive goodness-of-fit measures*. *Methods of Psychological Research Online*, 8(2), 23–74.
- Sandberg D, Yager T. (1993). *The prevalence of gender-atypical behavior in elementary school children*. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32, 306–314.
- Schmidt L., Levine R. (2015). *Psychological outcomes and reproductive issues among gender dysphoric individuals*. *Endocrinology & metabolism clinic* vol 44, issue 4, pag 773-785.
- Shechner T. (2011). *Gender Identity disorder: a literature review from a developmental perspective*. *The Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 47(2):132-138
- Simonelli, C., Rossi, R., Tripodi, M. F., De Stasio, S., Petruccioli, I. (2007). *Gender identity and preadolescence: A pilot study*. *Sex- ologies*, 16, 22–28.
- Sing (2021). “A Follow-Up Study of Boys with Gender Identity Disorder” *Frontiers in Psychiatry*, 12, Article 632784, 2021;
- Slaby R.G., Frey K.S. (1975). *Development of gender constancy and selective attention to same-sex models*. *Child development*, 46, 849-856.
- Steensma T.D., McGuire J.K., Baudewiintje P.C., Beekman A.J., Cohen-Kettenis T. (2013). *Factors associated with desistence and persistence of childhood gender dysphoria: a quantitative follow-up study*. *Journal of the American academy of child and adolescent psychiatry* vol 52 issue 6 pag 582-590.
- Stoller R.J. (1968). *Sex and Gender (Vol. I). The Development of Masculinity and Femininity*. New York, NY: Jason Aronson.
- Sunderland, M., Mahoney, A., & Andrews, G. (2012). *Investigating the factor structure of the Kessler Psychological Distress Scale in community and clinical samples of the Australian population*. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 34(2), 253–259.
- Tateno M., Ikeda H., Saito T. (2011). *Gender dysphoria in pervasive developmental disorders*. *Japanese Psychiatric and neurology*. 113(12):1173-1183

- Toomey R., Card A., Casper D. (2016). *Peers' perception of gender nonconformity: associations with overt and relational peer victimization and aggression in early adolescence*. *Thw journal of early adolescence*. July 17.
- Tornese G., Roia A., Cosentini D., Morini G., Di Grazia M., Carrozzi M., Barbi E. (2019). *Four-year experience of a new refferal center for gender non-conforming childrend and adolescents in north-est of Italy*. *Espe* vol 92.
- Valerio P, Fazzari P, (2020). *Dilemmi e controversie nell'inquadramento diagnostico delle identità transgender e delle identità di genere non conformi*, *Questione giustizia*, in <https://www.questionegiustizia.it>
- Valerio P., Vitelli R., Romeo R., Fazzari P. (2013). *Figure dell'identità di genere: uno sguardo tra psicologia clinica e discorso sociale*. Franco Angeli editore
- Van Beijsterveldt, C. E. M., Hudziak, J. J., & Boomsma, D. I. (2006). *Genetic and environmental influences on cross-gender behavior and relation to behavior problems: A study of Dutch twins at ages 7 and 10 years*. *Archives of Sexual Behavior*, 35, 647–658.
- Verhulst, F. C., Van der Ende, J., & Koot, H. M. (1996). *Handleiding voor de CBCL 4–18 [Manual for the Child Behavior Checklist and Revised Child Behavior Profile]*. Rotterdam, The Netherlands: Sophia Kinderziekenhuis/Academisch Ziekenhuis Rotterdam/ Erasmus Universiteit
- Wallien M.S.C., Cohen-Kettenis P.T. (2008). *Psychosexual outcome of gender-dyspotic children*. *Journal of American academy of child and adolescent psychiatry*. Vol 47 issue 12 pag 1413-1423.
- Whittle S., Turner L., Al-Alami M., (2007). *Engendered penalties: transgender and transexual people's experiences of inequity and discrimination*. *Equalities review*.
- Wilson P., Sharp C., Carr S. (1999). *The prevalence of gender dysphoria in Scotland: a primary care study*. *British journal of general practice*. 49 (449): 991-992
- Wittchen, H. U., Üstün, T. B., & Kessler, R. C. (1999). *Diagnosing mental disorders in the community: A difference that matters? Psychological Medicine*, 29(5), 1021–1027.
- Wren B. (2002). *"I can accept my child is transexual but if I even see him in a dress I'll hit him": dilemmas in parenting a trasgendered adolescent*. *Clinical child psuchology and psychiatry*. Vol 7 issue 3 pag 377-397.
- Wyman A.J. (2008). *Clinician gender as a factor of countertransference in the treatment of clientsdiagnosed with borderline personality disorder*. *Social and behavioral sciences commons* 2008 (p. 61-65).
- Wyss S. (2007). *"This was my hell": the violence experienced by gender non-conforming youth in US high school*. *Internarional journal of qualitative studies in education*. Vol 17 issue 5
- WPATH (2011). *Standards of care*. 7° versione www.wpath.org

