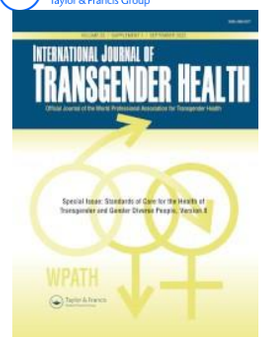

International Journal of Transgender Health

ISSN: (Print) (Online) Journal homepage: https://www.tandfonline.com/loi/wijt21

Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8

E. Coleman, A. E. Radix, W. P. Bouman, G. R. Brown, A. L. C. de Vries, M. B. Deutsch, R. Ettner, L. Fraser, M. Goodman, J. Green, A. B. Hancock, T. W. Johnson, D. H. Karasic, G. A. Knudson, S. F. Leibowitz, H. F. L. Meyer-Bahlburg, S. J. Monstrey, J. Motmans, L. Nahata, T. O. Nieder, S. L. Reisner, C. Richards, L. S. Schechter, V. Tangpricha, A. C. Tishelman, M. A. A. Van Trotsenburg, S. Winter, K. Ducheny, N. J. Adams, T. M. Adrián, L. R. Allen, D. Azul, H. Bagga, K. Başar, D. S. Bathory, J. J. Belinky, D. R. Berg, J. U. Berli, R. O. Bluebond-Langner, M.-B. Bouman, M. L. Bowers, P. J. Brassard, J. Byrne, L. Capitán, C. J. Cargill, J. M. Carswell, S. C. Chang, G. Chelvakumar, T. Corneil, K. B. Dalke, G. De Cuypere, E. de Vries, M. Den Heijer, A. H. Devor, C. Dhejne, A. D'Marco, E. K. Edmiston, L. Edwards-Leeper, R. Ehrbar, D. Ehrensaft, J. Eisfeld, E. Elaut, L. Erickson-Schroth, J. L. Feldman, A. D. Fisher, M. M. Garcia, L. Gijs, S. E. Green, B. P. Hall, T. L. D. Hardy, M. S. Irwig, L. A. Jacobs, A. C. Janssen, K. Johnson, D. T. Klink, B. P. C. Kreukels, L. E. Kuper, E. J. Kvach, M. A. Malouf, R. Massey, T. Mazur, C. McLachlan, S. D. Morrison, S. W. Mosser, P. M. Neira, U. Nygren, J. M. Oates, J. Obedin-Maliver, G. Pagkalos, J. Patton, N. Phanuphak, K. Rachlin, T. Reed, G. N. Rider, J. Ristori, S. Robbins-Cherry, S. A. Roberts, K. A. Rodriguez-Wallberg, S. M. Rosenthal, K. Sabir, J. D. Safer, A. I. Scheim, L. J. Seal, T. J. Sehoole, K. Spencer, C. St. Amand, T. D. Steensma, J. F. Strang, G. B. Taylor, K. Tilleman, G. G. T'Sjoen, L. N. Vala, N. M. Van Mello, J. F. Veale, J. A. Vencill, B. Vincent, L. M. Wesp, M. A. West & J. Arcelus

To cite this article: E. Coleman, A. E. Radix, W. P. Bouman, G. R. Brown, A. L. C. de Vries, M. B. Deutsch, R. Ettner, L. Fraser, M. Goodman, J. Green, A. B. Hancock, T. W. Johnson, D. H. Karasic, G. A. Knudson, S. F. Leibowitz, H. F. L. Meyer-Bahlburg, S. J. Monstrey, J. Motmans, L. Nahata, T. O. Nieder, S. L. Reisner, C. Richards, L. S. Schechter, V. Tangpricha, A. C. Tishelman, M. A. A. Van Trotsenburg, S. Winter, K. Ducheny, N. J. Adams, T. M. Adrián, L. R. Allen, D. Azul, H. Bagga, K. Başar, D. S. Bathory, J. J. Belinky, D. R. Berg, J. U. Berli, R. O. Bluebond-Langner, M.-B. Bouman, M. L. Bowers, P. J. Brassard, J. Byrne, L. Capitán, C. J. Cargill, J. M. Carswell, S. C. Chang, G. Chelvakumar, T. Corneil, K. B. Dalke, G. De Cuypere, E. de Vries, M. Den Heijer, A. H. Devor, C. Dhejne, A. D'Marco, E. K. Edmiston, L. Edwards-Leeper, R. Ehrbar, D. Ehrensaft, J. Eisfeld, E. Elaut, L. Erickson-Schroth, J. L. Feldman, A. D. Fisher, M. M. Garcia, L. Gijs, S. E. Green, B. P. Hall, T. L. D. Hardy, M. S. Irwig, L. A. Jacobs, A. C. Janssen, K. Johnson, D. T. Klink, B. P. C. Kreukels, L. E. Kuper, E. J. Kvach, M. A. Malouf, R. Massey, T. Mazur, C. McLachlan, S. D. Morrison, S. W. Mosser, P. M. Neira, U. Nygren, J. M. Oates, J. Obedin-Maliver, G. Pagkalos, J. Patton, N. Phanuphak, K. Rachlin, T. Reed, G. N. Rider, J. Ristori, S. Robbins-Cherry, S. A. Roberts, K. A. Rodriguez-Wallberg, S. M. Rosenthal, K. Sabir, J. D. Safer, A. I. Scheim, L. J. Seal, T. J. Sehoole, K. Spencer, C. St. Amand, T. D. Steensma, J. F. Strang, G. B. Taylor, K. Tilleman, G. G. T'Sjoen, L. N. Vala, N. M. Van Mello, J. F. Veale, J. A. Vencill, B. Vincent, L. M. Wesp, M. A. West & J. Arcelus (2022) Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8, International Journal of Transgender Health, 23:sup1, S1-S259, DOI: 10.1080/26895269.2022.2100644

To link to this article: https://doi.org/10.1080/26895269.2022.2100644

© 2022 The Author(s). Published with license by Taylor & Francis Group, LLC.

Published online: 15 Sep 2022.

Submit your article to this journal

Article views: 88085

View related articles

View Crossmark data

Citing articles: 3 View citing articles

Full Terms & Conditions of access and use can be found at
https://www.tandfonline.com/action/journalInformation?journalCode=wijt21

INTERNATIONAL JOURNAL OF TRANSGENDER HEALTH
2022, VOL. 23, NO. S1, S1–S258
https://doi.org/10.1080/26895269.2022.2100644

Taylor & Francis
Taylor & Francis Group

REPORT

OPEN ACCESS Check for updates

Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8

E. Coleman[1], A. E. Radix[2,3], W. P. Bouman[4,5], G. R. Brown[6,7], A. L. C. de Vries[8,9], M. B. Deutsch[10,11], R. Ettner[12,13], L. Fraser[14], M. Goodman[15], J. Green[16], A. B. Hancock[17], T. W. Johnson[18], D. H. Karasic[19,20], G. A. Knudson[21,22], S. F. Leibowitz[23], H. F. L. Meyer-Bahlburg[24,25], S. J. Monstrey[26], J. Motmans[27,28], L. Nahata[29,30], T. O. Nieder[31], S. L. Reisner[32,33], C. Richards[34,35], L. S. Schechter[36], V. Tangpricha[37,38], A. C. Tishelman[39], M. A. A. Van Trotsenburg[40,41], S. Winter[42], K. Ducheny[43], N. J. Adams[44,45], T. M. Adrián[46,47], L. R. Allen[48], D. Azul[49], H. Bagga[50,51], K. Başar[52], D. S. Bathory[53], J. J. Belinky[54], D. R. Berg[55], J. U. Berli[56], R. O. Bluebond-Langner[57,58], M.-B. Bouman[9,59], M. L. Bowers[60,61], P. J. Brassard[62,63], J. Byrne[64], L. Capitán[65], C. J. Cargill[66], J. M. Carswell[32,67], S. C. Chang[68], G. Chelvakumar[69,70], T. Corneil[71], K. B. Dalke[72,73], G. De Cuypere[74], E. de Vries[75,76], M. Den Heijer[9,77], A. H. Devor[78], C. Dhejne[79,80], A. D'Marco[81,82], E. K. Edmiston[83], L. Edwards-Leeper[84,85], R. Ehrbar[86,87], D. Ehrensaft[19], J. Eisfeld[88], E. Elaut[74,89], L. Erickson-Schroth[90,91], J. L. Feldman[92], A. D. Fisher[93], M. M. Garcia[94,95], L. Gijs[96], S. E. Green[97], B. P. Hall[98,99], T. L. D. Hardy[100,101], M. S. Irwig[32,102], L. A. Jacobs[103], A. C. Janssen[23,104], K. Johnson[105,106], D. T. Klink[107,108], B. P. C. Kreukels[9,109], L. E. Kuper[110,111], E. J. Kvach[112,113], M. A. Malouf[114], R. Massey[115,116], T. Mazur[117,118], C. McLachlan[119,120], S. D. Morrison[121,122], S. W. Mosser[123,124], P. M. Neira[125,126], U. Nygren[127,128], J. M. Oates[129,130], J. Obedin-Maliver[131,132], G. Pagkalos[133,134], J. Patton[135,136], N. Phanuphak[137], K. Rachlin[103], T. Reed[138†], G. N. Rider[55], J. Ristori[93], S. Robbins-Cherry[4], S. A. Roberts[32,139], K. A. Rodriguez-Wallberg[140,141], S. M. Rosenthal[142,143], K. Sabir[144], J. D. Safer[60,145], A. I. Scheim[146,147], L. J. Seal[35,148], T. J. Sehoole[149], K. Spencer[55], C. St. Amand[150,151], T. D. Steensma[9,109], J. F. Strang[152,153], G. B. Taylor[154], K. Tilleman[155], G. G. T'Sjoen[74,156], L. N. Vala[157], N. M. Van Mello[9,158], J. F. Veale[159], J. A. Vencill[160,161], B. Vincent[162], L. M. Wesp[163,164], M. A. West[165,166] and J. Arcelus[5,167]

[1]Institute for Sexual and Gender Health, Department of Family Medicine and Community Health, University of Minnesota Medical School, Minneapolis, MN, USA; [2]Callen-Lorde Community Health Center, New York, NY, USA; [3]Department of Medicine, NYU Grossman School of Medicine, New York, NY, USA; [4]Nottingham Centre for Transgender Health, Nottingham, UK; [5]School of Medicine, University of Nottingham, Nottingham, UK; [6]James H. Quillen College of Medicine, East Tennessee State University, Johnson City, TN, USA; [7]James H. Quillen VAMC, Johnson City, TN, USA; [8]Department of Child and Adolescent Psychiatry, Amsterdam UMC Location Vrije Universiteit Amsterdam, Amsterdam, Netherlands; [9]Center of Expertise on Gender Dysphoria, Amsterdam UMC Location Vrije Universiteit Amsterdam, Amsterdam, The Netherlands; [10]Department of Family & Community Medicine, University of California—San Francisco, San Francisco, CA, USA; [11]UCSF Gender Affirming Health Program, San Francisco, CA, USA; [12]New Health Foundation Worldwide, Evanston, IL, USA; [13]Weiss Memorial Hospital, Chicago, IL, USA; [14]Independent Practice, San Francisco, CA, USA; [15]Emory University Rollins School of Public Health, Atlanta, GA, USA; [16]Independent Scholar, Vancouver, WA, USA; [17]The George Washington University, Washington, DC, USA; [18]Department of Anthropology, California State University, Chico, CA, USA; [19]University of California San Francisco, San Francisco, CA, USA; [20]Independent Practice at dankarasic.com; [21]University of British Columbia, Vancouver, Canada; [22]Vancouver Coastal Health, Vancouver, Canada; [23]Ann & Robert H. Lurie Children's Hospital of Chicago, Chicago, IL, USA; [24]New York State Psychiatric Institute, New York, NY, USA; [25]Department of Psychiatry, Columbia University, New York, NY, USA; [26]Ghent University Hospital, Gent, Belgium; [27]Transgender Infopunt, Ghent University Hospital, Gent, Belgium; [28]Centre for Research on Culture and Gender, Ghent University, Gent, Belgium; [29]Department of Pediatrics, The Ohio State University College of Medicine, Columbus, OH, USA; [30]Endocrinology and Center for Biobehavioral Health, The Abigail Wexner Research Institute at Nationwide Children's Hospital, Columbus, OH, USA; [31]University Medical Center Hamburg-Eppendorf, Interdisciplinary Transgender Health Care Center Hamburg, Institute for Sex Research, Sexual Medicine and Forensic Psychiatry, Hamburg, Germany; [32]Harvard Medical School, Boston, MA, USA; [33]Harvard T. H. Chan School of Public Health, Boston, MA, USA; [34]Regents University London, UK; [35]Tavistock and Portman NHS Foundation Trust, London, UK; [36]Rush University Medical Center, Chicago, IL, USA; [37]Division of Endocrinology, Metabolism & Lipids, Department of Medicine, Emory University School of Medicine, Atlanta, GA, USA; [38]Atlanta VA Medical Center, Decatur, GA, USA; [39]Boston College, Department of Psychology and Neuroscience, Chestnut Hill, MA, USA; [40]Bureau GenderPRO, Vienna, Austria; [41]University Hospital Lilienfeld—St. Pölten, St. Pölten, Austria; [42]School of Population Health, Curtin University, Perth, WA, Australia; [43]Howard Brown Health, Chicago, IL, USA; [44]University of Toronto, Ontario Institute for Studies in Education, Toronto, Canada; [45]Transgender Professional Association for Transgender Health (TPATH); [46]Asamblea Nacional de Venezuela, Caracas, Venezuela; [47]Diverlex Diversidad e Igualdad a Través de la Ley, Caracas, Venezuela;

CONTACT Dr Eli Coleman, PhD Institute for Sexual and Gender Health, Department of Family Medicine and Community Health, University of Minnesota Medical School, Minneapolis, MN, USA
†Deceased.
© 2022 The Author(s). Published with license by Taylor & Francis Group, LLC.
This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivatives License (http://creativecommons.org/licenses/ by-nc-nd/4.0/), which permits non-commercial re-use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited, and is not altered, trans- formed, or built upon in any way.

[48]University of Nevada, Las Vegas, NV, USA; [49]La Trobe Rural Health School, La Trobe University, Bendigo, Australia; [50]Monash Health Gender Clinic, Melbourne, Victoria, Australia; [51]Monash University, Melbourne, Victoria, Australia; [52]Department of Psychiatry, Hacettepe University, Ankara, Turkey; [53]Independent Practice at Bathory International PLLC, Winston-Salem, NC, USA; [54]Durand Hospital, Guemes Clinic and Urological Center, Buenos Aires, Argentina; [55]National Center for Gender Spectrum Health, Institute for Sexual and Gender Health, Department of Family Medicine and Community Health, University of Minnesota Medical School, Minneapolis, MN, USA; [56]Oregon Health & Science University, Portland, OR, USA; [57]NYULangone Health, New York, NY, USA; [58]Hansjörg Wyss Department of Plastic Surgery, New York, NY, USA; [59]Department of Plastic Surgery, Amsterdam UMC Location Vrije Universiteit Amsterdam, , Amsterdam, Netherlands; [60]Icahn School of Medicine at Mount Sinai, New York, NY, USA; [61]Mills-Peninsula Medical Center, Burlingame, CA, USA; [62]GrS Montreal, Complexe CMC, Montreal, Quebec, Canada; [63]Université de Montreal, Quebec, Canada; [64]University of Waikato/Te Whare Wānanga o Waikato, Hamilton/Kirikiriroa, New Zealand/Aotearoa; [65]The Facialteam Group, Marbella International Hospital, Marbella, Spain; [66]Independent Scholar; [67]Boston's Children's Hospital, Boston, MA, USA; [68]Independent Practice, Oakland, CA, USA; [69]Nationwide Children's Hospital, Columbus, OH, USA; [70]The Ohio State University, College of Medicine, Columbus, OH, USA; [71]School of Population & Public Health, University of British Columbia, Vancouver, BC, Canada; [72]Penn State Health, PA, USA; [73]Penn State College of Medicine, Hershey, PA, USA; [74]Center for Sexology and Gender, Ghent University Hospital, Gent, Belgium; [75]Nelson Mandela University, Gqeberha, South Africa; [76]University of Cape Town, Cape Town, South Africa; [77]Department of Endocrinology, Amsterdam UMC Location Vrije Universiteit Amsterdam, , Amsterdam, Netherlands; [78]University of Victoria, Victoria, BC, Canada; [79]ANOVA, Karolinska University Hospital, Stockholm, Sweden; [80]Department of Medicine Huddinge, Karolinska Institutet, Stockholm, Sweden; [81]UCTRANS—United Caribbean Trans Network, Nassau, The Bahamas; [82]D M A R C O Organization, Nassau, The Bahamas; [83]University of Pittsburgh School of Medicine, Pittsburgh, PA, USA; [84]Pacific University, Hillsboro, OR, USA; [85]Independent Practice, Beaverton, OR, USA; [86]Whitman Walker Health, Washington, DC, USA; [87]Independent Practice, Maryland, USA; [88]Transvisie, Utrecht, The Netherlands; [89]Department of Clinical Experimental and Health Psychology, Ghent University, Gent, Belgium; [90]The Jed Foundation, New York, NY, USA; [91]Hetrick-Martin Institute, New York, NY, USA; [92]Institute for Sexual and Gender Health, Institute for Sexual and Gender Health, Department of Family Medicine and Community Health, University of Minnesota Medical School, Minneapolis, MN, USA; [93]Andrology, Women Endocrinology and Gender Incongruence, Careggi University Hospital, Florence, Italy; [94]Department of Urology, Cedars-Sinai Medical Center, Los Angeles, CA, USA; [95]Departments of Urology and Anatomy, University of California San Francisco, San Francisco, CA, USA; [96]Institute of Family and Sexuality Studies, Department of Neurosciences, KU Leuven, Leuven, Belgium; [97]Mermaids, London/ Leeds, UK; [98]Duke University Medical Center, Durham, NC, USA; [99]Duke Adult Gender Medicine Clinic, Durham, NC, USA; [100]Alberta Health Services, Edmonton, Alberta, Canada; [101]MacEwan University, Edmonton, Alberta, Canada; [102]Beth Israel Deaconess Medical Center, Boston, MA, USA; [103]Independent Practice, New York, NY, USA; [104]Northwestern Feinberg School of Medicine, Chicago, IL, USA; [105]RMIT University, Melbourne, Australia; [106]University of Brighton, Brighton, UK; [107]Department of Pediatrics, Division of Pediatric Endocrinology, Ghent University Hospital, Gent, Belgium; [108]Division of Pediatric Endocrinology and Diabetes, ZNA Queen Paola Children's Hospital, Antwerp, Belgium; [109]Department of Medical Psychology, Amsterdam UMC Location Vrije Universiteit Amsterdam, , Amsterdam, Netherlands; [110]Department of Psychiatry, Southwestern Medical Center, University of Texas, Dallas, TX, USA; [111]Department of Endocrinology, Children's Health, Dallas, TX, USA; [112]Denver Health, Denver, CO, USA;[113]University of Colorado School of Medicine, Aurora, CO, USA; [114]Malouf Counseling and Consulting, Baltimore, MD, USA; [115]WPATH Global Education Institute; [116]Department of Psychiatry & Behavioral Sciences, Emory University School of Medicine, Atlanta, GA, USA; [117]Jacobs School of Medicine and Biomedical Sciences, University at Buffalo, Buffalo, NY, USA; [118]John R. Oishei Children's Hospital, Buffalo, NY, USA; [119]Professional Association for Transgender Health, South Africa; [120]Gender DynamiX, Cape Town, South Africa; [121]Division of Plastic Surgery, Seattle Children's Hospital, Seattle, WA, USA; [122]Division of Plastic Surgery, Department of Surgery, University of Washington Medical Center, Seattle, WA, USA;[123]Gender Confirmation Center, San Francisco, CA, USA; [124]Saint Francis Memorial Hospital, San Francisco, CA, USA; [125]Johns Hopkins Center for Transgender Health, Baltimore, MD, USA; [126]Johns Hopkins Medicine Office of Diversity, Inclusion and Health Equity, Baltimore, MD, USA; [127]Division of Speech and Language Pathology, Department of Clinical Science, Intervention and Technology, Karolinska Institutet, Stockholm,Sweden; [128]Speech and Language Pathology, Medical Unit, Karolinska University Hospital, Stockholm, Sweden; [129]La Trobe University, Melbourne, Australia; [130]Melbourne Voice Analysis Centre, East Melbourne, Australia; [131]Stanford University School of Medicine, Department of Obstetrics and Gynecology, Palo Alto, CA, USA; [132]Department of Epidemiology and Population Health, Stanford, CA, USA; [133]Independent PracticeThessaloniki, Greece; [134]Military Community Mental Health Center, 424 General Military Training Hospital, Thessaloniki, Greece; [135]Talkspace, New York, NY, USA; [136]CytiPsychological LLC, San Diego, CA, USA; [137]Institute of HIV Research and Innovation, Bangkok, Thailand; [138]Gender Identity Research and Education Society, Leatherhead, UK; [139]Division of Endocrinology, Boston's Children's Hospital, Boston, MA, USA; [140]Department of Reproductive Medicine, Karolinska University Hospital, Stockholm, Sweden; [141]Department of Oncology-Pathology, Karolinska Institute, Stockholm, Sweden; [142]Division of Pediatric Endocrinology, UCSF, San Francisco, CA, USA; [143]UCSF Child and Adolescent Gender Center; [144]FtM Phoenix Group, Krasnodar Krai, Russia; [145]Mount Sinai Center for Transgender Medicine and Surgery, New York, NY, USA; [146]Epidemiology and Biostatistics, Dornsife School of Public Health, Drexel University, Philadelphia, PA, USA; [147]Epidemiology and Biostatistics, Schulich School of Medicine and Dentistry, Western University, Ontario, Canada; [148]St George's University Hospitals NHS Foundation Trust, London, UK; [149]Iranti, Johannesburg, South Africa; [150]University of Houston, Houston, TX, USA; [151]Mayo Clinic, Rochester, MN, USA; [152]Children's National Hospital, Washington, DC, USA; [153]George Washington University School of Medicine, Washington, DC, USA; [154]Atrium Health Department of Obstetrics and Gynecology, Division of Female Pelvic Medicine and Reconstructive Surgery, Charlotte, NC, USA; [155]Department for Reproductive Medicine, Ghent University Hospital, Gent, Belgium; [156]Department of Endocrinology, Ghent University Hospital, Gent, Belgium; [157]Independent Practice, Campbell, CA, USA; [158]Department ofObstetrics and Gynaecology, Amsterdam UMC Location Vrije Universiteit Amsterdam, Amsterdam, Netherlands; [159]School of Psychology, University of Waikato/Te Whare Wānanga o Waikato, Hamilton/Kirikiriroa, New Zealand/Aotearoa; [160]Department of Psychiatry & Psychology, Mayo Clinic, Rochester, MN, USA; [161]Division of General Internal Medicine, Mayo Clinic, Rochester, MN, USA; [162]Trans Learning Partnership at https:// spectra-london.org.uk/trans-learning-partnership, UK; [163]College of Nursing, University of Wisconsin MilwaukeeMilwaukee, WI, USA; [164]Health Connections Inc., Glendale, WI, USA; [165]North Memorial Health Hospital, Robbinsdale, MN, USA; [166]University of Minnesota, Minneapolis, MN, USA; [167]Bellvitge Biomedical Research Institute (IDIBELL), L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona, Spain.

ABSTRACT
Premessa. L'assistenza sanitaria per le persone *transgender* è un campo interdisciplinare in rapida evoluzione. Nell'ultimo decennio, c'è stato un aumento senza precedenti del numero e della visibilità delle persone *transgender e gender diverse* (TGD), che fanno richiesta di supporto e di cure[1]mediche per l'affermazione di genere, così come un significativo aumento della letteratura scientifica in questo settore. L'Associazione professionale Mondiale per la Salute delle persone *transgender* (WPATH) è un'associazione internazionale e multidisciplinare, la cui missione è quella di promuovere cure scientificamente fondate e di comprovata efficacia, formazione, ricerca, politiche pubbliche e rispetto per la salute delle persone *transgender*. Una delle funzioni principali della WPATH è quella di promuovere i più alti standard di assistenza sanitaria per le persone *transgender* attraverso gli Standard di Cura (*SOC*). I *SOC* sono stati sviluppati inizialmente nel 1979, l'ultima versione (*SOC-7*) è stata pubblicata nel 2012. Alla luce delle crescenti evidenze empiriche, la WPATH ha commissionato una nuova versione degli Standard di Cura, i *SOC-8*.
Obiettivo. L'obiettivo generale dei *SOC-8* è quello di fornire al personale sanitario una guida clinica affinché l'assistenza per le persone TGD offra percorsi sicuri ed efficaci con l'obiettivo di raggiungere un benessere personale duraturo con sé stess3 al fine di ottimizzare la salute fisica, il benessere psicologico e l'auto-realizzazione.
Metodo. I *SOC-8* si basano sui risultati scientifici più recenti e sul consenso professionale di esperts sulla salute delle persone *transgender*. Professionist3 e *stakeholder* internazionali sono stat3 selezionat3 per fare parte del comitato dei *SOC-8*. Le Raccomandazioni sono state sviluppate sulla base di dati tratti da revisioni sistematiche della letteratura (*systematic literature review*), da *background review* ove possibili, e da opinioni dell3 esperts in materia di salute delle persone TGD. La classificazione delle Raccomandazioni si è basata sulle prove disponibili a sostegno degli interventi, su una discussione dei rischi e dei danni, nonché sulla possibilità e sull'accettabilità in contesti e Paesi diversi.
Risultati. I *SOC-8* sono composti da 18 capitoli contenenti raccomandazioni per il personale sanitario che lavora con le persone TGD. Ogni raccomandazione è seguita da un testo esplicativo con i relativi riferimenti bibliografici. Le tematiche generali relative alla salute delle persone *transgender* sono trattate nei capitoli *Terminologia, Applicabilità globale, Stime sulla popolazione e Formazione*. I capitoli sviluppati per i diversi gruppi di persone *transgender* comprendono l'*assessment* di adult3, adolescenti, bambin3[2], persone non binarie, persone eunuche e *intersex*, infine, persone che vivono in Istituti. Per concludere, i capitoli relativi ai trattamenti per l'affermazione di genere sono: *Terapia ormonale, Interventi chirurgici e cure post-operatorie, Voce e comunicazione, Cure primarie, Salute riproduttiva, Salute sessuale e Salute mentale*.
Conclusioni. Le linee guida *SOC-8* intendono essere uno strumento flessibile per soddisfare le diverse esigenze di assistenza sanitaria delle persone TGD a livello globale. Pur essendo adattabili, offrono standard per promuovere un'assistenza sanitaria ottimale e una guida per il trattamento delle persone con incongruenza di genere. Come in tutte le versioni precedenti dei *SOC*, i criteri stabiliti in questo documento per gli interventi medici di affermazione del genere sono linee guida cliniche; le singole figure professionali e i programmi sanitari hanno la facoltà di modificarli dopo aver consultato la persona TGD.

KEYWORDS
adolescents; assessment; children; communication; education; endocrinology; eunuch; gender diverse; health care professional; institutional settings; *intersex*; mental health; nonbinary; population; postoperative care; primary care; reproductive health; sexual health; SOC8; Standards of Care; surgery; terminology; transgender; voice

[1] N.d.T. Poiché il termine "cura" in italiano può assumere diversi significati, si desidera specificare che, nel contesto del presente documento, si intende come l'insieme di attenzioni volte al benessere della persona, e non come trattamento di una malattia, al fine di riflettere appieno l'intento della WPATH.

[2] N.d.T.: In relazione alla volontà della WPATH di stilare delle linee guida inclusive per tutta la popolazione *transgender e gender diverse*, si è deciso di utilizzare il linguaggio ampio (Manera, 2021), e in particolare lo *schwa*, nella sua forma singolare "ə" e plurale "3", quando si parla in generale di persone appartenenti alla comunità TGD e quando sono specificamente menzionate le persone non binarie.

Glossario acronimi

DSD: Differenze dello sviluppo sessuale
DG: Disforia di Genere
GAMST: *Gender-affirming medical and/or surgical treatments*
GAS: *Gender-affirmation surgery*
PS: Personale Sanitario
PSM: Professionist3 della salute mentale
SOC: *Standard of Care* / Standard di Cura
TGD: *Transgender e gender diverse*
TOAG: Terapia ormonale per l'affermazione di genere
TMCAG: Raccomandazioni per l'avvio di trattamenti medici e/o chirurgici per l'affermazione del genere per adult3 e adolescent

Sommario

INTRODUZIONE 1
CAPITOLO 1. Terminologia 9
CAPITOLO 2. Applicabilità globale 2
CAPITOLO 3. Stime sulla popolazione 1
CAPITOLO 4. Formazione 1
CAPITOLO 5. *Assessment* dell3 adult3 1
CAPITOLO 6. Adolescenti 1
CAPITOLO 7. Bambin3 1
CAPITOLO 8. *Non-binary* 1
CAPITOLO 9. Persone eunuche 1
CAPITOLO 10. Persone *intersex* 1
CAPITOLO 11. Ambienti istituzionali 1
CAPITOLO 12. Terapia ormonale 2
CAPITOLO 13. Chirurgia e cure post-operatorie 2
CAPITOLO 14. Voce e comunicazione 12
CAPITOLO 15. Cure primarie 20
CAPITOLO 16. Salute riproduttiva 38
CAPITOLO 17. Salute sessuale 48
CAPITOLO 18. Salute mentale 59
Acknowledgements 68
Riconoscimenti edizione Italiana 69
Bibliografia edizione italiana 71
Bibliografia 72
Appendice A 141
Appendice B 150
APPENDICE C 153
APPENDICE D 158
APPENDICE E 161

INTRODUZIONE

Scopo e utilizzo degli Standard di Cura

L'obiettivo generale dell'ottava edizione degli Standard di Cura (*SOC-8*) dell'Associazione professionale mondiale per la salute delle persone *transgender* (WPATH) è quello di fornire una guida clinica al personale sanitario, affinché possa fornire alle persone *transgender e gender diverse* (TGD) cure efficaci e sicure finalizzate al raggiungimento di un benessere personale stabile con il proprio genere, e con l'obiettivo finale di armonizzare la salute fisica complessiva, il benessere psicologico e l'auto-realizzazione. Questa assistenza può includere, ma non è limitata a, trattamenti ormonali e chirurgici, terapia della voce e della comunicazione, cure primarie, epilazione, salute riproduttiva e sessuale, e assistenza per la salute mentale. I sistemi sanitari devono fornire le cure mediche necessarie per l'affermazione di genere delle persone TGD (v. capitolo, par. 2.1.).

La WPATH è un'Associazione professionale internazionale e multidisciplinare, la cui missione è quella di promuovere cure scientificamente basate su comprovata efficacia, formazione, ricerca, azioni politiche e rispetto per la salute delle persone *transgender*. Fondata nel 1979, l'Organizzazione conta attualmente oltre 3.000 professionist3 del settore sanitario, delle scienze sociali e del diritto. I membri sono tutti impegnati in attività che riguardano la vita delle persone TGD da un punto di vista clinico, di ricerca, educativo e *advocacy*. La WPATH immagina un mondo in cui le persone di tutte le identità ed espressioni di genere abbiano accesso a cure mediche di comprovata efficacia, ai servizi sociali, alla giustizia e all'uguaglianza.

Una delle funzioni principali della WPATH è quella di promuovere i più alti standard di assistenza sanitaria per gli individui attraverso gli Standard di Cura (*SOC)* per la salute delle persone TGD. I *SOC-8* sono basati sulla ricerca scientifica aggiornata e sul consenso professionale dell3 professionist3. I *SOC* sono stati inizialmente sviluppati nel 1979 e l'ultima versione è stata pubblicata nel 2012.

La ricerca e l'esperienza in questo campo sono per lo più basate su una prospettiva nordamericana ed europea; pertanto, è necessario adattare i *SOC-8* ad altre parti del mondo. In questa versione dei *SOC* sono inclusi suggerimenti riguardo approcci di relativismo culturale e di competenza interculturale.

La WPATH riconosce che la salute non dipende solo da un'assistenza clinica di alta qualità, ma anche da un clima sociale e politico che garantisce la tolleranza sociale, l'uguaglianza e i pieni diritti di cittadinanza. La salute è promossa attraverso politiche pubbliche e riforme legislative che promuovono rispetto ed equità per tutte le differenze di genere, e che eliminano pregiudizi, discriminazioni e stigmatizzazioni.

La WPATH si impegna a sostenere questi cambiamenti politici e legislativi. Pertanto, il personale sanitario che fornisce assistenza alle persone TGD è chiamato a sostenere il miglioramento dell'accesso a cure sicure e autorizzate, sempre nel rispetto dell'autonomia delle persone.

Sebbene questo documento sia destinato principalmente al personale sanitario, i *SOC-8* possono essere utili ai singoli individui, alle loro famiglie e alle istituzioni sociali per comprendere come aiutare a promuovere una salute ottimale per i membri di questa popolazione eterogenea.

I *SOC-8* sono composti da 18 capitoli contenenti raccomandazioni per il personale sanitario che lavora con le persone TGD.

Ogni Raccomandazione è seguita da un testo con i relativi riferimenti bibliografici. Le raccomandazioni per l'avvio di trattamenti medici e/o chirurgici per l'affermazione del genere (TMCAG) per adult3 e adolescenti sono contenute nei rispettivi capitoli (v. cap. 5 e 6). Una sintesi delle raccomandazioni e dei criteri per i TMCAG si trova nell'Appendice D.

Popolazioni incluse nei SOC-8

In questo documento utilizziamo l'espressione *transgender e gender diverse* (TGD) per descrivere, nel modo più ampio e completo possibile, i membri delle numerose e variegate comunità esistenti in tutto il mondo, di persone con identità o espressioni di genere che differiscono dal genere e/o dal sesso assegnato loro alla nascita. Questo include persone che hanno identità o espressioni di genere con specificità culturali o linguistiche, che potrebbero essere basate, o incluse, nella concettualizzazione occidentale di genere o nel linguaggio usato per descriverlo. I *SOC-8* della WPATH ampliano la definizione, e quindi i soggetti che rientrano sotto il termine ombrello TGD, così come i contesti in cui queste linee guida dovrebbero essere applicate per promuovere l'equità e i diritti umani.

