

Roma, 16 luglio 2026

*Alla cortese attenzione della
Società Italiana di Pediatria (SIP)
e dell'Associazione Culturale Pediatri (ACP),*

Oggetto: La scienza oltre lo sguardo

Osservazioni critiche sulla guida SIP-ACP *"Oltre lo sguardo"* alla luce delle evidenze neurobiologiche e della Cass Review

Con la presente intendiamo offrire una **risposta critica** alla guida *"Oltre lo sguardo"* riconoscendone, il fine encomiabile di ridurre stigma e discriminazioni, ma evidenziandone parimenti alcune criticità scientifiche e cliniche, particolarmente rilevanti quando le raccomandazioni toccano l'ambito dell'età evolutiva e della gestione del disagio di genere in bambini e adolescenti.

Gli studi neurobiologici dimostrano che il dimorfismo sessuale correlato all'assetto dei cromosomi X e Y orienta fin dalle prime fasi della vita embrionale lo sviluppo di organi, apparati, sistema endocrino e delle strutture cerebrali primarie, determinando molte caratteristiche dell'encefalo, tra cui una distinta distribuzione dei recettori ormonali, come per esempio la maggior concentrazione di recettori per gli androgeni nell'amigdala e per gli estrogeni nell'ippocampo [1][2][3][4]. In questa prospettiva, il sesso non può essere ridotto a una semplice "etichetta assegnata alla nascita" [5], poiché rappresenta una componente biologica che interviene lungo tutto il processo di sviluppo e che interagisce con il contesto ambientale e relazionale [6][7][8]. Anche studi di neuroimaging e ricerche sul neurosviluppo mostrano differenze sessuali in specifiche regioni cerebrali e nella maturazione di circuiti coinvolti nelle emozioni, nelle funzioni esecutive e nella vulnerabilità neuropsichiatrica, pur in un quadro di ampia variabilità individuale [3][9][10][11]. Ne deriva che lo sviluppo del sé e della percezione di genere emerge dall'interazione tra una base neurobiologica sessualmente differenziata, l'esperienza soggettiva, il contesto sociale e i processi di apprendimento che accompagnano la crescita [6][11].

Questo impianto biologico originario interagisce fin dalle prime fasi della vita embrionale con l'ambiente e la neuroplasticità permette alla rete neurale di modellarsi progressivamente rispondendo, in particolare durante l'età evolutiva, agli stimoli estrinseci, alle esperienze vissute, al clima culturale [12] [13]. Quando un adolescente attraversa una fase di sperimentazione identitaria, che può essere amplificata da dinamiche di contagio sociale e dalla ricerca di validazione all'interno del gruppo dei pari [14] [15] [16] [17], il cervello risponde a questi forti stimoli ambientali. In virtù, quindi, della neuroplasticità cerebrale è possibile ipotizzare che esperienze ripetute e specifici contesti relazionali e culturali possano influenzare la maturazione di alcuni circuiti neurali coinvolti nella rappresentazione di sé e nella regolazione emotiva [18] [19].

Il nodo critico ed etico attuale sorge proprio dall'incrocio di queste due forze: in parte la spinta biologica innata [20] [21] [22] e contemporaneamente la modificabilità plastica cerebrale [23].

Introdurre precocemente in ambito pediatrico l'idea di un'"identità di genere interiore" concepita come entità autonoma e potenzialmente scissa dal corpo rischia di attivare un circuito a feedback artificiale. Se un disallineamento transitorio dell'adolescente viene immediatamente assecondato e "normalizzato", gli stimoli culturali e sociali persistenti possono offrire al cervello una traiettoria di sviluppo orientata in quella specifica direzione.

Sfruttando la massima plasticità di una **corteccia prefrontale ancora immatura** [25] [26], questo approccio rischia di cristallizzare e fissare a livello strutturale circuiti neuronali legati a una situazione temporanea che, nell'elevata percentuale dei casi insorti in fase prepubere, rientra spontaneamente con la fine dell'adolescenza e l'età adulta [27] [28] [29].

In questo modo, l'intervento culturale non si limita a descrivere una realtà psicologica, ma interviene attivamente a sovrascrivere e "neutralizzare" la biologia, costituendo un potenziale fattore di rischio per il **naturale compimento della maturazione cognitiva** del giovane ed interferendo col percorso diagnostico e terapeutico da intraprendere.