- Yao Z., Yan R., Wel M., Tang H., Qin J., Lu Y. (2014). *Gender differences in brain activity and the relationship between brain activity and differences in prevalence rates between male and female major depressive disorder patients: A resting-state fMRI study*. *Clinical neurophysiology* vol 125, issue 11, Pages 2232-2239
- Yu, L., Winter, S., Xie, D. (2010). *The Child Play Behavior and Activity Questionnaire: A parent-report measure of childhood gender-related behavior in China*. *Archives of Sexual Behavior*, 39, 807–815.
- Zucker, K. J. (2005). *Measurement of psychosexual differentiation*. *Archives of Sexual Behavior*, 34, 375–388.
- Zucker, K. J., & Wood, H. (2011). *Assessment of gender variance in children*. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 20(4), 665–680.
- Zucker, K. J., Bradley, S. J., Corter, C. M., Doering, R. W., Finnegan, J.K. (1980). *Cross-gender behavior in incredibly young boys: A normative study*. In J. Samson (Ed.), *Childhood and sexuality* (pp. 599–622). Montreal: Editions Etudes Vivantes.
- Zucker, K. J., Bradley, S. J., Sullivan, C. B. L., Kuksis, M., Birkenfeld- Adams, A., Mitchell, J. N. (1993). *A gender identity interview for children*. *Journal of Personality Assessment*, 61, 443–456.
- Zuger B. (1966). *Effeminate behavior present in boys from early childhood I. The clinical syndrome and follow-up studies*. *J Pediatr*. 69:1098–107. doi: 10.1016/S0022-3476(66)80301-3

APPENDICE 1

Questionario GIQC versione bambina

Le chiediamo di rispondere alle seguenti domande sui comportamenti che il/la bambino/a mette abitualmente in atto. Per ogni domanda indichi l'affermazione che meglio descrive il/la bambino/a con una crocetta sul numero corrispondente. Non esistono risposte giuste o sbagliate, indichi soltanto quella che ritiene giusta per suo/a figlio/a.

1. I suoi compagni di gioco preferiti sono

- (1) sempre bambine
- (2) di solito bambine
- (3) bambine e bambini
- (4) di solito bambini
- (5) sempre bambini
- (0) non gioca con altri bambini

2. Gioca con giocattoli tipicamente femminili

- (1) come giocattoli preferiti
- (2) frequentemente
- (3) una volta ogni tanto
- (4) raramente
- (5) mai

3. Gioca con giocattoli tipicamente maschili

- (1) come giocattoli preferiti
- (2) frequentemente
- (3) una volta ogni tanto
- (4) raramente
- (5) mai

4. Sperimenta cosmetici e gioielli

- (1) come attività preferita
- (2) frequentemente
- (3) una volta ogni tanto
- (4) raramente
- (5) mai

5. Imita personaggi femminili visti in tv o al cinema

- (1) come attività preferita
- (2) frequentemente
- (3) una volta ogni tanto
- (4) raramente
- (5) mai

6. Imita personaggi maschili visti in tv o al cinema

- (1) come attività preferita
- (2) frequentemente
- (3) una volta ogni tanto
- (4) raramente
- (5) mai

7. Pratica attività sportiva con i bambini (ma non con le bambine)

- (1) in modo preferenziale
- (2) frequentemente
- (3) una volta ogni tanto
- (4) raramente
- (5) mai

8. Pratica attività sportiva con le bambine (ma non con i bambini)

- (1) in modo preferenziale
- (2) frequentemente
- (3) una volta ogni tanto
- (4) raramente
- (5) mai

9. Quando gioca a “mamma/papà”, a “casa”, a “scuola”, fa la parte...

- (1) sempre di una bambina o di una donna
- (2) solitamente di una bambina o di una donna
- (3) a volte di una bambina o di una donna e a volte di un bambino o di un uomo
- (4) solitamente di un bambino o di un uomo
- (5) sempre di un bambino o di un uomo
- (0) non fa giochi di questo tipo

10. Fa giochi tipici delle bambine (rispetto a quelli dei bambini)

- (1) come attività preferita
- (2) frequentemente
- (3) una volta ogni tanto
- (4) raramente
- (5) mai

11. Fa giochi tipici dei bambini (rispetto a quelli delle bambine)

- (1) come attività preferita
- (2) frequentemente
- (3) una volta ogni tanto
- (4) raramente
- (5) mai

12. Nei giochi di travestimento, le piace vestirsi

- (1) sempre come una bambina o una donna
- (2) solitamente come una bambina o una donna
- (3) a volte come una bambina o una donna e a volte come un bambino o un uomo
- (4) solitamente come un bambino o un uomo
- (5) sempre come un bambino o un uomo
- (0) non fa giochi di questo tipo

13. Esprime il desiderio di essere un bambino o un uomo

- (1) tutti i giorni
- (2) frequentemente
- (3) una volta ogni tanto
- (4) raramente
- (5) mai

14. Dichiaro di essere un bambino o un uomo

- (1) tutti i giorni
- (2) frequentemente
- (3) una volta ogni tanto
- (4) raramente

(5) mai

15. Parla del fatto che non le piace la propria anatomia sessuale (parti intime)

- (1) tutti i giorni
- (2) frequentemente
- (3) una volta ogni tanto
- (4) raramente
- (5) mai

16. Parla del fatto che le piace la propria anatomia sessuale (parti intime)

- (1) tutti i giorni
- (2) frequentemente
- (3) una volta ogni tanto
- (4) raramente
- (5) mai

Questo è il questionario versione bambina (sesso biologico femminile).

Nel questionario progettato per la compilazione online per praticità abbiamo riportato congiuntamente i questionari insieme (GIQC bambina e GIQC bambino) poiché le domande sono le medesime per tutti gli item tranne per item 13, e 14. Per questi 2 item, a seconda del sesso biologico del figlio, il genitore è indirizzato in maniera univoca alla domanda appropriata. Abbiamo aggiunto 2 item specificando quanto segue *“Rispondere a questa domanda se il sesso biologico è maschile. In caso di sesso biologico femminile barrare l'ultima opzione”* e *“Rispondere a questa domanda se il sesso biologico è femminile. In caso di sesso biologico maschile barrare l'ultima opzione”*.