A livello globale, il termine "TGD" include persone con un'ampia gamma di identità ed espressioni di genere, con diverse esigenze per l'affermazione del loro genere lungo tutto l'arco della vita, in relazione agli obiettivi e alle caratteristiche individuali, alle risorse sanitarie disponibili e ai contesti socioculturali e politici. L'assenza di standard di cura può comportare per certi gruppi l'uso di molteplici approcci terapeutici, inclusi quelli considerati controproducenti o dannosi. I *SOC-8* includono Raccomandazioni per promuovere la salute e il benessere di gruppi che sono stati spesso trascurati e/o emarginati, tra cui le persone non binarie, eunuche e *intersex*.

I *SOC-8* delineano la cura appropriata dell3 giovani TGD, che include, quando indicato, l'uso del blocco della pubertà e l'uso di ormoni per l'affermazione del genere.

In tutto il mondo, le persone TGD sperimentano non raramente transfobia, stigmatizzazione, ignoranza e rifiuto di cure quando fanno richiesta ai Servizi sanitari, il che contribuisce a notevoli disparità di salute. Le persone TGD spesso riferiscono di dover insegnare ai loro medici come prendersi cura di loro, a causa della formazione insufficiente e le scarse conoscenze di questi ultimi. Le forme intersezionali di discriminazione, emarginazione sociale e crimini d'odio contro le persone TGD portano loro a vivere il *minority stress*. Il *minority stress* è associato a un divario nella salute mentale rispetto alla popolazione *cisgender*, come dimostrato dall'aumento dei tassi di depressione, suicidio e autolesionismo. L3 professionist3 di ogni disciplina dovrebbero considerare le marcate vulnerabilità di molte persone TGD. La WPATH sollecita le Autorità sanitarie, i politici e le Associazioni mediche a scoraggiare e combattere la transfobia tra il personale sanitario e a garantire che venga fatto il possibile per indirizzare le persone TGD verso personale sanitario con l'esperienza e le capacità necessarie per fornire assistenza per l'affermazione di genere.

La flessibilità dei SOC

Le Linee guida dei *SOC-8* intendono essere flessibili per soddisfare le diverse esigenze di assistenza sanitaria delle persone TGD a livello globale. Pur essendo adattabili, offrono standard per promuovere un'assistenza sanitaria ottimale e per guidare il trattamento delle persone che vivono un'incongruenza di genere. Come in

tutte le precedenti versioni dei *SOC*, i criteri esposti in questo documento per gli interventi di affermazione di genere sono linee guida cliniche; il personale sanitario può modificarli dopo aver consultato la persona TGD. Gli scostamenti clinici dai *SOC* possono essere dovuti a unicità anatomiche, sociali o psicologiche della persona assistita all'evoluzione del metodo da parte di personale sanitario esperto, ad una mancanza di risorse in varie parti del mondo, alla necessità di strategie specifiche per la riduzione del danno. Queste divergenze devono essere riconosciute come tali, spiegate allə paziente e documentate ai fini di un'assistenza di qualità e della tutela legale. Questa documentazione è preziosa anche per l'acquisizione di nuovi dati, i quali possono essere esaminati retrospettivamente per consentire l'evoluzione dell'assistenza sanitaria e dei *SOC*.

I *SOC-8* sostengono il ruolo del processo decisionale informato e il valore degli approcci di riduzione del danno. Inoltre, questa versione dei SOC riconosce e convalida le varie espressioni di genere che possono non richiedere trattamenti psicologici, ormonali o chirurgici. Il personale sanitario può utilizzare i *SOC* per aiutare le persone assistite a considerare l'intera gamma di servizi sanitari a loro disposizione, in base alle loro esigenze cliniche.

Diversità versus diagnosi

L'espressione delle caratteristiche di genere, comprese le identità che non sono tipicamente associate al sesso e al genere assegnato alla nascita, sono un fenomeno umano comune e culturalmente variegato, e non dovrebbero essere viste come intrinsecamente negative o patologiche. Purtroppo, la non conformità di genere e la non cis-eteronormatività nell'identità e/o nell'espressione di genere sono stigmatizzate in molte società del mondo. Tale stigmatizzazione può portare a pregiudizi e discriminazioni, con conseguente *minority stress* (stress di minoranza). Il *minority stress* è unico (aggiunto ai fattori di stress generali sperimentati da tutte le persone), basato sulla società, e cronico; esso può rendere gli individui TGD più vulnerabili allo sviluppo di problemi di salute mentale come ansia e depressione. Oltre al pregiudizio e alla discriminazione sociale, lo stigma può contribuire a difficoltà e alla trascuratezza nelle relazioni interpersonali, che a loro volta possono portare a un disagio psicologico. Tuttavia, questi sintomi sono socialmente indotti e non sono intrinseci all'essere TGD. Nonostante la disforia di genere (DG) sia ancora considerata una questione di salute mentale nella quinta edizione del *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM-5-TR*) dell'Associazione americana di psichiatria, l'incongruenza di genere non è più considerata una patologia o un problema di salute psicologica da parte della comunità sanitaria mondiale. Infatti, nell'undicesima edizione della *Classificazione Internazionale delle Malattie e dei Problemi Correlati* (*ICD-11*), stilata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), l'incongruenza di Genere è stata riconosciuta come una condizione correlata della salute e non all'ambito della patologia. A causa dello stigma storico e attuale, le persone con incongruenza di genere possono sperimentare un disagio, o una disforia di genere, che può in molti casi essere gestita grazie a varie alternative terapeutiche per l'affermazione di genere. Sebbene la terminologia sia soggetta a cambiamenti, nuovi vocaboli e diverse classificazioni possano essere adottate da diverse organizzazioni sanitarie o enti amministrativi, la potenziale necessità medica di trattamenti e cure è chiaramente riconosciuta per le molte persone che

sperimentano una incongruenza tra il sesso e/o il genere assegnato alla nascita e la loro identità di genere.

Non tutte le società, Paesi o sistemi sanitari richiedono una diagnosi per accedere al trattamento. Tuttavia, in alcuni Paesi[3] queste diagnosi possono facilitare l'accesso all'assistenza sanitaria necessaria dal punto di vista medico e possono portare a ulteriori ricerche su trattamenti efficaci.

Servizi sanitari

L'obiettivo dell'assistenza all'affermazione di genere è quello di collaborare con le persone TGD per affrontare in modo olistico i loro bisogni di salute, sociali, mentali, medici, il loro benessere e al contempo affermare con rispetto la loro identità di genere. L'assistenza per l'affermazione del genere supporta le persone TGD lungo tutto l'arco della vita — dai primi segni di incongruenza di genere nell'infanzia fino all'età adulta e nell'età avanzata. L'assistenza si estende anche a persone che vivono preoccupazioni o incertezze sulla loro identità di genere, sia prima che durante la transizione.

L'assistenza sanitaria per le persone *transgender* è più grande della somma delle sue parti. Essa comporta un'assistenza olistica inter e multidisciplinare tra endocrinologia, chirurgia, voce e comunicazione, cure primarie, salute riproduttiva, salute sessuale e salute mentale per sostenere interventi di affermazione di genere, nonché cure preventive e gestione delle malattie croniche. Gli interventi di affermazione di genere comprendono il blocco della pubertà, la terapia ormonale e gli interventi chirurgici di affermazione del genere. Va sottolineato che non esiste un approccio "unico" per tutte le persone TGD, e che esse possono avere bisogno di sottoporsi a tutti, alcuni o nessuno di questi interventi per la loro affermazione di genere. Queste linee guida incoraggiano l'uso di un modello di assistenza incentrato sullə paziente per l'avvio, lì dove richiesto, di interventi per l'affermazione di genere, e, inoltre, aggiornano molti dei precedenti requisiti in modo da ridurre le barriere di accesso alle cure.

Idealmente dovrebbe avvenire un coordinamento professionist3, così da ottimizzare i risultati e la tempistica degli interventi di affermazione di genere in base ai bisogni e ai desideri dell'assistitə e per ridurre eventuali danni al minimo. In contesti con buone risorse, la consultazione multidisciplinare e il coordinamento delle cure sono spesso di *routine*, ma in molte regioni del mondo mancano strutture dedicate all'assistenza delle persone *transgender*. In queste regioni, se possibile, si raccomanda al personale sanitario di creare una rete per facilitare l'assistenza sanitaria, non disponibile a livello locale, per le persone *transgender*.

In tutto il mondo, le persone *transgender* sono talvolta costrette da familiari o da comunità religiose o realtà istituzionali a sottoporsi a una terapia di conversione. La WPATH raccomanda vivamente di non ricorrere a terapie "riparative" o di conversione (v. Dichiarazioni 6.5 e 18.10).

[33] N.d.T. In conformità con la legge 164/82 in vigore in Italia, l'accesso alle procedure chirurgiche richiede una sentenza favorevole emessa da unə giudice. Benché la normativa non specifichi esplicitamente l'obbligo di una relazione psicologica o di una diagnosi per ottenere un giudizio positivo, si è consolidata una prassi che porta l3 giudic3 a richiedere una valutazione psicologica e di ordinare una consulenza tecnica d'ufficio (CTU) per i soggetti privi di una relazione ritenuta sufficiente, e a volte anche quando è stilata da professionist3 privat3. Si raccomanda all3 professionist3, nel caso in cui la persona TGD sia favorevole, di evidenziare questa discrepanza nelle relazioni prodotte, considerando il contesto delle nuove linee guida internazionali, quali l'ICD 11 e gli *Standard of Care*, al fine di garantire una maggiore coerenza e allineamento tra le pratiche cliniche e legali.

Ambienti sanitari

I *SOC-8* offrono linee guida radicate nei diritti fondamentali delle persone TGD, esse sono applicabili in tutti gli ambienti in cui viene fornita assistenza sanitaria, indipendentemente dalle circostanze sociali o mediche in cui si trova l'individuo. Questo include una raccomandazione per l'applicazione degli Standard di Cura per le persone TGD detenute o che vivono in altri contesti istituzionali.

A causa della mancanza di operatoɜ sanitaɜ competenti, dei lunghi tempi di attesa per l'accesso delle cure, di barriere economiche e/o di precedenti esperienze di stigmatizzazione durante l'assistenza sanitaria, molte persone TGD assumono una terapia ormonale non prescritta da medici. Questo comporta rischi per la salute associati all'uso di una terapia non monitorata e, potenzialmente, con posologie eccessive, oltre alla potenziale esposizione a malattie trasmissibili per via ematica nel caso di aghi condivisi. Tuttavia, per molti individui è l'unico modo per ottenere un trattamento di affermazione di genere, che sarebbe altrimenti inaccessibile. L'utilizzo di ormoni senza prescrizione medica dovrebbe essere affrontato da un punto di vista della riduzione del danno, così da garantire che le persone siano messe in contatto con personale sanitario in grado di prescrivere una terapia ormonale sicura e monitorata.

In alcuni Paesi, i diritti delle persone TGD sono sempre più riconosciuti e sono state istituite cliniche specializzate che possono servire da modello per l'assistenza. In altri Paesi, invece, tali strutture sono carenti e l'assistenza può essere più frammentata e con risorse insufficienti. Tuttavia, si stanno sperimentando diversi modelli di assistenza, che comprendono tentativi per decentralizzare l'assistenza all'interno dei contesti di assistenza primaria e l'istituzione di servizi di telemedicina per ridurre le barriere e migliorare l'accesso. Indipendentemente dal metodo di erogazione, i principi dell'assistenza delineati nei *SOC-8* devono essere adattati ai contesti socioculturali, politici e medici locali.

Metodologia

Questa versione degli Standard di Cura (*SOC-8*), rispetto alle versioni precedenti, si basa su un approccio più rigoroso e con una metodologia *evidence-based*. Queste evidenze non si basano solo sulla letteratura pubblicata (sia *direct* che *background evidence*), ma anche sull'opinione di esperti basata sul consenso scientifico.

Le linee guida *evidence-based* comprendono raccomandazioni volte a ottimizzare l'assistenza affinché l'assistitə sia consapevole delle informazioni provenienti dalla revisione della letteratura scientifica, delle valutazioni dei costi e dei benefici della sua scelta, dei valori e degli orientamenti del personale sanitario e dellɜ pazienti, e, infine, dall'utilizzo delle risorse e dalla fattibilità.

Sebbene la ricerca *evidence-based* fornisca le fondamenta per linee guida e raccomandazioni valide, essa deve bilanciarsi tra la realtà e la fattibilità di fornire assistenza in contesti diversi. Il processo di sviluppo dei *SOC-8* ha incorporato le raccomandazioni sullo sviluppo di linee guida di pratica clinica stabilite dalle Accademie Nazionali di Medicina e dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, che pongono attenzione a trasparenza, politiche di conflitto di interessi, composizione del comitato e processi di gruppo. Il comitato per le linee guida *SOC-8* era multidisciplinare e composto da esperɜ in materia, personale sanitario, ricercatoɜ e stakeholder con diverse prospettive e rappresentazione geografica.

Un metodologo delle linee guida ha dato supporto nella pianificazione e nello sviluppo dei quesiti e delle revisioni sistematiche. Ulteriori contributi sono stati forniti da un comitato consultivo internazionale durante il periodo di consultazione pubblica. Tutti i membri del comitato hanno sottoscritto una dichiarazione di assenza di conflitto di interessi. Le raccomandazioni dei *SOC-8* si basano sulle evidenze disponibili a sostegno degli interventi, su una ponderazione dei rischi e dei danni, nonché sulla praticabilità e sull'accettabilità in contesti e paesi diversi. Il consenso finale sulle raccomandazioni finali è stato raggiunto utilizzando il metodo Delphi, che ha coinvolto tutti i membri del comitato delle linee guida e ha richiesto che le raccomandazioni fossero approvate da almeno il 75% dei membri. Una panoramica dettagliata della metodologia dei *SOC-8* è riportata nell'Appendice A.

Riassunto dei capitoli dei SOC-8

I *SOC-8* rappresentano un significativo progresso rispetto alle versioni precedenti. I cambiamenti di questa versione si basano su una metodologia fondamentalmente diversa, su significativi cambiamenti culturali, sui progressi delle conoscenze cliniche e sulla consapevolezza dei numerosi problemi di assistenza sanitaria che possono sorgere per le persone TGD al di là della terapia ormonale e della chirurgia.

Queste linee guida aggiornate proseguono il processo iniziato con i *SOC-7* nel 2011 per ampliare il campo di applicazione e spostarsi da un focus sui requisiti psicologici per "diagnosticare il transgenderismo" e sui trattamenti medici per alleviare la disforia di genere, a un'assistenza per affermare il genere delle persone TGD. I *SOC-8* della WPATH ampliano le linee guida specificando chi è incluso nell'ombrello TGD, cosa dovrebbe e cosa non dovrebbe essere offerto con le cure di affermazione di genere e i contesti in cui queste linee guida dovrebbero essere applicate per promuovere l'equità e i diritti umani.

I *SOC-8* presentano diversi nuovi capitoli, come l'*assessment* delle persone adulte, la formazione, gli individui eunuchi e un capitolo dedicato alle persone non binarie. Inoltre, il capitolo dei SOC-7 dedicato all3 bambin3 e all3 adolescenti è stato diviso in due capitoli differenti. Nel complesso, i *SOC-8* sono notevolmente più lunghi delle versioni precedenti e forniscono un'introduzione più approfondita e raccomandazioni per il personale sanitario. Di seguito è riportata una sintesi di tutti i capitoli dei *SOC-8*:

Capitolo 1 – Terminologia

Questo nuovo capitolo definisce il quadro di riferimento per il linguaggio utilizzato nei *SOC-8* e offre raccomandazioni sulla terminologia. Il capitolo fornisce (1) termini e definizioni e (2) buone pratiche per il loro utilizzo. Il documento è corredato da un glossario (cfr. Appendice B) di termini comuni e sul linguaggio per fornire un quadro di riferimento per l'uso e l'interpretazione dei *SOC-8*.

Capitolo 2 - Applicabilità globale

Questo capitolo fa riferimento alla letteratura chiave relativa allo sviluppo e all'erogazione di servizi sanitari, all'assistenza per le persone TGD al di fuori dell'Europa occidentale e del Nord America e fornisce raccomandazioni per adattare e tradurre i *SOC-8* a contesti diversi.

Capitolo 3 - Stime sulla popolazione

Questo capitolo aggiorna le stime sulla popolazione delle persone TGD nella società. Sulla base delle evidenze attuali, questa percentuale può variare di una frazione di punto percentuale a diversi

punti percentuali, a seconda dei criteri di inclusione utilizzati, del gruppo di età e della posizione geografica.

Capitolo 4 - Formazione
Questo nuovo capitolo fornisce una revisione generale della letteratura relativa alla formazione sull'assistenza sanitaria alle persone TGD. Offre raccomandazioni a livello governativo, non governativo, istituzionale e medico per implementare l'accesso a un'assistenza sanitaria sensibile e rispettosa. L'intento è quello di gettare le basi nell'area della formazione e di stimolare una discussione molto più ampia e approfondita tra educatr3 e personale sanitario.

Capitolo 5 - Assessment dell3 adult3
Questo nuovo capitolo fornisce indicazioni sull'*assessment* sulle persone TGD adulte che richiedono trattamenti medici e/o chirurgici per l'affermazione di genere (GAMST; in inglese *gender-affirming medical and/or surgical treatments*). Descrive e aggiorna il processo di *assessment* come parte di un approccio centrato sulle persone assistite e i criteri che il personale sanitario può seguire per raccomandare i GAMST a persone TGD adulte.

Capitolo 6 - Adolescenti
Questo nuovo capitolo è dedicato a persone TGD adolescenti, è distinto dal capitolo sull3 bambin3 ed è stato creato per questa ottava edizione degli Standard di Cura in considerazione (1) della crescita esponenziale dei tassi dell3 adolescenti inviat3 ai centri specializzati; (2) dell'aumento della disponibilità di studi scientifici sull'assistenza sanitaria relativa alla varianza di genere nell3 adolescenti; e (3) dei problemi di sviluppo e di affermazione di genere unici di questo gruppo di età. Questo capitolo fornisce sia raccomandazioni sul processo di *assessment* dell3 adolescenti che necessitano dei GAMST che raccomandazioni per il lavoro con l3 giovani TGD e le loro famiglie.

Capitolo 7- Bambin3
Questo nuovo capitolo riguarda l3 bambin3 *gender diverse* in età prepuberale e si concentra sulle pratiche psicosociali e sugli approcci terapeutici appropriati allo sviluppo.

Capitolo 8 – Persone non-binary
Questo nuovo capitolo dei *SOC-8* consiste in un'ampia descrizione del termine non binario oppure *non-binary* e del suo utilizzo da una prospettiva biopsicosociale, culturale e intersezionale. Inoltre, vengono discussi la necessità di poter accedere a cure per l'affermazione di genere, interventi medici specifici e a un supporto adeguato.

Capitolo 9 – Persone eunuche
Questo nuovo capitolo descrive le esigenze specifiche degli individui eunuchi e come i *SOC* possano essere applicati a questa popolazione.

Capitolo 10 – Persone intersex
Questo capitolo si concentra sulla cura clinica delle persone *intersex*. Discute la terminologia in evoluzione, la prevalenza e le diverse presentazioni di questi individui, e fornisce raccomandazioni per fornire assistenza psico-sociale e medica con le relative spiegazioni *evidence-based*.

Capitolo 11 - Ambienti istituzionali
Questo capitolo è stato ampliato per includere sia i contesti penitenziari che non penitenziari, ed è stato costruito sulla base delle ultime tre versioni dei *SOC*. Questo capitolo descrive come i *SOC-8* possano essere applicati alle persone che vivono in questi contesti.

Capitolo 12 - Terapia ormonale

Questo capitolo descrive l'avvio della terapia ormonale per l'affermazione di genere, i piani di trattamento raccomandati, lo *screening* per eventuali problemi di salute prima e durante la terapia ormonale e considerazioni specifiche sulla terapia ormonale prima degli interventi chirurgici. Include anche una discussione approfondita sulla sicurezza degli agonisti dell'ormone di rilascio delle gonadotropine (GnRHa) nell3 giovani, sui vari trattamenti ormonali, sul monitoraggio per includere lo sviluppo di potenziali problemi di salute legati alla terapia ormonale (TPO) e una guida su come, chi prescrive gli ormoni, dovrebbe eventualmente collaborare con l3 chirurg3.

Capitolo 13- Interventi chirurgici e cure post-operatorie

Questo capitolo descrive una serie di procedure chirurgiche per l'affermazione del genere per la comunità eterogenea e diversificata di individui che si identificano come TGD. Fornisce una discussione sulla formazione chirurgica ottimale nelle procedure per l'affermazione di genere, sulla cura e sul *follow-up* post-chirurgico, sull'accesso alla chirurgia da parte di adult3 e adolescenti e sugli interventi personalizzati.

Capitolo 14 - Voce e comunicazione

Questo capitolo descrive il supporto e gli interventi professionali per la voce e la comunicazione, che sono inclusivi e attenti a tutti gli aspetti della diversità e non più limitati solo alla femminilizzazione e mascolinizzazione della voce. Le raccomandazioni ora sono formulate nei termini di affermare i ruoli e le responsabilità dell3 professionist3 coinvolt3 nel supporto alla voce e alla comunicazione.

Capitolo 15 - Cure primarie

Questo capitolo discute l'importanza delle cure primarie per le persone TGD, compresi i temi della salute cardiovascolare e metabolica, dello *screening* dei tumori e dei sistemi di cure primarie.

Capitolo 16-Salute riproduttiva

Questo capitolo fornisce dati recenti sulle prospettive di fertilità e sugli obiettivi di genitorialità nell3 giovani e nell3 adult3 *gender diverse*, sui progressi nei metodi di preservazione della fertilità (compresa la crioconservazione dei gameti e del tessuto germinale), sulle indicazioni relative al periodo che precede il concepimento e alla cura della gravidanza, sulla consulenza preconcezionale e sull'allattamento naturale. Vengono inoltre esaminati i metodi contraccettivi e le alternative per gli individui TGD.

Capitolo 17 - Salute sessuale

Questo nuovo capitolo riconosce il profondo impatto della salute sessuale sul benessere fisico e psicologico delle persone TGD. Il capitolo sostiene che la funzione sessuale, il piacere e la soddisfazione sessuale devono essere inclusi nelle cure per le persone TGD.

Capitolo 18 - Salute mentale

In questo capitolo si discutono i principi di assistenza per la gestione della salute mentale nell3 adult3 TGD e il nesso tra l'assistenza alla salute mentale e l'assistenza all'affermazione di genere. La psicoterapia può essere utile ma non dovrebbe essere un requisito per il trattamento di affermazione di genere e non deve essere offerto un trattamento di conversione.

CAPITOLO 1. Terminologia

Questo capitolo definisce il quadro di riferimento per la terminologia utilizzata nei *SOC-8*. Esso offre raccomandazioni per l'uso della terminologia. Fornisce (1) termini e definizioni e (2) buone pratiche per il loro utilizzo. Il documento è corredato da un glossario dei termini più comuni e del linguaggio per fornire un quadro di riferimento per l'uso e l'interpretazione dei *SOC-8*. Per il glossario si veda l'Appendice B.

Terminologia

In questo documento, usiamo l'espressione "*transgender e gender diverse*" (TGD) per essere i più inclusivi ed esaustivi possibile nel descrivere i membri delle numerose e variegate comunità a livello globale di persone con identità, o espressioni di genere, che differiscono dal genere e dal sesso assegnato loro alla nascita. Questo include persone che hanno esperienze, identità o espressioni specifiche da un punto di vista culturale e/o linguistico, e/o che non sono basate o incluse nelle concettualizzazioni occidentali del genere, o nel linguaggio usato per descriverlo. "TGD" è usato per comodità come abbreviazione di "*transgender e gender diverse*".

La decisione di utilizzare *transgender e gender diverse* è stata frutto di un processo attivo e non privo di controversie. Le discussioni si sono incentrate sull'evitare un'enfasi eccessiva sul termine "*transgender*", sull'integrazione delle identità e delle esperienze di genere non binario, sul riconoscimento delle variazioni globali nella concezione del genere, sull'evitare il termine "*gender non-conforming*" ("di genere non conforme") e sul riconoscimento della natura mutevole del linguaggio, poiché ciò che è attuale ora potrebbe non esserlo più nei prossimi anni. Pertanto, i termini "*transgender*" e "*gender diverse* "sono stati scelti con l'intento di essere i più inclusivi possibile e per evidenziare le numerose identità di genere, le espressioni, le esperienze e i bisogni di assistenza sanitaria delle persone TGD. È stato utilizzato il *metodo Delphi* per interpellare in modo anonimo e iterativo l3 autor3 dei capitoli dei *SOC-8* per ottenere consenso sui termini. I *SOC-8* presentano Standard di Cura che cercano di essere applicabili alle persone TGD in tutto il mondo, indipendentemente dal modo in cui una persona si identifica o esprime il proprio genere.

Contesto

Il linguaggio selezionato in questo capitolo non può essere (né potrà mai essere) esaustivo per ogni cultura e regione geografica/località. Le differenze e i dibattiti sui termini appropriati e sulle terminologie specifiche sono comuni e nessun termine può essere usato senza controversie. L'obiettivo di questo capitolo è quello di essere il più inclusivo possibile e di offrire un vocabolario condiviso che sia rispettoso e riflessivo delle diverse esperienze delle persone TGD, pur rimanendo accessibile al personale sanitario e al pubblico. Fondamentalmente, l'accesso all'assistenza sanitaria legata all'affermazione di genere dovrebbe basarsi sull'offerta di informazioni adeguate e al raggiungimento del consenso informato da parte dell'individuo, e non su quali parole le persone TGD, o chi fornisce loro i servizi, usano per descrivere le proprie identità.

Raccomandazioni

1.1. Raccomandiamo all3 operator3 sanitar3 di utilizzare un linguaggio culturalmente rilevante (compresi termini per descrivere le persone *transgender e gender diverse*) quando applicano gli Standard di Cura in contesti globali diversi.

1.2. Raccomandiamo all3 operator3 sanitar3 di utilizzare un linguaggio che vada incontro ai principi di sicurezza, dignità e rispetto.

1.3. Raccomandiamo all3 operator3 sanitar3 di discutere con le persone *transgender e gender diverse* il linguaggio o la terminologia che preferiscono

L'utilizzo di un linguaggio e di terminologie che sono rispettose, e culturalmente adeguate, è fondamentale per fornire cure di affermazione di genere, così come la riduzione dello stigma e dei danni subiti da molte persone TGD in cerca di assistenza sanitaria. È fondamentale che il personale sanitario discuta con l3 utenti del servizio quale sia il linguaggio più confortevole per loro, e che questo venga utilizzato quando possibile.

Questo capitolo spiega perché vengono utilizzati i termini attuali piuttosto che altri.

Invece che utilizzare termini specifici per gruppi medici, legali e di *advocacy*, l'obiettivo è quello di promuovere un linguaggio e una comprensione condivisa nel campo della salute delle persone *transgender* e dei diversi campi correlati (es. epidemiologia, legge), al fine di ottimizzare la salute delle persone *transgender e gender diverse*.

Sesso, genere, identità di genere ed espressione di genere sono utilizzati nella lingua inglese (così come quella italiana N.d.R.) come descrittori che possono essere applicati a tutte le persone – quelle che sono TGD e quelle che non lo sono. Ci sono ragioni complesse per cui un linguaggio molto specifico può essere *il più* rispettoso, *il più* inclusivo o *il più* accettato dalle comunità TGD globali, tra cui la presenza o l'assenza di parole per descrivere questi concetti in lingue diverse dall'inglese; la relazione strutturale tra sesso e genere; il panorama legale a livello locale, nazionale e internazionale; e le conseguenze dello stigma storico e attuale che le persone TGD devono affrontare.

Poiché attualmente il campo della salute delle persone TGD è fortemente dominato dalla lingua inglese, ci sono due problemi che sorgono costantemente nel definire la terminologia. Il primo problema è che in inglese esistono parole che non esistono in altre lingue (ad esempio, "sesso" e "genere" sono rappresentati da una sola parola nella lingua Urdu, così come in molte altre lingue). Il secondo problema è che ci sono parole che esistono al di fuori dell'inglese e che non hanno una traduzione diretta in inglese (es. *"travesti", "fa'afafine", "hijra", "selrata", "muxe"," kathoey", "transpinoy", "waria", "machi"*). Ciò significa che la forte influenza dell'inglese in questo campo ha un impatto sia su quali sono i termini utilizzati che su quali sono le persone o identità maggiormente rappresentate o convalidate da tali termini. Le parole usate danno anche forma alle narrazioni che contribuiscono alle credenze e alle percezioni. Nelle versioni precedenti degli Standard di Cura, la WPATH ha usato solo "*transgender*" come termine ombrello, mentre la versione 8 amplia il linguaggio e utilizza "TGD" come termine ombrello in tutto il documento (si veda il capitolo 2).

Inoltre, la natura del linguaggio, il quale è in continua evoluzione, è influenzata da fattori esterni, dalle pressioni sociali, strutturali e personali e dalle violenze esercitate sulle persone TGD e sui loro corpi. Molti termini e frasi usati in passato sono stati snaturati a causa del modo in cui sono stati utilizzati per parlare delle persone TGD, e quindi sono caduti in disuso o sono fortemente controversi tra le persone TGD — infatti, alcuni individui preferiscono termini che altri trovano offensivi. Alcuni vorrebbero che questi Standard di Cura fornissero un insieme coerente di termini universalmente accettati per descrivere le persone TGD, le identità e i servizi sanitari correlati. Tale elenco, tuttavia, non esiste e non può esistere senza escludere alcune persone e senza rafforzare le oppressioni strutturali, in termini di razza, origine nazionale, *status* indigeno, *status* socioeconomico, religione, lingua/e parlata/e ed etnia, così come molte altre intersezioni. È molto probabile che almeno una parte della terminologia utilizzata nei *SOC-8* sarà obsoleta al momento dello sviluppo della versione 9. Alcuni si sentiranno frustrati da questa realtà, ma si spera che venga vista invece come un'opportunità per gli individui e le comunità di sviluppare e perfezionare il proprio lessico e per le persone di sviluppare una comprensione ancora più approfondita delle vite e dei bisogni delle persone TGD, compresa la resilienza e la resistenza di quest'ultime all'oppressione.

Infine, il diritto e il lavoro dell3 professionist3 del settore legale rientrano nell'ambito di applicazione di questi Standard di Cura. Per questo motivo, il linguaggio più diffuso nel diritto internazionale è qui incluso per aiutare lo sviluppo di definizioni funzionali di questi termini e incoraggiarne l'uso in contesti legali al posto di termini più antiquati e/o offensivi. Il documento attualmente più approfondito in materia di diritti umani internazionali utilizza il termine "*gender diverse*[4]".

Tutte le affermazioni contenute in questo capitolo sono state proposte sulla base di un'approfondita revisione delle evidenze scientifiche, di un *assessment* dei benefici e dei danni, dei valori e delle preferenze dell3 operator3 sanitar3 e dell3 pazienti, nonché dell'utilizzo delle risorse e della loro applicabilità. In alcuni casi, riconosciamo che le evidenze sono limitate e/o che i servizi potrebbero non essere accessibili o desiderabili.

Dichiarazione 1.1.

Raccomandiamo all3 operator3 sanitar3 di utilizzare un linguaggio culturalmente rilevante (compresi termini per descrivere le persone *transgender e gender diverse*) quando applicano gli Standard di Cura in contesti globali diversi.

Il linguaggio culturalmente rilevante viene utilizzato per descrivere le persone *transgender e gender diverse* in diversi contesti globali. Ad esempio, i concetti di "sesso", "genere" e "differenze di genere" sono diversi nei vari contesti, così come il linguaggio utilizzato per descriverli. Pertanto, il linguaggio utilizzato per la cura delle persone TGD in Tailandia non sarà lo stesso di quello utilizzato per l'assistenza delle persone TGD in Nigeria. Quando si applicano gli Standard di Cura a livello globale, si raccomanda al personale sanitario di utilizzare il linguaggio e i termini locali per fornire assistenza nella

[4] A/73/152, Rapporto dell'esperto indipendente sulla protezione contro la violenza e la discriminazione basata sull'orientamento sessuale e l'identità di genere.

loro specifica località culturale e/o geografica.

L'affermazione di genere si riferisce al processo di riconoscimento o affermazione delle persone TGD nella loro identità di genere, dal punto di vista sociale, medico, legale, comportamentale o una combinazione di questi aspetti (Reisner, Poteat *et al.*, 2016). Un'assistenza sanitaria che sia affermativa per il genere, o inclusiva per le persone *transgender*, utilizza un linguaggio culturalmente specifico nell'assistenza alle persone TGD. L'assistenza per l'affermazione del genere non è sinonimo di assistenza legata alla transizione. L'erogazione di cure legate alla transizione, come l'affermazione medica del genere tramite ormoni o interventi chirurgici, non garantisce da sola l'erogazione di cure per l'affermazione di genere, né indica la qualità o la sicurezza dell'assistenza sanitaria fornita.

La consultazione e le collaborazioni con le comunità TGD possono aiutare a garantire la pertinenza e l'inclusività del linguaggio utilizzato per fornire assistenza sanitaria a livello locale in un particolare contesto e ambiente.

Dichiarazione 1.2.

Raccomandiamo all3 operator3 sanitar3 di utilizzare un linguaggio che vada incontro ai principi di sicurezza, dignità e rispetto.

Sicurezza, dignità e rispetto sono diritti umani fondamentali (Commissione Internazionale dei Giuristi, 2007). Raccomandiamo al personale sanitario di utilizzare un linguaggio e una terminologia che sostengano questi diritti umani quando forniscono assistenza alle persone TGD. Molte persone TGD hanno subito stigmatizzazioni, discriminazioni e trattamenti errati nei contesti sanitari, con il risultato di cure non ottimali e risultati di salute scadenti (Reisner *et al.*, 2016; Safer *et al.*, 2016; Winter *et al.*, 2016). Tali esperienze includono il *misgendering*[5], il rifiuto di cure o di servizi quando si è malati o feriti e la necessità di istruire il personale sanitario per poter ricevere cure adeguate (James *et al.*, 2016). Pertanto, molte persone TGD non si sentono sicure quando accedono all'assistenza sanitaria. Possono evitare i sistemi sanitari e cercare altri mezzi per soddisfare i bisogni legati alla salute, come l'assunzione di ormoni senza prescrizione o monitoraggio medico, e l'affidamento a pari per ottenere consigli medici. Inoltre, precedenti esperienze negative nei contesti sanitari sono associate a un futuro evitamento delle cure tra le persone TGD.