D'altro canto, i dati relativi alla varianza di genere a esordio puberale risultano attualmente eterogenei e non consentono conclusioni univoche [31- 32]. Nell'affrontare tale fenomeno, non si può trascurare la realtà dei *detransitioners*, ossia di coloro che interrompono o tornano indietro nel percorso di transizione sociale e/o medica; a questo proposito, è opportuno distinguere tra *detransition*, *regret* e semplice interruzione del trattamento (*discontinuation*). Tale variabilità di definizione e clinica rende complessa la stima della prevalenza del fenomeno e l'identificazione dei fattori ad esso associati. [33] [34] [35] [36]

Inoltre, la letteratura evidenzia una frequente co-occorrenza di comorbidità psichiatriche e disturbi del neurosviluppo, tra cui i disturbi dello spettro autistico, il disturbo da deficit di attenzione/iperattività, oltre ai disturbi di personalità, elementi che possono rendere più complessa la presentazione clinica dei soggetti con varianza di genere.

Alla luce delle evidenze attuali, non è possibile considerare dimostrata l'efficacia dell'approccio affermativo nel promuovere percorsi di transizione precoce, sociale e poi medica, facendo riferimento esclusivo al modello del *minority stress* (stress della minoranza) come si evince dalla guida promossa [44] [45] [46] [47]. La letteratura indica infatti che, in molti casi, il disagio psicologico e la psicopatologia precedono o accompagnano l'emergere del disagio di genere, rendendo insufficiente un'interpretazione causale lineare. Analogamente, la suicidalità non può essere attribuita in modo diretto e univoco alle reazioni delle figure di riferimento, trattandosi di un fenomeno multifattoriale [48] [49]. In questa prospettiva, anche i dati dello studio finlandese [50] invitano alla cautela nell'interpretare gli esiti psichiatrici dei giovani che richiedono percorsi di riassegnazione di genere, poiché il rischio suicidario appare strettamente intrecciato a comorbidità preesistenti e ad altri fattori di vulnerabilità, inclusi i disturbi neuro evolutivi [51]

La transizione sociale precoce (cambio di nome, pronomi, abbigliamento e ruolo sociale) **non è un atto neutrale** di semplice "accoglienza", ma rappresenta un intervento psicologico di forte impatto, con **effetti potenzialmente iatrogeni**. La letteratura clinica e le sintesi più recenti mostrano che la transizione sociale anticipata può ridurre la probabilità che il disagio di genere si desensibilizzi nel tempo, incanalando il minore verso percorsi di medicalizzazione a lungo termine, inclusi bloccanti puberali e ormoni cross-sex [52] [53]

Come riconosciuto dalla Cass Review (2024) commissionata dal NHS inglese, tali interventi comportano rischi non trascurabili sulla densità ossea, sulla salute cardiovascolare e sulla futura fertilità, a fronte di prove di efficacia giudicate "notevolmente deboli". Inoltre, è documentata un'altissima presenza di comorbidità psichiatriche (tra cui disturbi dello spettro autistico, depressione, ansia, disturbi alimentari, traumi), con il rischio di "*diagnostic overshadowing*", ovvero di ridurre l'intera sofferenza del giovane alla sola dimensione di genere, trascurando altre diagnosi primarie meritevoli di trattamento [54] [55] [56] [57]. In questo scenario, ogni guida operativa che inviti a trasformare l'ambulatorio pediatrico in uno "spazio affermativo" rischia, se non

accompagnata da puntuali cautele, di legittimare percorsi che favoriscono la fissazione del sintomo senza affrontarne le radici profonde.

Alla luce di tali conclusioni, diversi paesi che avevano inizialmente adottato modelli affermativi rapidi (Regno Unito, Svezia, Finlandia, Norvegia) stanno riorientando le linee guida verso un approccio più prudente, centrato su valutazioni psicologiche ampie, interventi di supporto e una forte restrizione dell'uso di trattamenti ormonali nei minori [58] [59] [60] [61] [62].

L'attenzione alla prevenzione dello stigma verso le persone con orientamento affettivo-sessuale non eterosessuale è doverosa e condivisibile, ma non può tradursi in protocolli che, di fatto, comprimano la libertà clinica del pediatra, scoraggiando l'esplorazione diagnostica, la valutazione delle comorbidità e l'adozione di un approccio differenziato caso per caso. La responsabilità deontologica e legale dei professionisti sanitari, alla luce delle evidenze scientifiche attuali, implica di non assecondare automaticamente ogni auto-definizione identitaria come dato definitivo, soprattutto in età evolutiva, ma di accompagnare il minore in un percorso di comprensione e integrazione della propria realtà psicofisica.

