



ORDINE
DEGLI PSICOLOGI
DELLA LOMBARDIA



I PERCORSI AFFERMATIVI DI GENERE

SVILUPPI E PROSPETTIVE A RIGUARDO DELLE IDENTITÀ DI GENERE

a cura del Gruppo di Lavoro per i diritti delle persone LGBTI+ dell'Ordine degli Psicologi della Lombardia



ORDINE
DEGLI PSICOLOGI
DELLA LOMBARDIA

corso Buenos Aires, 75 - 20124 MILANO

tel: +39 02 2222 6551

PEO: segreteria@opl.it

PEC: segreteria@pec.opl.it

sito: www.opl.it

La Presidente

Laura Parolin

Il Segretario e Coordinatrice della Consulta per i Diritti Umani

Gabriella Scaduto

Autori

Claudio Baggini

Cristina Vacchini

Paolo Antonelli

Daniela Invernizzi

A cura del

Gruppo di Lavoro per i Diritti delle Persone LGBTI+
dell'Ordine degli Psicologi della Lombardia

Progetto grafico

Alessandra Riva

Opera curata da: Ordine degli Psicologi della Lombardia - 2024

Tutti i diritti riservati. Riproduzione in qualsiasi forma, memorizzazione o trascrizione con qualunque mezzo (elettronico, meccanico, in fotocopia, su disco o in altro modo, compresi cinema, radio, televisione) sono vietate senza autorizzazione scritta dell'editore.

INDICE

Introduzione	4
Note introduttive	6
PARTE I: I percorsi affermativi di genere	
I livelli delle identità sessuali: dove si colloca l'identità di genere?	7
<i>Approfondimento:</i> <i>Diritto all'autodeterminazione e alla non discriminazione</i>	9
Che cos'è la disforia di genere?	11
Che differenza c'è tra incongruenza di genere e varianza di genere?	11
Cos'è un percorso di transizione o affermativo di genere?	
Cosa prevedono le principali linee guida nazionali e internazionali in materia?	12
<i>Approfondimento:</i> <i>Diritto internazionale in materia di orientamento sessuale e identità di genere</i>	15
PARTE II: Q&A - percorsi affermativi di genere e dintorni	17
Bibliografia	28

INTRODUZIONE

L'Ordine degli Psicologi della Lombardia (OPL) si impegna da anni nella promozione e diffusione della Cultura dei Diritti Umani tra professionisti della psicologia e nella società in generale, riconoscendo il fondamentale ruolo della psicologia nel contrastare tutte le forme di discriminazione, nel prevenire le violazioni dei diritti umani e nel trattare i traumi psicologici che ne derivano. Attraverso iniziative e progetti mirati, l'OPL lavora per sensibilizzare e formare psicologi e psicologhe su queste importanti questioni, contribuendo così alla creazione di una comunità professionale più competente e una società più inclusiva e rispettosa della diversità.

Il volume che state per leggere testimonia l'attenzione dedicata alle tematiche LGBTQIA+, con un focus particolare sull'autodeterminazione e i diritti umani. Grazie al prezioso contributo dei tre esperti colleghi e colleghe del gruppo di lavoro dedicato, potrete approfondire in modo sistematico e dettagliato il contesto dei percorsi affermativi di genere. Questo lavoro sottolinea l'importanza di promuovere una cultura inclusiva e non discriminante, valorizzando il ruolo cruciale degli psicologi nell'affrontare e sostenere queste delicate questioni. La prima parte del volume si propone di delineare e approfondire i vari aspetti legati ai percorsi affermativi di genere, analizzando i livelli delle identità sessuali e il posizionamento dell'identità di genere. In questo contesto, verranno esaminati i seguenti temi chiave: i livelli delle identità sessuali, evidenziando come l'identità di genere si inserisca in un panorama più ampio di diversità e fluidità sessuale; un approfondimento sul diritto all'autodeterminazione e alla non discriminazione, cruciale per garantire che ogni individuo possa vivere liberamente e autenticamente la propria identità di genere; la disforia di genere, un termine spesso frainteso che descrive il disagio significativo che alcune persone provano quando il loro genere assegnato alla nascita non corrisponde alla loro identità di genere; la differenza tra incongruenza di genere e varianza di genere, cruciale per comprendere le diverse esperienze e percorsi delle persone transgender e di genere non conforme; i percorsi di transizione o affermativi di genere, con un esame delle principali linee guida e best practice adottate a livello nazionale e internazionale per supportare le persone transgender nel loro processo di affermazione di genere; un'analisi del quadro giuridico internazionale relativo ai diritti delle persone LGBTQIA+, con un focus su come diversi paesi e organizzazioni internazionali affrontano e proteggono i diritti legati all'orientamento sessuale e all'identità di genere.

L'Ordine, in perfetta sintonia con il Codice Deontologico degli Psicologi italiani, vuole contribuire allo sviluppo di una cultura a tutela del diritto fondamentale della dignità e del valore di tutte le persone e per la promozione della libertà, dell'autonomia e del benessere psicologico, nel rispetto della soggettività di ciascuna persona, gruppo o comunità. Riteniamo che questo volume rappresenti un passo significativo verso una maggiore comprensione e rispetto delle identità di

genere, e un ulteriore impegno dell'Ordine degli Psicologi della Lombardia (OPL) nella promozione dei diritti umani, dell'autodeterminazione e del benessere psicologico per tutti. Speriamo che la lettura di questo volume ispiri e supporti i professionisti della psicologia e tutti coloro che desiderano contribuire alla costruzione di una società più inclusiva e rispettosa della diversità.

La Presidente

Laura Parolin

Il Segretario e Coordinatrice del progetto

Gabriella Scaduto

NOTE INTRODUTTIVE

Il Gruppo di Lavoro per i Diritti delle persone LGBTI+ dell'Ordine degli Psicologi della Lombardia opera dal 2020 per promuovere una informazione scientificamente orientata sulle tematiche delle identità sessuali tramite la realizzazione di materiali, iniziative ed eventi che possano essere utili spunti di approfondimento per *è* colleghe e per la cittadinanza in generale.

È professionistè della salute mentale lavorano quotidianamente a contatto con le persone, raccogliendo vissuti, racconti, testimonianze, esperienze, gioie e sofferenze, e accompagnando *è* propria pazienti nell'esplorazione della loro identità allo scopo di migliorare la qualità della loro vita.

In risposta al grande interesse emerso in questi anni e alle molte domande giunte alla nostra attenzione proprio da *è* colleghe, il GdL ha deciso di occuparsi quest'anno del tema dell'identità di genere e, nello specifico, dei percorsi affermativi di genere. Pur nella consapevolezza che si tratti di una tematica molto ampia, articolata e, soprattutto, multidisciplinare, abbiamo tentato di fornire alcune coordinate generali rispondendo proprio ai quesiti che più frequentemente sono stati posti. La prima parte dell'elaborato fornisce una cornice generale della tematica, mentre la seconda sezione è dedicata alle risposte alle domande raccolte. All'interno del documento, troverete anche alcuni box di approfondimento sul tema dell'autodeterminazione e dei diritti umani della popolazione LGBTQIA+ in ambito nazionale e internazionale.

Le tematiche delle identità sessuali rappresentano una galassia multi-sfaccettata, in continuo divenire da diversi punti di vista: socio-culturale, scientifico, sanitario, legale. Sottolineiamo che le informazioni a cui ci si riferisce in questo elaborato sono quelle disponibili a ottobre 2023 e che, nell'approcciarsi alla lettura del testo, si deve tener conto che i dati scientifici così come le normative in vigore sono in continua evoluzione. Per tale ragione, si invitano *è* lettorè a fare sempre riferimento alla letteratura più aggiornata possibile e ai canali ufficiali che verranno segnalati all'interno del testo.

Auspichiamo che questo contributo possa costituire un primo approdo per coloro che, nello svolgimento della professione, si sono avvicinatè o si stanno avvicinando alle tematiche LGBTQIA+, senza alcuna pretesa che possa risultare esaustivo e completo. Come per tutti gli ambiti della nostra vastissima professione – e in particolare per tematiche così complesse e spesso poco affrontate durante la formazione accademica e post-universitaria – si invitano tuttè *è* lettorè a partire da qui per approfondire il tema, utilizzando tutti gli strumenti a disposizione per affinare le proprie conoscenze (letteratura scientifica, letture, supervisioni e intervizioni, corsi di formazione, ecc.) e muovendosi in questo ambito in accordo con quanto sancito dal nostro prezioso Codice Deontologico.

Referente del Gruppo di Lavoro
per i Diritti delle persone LGBTI+
Claudio Baggini

PARTE I: I PERCORSI AFFERMATIVI DI GENERE

I LIVELLI DELLE IDENTITÀ SESSUALI: DOVE SI COLLOCA L'IDENTITÀ DI GENERE?

Per poter comprendere al meglio ciò di cui si parlerà in questo elaborato, appare opportuno iniziare dall'identificare "l'area di competenza" del costrutto di identità di genere all'interno dell'identità del soggetto e in relazione alle altre dimensioni che compongono l'identità sessuale dell'individuo.

L'*identità sessuale* indica l'identità complessiva della persona dal punto di vista sessuale ed è l'insieme dei piani, delle dimensioni e degli aspetti con cui la persona si identifica, si fa identificare o viene identificata (Rigliano, 2018). Rappresenta quindi una realtà complessa e multidimensionale, che non smette mai di definirsi e specificarsi durante tutto l'arco della vita dell'individuo. Occorre innanzitutto definire quali siano questi principali livelli che compongono l'identità sessuale di ognunə: il sesso biologico, l'identità di genere, il ruolo di genere e l'orientamento sessuale.

Il *sesso biologico* viene identificato come la conformazione del corpo sul piano biologico, definita dai cromosomi sessuali, dagli ormoni, dai genitali interni ed esterni, e dalla conformazione complessiva del corpo che ne consegue. Da questo livello deriva l'appartenenza del soggetto al sesso maschile, femminile, o a una delle varianti dello sviluppo sessuale (come avviene per le persone intersessuali). Sul piano del sesso biologico, l'appartenenza viene generalmente stabilita alla nascita sulla base dei genitali esterni. Spesso ci si riferisce a questo livello dell'identità sessuale come "sesso assegnato alla nascita" (per esempio, "persona assegnata femmina alla nascita" o "AFAB"); ci si può riferire a questa componente anche con "genere assegnato alla nascita", ponendo maggiore risalto alle aspettative di genere legate al sesso assegnato alla nascita.

L'*identità di genere* si riferisce al genere con cui una persona si identifica primariamente, ovvero a come una persona si percepisce interiormente e profondamente come maschio, femmina, o secondo altre declinazioni di genere possibili in un dato contesto culturale e temporale. Si deve pensare all'identità di genere non come un continuum tra maschio e femmina, ma come uno spettro non lineare in cui potersi posizionare anche al di fuori del binarismo di genere (Coleman et al., 2022).

Il *ruolo di genere* indica l'insieme di regole, di aspettative sociali e di ruoli che definiscono come gli uomini e le donne debbano essere, quali caratteristiche esteriori debbano presentare e come si debbano comportare, in una determinata cultura e in un dato periodo storico (Rigliano, 2018). Sul piano identitario, ciò ha strettamente a che fare con il modo in cui ogni individuo ha interiorizzato tali ruoli e di come, di conseguenza, esprime la propria appartenenza a un genere. La dimensione visibile ed esteriore del ruolo di genere del soggetto è detta anche *espressione di genere*,

ovvero i comportamenti e l'aspetto fisico (vestiario, capelli, trucco, ecc.) che comunicano agli altri se e quanto un individuo aderisca o meno alle norme sociali e alle aspettative culturali di come un certo genere debba essere.