Molte persone TGD sono state trattate ingiustamente, con pregiudizio e senza dignità o rispetto dall3 operator3 sanitar3, e la mancanza di fiducia è spesso un ostacolo al trattamento. L'uso di un linguaggio fondato sui principi di sicurezza, dignità e rispetto nelle strutture sanitarie è fondamentale per garantire la salute, il benessere e i diritti delle persone TGD a livello globale. Il linguaggio è una componente importante dell'assistenza, ma il linguaggio da solo non risolve o attenua l'abuso sistematico, e talvolta, la violenza che le persone TGD subiscono a livello globale nei contesti di cura. Il linguaggio è solo un primo passo verso un'assistenza sanitaria equa e centrata sull'assistitə/utente. Altre azioni concrete che il personale sanitario può intraprendere sono la raccolta del consenso informato e l'astenersi dal formulare ipotesi sui bisogni di una persona in base al suo genere o alla sua condizione di persona TGD.

Dichiarazione 1.3.

[5] N.d.T.: utilizzo di pronomi sbagliati per una persona TGD; v. Dichiarazione 2.3.

Raccomandiamo all3 operator3 sanitar3 di discutere con le persone *transgender e gender diverse* il linguaggio o la terminologia che preferiscono.

Nel fornire assistenza sanitaria alle persone TGD, raccomandiamo al personale sanitario di discutere con l3 loro pazienti quale linguaggio o terminologia preferiscono sia usata quando ci si riferisce a loro. Questo comprende il nome e i pronomi da utilizzare, quale termine utilizzano per definire il loro genere, e il linguaggio che dovrebbe essere utilizzato per descrivere le parti del loro corpo. L'utilizzo di un linguaggio o di una terminologia affermativa è una componente chiave dell'assistenza alle persone TGD (Lightfoot *et al.*, 2021; Vermeir *et al.*, 2018). Inoltre, queste discussioni possono servire a costruire un rapporto con la persona e a ridurre la diffidenza che molte persone TGD provano nei confronti dall3 operator3 sanitar3 e sperimentano all'interno dei sistemi sanitari. Le conversazioni e l'uso di un linguaggio o di una terminologia possono anche facilitare l'impegno e il mantenimento nelle cure che non sono specificamente legate alle persone TGD, come l'adesione agli *screening* preventivi di *routine* e qualsiasi *follow-up* medico necessario. Nelle cartelle cliniche elettroniche, si possono segnalare i dati relativi ai caratteri sessuali primari o secondari e all'anatomia della persona per erogare l'assistenza clinica appropriata, piuttosto che basarsi esclusivamente sul sesso assegnato alla nascita e/o sull'identità di genere.

Il personale sanitario e le strutture sanitarie possono implementare procedure standardizzate per facilitare queste conversazioni, come ad esempio: utilizzare moduli di accettazione che includano i pronomi e il nome scelti, invitare tutto il personale (sia TGD che *cisgender)* a usare i pronomi nelle presentazioni, far sì che i pronomi accompagnino i nomi su un documento per tutt3 l3 pazienti e non usare termini basati sul genere (ad es. "signora", "signore"). Politiche per l3 operator3 e le strutture sanitarie possono essere messe in atto per garantire il diritto alla *privacy* di una persona TGD, compreso il momento in cui rivela di essere una persona TGD e se/come documentarlo in modo appropriato. Per esempio, la politica di una clinica può essere quella di registrare queste informazioni come private e confidenziali tra l3 operator3 e l3 pazienti/utenti, che dovrebbero essere divulgate solo sulla base della "necessità di sapere".

CAPITOLO 2. Applicabilità globale

Le persone che sfidano i confini culturali del sesso e del genere sono esistite nelle culture di tutto il mondo fin dall'antichità, talvolta riconosciute in termini linguistici locali (Feinberg, 1996). In contrasto con la più recente patologizzazione della diversità di genere come malattia, alcune culture tradizionalmente celebravano e accoglievano queste diversità (Nanda, 2014; Peletz, 2009). Oggi, in inglese, il termine ombrello "*transgender and gender diverse*" (TGD) descrive un'enorme varietà di identità ed espressioni di genere, e di conseguenza una popolazione con esperienze e bisogni sanitari diversi tra loro. Le persone TGD rappresentano aspetti importanti della diversità umana che, secondo la WPATH, dovrebbero essere valorizzati e celebrati. Le persone TGD continuano a dare contributi vitali alle società in cui vivono, anche se spesso esse non vengono riconosciute.

È preoccupante il fatto che molte persone TGD oggigiorno sperimentano ancora stigma, pregiudizio, discriminazione, molestie, abusi e violenze, con conseguente emarginazione sociale, economica e legale, cattiva salute fisica e mentale e persino la morte – un processo che è stato definito come «*stigma-sickness slope*» (Winter, Diamond *et al.*, 2016). Esperienze come queste (e la previsione o la paura di incontrarle) portano a quello che Meyer ha denominato «*minority stress*» (Meyer, 2003; v. anche Bockting *et al.*, 2013, i quali scrivono specificamente di persone TGD) e che è associato a una scarsa salute fisica (ad es. Rich *et al.*, 2020) e psicologica (Bränström *et al.*, 2022; Scandurra *et al.*, 2017; Shipherd *et al.*, 2019, Tan *et al.*, 2021).

La violenza contro le persone TGD è un problema particolare; da una prospettiva globale, è diffusa, di natura diversa (emotiva, sessuale e fisica) (Mujugira *et al.*, 2021) e coinvolge una serie di responsabili (comprese le Istituzioni). Le statistiche sull'omicidio a sfondo transfobico, la forma di violenza più estrema nelle sue conseguenze, sono allarmanti. In tutto il mondo, tra il gennaio 2008 e il settembre 2021, sono stati documentati oltre 4.000 omicidi (di natura transfobica); una statistica ampiamente considerata viziata a causa della sotto segnalazione (TGEU, 2020).

Dalla pubblicazione della settima versione degli Standard di Cura (*SOC-7*), si sono verificati cambiamenti radicali nelle prospettive delle persone TGD e della loro assistenza sanitaria. La medicina globale non classifica più l'identità delle persone TGD come un problema di salute psicologica. Nella quinta versione del *Manuale diagnostico e statistico* (*DSM-5*)[6] dell'Associazione Psichiatrica Americana (APA, 2013), la diagnosi di *disforia di genere* si concentra sul disagio che accompagna l'essere una persona TGD, piuttosto che sull'identità di genere in sé. Nell'undicesima versione della *Classificazione Internazionale delle malattie e dei problemi correlati* (*ICD-11*), il manuale diagnostico dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (World Health Organization, 2019b), la diagnosi di *incongruenza di genere* è collocata in un nuovo capitolo sulla salute sessuale, il quale si concentra sull'identità della persona e sull'eventuale necessità di un trattamento di conferma del genere che potrebbe derivare da tale identità.

Questi sviluppi, che comportano una depatologizzazione (o più precisamente una de-psicopatologizzazione) delle identità

[6] Nel 2022 è stata pubblicata una revisione del testo (*DSM-5-TR*).

transgender, sono estremamente importanti per una serie di motivi. Nel campo dell'assistenza sanitaria, possono aver contribuito a sostenere un modello di assistenza che enfatizza la partecipazione attiva dell3 pazienti nel processo decisionale sulla propria assistenza sanitaria, con il supporto del personale sanitario primario (Baleige *et al.*, 2021). È ragionevole supporre che questi sviluppi possano anche promuovere politiche più inclusive dal punto di vista sociale, come una riforma legislativa sul riconoscimento del genere che faciliti un approccio basato sui diritti, senza imporre requisiti come la diagnosi, la terapia ormonale e/o la chirurgia. Le persone TGD che hanno cambiato le indicazioni di genere sui documenti chiave godono di una migliore salute mentale (Bauer *et al.*, 2015; Scheim *et al.*, 2020). Un approccio maggiormente fondato sui diritti potrebbe contribuire notevolmente alla salute e al benessere generale delle persone TGD (Arístegui *et al.*, 2017).

Raccomandazioni

2.1. Raccomandiamo che i sistemi sanitari forniscano alle persone *transgender e gender diverse* l'assistenza sanitaria necessaria dal punto di vista medico. 3.2. Raccomandiamo al personale sanitario e altri utenti degli Standard di Cura, versione 8 (*SOC-8*), di applicare le raccomandazioni in modo da soddisfare le esigenze delle comunità *transgender e gender diverse* locali, fornendo un'assistenza culturalmente sensibile che riconosca le realtà dei Paesi in cui operano.
2.3. Raccomandiamo al personale sanitario di comprendere l'impatto che gli atteggiamenti sociali, le leggi, le circostanze economiche e i sistemi sanitari hanno sulle esperienze dalle persone *transgender e gender diverse* in tutto il mondo.
2.4. Raccomandiamo che le traduzioni dei *SOC* si concentrino sull'equivalenza interculturale, concettuale e letterale per garantire l'allineamento con i principi fondamentali che sono alla base dei *SOC-8*.
2.5. Raccomandiamo al personale sanitario e ai politici di applicare sempre i principi fondamentali dei SOC-8 nel loro lavoro con le persone *transgender e gender diverse*, in modo da garantire il rispetto dei diritti umani e l'accesso a un'assistenza sanitaria adeguata e sensibile.

Principi generali

- Essere responsabili e inclusiv3: Lavorare per ridurre lo stigma e facilitare l'accesso a un'assistenza sanitaria adeguata, per tutt3 coloro che ne fanno richiesta;
- Rispettare la diversità: rispettare tutt3 l3 utenti e tutte le identità di genere. Non patologizzare le differenze di identità o espressione di genere;
- Rispettare i diritti umani universali, tra cui il diritto all'integrità fisica e mentale, all'autonomia e all'autodeterminazione; il diritto di non essere discriminati e il diritto di ottenere il più alto standard di salute raggiungibile.

Principi per lo sviluppo e l'implementazione di servizi appropriati e di un'assistenza sanitaria accessibile

- Coinvolgere le persone *transgender e gender diverse* nello sviluppo e nell'implementazione dei servizi;
- Essere consapevoli dei fattori sociali, culturali, economici e legali che possono avere un impatto sulla salute (e sui bisogni di assistenza sanitaria) delle persone *transgender e gender diverse*, nonché della volontà e della capacità della persona di accedere ai servizi;
- Fornire assistenza sanitaria (o rivolgersi a colleghe competenti) che affermi le identità e le espressioni di genere, compresa l'assistenza sanitaria che riduce il disagio associato alla disforia di genere (se presente);
- Rifiutare approcci che abbiano come obiettivo, o effetto, la conversione ed evitare di fornire qualsiasi supporto diretto o indiretto a tali approcci o servizi.

Principi per la fornitura di servizi adeguati

- Acquisire una conoscenza (se possibile, una formazione) delle esigenze di assistenza sanitaria delle persone *transgender e gender diverse*, compresi i benefici e i rischi delle cure di affermazione di genere;
- Adattare l'approccio terapeutico alle esigenze specifiche dell3 utenti, in particolare ai loro obiettivi in termini di identità ed espressione di genere;
- Concentrarsi sulla promozione della salute e del benessere piuttosto che sulla sola riduzione della disforia di genere, la quale può essere presente o meno;
- Utilizzare approcci per la riduzione del danno, ove appropriato;

- Offrire alle persone TGD la possibilità di ottenere le informazioni necessarie per realizzare una scelta ponderata e garantire la loro piena e continua partecipazione riguardante le decisioni sulla loro salute e sul loro benessere;
- Migliorare la loro esperienza con i Servizi sanitari, compresi quelli relativi ai sistemi amministrativi e alla continuità delle cure.

Principi per lavorare al miglioramento della salute attraverso approcci comunitari più ampi

- Mettere le persone in contatto con le comunità e le reti di supporto tra pari;

Sostenere e difendere l3 utenti all'interno delle loro famiglie e comunità (scuole, luoghi di lavoro e altri contesti), ove opportuno.

Le precedenti edizioni dei *SOC* hanno rivelato che gran parte dell'esperienza clinica e delle conoscenze registrate in questo settore derivano da fonti nordamericane e dell'Europa occidentale. Esse si sono concentrate sull'assistenza sanitaria nei Paesi ad alto reddito che godono di sistemi sanitari relativamente ben finanziati (compresi quelli con operator3 per la salute mentale, endocrinolog3, chirurg3 e altr3 specialist3), e ove i servizi sono spesso finanziati pubblicamente o, almeno per alcun3 pazienti, attraverso assicurazioni private.

In molti Paesi, l'assistenza sanitaria per le persone TGD è solo un'ambizione; questo campo possiede spesso risorse limitate o inesistenti, e servizi spesso non disponibili, inappropriati, di difficile accesso e/o non accessibili. Spesso il personale sanitario con esperienza specifica in queste aree non è numeroso o è completamente assente (primario o specializzato). I finanziamenti per l'assistenza sanitaria per l'affermazione di genere possono essere assenti e l3 pazienti spesso ne sostengono l'intero costo. Il personale sanitario spesso non ha competenze cliniche e/o culturali in questo settore; infatti, potrebbe esserci poca formazione per lavorare con quest3 pazienti (Martins *et al.*, 2020). Per tutti questi motivi, e la visione della medicina "occidentale" che storicamente ha associato le persone TGD ai disordini mentali (una prospettiva che è cambiata solo di recente), le persone TGD si sono spesso trovate private dei loro diritti come fruitrici dell'assistenza sanitaria.

Il personale sanitario ha constatato che la letteratura in materia è in gran parte nordamericana ed europea, il che rappresenta una sfida particolare per le persone che lavorano in sistemi sanitari con risorse particolarmente scarse. Iniziative recenti, che spesso coinvolgono gli *stakeholder* delle persone TGD come partner, stanno apportando cambiamenti fornendo conoscenze sulle buone pratiche in altre regioni del mondo, compreso il modo di fornire un'assistenza sanitaria adeguata ed efficace da un punto di vista culturale nei Paesi a basso e medio reddito al di fuori del Nord globale.

Negli ultimi anni è stata sviluppata un'ampia gamma di preziose risorse per l'assistenza sanitaria all'interno di questo campo. Dahlen *et al.* (2021) hanno esaminato dodici linee guida internazionali di pratica clinica; oltre la metà di quelle esaminate provengono da organismi professionali in Nord America (Hembree *et al.*, 2017) o in Europa (T'Sjoen *et al.*, 2020). Tre di queste appartengono all'OMS (la più recente è World Health Organization, 2016).

Oggi esistono numerose altre risorse, non incluse nell'elenco di Dahlen *et al.* (2021), le quali attingono esplicitamente alle competenze di regioni diverse dal Nord America e dall'Europa. Alcuni esempi si trovano in Asia e nel Pacifico (APTN, 2022; Health Policy Project *et al.*, 2015), nei Caraibi (PAHO, 2014), in Tailandia, in Australia

(Telfer *et al.*, 2020), in Nuova Zelanda (Oliphant *et al.*, 2018) e in Sudafrica (Tomson *et al.*, 2021) (v. anche TRANSIT (UNDP *et al.*, 2016)). Queste risorse sono state in gran parte create tramite le iniziative, o in collaborazione con delle comunità TGD a livello locale o internazionale. Questo approccio di *partnership*, incentrato sul soddisfacimento dei bisogni delle persone locali, in modi culturalmente sicuri e competenti, può avere anche un'ampia rilevanza internazionale. Difatti, alcune di queste pubblicazioni possono essere di particolare utilità per coloro che pianificano, organizzano e forniscono servizi in Paesi a basso reddito e con scarse risorse. È probabile che esistano altre risorse pubblicate in lingue diverse dall'inglese di cui non siamo a conoscenza.

A livello globale, le identità delle persone TGD possono essere associate a *framework* concettuali differenti inerenti al sesso, genere e sessualità; inoltre, esse esistono in contesti culturali (e talvolta spirituali) e storie molto diverse tra loro. Considerando le complesse relazioni tra i fattori sociali e culturali, la legge, la richiesta e l'offerta di assistenza sanitaria che rispetti il genere, i *SOC-8* dovrebbe essere interpretati attraverso una lente appropriata al/nel contesto della pratica individuale del personale sanitario — ma allo stesso tempo è necessario mantenere l'allineamento ai principi fondamentali (APTN e UNDP, 2012; Health Policy Project *et al.*, 2015; PAHO, 2014).

È in questo contesto e attingendo ampiamente alle esperienze delle persone TGD e del personale sanitario a livello internazionale che consideriamo l'applicabilità globale dei *SOC-8* in questo capitolo. Esponiamo le nostre riflessioni chiave per il personale sanitario e concludiamo raccomandando principi e pratiche fondamentali per l'assistenza sanitaria attuale alle persone TGD, indipendentemente dal luogo in cui vivono o dalla disponibilità di risorse per coloro che cercano di fornire tale assistenza sanitaria.

Dichiarazione 2.1.

Raccomandiamo che i sistemi sanitari forniscano alle persone *transgender e gender diverse* l'assistenza sanitaria necessaria dal punto di vista medico.

Necessità medica è un termine comune alla copertura sanitaria e alle polizze assicurative a livello globale. Una definizione comune di necessità medica utilizzata da assicuratori o da compagnie assicurative è: servizi di assistenza sanitaria che unə medicə e/o il personale sanitario, esercitando un prudente giudizio clinico, fornirebbe a unə paziente allo scopo di prevenire, valutare, diagnosticare o trattare una malattia, una lesione, una patologia o i suoi sintomi, e che sono: (a) in conformità con gli standard generalmente accettati di pratica medica; (b) clinicamente appropriati, in termini di tipo, frequenza, estensione, sede e durata, e considerati efficaci per la malattia, l'infortunio o la patologia dellə paziente; e (c) non è finalizzata al mero interesse/comodità dellə paziente, del medico o del personale sanitario. Non è più costoso di un servizio alternativo o di una serie di servizi che abbiano almeno la stessa probabilità di produrre risultati terapeutici, o diagnostici, equivalenti per quanto riguarda la diagnosi o il trattamento della malattia, dell'infortunio o della patologia. L[ə] medic[ə] di medicina generale afferma e documenta che il trattamento proposto è medicalmente necessario per la cura della condizione (American Medical Association, 2016, pp.).

Generalmente per "standard accettati di pratica medica" si intendono gli standard basati su evidenze scientifiche credibili, pubblicate nella letteratura medica sottoposta a *peer review*, e che sono generalmente riconosciute dalla comunità

medica di riferimento, dalle società di specializzazione medica designate e/o dalle Facoltà di Medicina, e le opinioni del personale medico e/o sanitario che opera nelle aree cliniche rilevanti.

In alcune parti del mondo è fondamentale che gli interventi vengano riconosciuti come indispensabili per garantire lo stato di salute dell'individuo ai fini dell'accesso all'assistenza, pagamento e/o il rimborso. Lə medicə di medicina generale può affermare e documentare che un determinato tipo di intervento è necessario dal punto di vista medico per la prevenzione o il trattamento di una patologia. Se le politiche e le pratiche sanitarie mettono in discussione il bisogno di una determinata cura, si può ricorrere a un'Agenzia governativa o a un altro Ente per una revisione medica indipendente.

Si deve riconoscere che la diversità di genere è comune a tutti gli esseri umani e non è una patologia. Tuttavia, l'incongruenza di genere che causa un disagio e una compromissione clinicamente significativa richiede spesso degli interventi. In molti Paesi, le cure per l'affermazione di genere, necessarie dal punto di vista medico, sono documentate dal personale sanitario come trattamento per l'incongruenza di genere (HA60 nell'ICD-11; World Health Organization, 2019b) e/o come trattamento per la disforia di genere (F64.0 nel DSM-5-TR; APA, 2022, pp.).

Esistono forti evidenze che dimostrano i benefici, in termini di qualità della vita e di benessere, dei trattamenti di affermazione di genere, comprese le procedure endocrinologiche e chirurgiche, quando indicate ed eseguite come delineato dagli Standard di Cura (versione 8), nelle persone con disforia di genere che ne hanno bisogno (Ainsworth e Spiegel, 2010; Aires *et al.*, 2020; Aldridge *et al.*, 2020; Almazan e Keuroghlian, 2021; Al-Tamimi *et al.*, 2019; Balakrishnan *et al.*, 2020; Baker *et al.*, 2021; Buncamper *et al.*, 2016; Cardoso da Silva *et al.*, 2016; Eftekhar Ardebili, 2020; Javier *et al.*, 2022; Lindqvist *et al.*, 2017; Mullins *et al.*, 2021; Nobili *et al.*, 2018; Owen-Smith *et al.*, 2018; Özkan *et al.*, 2018; T'Sjoen *et al.*, 2019; van de Grift *et al.*, 2018; White Hughto *et al.*, 2016; Wierckx *et al.*, 2014; Yang *et al.*, 2016). Gli interventi di affermazione di genere possono anche includere procedure di epilazione/trapianto, terapia/chirurgia vocale, consulenza e altre procedure mediche necessarie per affermare efficacemente l'identità di genere di un individuo e ridurre l'incongruenza di genere e la disforia. Inoltre, anche la rettifica del nome e del sesso/genere sui documenti di identità possono essere utili e, in alcune giurisdizioni, sono subordinati alla documentazione medica che lз pazienti possono richiedere al personale sanitario.

Gli interventi per l'affermazione di genere si basano su decenni di esperienza clinica e di ricerca; pertanto, essi non sono considerati sperimentali, di natura cosmetica o di mera convenienza per lз pazienti. Difatti, sono sicuri ed efficaci nel ridurre l'incongruenza di genere e la disforia di genere (Aires *et al.*, 2020; Aldridge *et al.*, 2020; Al-Tamimi *et al.*, 2019; Balakrishnan *et al.*, 2020; Baker *et al.*, 2021; Bertrand *et al.*, 2017; Buncamper *et al.*, 2016; Claes *et al.*, 2018; Eftekhar Ardebili, 2020; Esmonde *et al.*, 2019; Javier *et al.*, 2022; Lindqvist *et al.*, 2017; Lo Russo *et al.*, 2017; Marinkovic & Newfield, 2017; Mullins *et al.*, 2021; Nobili *et al.*, 2018; Olson-Kennedy *et al.*, 2018; Özkan *et al.*, 2018; Poudrier *et al.*, 2019; T'Sjoen *et al.*, 2019; van de Grift *et al.*, 2018; White *et al.*, 2016; Wierckx *et al.*, 2014; Wolter *et al.*, 2015; Wolter *et al.*, 2018).

Di conseguenza, la WPATH sollecita i Sistemi sanitari a fornire questi trattamenti necessari dal punto di vista medico, a eliminare qualsiasi esclusione dai loro documenti di polizza e dalle linee guida mediche che precludono la copertura di

procedure o trattamenti necessari per la salute e il benessere degli individui TGD. In altre parole, i Governi dovrebbero garantire che i servizi di assistenza sanitaria per le persone TGD siano istituiti, estesi o potenziati (a seconda dei casi) come elementi dell'assistenza sanitaria universale, della Sanità pubblica, dei Sistemi sovvenzionati dal Governo o dei sistemi privati regolamentati da esso. I sistemi di assistenza sanitaria dovrebbero garantire un'assistenza sanitaria continuativa, sia di *routine* che specialistica, sia facilmente accessibile e con costi ragionevoli su base equa per tutti l3 cittadin3.

Gli interventi di affermazione di genere necessari dal punto di vista medico sono discussi nei *SOC-8*. Questi includono, ma non sono limitati a: isterectomia +/- salpingo-ovariectomia bilaterale; mastectomia bilaterale; ricostruzione del torace o mammoplastica femminilizzante, ridimensionamento dei capezzoli o posizionamento di protesi mammarie; ricostruzione dei genitali, ad esempio, falloplastica e metoidioplastica, scrotoplastica e protesi peniene e testicolari, penectomia, orchiectomia, vaginoplastica e vulvoplastica; epilazione del viso, del corpo e delle aree genitali per l'affermazione del genere come parte di un processo di preparazione preoperatoria; chirurgia facciale e rimodellamento del corpo per l'affermazione del genere; terapia e/o chirurgia vocale; farmaci che bloccano la pubertà e ormoni per l'affermazione del genere; consulenza o trattamento psicoterapeutico come ritenuto appropriato per l3 pazienti e basato su una revisione delle situazioni e delle esigenze individuali dell3 pazienti.

Dichiarazione 2.2.

Raccomandiamo al personale sanitario e altri utenti degli Standard di Cura, versione 8 (SOC-8) di applicare le Raccomandazioni in modo da soddisfare le esigenze delle comunità *transgender e gender diverse* locali, fornendo un'assistenza culturalmente sensibile che riconosca la realtà dei Paesi in cui operano.

Le persone TGD si identificano in molti modi diversi in tutto il mondo e queste identità esistono all'interno di un contesto culturale. Nei Paesi anglofoni, le persone TGD si identificano come transessuali, trans, *gender nonconforming*, *gender queer* o *gender diverse*, *non-binary*, o appunto *transgender* e/o *gender diverse*, così come con altre identità; tra cui (per molt3 che si identificano all'interno del binarismo di genere) *uomo* o *donna* (James *et al.*, 2016; Strauss *et al.*, 2017; Veale *et al.*, 2019).

Altrove, alcune delle identità sono *travesti* (in gran parte dell'America Latina), *hijra* (in gran parte dell'Asia meridionale), *khwaja sira* (in Pakistan), *achout* (in Myanmar), *maknyah, paknyah* (in Malesia), *waria* (Indonesia), *kathoey, phuying kham phet, sao praphet song* (Thailandia), *bakla, transpinay, transpinoy* (Filippine), *fa'afafine* (Samoa), *mahu* (Polinesia francese, Hawaii), *leiti* (Tonga), *fakafifine* (Niue), *pinapinaaine* (Tuvalu e Kiribati), *vakasalewalewa* (Fiji), *palopa* (Papua Niugini), *brotherboys e sistergirls* (Aborigeni e abitanti delle isole dello Stretto di Torres in Australia), e *akava'ine* (Isole Cook) (APTN e UNDP, 2012; *Health Policy Project et al.*, 2015; Kerry, 2014). Esistono anche un gran numero di identità *two spirit* in Nord America (ad esempio, *nadleehi* nella cultura Navajo (Diné)) (Sheppard e Mayo, 2013). Le identità a cui si riferiscono questi termini sono spesso culturalmente complesse e possono esistere in un contesto spirituale o religioso. A seconda delle culture e delle identità interessate, alcune possono essere considerate come "terzo genere", che si colloca al di là del binarismo di genere (ad es., Graham, 2010; Nanda, 2014; Peletz, 2009). Alcune identità TGD sono meno

consolidate di altre. In molte parti del mondo, la visibilità degli uomini *transgender* e delle identità *non-binary transmasculine (tr.* identità trans-maschili non binarie) è relativamente recente, con pochi o nessun termine tradizionale applicabile nelle lingue locali (incluso l'italiano N.d.T.) (Health Policy Project *et al.*, 2015). Indipendentemente dal luogo o dalla persona con cui lavora il personale sanitario (compreso quello che lavora con persone appartenenti a minoranze etniche, migranti e rifugiati), deve essere consapevole del contesto culturale in cui le persone sono cresciute e vivono, e come questo si applica all'assistenza sanitaria.

In tutto il mondo la disponibilità, l'accessibilità, l'accettabilità e la qualità dell'assistenza sanitaria variano notevolmente, con conseguenti disuguaglianze all'interno e tra i Paesi (OECD, 2019). In alcuni Paesi, i sistemi di assistenza sanitaria formali esistono accanto a sistemi di assistenza sanitaria tradizionali e popolari, con modelli di salute indigeni che sostengono l'importanza dell'assistenza sanitaria olistica (World Health Organization, 2019a).

Il personale sanitario dovrebbe essere consapevole delle tradizioni e delle realtà all'interno delle quali forniscono l'assistenza sanitaria, e provvedere a un supporto adeguato alle esigenze e alle identità locali delle persone TGD, fornendo loro anche un'assistenza sensibile e sicura da un punto di vista culturale.

Dichiarazione 2.3

Raccomandiamo al personale sanitario di comprendere l'impatto degli atteggiamenti sociali, delle leggi, delle circostanze economiche e dei sistemi sanitari sulle esperienze vissute dalle persone *transgender e gender diverse* in tutto il mondo.

Le esperienze vissute dalle persone TGD variano notevolmente, a seconda di una serie di fattori, tra cui quelli sociali, culturali (compresi quelli spirituali), legali, economici e geografici. Quando le persone TGD vivono in ambienti che affermano la loro identità di genere e/o culturale, le loro esperienze possono essere molto positive. Le famiglie sono particolarmente importanti (Pariseau *et al.*, 2019; Yadegarfard *et al.*, 2014; Zhou *et al.*, 2021). Tuttavia, se viste da una prospettiva globale, le circostanze in cui vivono le persone TGD sono spesso difficili. A loro sono comunemente negati i diritti ampiamente riconosciuti dalla legge internazionale sui diritti umani. Questi includono il diritto all'istruzione; alla salute e alla protezione dagli abusi medici; al lavoro e a un tenore di vita adeguato; all'abitazione; alla libertà di movimento e di espressione; alla *privacy*; alla sicurezza; alla vita; alla famiglia; alla libertà da privazioni arbitrarie della libertà; a un processo equo; a un trattamento umano durante la detenzione e alla libertà da torture, trattamenti o punizioni inumane o degradanti (Commissione internazionale dei giuristi, 2007; 2017).

È ampiamente riconosciuto che la negazione dei diritti può avere un impatto sulla salute e sul benessere delle minoranze sessuali e di genere (OHCHR *et al.*, 2016; World Health Organization, 2015). Ribadiamo quindi in questa sede l'importanza dei diritti sopra elencati per le persone TGD e prendiamo atto della precedente attività di *advocacy* della WPATH in materia di diritti, anche attraverso numerosi documenti politici (ad esempio, WPATH, 2016; 2017; 2019). Il personale sanitario può svolgere un ruolo importante nella difesa dei diritti, tra cui il diritto a un'assistenza sanitaria di qualità che rispetti il genere e che sia adeguata, economica e accessibile.

In tutto il mondo, un gran numero di studi illustra le sfide che le persone TGD devono affrontare nella loro vita e l'impatto sulla loro salute e sul loro benessere (Aurat Foundation, 2016; Bhattacharya e Ghosh, 2020; Chumakov *et al.*, 2021; Coleman *et al.*, 2018; Heylens *et al.*, 2014; Human Rights Watch, 2014; James *et al.*, 2016; Lee *et al.*, 2020; Luz *et al.*, 2022; McNeil *et al.*, 2012; 2013; Motmans *et al.*, 2017; Muller *et al.*, 2019; Scandurra *et al.*, 2017; Strauss *et al.*, 2019; Suen *et al.*, 2017; Valashany e Janghorbani, 2019; Veale *et al.*, 2019; Wu *et al.*, 2017). La ricerca mostra che le persone TGD spesso sperimentano stigma e pregiudizio, nonché discriminazioni e molestie, abusi e violenze, o vivono nell'attesa e nella paura di tali azioni. I valori e gli atteggiamenti sociali ostili alle persone TGD, spesso comunicati all3 giovani nei *curricula* scolastici (Olivier e Thurasukam, 2018), sono espresse anche come rifiuto da parte delle famiglie (Yadegarfard *et al.*, 2014) e si concretizzano in leggi, politiche e pratiche che limitano la libertà di esprimere la propria identità di genere e sessualità e ostacolano l'accesso alle abitazioni, agli spazi pubblici, all'istruzione, all'occupazione e a vari servizi (compresa l'assistenza sanitaria). Questo fa sì che le persone TGD siano comunemente private di un'ampia gamma di opportunità disponibili per le loro controparti *cisgender* e sono spinte ai margini della società, senza il sostegno della famiglia. A peggiorare le cose, in gran parte del mondo l'accesso delle persone TGD al riconoscimento legale del genere è limitato o inesistente (ILGA World, 2020a; TGEU, 2021; UNDP e APTN, 2017). In alcuni Paesi, tali barriere si avvalgono oggi del sostegno di "teorici critici del genere" (come analizzato, ad es., da Madrigal-Borloz, 2021; Zanghellini, 2020).

I tentativi di far "cambiare" l'identità di genere (programmi di riparazione o conversione di genere che mirano a rendere la persona *cisgender*) sono molto diffusi e causano danni alle persone TGD (ad esempio, APTN, 2020a; 2020b; 2020c; 2021; Bishop, 2019; GIRES *et al.*, 2020; Turban *et al.*, 2020) e (come quelli mirati all'orientamento sessuale) sono considerati non etici (ad esempio, APS, 2021; Trispiotis e Purshouse, 2021; Various, 2019; 2021) e sono considerati una forma di violenza. L'esperto indipendente delle Nazioni Unite sulla "protezione contro la violenza e la discriminazione basata sull'orientamento sessuale e sull'identità di genere" ha chiesto un divieto globale di tali pratiche (Madrigal-Borloz, 2020). Un numero crescente di giurisdizioni sta mettendo al bando queste pratiche (ILGA World, 2020b).

Le ineguaglianze derivano da una serie di fattori, tra cui elementi economici e principi fondamentali dei sistemi sanitari, in particolare per quanto riguarda l'enfasi posta sul finanziamento pubblico, privato e autonomo dell'assistenza sanitaria. La mancanza di accesso a un'assistenza sanitaria adeguata e con tariffe ragionevoli può portare a una maggiore dipendenza dai sistemi informali. Ciò include informazioni sull'autosomministrazione di ormoni che, in molti casi, viene effettuata senza il necessario monitoraggio o supervisione medica (Do *et al.*, 2018; Liu *et al.*, 2020; Rashid *et al.*, 2022; Reisner *et al.*, 2021; Winter e Doussantousse, 2009).

In alcune parti del mondo, un gran numero di donne *transgender* utilizza il silicone come mezzo per modificare il proprio corpo, ricorrendo ai servizi di "*pumper*" di silicone e/o partecipando a "feste" di pompaggio, spesso all'interno delle loro comunità. Sebbene il silicone possa offrire risultati immediati, comporta successivi significativi rischi per la salute (Aguayo-Romero *et al.*, 2015; Bertin *et al.*, 2019; Regmi *et al.*, 2021). In particolare, quando viene utilizzato il silicone industriale o altre sostanze iniettabili, la cui

rimozione chirurgica può risultare difficoltosa. Infine, considerando che la prevalenza dell'HIV nelle donne *transgender* che si rivolgono alle organizzazioni cliniche nelle aree metropolitane è del 19%, 49 volte superiore al tasso di prevalenza nella popolazione generale, emerge chiaramente la gravità delle implicazioni sulla salute sessuale delle persone TGD (Baral *et al.*, 2013). È da notare che anche i risultati in termini di salute sessuale per gli uomini *transgender* sono problematici (Mujugira *et al.*, 2021).

Dichiarazione 2.4

Raccomandiamo che le traduzioni dei SOC si concentrino sull'equivalenza interculturale, concettuale e letterale per garantire l'allineamento con i principi fondamentali alla base dei SOC-8.