Sulla base delle evidenze sintetizzate, un ambulatorio *veramente* “accogliente” dovrebbe coniugare il rifiuto di ogni discriminazione con il rispetto rigoroso dei limiti conoscitivi attuali e dei profili di rischio emersi dalle revisioni sistematiche. In questo senso, si propone di revisionare la guida “*Oltre lo sguardo*” includendo con maggiore chiarezza alcuni capisaldi:

- **Accoglienza empatica e non giudicante:** il minore e la sua famiglia devono trovare uno spazio di ascolto autentico, in cui il disagio non venga né minimizzato né ideologizzato, e in cui venga esplicitata la distinzione tra rispetto della persona e adesione a ipotesi identitarie non ancora consolidate.
- **Chiarezza sul ruolo del sesso biologico:** la guida dovrebbe riconoscere esplicitamente il ruolo centrale del sesso biologico nello sviluppo cerebrale e nella risposta a malattie e terapie, in coerenza con la medicina di genere, evitando formulazioni che lascino intendere una separazione radicale e arbitraria tra psiche e corpo.
- **Screening accurato delle comorbidità:** ogni situazione di disforia o incongruenza di genere dovrebbe essere inquadrata all'interno di una valutazione psicopatologica completa, che consideri ASD, depressione, ansia, disturbi alimentari, traumi e dinamiche familiari, evitando che il focus sul genere oscuri altre diagnosi primarie trattabili.
- **Esplorazione psicoterapeutica prolungata:** è necessario favorire percorsi psicoterapeutici esplorativi, che aiutino il giovane a comprendere le origini del proprio malessere e a integrare mente e corpo, mantenendo aperta la possibilità che il disagio evolva o si risolva senza interventi medici irreversibili.
- **Cautela su transizione sociale e percorsi medicalizzati precoci:** ogni suggerimento di cambiamento di nome, pronomi, abbigliamento o ruolo sociale dovrebbe essere considerato un intervento psicologico significativo, la cui indicazione va valutata con prudenza, informando famiglie e pazienti sui rischi di cristallizzazione del sintomo e sulle incertezze dell'evidenza.

Per ultimo, la presenza nella guida di un paragrafo su “omogenitorialità” e “gestazione per altri” (GPA) solleva alcune perplessità metodologiche. L'omogenitorialità appare infatti soprattutto come una questione giuridica e sociale. La letteratura disponibile suggerisce spesso esiti mediamente buoni per i figli cresciuti da genitori dello stesso sesso, ma tali risultati vanno interpretati con cautela: molti studi si basano su campioni piccoli, selezionati o non rappresentativi e sono quindi esposti a *bias* di selezione. [63] [64] Di conseguenza, non è scientificamente corretto concludere in modo generale che non vi siano differenze rispetto ai figli cresciuti in famiglie costituite dalla figura materna e paterna.

Per quanto concerne la cosiddetta “gestazione per altri”, pur richiedendo la **piena tutela del neonato** da parte del pediatra, resta una pratica eticamente controversa, persino illegale nel nostro ordinamento. La letteratura sulla psicologia perinatale mostra che il legame madre-neonato non è un semplice effetto del parto, bensì un processo che inizia già in gravidanza attraverso il *bonding* prenatale, le rappresentazioni mentali del feto ed il coinvolgimento affettivo progressivo della gestante. [65] [66] Tale rapporto continua anche dopo la nascita tramite il contatto pelle a pelle, il *rooming-in*, l’allattamento al seno ed è fondamentale per il miglior esito di salute e sviluppo del neonato. [67] In questa prospettiva, la gravidanza non può essere ridotta a una mera funzione biologica intercambiabile poiché essa implica fin dall’inizio una dimensione relazionale e psicologica strutturante. Di conseguenza la *gestazione per altri* solleva interrogativi scientifici ed etici rilevanti in quanto separa intenzionalmente i diversi livelli della maternità — biologico, gestazionale, psicologico e sociale — e richiede, quindi, una valutazione prudente degli esiti per la gestante, il neonato e l’intera configurazione familiare.