Dall'intersezione di questi primi livelli, si possono quindi identificare alcune terminologie¹ largamente utilizzate. In generale, un individuo si definisce *cisgender* se la propria identità di genere corrisponde al sesso assegnato alla nascita (per esempio, una persona assegnata femmina alla nascita, o "AFAB", con una identità di genere femminile). Il termine ombrello *transgender* può essere utilizzato per indicare quelle persone la cui identità di genere o espressione di genere differisce da quanto tipicamente atteso sulla base del sesso assegnato alla nascita (OPL, 2021). Con il termine *non-binary*, invece, ci si riferisce a quelle persone la cui identità di genere non ricade all'interno delle categorie di genere tipicamente binarie: per esempio, che si identificano in parte con un genere, che non si identificano in nessuno di essi o che si identificano in più di un genere (OPL, 2022). Occorre precisare che anche la "categorizzazione" *cisgender-transgender* è implicitamente binaria e che, quindi, alcune persone potrebbero non identificarsi all'interno di questa dicotomia¹.

L'ultimo livello dell'identità sessuale è rappresentato dall'*orientamento sessuale*, cioè la dimensione dell'attrazione emotiva, affettiva e/o erotica di una persona. Storicamente, si parla di eterosessualità quando l'attrazione è esclusivamente verso il sesso/genere opposto, di omosessualità quando l'attrazione è esclusivamente verso il proprio sesso/genere, o di bisessualità quando l'attrazione è verso entrambi i sessi/generi.

Anche in questo caso, le categorie sopracitate sono potenzialmente limitanti, poiché si riferiscono spesso a una visione semplicistica e binaria del genere e poiché in passato non tenevano conto dell'identità di genere delle persone. In una cornice non unicamente *cisgender* e binaria, le declinazioni dell'orientamento sessuale si ampliano, si arricchiscono e variano nel loro significato intrinseco: per esempio, si pensi alla bisessualità (intesa come attrazione verso due o più generi), alla pansessualità (l'attrazione verso le persone a prescindere dal loro genere), all'asesualità (l'assenza di attrazione sessuale verso altre persone, a prescindere dal loro genere), ecc.²

Appare chiaro come questi livelli siano in stretto contatto tra loro, ma siano assolutamente distinti e indipendenti, motivo per cui si deve prestare particolare attenzione a non confonderli e a riconoscere la complessità del costrutto dell'identità sessuale. Spesso, infatti, accade che le persone facciano coincidere il concetto di sesso biologico con quello di genere; si può confondere il livello del genere o dell'identità di genere con quello dell'orientamento sessuale; o ancora, si

¹ Per approfondimenti sulle identità non binarie e sul genere si rimanda al dossier del presente Gruppo di lavoro dal titolo *Le identità non binarie*, consultabile al seguente link: www.opl.it/public/files/18877-OPL_Dossier_No-Binary_COL.pdf

² Per approfondimenti sulle terminologie si rimanda al dossier del presente Gruppo di lavoro dal titolo *Rainbow Map - Glossario LGBT+ per la professione psicologica*, consultabile al seguente link: www.opl.it/public/files/17141-OPL_Dossier-LGBT+_singolapdf.pdf

può confondere il livello del ruolo di genere o dell'espressione di genere di un individuo con quello dell'identità di genere o dell'orientamento sessuale. L'invito è volto quindi a non farsi imprigionare da diffusi e semplicistici stereotipi, così come di non assumere nulla a priori circa il genere, l'identità di genere o l'orientamento sessuale di una persona a partire da ciò che è osservabile, tenendo a mente che il "visibile" è sempre intrinsecamente filtrato dalle convenzioni sociali e dal vissuto soggettivo di ciascuna di noi.

DIRITTO ALL'AUTODETERMINAZIONE E ALLA NON DISCRIMINAZIONE

“L'omofobia e la transfobia violano la dignità umana, ledono il principio di eguaglianza e comprimono la libertà e gli affetti delle persone. A nessuno può sfuggire che qualunque forma di persecuzione in base all'orientamento sessuale costituisca, sempre e ovunque abbia luogo, una violazione inaccettabile dei diritti umani universali”

Sergio Mattarella

L'articolo 3 della Costituzione Italiana recita: “tutti i cittadini hanno pari dignità sociale e sono eguali davanti alla legge, senza distinzione di sesso, di razza, di lingua, di religione, di opinioni politiche, di condizioni personali e sociali.”

La Costituzione italiana riconosce valore a¹ cittadina in quanto esseri umani, a prescindere dunque dalle molteplici dimensioni personali. Si tratta di una norma volta a evitare che si ripresentino situazioni simili a quelle vissute durante il regime fascista, quando furono crudelmente perseguitati gli ebrei e altre minoranze: gli omosessuali venivano inviati al confino colpevoli di minare la virilità degli italiani¹. La realtà attuale, a decenni di distanza dal 1948², documenta un aumento di casi di discriminazione e intolleranza nei confronti della comunità LGBTIQ in Italia e in molti altri paesi: è doveroso quindi un richiamo alla memoria storica e all'attualità dell'articolo 3 della costituzione, che rappresenta una chiara direttiva per evitare che si ripresentino situazioni discriminatorie e, soprattutto, che vengano relegate nell'illegalità.

La seconda parte dell'articolo 3 enuncia: “È compito della Repubblica rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale, che, limitando di fatto la libertà e l'eguaglianza dei cittadini, impediscono il pieno sviluppo della persona umana e l'effettiva partecipazione di tutti i lavoratori all'organizzazione politica, economica e sociale del Paese.”

La Costituzione riconosce che, anche se gli esseri umani sono eguali di fronte alla legge, non lo sono nella società, poiché alcuni vivono in condizioni di maggiore difficoltà e molti ostacoli sociali, culturali ed economici rendono più complesso il loro percorso di vita. La rimozione di questi ostacoli non può essere delegata alla singola persona,

¹ Centinaia furono internati, San Domino alle Tremiti, colonia per persone omosessuali, fu liberata dagli americani nel 1943. Per approfondire si rimanda a: Goretti, G., & Giartosio, T. (2022). *La città e l'isola: Omosessuali al confino nell'Italia fascista*. Donzelli Editore.

² La costituzione italiana è entrata in vigore dal 1° gennaio 1948.

ma le istituzioni e la società civile devono operare conseguentemente per garantire libertà di scelta in tutti i campi e a tutta la cittadinanza. Rispettare l'articolo 3 della Costituzione significa promuovere i diritti LGBTIQ tutelando i differenti orientamenti sessuali e le diverse identità di genere, riconoscendo l'individualità di ogni essere umano, la pari dignità sociale e l'uguaglianza di fronte alla legge. In molti Paesi sono in vigore legislazioni che tutelano esplicitamente i diritti LGBTIQ; in Italia questo manca, anche se una tutela in questa direzione è stata ripetutamente chiesta dal Parlamento Europeo. L'importante legge 205/1993 conosciuta come legge Mancino punisce le condotte che incitano all'odio, alla discriminazione e alla violenza per motivi religiosi, etnici, razziali e nazionali, senza però riferimenti alle discriminazioni contro la popolazione LGBTIQ. L'articolo 21 sulla non discriminazione della Carta dei diritti fondamentali UE è più chiaro ed esplicito: "È vietata qualsiasi forma di discriminazione fondata, in particolare, sul sesso, la razza, il colore della pelle o l'origine etnica o sociale, le caratteristiche genetiche, la lingua, la religione o le convinzioni personali, le opinioni politiche o di qualsiasi altra natura, l'appartenenza ad una minoranza nazionale, il patrimonio, la nascita, la disabilità, l'età o l'orientamento sessuale."³

³ Per il testo completo si rimanda a: https://www.europarl.europa.eu/charter/pdf/text_it.pdf

CHE COS'È LA DISFORIA DI GENERE?

La disforia di genere si riferisce al disagio profondo e persistente che una persona prova in relazione al proprio genere assegnato alla nascita, che non corrisponde alla sua identità di genere percepita (APA, 2013). L'identità di genere di un individuo è la profonda sensazione interna di essere maschio, femmina, entrambi, nessuno dei due o qualcosa di diverso, e può non coincidere con il sesso biologico. Per molte persone con disforia di genere, questo conflitto genera sofferenza significativa, influenzando aspetti quotidiani come l'abbigliamento, la socializzazione e l'espressione personale.

La disforia di genere non è una patologia mentale, ma può portare a complicanze psicologiche se non affrontata e supportata adeguatamente. Molti individui che sperimentano disforia di genere cercano trattamenti medici e psicologici, come terapie ormonali o interventi chirurgici, per allineare il loro corpo con la loro identità di genere.

È essenziale comprendere e rispettare le scelte e i sentimenti di queste persone, poiché il riconoscimento e il sostegno possono fare la differenza nel loro benessere generale.

CHE DIFFERENZA C'È TRA INCONGRUENZA DI GENERE E VARIANZA DI GENERE?

L'incongruenza di genere e la varianza di genere rappresentano due concetti distinti nel campo della medicina e della psicologia riguardanti le identità e le espressioni di genere.

L'incongruenza di genere si riferisce a una discrepanza tra il genere assegnato alla nascita e l'identità di genere internamente percepita di un individuo, causando spesso un marcato disagio psicosociale. Questa incongruenza può manifestarsi con sintomi emotivi e comportamentali significativi e, in alcuni casi, può portare l'individuo a cercare interventi medici o psicoterapeutici per mitigare il disagio associato, come la terapia ormonale o la chirurgia di riassegnazione di genere.

In contrapposizione, la varianza di genere descrive un'ampia gamma di espressioni e identità di genere che non necessariamente aderiscono alle tradizionali norme binarie di genere stabilite dalla società. Gli individui con varianza di genere possono identificarsi con termini come non binari, genderqueer o genderfluid. È essenziale notare che non tutte le persone con una varianza di genere sperimentano l'incongruenza di genere o il relativo disagio (Grant et al., 2011).

Mentre l'incongruenza pone l'accento sulla discrepanza tra genere assegnato e identità di genere, la varianza di genere si focalizza sulla fluidità e diversità delle espressioni di genere al di fuori delle norme convenzionali.

In una risoluzione del 2015, l'*American Psychological Association* e la *National Association of School Psychologists* hanno affermato che: "[...] diverse gender expressions, regardless of gender identity, and diverse gender identities, beyond a binary classification, are normal and positive variations of the human experience."³

³ Per visionare la risoluzione completa di APA e NASP, si rimanda a www.apa.org/pi/lgbt/resources/policy/gender-diverse-children

COS'È UN PERCORSO DI TRANSIZIONE O AFFERMATIVO DI GENERE? COSA PREVEDONO LE PRINCIPALI LINEE GUIDA NAZIONALI E INTERNAZIONALI IN MATERIA?

Il percorso di transizione, meglio detto affermativo di genere, indica le tappe attraverso cui una persona con incongruenza di genere arriva a riallineare il genere assegnato alla nascita con le caratteristiche della propria identità di genere.