Gran parte della letteratura scientifica sulle persone TGD è prodotta in Paesi anglofoni e ad alto reddito. Pertanto, le prospettive del Nord globale sulle persone TGD (comprese quelle relative ai bisogni e alle prestazioni sanitarie) dominano la letteratura. Una ricerca sul *database Scopus* del maggio 2021, condotta dall3 autor3 dei *SOC-8*, dimostra che il 99% della letteratura sull'assistenza sanitaria per le persone *transgender* proviene da Europa, Nord America, Australia o Nuova Zelanda. Nel complesso, il 96% della letteratura è in lingua inglese. Le persone *transgender* del Sud del mondo hanno ricevuto relativamente poca attenzione nella letteratura in lingua inglese. Inoltre, il lavoro del personale sanitario che interagisce con loro non è spesso riconosciuto, non è pubblicato o non tradotto in lingua inglese. L'utilizzo di risorse prodotte nel Nord globale rischia di trascurare la rilevanza e le sfumature delle conoscenze locali, dei quadri culturali e delle pratiche locali. Inoltre, si rischia di perdere l'opportunità di imparare dal lavoro svolto in altri Paesi.

Nel tradurre i principi enunciati nei *SOC*, si raccomanda di seguire le linee guida delle buone pratiche di traduzione linguistica per garantire la produzione di risorse scritte di alta qualità, culturalmente e linguisticamente adeguate alla situazione locale. È importante che chi traduce abbia una conoscenza delle identità e delle culture delle persone TGD per verificare che le traduzioni letterali siano culturalmente adeguate e sicure per le persone TGD locali. È inoltre importante che la traduzione segua processi consolidati di garanzia della qualità (Centers for Medicare e Medicaid Services, 2010; Sprager e Martinez, 2015).

Dichiarazione 2.5

Raccomandiamo al personale sanitario e ai politici di applicare sempre i principi fondamentali dei SOC-8 nel loro lavoro con le persone *transgender e gender diverse*, in modo da garantire il rispetto dei diritti umani e l'accesso a un'assistenza sanitaria adeguata e sensibile, tra cui:

Principi generali

- Essere responsabili e inclusiv3: lavorare per ridurre lo stigma e facilitare l'accesso a un'assistenza sanitaria adeguata, per tutt3 coloro che ne fanno richiesta;
- Rispettare la diversità: rispettare tutt3 l3 utenti e tutte le identità di genere. Non patologizzare le differenze di identità o espressione di genere;
- Rispettare i diritti umani universali, tra cui il diritto all'integrità fisica e mentale, all'autonomia e all'autodeterminazione, il diritto alla privacy, il diritto di non essere discriminati e il diritto allo Standard di Cura più alto raggiungibile.

Principi per lo sviluppo e l'implementazione di servizi appropriati e di un'assistenza sanitaria accessibile

- Coinvolgere le persone TGD nello sviluppo e nell'implementazione dei servizi;
- Essere consapevoli dei fattori sociali, culturali, economici e legali che possono avere un impatto sulla salute (e sui bisogni di assistenza sanitaria) delle persone *transgender e gender diverse*, nonché della volontà e della capacità della persona di accedere ai servizi;
- Fornire assistenza sanitaria (o rivolgersi a colleghꝯ competenti) che affermi le identità e le espressioni di genere, compresa l'assistenza sanitaria che riduce il disagio associato alla disforia di genere (se presente);
- Rifiutare gli approcci che hanno come obiettivo, o effetto, la conversione ed evitare di fornire qualsiasi supporto diretto o indiretto a tali approcci o servizi.

Principi per la fornitura di servizi adeguati

- Acquisire una conoscenza (se possibile, una formazione) delle esigenze di assistenza sanitaria delle persone *transgender e gender diverse*, compresi i benefici e i rischi delle cure di affermazione di genere;
- Adattare l'approccio terapeutico alle esigenze specifiche dellꝯ utenti, in particolare ai loro obiettivi in termini di identità ed espressione di genere;
- Concentrarsi sulla promozione della salute e del benessere, piuttosto che sulla sola riduzione della disforia di genere, la quale può essere presente o meno nelle persone con incongruenza di genere;
- Utilizzare approcci di riduzione del danno, ove appropriato;
- Offrire alle persone TGD la possibilità di ottenere le informazioni necessarie per realizzare una scelta ponderata e garantire la loro piena e continua partecipazione riguardante le decisioni sulla loro salute e sul loro benessere;
- Migliorare l'esperienza delle persone TGD con i Servizi sanitari, compresi quelli associati ai sistemi amministrativi e alla continuità delle cure.

Principi per lavorare al miglioramento della salute attraverso approcci comunitari più ampi

- Mettere le persone in contatto con le comunità e le reti di supporto tra pari;
- Sostenere e difendere lꝯ utenti all'interno delle famiglie e comunità (scuole, luoghi di lavoro e altri ambienti), ove opportuno.

Abbiamo già citato ricerche che descrivono in dettaglio l'ampia gamma di sfide che le persone TGD possono affrontare: ostacoli sociali, economici e legali, nonché quelli relativi all'accesso all'assistenza sanitaria. Mentre i Servizi sanitari in generale sono diversi in tutto il mondo (in termini di disponibilità, accessibilità e qualità), quelli disponibili per le persone TGD sono spesso inadeguati. Mentre alcuni rapporti provenienti da diverse regioni del mondo indicano esperienze sanitarie positive riportate da alcune persone TGD, è altrettanto evidente che molte altre non beneficiano di tale situazione. (Callander *et al.*, 2019; Costa *et al.*, 2018; Do *et al.*, 2018; Gourab *et al.*, 2019; Health Policy Project *et al.*, 2015; Liu *et al.*, 2020; Motmans *et al.*, 2017; Muller *et al.*, 2019; PAHO, 2014; Reisner *et al.*, 2021; Strauss *et al.*, 2017; TGEU, 2017). Le opzioni tradizionali di assistenza sanitaria spesso non soddisfano le loro esigenze di assistenza sanitaria generale, sessuale o di affermazione di genere. Le procedure standard di gestione dellꝯ pazienti presso le cliniche e gli ospedali spesso non

riconoscono le identità di genere dell3 loro pazienti TGD (compreso quando si identificano come *non-binary*). L3 pazienti possono essere ospitat3 in reparti che non sono in sintonia con il loro genere, mettendol3 a rischio di molestie sessuali. L3 pazienti TGD spesso si scontrano con personale sanitario e operator3 sociosanitar3 non di supporto o ostili e spesso arrivano al punto di essere rifiutat3 nel ricevere assistenza. È molto preoccupante che in alcune parti del mondo il personale sanitario è coinvolto in iniziative di "cambiamento" dell'identità di genere come quelle descritte in questo capitolo.

In tutto il mondo, esistono molti altri ostacoli all'accesso a un'assistenza sanitaria per l'affermazione di genere. Il personale sanitario spesso non è disposto a fornire i servizi richiesti dalle persone TGD — in alcuni Paesi, possono essere presenti leggi o regolamenti che inibiscono o impediscono di farlo. Quando l3 medic3 di medicina generale e altro personale sanitario non hanno accesso a linee guida chiare nella loro lingua, possono essere dissuas3 dal fornire servizi. Anche nelle situazioni in cui l'assistenza sanitaria è disponibile, l3 pazienti possono avere difficoltà ad accedervi a causa di distanza, pratiche di *gatekeeping*, problemi di domanda e offerta che comportano lunghe liste d'attesa o aumenti dei costi. Infatti, le procedure di affermazione di genere potrebbero non essere incorporate in un'assistenza sanitaria universale o essere coperte da un'assicurazione privata, anche se procedure simili potrebbero essere coperte per l3 pazienti *cisgender.*

Per tutti questi motivi, molte persone TGD evitano i servizi sanitari formali quando possono. Le comunità TGD di solito riempiono il vuoto, agendo come importanti risorse per i membri. Forniscono sostegno sociale ed emotivo, spesso in un ambiente altrimenti ostile. Inoltre, spesso fungono da serbatoi di informazioni condivise sulle alternative disponibili per l'assistenza sanitaria, comprese quelle parallele e informali al di fuori della medicina tradizionale (e più accessibili e convenienti di essa). Come abbiamo visto in precedenza in questo capitolo, ciò include spesso la condivisione di informazioni sul silicone e su altre sostanze iniettabili per la trasformazione corporea e sugli ormoni che vengono auto-somministrati senza il necessario monitoraggio o supervisione medica. L'OMS afferma che gli individui TGD che si autosomministrano ormoni trarrebbero beneficio dall'accesso a informazioni *evidence-based*, a prodotti di qualità e ad attrezzature sterili per le iniezioni (World Health Organization, 2021). L'accesso a tali informazioni può rientrare in un approccio più ampio di riduzione del danno (Idrus e Hyman, 2014).

La messa in pratica degli importanti principi fondamentali sopra delineati può migliorare le esperienze nell'assistenza sanitaria e promuovere il rispetto per le persone TGD in tutti i contesti locali. Ciò può avvenire indipendentemente dalle realtà del sistema sanitario (compreso il contesto culturale, sociale, legale ed economico in cui viene fornita l'assistenza sanitaria), dal livello di assistenza disponibile o dalle persone TGD che fanno richiesta di tali servizi.

CAPITOLO 3. Stime sulla popolazione

Nella precedente edizione degli Standard di Cura (*SOC-7*) la WPATH ha identificato solo un piccolo numero di articoli che tentavano di stimare le dimensioni della popolazione *transgender e gender diverse* (TGD) e aveva definito lo stato dell'arte come "un punto di partenza", che richiedeva ulteriori studi sistematici (Coleman *et al.*, 2012). Da allora, la letteratura sull'argomento si è notevolmente ampliata, come dimostrano alcune recenti revisioni che hanno cercato di sintetizzare le evidenze disponibili (Arcelus *et al.*, 2015; Collin *et al.*, 2016; Goodman *et al.*, 2019; Meier & Labuski, 2013; Zhang *et al.*, 2020).

Nell'esaminare i dati epidemiologici relativi alla popolazione TGD, sarebbe opportuno evitare i termini "incidenza" e "prevalenza". Evitare questi termini, e altri simili, può impedire una patologizzazione inopportuna delle persone TGD (Adams *et al.*, 2017; Bouman *et al.*, 2017). Inoltre, il termine "incidenza" potrebbe non essere applicabile in questa situazione perché presuppone che lo stato di persona TGD abbia un tempo di insorgenza facilmente identificabile, un prerequisito per calcolare le stime di incidenza (Celentano e Szklo, 2019). Per tutti questi motivi, raccomandiamo di utilizzare i termini "numero" e "proporzione" per indicare la dimensione assoluta e relativa della popolazione TGD.

La sfida più importante nella revisione di questa letteratura è la variabile "definizione" da applicare alla popolazione TGD (Collin *et al.*, 2016; Meier e Labuski, 2013). Negli studi clinici, i dati sulle persone TGD sono tipicamente limitati agli individui che hanno ricevuto diagnosi o consulenza, o a coloro che hanno richiesto o si sono sottoposti a una terapia di affermazione di genere, mentre le ricerche basate sui sondaggi si basano tipicamente su una definizione più ampia e inclusiva, fondata sulle identità di genere auto-riportate.

Un'altra considerazione metodologica nel valutare le dimensioni e la distribuzione della popolazione TGD è la necessità di capire cosa costituisca la cornice di campionamento. Come osservato in recenti revisioni (Goodman *et al.*, 2019; Zhang *et al.*, 2020), molti degli studi pubblicati, soprattutto quelli condotti più di dieci anni fa, hanno prima valutato il numero di pazienti visitat3 in un particolare centro clinico e poi hanno diviso tale numero per una dimensione approssimativa della popolazione. È improbabile che questo metodo abbia prodotto una stima accurata, perché nei calcoli il numeratore non è necessariamente incluso nel denominatore e la vera dimensione del denominatore spesso rimane sconosciuta. Tenendo conto di queste considerazioni, è consigliabile concentrarsi specificamente su studi recenti (pubblicati nell'ultimo decennio) sottoposti a *peer review* che hanno utilizzato una metodologia solida per identificare le persone TGD all'interno di un quadro di campionamento ben definito. Per tutti questi motivi, il presente capitolo si concentra sugli studi che soddisfano i seguenti criteri di inclusione: 1) Sono stati pubblicati nel 2009 o successivamente; 2) Hanno utilizzato una chiara definizione di TGD; 3) Hanno calcolato le proporzioni di persone TGD sulla base di un denominatore di popolazione ben definito; 4) Sono stati sottoposti a *peer review*. Questi tipi di studi possono fornire stime contemporanee più accurate.

Gli studi disponibili possono essere suddivisi in tre gruppi:

1) Quelli che hanno riportato le proporzioni di persone TGD tra gli individui iscritti a grandi sistemi sanitari;

Sintesi delle percentuali riportate di persone TGD nella popolazione generale

Studi basati sui sistemi sanitari: 0,02-0,1%
studi basati su indagini sullɜ adultɜ: 0,3-0,5% (*transgender*), 0,3-4,5% (tutta la popolazione TGD)
studi su bambinɜ e adolescenti basati su indagini: 1,2-2,7% (*transgender*), 2,5-8,4% (tutta la popolazione TGD)

2) Quelli che hanno presentato i risultati di indagini sulla popolazione di partecipanti prevalentemente adultɜ;

3) Quelli che si basano su indagini su giovani condotte nelle scuole.

Di queste tre categorie, gli studi più informativi e metodologicamente validi sono riassunti di seguito. Ulteriori dettagli su questi e altri studi simili sono disponibili in recenti revisioni della letteratura (Goodman *et al.*, 2019; Zhang *et al.*, 2020).

Gli studi che hanno stimato le dimensioni della popolazione TGD iscritta a grandi sistemi sanitari sono stati tutti condotti negli Stati Uniti e tutti si sono basati su informazioni ottenute da cartelle cliniche elettroniche. Quattro di questi studi, basati sui sistemi sanitari, si sono affidati esclusivamente a codici diagnostici; due studi (Blosnich *et al.*, 2013; Kauth *et al.*, 2014) hanno utilizzato i dati del sistema *Veterans Health Affairs*, che fornisce assistenza a oltre 9 milioni di persone, e due studi (Dragon *et al.*, 2017; Ewald *et al.*, 2019) hanno utilizzato i dati delle richieste di rimborso di *Medicare*, il programma federale di assicurazione sanitaria che copre principalmente le persone sopra i 65 anni. Le percentuali di persone TGD riportate negli studi che si affidavano a codici diagnostici variavano tra circa lo 0,02% e lo 0,03%. Anche un'altra pubblicazione più recente, che ha utilizzato i dati *Medicare* insieme alle richieste di risarcimento delle assicurazioni commerciali per identificare le persone TGD, ha applicato criteri di inclusione più ampi per integrare i codici diagnostici con informazioni sulle procedure e sulla terapia ormonale (Jasuja *et al.*, 2020). Tramite questa metodologia, la percentuale di persone TGD tra tutte le persone iscritte ai piani di assistenza sanitaria inclusi nello studio, era dello 0,03%. Il sesto studio basato sui sistemi sanitari (Quinn *et al.*, 2017) è stato condotto presso *Kaiser Permanente* negli Stati della Georgia e della California; *Kaiser Permamante* fornisce assistenza a circa 8 milioni di membri iscritti tramite datori di lavoro, programmi governativi o su base individuale. La popolazione TGD nello studio su *Kaiser Permanente* è stata validata per tutte le fasce d'età tramite l'utilizzo di codici diagnostici e questionari a risposta aperta. Le percentuali di persone TGD identificate presso *Kaiser Permanente* sono risultate più elevate rispetto alle percentuali riportate negli studi su *Veterans Health Affairs* e *Medicare*, con le stime più recenti oscillanti tra lo 0,04 e lo 0,08%.

Contrariamente ai risultati degli studi sui Sistemi sanitari, le indagini condotte tramite sondaggi su persone che si sono autoidentificate come TGD hanno mostrato stime molto più elevate. Due studi statunitensi hanno fatto uso del *Behavioral Risk Factor Surveillance Study* (BRFSS), un'indagine telefonica annuale condotta in tutti i 50 Stati e territori degli Stati Uniti (Conron *et al.*, 2012; Crissman *et al.*, 2017). Il primo studio ha utilizzato i dati dei cicli BRFSS 2007-2009 nello Stato del Massachusetts, mentre il secondo ha utilizzato i dati BRFSS 2014 di 19 Stati e del territorio di Guam. Entrambi gli studi hanno riportato che circa lo 0,5% dellɜ partecipanti adultɜ (di almeno 18 anni) ha risposto "Sì" alla domanda "Ti consideri *transgender*?"

Un sondaggio condiviso online, il quale è stato somministrato a un campione della popolazione olandese di età compresa

tra i 15 e i 70 anni (Kuyper e Wijsen, 2014), ha chiesto all3 partecipanti di dare un punteggio, utilizzando una scala *Likert* a 5 punti, alle seguenti due domande: "Potresti indicare in che misura ti percepisci a livello psicologico come uomo?" e "Potresti indicare in che misura ti percepisci a livello psicologico come donna?". L3 intervistat3 sono stat3 considerat3 "*gender ambivalent*" se hanno dato lo stesso punteggio a entrambe le affermazioni e "*gender incongruent*" se hanno riportato un punteggio inferiore per il sesso assegnato alla nascita rispetto alla loro identità di genere. Le percentuali di partecipanti che riferivano un'identità di genere incongruente e ambivalente erano rispettivamente dell'1,1% e del 4,6% per le persone con il sesso maschile assegnato alla nascita (AMAB; N.t.D. in Italia lo utilizziamo in inglese, *Assigned Male At Birth*) e dello 0,8% e del 3,2% per le persone assegnate al sesso femminile alla nascita (AFAB; N.t.D. in Italia lo utilizziamo in inglese, *Assigned Female At Birth*).

Uno studio simile ha stimato la percentuale di persone TGD residenti nelle Fiandre, in Belgio, utilizzando un campione estratto dal registro nazionale del Paese (Van Caenegem *et al.*, 2015). All3 partecipanti è stato chiesto di assegnare un punteggio alle seguenti affermazioni: "Mi sento una donna" e "Mi sento un uomo" su una scala *Likert* a 5 punti. Utilizzando le stesse definizioni dello studio olandese (Kuyper e Wijsen, 2014), la percentuale di individui con incongruenza di genere era dello 0,7% per le persone AMAB e dello 0,6% per le persone AFAB. Le stime corrispondenti per l'ambivalenza di genere tra le persone AMAB e AFAB erano rispettivamente del 2,2% e dell'1,9%.

Uno studio più recente, basato sulla popolazione, ha valutato la percentuale di persone TGD tra circa 50.000 adult3 residenti nella contea di Stoccolma, in Svezia (Åhs *et al.*, 2018). Il numeratore è stato determinato ponendo all3 partecipanti la seguente domanda: "Vorrei ormoni o interventi chirurgici per essere più simile a una persona di un sesso diverso". Due ulteriori *item* sono stati concepiti per identificare gli individui con incongruenza di genere: "Mi sento come una persona di sesso diverso" e "Vorrei vivere come o essere trattat3 come una persona di sesso diverso". La necessità di una terapia ormonale o di interventi chirurgici per l'affermazione di genere è stata segnalata dallo 0,5% dell3 partecipanti. Gli individui che hanno espresso di sentirsi come una persona di sesso diverso e quelli che volevano vivere o essere trattati come una persona di un altro sesso costituivano rispettivamente il 2,3% e il 2,8% del campione totale.

I dati basati sulla popolazione al di fuori del Nord America e dell'Europa occidentale sono meno comuni e/o meno citati. Uno studio recente offre dati preziosi provenienti da un'ampia indagine rappresentativa di 6.000 adult3 in Brasile (Spizzirri *et al.*, 2021). L'identità di genere dell3 partecipanti è stata valutata tramite tre domande seguenti: 1) "Quale delle seguenti opzioni descrive meglio come ti senti attualmente?" (Opzioni: Sento di essere un uomo, sento di essere una donna e sento di non essere né un uomo né una donna); 2) "Qual è il sesso sul tuo certificato di nascita?" (Opzioni: maschio, femmina e non determinato); e 3) "Quale di queste situazioni la descrive maggiormente?" (Opzioni: Sono nat[3] maschio, ma mi sento femmina fin dall'infanzia; sono nat[3] femmina, ma mi sento maschio fin dall'infanzia; sono nat[3] maschio e mi sento a mio agio con il mio corpo; sono nat[3] femmina e mi sento a mio agio con il mio corpo). Sulla base delle risposte a queste tre domande, l[3] autor[3] hanno concluso che l'1,9% dell[3] partecipanti al sondaggio era

TGD (lo 0,7% definito come *transgender* e l'1,2% definito come *non-binary*).

La letteratura sulle proporzioni della popolazione TGD giovanile (persone di età inferiore ai 19 anni) comprende diversi studi condotti nelle scuole. Un'indagine nazionale trasversale del 2012 in Nuova Zelanda ha raccolto informazioni sull'identità TGD tra l3 studenti delle scuole secondarie di secondo grado (Clark *et al.*, 2014). Hanno partecipato all'indagine più di 8000 persone, di queste l'1,2% si è autoidentificat3 come TGD e il 2,5% ha dichiarato di non essere sicur3. Un altro studio sull3 ragazz3 delle scuole si è basato su un'indagine del 2016 condotta su studenti tra la nona e undicesima classe (di età compresa tra i 14 e i 18 anni) nello Stato americano del Minnesota (Eisenberg *et al.*, 2017). Dell3 quasi 81.000 intervistat3, il 2,7% ha dichiarato di essere TGD. Uno studio più recente (Johns *et al.*, 2019) ha presentato i risultati dello *Youth Risk Behavior Survey* (YRBS), condotto ogni due anni su campioni rappresentativi a livello locale, statale e nazionale di studenti delle scuole secondarie di secondo grado statunitensi tra la nona e dodicesima classe (approssimativamente tra i 13 e i19 anni). Il ciclo YRBS del 2017 è stato condotto in 10 Stati e 9 grandi aree urbane e includeva la seguente domanda: "Alcune persone si descrivono come *transgender* quando il loro sesso alla nascita non corrisponde al modo in cui credono, o sentono, sia il loro genere. Sei *transgender?"*. Tra l3 quasi 120.000 partecipanti delle 19 aree, l'1,8% ha risposto "Sì, sono *transgender"* e l'1,6% ha risposto *"Non sono sicur3 di essere transgender."*

Un altro studio sulla scuola, pubblicato di recente negli Stati Uniti, ha presentato i risultati di un'indagine condotta nel 2015 in Florida e California con l'obiettivo di identificare bambin3 e adolescenti *gender diverse* in un campione di poco più di 6.000 studenti tra la nona e dodicesima classe (Lowry *et al.*, 2018). Il termine "altamente non conforme al genere" è stato utilizzato per definire l3 bambin3 AMAB che hanno riportato di essere molto/per lo più/un po' femminili o l3 *bambin3* AFAB che hanno riferito di essere molto/per lo più/un po' maschili. Sulla base di queste definizioni, le proporzioni di persone TGD erano del 13% tra l3 studenti AMAB, del 4% tra l3 studenti AFAB e complessivamente dell'8,4%.

Solo uno studio ha esaminato la percentuale di bambin3 che si autoidentificano come TGD in un gruppo di età più giovane. Shields *et al.* hanno analizzato i dati di un'indagine condotta nel 2011 su 2.700 studenti tra sesta e ottava classe (approssimativamente tra gli 11 e i 13 anni) in 22 scuole secondarie di primo grado pubbliche di San Francisco (Shields *et al.*, 2013). Trentatré bambin3 si sono autoidentificat3 come TGD rispondendo alla domanda *"Qual è il tuo genere?"*, a cui le risposte possibili erano "femmina, maschio o *transgender*". La percentuale di rispondenti *transgender* è stata dell'1,3%. Tuttavia, questa definizione escluderebbe le persone TGD che si autoidentificano come *non binary* e quelle che non si identificano esplicitamente come *transgender*.

Nel complesso, questi dati indicano che tra gli studi sui sistemi sanitari che si affidavano a codici diagnostici o altre prove documentate nelle cartelle cliniche (Blosnich *et al.*, 2013; Dragon *et al.*, 2017; Ewald *et al.*, 2019; Kauth *et al.*, 2014; Quinn *et al.*, 2017), le percentuali di persone TGD riportate negli ultimi anni (2011-2016) variavano dallo 0,02% allo 0,08%. Al contrario, quando lo stato di persona TGD è stato accertato sulla base di un'autoidentificazione, le proporzioni corrispondenti erano di grandezza superiore e ragionevolmente coerenti tra loro, se gli studi utilizzavano definizioni simili. Quando i sondaggi chiedevano specificamente l'identità

"*transgender*", le stime variavano dallo 0,3% allo 0,5% tra adult3 e dall'1,2% al 2,7% tra bambin3 e adolescenti. Quando la definizione è stata ampliata per includere manifestazioni più ampie della diversità di genere, come l'incongruenza di genere o l'ambivalenza di genere, le proporzioni corrispondenti erano più alte: dallo 0,5% al 4,5% tra adult3 e dal 2,5% all'8,4% tra bambin3 e adolescenti.

Come esaminato altrove (Goodman *et al.*, 2019), un'altra osservazione degna di nota è il continuo aumento sia delle dimensioni che della composizione della popolazione TGD, con l'aumento della percentuale di persone TGD nei Sistemi sanitari, tramite indagini basate sulla popolazione, nonché nei dati sul riconoscimento legale del genere. Le stime più elevate osservate nella letteratura recente supportano alcune delle pubblicazioni precedenti, le quali affermano che la dimensione della popolazione TGD è stata sottostimata negli studi precedenti (Olyslager e Conway, 2008).

Le tendenze a livello temporale nel rapporto tra persone AMAB e AFAB sono state riportate anche in studi che hanno analizzato le impegnative per le cliniche specializzate e i dati dei Sistemi sanitari integrati; questo rapporto è passato da una preponderanza di persone AMAB nei decenni precedenti a una preponderanza di persone AFAB negli ultimi anni, soprattutto tra l3 giovani TGD (Aitken *et al.*, 2015; de Graaf *et al.*, 2018a; 2018b; Steensma *et al.*, 2018; Zhang *et al.*, 2021). La tendenza a una maggiore proporzione di persone TGD nei gruppi di età più giovani, e le differenze legate all'età nel rapporto tra persone AMAB e AFAB, sono probabilmente un "effetto di coorte", il quale rispecchia i progressi sociopolitici, i cambiamenti nelle modalità di invio alle cliniche, un maggiore accesso all'assistenza sanitaria e alle informazioni mediche, uno stigma culturale meno pronunciato e altri cambiamenti che hanno un impatto differenziale tra le generazioni (Ashley, 2019d; Pang *et al.*, 2020; Zhang *et al.*, 2020).

Nonostante i miglioramenti nella qualità degli studi pubblicati, una limitazione significativa della letteratura esistente è la relativa scarsità di pubblicazioni con *peer review* provenienti da regioni al di fuori dell'Europa occidentale o del Nord America. Sebbene alcune delle informazioni rilevanti sulle stime globali possano essere ottenute da rapporti sostenuti dai Governi o da Organizzazioni non governative (Fisher *et al.*, 2019; Kasianchzuk e Trofymenko, 2020), questi documenti possono essere difficili da identificare e valutare sistematicamente finché non vengono inclusi nella letteratura scientifica. Ulteriori ostacoli nell'analisi della distribuzione globale della popolazione TGD includono l'accesso inadeguato ai dati demografici e la sovrarappresentazione delle riviste in lingua inglese nella letteratura mondiale.

Nonostante tali limitazioni, i dati di alta qualità disponibili indicano chiaramente che le persone TGD rappresentano una percentuale considerevole e in crescita della popolazione generale. Sulla base delle evidenze disponibili, tale percentuale può variare da una frazione di punto percentuale a diversi punti percentuali, a seconda dei criteri di inclusione, dall'età e della posizione geografica.

Una stima della proporzione, distribuzione e composizione della popolazione TGD, così come una previsione delle risorse necessarie per soddisfare adeguatamente le esigenze sanitarie delle persone TGD, dovrebbe basarsi su dati di alta qualità raccolti in modo sistematico, i quali sono sempre più disponibili. La raccolta continua e regolare di tali dati è fondamentale per ridurre la variabilità e

minimizzare sovrastime e sottostime nei risultati riportati. Ad esempio, stime notevolmente più accurate e precise saranno possibili quando i centri demografici inizieranno a raccogliere e riportare in modo sistematico i dati sul sesso assegnato alla nascita e sull'identità di genere, inclusi le categorie asessuali e *non binary*, utilizzando il metodo a due *step* ormai ben validato.

La prima stima basata sul censimento è stata pubblicata dall'Ufficio statistico nazionale del Canada. Sulla base dei dati del censimento del 2021, 100.815 individui su 30.5 milioni di canadesi si sono autoidentificat3 come *transgender* o *non-binary*, corrispondenti allo 0,33% della popolazione sopra dei 15 anni (Statistics Canada, 2022). In linea con la letteratura pubblicata, le percentuali di persone *transgender* e non binarie erano significativamente più alte per la Generazione Z (nat3 tra il 1997 e il 2006, 0,79%) e i *millennial* (nat3 tra il 1981 e il 1996, 0,51%) rispetto alla Generazione X (nat3 tra il 1966 e il 1980, 0,19%) e i *baby boomer* (nat3 tra il 1946 e il 1965, 0,19%), nonché per le Generazioni Interbelliche e della *Greatest generation* (nat3 nel 1945 o prima, 0,12%). Sebbene questi risultati rappresentino i dati con la più alta qualità disponibile fino ad oggi, non è chiaro come le proporzioni di popolazione riportate in Canada possano essere confrontate con quelle di altri Paesi. La variabilità nelle definizioni di chi costituisce la popolazione TGD e le differenze nei metodi di raccolta dei dati possono essere ulteriormente ridotte migliorando le collaborazioni internazionali.

CAPITOLO 4. Formazione

Questo capitolo fornisce una *review* della letteratura relativa all'educazione sull'assistenza sanitaria per le persone *transgender e gender diverse* (TGD). Propone raccomandazioni a livello governativo, non governativo, istituzionale e per personale sanitario, con l'obiettivo di aumentare l'accesso a un'assistenza sanitaria professionale e personalizzata. A sua volta, il maggiore accesso dovrebbe migliorare i risultati in termini di salute nella popolazione TGD. Trattandosi di un capitolo inedito degli Standard di Cura dell'Associazione Professionale Mondiale per la Salute delle persone *Transgender* (WPATH), l'intento è quello di gettare le basi per l'area educativa e invitare a una discussione più ampia e approfondita tra educatrici/ori e personale sanitario.

Raccomandazioni

4.1. Raccomandiamo che tutto il personale che lavora nelle Agenzie governative, non governative e private riceva una formazione culturale incentrata sul trattamento dignitoso e rispettoso delle persone *transgender e gender diverse*.
4.2. Raccomandiamo che tutti i membri del personale sanitario ricevano una formazione culturale incentrata sul trattamento dignitoso delle persone *transgender e gender diverse*, sia durante il periodo di formazione in ingresso, che durante la formazione annuale o continua.
4.3. Raccomandiamo alle Istituzioni, che si occupano della formazione del personale sanitario, di sviluppare competenze e obiettivi di apprendimento sulla salute delle persone *transgender e gender diverse*, all'interno di ciascuna delle aree di competenza della loro specializzazione.

Il personale sanitario coinvolto nell'assistenza alle persone *transgender* include un'ampia gamma di specializzazioni. La formazione del personale sanitario varia notevolmente a seconda del Paese o della regione in termini di struttura, abilitazione e politiche. La letteratura pubblicata sulla formazione nell'ambito dell'assistenza sanitaria alle persone TGD proviene prevalentemente da Nord America, Europa, Australia e Nuova Zelanda. Questo capitolo non fornisce una revisione della letteratura sulla formazione per ciascuna disciplina, né delle esigenze specifiche di ciascuna disciplina (che possono essere trovate nei relativi capitoli), né delle esigenze specifiche del sistema di formazione sanitaria di ciascun Paese/regione. Sono necessarie più ricerche e una maggior comprensione sull'intersezione tra i sistemi di formazione sanitaria, l'abilitazione professionale e la salute delle persone *transgender* nel mondo.

Da un punto di vista globale, la formazione relativa ai bisogni sanitari delle persone TGD è essenziale se si vogliono affrontare le disuguaglianze sanitarie nazionali e internazionali. Le competenze a livello culturale sulla comunità TGD continuano a essere carenti. La Banca Mondiale (*World Bank Group*, 2018) segnala l'ampia diffusione di discriminazioni, molestie, violenze e abusi nei confronti delle persone TGD. Afferma, inoltre, che le persone TGD subiscono tassi più alti di violenza e discriminazione. Sebbene molti Paesi ad alto reddito abbiano leggi nazionali contro la discriminazione che includono l'identità di genere tra le caratteristiche da rispettare, la discriminazione sul posto di lavoro, nell'istruzione e nell'assistenza sanitaria, rimane problematica (*World Bank Group*, 2018).

In tutte le specializzazioni, l'offerta formativa di istruzione terziaria — laurea triennale, laurea magistrale, Scuola di specializzazione, o formazione continua — hanno storicamente ignorato la formazione culturale o clinica sulla popolazione TGD. La *Joint Commission* (USA) ha raccomandato alle

Organizzazioni sanitarie di «fornire programmi formativi e forum che supportino le esigenze uniche della comunità LGBT» e di «offrire opportunità educative che affrontino le necessità sanitarie delle persone LGBT» (*The Joint Commission*, 2011). Nonostante ciò, tali indicazioni non sono vincolanti.

A livello individuale, diverse domande richiedono risposte: Quali tipi di interventi educativi possono affrontare efficacemente tematiche quali la transfobia e portare a cambiamenti duraturi?; Quali interventi si traducono in un aumento del numero di personale sanitario in questo settore e del numero di persone TGD che ricevono cure?; L'esperienza clinica aumenta la sicurezza del personale sanitario nel tempo?; Quali interventi formativi portano a un miglioramento dei risultati di salute nella popolazione TGD?; se sì, quando e come questi interventi hanno ottenuto questo risultato?

Sebbene le professioni sanitarie abbiano iniziato a incorporare la salute delle persone TGD nella formazione a vari livelli formativi, utilizzando diverse modalità, questi sforzi differiscono da una professione sanitaria all'altra e non sono né sistematici né di natura sistematica (Brennan *et al.*, 2012; Chinn, 2013; Eliason *et al.*, 2010; Lim *et al.*, 2015; Obedin-Maliver *et al.*, 2011; Rondahl, 2009).