In conclusione, la tutela della salute fisica e mentale di bambini ed adolescenti esige di far riferimento ad evidenze metodologicamente robuste, sintetizzate attraverso revisioni sistematiche e valutate con strumenti trasparenti come, ad esempio, il sistema GRADE, che distingue la qualità delle prove dalla forza delle raccomandazioni. In presenza di dati deboli, eterogenei, a rischio di bias, non si può considerare clinicamente giustificata una raccomandazione forte a favore dell’approccio affermativo. Un approccio realmente centrato sul benessere del minore protegge la sua dignità e il suo diritto a essere accolto, senza però anticipare i tempi della maturazione cognitiva né promuovere modifiche sociali o mediche precoci sul corpo biologico in assenza di evidenze solide e condivise.

Con stima e con l’auspicio di un confronto scientifico aperto e plurale,

Estensori

Dott. **Belluzzi Antonio**, pediatra (Cesena);

Dott. **Bonini Giovanni**, pediatra (Pistoia);

Dott.ssa **Bringheli Ivana**, pediatra in formazione specialistica (Roma);

Prof. **Ferrero Giovanni Battista**, pediatra e genetista (Torino);

Dott. **Lambruschi Furio**, psicologo e psicoterapeuta (Forlì).

Sottoscrittori

Dott.ssa **Marzia Accorsini**, pediatra, San Giuliano Terme (PI)

Dott. **Arturo Alberti**, pediatra, Cesena

Dott. **Augusto Biasini**, pediatra, Cesena

Dott.ssa **Manuela Canigiani**, pediatra e neuropsichiatra infantile, Pistoia

Dott.ssa **Francesca Casini**, pediatra in formazione specialistica, Milano

Prof. **Giuseppe Chiumello**, pediatra ed endocrinologo, Milano

Dott.ssa **Maria Colombo Zanvit**, pediatra, Vignate (MI)

Dott.ssa **Carla Debbia**, pediatra, Genova

Dott.ssa **Mila Degli Angeli**, pediatra, Cesena

Dott. **Luigi Maria Fatucchi**, pediatra, Arezzo

Dott. **Emilio Filippo Fossali**, pediatra, Milano
Dott.ssa **Maria Cristina Giovannini**, pediatra, Arezzo
Dott. **Andrea Lucca**, pediatra, Viareggio
Dott. **Lorenzo Lucchi**, pediatra, Bologna
Prof.ssa **Maura Massimino**, pediatra e oncologa, Milano
Dott. **Mario Narducci**, pediatra, Cavenago di Brianza (MB)
Dott. **Marco Niccoli**, pediatra, Montecatini Terme (PT)
Dott. **Fabrizio Penna**, psicologo, Colle Brianza (LC)
Dott.ssa **Maria Letizia Poli**, pediatra, Pistoia
Dott. **Maurizio Poloni**, pediatra, Rimini
Dott. **Francesco Rodolfo Prudente**, pediatra ospedaliero, Viterbo
Dott. **Giuseppe Riva**, pediatra primario, Brescia
Prof. **Martino Ruggieri**, pediatra neurologo, Catania
Dott. **Pierluigi Tonti**, pediatra, Cesena
Dott.ssa **Augusta Barbieri**, psicoterapeuta, Cesena
Dott.ssa **Cristiana Canepa**, psicologa, Torino
Prof. **Tonino Cantelmi**, psichiatra e psicoterapeuta, Roma
Dott.ssa **Maria Luisa Ceriotti-Migliarese**, neuropsichiatra infantile e psicoterapeuta, Milano
Dott.ssa **Francesca Chialastri**, psicoterapeuta dell'età evolutiva, Aprilia (Roma)
Prof. **Marco Del Giudice**, psicologo, Trieste
Dott.ssa **Claudia Fava**, psichiatra, Cesena
Dott.ssa **Daniela Frizzelle**, psicologa e pedagoga, Milano
Prof. **Massimo Gandolfini**, neurochirurgo e psichiatra, Brescia
Prof. **Paolo Gentili**, psichiatra e psicoterapeuta, Roma
Dott.ssa **Sara Gozzini**, psicosessuologa, Bergamo
Prof. Dott. **Panayotis Kantzas**, psicoanalista SLP, Milano
Dott. **Emiliano Lambiase**, psicoterapeuta, Roma
Prof.ssa **Viviana Langher**, psicologa clinica, Roma
Dott. **Stefano Parenti**, psicologo, Milano
Dott.ssa **Grazia Pini**, psicoterapeuta, Firenze
Dott. **Massimo Polledri**, psicoterapeuta e neuropsichiatra infantile, Piacenza
Dott.ssa **Nada Proietti**, psicologa e psicoterapeuta, Roma
Dott.ssa **Alessandra Randazzo**, psicologa, psicanalista SPI e psicoterapeuta, Palermo
Dott.ssa **Maria Elisabetta Ricci**, psicologa e psicoterapeuta, Roma
Dott.ssa **Roberta Romano**, neuropsichiatra infantile, Pisa
Dott.ssa **Claudia Salvitti**, psicologa, Roma