Va qui specificato che per incongruenza di genere si intende il livello fino al quale l'identità di genere di un individuo (o il ruolo di genere o l'espressione di genere) si differenzia dalle norme culturali comuni per una persona di un determinato sesso assegnato alla nascita. Il percorso di transizione, quindi, può avvenire tramite diversi interventi che si muovono su più livelli, a seconda della domanda e delle caratteristiche del soggetto che richiede il percorso. Ad esempio, ci sono pazienti che si presentano per avere assistenza avendo già fatto, a livello personale, dei progressi significativi verso il cambio di ruolo di genere, la transizione, o altri aspetti riguardanti l'identità di genere o la disforia di genere così come ci sono pazienti che potrebbero invece necessitare di interventi più specifici.

La questione più delicata è se il soggetto è un adolescente e presenta una condizione di disforia di genere, ovvero la condizione di sofferenza provocata dal sentire la propria identità di genere diversa dal sesso assegnatogli alla nascita. In questi casi le linee guida (*Endocrine Society e Standard of Care* della WPATH 8° edizione) suggeriscono alcuni possibili interventi. Il primo è la sospensione dello sviluppo puberale tramite l'impiego di GnRH analoghi (farmaci che rilasciano gonadotropine) all'inizio della pubertà. Questo perché la ricerca ha ormai osservato che, quando l'Incongruenza di Genere/Disforia di Genere (IG/DG) persiste con l'inizio della pubertà, di rado regredisce (Steensma et al., 2011). La somministrazione di questi farmaci, nonostante una certa diffusione, ha sollevato però diverse discussioni e controversie etiche, anche se i risultati registrati fin qui sono promettenti (Delemarre-van de Waal & Cohen-Kettenis, 2006; Cohen-Kettenis et al., 2011). Per questo motivo, il loro impiego richiede la presenza di alcuni criteri (Coleman et al., 2022):

- a) L'IG/DG è marcata e mantenuta/costante nel tempo;
- b) Soddisfa i criteri diagnostici di incongruenza di genere in situazioni in cui è necessaria una diagnosi per accedere all'assistenza sanitaria;
- c) Dimostra la maturità emotiva e cognitiva tenuto necessaria a fornire il consenso informato per il trattamento;
- d) L'assenza di comorbidità che potrebbero interferire
- e) Informazioni sugli effetti nella riproduzione, incluso la potenziale perdita di fertilità e le opzioni disponibili preservarla;
- f) Ha raggiunto lo stadio 2 di Tanner.

Il rationale dietro la somministrazione dei bloccanti è che inibendo lo sviluppo dei caratteri ses-

suali secondari, permettiamo alla persona di esplorare il ruolo e l'identità di genere esperita in assenza di quei cambiamenti corporei che generano spesso un notevole grado di angoscia e sofferenza. Questa procedura permette anche di estendere la fase diagnostica, in linea con il modello olandese, facilitando una decisione più consapevole riguardo la necessità o meno di una terapia medica di affermazione di genere (Lingiardi et al., 2023).

Nel caso in cui la disforia di genere persista, è prevista la somministrazione di una terapia ormonale (affermazione di genere di tipo ormonale) e a partire dai 18 anni l'intervento chirurgico (affermazione chirurgica di genere).

La terapia ormonale ha lo scopo di produrre in generale cambiamenti in senso femminilizzante o mascolinizzante e nello specifico cambiamenti in linea con l'identità di genere espressa. Nei soggetti AFAB (*Assigned Female At Birth*), la terapia ormonale prevede la somministrazione di testosterone e ha come effetti principali: la cessazione del flusso mestruale, l'abbassamento del tono di voce, un aumento della crescita pilifera e della barba, un incremento delle dimensioni del clitoride e la crescita della massa muscolare. Nei soggetti AMAB (*Assigned Male At Birth*), la terapia ormonale prevede invece la somministrazione di antiandrogeni e, in direzione femminilizzante, di estrogeni. Tra gli effetti principali troviamo: una diminuzione delle erezioni spontanee, il graduale sviluppo del seno e un incremento del grasso cutaneo (in generale una redistribuzione del grasso viscerale) (Hembree et al., 2017). È opportuno sottolineare che la terapia ormonale è prevista anche per migliorare il benessere delle persone transgender e non binarie, rendendo possibile sviluppare e mantenere i caratteri sessuali secondari desiderati.

L'affermazione chirurgica di genere permette invece una trasformazione del corpo più incisiva e che può avvicinare maggiormente alle caratteristiche di genere espresse. Data l'irreversibilità di molte procedure chirurgiche è però necessario valutare attentamente questa soluzione, analizzando gli specifici bisogni del soggetto e valutando attentamente caso per caso attraverso un'equipe di specialisti (Coleman et al., 2022). Nei soggetti AMAB, le procedure chirurgiche principali prevedono:

- Mastoplastica additiva
- Penectomia, orchietomia, vaginoplastica, clitoridoplastica e vulvoplastica
- Interventi al di fuori di genitali/seno: liposuzione, lipofilling, riduzione della cartilagine tiroidea, ricostruzione dei capelli, ecc

Nei soggetti AFAB le procedure chirurgiche prevedono:

- Mastectomia, creazione di una cassa toracica di tipo maschile
- Isterectomia/ovariectomia, falloplastica, scrotoplastica ed eventuali impianti di protesi per l'erezione e/o testicolari
- Interventi al di fuori di genitali: liposuzione, lipofilling, ecc.

La persona dovrà poi sottoporsi a controlli medici periodici annuali o diversamente concordati, al fine di valutare il buon andamento post-operatorio.

Questa tipologia d'interventi solitamente si accompagna (anche se in alcuni casi è indipendente) ad una rettifica anagrafica. In Italia questo iter è regolamentato dalla legge n. 164 del 1982, "Norme in materia di rettificazione di attribuzione di sesso" e prevede diversi passaggi. Una spe-

cifica importante riguarda una sentenza della Corte Costituzionale del 2017 secondo la quale l'intervento chirurgico va considerato "non quale prerequisite per accedere al procedimento di rettificazione ma come possibile mezzo, funzionale al conseguimento di un pieno benessere psicofisico".

In tutto il percorso un ruolo fondamentale ce l'ha il supporto psicologico, dove lo psicologo lavorerà anche con psichiatri, endocrinologi, ginecologi e chirurghi coinvolti nel percorso, così da garantire un intervento sinergico e più efficace. I dati presenti in letteratura evidenziano che un'adeguata psicoterapia a pazienti con Disforia di Genere precedente ai vari interventi medici è predittiva di un positivo esito post-chirurgico (Green & Fleming, 1990; Michel et al., 2002). È importante che una persona che desidera fare una terapia ormonale e/o interventi chirurgici abbia delle conoscenze corrette e delle aspettative realistiche circa i risultati che potrà ottenere e i rischi a cui può andare incontro. La letteratura evidenzia inoltre che una persona può provare confusione su vari aspetti della propria identità sessuale e per questo, i colloqui psicologici possono aiutarla a ottenere dei benefici nell'espressione della loro identità di genere, con realistiche possibilità di successo nei rapporti interpersonali, in ambito scolastico e lavorativo (Coleman et al., 2022). Un intervento psicologico può aiutare anche affrontare l'impatto dello stigma e del *Minority Stress* sulla propria salute mentale e sul proprio sviluppo. Infine, il supporto psicologico è utile anche per la fase del *coming out*, dove il soggetto può incontrare difficoltà emotive di vario genere con familiari, amici e/o colleghi (Crapanzano, Carpiello & Pinna, 2021). A tal proposito in letteratura esistono alcune proposte di intervento come il *Trans-formative Therapeutic Model* (TfTM) di Raj (2008) o il *Family Emergent Stages Model* di Lev (2004), che si concentrano proprio sul supportare e sostenere la persona nel percorso di transizione con i SOFFAs (*Significant Others, Family, Friends or Allies of transgender persons*).

Un punto di riferimento importante in Italia è l'*Osservatorio Nazionale sull'Identità di Genere* (ONIG)⁴, un'associazione fondata nel 1998 che si propone l'obiettivo "di favorire il confronto e la collaborazione di tutte le realtà interessate ai temi del transgenderismo [...] al fine di approfondire la conoscenza di questa realtà a livello scientifico e sociale e promuovere aperture culturali verso la libertà di espressione delle persone transgender in tutti i loro aspetti". L'associazione si pone anche lo scopo di raccogliere e definire linee guida per l'intervento medico, chirurgico, psicologico e legale a garanzia sia della qualità dell'assistenza alle persone che intraprendono percorsi di transizione che a garanzia delle attività dei professionisti.

⁴Per approfondimenti si rimanda a www.onig.it

DIRITTO INTERNAZIONALE IN MATERIA DI ORIENTAMENTO SESSUALE E IDENTITÀ DI GENERE

“63 Paesi non hanno ancora fatto rispettare il diritto internazionale per garantire che l’orientamento sessuale e l’identità di genere non costituiscano più motivo di sanzioni penali.”

Questa posizione è ribadita nella proposta di “Risoluzione del Parlamento Europeo sulla depenalizzazione universale dell’omosessualità, alla luce dei recenti sviluppi in Uganda 2023/2643(Rsp)”¹. Il documento, sottoposto alla firma dei Paesi membri del Parlamento europeo, nasce dalla condanna della legge entrata in vigore nel maggio 2023, con l’approvazione del Parlamento ugandese, che: inasprisce le condanne e amplia l’ambito di applicazione della legislazione ugandese che criminalizza l’omosessualità e l’identità transgender. Questa legge è considerata tra le più liberticide e antidemocratiche del mondo.

In sintesi, la proposta di risoluzione del Parlamento europeo condanna tutte le leggi, le pratiche e le posizioni ufficiali che criminalizzano l’omosessualità, l’identità transgender o gli atti sessuali consensuali con persone dello stesso sesso e ritiene che tali leggi siano assolutamente contrarie al diritto internazionale dei diritti umani e violino i diritti umani delle persone LGBTIQ, tra cui il diritto alla vita, alla riservatezza, alla libertà, alla sicurezza, alla salute, nonché la libertà di associazione, di riunione e di espressione. Si sottolinea che la criminalizzazione dell’omosessualità e dell’identità transgender produca una situazione di apartheid, renda le persone LGBTIQ un bersaglio, aumenti il rischio che siano ricattate dalle autorità o da altri cittadini incoraggiando i reati generati dall’odio e la discriminazione nei loro confronti. Inoltre, la risoluzione pone l’accento sui rischi per la salute attribuibili alla criminalizzazione dell’omosessualità e dell’identità transgender, dal momento che la criminalizzazione impedisce alle persone LGBTIQ di accedere a informazioni sicure sulla loro salute. La risoluzione riafferma la propria opposizione alla pena capitale, considerata un trattamento disumano e brutale, contrario alla dignità umana.