L'obiettivo finale è quello di ottenere umiltà culturale[7] e apprezzare l'intersezionalità dell'essere umano. Detto ciò, questo appello iniziale alla formazione si concentra sulla costruzione della consapevolezza e della competenza culturale che attualmente sono deboli o inesistenti in gran parte del mondo.

Tutte le affermazioni contenute in questo capitolo sono state proposte sulla base di un'approfondita revisione delle evidenze scientifiche, di un *assessment* dei benefici e dei danni, dei valori e delle preferenze dell3 operator3 sanitar3 e dell3 pazienti, nonché dell'utilizzo delle risorse e della loro applicabilità. In alcuni casi, riconosciamo che le evidenze sono limitate e/o che i servizi potrebbero non essere accessibili o desiderabili.

<u>Raccomandazione 4.1.</u>

Raccomandiamo che tutto il personale che lavora nelle Agenzie governative, non governative e private riceva una formazione culturale incentrata sul trattamento dignitoso e rispettoso delle persone *transgender e gender diverse*.

L'articolo 1 della Dichiarazione universale dei diritti umani delle Nazioni Unite afferma: «Tutti gli esseri umani nascono liberi ed eguali in dignità e diritti» (Nazioni Unite, 1948). Solo di recente questa affermazione fondamentale ha riconosciuto che i diritti delle persone TGD sono diritti umani (UNOCHR, 2018).

A livello globale, la formazione a tutti i livelli sulla comunità TGD continua a essere carente. Nel 2002, solo il 3% delle aziende *Fortune 500* prevedeva una protezione antidiscriminatoria per dipendenti TGD. Inoltre, nessuna offriva una copertura assicurativa per l'assistenza sanitaria per l'affermazione di genere (*Human Rights Campaign Foundation*, 2017). Nel 2022, il 91% delle aziende *Fortune 500* includeva l'identità di genere nelle politiche di non discriminazione degli Stati Uniti e il 66% offriva una copertura sanitaria inclusiva per le persone TGD. Tuttavia, solo il 72% fornisce una formazione all3 dipendenti sulle conoscenze culturali della comunità LGBTQ (*Human Rights Campaign Foundation*, 2022); questa mancanza favorisce la discriminazione.

L'insieme di queste incoerenze influisce negativamente sulla salute degli individui e delle comunità, esacerbando le

[7] N.d.T.: con l'espressione "umiltà culturale" si intende fare riferimento a un processo di autoriflessione e autocritica in cui l'individuo apprende la cultura di un altro e prende in esame le proprie convinzioni e identità culturali.

disparità e le disuguaglianze sanitarie. In Gran Bretagna, solo il 28% dell3 lavorator3 TGD ritiene che l3 dirigenti si impegnino per i pari diritti per le persone TGD e solo il 21% dell3 dipendenti TGD prenderebbe in considerazione la possibilità di denunciare molestie a sfondo transfobico sul lavoro (Stonewall, 2018). Tra chi si dichiara TGD sul lavoro, il 34% è stat3 escluss3 da colleghe3, il 35% è stat3 maltrattat3 da utenti, mentre al 24% è stata negata una promozione a causa della loro identità di genere e, infine, l'11% è stato licenziato (Stonewall, 2018). La Banca Mondiale ha dichiarato che nell'Europa sudorientale sono diffuse discriminazioni, molestie, violenze e abusi. Ha inoltre evidenziato che le persone TGD in quella regione hanno subito i tassi più elevati di violenza e discriminazione. Spesso queste discriminazioni non sono state denunciate: il 60% delle persone non ha presentato denuncia per timore che non sarebbe stata presa in considerazione, per paura di ulteriori discriminazioni o di essere ridicolizzat3 e per il timore di subire *outing* (*World Bank Group*, 2018). Sebbene molti Paesi di questa regione abbiano leggi nazionali contro la discriminazione, che includono l'identità di genere tra le caratteristiche da rispettare, la discriminazione sul posto di lavoro, nell'istruzione e nell'assistenza sanitaria rimane problematica (*World Bank Group*, 2018). In questi Paesi, garantire i diritti della popolazione TGD è responsabilità delle Agenzie governative, non governative e private. Esse, sono quindi obbligate a trovare modalità per ridurre la discriminazione e lo stigma — una di queste è l'educazione. Le culture locali che promuovono atteggiamenti anti-TGD sono spesso una barriera a questa necessaria educazione. Sebbene i corsi di formazione sulle competenze culturali abbiano portato a risultati discutibili, Shepherd (2019) raccomanda di fornire una formazione sulle conoscenze culturali che dia priorità alle problematiche delle culture locali, focalizzata su valori quali l'apertura mentale, il non giudizio e la ricettività; infatti, questo approccio potrebbe ottenere i risultati desiderati. L'implementazione della formazione sulle conoscenze culturali richiede una *leadership* disposta a dare priorità alla formazione, ma anche a dedicare tempo, denaro e capitale umano all'erogazione sia della formazione iniziale che continua.

Raccomandazione 4.2.

Raccomandiamo che tutti i membri del personale sanitario ricevano una formazione culturale incentrata sul trattamento dignitoso delle persone *transgender e gender diverse*, sia durante il periodo di formazione in ingresso, che durante la formazione annuale o continua.

In tutte le specializzazioni, l'offerta formativa di istruzione terziaria – laurea triennale, laurea magistrale, specializzazione o formazione continua – ha storicamente ignorato la formazione culturale o clinica sulla popolazione TGD. I fattori che contribuiscono a questa mancanza di inclusione comprendono la mancanza di conoscenza, di esperienza e di dimestichezza con l'argomento da parte dell3 docenti; i pregiudizi dell3 docenti; lo spazio limitato all'interno dei *curriculum* esistenti e la mancanza di indicazioni su come integrare tali argomenti (McDowell e Bower, 2016).

La ricerca sull'assenza e sulla necessità di tale formazione non si occupa specificamente dei problemi di salute delle persone TGD. Piuttosto, la letteratura esistente inserisce la formazione sulla salute delle persone TGD all'interno di una discussione più ampia sulla mancanza di formazione culturale e di competenze cliniche incentrate sulle persone LGBTQ. Ad esempio, i programmi di Laurea triennale in Infermieristica includono solo una media di 2,12 ore di lezione sulla salute LGBTQ (Lim *et al.*, 2015). Si può ipotizzare che il tempo dedicato alle tematiche specifiche della salute delle persone TGD costituisca solo una frazione di questo tempo.

La mancanza di formazione sulle competenze culturali e cliniche delle persone

TGD è una carenza nota da tempo nella formazione sanitaria (Aldridge *et al.*, 2021). Negli Stati Uniti, l'*Healthy People 2020* del Dipartimento della Salute e dei Servizi Sociali (*United States Department of Health and Human Services*, 2013, 10 aprile), la *National Academy of Medicine* (2011) e la *Joint Commission* (2011) hanno riconosciuto che l'assenza di formazione ha un impatto negativo sulle possibilità delle persone LGBTQ, comprese quelle TGD, di ottenere cure adeguate e necessarie dal punto di vista medico. La Commissione per le donne e le pari opportunità della Camera dei comuni del Regno Unito ha riscontrato che la mancanza di formazione contribuisce alle disparità a livello sanitario per le persone TGD nel Servizio sanitario nazionale (*House of Commons Women and Equalities Committee*, 2015, 8 dicembre). Questa assenza di formazione sanitaria è stata riscontrata in molti Paesi, tra cui Stati Uniti (Obedin-Maliver *et al.*, 2011), Regno Unito (Tollemache *et al.*, 2021), Sudafrica (de Vries *et al.*, 2020; Taylor *et al.*, 2018; Wilson *et al.*, 2014), Canada (Bauer *et al.*, 2014), Australia (Riggs e Bartholomaeus, 2016), Svezia, Spagna, Serbia, Polonia (Burgwal *et al.*, 2021) e Pakistan (Martins *et al.*, 2020).

Oltre all'ampliamento del *curriculum*, Shepherd (2022) afferma che sono necessarie componenti cliniche e organizzative per migliorare le visite mediche e la soddisfazione dell'utenza. A livello organizzativo, deve essere sia fattibile che pratico a livello territoriale (Shepherd, 2022). A livello individuale, invece, oltre alla formazione, il personale sanitario dovrebbe concentrarsi su valori quali l'apertura mentale, il non giudizio e la ricettività (Shepherd, 2018).

Raccomandazione 4.3.

Raccomandiamo alle Istituzioni, che si occupano della formazione del personale sanitario, di sviluppare competenze e obiettivi di apprendimento sulla salute delle persone *transgender e gender diverse*, all'interno di ciascuna delle aree di competenza della loro specializzazione.

Ogni professione sanitaria ha le proprie Istituzioni educative, amministrative e di abilitazione, che variano a seconda del Paese e della specializzazione all'interno della professione. Ad oggi, risulta che nessuna delle principali Organizzazioni professionali sanitarie, delle Istituzioni educative o degli Enti preposti al rilascio dell'abilitazione professionale richiedano una formazione sulla salute delle persone TGD. Sebbene queste organizzazioni raccomandino sempre più spesso di includere nella formazione la salute delle persone LGBTQI, raramente specificano quali siano le competenze, le abilità o gli obiettivi di apprendimento per lavorare con le persone TGD all'interno della loro specializzazione. Il materiale pubblicato sulla formazione professionale in materia di salute delle persone TGD si concentra principalmente su infermieristica, medicina e salute mentale e proviene prevalentemente da Nord America, Europa, Australia e Nuova Zelanda. È essenziale una maggiore comprensione della salute degli individui TGD, dei sistemi di formazione professionale medico-sanitaria e dei requisiti a livello globale.

Nonostante la crescente visibilità delle persone TGD, l'accesso a personale sanitario informato e competente da un punto di vista culturale rimane una necessità impellente in tutto il mondo (James *et al.*, 2016; Lerner *et al.*, 2020; Müller, 2017).

La mancanza di personale sanitario competente è una delle principali barriere alle cure per le persone *transgender* (Puckett *et al.*, 2018; Safer *et al.*, 2016) e contribuisce a creare grandi disparità sanitarie (Giffort e Underman, 2016; Reisman *et al.*, 2019). La mancanza di un'adeguata formazione professionale in materia di salute delle persone TGD è un problema globale (Do e Nguyen, 2020; Martins *et al.*, 2020; Parameshwaran *et al.*, 2017) presente a tutti i livelli di formazione (Dubin *et al.*, 2018), discipline sanitarie (Glick *et al.*, 2020; Gunjawate *et al.*, 2020; Johnson e Federman,

2014) e specializzazioni mediche (Fung *et al.*, 2020; Korpaisarn e Safer, 2018).

Gli studi condotti finora si basano su campioni di dimensioni ridotte, coinvolgono una formazione *una tantum*, includono diverse specializzazioni a vari livelli di carriera. Spesso si concentrano su risultati a breve termine e generalmente coprono tutti gli argomenti inerenti alla comunità LGBTQI anziché focalizzarsi specificatamente sulle persone TGD, le cui esperienze sono solitamente acquisite dopo l'abilitazione e non sono al centro della maggior parte degli attuali interventi educativi studiati (Dubin *et al.*, 2018).

Per implementare con successo le Raccomandazioni, le Istituzioni potrebbero dover considerare: 1) approcci sistemici e sistematici per lo sviluppo e l'attuazione delle competenze in tutte le discipline sanitarie durante l'intera carriera professionale; 2) valutazioni standardizzate coinvolgendo la comunità TGD durante il processo di formazione; e 3) assegnazione di risorse, incluso docenti formato e tempo, in linea con gli obiettivi di apprendimento chiari e condivisi (Dubin *et al.*, 2018; Pratt-Chapman, 2020). Inoltre, le valutazioni di questi interventi non dovrebbero concentrarsi solo sui risultati, ma dovrebbero cercare di comprendere come, quando e perché questi risultati si manifestano (Allen, Hay e Palermo, 2021).

CAPITOLO 5. *Assessment* dell3 adult3

Questo capitolo fornisce una guida per l'*assessment* dell3 adult3 *transgender e gender diverse* (TGD) che richiedono trattamenti medici e/o chirurgici per l'affermazione di genere (GAMST: *gender-affirming medical and/or surgical treatments*), per allineare al meglio il loro corpo alla loro identità di genere (vedi cap. 2, par. 2.1.).

Le persone TGD adult3 sono individui che hanno raggiunto o superato la maggiore età nella loro nazione e che presentano una qualche forma di diversità di genere. Alcuni elementi del capitolo sull3 adolescenti, compresa l'importanza del coinvolgimento dei genitori/*caregiver*, possono essere rilevanti anche per la cura dell3 giovani adult3, anche se hanno superato la maggiore età.

Questo capitolo prende in considerazione tutte le forme di identità di genere e transizioni, inclusi, ma non limitati a: uomo, donna, persone *gender diverse*, *non-binary*, *agender* ed eunuche. La popolazione di adult3 TGD è eterogenea e varia, sia in base alle esigenze cliniche, che alle situazioni biologiche, psicologiche e sociali, nonché nel loro accesso all'assistenza sanitaria. Pertanto, qualsiasi *assessment* dei GAMST dovrà essere adattato sulla base di conoscenze scientifiche, cliniche e comunitarie dell'identità di genere del soggetto, nonché alle circostanze locali. Questo capitolo riconosce che gli individui possono sperimentare diversi livelli di controlli e normative a livello locale, quando lo Stato o altri forniscono assistenza sanitaria.

L'identità di genere di un individuo è un'identificazione e un'esperienza interna. Il ruolo di chi fa l'*assessment* è quello di valutare la presenza di incongruenze di genere e di identificare eventuali problemi associati di salute mentale, di offrire informazioni sui GAMST, di sostenere la persona TGD nel considerare gli effetti/rischi dei GAMST, di valutare se la persona TGD ha la capacità di comprendere il trattamento che le viene offerto e se questo può essere di beneficio. Chi effettua l'*assessment* può anche aiutare la persona TGD a prendere in considerazione scelte che potrebbero portare miglioramenti ai risultati della GAMST. L'approccio all'*assessment* per i GAMST descritto in questo capitolo riconosce il vissuto e la conoscenza di sé della persona TGD e la conoscenza clinica del personale sanitario che la valuta. Di conseguenza, con questo approccio, la decisione di procedere con i GAMST è condivisa tra la persona TGD e il personale sanitario ed entramb3 svolgono un ruolo chiave nel processo decisionale collaborativo.

Alcuni sistemi utilizzano un modello di assistenza per le persone TGD adulte che desiderano sottoporsi ai GAMST che dà la priorità alla decisione della persona TGD, con il personale sanitario che agisce come consulente, a meno non ci siano gravi controindicazioni. Questi modelli sono utilizzati quando si considera la terapia ormonale e/o la chirurgia e sono spesso chiamati modelli di "consenso informato" (Deutsch, 2011; 2016a). Molti di questi modelli utilizzano un *assessment* abbreviato, che si concentra principalmente sulla capacità di una persona TGD di firmare il consenso informato e dare informazioni sui GAMST per fare in modo che possa prendere consapevolmente le decisioni mediche. Esiste una significativa differenza tra tali modelli tra giurisdizioni, i sistemi e il personale sanitario (Deutsch, 2011; Morenz *et al.*, 2020). I modelli di consenso informato sono stati utilizzati per deltempo per la prescrizione di ormoni in molti contesti locali.

Questo capitolo intende offrire una guida globale e flessibile, la quale deve essere adattata alle circostanze locali. L3

operatorɜ sanitarɜ dovranno stabilire quali approcci di *assessment* rispondono meglio alle esigenze dei loro contesti. L'analisi di questi approcci è meglio se svolta in collaborazione con le persone TGD.

Raccomandazioni

5.1. Raccomandiamo che lɜ operatorɜ sanitarɜ che si occupano delll'*assessment* per adultɜ *transgender e gender diverse* che desiderano accedere ai trattamenti per l'affermazione di genere:

5.1.a. Siano autorizzatɜ dall'Organo statuario di riferimento e siano in possesso, come minimo, di una Laurea magistrale o di una formazione equivalente in un campo clinico rilevante per questo ruolo, rilasciata da un'Istituzione accreditata a livello nazionale.

5.1.b. Nei Paesi che richiedono una diagnosi per l'accesso alle cure, il personale sanitario deve essere in grado di utilizzare l'ultima edizione della *Classificazione Internazionale delle Malattie e dei problemi correlati (ICD-11*) dell'Organizzazione Mondiale della Sanità per la diagnosi. Nei Paesi che non hanno implementato l'ultima edizione dell'ICD, si possono utilizzare altre classificazioni; è necessario, però, attivarsi per utilizzare l'ultima edizione dell'ICD non appena possibile.

5.1.c. Siano in grado di identificare problemi di salute psicologica o altri problemi psicosociali coesistenti, e di distinguerli dalla disforia di genere, dall'incongruenza di genere e dalla diversità di genere.

5.1.d. Siano in grado di valutare la capacità di acconsentire alle cure.

5.1.e. Abbiano esperienza o siano qualificatɜ per l'assessment di aspetti clinici della disforia di genere, dell'incongruenza di genere e della diversità di genere. Per il testo di supporto, si veda la Dichiarazione 6.1.f.

5.1.f. Seguano una formazione continua in materia di assistenza sanitaria relativa alla disforia di genere, incongruenza di genere e diversità di genere.

5.2. Suggeriamo che il personale sanitario che si occupa dell'*assessment* di adultɜ *transgender e gender diverse*, in cerca di un trattamento di conferma del genere, si metta in contatto con professionistɜ di diverse discipline nel campo della salute delle persone TGD per consultazioni e rinvii, se necessario.

Le seguenti Raccomandazioni riguardano i requisiti per il trattamento medico e chirurgico per l'affermazione di genere (dovrebbero essere soddisfatti tutti i requisiti)

5.3. Raccomandiamo al personale sanitario che si occupa dell'assessment di adultɜ *transgender e gender diverse* per il trattamento medico e chirurgico di affermazione del genere di:

5.3.a. Raccomandare il trattamento medico di affermazione di genere richiesto da una persona TGD solo quando l'esperienza di incongruenza di genere è marcata e prolungata.

5.3.b. Assicurarsi del soddisfacimento dei criteri diagnostici prima di iniziare i trattamenti di conferma del genere nelle nazioni in cui la diagnosi è necessaria per accedere all'assistenza sanitaria.

5.3.c. Identificare ed escludere altre possibili cause, che possono manifestarsi come incongruenza di genere, prima dell'inizio dei trattamenti per l'affermazione di genere.

5.3.d. Assicurarsi che tutte le condizioni di salute mentale che potrebbero avere un impatto negativo sull'esito dei trattamenti medici di affermazione di genere siano valutate, discutendo rischi e benefici, prima di prendere una decisione in merito ai trattamenti.

5.3.e. Assicurarsi che qualsiasi condizione di salute fisica, che potrebbe avere un impatto negativo sull'esito dei trattamenti medici di affermazione di genere sia valutata, discutendone rischi e benefici, prima di prendere una decisione in merito al trattamento.

5.3.f. Valutare la capacità di acconsentire alle specifiche terapie per l'affermazione di genere prima di iniziare tali terapie.

5.3.g. Valutare la capacità dellɜ adultɜ *transgender e gender diverse* di comprendere gli effetti del trattamento di affermazione di genere sulla riproduzione ed esplorare le opzioni riproduttive con l'individuo prima dell'inizio del trattamento.

5.4. Suggeriamo che, come parte dell'*assessment* per il GAMST, i personale sanitario che ha competenze nell'*assessment* delle persone *transgender e gender diverse* consideri, discuta insieme all'individuola transizione sociale.

5.5. Raccomandiamo che lɜ adultɜ TGD che soddisfano i criteri per i GAMST richiedano un parere per l'inizio di questi trattamenti da parte di unə singolə professionistə che abbia competenze nell'*assessment* delle persone TGD che desiderano i GAMST.

5.6. Suggeriamo al personale sanitario che si occupa dell'*assessment* delle persone TGD che desiderano sottoporsi a gonadectomia, di prevedere un periodo minimo di 6 mesi dall'inizio della terapia ormonale prima di un intervento chirurgico irreversibile (a meno che gli ormoni non siano indicati da un punto di vista medico per l'individuo).

5.7. Raccomandiamo al personale sanitario che si occupa dell'*assessment* delle persone adulte che desiderano la detransizione e che richiedono trattamenti ormonali, interventi chirurgici o entrambi, di adoperare un *assessment* multidisciplinare che includa ulteriori punti di vista da parte di personale sanitario esperto nella salute delle persone TGD e che nell'*assessment* consideri, insieme all'individuo, la transizione sociale come parte del processo di *assessment*.

Poiché il termine TGD racchiude una vasta gamma di identità ed espressioni di genere, le cui persone hanno esigenze diverse in materia di GAMST, non esiste un unico processo di *assessment* che si adatti a tutt3 o a tutte le situazioni. Alcune persone TGD possono avere bisogno di un processo di *assessment* relativamente breve per i GAMST. Per gli individui TGD adult3 con una situazione complessa o per coloro che richiedono trattamenti meno comuni o con evidenze scientifiche limitate, saranno necessarie valutazioni più complete con diversi membri di un'*équipe* multidisciplinare. Le valutazioni possono essere effettuate in presenza o tramite telemedicina. Sebbene in alcuni casi siano stati utilizzati strumenti di *assessment* psicometrici, essi non costituiscono una parte obbligatoria dell'*assessment* per i GAMST. La consulenza o la psicoterapia possono essere utili se richieste da una persona TGD. La consulenza o la psicoterapia, specificamente incentrate sull'identità TGD, non sono un requisito per l'*assessment* o l'avvio dei GAMST. L'esame genitale non è un prerequisito per l'inizio dei GAMST e dovrebbe essere eseguito solo quando clinicamente indicato.

I GAMST possono essere erogati in diversi contesti, questi dipendono dai sistemi di assistenza sanitaria disponibili in ciascuna nazione e possono includere l'assistenza sanitaria nazionale/pubblica, il settore privato, l'assistenza sanitaria comunitaria e le istituzioni caritatevoli. Le circostanze locali e regionali possono quindi influenzare la disponibilità di assistenza sanitaria. Indipendentemente dal contesto, l'assistenza sanitaria offerta alle persone TGD dovrebbe essere della massima qualità possibile. La WPATH raccomanda che l'*assessment* e il trattamento debbano essere prontamente disponibili. Infatti, l'accesso all'*assessment* e al trattamento per le persone TGD che richiedono i GAMST è fondamentale, data la chiara necessità medica di questi interventi e i profondi benefici che offrono alle persone TGD (Aldridge *et al.*, 2020; Byne *et al.*, 2012). Le indicazioni contenute in questo capitolo dovranno essere adattate in base alle circostanze locali, individuali, cliniche e sociali.

Le affermazioni che seguono si basano su una significativa letteratura scientifica, che dimostra il forte impatto positivo dell'accesso ai GAMST; sulle evidenze empiriche disponibili; su un favorevole rapporto rischio/beneficio e su quelle che sono considerate le migliori pratiche professionali. L'evidenza empirica per l'*assessment* degli individui TGD adult3 è limitata, essa include principalmente un approccio di *assessment* che utilizza criteri specifici esaminati da personale sanitario in stretta collaborazione con dell3 adult3 TGD e non include studi clinici controllati randomizzati o ricerche longitudinali di lunga durata (Olsen-Kennedy *et al.*, 2016). Ciò è comprensibile data la complessità e le considerazioni etiche legate all'assegnazione dell3 pazienti bisognos3 di cure a diversi gruppi di *assessment*, e alla mancanza di fondi per la ricerca e di altre risorse per valutare gli esiti a lungo termine degli approcci valutativi.

La creazione di questa guida è stata un'impresa complessa. I criteri di questo capitolo sono stati significativamente rivisti rispetto ai *SOC-7* per ridurre i requisiti e le barriere non necessarie per l'accesso alle cure. Si spera che le ricerche future esplorino l'efficacia di questo modello, nonché l'evoluzione dei modelli di *assessment* per la terapia ormonale e per la chirurgia, così da consentire continui miglioramenti.

Tutte le affermazioni contenute in questo capitolo sono state proposte sulla base di un'approfondita revisione delle evidenze scientifiche, di un *assessment* dei benefici e dei danni, dei valori e delle

preferenze dell3 operator3 sanitar3 e dell3 pazienti, nonché dell'utilizzo delle risorse e della loro applicabilità. In alcuni casi, riconosciamo che le evidenze sono limitate e/o che i servizi potrebbero non essere accessibili o desiderabili.

Dichiarazione 5.1.

Raccomandiamo che l3 operator3 sanitar3 che si occupano dell'assessment per adult3 *transgender e gender diverse* che desiderano accedere ai trattamenti per l'affermazione di genere:

Dichiarazione 5.1.a.

Siano autorizzat3 dal loro organo statuario di riferimento e siano in possesso, come minimo, di una Laurea magistrale o di una formazione equivalente in un campo clinico rilevante per questo ruolo, rilasciata da un'Istituzione statutaria accreditata a livello nazionale.

Le persone TGD, così come tutti coloro che richiedono cure sanitarie, dovrebbero accedere a un livello di assistenza paragonabile a quello garantito a tutte le persone usufruenti dei servizi sanitari, garantendo la massima qualità possibile. (Principi di Yogyakarta, 2017). Poiché ciò varia in tutto il mondo, la natura dellə professionistə che completa un *assessment* per i GAMST varierà in base alla natura dell'assistenza sanitaria nel contesto locale e ai requisiti normativi stabiliti dagli ordini professionali e dagli albi professionali. È importante che l'assistenza sanitaria fornita includa un *assessment* condotto da personale sanitario competente, legalmente abilitato, che abbia le competenze per identificare l'incongruenza di genere, le condizioni che possono essere scambiate per incongruenza di genere e che possa supportare la persona TGD durante il processo di *assessment* (RCGP, 2019). L3 valutatrici/ori devono potersi rivolgere al personale sanitario autorizzato a fornire GAMST.

Il personale sanitario deve avere almeno un Diploma di Laurea magistrale in un campo clinico correlato alla salute delle persone TGD, o un'ulteriore formazione clinica equivalente ed essere legalmente abilitato; ad esempio, professionistə della salute mentale, medicə di medicina generale, infermierə o altro personale sanitario qualificato. In alcuni contesti, unə operatorə sanitario, con un livello di qualifica inferiore, può operare sotto la supervisione clinica di personale sanitario qualificato che si assume la responsabilità clinica finale della qualità e dell'accuratezza dell'*assessment* per i GAMST[8].

Accedere a personale sanitario competente, abilitato e con esperienza nell'*assessment* dei GAMST, può talvolta essere difficile. Di conseguenza, per garantire la continuità dell'assistenza e ridurre al minimo le lacune nell'accesso all'assistenza o i ritardi significativi (ad esempio, una lunga lista d'attesa) può essere necessario che il personale sanitario qualificato, ma non esperto, fornisca assistenza ed effettui l'*assessment* di una persona TGD per i GAMST. È di fondamentale importanza evitare ritardi inutili; tuttavia, le persone TGD dovrebbero essere sostenute nell' ottenere cure da personale sanitario esperto il prima possibile (RCGP, 2019).

La pratica consolidata richiede la capacità di identificare e diagnosticare l'incongruenza di genere (Hembree *et al.*, 2017; Reed *et al.*, 2016; T'Sjoen *et al.*, 2020) e la capacità di identificare le differenze o le condizioni che possono essere scambiate per incongruenza di genere (Byne *et al.*, 2018; Dhejne *et al.*, 2016; Hembree *et al.*, 2017). La prassi consolidata sottolinea, inoltre, la

[8] Per ulteriori informazioni si veda il capitolo 4.

necessità di una formazione continua nell'*assessment* e nell'erogazione di cure alle persone TGD (*American Psychological Association*, 2015; T'Sjoen *et al.*, 2020)[9].

Dichiarazione 5.1.b.

Nei Paesi che richiedono una diagnosi per l'accesso alle cure, il personale sanitario deve essere in grado di utilizzare l'ultima edizione della Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD-11) dell'Organizzazione Mondiale della Sanità. Nei Paesi che non hanno implementato l'ultima edizione dell'ICD, si possono utilizzare altre tassonomie; è necessario, però, attivarsi per utilizzare l'ultima edizione dell'ICD non appena possibile.

In alcune nazioni, può essere necessaria una diagnosi di incongruenza di genere per accedere ai GAMST (come descritto di seguito). Il personale sanitario che effettua la diagnosi per persone TGD in queste nazioni dovrebbe essere in grado di diagnosticare l'incongruenza di genere utilizzando il sistema di classificazione più aggiornato, così da consentire alle persone TGD di accedere ai GAMST. L'*ICD-11* (World Health Organization, 2019a) è un sistema di classificazione che si concentra sull'identità vissuta della persona TGD e su qualsiasi necessità di GAMST, e non considera l'identità TGD come una malattia mentale.

Dichiarazione 5.1.c.

Siano in grado di identificare problemi di salute psicologica o altri problemi psicosociali coesistenti, e di distinguerli dalla disforia di genere, dall'incongruenza di genere e dalla diversità di genere.

La diversità di genere è una variazione naturale delle persone e non è intrinsecamente patologica (*American Psychological Association*, 2015). Tuttavia, è preferibile che l'*assessment* sia effettuato da personale sanitario che abbia esperienza nel campo della salute mentale, al fine di identificare le condizioni che possono essere confuse per incongruenza di genere. Tali condizioni sono rare e, quando presenti, sono spesso di natura psicologica (Byne *et al.*, 2012; 2018; Hembree *et al.*, 2017).

La necessità di includere personale sanitario con una certa esperienza nel campo della salute mentale non richiede l'inclusione di figure quali psicologə, psichiatra o assistente sociale durante ogni *assessment*. Al contrario, medic3 di medicina generale, infermier3 o altro personale sanitario qualificato potrebbero soddisfare questo requisito se hanno competenze sufficienti per identificare l'incongruenza di genere, riconoscere i problemi di salute psicologica, distinguere tra questi problemi e la disforia di genere, l'incongruenza di genere e la diversità di genere. Inoltre, è necessario che siano in grado di assistere la persona TGD nella pianificazione delle cure e nella preparazione per i GAMST e indirizzarla verso unə professionistə della salute mentale (PSM), se necessario. Come discusso in modo più approfondito nel capitolo sulla salute mentale, l3 PSM hanno un ruolo importante da svolgere nella cura delle persone TGD. Ad esempio, il pregiudizio e la discriminazione subiti da alcune persone TGD (Robles *et al.*, 2016) possono portare a depressione, ansia o al peggioramento di altre condizioni di salute mentale. In questi casi, unə PSM può diagnosticare, chiarire e trattare le condizioni di salute mentale. L3 PSM e ulteriori esperts in salute mentale sono in grado di effettuare l'*assessment* per i GAMST e di supportare le persone TGD che necessitano o richiedono un intervento o un supporto nella sfera della salute mentale durante la transizione[10].

[99] Per ulteriori informazioni si veda il cap. 4.

[10] Per ulteriori informazioni v. capitolo 18.

Dichiarazione 5.1.d.

Siano in grado di valutare la capacità di acconsentire alle cure.

Un *assessment* per l'accesso ai GAMST deve includere un esame della capacità della persona TGD di acconsentire al trattamento proposto. Il consenso richiede la capacità cognitiva di comprendere i rischi e i benefici di un trattamento e i potenziali esiti negativi e positivi. Richiede, inoltre, la capacità di ricordare tali informazioni per prendere una decisione (utilizzando ausili, se necessario) e la capacità cognitiva di usare tale conoscenza per prendere una decisione informata (*American Medical Association*, 2021; Applebaum, 2007).

Alcuni individui TGD saranno in grado di concedere immediatamente il consenso durante l'*assessment*. Altre persone, invece, potrebbero necessitare di un processo più lungo per concedere il consenso tramite una discussione continuativa e la pratica delle competenze decisionali mediche. La presenza di malattie psichiatriche o sintomi di problemi della salute mentale non costituiscono un ostacolo ai GAMST, a meno che la malattia psichiatrica o i sintomi legati alla salute mentale non influiscano sulla capacità della persona TGD di acconsentire al trattamento specifico richiesto o sulla sua capacità di ricevere il trattamento. Questo è particolarmente importante perché è stato riscontrato che i GAMST riducono la sintomatologia legata alla salute mentale delle persone TGD (Aldridge *et al.*, 2020).

I sistemi sanitari possono prendere in considerazione i GAMST per le persone che potrebbero non essere in grado di concedere direttamente il proprio consenso, qualora unə tutorə legale o amministratorə di sostegno conceda il consenso e confermi che il trattamento proposto sia in linea con le esigenze i desideri dell'individuo TGD.

Dichiarazione 5.1.e.

Abbiano esperienza o siano qualificatɜ per l'assessment di aspetti clinici della disforia di genere, dell'incongruenza di genere e della diversità di genere. Per il testo di supporto, vedere la dichiarazione 6.1.f.

Dichiarazione 5.1.f.

Seguano una formazione continua in materia di assistenza sanitaria relativa alla disforia di genere, all'incongruenza di genere e alla diversità di genere.

Come in qualsiasi altra area della pratica clinica, è fondamentale che il personale sanitario, che fornisce l'*assessment* per l'inizio dei GAMST, sia competente ed esperto nell'assistenza sanitaria delle persone TGD. Se questo non è possibile nel contesto locale, il personale sanitario che fornisce l'*assessment* dovrebbe lavorare a stretto contatto con personale esperto e competente. Nell'ambito della loro pratica clinica, lɜ operatorɜ sanitarɜ dovrebbero impegnarsi a seguire una formazione continua sull'assistenza sanitaria alle persone TGD, diventare membri di organismi professionali pertinenti, partecipare a incontri professionali pertinenti, *workshop* o seminari, consultarsi con espertɜ e/o stringere rapporti con la comunità TGD. Questo è particolarmente importante per l'assistenza sanitaria alle persone TGD, poiché si tratta di un campo relativamente nuovo e le conoscenze e la terminologia sono in continua evoluzione (*American Psychological Association*, 2015; Thorne *et al.*, 2019). Pertanto, è essenziale per coloro che partecipano all'*assessment* per i GAMST mantenersi aggiornatɜ nelle tematiche legate alla salute delle persone TGD.

Dichiarazione 5.2

Suggeriamo che il personale sanitario che si occupa dell'assessment di adultɜ *transgender e gender diverse*, che richiedono

un trattamento di conferma del genere, si metta in contatto con professionist3 di diverse specializzazioni nel campo della salute delle persone TGD per consultazioni e rinvii, se necessario.