Dott.ssa **Gianna Salvitti**, psicologa, Roma
Prof. Dott.ssa **Fulvia Signani**, psicologa, psicoterapeuta e sociologa, Ferrara
Prof.ssa **Manuela Tomai**, psicologa clinica, Roma
Dott.ssa **Serenella Trezza**, neuropsichiatra infantile, Milano
Dott. **Gabriele Zanolà**, medico di medicina generale e psicoterapeuta, Brescia
Dott.ssa **Teresa Zucchi**, psichiatra e psicoterapeuta, Prato
Dott.ssa **Enrica Ambrosi**, specialista in radioterapia oncologica, Brescia
Dott. **Giuseppe Battimelli**, endocrinologo, Cava dei Tirreni (SA)
Dott. **Lorenzo Belluzzi**, oncologo, Modena
Dott. **Michele Bertelli**, anestesista rianimatore, Brescia
Dott.ssa **Paola Biondi**, medico di medicina generale, Pontedera (PI)
Dott. **Alberto Caprioli**, pneumologo, Brescia
Dott. **Franco Casadei**, otorinolaringoiatra, Cesena
Prof. Dott. **Gennaro Cera**, chirurgo d'urgenza, Foggia
Dott.ssa **Silvia Ceriani**, fisiatra, Brescia
Dott. **Davide Checchi**, infettivologo, Roma
Dott. **Gianpaolo Conter**, geriatra, Brescia
Dott.ssa **Sara De Leone**, ginecologa e ostetrica, Brescia
Dott.ssa **Agnese Faberi**, geriatra, Rimini
Dott. **Antonio Faberi**, medico di medicina generale, Faenza
Dott. **Maurizio Faberi**, medico di medicina generale, Cesena
Dott.ssa **Rachele Fiori**, medico di medicina generale, Brescia
Dott.ssa **Luisa Fressoia**, pedagogista, Milano
Dott. **Luigi Frigerio**, neonatologo, Bergamo
Dott. **Pier Paolo Gobbi**, psicomotricista, Verona
Dott. **Carlo Jovine**, neurologo, Roma
Dott.ssa **Chiara Mantovani**, odontoiatra, Ferrara
Dott. **Piergiorgio Mariani**, medico di medicina generale, Cesena
Dott. **Francesco Miglio**, oculista, Brescia
Dott. **Vincenzo Miglio**, oculista primario, Brescia
Dott.ssa **Elisa Mor**, ginecologa, Brescia
Dott.ssa **Claudia Navarini**, bioeticista, Roma
Dott.ssa **Chiara Offer**, neonatologa, Brescia
Dott.ssa **Elisabetta Paganuzzi**, odontoiatra ortodontista, Brescia
Dott.ssa **Nada Riva**, oncologa, Forlì
Dott.ssa **Alessandra Roggia**, ginecologa, Brescia

Dott.ssa **Giuliana Ruggieri**, chirurgo dei trapianti di rene, Siena
 Dott.ssa **Eleonora Santilli**, specializzanda in medicina generale, Roma
 Dott.ssa **Samanta Sarti**, oncologa, Forlì
 Dott.ssa **Anna Savaresi**, medico di medicina generale, Brescia
 Dott.ssa **Daniela Senarega**, pedagoga, Genova
 Dott.ssa **Claudia Succu**, ginecologa, Nuoro
 Dott.ssa **Adriana Torri**, ginecologa, Brescia
 Dott.ssa **Emanuela Trussardi**, ginecologa, Brescia
 Dott. **Gabriele Turci**, medico di medicina generale, Cesena