Il Parlamento Europeo, all’interno della più ampia risoluzione sulla “Depenalizzazione universale dell’omosessualità, alla luce dei recenti sviluppi in Uganda” ha approvato un emendamento che “esprime preoccupazione per gli attuali movimenti retorici anti-di-

¹ https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/B-9-2023-0219_IT.html

ritti, anti-gender e anti-LGBTIQ a livello globale, alimentati da alcuni leader politici e religiosi in tutto il mondo, anche nell'Ue; ritiene che tali movimenti ostacolino notevolmente gli sforzi volti a conseguire la depenalizzazione universale dell'omosessualità e dell'identità transgender, in quanto legittimano la retorica secondo cui le persone LGBTIQ sono un'ideologia anziché esseri umani; condanna fermamente la diffusione di tale retorica da parte di alcuni influenti leader politici e governi nell'Ue, come nel caso di Ungheria, Polonia e Italia".²

² L'emendamento è stato approvato con 282 voti a favore, 235 contrari e 10 astenuti. La risoluzione con 416 voti a favore, 62 contrari e 36 astenuti.

PARTE II: Q&A – PERCORSI AFFERMATIVI DI GENERE E DINTORNI

È NECESSARIA UNA DIAGNOSI PER ACCEDERE A UN PERCORSO AFFERMATIVO DI GENERE?

Nel giugno 2018 l'*Organizzazione Mondiale della Sanità* (OMS) ha rimosso la disforia di genere dal novero delle malattie mentali, per inserirla in un nuovo capitolo, quello delle "condizioni di salute sessuale" dell'ICD (*International Classification of Diseases*), di fatto depatologizzando questa condizione. Il provvedimento è entrato in vigore il gennaio 2022 con l'undicesima versione dell'ICD (WHO, 2022).

Non essendo più una malattia, non esiste più una diagnosi che la definisca. Tuttavia, nei fatti, la situazione è più complessa e merita una riflessione ulteriore.

Per quanto riguarda l'eventuale avvio di un percorso di adeguamento di genere la situazione è nebulosa e dipende dallo Stato in cui ci si trova. Negli USA vige una politica più liberale in cui è sufficiente il consenso informato del paziente per intraprendere un percorso affermativo, in quanto la responsabilità sociale, civile e penale del paziente è in carico alle assicurazioni private. In Italia, essendo il nostro uno Stato Sociale, la responsabilità clinica del paziente è in carico al Servizio Sanitario Nazionale che, prima di erogare un intervento, ha necessità di comprendere se la cura/aiuto fornito sia il più adeguato possibile per quella persona. In quest'ottica, per avviare un iter con la Sanità Pubblica, è quindi necessario fare un primo passaggio dal medico di base che rilascerà una "ricetta" per richiedere una visita diagnostica con l'endocrinologo, in cui tra i quesiti diagnostici vi sarà la voce "disforia di genere (o incongruenza di genere)" (APA, 2013). In concomitanza con la visita dall'endocrinologo andranno poi svolte le visite con i vari professionisti sanitari (visite psicologiche, esami del sangue, ecografie, etc) che potranno attestare l'eventuale presenza di questa peculiare situazione di sofferenza psichica e la condizione di salute fisica dell'individuo. Dopo le varie visite viene poi rilasciato quello che spesso è denominato "Nulla Osta", ovvero un documento che non pone verti per il prosieguo del percorso e l'avvio della terapia ormonale sostitutiva. Il Nulla Osta e gli altri documenti clinici saranno poi utilizzati dalla persona nei vari step del percorso come indicazione clinica della propria situazione ed aiuto per i professionisti che erogheranno i vari interventi. Il Nulla Osta e la cartella clinica sono importanti, in quanto permettono di fornire un intervento clinico il più adeguato possibile alle esigenze ed alle peculiarità della persona in oggetto. Non tutte le persone sono infatti uguali dal punto di vista psichico, ematico, cardiologico, endocrinologico etc. e la terapia ormonale sostitutiva viene fornita dopo un'attenta analisi del caso, volta anche a preservare la salute dell'individuo.⁵

⁵ Per ulteriori approfondimenti sulla storia della diagnosi di Disforia di genere si rimanda a www.psychiatry.org/psychiatrists/diversity/education/transgender-and-gender-nonconforming-patients/gender-dysphoria-diagnosis

È NECESSARIO UN PERCORSO PSICOLOGICO PER ACCEDERE A UN PERCORSO AFFERMATIVO DI GENERE?

Le linee guida internazionali al riguardo differiscono in base all'approccio adottato.

L'ONIG (*Osservatorio Nazionale sull'Identità di Genere*) afferma che a partire dalla richiesta di trattamento ormonale e/o chirurgico di affermazione del genere, il programma psicologico, integrato a quello medico, si sviluppa secondo modalità individuate caso per caso e concordato con la persona nello spirito di autodeterminazione e di libera scelta dei trattamenti sanitari. Esso ha primariamente la finalità di aiutare la persona a esplorare i propri vissuti di genere, e a elaborare i vissuti connessi alle modificazioni somatiche determinate dalle terapie mediche e chirurgiche. Il percorso psicologico, oltre ad avere una primaria funzione di sostegno, mira altresì all'elaborazione delle questioni relative non soltanto alle tematiche di genere, ma alla più complessiva vicenda esistenziale della persona interessata. Laddove la persona ne percepisca la necessità, si potrà prevedere la partecipazione del partner e/o di membri della famiglia di origine in modo da aiutare gli stessi a meglio comprendere la natura dei vissuti di varianza di genere, migliorando il clima e le dinamiche di coppia e/o familiari durante il percorso di transizione.⁶

Le linee guida WPATH (*The World Professional Association for Transgender Health*) affermano invece che la psicoterapia non è un requisito assoluto per la terapia ormonale e la chirurgia. Uno screening della salute mentale e/o di valutazione è tuttavia necessario per l'invio a trattamenti ormonali e chirurgici per la disforia di genere ma la psicoterapia, anche se vivamente consigliata, non è un requisito necessario (Coleman et al, 2022).

Viene quindi evidenziata da entrambi gli approcci l'importanza di un percorso di approfondimento psicologico.

⁶ Per approfondimenti sulle linee guida dell'ONIG, si rimanda a <https://www.onig.it/node/19>

CHI SI OCCUPA DELLA DIAGNOSI DI DISFORIA DI GENERE O DI INCONGRUENZA DI GENERE?

In considerazione di quanto abbiamo visto in precedenza, si può affermare che, sebbene non esista più una vera e propria “diagnosi di disforia di genere” lo step necessario per l’accesso all’eventuale trattamento ormonale è la visita con l’endocrinologo per la quale è necessaria la ricetta (in genere preparata dal proprio medico curante) in cui si richiede la visita annoverando nel quesito diagnostico proprio la disforia di genere.

Il paziente avrà tuttavia necessità di ulteriori documenti durante il proprio iter. Uno per l’avvio della terapia ormonale (il cosiddetto “nulla osta”, rilasciato dallo psicoterapeuta di riferimento o dallo psichiatra) e di una relazione clinica da presentare al tribunale per eventuale richiesta di rettifica anagrafica o interventi di riassegnazione per i caratteri sessuali primari e secondari (la cosiddetta “perizia” o, in tempi ancora precedenti e causando non poca confusione, quella che si chiamava diagnosi di Disforia di genere).

ANCHE LE PERSONE NON BINARIE POSSONO INTRAPRENDERE UN PERCORSO DI AFFERMAZIONE DI GENERE, ANCHE MEDICALIZZATO?

Non-binary è un termine ombrello utilizzato per riferirsi a tutte quelle identità di genere che non ricadono nelle categorie tipicamente adottate della cultura occidentale, che vede il genere rigidamente diviso tra le due distinte polarità di uomo o di donna (OPL, 2022); per esempio, ci si può riferire quindi a persone il cui genere comprende più generi contemporaneamente o in momenti differenti (*bigender*), che non si identificano in nessun genere (*agender*), che hanno un genere neutro (*gender neutral*), che comprende elementi di altri generi (*poligender*, *demiboy*, *demigirl*, ecc.) e/o il cui genere cambia nel corso del tempo (*genderfluid*).

Alcune persone non binarie ricercano terapie affermative medicalizzate per ridurre la disforia o l'incongruenza di genere e per migliorare la soddisfazione nei confronti del proprio corpo. La tipologia di intervento più opportuna non può essere data per scontata a partire dal ruolo o espressione di genere della persona né dalla sua identità di genere: è quindi importante che le varie possibilità vengano attentamente discusse e valutate, così come la motivazione ai trattamenti, in modo che ogni eventuale percorso affermativo possa essere individualizzato sulla base delle necessità dell'individuo (Coleman et al., 2022). Alcune persone non binarie potrebbero trarre giovamento nell'intraprendere sia un percorso ormonale sia un percorso chirurgico (come, per esempio, un intervento di vaginoplastica), mentre altre potrebbero ridurre la propria disforia e migliorare la propria qualità della vita ricorrendo unicamente al percorso ormonale o unicamente al percorso chirurgico.

L'ottava edizione degli *Standards of care* della *World Professional Association for Transgender Health* (Coleman et al., 2022) raccomanda ai professionisti della salute di:

- fornire alle persone non binarie una valutazione individualizzata e un trattamento che affermi la loro esperienza di genere;
- prendere in considerazione interventi medici di affermazione di genere (ormonale o chirurgici) per le persone non binarie anche in assenza di "transizione sociale di genere";
- considerare interventi chirurgici di affermazione del genere anche in assenza di trattamento ormonale, a meno che la terapia ormonale non sia necessaria per ottenere il risultato chirurgico desiderato;
- fornire informazioni alle persone non binarie sugli effetti delle terapie/interventi ormonali sulla fertilità futura e di discutere le opzioni per la preservazione della fertilità prima di iniziare il trattamento ormonale o sottoporsi a un intervento chirurgico.

Va sottolineato come, ancora oggi, molte persone non binarie incontrino ostacoli e resistenze nell'accesso a un percorso affermativo di genere (Coleman et al., 2022). Alcune persone non binarie hanno riferito di esperienze con personale sanitario che invalidava o negava la loro identità di genere (Valentine, 2016; Vincent, 2020), che sosteneva che in realtà non avessero bisogno o non volessero realmente intraprendere un percorso affermativo (Kcomt et al., 2020; Vincent, 2020) o che insisteva affinché si presentassero come uomini trans o donne trans (quindi all'interno di una cornice binaria del genere) per poter accedere al percorso affermativo (Bradford et al., 2019; Taylor et al., 2019).

QUALI SONO LE POSSIBILI CAUSE DELLA DISFORIA DI GENERE?

I ricercatori non sanno esattamente quali siano le cause della disforia di genere, ma alcuni teorizzano che fattori genetici o ambientali possano aumentare le probabilità di essere transgender. Ad esempio, uno studio pubblicato nel 2013 sull'*International Journal of Transgenderism* ha rilevato che i gemelli identici avevano maggiori probabilità di essere transgender rispetto ai gemelli fraterni, il che potrebbe suggerire un legame genetico (Diamond, 2013). Alcune ricerche hanno suggerito che i cambiamenti biologici prima della nascita o l'esposizione ad alcuni ormoni o sostanze chimiche nel grembo materno potrebbero giocare un ruolo (Sadr et al., 2020). Detto questo, gli studiosi ritengono che non sia necessario che vi sia una causa chiara per le identità transgender. Ciò che è chiaro è che le persone trans esistono da quando esistono le persone. Mentre nella società moderna "occidentale" abbiamo un genere binario, altre culture hanno avuto ruoli di terzo genere per migliaia di anni, come gli *Hijra* dell'India, i *Kathoey* della Thailandia e le culture *Two-Spirit* dei nativi americani, che erano altrettanto essenziali quanto il maschile e il femminile nella nostra società attuale.⁷

TUTTE LE PERSONE TRANSGENDER PROVANO DISFORIA E TUTTE LE PERSONE CHE PROVANO DISFORIA SONO TRANSGENDER?