Se necessario, e se possibile, l'*assessment* per l'accesso ai GAMST dovrebbe essere condotto da un'*équipe* multidisciplinare (Costa *et al.*, 2018; Hembree *et al.*, 2017; Karasic e Fraser, 2018; T'Sjoen *et al.*, 2020), l3 cui componenti abbiano contatti tempestivi e adeguati tra loro. Questo potrebbe includere unə PSM, unə endocrinologə, unə medicə di medicina generale, unə chirurgə, unə specialista della voce e della comunicazione, unə *peer navigator*[11] TGD e altre figure. In alcuni casi, un'*équipe* multidisciplinare potrebbe non essere necessaria; tuttavia, se dovesse essere necessaria, sarebbe fondamentale che il personale sanitario sia in grado di contattare l3 colleghə delle diverse specializzazioni in modo tempestivo per completare l'*assessment* per i GAMST e supportare al meglio le esigenze della persona TGD. È inoltre fondamentale che le persone TGD siano supportate con appuntamenti di *follow-up* con qualsiasi operatorə sanitariə coinvoltə durante l'*assessment* per i GAMST, prima, durante e dopo l'inizio dei trattamenti per l'affermazione del genere.

Le seguenti raccomandazioni riguardano i requisiti per i trattamenti medici e chirurgici di affermazione di genere (dovrebbero essere soddisfatti tutti i requisiti).

Dichiarazione 5.3

Raccomandiamo al personale sanitario che occupa dell'assesment di adult3 *transgender e gender diverse* per il trattamento medico e chirurgico di affermazione del genere:

Dichiarazione 5.3.a.

Raccomandare il trattamento medico di conferma del genere richiesto da una persona TGD solo quando l'esperienza di incongruenza di genere è marcata e duratura.

Per accedere ai GAMST, l'incongruenza di genere di una persona TGD deve essere marcata e duratura. Questo può includere il bisogno di GAMST e il desiderio di essere riconosciuta come persona del genere esperito. Di conseguenza, è importante considerare la natura, la durata e la persistenza dell'incongruenza di genere. Ciò può includere fattori quali il cambio di nome e dei documenti identificativi, comunicare ad altri il proprio genere, documentazione sanitaria o cambiamenti nell'espressione di genere. Tuttavia, un'incongruenza di genere marcata e sostenuta può presentarsi anche in assenza di *coming out* da parte della persona TGD (Brumbaugh-Johnson e Hull, 2019; Saeed *et al.*, 2018; Sequeira *et al.*, 2020). Un cambiamento brusco o superficiale dell'identità di genere o la mancanza di persistenza non sono sufficienti per avviare trattamenti di affermazione di genere; pertanto, si raccomanda un ulteriore *assessment*. In tali circostanze, un *assessment* continuo è utile per garantire la costanza e la persistenza dell'incongruenza di genere prima di iniziare i GAMST.

Sebbene debba essere presente un'incongruenza di genere marcata e duratura, non è necessario che le persone TGD sperimentino gravi livelli di disagio riguardo la loro identità di genere per accedere ai trattamenti di affermazione di genere. Infatti, l'accesso ai trattamenti di affermazione di genere può agire come misura profilattica per prevenire tale

[11] N.d.T.: L3 *peer navigator* sono individui che hanno vissuti ed esperienze simili o uguali all3 pazienti. Possono supportare la persona condividendo la propria esperienza, dando consigli e informazioni.

disagio (Becker *et al.*, 2018; Giovanardi *et al.*, 2021; Nieder *et al.*, 2021; Nobili *et al.*, 2018; Robles *et al.*, 2016). Unə adultə TGD può avere un'incongruenza di genere persistente senza un disagio significativo e comunque trarre benefici dai GAMST.

La pratica clinica consolidata esamina la persistenza dell'incongruenza di genere quando si considera l'avvio dei GAMST (Chen e Loshak, 2020). In una revisione di 200 resoconti medici, Jones, Brewin *et al.* (2017) hanno identificato l'importanza della "persistenza dell'identità di genere" nella pianificazione delle cure. L'erogazione di GAMST a persone TGD con incongruenza di genere persistente è stata associata a bassi tassi di ripensamento dellə paziente e ad alti tassi di soddisfazione (Becker *et al.*, 2018; El-Hadi *et al.*, 2018; Staples *et al.*, 2020; Wiepjes *et al.*, 2018). Tuttavia, mentre l'*ICD 11* (World Health Organization, 2019a) richiede la presenza di un'incongruenza di genere marcata e persistente per la formulazione di una diagnosi di incongruenza di genere, vi sono poche evidenze specifiche sulla durata della persistenza necessaria per il trattamento nellɜ adultɜ. Il personale sanitario coinvolto nell'*assessment* di una persona TGD per l'accesso ai GAMST è incoraggiato a tenere in considerazione l'età, la storia e le circostanze attuali dellə paziente.

Dichiarazione 5.3.b.

Assicurarsi del soddisfacimento dei criteri diagnostici prima di iniziare i trattamenti di affermazione di genere nelle nazioni in cui la diagnosi è necessaria per accedere all'assistenza sanitaria.

In alcune nazioni del mondo può essere necessaria una diagnosi di incongruenza di genere per accedere ai trattamenti legati alla transizione. Quando è richiesta una diagnosi per accedere ai GAMST, l'*assessment* per i trattamenti potrebbe implicare l'identificazione e l'assegnazione di una diagnosi. In questi casi, il personale sanitario dovrebbe avere competenze sull'utilizzo della più recente edizione della *Classificazione internazionale delle malattie e dei problemi correlati* (*ICD*) (World Health Organization, 2019a). Nelle nazioni nelle quali è necessaria una diagnosi per accedere all'assistenza sanitaria, si deve formulare una diagnosi "HA60 Incongruenza di genere dell'adolescenza o dell'età adulta" prima degli interventi di affermazione di genere. Gli interventi di affermazione di genere dopo una diagnosi "HA6Z Incongruenza di genere non specificata" possono essere presi in considerazione dopo un *assessment* più completo da parte di un'*équipe* multidisciplinare.

È stato dimostrato che l'utilizzo di strumenti di *assessment* rigidi per valutare la "prontezza alla transizione" può ridurre l'accesso alle cure e non sempre è nell'interesse della persona TGD (MacKinnon *et al.*, 2020). Pertanto, nelle situazioni nelle quali è obbligatoria l'assegnazione di una diagnosi per accedere alle cure, il procedimento dovrebbe essere affrontato con fiducia e trasparenza tra il personale sanitario e la persona TGD che richiede i GAMST, tenendo in considerazione le esigenze della persona TGD. Infatti, un legame solido tra le persone TGD e lɜ loro PSM è associato a un minore disagio emotivo e a risultati migliori (Kattari *et al.*, 2016). Poiché molte persone TGD temono che il personale sanitario confonda l'identità *transgender* con problemi di salute psicologica (Ellis *et al.*, 2015), un *assessment* diagnostico dovrebbe essere effettuato con sensibilità per facilitare una migliore relazione tra il personale sanitario e la persona TGD.

Dichiarazione 5.3.c.

Identificare ed escludere altre possibili cause, che possono manifestarsi come

incongruenza di genere, prima dell'inizio dei trattamenti per l'affermazione di genere.

In rari casi, le persone TGD possono avere una condizione che può essere confusa per incongruenza di genere o possono avere un'altra ragione per richiedere un trattamento, oltre all'alleviamento dell'incongruenza di genere. In questi casi, e quando c'è ambiguità sulla diagnosi di incongruenza di genere, è importante un *assessment* più dettagliato e completo. Per esempio, potrebbe essere necessario un ulteriore *assessment* per determinare se l'incongruenza di genere persiste al di fuori di un episodio psicotico acuto. Se l'incongruenza di genere persiste dopo la risoluzione di un episodio psicotico acuto, si possono prendere in considerazione i GAMST, purché la persona TGD abbia la capacità di concedere il consenso e sottoporsi allo specifico trattamento richiesto. Se l'incongruenza di genere non persiste e si verifica solo durante tale episodio, il trattamento non deve essere preso in considerazione. È importante che tali circostanze siano identificate ed escluse prima dell'inizio dei GAMST (Byne *et al.*, 2012; 2018; Hembree *et al.*, 2017). È importante capire, tuttavia, che le persone TGD possono presentare un'incongruenza di genere e un problema di salute psicologica, autismo o un'altra neurodivergenza (Glidden *et al.*, 2016). Infatti, alcune condizioni di salute mentale, come l'ansia (Bouman *et al.*, 2017), la depressione (Heylens, Elaut *et al.*, 2014; Witcomb *et al.*, 2018) e l'autolesionismo (Arcelus *et al.*, 2016; Claes *et al.*, 2015) sono più diffuse nelle persone TGD che non hanno avuto accesso ai GAMST. Recenti studi longitudinali suggeriscono che i sintomi legati alla salute mentale dalle persone TGD tendono a migliorare in seguito all'accesso ai GAMST (Aldridge *et al.*, 2020; Heylens *et al.*, 2014; White Hughto e Reisner, 2016).

Non esistono prove che suggeriscano un beneficio nel negare i GAMST alle persone TGD che presentano incongruenza di genere a causa della presenza di un problema di salute psicologica o condizione[12] atipica del neurosviluppo[13].

Dichiarazione 5.3.d.

Assicurarsi che tutte le condizioni di salute mentale che potrebbero avere un impatto negativo sull'esito dei trattamenti medici di affermazione di genere siano valutate, discutendo rischi e benefici, prima di prendere una decisione in merito ai trattamenti.

Come le loro controparti *cisgender*, le persone TGD possono avere problemi di salute psicologica. Il trattamento per i problemi di salute psicologica può e deve avvenire insieme ai GAMST quando è necessaria la transizione medica. È fondamentale non ostacolare le cure per l'affermazione di genere, a meno che, in alcuni casi estremamente rari, non vi siano solide prove che sia necessario per prevenire uno scompenso significativo con rischio di danni a sé stess3 o ad altr3. In questi casi, è anche importante considerare i rischi che il ritardo dell'accesso ai GAMST comporta per la salute psico-fisica della persona TGD (Byne *et al.*, 2018).

In generale, sia la transizione sociale che medica delle persone TDG sono associate a una riduzione dei problemi di

[12] N.d.T. Il testo utilizza il termine Condizione in riferimento all'autismo, in aderenza alle più accreditate posizioni e all'orientamento che si va delineando con l'approfondimento della conoscenza e la conferma della ricerca. I termini ancora presenti e in uso restano Disordine/Disturbo e i relativi acronimi ASD. Poiché tali definizioni escludono gli aspetti funzionali che stanno emergendo, si ritiene che utilizzare il termine neutro Condizione, sia la scelta più adeguata.

[13] Per maggiori informazioni si veda il capitolo 18.

salute psicologica (Aldridge *et al.*, 2020; Bouman *et al.*, 2017; Durwood *et al.*, 2017; Glynn *et al.*, 2016; Hughto e Reisner, 2016; Wilson *et al.*, 2015; Witcomb *et al.*, 2018). Purtroppo, la perdita di supporto sociale e lo stress fisico e finanziario associato all'inizio dei GAMST potrebbero esacerbare problemi di salute psicologica preesistenti e richiedere un ulteriore sostegno da parte del personale sanitario (Budge *et al.*, 2013; Yang *et al.*, 2016). Un *assessment* dei sintomi legati alla salute mentale può migliorare i risultati della transizione, in particolare quando l'*assessment* viene utilizzato per facilitare l'accesso al supporto psicologico e sociale durante la transizione (Byne *et al.*, 2012). Un ritardo della transizione in rare circostanze può essere preso in considerazione quando, ad esempio, la persona TGD non è in grado di impegnarsi nel processo di transizione o di gestire le cure post-operatorie, anche quando viene fornito supporto. Nel caso in cui un ritardo dei GAMST sia stato ritenuto necessario come ultima risorsa, il personale sanitario dovrebbe offrire risorse e supporto per migliorare la salute mentale e facilitare il reinserimento nel processo dei GAMST non appena possibile. Va notato che l'accesso alla transizione medica per le persone TGD facilita la transizione sociale e migliora la loro sicurezza nei luoghi pubblici (Rood *et al.*, 2017). Inoltre, dopo aver iniziato la transizione medica, il livello di conformità tra l'aspetto fisico e l'identità di genere è il miglior predittore della qualità della vita e degli esiti sulla salute mentale (Austin e Goodman, 2017). Ritardare l'accesso ai GAMST a causa della presenza di problemi di salute psicologica può esacerbare i sintomi (Owen-Smith *et al.*, 2018) e danneggiare il rapporto; di conseguenza, questo dovrebbe essere fatto solo quando si sono tentate tutte le altre soluzioni.

Dichiarazione 5.3.e.

Assicurarsi che qualsiasi condizione di salute fisica, che potrebbe avere un impatto negativo sull'esito dei trattamenti medici di affermazione di genere, sia valutata, discutendone rischi e benefici, prima di prendere una decisione in merito al trattamento.

In rari casi, i GAMST, come la cura ormonale e gli interventi chirurgici, possono avere complicanze iatrogene o esacerbare condizioni di salute fisica preesistenti (Hembree *et al.*, 2017). In questi casi, occorre prestare attenzione, quando possibile, nella gestione delle condizioni di salute fisica preesistenti mentre si iniziano (se appropriato), o si continuano, i trattamenti di affermazione di genere. Qualsiasi interruzione del trattamento dovrebbe essere la più breve possibile e ripreso non appena possibile. Dati limitati e risultati incoerenti suggeriscono un'associazione tra rischi cardiovascolari e metabolici e la terapia ormonale nell3 adult3 TGD (Getahun, 2018; Iwamoto *et al.*, 2019; Iwamoto *et al.*, 2021; Spanos *et al.*, 2020). A causa dei possibili danni legati al trattamento a lungo termine e dei probabili benefici attesi dalle misure preventive applicate prima e durante il trattamento ormonale, è importante un attento *assessment* delle condizioni di salute fisica prima dell'inizio del trattamento. Certe specifiche condizioni, come un'anamnesi di cancro ormonosensibile, potrebbero richiedere ulteriori *assessment* e gestioni che potrebbero precludere il trattamento ormonale (*Center of Excellence for Transgender Health*, 2016; Hembree *et al.*, 2017).

Preoccupazioni simili potrebbero essere presenti per l3 adult3 TGD che desiderano accedere a interventi chirurgici. Ogni intervento chirurgico di affermazione di genere presenta rischi specifici e conseguenze potenzialmente sfavorevoli (Bryson e Honig, 2019; Nassiri *et al.*, 2020; Remington *et al.*, 2018). Tuttavia, i rischi

specifici legati all'intervento e associati alla presenza di specifiche condizioni fisiche non sono stati ben studiati. Pertanto, i tipi di preoccupazioni mediche sollevate dalle persone TGD durante l'*assessment* non sono generalmente dissimili da quelli di qualsiasi altr3 candidat3 a un intervento chirurgico.

Prendendo in considerazione le disparità a livello di salute psico-fisica (Brown e Jones, 2016) e delle barriere all'assistenza sanitaria (Safer *et al.*, 2016) sperimentate dalle persone TGD, l'*assessment* delle condizioni fisiche da parte del personale sanitario non dovrebbe limitarsi all'anamnesi medica. Se la persona TGD ha condizioni di salute fisica, è importante che queste condizioni siano gestite durante l'inizio o il proseguimento dei GAMST quando possibile. Qualsiasi interruzione del trattamento dovrebbe essere pianificata con l'obiettivo di riprendere il trattamento non appena possibile. È inoltre importante che il personale sanitario sviluppi una strategia di trattamento per la gestione delle eventuali patologie, la quale favorisca la salute e promuova un'aderenza costante al piano di trattamento.

Dichiarazione 5.3.f.

Valutare la capacità di acconsentire alle specifiche terapie per l'affermazione di genere prima di iniziare tali terapie.

La pratica del consenso informato al trattamento è fondamentale nell'erogazione di cure sanitarie. Il consenso informato si basa sul principio etico secondo cui l3 destinatari3 delle cure sanitarie dovrebbero comprendere le cure che ricevono e le potenziali conseguenze che potrebbero derivarne. L'importanza del consenso informato è incorporata in molte pratiche legislative e regolamentari che guidano il personale sanitario in tutto il mondo (Jefford e Moore, 2008). Non è possibile conoscere tutte le potenziali conseguenze di un trattamento sanitario; invece, considerare ciò che sarebbe "ragionevole" aspettarsi è spesso usato come criterio minimo per il consenso (Jefford e Moore, 2008; Spatz *et al.*, 2016), come nel caso dei GAMST. Avere la capacità di dare il consenso a una procedura sanitaria o a un intervento clinico richiede diversi processi cognitivi complessi.

Il consenso richiede la capacità cognitiva di comprendere i rischi e i benefici di un trattamento e le possibili conseguenze negative e positive, oltre alla capacità di ricordare tali informazioni per prendere decisioni (utilizzando ausili se necessario) e la capacità cognitiva di utilizzare tale comprensione per prendere una decisione informata (*American Medical Association*, 2021; Applebaum, 2007). È fondamentale che la persona TGD e il personale sanitario che la valuta considerino *a priori* la natura del trattamento richiesto e gli effetti potenzialmente positivi e negativi che potrebbe avere a livello biologico, psicologico e sociale sulla vita della persona TGD.

È importante riconoscere che i problemi di salute psicologica, in particolare i sintomi di deterioramento cognitivo o psicosi, possono avere un impatto sulla capacità di una persona di fornire il consenso per i GAMST (Hostiuc *et al.*, 2018). Tuttavia, la presenza di tali sintomi non equivale necessariamente a un'incapacità di concedere il consenso, poiché molte persone con significativi sintomi legati alla salute mentale sono in grado di comprendere abbastanza i rischi e i benefici del trattamento per prendere una decisione informata (Carpenter *et al.*, 2000). È Importante invece effettuare un attento *assessment* che esamini la capacità di ogni persona TGD di comprendere la natura dello specifico GAMST preso in considerazione, considerare le opzioni di trattamento, compresi i rischi e i benefici, apprezzare le potenziali conseguenze a

breve e a lungo termine della decisione e di comunicare la volontà di ricevere il trattamento (Grootens-Wiegers *et al.*, 2017).

Vi potrebbero essere casi in cui un individuo non è in grado di dare il proprio consenso ai trattamenti, come ad esempio durante un episodio acuto di psicosi o in situazioni in cui un individuo ha un decadimento cognitivo a lungo termine. Tuttavia, i limiti alla capacità di acconsentire al trattamento non dovrebbero impedire alle persone TGD di avere accesso ai GAMST appropriati. Per alcun3, la comprensione dei rischi e dei benefici potrebbe richiedere l'uso di spiegazioni ripetute nel tempo in un linguaggio semplice o l'uso di diagrammi per facilitare la spiegazione e aiutare la comprensione. Un *assessment* completo e approfondito da parte dell'*équipe* sanitaria multidisciplinare può fornire ulteriore supporto per questo processo. Per altr3, potrebbe essere necessario designare un altro soggetto decisionale, come unə tutorə legale o amministorə di sostegno. Queste situazioni devono essere considerate caso per caso, con l'obiettivo di garantire alla persona l'assistenza sanitaria più affermativa e meno restrittiva possibile[14].

Dichiarazione 5.3.g.

Valutare la capacità dell3 adult3 *transgender e gender diverse* di comprendere gli effetti del trattamento di affermazione di genere sulla riproduzione ed esplorare le opzioni riproduttive con l'individuo prima dell'inizio del trattamento.

Poiché gli interventi medici di affermazione di genere spesso influiscono sulla capacità riproduttiva, il personale sanitario deve assicurarsi che la persona TGD sia consapevole delle ripercussioni dei trattamenti sulla riproduzione, e sappia di possibilità quali, la conservazione dei gameti e le alternative di riproduzione assistita. È stato dimostrato che i trattamenti ormonali di affermazione di genere hanno un impatto sulle funzioni riproduttive e sulla fertilità, sebbene le conseguenze siano eterogenee per le persone di qualsiasi sesso assegnato alla nascita (Adeleye *et al.*, 2019; Jindarak *et al.*, 2018; Taub *et al.*, 2020). Possono esserci differenze e fluttuazioni individuali di questi effetti sull3 adult3 TGD. È quindi essenziale che il personale sanitario informi la persona TGD del possibile impatto del trattamento sul suo potenziale riproduttivo durante l'*assessment* e come parte dell'*assessment* della capacità dell'individuo di concedere il consenso per i GAMST. Le opzioni riproduttive dovrebbero essere considerate e discusse prima dell'inizio dei trattamenti di affermazione di genere. Poiché la letteratura non è chiara sulla possibilità di concepimento durante la terapia ormonale, potrebbe essere necessario fornire informazioni sulla necessità di utilizzare la contraccezione per evitare gravidanze indesiderate e sui diversi metodi contraccettivi disponibili (Light *et al.*, 2014; Schubert e Carey, 2020).

Studi trasversali, condotti su campioni clinici e non clinici di diverse popolazioni, riportano in modo consistente che l3 adult3 TGD esprimono il desiderio di genitorialità e desiderano perseguire la preservazione della fertilità con tassi variabili correlati all'età, al genere e alla durata del trattamento ormonale (Auer *et al.*, 2018; De Sutter *et al.*, 2002; Defreyne *et al.*, 2020; Wierckx *et al.*, 2012). In un piccolo campione, è emerso che fornire informazioni sulla fertilità influisce sul processo decisionale relativo all'utilizzo della preservazione della fertilità (Chen *et al.*, 2019). Sebbene non sia stata fatta una comparazione tra i gruppi che hanno

[14] Si veda anche il capitolo 11.

ricevuto e non hanno ricevuto consulenza sulla fertilità, si sono registrati alti tassi di preservazione della fertilità dopo una consulenza completa sulla fertilità tra le persone *transgender* (Amir *et al.*, 2020). Inoltre, uno studio ha suggerito che la consultazione con uno specialista ha ridotto il rimpianto legato alla decisione di intraprendere o meno procedure di preservazione della fertilità (Vyas *et al.*, 2021)[15].

Dichiarazione 5.4.

Suggeriamo che, come parte dell'assessment per i GAMST, il personale sanitario che ha competenze nell'assessment delle persone *transgender e gender diverse* che desiderano trattamenti medici legati al genere consideri, discuta insieme all'individuo la transizione sociale.

La transizione sociale può essere estremamente vantaggiosa per molte persone TGD, anche se non tutte le persone TGD sono in grado o desiderano farla (Bränström e Pachankis, 2021; Koehler *et al.*, 2018; Nieder *et al.*, 2020). Pertanto, alcune persone TGD fanno richiesta di interventi di affermazione di genere dopo la transizione sociale, altre prima, alcune durante e altre ancora in assenza di transizione sociale.

La transizione sociale e la divulgazione dell'identità di genere possono migliorare la salute mentale delle persone TGD che richiedono interventi di affermazione del genere (Hughto *et al.*, 2020; McDowell *et al.*, 2019). Inoltre, gli interventi chirurgici al torace e al viso prima della terapia ormonale possono facilitare la transizione sociale (Altman, 2012; Davis e Colton Meier, 2014; Olson-Kennedy *et al.*, 2018; Van Boerum *et al.*, 2019). Come parte del processo di *assessment*, il personale sanitario dovrebbe discutere quale ruolo sociale la persona ritiene più adatta a sé stessa, se è prevista una transizione sociale, e le eventuali tempistiche per qualsiasi transizione sociale pianificata (Barker e Wylie, 2008). È imperativo che durante il processo di *assessment* il personale sanitario rispetti l'ampia diversità dei ruoli sociali di genere, comprese le identità e le presentazioni sia binarie che non binarie, che variano a seconda della cultura, della comunità locale e dei singoli individui.

Non tutti coloro che richiedono i GAMST desiderano o sono in grado di fare una transizione sociale. Sono poche le informazioni sulle persone TGD che non effettuano la transizione sociale prima, durante o dopo i GAMST, poiché questo aspetto non è stato studiato sistematicamente. Le motivazioni più frequenti che sono state identificate per evitare la transizione sociale sono la paura di essere abbandonat3 dalla famiglia o da amich3, la paura di perdite economiche (Bradford *et al.*, 2013) e la discriminazione e lo stigma (Langenderfer-Magruder *et al.*, 2016; McDowell *et al.*, 2019; White Hughto *et al.*, 2015). Tuttavia, alcune persone non perseguono la transizione sociale perché ritengono che i GAMST offrano un miglioramento sufficiente per la riduzione della disforia di genere.

Se la persona non ha un chiaro intento o non desidera fare una transizione sociale, è importante un *assessment* ulteriore per determinare la natura specifica e l'opportunità del trattamento richiesto, soprattutto se si tratta di un trattamento chirurgico. Un ulteriore *assessment* può permettere alla persona TGD di riflettere sui possibili effetti della mancata transizione sociale pur ottenendo accesso ai GAMST. Data la mancanza di dati sugli esiti della salute delle persone TGD che non effettuano una transizione sociale (Evans *et al.*, 2021;

[15] Per ulteriori informazioni si veda il capitolo 16.

Levine, 2009; Turban *et al.*, 2021), l'accesso ai GAMST dovrebbe essere valutato con cautela in queste circostanze.

Dichiarazione 5.5.

Raccomandiamo che l3 adult3 TGD che soddisfano i criteri per i GAMST richiedano un parere per l'inizio di questi trattamenti da parte di unə singolə professionistə che abbia competenze nell'assessment delle persone TGD che desiderano i GAMST.

Le versioni precedenti delle linee guida *SOC* richiedevano che le persone TGD fossero sottoposte ad assessment per i GAMST da due operator3 qualificat3. Si riteneva che avere due pareri indipendenti fosse la prassi migliore, in quanto garantiva sicurezza sia per le persone TGD che per il personale sanitario. Ad esempio, si è ipotizzato che, nel caso di interventi irreversibili, la presenza di due operator3 offrisse garanzie sia alle persone TGD che al personale sanitario che effettuava l'*assessment*.

Tuttavia, le poche ricerche condotte in quest'area indicano che due pareri sono in gran parte superflue. Ad esempio, Jones, Brewin *et al.* (2017) hanno esaminato le note dei casi di personale sanitario esperto che lavora all'interno di un centro specializzato finanziato dallo Stato e hanno riscontrato una forte correlazione tra entrambi i pareri, rendendo probabilmente superfluo uno dei due. Inoltre, Bouman *et al.* (2014) hanno stabilito che il requisito di due *assessment* indipendenti riflettesse un atteggiamento paternalistico nei servizi sanitari e la violazione dell'autonomia delle persone TGD. L3 autor3 sostengono che, quando le persone TGD sono adeguatamente preparat3 e l'*assessment* viene svolto da un'*équipe* multidisciplinare, non è necessario un secondo *assessment* indipendente.

Di conseguenza, se è richiesta una documentazione scritta o una lettera per raccomandare i GAMST, le persone TGD che richiedono trattamenti, compresi ormoni e interventi chirurgici per l'affermazione di genere a livello genitale, toracico, facciale o di altro tipo, necessitano di un unico parere/firma scritta da parte di unə operatorə sanitariə competente nello svolgere l'*assessment* e nel diagnosticare in modo indipendente (Bouman *et al.*, 2014; Yuan *et al.*, 2021). Ulteriori pareri/firme scritte possono essere richiesti in presenza di una specifica necessità clinica.

Dichiarazione 5.6.

Suggeriamo al personale sanitario che si occupa dell'assessment delle persone TGD che desiderano sottoporsi a gonadectomia, di prevedere un periodo minimo di 6 mesi dall'inizio della terapia ormonale prima di un intervento chirurgico irreversibile (a meno che gli ormoni non siano indicati da un punto di vista medico per l'individuo).

Le linee guida cliniche della *Endocrine Society* consigliano un periodo di trattamento ormonale costante prima della chirurgia genitale (Hembree *et al.*, 2017). Sebbene la ricerca di supporto sia limitata, questa raccomandazione è stata considerata una buona pratica clinica in quanto consente un'esperienza più reversibile prima dell'esperienza irreversibile dell'intervento chirurgico. Ad esempio, possono verificarsi cambiamenti nel desiderio sessuale dopo un intervento chirurgico per rimuovere i testicoli (Lawrence, 2005; Wierckx *et al.*, 2014). In questo contesto, il blocco reversibile del testosterone può offrire a una persona TGD un periodo di tempo per sperimentare l'assenza di testosterone e decidere se ciò sia adatto per loro. Va sottolineato che gli effetti della riduzione degli estrogeni sul desiderio e sul funzionamento sessuale di una persona TGD, in seguito a un'ovariectomia, sono meno documentati.

L'intervento chirurgico per rimuovere le gonadi è una procedura irreversibile che comporta la perdita della fertilità e degli effetti degli steroidi sessuali endogeni. Entrambi gli effetti devono essere discussi durante il processo di *assessment*[16]. Naturalmente, gli ormoni non sono clinicamente indicati per l3 adult3 TGD che non li desiderano o nei casi in cui sono controindicati per motivi di salute[17].

Dichiarazione 5.7

Raccomandiamo al personale sanitario che si occupa dell'assesment delle persone adulte che desiderano la detransizione e che richiedono trattamenti ormonali, interventi chirurgici o entrambi, legati al genere, di adoperare un assessment multidisciplinare completo che includa ulteriori punti di vista da parte di personale sanitario esperto nella salute transgender e che consideri, insieme all'individuo la transizione sociale come parte del processo di assessment.

Molti adult3 TGD possono prendere in considerazione molteplici identità ed elementi dell'espressione di genere mentre esplorano la loro identità di genere e valutano le opzioni di transizione. Di conseguenza, le persone possono trascorrere un periodo in un'identità di genere o espressione di genere prima di scoprire che non si sentono a proprio agio, e successivamente adattarla o cambiarla a un'identità o espressione di genere sperimentata precedentemente (Turban *et al.*, 2021). Alcun3 adult3 TGD possono anche sperimentare un cambiamento nell'identità di genere nel corso del tempo; pertanto, le loro esigenze di trattamento medico evolvono. Questo è un processo sano e ragionevole per determinare il modo più confortevole e congruente di vivere, tenendo conto dell'identità di genere della persona e dal suo contesto di vita. Questo processo di esplorazione dell'identità non deve necessariamente essere equiparato a ripensamento, confusione o scarse abilità decisionali, perché l'identità di genere di unə adult TGD può cambiare senza sminuire le decisioni di transizione precedenti (MacKinnon *et al.*, 2021; Turban *et al.*, 2021). L3 adult3 TGD dovrebbero essere assistit3 in questa esplorazione e in qualsiasi altro cambiamento della loro identità (Expósito-Campos, 2021). Durante il processo di esplorazione, i trattamenti di affermazione di genere irreversibili dovrebbero essere evitati almeno fino a quando non si raggiunge chiarezza sugli obiettivi e risultati a lungo termine.

La decisione di detransizionare sembra essere rara (Defreyne *et al.*, 2017; Hadje-Moussa *et al.*, 2019; Wiepjes *et al.*, 2018). Le stime sul numero di persone che effettuano la detransizione, a causa di un cambiamento di identità, sono probabilmente sovrastimate a causa di ricerche che mescolano coorti differenti (Expósito-Campos, 2021). Ad esempio, le coorti di ricerca sulla detransizione spesso includono adult3 TGD che hanno scelto di detransizionare a causa di un cambiamento della loro identità e adult3 TGD che hanno scelto di detransizionare senza un cambiamento di identità. Sebbene siano state condotte poche ricerche per esaminare sistematicamente le variabili correlate alla decisione di unə adultə TGD di interrompere un processo di transizione o di detransizionare, uno studio recente ha rilevato che la stragrande maggioranza delle persone TGD che hanno optato per la detransizione lo ha fatto a causa di fattori esterni, come lo stigma e la mancanza di supporto sociale, e non a causa di cambiamenti nell'identità di genere (Turban *et al.*, 2021). L3 adult3 TGD che non hanno

[16] Per ulteriori informazioni si veda il capitolo 16.

[17] Per ulteriori informazioni si veda il capitolo 13.

sperimentato un cambiamento di identità possono scegliere di interrompere la transizione o di effettuare la detransizione a causa di abusi, violenza e conflitti sociali/relazionali, complicazioni chirurgiche, preoccupazioni per la salute, controindicazioni fisiche, mancanza di risorse o insoddisfazione dei risultati (Expósito-Campos, 2021). In questi casi, l3 PSM sono l3 più indicat3 per assistere la persona TGD con queste sfide.

Sebbene la scelta di detransizionare sia proporzionalmente rara, si prevede che un aumento complessivo del numero di adult3 che si identificano come TGD comporti l'aumento del numero assoluto di persone che cercano di interrompere o invertire la transizione. Tuttavia, mentre il numero assoluto potrebbe aumentare, la percentuale di persone che chiedono di interrompere o invertire i cambiamenti fisici permanenti dovrebbe rimanere statica e bassa. L'esistenza di queste rare richieste non deve essere usata come giustificazione per interrompere cure critiche e necessarie dal punto di vista medico, compresi i trattamenti ormonali e chirurgici, per la stragrande maggioranza dell3 adult3 TGD.

A causa della limitata ricerca in quest'area, le indicazioni cliniche si basano principalmente su singoli casi di studio e sull'opinione del personale sanitario che lavora con adult3 TGD (Expósito-Campos, 2021; Richards e Barrett, 2020). Di conseguenza, se unə adultə TGD si è sottopostə a cambiamenti fisici permanenti e desidera annullarli, l'operatorə sanitariə che svolge l'*assessment* dovrebbe essere membro di un'*équipe* di *assessment* multidisciplinare completo. Un'*équipe* multidisciplinare consente il contributo di ulteriori punti di vista da parte di personale esperto nella salute delle persone *transgender*. In collaborazione con l'adultə TGD, l'*équipe* multidisciplinare è invitata a comprendere a fondo le motivazioni che hanno portato al trattamento originario e alla decisione di detransizionare. Qualsiasi preoccupazione relativa ai precedenti cambiamenti fisici deve essere esplorata con attenzione e si deve fare uno sforzo significativo per garantire che problemi simili non si ripresentino con il percorso di detransizione.

Per garantire la maggiore probabilità di soddisfazione e di *comfort* con l'inversione dei cambiamenti fisici permanenti, l'adultə TGD e l'*équipe* multidisciplinare devono esplorare il ruolo della transizione sociale nell'*assessment* e durante la preparazione per il percorso di detransizione. In questi casi, è molto probabile che sia necessario un periodo prolungato di *vivere nel ruolo* prima di raccomandare ulteriori cambiamenti fisici. Il personale sanitario deve sostenere l'adultə TGD nei cambiamenti sociali, nonché per sentimenti quali fallimento, vergogna, depressione o senso di colpa nell'effettuare tale cambiamento. Inoltre, le persone dovrebbero essere aiutate ad affrontare eventuali pregiudizi o difficoltà sociali che potrebbero aver sperimentato e che potrebbero aver portato alla decisione di detransizionare o che potrebbero essere risultate da tale decisione. È altresì importante aiutare la persona a rimanere coinvolta nelle cure sanitarie durante tutto il processo (Narayan *et al.*, 2021).