Riferimenti bibliografici

1. Arnold, A. P. (1996). Genetically triggered sexual differentiation of brain and behavior. *Hormones and Behavior*, 30(4), 495–505.
2. Arnold, A. P. (2009). The organizational-activational hypothesis as the foundation for a unified theory of sexual differentiation of all mammalian tissues. *Hormones and Behavior*, 55(5), 570–578.
3. McCarthy, M. M., & Arnold, A. P. (2011). Reframing sexual differentiation of the brain. *Nature Neuroscience*, 14(6), 677–683.
4. Bruce Goldman, The cognitive differences between men and women, *Stanford medicine magazine*, May 22, 2017;
5. Institute of Medicine (US). Exploring the Biological Contributions to Human Health: Does Sex Matter? Wizemann TM, Pardue ML, editors. Washington (DC): National Academies Press (US); 2001.
6. McCarthy, M. M. (2016). Sex differences in the developing brain as a source of inherent risk. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 18(4), 361–372.
7. Parsaei M, Sanjari Moghaddam H, Aarabi MH. Sex differences in brain structures throughout the lifetime. *Aging Brain*. 2023 Sep 25; 4:100098.
8. Fenske SJ, Liu J et al. Sex differences in brain-behavior relationships in the first two years of life. 2024 Feb 1:2024.01.31.578147.
9. Ryali S., Zhang Y. Et al, Deep learning models reveal replicable, generalizable, and behaviorally relevant sex differences in human functional brain organization, *Proceedings of the National Academy of Sciences*, Feb 2020.
10. Cahill, L. (2006). Why sex matters for neuroscience. *Nature Reviews Neuroscience*, 7(6), 477–484.
11. Joel, D., & McCarthy, M. M. (2017). Incorporating sex as a biological variable in neuropsychiatric research: Where are we now and where should we be? *Neuropsychopharmacology*, 42(2), 379–385.
12. Giedd, J. N., et al. (1999). "Brain development during childhood and adolescence: a longitudinal MRI study." *Nature Neuroscience*, 2(10), 861–863.
13. M. Ingallhalikar, A. Smith et al. Sex differences in the structural connectome of the human brain, *Proc. Natl. Acad. Sci. U.S.A.* 111 (2) 823–828.
14. Zheng, Y., et al. (2023). Social contagion, violence, and suicide among adolescents — Current Opinion in Psychiatry.
15. Littman L. Rapid-onset gender dysphoria in adolescents and young adults: a study of parental reports. *PLOS ONE*. 2018;13(8): e0202330
16. Zucker, K. J. (2019). Adolescents with gender dysphoria: Reflections on some contemporary clinical and research issues. *Archives of Sexual Behavior*, 48(7), 1983–1992.
17. Hutchinson, A., Midgen, M., & Spiliadis, A. (2020). In support of research into rapid-onset gender dysphoria. *Archives of Sexual Behavior*, 49(1), 79–80.
18. Crone EA, Fuligni AJ. Self and Others in Adolescence. *Annu Rev Psychol*. 2020 Jan 4;71:447–469. doi: 10.1146/annurev-psych-010419-050937. Epub 2019 Jul 23. PMID: 31337274.