Una persona transgender è una la cui identità di genere non corrisponde al genere e/o al sesso che è stato determinato loro alla nascita. In base a ciò si potrebbe affermare che chi prova una sofferenza legata alla propria identità e alla percezione di non appartenere al proprio corpo è una persona transgender. Non tutte le persone transgender, però, provano disforia, ma anzi alcune non hanno un'esperienza di sofferenza marcata al riguardo (per es. alcune persone non binarie) (APA, 2015).

La disforia è un sintomo/segno da indagare attentamente in quanto potrebbe essere secondario ad altre condizioni, come ad esempio ad un disturbo ossessivo, un disturbo borderline, un disturbo dissociativo di personalità e via dicendo. Non è quindi sufficiente la sola presenza di una dispercezione di sé per identificare una situazione di transgenderismo: si evince qui l'importanza di un'operazione psichica di diagnosi differenziale.

⁷ Per maggiori approfondimenti, è possibile consultare il dossier dal titolo *Identità non binarie* prodotto da OPL nel 2021 scaricabile al link https://www.opl.it/public/files/18877-OPL_Dossier_No-Binary.COL.pdf

ESISTONO DEGLI STRUMENTI DI VALUTAZIONE PER LA DISFORIA DI GENERE?

In letteratura sono disponibili diversi strumenti per l'*assessment* della Disforia di Genere. Tra i più impiegati si citano:

- Gender Identity/Gender Dysphoria Questionnaire (GIDYQ-AA): è un'intervista strutturata composta da 27 item impiegabili sia con adolescenti che con adulti. Le ottime proprietà psicometriche permettono di indagare efficacemente la presenza o meno della Disforia di Genere (Deogracias, et al., 2007). Il test è stato validato anche in italiano (Prunas, Mognetti, Hartmann & Bini, 2013).
- Recalled Childhood Gender Identity/Gender Role Questionnaire (RCGIS): è un questionario composto da 23 item, che si propone l'obiettivo di indagare retrospettivamente i comportamenti transgender insieme alla vicinanza che l'individuo ha avuto nell'infanzia con i propri genitori. Il questionario è molto breve e per questo si presta ad essere facilmente utilizzato sia in contesti clinici che di ricerca (Zucker et al., 2006). Anche in questo caso il test è stato validato in italiano (Prunas, Montella, Morzaniga, Hartmann & Bini, 2015)
- Utrecht Gender Dysphoria Scale (UGDS): è una misura di screening validata composta da 12 item su scala Likert a 5 punti sia per adulti che per adolescenti, ampiamente utilizzata nelle cliniche di genere per valutare la disforia di genere. Possiede due forme uniche che vengono somministrate sulla base del sesso assegnato alla nascita (Cohen-Kettenis & van Goozen, 1997). Nel tempo è stato sviluppato una versione nuova l'Utrecht Gender Dysphoria Scale – Gender Spectrum (UGDS-GS) che misura l'insoddisfazione per l'identità e l'espressione di genere nel tempo, nonché il conforto per l'identità di genere affermata combinando entrambe le versioni dell'UGDS originale per creare un self-report di 18 item che: a) è comprensiva di tutte le identità ed espressioni di genere (ad esempio, spettro transfemminino, spettro transmaschile, genderqueer, nonbinary, cisgender); b) è appropriata per l'uso longitudinale dall'adolescenza all'età adulta; e c) può essere somministrata in qualsiasi momento del processo di transizione sociale o medica (se applicabile) o nella ricerca basata sulla comunità incentrata sulla disforia di genere che esamina le persone cisgender e transgender (McGuire et al., 2020). Al momento non ne esiste una validazione italiana.

C'È UN MODO PER CAMBIARE L'IDENTITÀ DI GENERE DI UNA PERSONA?

Occorre premettere che un primo grande passo verso la depatologizzazione delle identità trans* e delle loro esperienze è stato compiuto dall'*Organizzazione Mondiale della Sanità* nel 2018, che ha rimosso la disforia di genere dalle malattie mentali. L'incongruenza di genere è stata collocata all'interno del capitolo della classificazione delle malattie (ICD-11) dedicato alle "condizioni di salute sessuale", sottolineando come la sofferenza non sia inerente alle persone trans* in sé, quanto piuttosto alla difficoltà della società nell'abbracciare e riconoscere le differenze (Castro-Peraza et al, 2019).

Nel corso del tempo sono stati tentati approcci e "trattamenti" volti a cercare di cambiare l'identità di genere e l'espressione di genere di una persona per renderle più congrue al sesso assegnato alla nascita: questi approcci non hanno portato a cambiamenti nell'identità di genere, bensì si sono rivelati inefficaci e associati a un aumento delle malattie mentali e a un funzionamento psicologico peggiore, con un aumento della sintomatologia ansiosa e depressiva, ideazione suicidaria, abuso di sostanze, tentativi di suicidio, evitamento dell'assistenza sanitaria e abbandono scolastico (Craig et al., 2017; Green et al., 2020; Ryan et al., 2020; Salway et al., 2020, Turban et al., 2020). Va sottolineato come, inoltre, gran parte della ricerca volta a valutare le "terapie di conversione" e le "terapie riparative" ha indagato l'impatto dei tentativi per cambiare l'espressione di genere (mascolinità o femminilità) e ha confuso l'orientamento sessuale con l'identità di genere (Burnes et al., 2016; Craig et al., 2017).

Molte organizzazioni scientifiche di medici e/o di professionisti della salute mentale in tutto il mondo hanno condannato l'utilizzo di approcci volti alla modificazione dell'identità di genere (così come per l'orientamento sessuale) e alcuni Paesi le hanno messe al bando. Nel 2021, le risoluzioni dell'*American Psychological Association* affermano che le prove scientifiche e l'esperienza clinica indicano che le "terapie riparative" e "di conversione" mettono gli individui a rischio significativo di danni" (APA, 2021). Sebbene tutt'oggi esistano ostacoli al porre fine di queste pratiche, l'informazione sulla mancanza di benefici e sul potenziale danno di questi approcci può portare a un minor numero di operatori che offrono "terapia di conversione" e a un minor numero di individui e famiglie che scelgono questa opzione.

QUALI SONO GLI OSTACOLI CHE LE PERSONE TRANS* POSSONO INCONTRARE NELLA VITA QUOTIDIANA O NELL' ACCESSO AL PERCORSO AFFERMATIVO DI GENERE?

La letteratura scientifica evidenzia come le persone LGBTI+ sperimentino degli *outcome* relativi a salute mentale e fisica significativamente peggiori in confronto alle persone eterosessuali e cisgender (Blondeel et al., 2016; Hernández Festersen et al., 2018), specialmente in riferimento al rischio di incorrere in disturbi d'ansia, sintomatologia depressiva, uso di sostanze e tentativi di suicidio (Marshall et al., 2008; Marshall et al., 2011; King, 2008; Lipson et al., 2019). Un dato che più di tutti preoccupa è quello relativo ai tentativi di suicidio nelle persone non cisgender: come rilevato dal *US National Transgender Survey*, il 40% delle persone TGNC intervistate riferisce di aver tentato il suicidio almeno una volta nella vita, con un tasso 9 volte maggiore rispetto alle persone cisgender (James et al., 2016). La letteratura scientifica, inoltre, suggerisce come il contesto socioculturale predominante, basato quindi sull'eterosessualità, sull'essere cisgender e sul rigido binarismo tra i generi, possa avere un impatto negativo sulla vita e sulla salute delle persone LGBTI+ (Pöge et al., 2020).

Diverse studiosæ hanno indagato come le esperienze di stigma e discriminazione cui le persone LGBT+ sono soggette, in vario grado, nella quotidianità possano influire sulla loro salute fisica e mentale. È stato ampiamente descritto come l'appartenere a una minoranza (etnica, religiosa, culturale, ecc.) esponga le persone a numerosi fattori di stress costanti e specifici che si aggiungono ai normali fattori stressanti a cui qualsiasi individuo può essere soggetto, come per esempio fattori economici, ambientali, educativi, personali, ecc. Negli ultimi anni è stato proposto il modello del *Gender Minority Stress* (Hendricks & Testa, 2012; Testa et al., 2015), secondo cui vi sono diversi fattori che possono agire sull'individuo non cisgender e che agiscono a diversi livelli, da quelli più oggettivi e socioculturali (stressors distali) a quelli più soggettivi e individuali (stressors prossimali). Gli autori riferiscono che alcuni fattori di stress possono essere simili tra persone non eterosessuali e persone non cisgender, mentre altre componenti sono specifiche per le persone trans* o gender diverse e possono portare quindi a peculiari forme di discriminazione: si pensi alle difficoltà di accesso ai documenti legali, gli ostacoli che si possono incontrare nell'accesso a cure mediche adeguate (compreso il percorso di affermazione di genere, specialmente per le persone non binarie), le difficoltà nella vita quotidiana specialmente per le persone che stanno affrontando un percorso affermativo di genere (accesso ai servizi igienici o spogliatoi, disconferma della propria identità di genere, essere forzate nel rivelare la propria identità non cisgender, ecc.).

In merito a quanto il nostro Paese riconosca e tuteli a livello istituzionale i diritti delle persone trans e gender diverse, citiamo i recenti dati di *Transgender Europe*⁸ (TGEU, 2023), che sottolinea come a inizio 2023 l'Italia soddisfi solo 8 indicatori su 30, per lo più in merito all'area riconoscimento legale del genere (7 indicatori su 13), lasciando totalmente scoperte le aree inerenti alla non discriminazione, all'hate speech/hate crime, alla salute e alle politiche legate alla famiglia. In relazione agli altri Paesi dell'Europa e dell'Asia centrale, ci collochiamo a pari merito con Ungheria e Polonia.

⁸ Per approfondimenti su TGEU e sulla situazione europea in merito al rispetto dei diritti delle persone trans*, si rimanda a www.tgeu.org

CHE COSA SONO LE CARRIERE ALIAS E PERCHÉ POSSONO ESSERE IMPORTANTI PER LE PERSONE NON CISGENDER?

Le “carriere Alias” rappresentano la possibilità per studentesse e studenti di essere identificati in un genere alternativo rispetto a quello attribuito alla nascita, e di vedersi riconosciuto questo diritto a livello istituzionale (Mauro, 2020). Sono dei profili burocratici alternativi e temporanei in cui una persona che sta intraprendendo un percorso affermativo di genere può richiedere di sostituire il proprio nome anagrafico con quello elettivo e in linea con la propria identità di genere, fino al momento dell’effettiva rettifica anagrafica, tramite l’utilizzo di un badge e un indirizzo e-mail con il nome di elezione. Si tratta di accordi di riservatezza tra istituto e studente pensati per agevolare il percorso di transizione, ridurre la discriminazione all’interno dei contesti scolastici/universitari e migliorare il benessere degli individui (OPL, 2023).