Sebbene la ricerca disponibile mostri risultati positivi costanti per la maggior parte dell3 adult3 TGD che scelgono di transizionare (Aldridge *et al.*, 2020; Byne *et al.*, 2012; Gorin-Lazard *et al.*, 2012; Owen-Smith *et al.*, 2018; White Hughto e Reisner, 2016), alcun3 adult3 TGD potrebbero scompensare o sperimentare una condizione peggiorata dopo la transizione. Sono state condotte poche ricerche per esaminare sistematicamente le variabili che si correlano con condizioni biologiche, psicologiche o sociali scadenti o peggiorate dopo la transizione (Hall *et al.*, 2021;

Littman, 2021); tuttavia, questo evento sembra essere raro (Hall *et al.*, 2021; Wiepjes *et al.*, 2018). Nei casi in cui le persone scompensano dopo la transizione fisica o sociale e rimangono in uno stato biologico, psicologico o sociale peggiore rispetto a prima della transizione, si dovrebbe seriamente considerare se la transizione sia utile in questo momento, per quella persona o entrambi. Nei casi in cui il trattamento non è più consigliato, dovrebbe essere organizzato un supporto per sostenere la persona nella gestione del processo di interruzione del trattamento e ad affrontare eventuali difficoltà concomitanti (Narayan *et al.*, 2021).

È fondamentale che le persone che detransizionano, per qualsiasi motivo, siano sostenute. Va ricordato, tuttavia, che si tratta di un evento raro e che la letteratura mostra esiti costantemente positivi per la grande maggioranza dell3 adult3 TGD che effettuano la transizione ad un genere per esse confortevole, compres3 coloro che ricevono GAMST (Byne *et al.*, 2012; Green e Fleming, 1990; Lawrence, 2003; Motmans *et al.*, 2012; Van de Grift *et al.*, 2018).

CAPITOLO 6. Adolescenti

Contesto storico e cambiamenti rispetto ai precedenti Standard di Cura

L'assistenza sanitaria specializzata per l3 adolescenti *transgender* è iniziata negli anni '80, quando in tutto il mondo sono stati sviluppati alcuni centri specializzati, i quali si occupavano di un numero relativamente piccolo di bambin3 e adolescenti. Negli anni più recenti, si è registrato un forte aumento del numero di adolescenti che richiedono assistenza per questioni legate al genere (Arnoldussen *et al.*, 2019; Kaltiala *et al.*, 2020). Da allora sono stati fondati nuovi centri, ma in molti luoghi i servizi non hanno tenuto il passo con l'aumento dell3 giovani che richiedono queste cure. Di conseguenza, le liste d'attesa per i servizi sono spesso lunghe e per molt3 giovani *transgender* di tutto il mondo esistono difficoltà di accesso alle cure (Tollit *et al.*, 2018).

Fino a poco tempo fa, le informazioni sulla prevalenza della diversità di genere tra l3 adolescenti erano limitate. Gli studi condotti su campioni di scuole secondarie di secondo grado indicano tassi molto più elevati di quanto si pensasse in precedenza, con segnalazioni fino all'1,2% di partecipanti che si identificano come *transgender* (Clark *et al.*, 2014) e fino al 2,7% o più (ad esempio, 7-9%) che sperimentano un certo livello di diversità di genere auto-riferita (Eisenberg *et al.*, 2017; Kidd *et al.*, 2021; Wang *et al.*, 2020). Questi studi suggeriscono che la diversità di genere nell3 giovani non dovrebbe più essere considerata rara. Inoltre, nei centri specializzati è stata riportata una proporzione disomogenea in base al sesso assegnato tra l3 adolescenti, con l3 adolescenti assegnat3 femmina alla nascita (AFAB) che iniziano le cure 2,5-7,1 volte più frequentemente rispetto all3 adolescenti assegnat3 maschio alla nascita (AMAB) (Aitken *et al.*, 2015; Arnoldussen *et al.*, 2019; Bauer *et al.*, 2021; de Graaf, Carmichael *et al.*, 2018; Kaltiala *et al.*, 2015; 2020).

Una specifica sezione degli Standard di Cura della WPATH dedicata alle esigenze di bambin3 e adolescenti è stata inclusa per la prima volta nella quinta versione degli Standard di Cura del 1998 (Levine *et al.*, 1998). L3 giovani di età pari o superiore ai 16 anni erano stat3 ritenut3 potenzialmente idone3 a ricevere cure mediche per l'affermazione del genere, ma solo in casi selezionati. Le successive versioni, nello specifico la sesta (Meyer *et al.*, 2005) e settima (Coleman *et al.*, 2012), hanno suddiviso i trattamenti medici di affermazione di genere per l3 adolescenti in tre categorie e hanno presentato criteri di idoneità in base all'età e allo stadio puberale: bloccanti della pubertà completamente reversibili non appena la pubertà avrebbe avuto inizio; terapia ormonale parzialmente reversibile (testosterone, estrogeni) per l3 adolescenti al compimento della maggiore età, che in alcuni Paesi europei è fissata a 16 anni; e interventi chirurgici irreversibili a partire dai 18 anni, ad eccezione della mastectomia toracica "mascolinizzante ", che richiedeva un'età minima di 16 anni. Ulteriori criteri di eleggibilità per le cure mediche legate al genere includevano una storia persistente durante tutta l'infanzia di "non conformità" /disforia di genere; che emergeva o si intensificava all'inizio della pubertà; l'assenza o la gestione di problemi psicologici, medici o sociali che potevano interferire con il trattamento; supporto per l'avvio del trattamento da parte dei genitori/*caregiver* e il consenso informato. Per questa ottava edizione degli Standard di Cura è stato creato un capitolo dedicato all3 adolescenti *transgender e gender diverse* (TGD), distinto dal capitolo dedicato all3 bambin3, considerando 1) la crescita

esponenziale dei tassi di invio dell3 adolescenti; 2) l'aumento del numero di studi specifici sull'assistenza all3 adolescenti con diversità di genere; e 3) le particolari problematiche nello sviluppo e nei trattamenti per l'affermazione di genere di questo gruppo di età.

Si evitano termini non specifici per l'assistenza legata al genere (ad esempio, modello di affermazione del genere, modello di esplorazione del genere), in quanto questi termini non rappresentano pratiche unificate, ma piuttosto pratiche di assistenza eterogenee che sono definite in modo diverso in vari contesti.

Panoramica sull'adolescenza

L'adolescenza è un periodo di sviluppo caratterizzato da una maturazione fisica e psicologica relativamente rapida, a cavallo tra l'infanzia e l'età adulta (Sanders, 2013). Si verificano contemporaneamente molteplici processi di sviluppo, tra cui i cambiamenti tipici della pubertà. I sistemi cognitivi, emotivi e sociali maturano e i cambiamenti fisici associati alla pubertà progrediscono. Questi processi non iniziano e terminano contemporaneamente per ogni dato individuo, né si verificano alla stessa età per tutte le persone. Pertanto, il periodo adolescenziale ha confini indefiniti e non può essere definito esclusivamente dall'età. Per esempio, i cambiamenti fisici puberali possono iniziare nella tarda infanzia e i sistemi neuronali di controllo esecutivo continuano a svilupparsi fino a metà dei 20 anni (Ferguson *et al.*, 2021). Non esiste uniformità nel modo in cui i Paesi e i Governi definiscono la maggiore età (ossia, la capacità di prendere decisioni, definita su base legale) (Dick *et al.*, 2014). Sebbene molti indichino la maggiore età come 18 anni, in alcuni Paesi è fissata a 15 anni (ad esempio, Indonesia e Myanmar) e in altri a 21 anni (ad esempio, lo Stato americano del Mississippi e Singapore).

Per chiarezza, questo capitolo si applica all3 adolescenti dall'inizio della pubertà fino alla maggiore età (nella maggior parte dei casi 18 anni), tuttavia vengono trattati anche degli aspetti evolutivi legati allo sviluppo, inclusa l'importanza del coinvolgimento dei genitori/*caregiver*, che sono spesso rilevanti per la presa in carico dell3 giovani adult3 che si trovano in una età transitoria e dovrebbero essere considerat3 di conseguenza.

Lo sviluppo cognitivo nell'adolescenza è spesso caratterizzato da un aumento del pensiero astratto, del ragionamento complesso e della metacognizione (ovvero la capacità dell3 giovane di riflettere sui propri sentimenti in relazione a come l3 altr3 l3 percepiscono) (Sanders, 2013). La capacità di ragionare su situazioni ipotetiche consente a unə giovane di concepire le implicazioni relative a una particolare decisione.

Tuttavia, l'adolescenza è spesso associata anche a un aumento dei comportamenti a rischio.

Oltre a questi notevoli cambiamenti, l'adolescenza è spesso caratterizzata dal processo di individuazione dai genitori e dallo sviluppo di una maggiore autonomia. Spesso c'è una maggiore attenzione alle relazioni tra pari, che possono essere sia positive che dannose (Gardner e Steinberg, 2005). L3 adolescenti spesso sperimentano un senso di urgenza che deriva dall'ipersensibilità alla ricompensa, e il loro senso del tempo è stato dimostrato essere diverso da quello degli individui più vecchi (Van Leijenhorst *et al.*, 2010). Normalmente lo sviluppo socio-emotivo progredisce durante l'adolescenza, sebbene ci sia una grande variabilità tra l3 giovani in termini di livello di maturità applicato alla comunicazione inter e intra-personale e

all'*insight* (Grootens-Wiegers *et al.*, 2017). Per l3 adolescenti TGD che prendono decisioni riguardo ai trattamenti per l'affermazione di genere – decisioni che possono avere conseguenze per tutta la vita – è fondamentale capire come tutti questi aspetti dello sviluppo possano influire sul processo decisionale all'interno del loro specifico contesto culturale.

Lo sviluppo dell'identità di genere in adolescenza

La nostra comprensione dello sviluppo dell'identità di genere nell'adolescenza è in continua evoluzione. Quando si fornisce assistenza clinica a giovani *gender diverse* e alle loro famiglie è importante sapere cosa è noto o meno sull'identità di genere durante lo sviluppo (Berenbaum, 2018). Nel considerare i trattamenti, le famiglie possono avere domande sullo sviluppo dell'identità di genere dellə loro figliə adolescenti e se è possibile che il genere dichiarato permanga nel tempo. In alcuni casi, un'identità di genere diversa dal sesso assegnato alla nascita non genera sorpresa per i genitori/caregiver, poiché una diversa espressione di genere da parte dell3 adolescenti era già presente nell'infanzia (Leibowitz e de Vries, 2016). Per altr3, invece, il *coming out* non avviene fino all'emergere dei cambiamenti puberali o addirittura nel pieno dell'adolescenza (McCallion *et al.*, 2021; Sorbara *et al.*, 2020).

Storicamente, la ricerca sullo sviluppo del genere, a partire dalle teorie dell'apprendimento sociale e dello sviluppo cognitivo, è stata condotta principalmente con giovani che non erano *gender diverse* e si è svolta con la presunzione che il sesso fosse correlato a un genere specifico; pertanto, è stata prestata poca attenzione allo sviluppo dell'identità di genere. Questa ricerca ha dimostrato che, oltre a fattori biologici, nello sviluppo dell'identità di genere svolgono un ruolo anche i fattori psicologici e sociali (Perry e Pauletti, 2011). Sebbene ci si sia stata meno attenzione allo sviluppo dell'identità di genere nell3 giovani TGD, ci sono ampie ragioni per supporre che, oltre ai fattori biologici, siano coinvolti anche fattori psicosociali (Steensma, Kreukels *et al.*, 2013). Per alcun3 giovani, lo sviluppo dell'identità di genere è costante ed è spesso espresso fin dalla giovane età, mentre per altr3 può esserci un processo evolutivo che contribuisce allo sviluppo dell'identità di genere nel tempo.

Studi di neuroimmagine, studi genetici e ormonali in individui *intersex* dimostrano un contributo biologico allo sviluppo dell'identità di genere per individui la cui identità di genere non corrisponde al sesso assegnato alla nascita (Steensma, Kreukels *et al.*, 2013). Poiché le famiglie si pongono spesso domande su questo tema, è importante notare che non è possibile distinguere tra coloro per l3 quali l'identità di genere può sembrare fissa fin dalla nascita e coloro per l3 quali lo sviluppo dell'identità di genere sembra essere un processo evolutivo. Poiché è impossibile delineare in modo definitivo il contributo dei vari fattori che contribuiscono allo sviluppo dell'identità di genere per ogni singolə giovane, è importante e necessario un approccio clinico approfondito[18]. La ricerca futura potrebbe fare più luce sullo sviluppo dell'identità di genere se condotta su lunghi periodi di tempo con gruppi di coorte diversi. Sarebbe inoltre necessaria una rappresentazione concettuale dell'identità di genere che passi dalla categorizzazione dicotomica (ad esempio, binaria) di uomo e donna a uno spettro dimensionale di genere lungo un *continuum* (APA, 2013).

[18] Cfr. Dichiarazione 6.3.

L'adolescenza potrebbe essere un periodo critico per lo sviluppo dell'identità di genere per l3 giovani *gender diverse* (Steensma, Kreukels *et al.*, 2013). Studi olandesi di *follow-up* clinico longitudinale di adolescenti con disforia di genere infantile, che hanno ricevuto i bloccantidella pubertà, ormoni per l'affermazione del genere o entrambi, hanno rilevato che nessun3 dell3 giovani in età adulta si è pentit3 delle decisioni prese durante l'adolescenza (Cohen-Kettenis e van Goozen, 1997; de Vries *et al.*, 2014). Questi risultati suggeriscono che l3 adolescenti che hanno avuto un *assessment* approfondito e che sono stat3 ritenut3 emotivamente matur3 per prendere decisioni in merito al trattamento medico per l'affermazione del genere, hanno dimostrato una stabilità in termini di identità di genere durante il periodo in cui sono stati condotti gli studi.

Quando si estrapolano i risultati degli studi di coorte longitudinali olandesi a lungo termine all3 adolescenti *gender diverse* di oggi che fanno richiesta di presa in carico, è fondamentale considerare i cambiamenti sociali che si sono verificati nel tempo. Dato l'aumento della visibilità delle identità TGD, è importante capire come la maggiore consapevolezza possa avere un impatto sullo sviluppo dell'identità di genere in modi diversi (Kornienko *et al.*, 2016). Una tendenza individuata è quella secondo cui ai centri si presentano sempre più giovani *non-binary* (Twist e de Graaf, 2019).

Un altro fenomeno che si sta verificando nella pratica clinica è l'aumento del numero di adolescenti che non hanno apparentemente sperimentato e/o espresso diversità di genere durante l'infanzia. Una ricercatrice ha cercato di studiare e descrivere una forma specifica di diversità di genere con presentazione tardiva (Littman, 2018). Tuttavia, i risultati dello studio devono essere considerati nel contesto di significativi limiti metodologici, tra cui 1) lo studio ha coinvolto i genitori e non l3 giovani; 2) il reclutamento ha incluso genitori provenienti da contesti culturali in cui i trattamenti per la disforia di genere sono visti con scetticismo e criticati. Questi risultati, inoltre, non sono stati replicati. Per un sottogruppo selezionato di giovani, la suscettibilità all'influenza sociale che ha un impatto sul genere può essere un importante elemento differenziale da considerare (Kornienko *et al.*, 2016). Tuttavia, occorre fare attenzione ed evitare di dare per scontato che questi fenomeni si verifichino prematuramente in ogni singolə adolescente, basandosi su informazioni provenienti da serie di dati che possono essere stati ottenuti con potenziali errori di campionamento (Bauer *et al.*, 2022; WPATH, 2018). È importante considerare i benefici che le relazioni sociali con persone supportive possono offrire all3 giovani" (Tuzun et al., 2022)[19].

Data la natura emergente delle conoscenze sullo sviluppo dell'identità di genere nell3 adolescenti, un approccio individualizzato all'assistenza clinica è considerato etico e necessario. Come accade in tutti gli ambiti della medicina, ogni studio presenta limitazioni metodologiche e le conclusioni tratte dalla ricerca non possono e non devono essere applicate universalmente a tutt3 l3 adolescenti. Questo è vero anche quando si risponde alle domande comuni dei genitori riguardo alla stabilità o all'instabilità dello sviluppo dell'identità di genere di unə determinatə giovane. Anche se la ricerca futura contribuirà a far progredire la comprensione scientifica dello sviluppo dell'identità di genere, potrebbero sempre essere presenti delle lacune. Inoltre, considerata l'etica dell'autodeterminazione nell'assistenza,

[19] Cfr. Dichiarazione 6.4.

queste lacune non dovrebbero lasciare l'adolescente TGD senza cure importanti e necessarie.

Evidenze di ricerca sulle cure mediche di affermazione di genere per adolescenti transgender

La cura di adolescenti *transgender* è messa alla prova dalla qualità delle evidenze empiriche che valutano l'efficacia dei trattamenti medici e chirurgici per l'affermazione del genere (GAMST) necessari dal punto di vista medico[20]. Infatti, dato l'impatto a lungo termine del trattamento medico sulla vita della persona e la giovane età in cui può essere iniziato, l3 adolescenti, i loro genitori e il personale sanitario dovrebbero essere informati sulla natura delle evidenze attuali. Difatti è ragionevole che la decisione di procedere con i trattamenti medici e chirurgici sia presa con cautela. Nonostante la lenta crescita delle evidenze scientifiche a sostegno dell'efficacia dell'intervento medico precoce, il numero di studi è ancora limitato e, inoltre, sono pochi gli studi sugli esiti che seguono l3 giovani fino all'età adulta. Pertanto, non essendo possibile effettuare una revisione sistematica sugli esiti del trattamento nell3 adolescenti, sarà illustrata una breve rassegna narrativa.

Al momento della stesura di questo capitolo, esistono diversi studi di *follow-up* di coorte longitudinali a lungo termine che riportano risultati positivi del trattamento medico precoce (ossia in età adolescenziale); per un lungo periodo, molti di questi studi sono stati condotti da una clinica olandese (ad esempio, Cohen-Kettenis e van Goozen, 1997; de Vries, Steensma *et al.*, 2011; de Vries *et al.*, 2014; Smith *et al.*, 2001; 2005). I risultati dimostrano che la risoluzione della disforia di genere è associata a un miglioramento del funzionamento psicologico e della soddisfazione dell'immagine corporea.

La maggior parte di questi studi ha seguito un disegno metodologico pre-post e ha confrontato il funzionamento psicologico iniziale con i risultati ottenuti dopo la somministrazione di trattamenti medici. Diversi studi hanno valutato singoli aspetti o combinazioni di interventi di trattamento, tra cui:

1) ormoni e interventi chirurgici di affermazione di genere (Cohen-Kettenis e van Goozen, 1997; Smith *et al.*, 2001; 2005);

2) soppressione della pubertà (de Vries, Steensma *et al.*, 2011);

3) soppressione della pubertà, terapia ormonale affermativa e interventi chirurgici (de Vries *et al.*, 2014).

Lo studio di *follow-up* a lungo termine del 2014 è l'unico che ha seguito l3 adolescenti (età media di 13,6 anni prima del trattamento) fino alla giovane età adulta (età media di 20,7 anni dopo il trattamento). Questo è stato il primo studio a dimostrare che il trattamento per l'affermazione di genere ha permesso all3 adolescenti *transgender* di compiere transizioni in linea con la loro età, vivendo nel loro genere esperito con risultati oggettivi e soggettivi soddisfacenti in età adulta (de Vries *et al.*, 2014). Sebbene lo studio abbia selezionato un campione ridotto (n = 55) e socialmente supportato, i risultati sono stati convincenti. L3 partecipanti facevano parte di una clinica olandese nota per l'impiego di un approccio multidisciplinare, che comprende un *assessment* approfondito e continuo, oltre alla gestione della disforia di genere, fornendo al contempo sostegno mirato al benessere emotivo.

Diversi studi longitudinali pubblicati di recente hanno seguito e valutato l3 partecipanti in diverse fasi del loro percorso di affermazione di genere. In questi studi,

[20] Vedi cap. 2, par. 2.1.

alcun3 partecipanti potrebbero non aver iniziato i trattamenti per l'affermazione di genere, altr3 sono stat3 trattat3 con bloccanti della pubertà, mentre altr3 ancora avevano iniziato la terapia ormonale o erano stat3 sottopost3 a interventi chirurgici per l'affermazione di genere (GAS) (Achille *et al.*, 2020; Allen *et al.*, 2019; Becker-Hebly *et al.*, 2021; Carmichael *et al.*, 2021; Costa *et al.*, 2015; Kuper *et al.*, 2020, Tordoff *et al.*, 2022). Data l'eterogeneità dei trattamenti e dei metodi, questo tipo di disegno di ricerca rende più difficile l'interpretazione dei risultati. Tuttavia, se confrontati con le valutazioni al momento iniziale, che varia da tre mesi a due anni dall'inizio della terapia, i dati dimostrano un miglioramento o una stabilità del funzionamento psicologico, dell'immagine corporea e della soddisfazione per il trattamento.

Gli studi trasversali forniscono un altro metodo per valutare gli effetti dei trattamenti di affermazione di genere. Uno di questi studi ha confrontato il funzionamento psicologico di adolescenti *transgender* prima e durante il blocco della pubertà con quello di coetane3 *cisgender* che frequentavano le scuole superiori in due momenti diversi. Negli *assessment* al momento iniziale, l3 giovani *transgender* hanno dimostrato un funzionamento psicologico meno performante rispetto all3 coetane3 *cisgender*, mentre quando sono stat3 sottopost3 al blocco della pubertà hanno dimostrato un funzionamento migliore rispetto all3 coetane3 (van der Miesen *et al.*, 2020). Grannis *et al.* (2021) hanno dimostrato che i ragazzi *transgender* che avevano iniziato il trattamento con testosterone presentavano problemi di salute mentale (depressione e ansia) inferiori rispetto a coloro che non avevano iniziato il trattamento con testosterone.

Quattro studi aggiuntivi hanno seguito differenti disegni di ricerca. In uno studio retrospettivo, Kaltiala, Heino *et al.* (2020) hanno riportato che l3 adolescenti *transgender* con pochi o nessun problema di salute psicologica, prima dell'inizio del trattamento con ormoni di affermazione di genere, solitamente non riscontravano problemi durante il trattamento. Tuttavia, l3 adolescenti con maggiori problemi di salute psicologica al basale hanno continuato a sperimentare tali problemi nel corso del trattamento medico di affermazione del genere. Nieder *et al.* (2021) hanno studiato la soddisfazione per le cure come indicatore di risultato e hanno dimostrato che l3 adolescenti *transgender* erano tanto più soddisfatt3 quanto più progredivano con i trattamenti. Hisle-Gorman *et al.* (2021) hanno confrontato il ricordo all'assistenza sanitaria pre e post l'inizio dei farmaci per l'affermazione di genere come indicatori della gravità delle condizioni di salute mentale tra 3.754 adolescenti TGD facenti parte di un ampio *data set* medico. Contrariamente all'ipotesi dell3 autor3 di un miglioramento della salute mentale, il ricorso all'assistenza sanitaria non ha portato a cambiamenti significativi, e le prescrizioni di farmaci psicotropi sono aumentate. In un ampio campione non probabilistico di adult3 *transgender*, Turban *et al.* (2022) hanno riscontrato che coloro che hanno riferito di aver avuto accesso agli ormoni nell'adolescenza avevano minori probabilità di rischio suicidario nell'anno precedente rispetto alle persone *transgender* che hanno avuto accesso agli ormoni in età adulta.

Il personale sanitario deve considerare la possibilità che unə adolescente possa pentirsi delle decisioni prese durante l'adolescenza e che unə giovane possa voler interrompere il trattamento e tornare a vivere nel genere e ruolo assegnatolə alla nascita. Due studi olandesi riportano basse percentuali di adolescenti (1,9% e 3,5%) che scelgono di interrompere il blocco della pubertà (Brik *et*

al., 2019; Wiepjes *et al.*, 2018). Anche in questo caso, gli studi sono stati condotti in cliniche che seguono un protocollo che include un *assessment* approfondito prima dell'inizio del trattamento medico di affermazione di genere.

Al momento, nessuno studio clinico di coorte ha riportato i profili dell3 adolescenti che si pentono della loro decisione iniziale o che effettuano una detransizione dopo un trattamento di affermazione di genere irreversibile. Ricerche recenti indicano che ci sono adolescenti che detransizionano, ma non si pentono di aver iniziato il trattamento perché hanno vissuto l'inizio del trattamento come parte della comprensione dei loro bisogni di cura legati al genere (Turban, 2018). Tuttavia, questa potrebbe non essere la prospettiva predominante delle persone che detransizionano (Littman, 2021; Vandenbussche, 2021). Alcun3 adolescenti possono pentirsi delle loro scelte (Dyer, 2020). Pertanto, è importante presentare tutti i possibili risultati quando si presta assistenza all3 adolescenti *transgender*. Il personale sanitario, prima di iniziare i trattamenti, può discutere di questo argomento in modo collaborativo (ossia come una "potenziale esperienza e considerazione per il futuro") con l'adolescente e i suoi genitori/*caregiver*. Inoltre, il personale sanitario deve essere preparato a supportare l3 adolescenti che effettuano una detransizione. In un'indagine su un campione non statisticamente significativo su Internet di 237 persone che affermano di aver detransizionato, con età media 25,02 anni, che comprendeva oltre il 90% di persone AFAB, il 25% aveva effettuato una transizione medica prima dei 18 anni e il 14% aveva effettuato una detransizione prima dei 18 anni (Vandenbussche, 2021). Sebbene un campione di convenienza su Internet sia influenzato dalla selezione dell3 intervistat3, questo studio suggerisce che la detransizione può verificarsi nell3 giovani adolescenti *transgender* e che il personale sanitario dovrebbe esserne consapevole. Molt3 hanno espresso difficoltà nel trovare aiuto durante il processo di detransizione e hanno riferito che la loro detransizione è stata caratterizzata da isolamento e che non hanno ricevuto un sostegno sufficiente o adeguato (Vandenbussche, 2021).

In conclusione, sebbene i campioni esistenti siano su gruppi relativamente piccoli di giovani (ad es., n = 22-101 per studio) e il tempo di *follow-up* vari da uno studio all'altro (6 mesi-7 anni), queste iniziali evidenze indicano un miglioramento generale nella vita dell3 adolescenti *transgender* che, dopo un attento *assessment*, ricevono un trattamento medico necessario per l'affermazione del genere. Inoltre, i tassi di ripensamento segnalati durante i periodi di monitoraggio dello studio sono bassi. Nel complesso, i dati dimostrano che un intervento medico precoce — facente parte di un più ampio approccio che prevede un *assessment* e una presa in carico focalizzata sulla disforia di genere e sul benessere generale — può essere efficace e utile per molt3 adolescenti *transgender* che richiedono questi trattamenti

Raccomandazioni

6.1. Raccomandiamo che il personale sanitario che lavora con adolescenti *gender diverse*:

6.1.a. sia abilitato e sia in possesso di un Diploma di Laurea o di un titolo equivalente, riconosciuto a livello nazionale, in un campo clinico rilevante al suo ruolo;

6.1.b. riceva una formazione teorica basata sulle evidenze e sviluppi competenze sulla salute mentale dellə bambinə, dell'adolescente e delle loro famiglie durante lo sviluppo;

6.1.c. riceva formazione e sviluppi competenze sullo sviluppo dell'identità di genere, sulla diversità di genere nellɜ bambinɜ e nellɜ adolescenti, sappia valutare la capacità di acconsentire alle cure, e possieda una conoscenza generale sulla diversità di genere nell'arco della vita;

6.1.d. riceva formazione e sviluppi competenze su autismo e altre condizioni atipiche del neurosviluppo, o collabori con unə espertə di disabilità dello sviluppo quando lavora con adolescenti autisticɜ/neurodivergenti *gender diverse*;

6.1.e. continui a formarsi in tutte le aree rilevanti per lɜ bambinɜ e lɜ adolescenti *gender diverse* e le loro famiglie.

6.2. Raccomandiamo al personale sanitario che lavora con adolescenti *gender diverse* di facilitare l'esplorazione e l'espressione del loro genere in modo aperto e rispettoso, in modo da non promuovere nessuna identità in particolare.

6.3. Raccomandiamo al personale sanitario che lavora con adolescenti *gender diverse* di condurre un *assessment* biopsicosociale approfondito dellɜ adolescenti che si presentano con preoccupazioni legate all'identità di genere e che richiedono trattamenti medici/chirurgici per la transizione, e che questo sia effettuato in modo collaborativo e supportivo.

6.4. Raccomandiamo al personale sanitario di lavorare con le famiglie e le scuole (e altri contesti pertinenti) per promuovere il riconoscimento delle espressioni e identità *gender diverse* nell'adolescente.

6.5. Raccomandiamo di non proporre terapie riparative e di conversione volte al tentativo di cambiare il genere e l'espressione di genere per renderla più congruente con il sesso e genere assegnato alla nascita.

6.6. Suggeriamo al personale sanitario di fornire allɜ adolescenti TGD un'educazione sanitaria sul *binding* e sul *tucking*, compresa una descrizione dei rischi e dei benefici.

6.7. Raccomandiamo al personale sanitario di considerare la prescrizione di trattamenti che sopprimano il ciclo mestruale per lɜ adolescenti che sperimentano incongruenza di genere e che non desiderano la terapia ormonale, la desiderano ma non l'hanno ancora iniziata, oppure in concomitanza con la terapia androgenica per inibire il sanguinamento.

6.8. Si raccomanda al personale sanitario di mantenere un rapporto continuativo con l'adolescente TGD e ogni adultə rilevante per l'adolescente fino all'età adulta, così da sostenere l'adolescente nei processi di decisione per tutta la durata dei trattamenti di blocco della pubertà, ormonali e chirurgici fino alla transizione alla presa in carico dai servizi dellə adultə.

6.9. Raccomandiamo al personale sanitario di coinvolgere specialisti delle discipline rilevanti inclusɜ professionistɜ della salute mentale e medicɜ, per raggiungere una decisione sul fatto che la soppressione della pubertà, l'avvio della terapia ormonale, oppure la chirurgia di genere siano appropriate per lɜ adolescenti TGD e permanga l'indicazione di tali cure nel corso del trattamento, fino a che non viene effettuata la transizione ai servizi dellə adultə.

6.10. Raccomandiamo al personale sanitario di informare l'adolescente TGD, prima che inizi il trattamento medico, circa gli effetti dei trattamenti sulla salute riproduttiva, compresa la potenziale perdita di fertilità e le opzioni disponibili per preservare la fertilità in relazione al suo stadio di sviluppo puberale.

6.11. Raccomandiamo che, quando i trattamenti medici o chirurgici per l'affermazione del genere sono indicati per lɜ adolescenti, il personale sanitario che lavora con adolescenti TGD coinvolga i genitori/tutorɜ nel processo di *assessment* e trattamento, a meno che il loro coinvolgimento non sia ritenuto dannoso per l'adolescente o non sia fattibile.

Le seguenti raccomandazioni riguardano i requisiti per il trattamento medico e chirurgico di affermazione di genere (tutti i requisiti devono essere soddisfatti):

6.12. Raccomandiamo al personale sanitario di prescrivere trattamenti medici o chirurgici per l'affermazione di genere richiesti dal paziente solo quando:

6.12.a. nel caso in cui la diagnosi sia necessaria per l'accesso alle cure mediche, l'adolescente soddisfa i criteri diagnostici (*ICD-11*) di incongruenza di genere. Nei paesi in cui non è stata implementata l'ultima versione dell'ICD, possono essere utilizzati altri criteri diagnostici, anche se sarà necessario adottare l'ultima versione dell'*ICD* non appena possibile;

6.12.b. la diversità/incongruenza di genere è marcata e costante nel tempo;

6.12.c. l'adolescente dimostra la maturità emotiva e cognitiva necessaria per fornire un consenso/assenso informato al trattamento;

6.12.d. le preoccupazioni sulla salute mentale dell'adolescente (se presenti) che potrebbero interferire con la chiarezza diagnostica, la capacità di prestare consenso e/o i trattamenti medici di affermazione di genere sono state affrontate.

6.12.e. l'adolescente è statə informatə degli effetti sulla salute riproduttiva, compresa la potenziale perdita di fertilità e le opzioni disponibili per preservare la fertilità;

6.12.f. l'adolescente, per iniziare i trattamenti per il blocco della pubertà, deve aver raggiunto lo stadio 2 di Tanner;

6.12.g. l'adolescente è statə sottopostə ad almeno 12 mesi di terapia ormonale per ottenere il risultato chirurgico desiderato — tra cui la mastoplastica additiva, l'orchiectomia, la vaginoplastica, l'istero-annessiectomia, la mastectomia, la falloplastica, la metoidioplastica e la chirurgia facciale — a meno che la terapia ormonale non sia desiderata o controindicata dal punto di vista medico.

Prospettive etiche e dei diritti umani

Nella formulazione delle dichiarazioni sui *SOC* per adolescenti sono state prese in considerazione anche le prospettive dell'etica medica e dei diritti umani. Ad esempio, lasciare che progredisca in maniera irreversibile lo sviluppo nell3 adolescenti non è un atto senza ripercussioni, infatti può avere effetti dannosi immediati e duraturi per lə giovane TGD (Giordano, 2009; Giordano e Holm, 2020; Kreukels e Cohen-Kettenis, 2011). Dal punto di vista dei diritti umani, considerando la diversità di genere come una variazione normale e attesa dell'esperienza umana, è diritto dell'adolescente essere coinvoltə sulle decisioni riguardanti la propria vita e salute, incluso il percorso di affermazione di genere (*Amnesty International*, 2020).

Breve sintesi delle dichiarazioni e delle problematiche dell'adolescenza

Queste linee guida sono state progettate per chiarire ciò che è noto e ciò che non è noto sullo sviluppo dell'identità di genere in adolescenza, i dati a sostegno della presa in carico dell3 adolescenti per l'affermazione di genere e gli aspetti unici che distinguono l'adolescenza da altre fasi dello sviluppo.