19. Welborn BL, Lieberman MD et al. . Neural mechanisms of social influence in adolescence. *Soc Cogn Affect Neurosci*. 2016 Jan;11(1):100-9.
20. Zhang, H., et al., Sex-specific functional connectivity brain development from birth to 2 years old and its association with behavioral outcomes. *Scientific Reports* (Nature Portfolio), 2024.
21. Connellan, G., Baron-Cohen et al., Sex differences in human neonatal social perception. *Infant Behavior and Development*, 2000 (Vol. 23, No. 1, pp. 113-118).
22. Kirjavainen, V., et al., Sex differences in human brain development during early childhood: A longitudinal microstructural study, *Human Brain Mapping*, 2023.
23. Schriber RA, Guyer AE. Adolescent neurobiological susceptibility to social context. *Dev Cogn Neurosci*. 2016 Jun;19:1-18.
24. Cantor, J. M. (2023). Expert Report of James Cantor, Ph.D. - Boe v. Marshall (State of Alabama).
25. Sowell, E. R., Thompson, P. M., Holmes, C. J., Jernigan, T. L., & Toga, A. W. (1999). In vivo evidence for post-adolescent brain maturation in frontal and striatal regions. *Nature Neuroscience*, 2(10), 859–861.
26. Sowell, E. R., Thompson, P. M., & Toga, A. W. (2004). Mapping changes in the human cortex throughout the span of life. *The Neuroscientist*, 10(4), 372–392.
27. Steensma, T.D., Biemond, R., de Boer, F. & Cohen-Kettenis, P.T., 2011. Desisting and persisting gender dysphoria after childhood: A qualitative follow-up study. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 2011 Oct, 16(4), pp.499–516.
28. Wallien MS, Cohen-Kettenis PT. Psychosexual outcome of gender-dysphoric children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2008 Dec;47(12):1413-23.
29. Zucker KJ, Bradley SJ. Gender Identity Disorder and Psychosexual Problems in Children and Adolescents. New York: Guilford Press; 1995.
30. Levine, S.B., Abbruzzese, E. Current Concerns About Gender-Affirming Therapy in Adolescents. *Curr Sex Health Rep* 15, 113–123 (2023).
31. Iughetti, L., et al. La disforia di genere in età pediatrica e adolescenziale, 2019
32. Kaltiala-Heino R, Sumia M, Tyolajarvi M, Lindberg N. Two years of gender identity service for minors: Over representation of natal girls with severe problems in adolescent development. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*. 2015;9(1):9.
33. Jorgensen SCJ. Transition Regret and Detransition: Meanings and Uncertainties. *Arch Sex Behav*. 2023 Jul;52(5):2173-2184.
34. Littman L. Individuals treated for gender dysphoria with medical and/or surgical transition who subsequently detransitioned: A survey of 100 detransitioners. *Archives of Sexual Behavior*. 2021;50(8):3353–3369.
35. Irwig MS. Detransition Among Transgender and Gender-Diverse People-An Increasing and Increasingly Complex Phenomenon. *J Clin Endocrinol Metab*. 2022 Sep 28;107(10):e4261-e4262.
36. MacKinnon KR, Expósito-Campos P, Lam JSH, et. Al, Understanding and Caring for Adolescents and Young Adults Who Are Considering or Pursuing a Detransition Process. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*. 2025;54(10):e361-e366
37. Thrower E, Bretherton I, Pang KC, Zajac JD, Cheung AS. Prevalence of autism spectrum disorder and attention-deficit hyperactivity disorder amongst individuals with gender dysphoria: A systematic review. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2020;50(3):695–706.
38. Kaila-Vanhatalo ME, Tolmunen T, Mattila A, Kaltiala R. Prevalence of personality disorder diagnoses in people referred to specialized gender identity clinics in Finland. *European Psychiatry*. 2025.
39. Kaila-Vanhatalo ME, Tolmunen T, Mattila A, Kaltiala R. Gender dysphoria and personality disorders: associations with proceeding to and discontinuing medical gender reassignment. *Nordic Journal of Psychiatry*. 2025.
40. Hilton MN, Boulton KA, Kozłowska K, McClure G, Guastella AJ. The co-occurrence of neurodevelopmental disorders in gender dysphoria: Characteristics within a paediatric treatment-seeking cohort and factors that predict distress pertaining to gender. *Journal of Psychiatric Research*. 2022;149:281–286
41. Kozłowska K, Chudleigh C, McClure G, Maguire AM and Ambler GR (2021) Attachment Patterns in Children and Adolescents With Gender Dysphoria. *Front. Psychol*. 11:582688.
42. Wood H, Sasaki S, Bradley SJ, Singh D, Fantus S, Owen-Anderson A, Di Giacomo A, Bain J, Zucker KJ. Patterns of referral to a gender identity service for children and adolescents (1976–2011): Age, sex ratio, and sexual orientation [Letter to the Editor] *Journal of Sex & Marital Therapy*. 2013;39(1):1–6.