Va precisato che non esiste a livello nazionale una vera regolamentazione in tal senso, ma che ogni scuola o ateneo può decidere se implementare le carriere Alias e il tipo di procedura da adottare. Secondo i dati di *Universitrans*, nel 2018 su 68 atenei pubblici 32 utilizzavano le carriere alias mentre 6 prevedevano la possibilità del doppio libretto, ovvero un supporto che affianca a una documentazione con il nome anagrafico una con il nome elettivo. A oggi, circa 39 atenei pubblici e 200 scuole hanno aderito a questa iniziativa (Lingiardi et al., 2023). Diverso, invece, il discorso per il personale docente e ATA degli atenei e degli istituti di istruzione, che ancora oggi faticano a veder riconosciuto il proprio diritto alla tutela della propria identità durante il percorso affermativo di genere: sempre secondo *Universitrans*⁹, nel 2018, solo 5 atenei su 68 prevedevano carriere Alias per i docenti e solo 2 le implementavano per il personale tecnico-amministrativo.

Da notare come questi profili alternativi siano validi solo all’interno dell’Istituto o Ateneo di appartenenza e non abbiano valore al di fuori di tali contesti: il nome e l’identità anagrafica della studente saranno comunque visibili sui documenti ufficiali (per esempio, attestato di laurea, iscrizione a tirocini formativi, accesso a percorsi di studio all’estero o presso altri Atenei, ecc.).

⁹ Per ulteriori informazioni sulle carriere alias e sui dati citati, si rimanda al sito www.universitrans.eu e al dossier dal titolo *Persone LGBTQIA+ e linguaggio inclusivo - Riflessioni teorico pratiche per la professione psicologica* prodotto da OPL nel 2023 scaricabile al link https://www.opl.it/public/files/20175-OPL_InclusioneLGBTI+_2023.pdf

COS'È LA RETTIFICA ANAGRAFICA E QUAL È L'ITER PER POTERLA OTTENERE?

L'iter della rettifica anagrafica in Italia è regolamentato dalla Legge 14 aprile 1982, n. 164 "Norme in materia di rettificazione di attribuzione di sesso" e prevede diversi passaggi. Di seguito descritti in maniera schematica: a) La persona presenta un'istanza al Tribunale della zona di residenza (corredata da una perizia tecnica favorevole con relazione medico/psicologica rilasciata da un perito accreditato presso il tribunale) per ottenere l'autorizzazione a ricevere il trattamento chirurgico necessario per la riassegnazione del genere; b) una volta ottenuta l'autorizzazione, tramite sentenza del tribunale, può quindi, rivolgersi a una qualsiasi struttura ospedaliera per richiedere gli interventi chirurgici necessari; c) in una seconda fase la persona può rivolgersi nuovamente al tribunale per ottenere la rettifica dei dati anagrafici (nome e sesso) indicati sui propri documenti ufficiali come, ad esempio: carta di identità, tessera sanitaria, tessera elettorale, patente di guida, ecc.

Nel caso di documenti già rilasciati e non rinnovabili (esempio il diploma di laurea o di maturità), è possibile fare domanda all'Università o alla scuola superiore di produrre nuove pergamene originali con i dati anagrafici modificati, documentando la richiesta con la sentenza del tribunale (Crapanzano, Carpiello & Pinna, 2021).

Un aspetto importante da tenere in considerazione è relativo a due sentenze della Corte Costituzionale sentenza n. 221/2015¹⁰ e n. 180/2017¹¹ che hanno permesso di fare richiesta al tribunale anche senza sottoporsi ai trattamenti demolitivi e/o ricostruttivi. Secondo quest'ultima, infatti, l'intervento chirurgico deve essere visto "non quale prerequisite per accedere al procedimento di rettificazione, ma come possibile mezzo, funzionale al conseguimento di un pieno benessere psicofisico".

¹⁰ Per approfondire si rimanda a www.biodiritto.org/Biolaw-pedia/Giurisprudenza/Corte-costituzionale-sent.-221-2015-rettifica-dell-attribuzione-del-sesso

¹¹ Per approfondire si rimanda a www.biodiritto.org/Biolaw-pedia/Giurisprudenza/Corte-costituzionale-sent.-n.-180-2017-per-ottenere-la-rettificazione-del-sesso-non-e-obbligatorio-l-intervento-chirurgico-demolitorio-o-modificativo-dei-caratteri-sessuali-anatomici-primari

È POSSIBILE UNA GENITORIALITÀ PER LE PERSONE TRANS*?

La questione della genitorialità per persone che hanno sostenuto un percorso di affermazione di genere è complessa: si consideri che in alcuni paesi (pochi per fortuna) la possibilità per le persone transgender di avere figli biologici è ancora negata. Sappiamo inoltre che molte famiglie, composte da una coppia omosessuale o da un genitore che ha effettuato un percorso di affermazione, sono oggi oggetto di notevole discriminazione sul versante sociale del diritto alla genitorialità. Va sottolineato che la salute non dipende solamente dalle cure che si ricevono, ma anche da un clima culturale e politico che garantisca tolleranza sociale ed eguaglianza ed elimini pregiudizi, discriminazioni e stigmatizzazioni.

Rispetto alla genitorialità, i dati indicano che le persone transgender desiderano essere genitori (Defreyne et al., 2020). L'interesse ad avere un legame biologico con il proprio figlio è minoritario e cambia a seconda che il percorso sia intrapreso prima o dopo essere già diventati genitori (la ricerca si è concentrata prevalentemente su individui che avevano avuto figli prima della transizione, con molta meno attenzione prestata alle esperienze di genitorialità dopo il percorso di affermazione). In una revisione non troppo recente della letteratura, Stotzer e colleghi (2014) hanno osservato che circa il 25% - 50% delle persone transgender erano attualmente genitori (cit. in Tornello & Bos, 2017). La letteratura che ha studiato percorsi attraverso cui le persone transgender desidererebbero diventare genitori mostra che: il 31,3% avrebbe come opzione l'adozione, il 25% un rapporto sessuale diretto, il 15,6% la maternità surrogata, il 9,4% un donatore di sperma noto, il 9,4% lo sperma da una criobanca e il 6,3%, il sistema di affido (Tornello & Bos, 2017). In sintesi, la genitorialità per persone transgender è un'opzione possibile e le modalità attraverso cui può avvenire sono diverse. Anche qui, l'aspetto fondamentale resta la corretta informazione che viene data alle persone che devono affrontare un percorso di affermazione di genere.

È IMPORTANTE PRESERVARE LA FERTILITÀ IN PERSONE TRANS CHE INTRAPRENDONO PERCORSI AFFERMATIVI MEDICALIZZATI?

I percorsi affermativi di genere che contemplano l'impiego di interventi medici possono compromettere a più livelli la fertilità degli individui. Nello specifico:

- I farmaci che bloccano lo sviluppo puberale sono quelli che producono minori conseguenze negative: i loro effetti sono reversibili, anche se possono compromettere la maturazione dei gameti (Martinerie et al., 2020; cit. in Lingiardi et al., 2023)
- Le terapie ormonali (soprattutto la terapia estrogenica) e gli interventi chirurgici per i genitali invece possono interferire pesantemente, se non inficiare completamente, con la capacità riproduttiva (Matoso et al., 2018; Adeleye et al., 2019; De Nie et al., 2022; Moravek et al., 2020; citati in Lingiardi et al., 2023)

Per tali ragioni le linee guida (di cui si cita la *WPATH Standards of Care in Transgenderism*) sottolineano l'importanza che queste informazioni vengano comunicate a chi decide di affrontare un percorso affermativo medicalizzato, insieme alle modalità attraverso cui la fertilità può essere preservata (note come tecniche di preservazione della fertilità o PF). Tra queste modalità troviamo la crioconservazione dei gameti: ovvero il prelievo di ovociti, embrioni o tessuto ovarico per le donne e di liquido seminale e tessuto testicolare per gli uomini prima dell'intervento medico. Va osservato che queste metodologie presentano alcune criticità, una fra tutte l'incapacità spesso di prendere decisioni orientate ad un futuro così a lungo termine, oltre a possibili difficoltà di accesso. Per concludere, si consideri che le ricerche che hanno indagato il desiderio di genitorialità nei giovani transgender hanno evidenziato una tendenza alla rinuncia alla riproduzione per non ostacolare le pratiche mediche di affermazione ormonale, e in alcuni casi di considerare l'adozione come valida alternativa (Chen et al., 2018; Strang et al., 2018; citati in Lingiardi et al., 2023).

QUALI SONO LE IMPLICAZIONI NELLA SESSUALITÀ DEL PERCORSO DI TRANSIZIONE DI GENERE?

Si consideri che i dati indicano che le persone transgender ottengono punteggi significativamente minori nelle misurazioni del piacere sessuale rispetto agli individui cisgender (Gieles et al., 2022). Le implicazioni del percorso di affermazione di genere sulla sessualità sono molto diverse e da non sottovalutare (Kerckhof et al., 2019; Tirapegui et al., 2021; Özer et al., 2022). Due sono gli aspetti principali da tenere in considerazione: 1) le implicazioni fisiologiche e 2) le implicazioni psicologiche dei trattamenti medici (terapia ormonale e chirurgica) sul ciclo della risposta sessuale e sulle pratiche sessuali in sé.

- Per quanto riguarda le prime si consideri che ad esempio l'assunzione di farmaci anti-testosterone provoca spesso un calo della libido e una difficoltà nell'ottenere un'erezione mentre l'assunzione di testosterone tende ad assottigliare e a seccare la mucosa vaginale, procurando dolori e/o lesioni che, in caso di penetrazione, rappresentano potenziali punti di contagio per le infezioni. Nel caso d'intervento di falloplastica si devono prendere in considerazione gli aspetti legati alla possibilità o meno di ottenere un'erezione: se il soggetto ha fatto una falloplastica senza la pompa peniena e desidera penetrare il/la partner ad esempio può utilizzare una protesi fallica oppure ha se una pompa peniena può potenziare l'erezione tramite l'impiego di un anello fallico. Nel caso di una neovagina è importante raccomandare l'impiego di un lubrificante dato che il tessuto interno può subire microlesioni più facilmente. Le linee guida sottolineano l'importanza di discutere con i pazienti dell'impatto dei trattamenti sulla funzione sessuale, sul piacere e sulla soddisfazione sessuale (Coleman et al., 2022).
- Per quanto riguarda le implicazioni psicologiche è possibile che la persona acquisisca più sicurezza in sé stessa dopo gli interventi, con risvolti positivi anche nella sessualità. Ma è anche possibile che il contatto con un corpo trasformato, con cui ci si può non sentire del tutto a proprio agio (anche a causa di elementi di stigma e transfobia interiorizzata) possa compromettere la salute sessuale del soggetto. Gli aspetti interpersonali sono i più delicati, quando il soggetto si lega ad un/una partner, infatti, paure e pregiudizi possono inibire i contatti sessuali e far vivere con disagio la sessualità. In questi casi, il ricorso a professionisti della salute mentale specializzati in sessuologia è fondamentale per ripristinare una migliore sessualità e promuovere un una condizione di benessere.

QUALI SONO LE DINAMICHE OSSERVABILI ALL'INTERNO DELLE COPPIE TRANSGENDER O DELLE RELAZIONI TRANSGENDER?

Ci si riferisce a “relazioni transgender” – più che a coppie transgender, includendo quindi anche le forme di relazioni non monogame – quando uno o più partner non sono cisgender: per esempio, quando uno o più partner fanno coming out come non cisgender; quando stanno affrontando un percorso affermativo di genere all'interno di relazioni inizialmente costituite come eterosessuali o non eterosessuali; quando uno o più partner ha affrontato un percorso affermativo di genere prima della nascita della relazione. Le coppie trans* si possono quindi presentare in qualsiasi configurazione e possono essere sia eterosessuali che non eterosessuali.