43. Becerra-Culqui TA, Liu Y, et al., Mental health of transgender and gender nonconforming youth compared with their peers. *Pediatrics*. 2018;141(5):e20173845.
44. Mason JW, Grignon P, Cohn J. The Influence of Politics on Psychological Interventions for Pediatric Gender Dysphoria. *Current Opinion in Psychology*. 2026;70:102314.
45. Lambruschi F. L'approccio clinico alla disforia di genere in età evolutiva: il recupero del buon senso clinico e della ricerca non ideologica. *Psicologia Clinica dello Sviluppo*. 2024;28(2):265-278.
46. Del Giudice M. Memoria depositata presso la XII Commissione (Affari sociali) della Camera dei deputati in occasione dell'audizione del 4 aprile 2024 sul tema della somministrazione di bloccanti della pubertà nell'incongruenza e nella disforia di genere. Roma: Camera dei deputati; 2024
47. Pertot S. A flawed model. *Gender Clinic News*. 2026 Apr 23.
48. Biggs M. Suicide by Clinic-Referred Transgender Adolescents in the United Kingdom. *Arch Sex Behav*. 2022 Feb;51(2):685-690.
49. Ruuska S, Tuisku K, Holttinen T, Kaltiala R. All-cause and suicide mortalities among adolescents and young adults who contacted specialised gender identity services in Finland in 1996–2019: a register study. *BMJ Mental Health*. 2024;27:e300940.
50. Kaltiala R, Holttinen T, Tuisku K. Have the psychiatric needs of people seeking gender reassignment changed as their numbers increase? A register study in Finland. *Eur Psychiatry*. 2023 Nov 6;66(1):e93.
51. Kaltiala R, Heino E, Tyolajarvi M, Suomalainen L. Adolescent development and psychosocial functioning after starting cross-sex hormones for gender dysphoria. *Nordic Journal of Psychiatry*. 2020;74(3):213–219.
52. Roberts, C. M., et al. (2022). "Continuation of gender-affirming hormones among transgender and gender-diverse adolescents and adults." *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*.
53. Cass H. Independent Review of Gender Identity Services for Children and Young People: Final Report. NHS England; 2024.
54. Taylor, J., Mitchell, A., Hall, R., Heathcote, C., Langton, T., Fraser, L., & Hewitt, C. E. (2024). Interventions to suppress puberty in adolescents experiencing gender dysphoria or incongruence: a systematic review. *Archives of Disease in Childhood*, 109(Suppl 2).
55. Taylor, J., Mitchell, A., Hall, R., Langton, T., Fraser, L., & Hewitt, C. E. (2024). Masculinising and feminising hormone interventions for adolescents experiencing gender dysphoria or incongruence: a systematic review. *Archives of Disease in Childhood*, 109(Suppl 2).
56. Taylor, J., Hall, R., Langton, T., Fraser, L., & Hewitt, C. E. (2024). Care pathways of children and adolescents referred to specialist gender services: a systematic review. *Archives of Disease in Childhood*, 109(Suppl 2).
57. Mulchandani R, Curtis-Tyler K, et al. Evidence for outcomes of puberty blockers and gender-affirming hormones in children and adolescents: systematic reviews for the Cass Review. *Archives of Disease in Childhood*. 2024;
58. NHS England, Clinical Policy: Puberty Suppressing Hormones for Children and Young People Who Have Gender Incongruence/Gender Dysphoria. NHS England, 2024.
59. National Board of Health and Welfare (Socialstyrelsen), Care of Children and Adolescents with Gender Dysphoria – National Knowledge Support. Socialstyrelsen, 2022.
60. Council for Choices in Health Care in Finland (PALKO). Medical Treatment Methods for Dysphoria Associated with Variations in Gender Identity in Minors. 2020.
61. Zepf FD, König L, et al. Beyond NICE: Updated Systematic Review on the Current Evidence of Using Puberty Blocking Pharmacological Agents and Cross-Sex-Hormones in Minors with Gender Dysphoria. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother*. 2024;52(3):167-187. German.
62. Norwegian Healthcare Investigation Board (Ukom). Gender Incongruence in Children and Adolescents – Findings and Recommendations. 2023.
63. Zhang Y, Huang H, et al. Family outcome disparities between sexual minority and heterosexual families: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Glob Health*. 2023 Feb;8(3):e010556.
64. Schumm WR. A Review and Critique of Research on Same-Sex Parenting and Adoption. *Psychol Rep*. 2016 Dec;119(3):641-760.
65. Cranley MS. Development of a tool for the measurement of maternal attachment during pregnancy. *Nurs Res*. 1981 Sep-Oct;30(5):281-4.
66. Moore ER, Brimdyr K et al. Immediate or early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev*. 2025 Oct 22;10(10):CD003519.

67. Maternal-infant bonding: the impact of early separation or loss on family development; Marchall H. Klaus, John H. Kennel, St. Louis: Mosby, 1976. MMS ID 994836243406676; ISBN 9780801626302; ISBN 0801626307.