Le coppie trans possono richiedere una consulenza di coppia per questioni specifiche che non riguardano direttamente la tematica trans*, portando problematiche simili a quelle di qualsiasi altra coppia (Giammattei, 2015).

Alcune coppie transgender si trovano ad affrontare un processo di coming out: può capitare, infatti, che le persone trans* inizino una relazione senza mettere preventivamente a tema le proprie domande riguardo al genere. Quando unə partner dichiara di essere transgender, a maggior ragione se intende effettuare un percorso affermativo, ci si deve confrontare con questioni relative all'identità, alla comunità, alla sessualità, all'orientamento sessuale ecc. (Malpas, 2006; Raj, 2008; Samons, 2009; Harvey et al., 2021). Tali questioni diventano di centrale importanza non solamente per la persona non cisgender: ciò risulta in un processo di “co-transizione”, in cui ə partner cisgender affrontano cambiamenti personali, sociali e negoziazioni insieme ai cambiamenti sperimentati daə loro partner TGNB¹ (Theron & Collier, 2013; Siboni et al., 2022). Non si deve però pensare che l'identità di genere non cisgender di unə o più partner porti necessariamente con sé questioni che richiedano un supporto specialistico o, ancor di più, che debbano portare alla fine della relazione (Giammattei, 2015).

Nonostante la letteratura sul tema sia relativamente scarsa, recenti studi si sono concentrati sulle esperienze nelle relazioni trans* e sugli aspetti di resilienza presenti all'interno delle stesse. Motter & Softas-Nall pongono l'attenzione sulle rinegoziazioni tra partner all'interno delle relazioni e sull'importanza di affrontare congiuntamente le sfide e i cambiamenti all'interno della coppia, sottolineando come, in generale, le coppie ritenessero che il modo in cui si amavano non era collegato all'identità di genere del partner (“*love is gender blind*”) e di come si definissero “partner nella transizione” oltre ad essere “partner nella vita” (Motter & Softas-Nall, 2021). In uno studio tutto italiano, Siboni e coll. hanno preso in esame le relazioni con unə o più partner TGNB¹² a partire dall'esperienza deə partner cisgender, mettendo in luce quattro tematiche principali emerse: aspetti positivi della relazione; sfide; strategie per gestire la disforia; miglioramento atteso attraverso l'accesso percorsi affermativi medicalizzati. Lə autorə sottolineano come una comunicazione aperta tra partner, la fiducia reciproca e il supporto reciproco siano alla base

¹² TGNB è un acronimo utilizzato per indicare l'insieme delle persone transgender e non-binary

della costruzione e del mantenimento di relazioni appaganti e sane, permettendo alle stesse di evolvere in modo positivo sul piano comunicativo, emotivo e dell'intimità sessuale (Siboni et al., 2022).

IN CHE MODO LƏ PROFESSIONISTƏ DELLA SALUTE MENTALE PUÒ ESSERE SUPPORTIVO PER I FAMILIARI, LƏ AMICƏ O LE PERSONE SIGNIFICATIVE PER UN INDIVIDUO CHE STA AFFRONTANDO UN PERCORSO AFFERMATIVO DI GENERE?

Il percorso di transizione è un percorso complesso, che coinvolge la singola persona che lo vive ma anche chi ha attorno, in modi più o meno indiretti. I professionisti della salute mentale, consapevoli della complessità di questa situazione, possono offrire vari tipi di supporto. In primis uno spazio informativo e di orientamento legato alla specifica situazione, aiutando le persone coinvolte a comprendere cosa sta accadendo e come sia meglio comportarsi (psico educazione, sostegno, accoglienza ecc.). Possono poi indirizzare queste persone (familiari, amici, partner ecc.) alle realtà associative territoriali che spesso offrono una vasta gamma di supporti: gruppi di auto mutuo aiuto per il confronto alla pari tra persone che vivono la stessa situazione, gruppi di supporto specifici per i familiari e gli amici di persone LGBTQ+ o verso realtà associative che si occupano accoglienza e di inserimento lavorativo (APA, 2009).

NON MI SENTO PREPARATƏ PER LAVORARE IN QUESTO CAMPO: CI SONO DELLE STRUTTURE A CUI INVIARE?

Se si fa riferimento alla situazione italiana al 01/09/2023, lo spazio ufficiale di informazione ed orientamento relativo ai servizi sanitari e associativi, ai centri ed aə professionistə riconosciute per persone con incongruenza di genere è il portale *Infotrans* dell'Istituto Superiore di Sanità: www.infotrans.it.

BIBLIOGRAFIA

Adeleye, A. J., Reid, G., Kao, C. N., Mok-Lin, E., & Smith, J. F. (2019). Semen parameters among transgender women with a history of hormonal treatment. *Urology*, *124*, 136-141.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.)*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

American Psychological Association (2009). *Report of the Task Force on Gender Identity and Gender Variance*. Washington, DC: Task Force on Gender Identity and Gender Variance.

American Psychological Association (2021). *APA guidelines for psychological assessment and evaluation*. <https://www.apa.org/about/policy/guidelines-psychological-assessment-evaluation.pdf>

American Psychological Association. (2015). Guidelines for psychological practice with transgender and gender nonconforming people. *American Psychologist*, *70*(9), 832-864.

Blondeel, K., Say, L., Chou, D., Toskin, I., Khosla, R., Scolaro, E., & Temmerman, M. (2016). Evidence and knowledge gaps on the disease burden in sexual and gender minorities: a review of systematic reviews. *International journal for equity in health*, *15*(1), 1-9.

Bradford, N. J., Rider, G. N., Catalpa, J. M., Morrow, Q. J., Berg, D. R., Spencer, K. G., & McGuire, J. K. (2019). Creating gender: A thematic analysis of genderqueer narratives. In *Non-binary and Genderqueer Genders* (pp. 37-50). Routledge.

Burnes, T. R., Dexter, M. M., Richmond, K., Singh, A. A., & Cherrington, A. (2016). The experiences of transgender survivors of trauma who undergo social and medical transition. *Traumatology*, *22*(1), 75-84.

Castro-Peraza, M. E., García-Acosta, J. M., Delgado, N., Perdomo-Hernández, A. M., Sosa-Alvarez, M. I., Llabrés-Solé, R., & Lorenzo-Rocha, N. D. (2019). Gender identity: the human right of de-pathologization. *International journal of environmental research and public health*, *16*(6), 978.

Chen, D., Matson, M., Macapagal, K., Johnson, E. K., Rosoklija, I., Finlayson, C., ... & Mustanski, B. (2018). Attitudes toward fertility and reproductive health among transgender and gender-nonconforming adolescents. *Journal of Adolescent Health*, *63*(1), 62-68.

Cohen-Kettenis, P. T., & Van Goozen, S. H. (1997). Sex reassignment of adolescent transsexuals: a follow-up study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *36*(2), 263-271.

Cohen-Kettenis, P. T., Schagen, S. E. E., Steensma, T. D., de Vries, A. L. C., & Delemarre-van de Waal, H. A. (2011). Puberty suppression in a gender-dysphoric adolescent: A 22-year follow-up. *Archives of Sexual Behavior*, *40*(4), 843-847.

Coleman, E., Radix, A. E., Bouman, W. P., Brown, G. R., De Vries, A. L., Deutsch, M. B., ... & Arcelus, J. (2022). Standards of care for the health of transgender and gender diverse people, version 8. *International Journal of Transgender Health*, *23*(sup1), S1-S259.

- Craig, S. L., Austin, A., Rashidi, M., & Adams, M. (2017). Fighting for survival: The experiences of lesbian, gay, bisexual, transgender, and questioning students in religious colleges and universities. *Journal of Gay & Lesbian Social Services, 29*(1), 1-24.
- Crapanzano, A., Carpinello, B., & Pinna, F. (2021). Approccio alla persona con disforia di genere: dal modello psichiatrico italiano al modello emergente basato sul consenso informato. *Rivista di Psichiatria, 56*(2), 120-128.
- De Nie, I., Asseler, J., Meißner, A., Voorn-de Warem, I. A., Kostelijk, E. H., den Heijer, M., ... & van Mello, N. M. (2022). A cohort study on factors impairing semen quality in transgender women. *American Journal of Obstetrics and Gynecology, 226*(3), 390-e1.
- Defreyne, J., Van Schuylenbergh, J., Motmans, J., Tilleman, K. L., & T'Sjoen, G. G. (2020). Parental desire and fertility preservation in assigned female at birth transgender people living in Belgium. *Fertility and Sterility, 113*(1),
- Delemarre-van de Waal, H. A., & Cohen-Kettenis, P. T. (2006). Clinical management of gender identity disorder in adolescents: A protocol on psychological and paediatric endocrinology aspects. *European Journal of Endocrinology, 155*(suppl 1), S131-S137.
- Deogracias, J. J., Johnson, L. L., Meyer-Bahlburg, H. F., Kessler, S. J., Schober, J. M., & Zucker, K. J. (2007). The gender identity/gender dysphoria questionnaire for adolescents and adults. *Journal of sex research, 44*(4), 370-379.
- Diamond, M. (2013). Transsexuality among twins: identity concordance, transition, rearing, and orientation. *International Journal of Transgenderism, 14*(1), 24-38.
- Giammattei, S. V. (2015). Beyond the binary: Trans negotiations in couple and family therapy. *Family process, 54*(3), 418-434.
- Gieles, N. C., van de Grift, T. C., Elaut, E., Heylens, G., Becker-Hebly, I., Nieder, T. O., Laan, E. T. M., & Kreukels, B. P. C. (2022). Pleasure please! Sexual pleasure and influencing factors in transgender persons: An ENIGI follow-up study. *International Journal of Transgender Health*, Advance online publication
- Grant, J. M., Mottet, L. A., Tanis, J. J., & Min, D. (2011). Transgender discrimination survey. *National Center for Transgender Equality and National Gay and Lesbian Task Force: Washington, DC, USA*.
- Green, A. E., Price-Feeney, M., Dorison, S. H., & Pick, C. J. (2020). Self-reported conversion efforts and suicidality among US LGBTQ youths and young adults, 2018. *American Journal of Public Health, 110*(8), 1221-1227.
- Green, R., & Fleming, D. T. (1990). Transsexual surgery follow-up: Status in the 1990s. *Annual review of sex research, 1*(1), 163-174.
- Harvey, R., Murphy, M. J., Bigner, J. J., & Wetchler, J. L. (Eds.). (2021). *Handbook of LGBTQ-affirmative couple and family therapy*. Routledge.

- Hembree, W. C., Cohen-Kettenis, P. T., Gooren, L., Hannema, S. E., Meyer, W. J., Murad, M. H., ... & T'Sjoen, G. G. (2017). Endocrine treatment of gender-dysphoric/gender-incongruent persons: an endocrine society clinical practice guideline. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, *102*(11), 3869-3903.
- Hendricks, M. L., & Testa, R. J. (2012). A conceptual framework for clinical work with transgender and gender nonconforming clients: An adaptation of the Minority Stress Model. *Professional Psychology: Research and Practice*, *43*(5), 460.
- Hernández Festersen, C., Costongs, C., Sherriff, N., Zeeman, L., Amaddeo, F., Aujean, S., ... & Zakrzewska, K. (2018). LGBTI people and health inequalities. *Eurohealth*, *24*(3), 41-44.
- James, S. E., Herman, J. L., Rankin, S., Keisling, M., Mottet, L., & Anafi, M. (2016). *The Report of the 2015 U.S. Transgender Survey*. Washington, DC: National Center for Transgender Equality.
- Kcomt, L., Gorey, K. M., Barrett, B. J., & McCabe, S. E. (2020). Healthcare avoidance due to anticipated discrimination among transgender people: a call to create trans-affirmative environments. *SSM-population Health*, *11*, 100608.
- Kerckhof, M. E., Kreukels, B. P., Nieder, T. O., Becker-Héblly, I., van de Grift, T. C., Staphorsius, A. S., ... & Elaut, E. (2019). Prevalence of sexual dysfunctions in transgender persons: results from the ENIGI follow-up study. *The journal of sexual medicine*, *16*(12), 2018-2029.
- King, M., Semlyen, J., Tai, S. S., Killaspy, H., Osborn, D., Popelyuk, D., & Nazareth, I. (2008). A systematic review of mental disorder, suicide, and deliberate self harm in lesbian, gay and bisexual people. *BMC Psychiatry*, *8*(1), 70.
- Lev, A. I. (2004). *Transgender Emergence. Therapeutic Guidelines for Working with Gender-Variant People and Their Families*. The Haworth Clinical Practice Press. Binghamton, NY.
- Lingiardi, V., Nardelli, N., Giovanardi, G., & Speranza, A.M. (2023). *Consulenza psicologica e psicoterapia con persone lesbiche, gay e bisessuali, transgender e non binarie*. Raffaello Cortina Editore.
- Lipson, S. K., Raifman, J., Abelson, S., & Reisner, S. L. (2019). Gender minority mental health in the US: Results of a national survey on college campuses. *American Journal of Preventive Medicine*, *57*(3), 293-301.
- Malpas, J. (2006). From otherness to alliance: Transgender couples in therapy. *Journal of GLBT Family Studies*, *2*(3-4), 183-206.
- Marshal, M. P., Dietz, L. J., Friedman, M. S., Stall, R., Smith, H. A., McGinley, J., ... & Brent, D. A. (2011). Suicidality and depression disparities between sexual minority and heterosexual youth: A meta-analytic review. *Journal of Adolescent Health*, *49*(2), 115-123.
- Marshal, M. P., Friedman, M. S., Stall, R., King, K. M., Miles, J., ... & Morse, J. Q. (2008). Sexual orientation and adolescent substance use: a meta analysis and methodological review. *Addiction*, *103*(4), 546-556.
- Martinerie, L., de Mouzon, J., Blumberg, J., di Nicola, L., Maisonobe, P., Carel, J. C., & PREFER study

group. (2021). Fertility of women treated during childhood with triptorelin (depot formulation) for central precocious puberty: the PREFER study. *Hormone Research in Paediatrics*, 93(9-10), 529-538.

Matoso, A., Khandakar, B., Yuan, S., Wu, T., Wang, L. J., Lombardo, K. A., ... & Yakirevich, E. (2018). Spectrum of findings in orchiectomy specimens of persons undergoing gender confirmation surgery. *Human pathology*, 76, 91-99.

Mauro, G. (2020). *Cultural Diversity Management. Le istituzioni pubbliche italiane di fronte alle sfide della diversità culturale* [Tesi di dottorato, Università "La Sapienza" di Roma].

McGuire, J. K., Berg, D., Catalpa, J. M., Morrow, Q. J., Fish, J. N., Nic Rider, G., ... & Spencer, K. (2020). Utrecht Gender Dysphoria Scale-Gender Spectrum (UGDS-GS): construct validity among transgender, nonbinary, and LGBTQ samples. *International Journal of Transgender Health*, 21(2), 194-208.

Michel, A., Anseau, M., Legros, J. J., Pitchot, W., & Mormont, C. (2002). The transsexual: what about the future? *European Psychiatry*, 17, 353-362.

Moravek, M. B., Kinnear, H. M., George, J., Batchelor, J., Shikanov, A., Padmanabhan, V., & Randolph, J. F. (2020). Impact of exogenous testosterone on reproduction in transgender men. *Endocrinology*, 161(3), bqaa014.

Motter, B. L., & Softas-Nall, L. (2021). Experiences of transgender couples navigating one partner's transition: Love is gender blind. *The Family Journal*, 29(1), 60-71.

Ordine degli Psicologi della Lombardia (2021). *Rainbow Map - Glossario LGBT+ per la professione psicologica*. A cura di C. Baggini, C. Vacchini, A. Toscano, D. Invernizzi. Gruppo di Lavoro per i Diritti delle Persone LGBTI+ dell'Ordine degli Psicologi della Lombardia. https://www.opl.it/public/files/17141-OPL_Dossier-LGBT+_singolapdf.pdf

Ordine degli Psicologi della Lombardia (2022). *Le Identità Non Binarie*. A cura di C. Baggini, C. Vacchini, A. Toscano, D. Invernizzi. Gruppo di Lavoro per i Diritti delle Persone LGBTI+ dell'Ordine degli Psicologi della Lombardia. https://www.opl.it/public/files/18877-OPL_Dossier_No-Binary_COL.pdf

Ordine degli Psicologi della Lombardia (2023). *Persone LGBTQIA+ e linguaggio inclusivo - Riflessioni teorico pratiche per la professione psicologica*. A cura di C. Baggini, C. Vacchini, P. Antonelli, D. Invernizzi. Gruppo di Lavoro per i Diritti delle Persone LGBTI+ dell'Ordine degli Psicologi della Lombardia. https://www.opl.it/public/files/20175-OPL_InclusioneLGBTI+_2023.pdf

Özer, M., Toulabi, S. P., Fisher, A. D., t'Sjoen, G., Buncamper, M. E., Monstrey, S., ... & Motmans, J. (2022). ESSM position statement "sexual wellbeing after gender affirming surgery". *Sexual medicine*, 10(1), 100471-100471.

Pöge, K., Dennert, G., Koppe, U., Güldenring, A., Matthigack, E. B., & Rommel, A. (2020). The health of lesbian, gay, bisexual, transgender and intersex people. *Journal of Health Monitoring*, 5(Suppl 1), 2.

- Prunas, A., Mognetti, M., Hartmann, D., & Bini, M. (2013). La valutazione della disforia di genere: la versione italiana del gender identity/gender dysphoria questionnaire. *Rivista di Sessuologia Clinica*, (2013/1).
- Prunas, A., Montella, I., Morzaniga, R., Hartmann, D., & Bini, M. (2015). Esperienze infantili e disforia di genere. *Rivista di Sessuologia Clinica*. XXII. 5-19.
- Raj, R. (2008). Transforming couples and families: A trans-formative therapeutic model for working with the loved-ones of gender-divergent youth and trans-identified adults. *Journal of GLBT Family Studies*, 4(2), 133-163.
- Rigliano, P. (2018). *Sguardi sul genere*. Mimesis Edizioni.
- Ryan, C., Toomey, R. B., Diaz, R. M., & Russell, S. T. (2020). Parent-initiated sexual orientation change efforts with LGBT adolescents: Implications for young adult mental health and adjustment. *Journal of Homosexuality*, 67(2), 159-173.
- Sadr, M., Khorashad, B. S., Talaei, A., Fazeli, N., & Hönekopp, J. (2020). 2D: 4D suggests a role of prenatal testosterone in gender dysphoria. *Archives of Sexual Behavior*, 49, 421-432.
- Salway, T., Ferlatte, O., Gesink, D., & Lachowsky, N. J. (2020). Prevalence of exposure to sexual orientation change efforts and associated sociodemographic characteristics and psychosocial health outcomes among Canadian sexual minority men. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 65(7), 502-509.
- Samons, S. L. (2009). Can this marriage be saved? Addressing male-to-female transgender issues in couples therapy. *Sexual and Relationship Therapy*, 24(2), 152-162.
- Siboni, L., Rucco, D., Prunas, A., & Anzani, A. (2022). "We Faced Every Change Together". Couple's Intimacy and Sexuality Experiences from the Perspectives of Transgender and Non-Binary Individuals' Partners. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 48(1), 23-46.
- Steensma, T. D., & Cohen-Kettenis, P. T. (2011). Gender transitioning before puberty?. *Archives of sexual behavior*, 40, 649-650.
- Stotzer, R. L., Herman, J. L., & Hasenbush, A. (2014). *Transgender parenting: A review of existing research*. Los Angeles, CA: The Williams Institute.
- Strang, J. F., Jarin, J., Call, D., Clark, B., Wallace, G. L., Anthony, L. G., ... & Gomez-Lobo, V. (2018). Transgender youth fertility attitudes questionnaire: measure development in nonautistic and autistic transgender youth and their parents. *Journal of adolescent health*, 62(2), 128-135.
- Taylor, J., Zalewska, A., Gates, J. J., & Millon, G. (2019). An exploration of the lived experiences of non-binary individuals who have presented at a gender identity clinic in the United Kingdom. *International Journal of Transgenderism*, 20(2-3), 195-204.
- Testa, R. J., Habarth, J., Peta, J., Balsam, K., & Bockting, W. (2015). Development of the gender minority stress and resilience measure. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 2(1), 65.

TGEU (2022). *Trans Rights Map of Europe and Central Asia in 2023*. TGEU. <https://transright-smap.tgeu.org/> (Ultima consultazione: 24/08/2023)

Theron, L., & Collier, K. L. (2013). Experiences of female partners of masculine-identifying trans persons. *Culture, health & sexuality*, 15(sup1), 62-75.

Tirapegui, F.I., Acar, Ö. & Kocjancic, E. Sexual Function After Gender-Affirming Genital Reconstruction. *Curr Sex Health Rep*, 12, 411-420 (2020).

Tornello, S. L., & Bos, H. (2017). Parenting intentions among transgender individuals. *LGBT health*, 4(2), 115-120.

Turban, J. L., Beckwith, N., Reisner, S. L., & Keuroghlian, A. S. (2020). Association between recalled exposure to gender identity conversion efforts and psychological distress and suicide attempts among transgender adults. *JAMA Psychiatry*, 77(1), 68-76.

Valentine, V. (2016). *Non-binary people's experiences of using UK gender identity clinics*. STE Network.

Vincent, B. (2020). *Non-binary genders: Navigating communities, identities, and healthcare*. Policy Press.

World Health Organization. (2022). *ICD-11: International classification of diseases (11th revision)*.

Zucker, K. J., Mitchell, J. N., Bradley, S. J., Tkachuk, J., Cantor, J. M., & Allin, S. M. (2006). The recalled childhood gender identity/gender role questionnaire: Psychometric properties. *Sex roles*, 54, 469-483.

www.opl.it



ordinepsicologilombardia



ordine_psicologi_lombardia



Ordine degli Psicologi della Lombardia



tvOPL



PsicologiOPL



ORDINE
DEGLI PSICOLOGI
DELLA LOMBARDIA

corso Buenos Aires, 75 - 20124 MILANO

tel: +39 02 2222 6551

PEO: segreteria@opl.it | PEC: segreteria@pec.opl.it