1. Esplorazione dell'identità: Una caratteristica determinante dell'adolescenza è la cristallizzazione degli aspetti dell'identità, compresa l'identità di genere. La Dichiarazione 7.2 tratta l'esplorazione dell'identità nel contesto dello sviluppo dell'identità di genere. La Dichiarazione 7.12.b considera il tempo necessario perché lə giovane sperimenti un'identità diversa, esprima un'identità diversa o entrambe, in modo da prendere una decisione consapevole riguardo ai trattamenti per l'affermazione del genere.

2. Consenso e processo decisionale: Nell'adolescenza, il consenso e il processo decisionale richiedono l'*assessment* dello sviluppo emotivo, cognitivo e psicosociale dell'individuo. La Dichiarazione 7.12.c affronta direttamente la maturità emotiva e cognitiva e descrive le componenti necessarie del processo di *assessment* utilizzato per valutare la capacità decisionale.

3. Coinvolgimento dei caregiver/genitori: l3 adolescenti dipendono tipicamente dai loro *caregiver*/genitori per essere guidat3 in diversi ambiti. Questo vale anche quando lə giovane si trova a prendere decisioni sulle opzioni di trattamento. La Dichiarazione 7.11 tratta dell'importanza di coinvolgere caregiver/genitori e tratta il ruolo che essi svolgono nell'*assessment* e nel trattamento. Nessuna linea guida può tenere conto di tutte le circostanze individuali su scala globale.

<u>Dichiarazione 6.1.</u>

Raccomandiamo che il personale sanitario che lavora con adolescenti gender diverse:

6.1.a. sia abilitato e sia in possesso di un Diploma di Laurea o di un titolo equivalente, riconosciuto a livello nazionale, in un campo clinico rilevante al suo ruolo;

6.1.b. riceva una formazione teorica basata sulle evidenze e sviluppi competenze sulla salute mentale dellə bambinə, dell'adolescente e delle loro famiglie durante lo sviluppo;

6.1.c. riceva formazione e sviluppi competenze sullo sviluppo dell'identità di genere, sulla diversità di genere nell3 bambin3 e nell3 adolescenti, sappia valutare la capacità di dare il proprio consenso per le cure, e possieda una conoscenza generale sulla diversità di genere nell'arco della vita;

6.1.d. riceva formazione e sviluppi competenze su autismo e altre condizioni atipiche del neurosviluppo, o collabori con unə espertə di disabilità dello sviluppo

quando lavora con adolescenti autistic3/neurodivergenti gender diverse;

6.1.e. continui a formarsi in tutte le aree rilevanti per l3 bambin3 e l3 adolescenti gender diverse e le loro famiglie.

Nell'effettuare *l'assessment* supportare l3 adolescenti TGD e le loro famiglie, il personale sanitario ha bisogno di conoscenze e formazione sia generali che specifiche sul genere. Il personale sanitario, formato per lavorare con l3 adolescenti e le famiglie, svolge un ruolo importante nella gestione degli aspetti dello sviluppo adolescenziale e delle dinamiche familiari (Adelson *et al.*, 2012; *American Psychological Association*, 2015; Hembree *et al.*, 2017). Altri capitoli di questi Standard di Cura descrivono in modo più dettagliato i criteri per il personale sanitario[21]. Il personale sanitario che lavora con adolescenti deve essere informato su ciò che è noto o meno sullo sviluppo dell'identità di genere nell3 adolescenti e di come queste conoscenze differiscano da quelle che si possono applicare all3 adult3 e all3 bambin3 in età prepuberale. Tra il personale sanitario, l3 Professionist3 della Salute Mentale (PSM) hanno la formazione più approfondita e le capacità cliniche adeguate a effettuare *assessment* e chiarire le priorità e gli obiettivi del trattamento insieme a chi richiede i GAMST. Una delle competenze più importanti dell3 PSM è la comprensione e la capacità di gestire le dinamiche familiari, in quanto i membri della famiglia possono avere opinioni divergenti riguardo alla storia e ai bisogni dellə giovanə.

Quando non è possibile rivolgersi a professionist3 format3 nello sviluppo dell3 bambin3 e dell'adolescente, il personale sanitario dovrebbe impegnarsi a ottenere una formazione sulle dinamiche familiari e sullo sviluppo adolescenziale, compreso lo sviluppo dell'identità di genere. Inoltre, considerando che l3 giovani *transgender* autistic3/neurodivergenti rappresentano un'importante sottopopolazione delle persone seguite nei centri specializzati a livello globale, è importante che il personale sanitario si formi sull'autismo e comprenda le particolarità dell'assistenza dell3 giovani autistic3 *gender diverse* (Strang, Meagher *et al.*, 2018). Se questo non è possibile, si consiglia di consultare e collaborare con personale sanitario specializzato in autismo e neurodivergenza.

<u>Dichiarazione 6.2.</u>

Raccomandiamo al personale sanitario che lavora con adolescenti gender diverse di facilitare l'esplorazione e l'espressione del loro genere in modo aperto e rispettoso, in maniera da non promuovere nessuna identità in particolare.

L'adolescenza è un periodo di sviluppo che comporta cambiamenti sia fisici che psicologici caratterizzati dal processo di individuazione e autonomizzazione dai *caregiver* (Berenbaum *et al.*, 2015; Steinberg, 2009). È un periodo in cui l3 giovani possono esplorare diversi aspetti dell'identità, compresa l'identità di genere.

È possibile trovare differenze tra l3 adolescenti, in termini di livello di esplorazione dei vari aspetti della loro identità (Meeus *et al.*, 2012). Per alcun3 adolescenti, il processo di consolidamento dell'identità è veloce, mentre per altrə è più lento. Inoltre, per alcunə lo sviluppo fisico, emotivo e psicologico avviene in periodi sovrapponibili, mentre per altrə lo sviluppo può avvenire con tempi diversi. Allo stesso modo, vi sono variazioni nella tempistica dello sviluppo dell'identità di genere

[21] Si veda i capp. 5, 7 e 13.

(Arnoldussen *et al.*, 2020; Katz-Wise *et al.*, 2017). Per alcun3 giovani, lo sviluppo dell'identità di genere è un processo chiaro, che inizia nella prima infanzia, mentre per altr3 i cambiamenti puberali contribuiscono al senso di appartenenza di sé a un determinato genere (Steensma, Kreukels *et al.*, 2013), e per altr3 ancora il processo può iniziare ben dopo il completamento dei cambiamenti puberali. Date queste variazioni, non esiste una tabella di marcia, un processo o un risultato particolare che possa essere previsto per unə singolə adolescentə che fa richiesta di presa in carico per un percorso di affermazione di genere.

Pertanto, il personale sanitario che lavora con adolescenti deve promuovere ambienti che sostengano e che rispettino l'identità di genere dell'adolescente e che permettano a quest'ultimə di esplorare apertamente le sue esigenze legate al genere, compresi interventi sociali, medici e fisici, nel caso in cui cambino o evolvano nel corso del tempo.

Dichiarazione 6.3.

Raccomandiamo al personale sanitario che lavora con adolescenti gender diverse di condurre un assessment biopsicosociale approfondito dell3 adolescenti che si presentano con preoccupazioni legate all'identità di genere e che richiedono trattamenti medici/chirurgici per la transizione, e che questo sia effettuato in modo collaborativo e supportivo.

Dato il modo in cui l'identità può svilupparsi durante l'adolescenza, si raccomanda di utilizzare un *assessment* biopsicosociale approfondito per guidare le decisioni di trattamento e ottimizzare i risultati. Questo *assessment* dovrebbe mirare a comprendere i punti di forza, le vulnerabilità, il profilo diagnostico e i bisogni unici dell'adolescente per individualizzarne il processo di presa in carico. Come indicato nella Dichiazione 6.1, l3 PSM hanno la formazione, l'esperienza e il tempo clinico appropriato per raccogliere le informazioni necessarie qui discusse. Il processo di *assessment* deve essere affrontato in modo collaborativo con l'adolescente e l3 *caregiver*; inoltre, questo processo deve essere affrontato sia separatamente che insieme, come descritto più dettagliatamente nella Dichiarazione 7.11. L'*assessment* dovrebbe avvenire prima di qualsiasi intervento medico o chirurgico necessario preso in considerazione (ad es., farmaci che bloccano la pubertà, terapia ormonale di affermazione di genere, interventi chirurgici)[22].

L3 giovani possono sperimentare molteplici percorsi di identità di genere. Infatti, le definizioni socioculturali e il modo in cui si esperisce il genere continuano a evolversi nel tempo; l3 giovani si presentano sempre più spesso con una gamma di identità e modi diversi di descrivere le loro esperienze e i loro bisogni relativi al genere (Twist e de Graaf, 2019). Ad esempio, alcun3 giovani si renderanno conto di essere *transgender* o, in modo più generale *gender diverse,* e inizieranno a presentarsi di conseguenza. Per alcun3 giovani, ottenere un trattamento medico di affermazione di genere è importante, mentre per altr3 potrebbe non essere necessario. Per esempio, un processo di esplorazione del proprio genere nel corso del tempo potrebbe non portare lə giovane ad auto-affermare un genere diverso rispetto al sesso e genere assegnati alla nascita, e quindi non comporterebbe interventi medici (Arnoldussen *et al.*, 2019).

Le evidenze longitudinali più consolidate a sostegno dei benefici dei GAMST in età adolescenziale sono state riscontrate in un contesto clinico, il cui

[2222] Si veda cap. 2, par. 2.1, capp. 12 e 13.

protocollo prevede un processo di *assessment* diagnostico completo e dettagliato (de Vries e Cohen-Kettenis, 2012; de Vries *et al.*, 2014). Alla luce di queste ricerche e della continua evoluzione delle esperienze di diversità di genere nella società, la necessità di condurre un *assessment* biopsicosociale approfondito durante l'adolescenza è basata sulle evidenze scientifiche e preserva l'integrità del processo decisionale. In assenza di un profilo diagnostico completo, potrebbero non essere individuate problematiche di salute mentale che necessitano di essere prioritariamente trattate. Non esistono studi sugli esiti a lungo termine dei GAMST per l3 giovani che non sono stat3 sottopost3 a un *assessment* approfondito. Il trattamento in questo contesto (ad esempio, con un *assessment* limitato o assente) non ha alcun supporto empirico e, pertanto, comporta il rischio che la decisione di iniziare i GAMST possa non essere nel migliore interesse a lungo termine dellə giovane in quel momento.

Poiché l'erogazione dell'assistenza sanitaria e l'accesso a specialist3 variano a livello globale, è spesso necessario progettare un processo di *assessment* che si adatti alle risorse esistenti. In alcuni casi, può essere utile un processo di *assessment* più esteso, come nel caso di giovani con problematiche più complesse (ad esempio, problemi di salute psicologica complicati (Leibowitz e de Vries, 2016)), caratteristiche co-occorrenti dello spettro autistico (Strang, Powers *et al.*, 2018), e/o assenza di incongruenza di genere infantile (Ristori e Steensma, 2016). Considerando i particolari fattori culturali, economici e geografici che esistono per popolazioni specifiche, il personale sanitario e della salute mentale dovrebbe progettare modelli di *assessment* che siano flessibili e permettano di ottenere un'assistenza con una tempistica appropriata per il maggior numero possibile di giovani; a patto che il suddetto *assessment* fornisca effettivamente informazioni sui punti di forza, le vulnerabilità, il profilo diagnostico e i bisogni individuali dell'adolescente. Per fornire ulteriori informazioni si possono utilizzare anche misurazioni in ambito psicosociale e di genere validate psicometricamente.

L'*assessment* multidisciplinare per l3 giovani che desiderano i GAMST comprende i seguenti ambiti che rispondono alle attinenti Affermazioni:

- *Sviluppo dell'identità di genere*: Le Dichiarazioni 6.12.a. e 7.12.b. approfondiscono i fattori associati allo sviluppo dell'identità di genere all'interno dello specifico contesto culturale nella valutazione delle persone TGD.
- *Sviluppo e sostegno sociale; intersezionalità:* Le Dichiarazioni 6.4 e 6.11 discutono l'importanza di effettuare l'*assessment* di *gender minority stress*, dinamiche familiari e altri aspetti che contribuiscono allo sviluppo sociale e all'intersezionalità.
- *Assessment diagnostico di possibili co-occorrenze con sintomi di sofferenza mentale e/o evolutivi:* la Dichiarazione 6.12.d. spiega l'importanza di comprendere la relazione che esiste, se esiste, tra eventuali condizioni di salute mentale o di sviluppo co-occorrenti e l'identità di genere/diversità di genere dellə giovane.
- *Capacità decisionale:* La Dichiarazione 6.12.c approfondisce l'*assessment* della maturità emotiva di unə giovane e la sua rilevanza nel momento in cui sta prendendo in considerazione i GAMST.

<u>Dichiarazione 6.4.</u>

Raccomandiamo al personale sanitario di lavorare con le famiglie e le scuole (e altri contesti sociali) per promuovere il riconoscimento delle espressioni gender diverse e del comportamento e delle identità dell'adolescente.

Numerosi studi e il consenso dell3 esperts sostengono lo sviluppo e l'applicazione di approcci che promuovono il riconoscimento e l'affermazione dell3 giovani TGD in tutti i contesti, tra cui la famiglia, la scuola[23], le strutture sanitarie e tutte le altre organizzazioni/associazioni e comunità con cui interagiscono (ad es. Pariseau *et al.*, 2019; Russell *et al.*, 2018; Simons *et al.*, 2013; Toomey *et al.*, 2010; Travers *et al.*, 2012). Il riconoscimento e l'affermazione si realizzano attraverso una serie di approcci, azioni e politiche che raccomandiamo di mettere in atto nelle varie relazioni e contesti frequentati e vissuti da unə giovanə. È importante che i membri della famiglia e della comunità coinvolti nella vita dell'adolescente collaborino a questi sforzi — a meno che il loro coinvolgimento non sia considerato dannoso per l'adolescente. Gli esempi, proposti da Pariseau *et al.* (2019) e da altri, di strategie di riconoscimento e affermazione della diversità di genere, di espressione di identità e di riflessione su di essa, che possono essere attuate da parte della famiglia, del personale e delle organizzazioni/associazioni, includono:

1. azioni che supportino l3 giovani a intraprendere attività e interessi *gender-expansive* (ad es., non conformi);
2. comunicazioni che siano di supporto quando l3 giovani esprimono le loro esperienze legate al genere e all'esplorazione di genere;
3. uso del nome/dei pronomi utilizzati dallə giovane;
4. sostegno all3 giovani che indossano abiti/uniformi, acconciature e accessori (ad esempio, gioielli, trucchi) che ritengono affermare il loro genere;
5. comunicazione positiva e supportiva con l3 giovani sul loro genere e sulle loro preoccupazioni legate al genere;
6. informazione e formazione sulle questioni relative alla diversità di genere per le persone che fanno parte della vita dellə giovane (per esempio, i membri della famiglia, il personale sanitario, le reti di supporto sociale), comprese le informazioni su come difendere l3 giovani *gender diverse* nella comunità, nella scuola, nell'assistenza sanitaria e in altri ambienti, secondo i bisogni specifici;
7. sostenere giovani *gender diverse* nell'entrare in contatto con comunità di supporto (ad es., gruppi LGBTQ, eventi, amich3);
8. dare l'opportunità di discutere, prendere in considerazione ed esplorare le opzioni di trattamento medico, quando indicato;
9. politiche antibullismo in vigore;
10. inclusione di esperienze non binarie nella vita quotidiana, nei materiali di lettura e nei programmi di studio (ad es., libri, corsi di educazione sessuale e sanitaria, assegnazione di tracce per temi che vadano al di là del binarismo e che includano i gruppi LGBT e coloro che li supportano);
11. strutture inclusive di genere alle quali lə giovane possa accedere senza

[23] N.d.T. In Italia può essere utile discutere la possibilità di attivare la carriera alias a scuola, informando la famiglia sulle procedure necessarie o contattando direttamente l'Istituto una volta avuto il consenso da parte dellə bambinə/adolescente e la famiglia. La carriera alias è un accordo di riservatezza tra la scuola, lə studente trans e la famiglia nel caso di minori. Tramite questo dispositivo è possibile cambiare il nome sui documenti interni dell'Istituto (es. registro elettronico ed e-mail scolastica) e ottenere ulteriori supporti (es. accesso a bagni e spogliatoi in base al genere). Per maggiori informazioni e una proposta di regolamento v. Agedo (2021), GenderLens (2021) e Retelenford (2022).

segregazione dai pari non *gender diverse* (per es., bagni, spogliatoi).

Raccomandiamo al personale sanitario di lavorare con i genitori, le scuole e altre organizzazioni/associazioni per promuovere il riconoscimento e l'affermazione delle identità e delle espressioni delle persone TGD — indipendentemente dal fatto che vengano attuati o meno interventi a livello sociale o medico, poiché al riconoscimento e all'affermazione sono associati minori problematiche di salute mentale e una minore sintomatologia comportamentale, ma anche una migliore salute mentale e funzionamento comportamentale (Day *et al.*, 2015; de Vries *et al.*, 2016; Greytak *et al.*, 2013; Pariseau *et al.*, 2019; Peng *et al.*, 2019; Russell *et al.*, 2018; Simons *et al.*, 2013; Taliaferro *et al.*, 2019; Toomey *et al.*, 2010; Travers *et al.*, 2012). Russell *et al.* (2018) hanno riscontrato che, in diversi contesti della vita, il miglioramento della salute mentale aumenta con il riconoscimento e l'affermazione (ad es., casa, scuola, lavoro e amich3). Il rifiuto da parte della famiglia, del gruppo di pari e del personale scolastico (ad es., uso intenzionale di un nome e di un pronome con cui lə giovane non si identifica, mancato riconoscimento dell'identità di genere affermata, bullismo, le molestie, abusi verbali e fisici, relazioni problematiche, rifiuto per il fatto di essere TGD, emarginazione) sono stati fortemente collegati a esiti negativi, come ansia, depressione, ideazione suicidaria, tentativi di suicidio e uso di sostanze (Grossman *et al.*, 2005; Klein e Golub; 2016; Pariseau *et al.*, 2019; Peng *et al.*, 2019; Reisner *et al.*, 2015; Roberts *et al.*, 2013). È importante essere consapevol3 che le problematiche di salute mentale aumentano con l'aumentare del rifiuto e che permangono in età adulta (Roberts *et al.*, 2013).

È stato riscontrato che risposte neutre o indifferenti alla diversità e all'esplorazione di genere di unə giovane (ad esempio, lasciare che unə bambinə dica ad altri il nome che ha scelto ma non usarlo, non comunicarlo a famiglia o amic3 quando lə giovane vuole che lo rivelino, non sostenere lə bambinə di fronte al comportamento di rifiuto da parte del personale scolastico o del gruppo di pari, non dedicarsi o partecipare ad altre strategie di supporto, ad esempio, con psicoterapeut3 e gruppi di supporto), hanno conseguenze negative, come un aumento dei sintomi depressivi (Pariseau *et al.*, 2019). Per queste ragioni, è importante non ignorare le domande legate al genere di unə giovane né ritardare nel prendere in considerazione i suoi bisogni di cura legati al genere. È di particolare valore che l3 professionist3 riconoscano che l3 giovani necessitano di approcci e sostegni individualizzati relativi all'espressione di genere, all'identità e all'esperienza corporea nel corso del tempo nei diversi contesti di vita e nelle relazioni. L3 giovani potrebbero avere bisogno di aiuto nel gestire la tensione derivata dal tollerare il processo di elaborazione/adattamento di altr3 riguardo l'esplorazione e i cambiamenti dell'identità dellə giovane (ad esempio, Kuper *et al.*, 2019). È importante che il personale sanitario collabori con i genitori, e altre figure, quando stanno elaborando le loro preoccupazioni e sentimenti, quando si informano e formano sulla diversità di genere, in quanto tali processi potrebbero non necessariamente riflettere rifiuto o neutralità, ma piuttosto rappresentare degli sforzi per sviluppare atteggiamenti e raccogliere informazioni che favoriscano l'accoglienza (ad esempio, Katz-Wise *et al.*, 2017).

<u>Dichiarazione 6.5.</u>

Raccomandiamo di non proporre terapie riparative e di conversione volte al tentativo di cambiare il genere e

l'espressione di genere vissuta per renderla più congruente con il sesso assegnato alla nascita.

Alcunɜ professionistɜ, organizzazioni laiche o religiose e famiglie rifiutanti possono tentare di ostacolare l'espressione della diversità di genere o l'affermazione di un'identità di genere dell'adolescente diversa dall'espressione e dal comportamento conformi al sesso assegnato loro alla nascita. Tali tentativi di inibire la reversibile espressione o transizione sociale possono includere: la scelta di non usare il nome e i pronomi di identificazione dellə giovane o limitare l'espressione di sé tramite l'abbigliamento e le acconciature (Craig *et al.*, 2017; Green *et al.*, 2020). Questi comportamenti di disconferma mirano tipicamente a rafforzare l'idea che l'identità/espressione di genere di unə giovane debba corrispondere al genere associato al sesso assegnato alla nascita o alle aspettative basate sul sesso assegnato alla nascita (N.d.T. cisnormatività). Sono state tentate attività e approcci (talvolta definiti "trattamenti") volti a cercare di cambiare l'identità e l'espressione di genere di una persona, così da renderla più congruente con il sesso assegnato alla nascita, ma questi approcci non hanno portato a cambiamenti nell'identità di genere (Craig *et al.*, 2017; Green *et al.*, 2020). Raccomandiamo di non mettere in atto questi approcci, poiché si sono rivelati inefficaci e sono associati a un aumento dei problemi di salute psicologica e al peggioramento del funzionamento psicologico (Craig *et al.*, 2017; Green *et al.*, 2020; Turban *et al.*, 2020).

Gran parte della ricerca che ha valutato la "terapia di conversione" e la "terapia riparativa" ha studiato l'impatto dei tentativi di cambiare l'espressione di genere (mascolinità o femminilità) e ha equiparato gli effetti di tali terapie applicate all'orientamento sessuale a quelle sull'identità di genere (APA, 2009; Burnes *et al.*, 2016; Craig *et al.*, 2017). Alcuni di questi tentativi si sono focalizzati sia sull'identità che sull'espressione di genere (AACAP, 2018). La terapia di conversione/riparativa è stata collegata a un aumento di ansia, depressione, ideazione suicidaria, tentativi di suicidio e evitamento dell'accesso al sistema sanitario (Craig *et al.*, 2017; Green *et al.*, 2020; Turban *et al.*, 2020). Sebbene alcuni di questi studi siano stati criticati per le metodologie e le conclusioni (ad esempio, D'Angelo *et al.*, 2020), ciò non deve minimizzare l'importanza di sottolineare che gli sforzi intrapresi a priori per cambiare l'identità di una persona sono clinicamente ed eticamente privi di fondamento. Raccomandiamo di evitare qualsiasi tipo di conversione o tentativo di cambiare l'identità di genere di una persona perché 1) i tentativi, sia laici che religiosi, di cambiare l'identità/espressione di genere sono stati associati a un peggioramento del funzionamento psicologico che si protrae fino all'età adulta (Turban *et al.*, 2020); 2) esistono ampie ragioni etiche che dovrebbero rimarcare il rispetto per le identità *gender diverse*.

È importante notare che i potenziali fattori che guidano l'esperienza di genere di unə giovane e le segnalazioni di incongruenza di genere, se affrontati nel contesto del sostegno all'adolescente nella scoperta di sé, non sono considerati una terapia riparativa, purché non vi sia l'obiettivo a priori di cambiare o promuovere una particolare identità o espressione di genere (AACAP, 2018; cfr. Dichiarazione 7.2). Per garantire che queste esplorazioni siano terapeutiche, raccomandiamo di utilizzare un atteggiamento affermativo e un tono supportivo nel discutere cosa è stato provato, considerato e pianificato dallə giovane in termini di espressione di genere. Questi argomenti di discussione possono

includere ciò che è stato utile o rassicurante, ciò che è stato inutile o doloroso e il perché. Raccomandiamo di utilizzare risposte di sostegno per queste fasi e discussioni, come indicato nella Dichiarazione *SOC-8* 7.4.

Dichiarazione 6.6.

Suggeriamo al personale sanitario di fornire all3 adolescenti TGD un'educazione sanitaria sul binding del torace e sul tucking dei genitali, compresa una descrizione approfondita dei rischi e dei benefici.

L3 giovani TGD possono provare disagio nei confronti del torace e genitali. Pratiche come il *binding*, l'imbottitura del reggiseno, il *tucking* e il *packing* dei genitali, sono interventi reversibili, e non medici, che possono aiutare ad alleviare questi disagi (Callen-Lorde, 2020a; 2020b; Deutsch, 2016a; Olson-Kennedy *et al.*, 2018; Transcare BC, 2020). È importante valutare il grado di disagio legato allo sviluppo fisico o all'anatomia, informare l3 giovani sui potenziali interventi non medici per affrontare questo disagio e discutere l'uso sicuro di questi interventi.

Il *chest binding* comporta la compressione del tessuto mammario per creare un aspetto più piatto del torace. Alcuni studi suggeriscono che fino all'87% dell3 pazienti *transmasculine* e *gender diverse* AFAB riportano aver utilizzato il *binding* (Jones, 2015; Peitzmeier, 2017). I metodi di *binding* possono includere l'uso di *binder*[24] commerciali, reggiseni sportivi, indossare più di una maglietta, indossare più di un reggiseno sportivo o l'uso di fasciature elastiche o di altro tipo (Peitzmeier, 2017). Attualmente, la maggior parte dell3 giovani afferma di aver appreso le pratiche di *binding* online dalle comunità di pari (Julian, 2019).

Il personale sanitario può svolgere un ruolo importante nel garantire che l3 giovani ricevano informazioni corrette e affidabili sui potenziali rischi e benefici del *chest binding*. Inoltre, il personale sanitario può consigliare pratiche di *binding* sicure e monitorare i potenziali effetti negativi sulla salute. Sebbene esistano potenziali impatti fisici negativi del *binding*, l3 giovani che lo praticano riportano molti benefici, tra cui un maggiore *comfort*, una maggiore sicurezza, minori tassi di *misgendering* (Julian, 2019). Gli effetti negativi più comuni sulla salute nell3 giovani includono dolore alla schiena/al petto, mancanza di respiro ed eccessivo aumento della temperatura corporea (Julian, 2019). Impatti negativi più gravi sulla salute, come infezioni della pelle, infezioni respiratorie e fratture alle costole sono rari e sono stati associati al *binding* nell3 adult3 (Peitzmeier, 2017). Se lə giovane ricorresse al *binding* per ridurre il rischio di gravi effetti negativi sulla salute, si dovrebbe consigliare di utilizzare solo i metodi considerati sicuri, come i *binder* specificamente progettati per la popolazione TGD. I metodi considerati non sicuri per il *binding* includono l'uso di nastro adesivo, bendaggio elastico e bendaggio di plastica, in quanto possono limitare il flusso sanguigno, danneggiare la pelle e limitare la respirazione. Se l3 giovani dovessero riportare impatti negativi sulla salute dovuti al *binding*, questi dovrebbero essere idealmente affrontati dal personale sanitario con esperienza con giovani TGD.

Il *tucking* genitale è la pratica atta a riposizionare il pene e i testicoli per ridurre il rigonfiamento visibile dai pantaloni. I metodi di *tucking* includono il *tucking* del

[24] N.d.T.: canottiere fatte *ad hoc* per comprimere il petto. Vi è anche chi utilizza specifici nastri (*tape*) da applicare sul petto per appiattirlo. Vi sono *tape* fatti *ad hoc per il binding* (es. *trans tape)* ma vengono usati anche quelli per uso medico-sportivo (es. nastro kinesiologico).

pene e dei testicoli tra le gambe o il *tucking* dei testicoli all'interno del canale inguinale e l'arretramento del pene tra le gambe. In genere, i genitali sono tenuti fermi dalla biancheria intima o da una *gaff*, un indumento *ad hoc* che può essere fabbricato o acquistato. Sono disponibili pochi studi sui rischi e i benefici specifici del *tucking* nell3 adult3 e nessuno è stato condotto sull3 giovani. Studi precedenti hanno riportato che gli indumenti intimi stretti sono associati a una riduzione della concentrazione e della motilità degli spermatozoi. Inoltre, l'elevata temperatura scrotale può essere associata a scarse qualità spermatiche. Oltre a ciò, sebbene non esistano studi definitivi che valutino questi esiti negativi, il *tucking* genitale potrebbe teoricamente influenzare la spermatogenesi e la fertilità (Marsh, 2019). Sono necessarie ulteriori ricerche per determinare i benefici e i rischi specifici del *tucking* nell3 giovani.

Dichiarazione 6.7.

Raccomandiamo al personale sanitario di considerare la prescrizione di trattamenti che sopprimano il ciclo mestruale per l3 adolescenti che sperimentano incongruenza di genere e che non desiderano la terapia ormonale, la desiderano ma non l'hanno ancora iniziata, oppure in concomitanza con la terapia androgenica per inibire il sanguinamento.

Quando si discute delle opzioni disponibili a livello di farmaci per il blocco delle mestruazioni, il personale sanitario dovrebbe impegnarsi in un processo decisionale condiviso, utilizzare un linguaggio inclusivo legato al genere (ad es., chiedendo all3 pazienti quali termini utilizzano per riferirsi alle mestruazioni, agli organi riproduttivi e ai genitali) ed eseguire gli esami fisici in modo sensibile e affermativo (Bonnington *et al.*, 2020; Krempasky *et al.*, 2020). Non esistono ricerche formali che valutino come il blocco del ciclo mestruale possa avere un impatto sull'incongruenza di genere e/o sulla disforia. Tuttavia, l'uso del blocco del ciclo mestruale può essere un intervento iniziale che consente di esplorare ulteriormente gli obiettivi di cura, dare priorità ad altri trattamenti per la salute mentale o a entrambi, soprattutto per coloro che sperimentano un peggioramento della disforia di genere a causa di un sanguinamento uterino indesiderato[25] (Mehringer e Dowshen, 2019). Quando non si usa il testosterone, il blocco del ciclo mestruale può essere ottenuto con un progestinico. Per escludere eventuali disturbi mestruali sottostanti, è importante ottenere una storia clinica e una valutazione mestruale dettagliata prima di attuare una terapia di soppressione mestruale (Carswell e Roberts, 2017). Quando si discute dei farmaci per il blocco delle mestruazioni, è necessario menzionare anche la necessità di contraccettivi e informare sull'efficacia dei farmaci per il blocco delle mestruazioni come metodi contraccettivi (Bonnington *et al.*, 2020). Dovrebbero essere offerte varie opzioni per il blocco delle mestruazioni, come i farmaci combinati estrogeno-progestinici, i progestinici orali, i progestinici *depot* e subdermici e i dispositivi intrauterini (IUD), per consentire piani terapeutici personalizzati, tenendo adeguatamente conto della disponibilità, dei costi e della copertura sanitaria, nonché delle controindicazioni e degli effetti collaterali (Kanj *et al.*, 2019).

I farmaci ormonali a base di soli progestinici sono un valida alternativa, soprattutto per i ragazzi trans e persone non binarie AFAB, che non sono interessat3 a terapie mediche contenenti estrogeni, oppure coloro che sono a rischio di eventi

[25] Cfr. Dichiarazione 6.12d.

tromboembolici o che hanno altre controindicazioni alla terapia estrogenica (Carswell e Roberts, 2017). I farmaci ormonali a base di soli progestinici includono progestinici orali, iniezione di depo-medrossiprogesterone, impianto di etonogestrel e IUD a rilascio di Levonorgestrel (Schwartz *et al.*, 2019). Le opzioni ormonali a base di soli progestinici variano in termini di efficacia nell'ottenere la soppressione delle mestruazioni, inoltre hanno tassi più bassi di raggiungimento dell'amenorrea rispetto alla contraccezione orale combinata (Pradhan e Gomez-Lobo, 2019)[26]. Il personale sanitario non deve formulare ipotesi sul metodo preferito dall'individuo, poiché alcun3 giovani possono prediligere anelli vaginali o IUD (Akgul *et al.*, 2019). Sebbene i farmaci ormonali richiedano un monitoraggio per la potenziale labilità dell'umore, gli effetti depressivi o di entrambi, i rischi e benefici di una mancata soppressione mestruale nell'ambito della disforia di genere devono essere valutati su base individuale. Alcun3 pazienti possono optare per una contraccezione orale combinata, la quale comprende diverse combinazioni di etinilestradiolo, con posologie variabili, e diverse generazioni di progestinici (Pradhan e Gomez-Lobo, 2019). I componenti a bassa posologia di etinilestradiolo, delle pillole contraccettive orali combinate, sono associati a un aumento del sanguinamento uterino. L'utilizzo continuativo di contraccettivi orali combinati può essere utilizzato per consentire una soppressione mestruale continua e può essere somministrato mediante via transdermica o anelli vaginali.

Anche l'uso di analoghi dell'ormone che rilascia le gonadotropine (GnRHa) può determinare una soppressione mestruale. Tuttavia, si raccomanda che l3 giovani *gender diverse* soddisfino i criteri di eleggibilità (come indicato nella Dichiarazione 7.12) prima di prendere in considerazione questi farmaci con il solo scopo di bloccare le mestruazioni (Carswell e Roberts, 2017; Pradhan e Gomez-Lobo, 2019). Infine, i farmaci per il blocco delle mestruazioni possono essere indicati come terapia aggiuntiva per il sanguinamento uterino che può verificarsi durante l'assunzione di testosterone esogeno o come farmaco ponte in attesa del blocco delle mestruazioni con la terapia con testosterone. Quando il testosterone esogeno viene utilizzato come ormone per l'affermazione di genere, il blocco del ciclo mestruale si ottiene in genere nei primi sei mesi di terapia (Ahmad e Leinung, 2017). Tuttavia, è fondamentale che l3 adolescenti siano consapevoli che l'ovulazione e la gravidanza possono verificarsi anche in presenza di amenorrea (Gomez *et al.*, 2020; Kanj *et al.*, 2019).

<u>Dichiarazione 6.8.</u>

Si raccomanda al personale sanitario di mantenere un rapporto continuativo con l'adolescente TGD e ogni adultə rilevante per l'adolescente fino all'età adulta, così da sostenere l'adolescente nei processi di decisione per tutta la durata dei trattamenti di blocco della pubertà, ormonali e chirurgici fino alla transizione alla presa in carico dai servizi dellə adultə.

Il personale sanitario esperto nello sviluppo infantile e adolescenziale, come descritto nella Dichiarazione 7.1, svolge un ruolo importante nella continuità delle cure terapeutiche per l3 giovani nella progressione del loro bisogno di trattamento relativi al genere. Sostenere l3 adolescenti e le loro famiglie richiede un approccio

[26] Una descrizione più dettagliata degli studi clinici pertinenti è presente nel capitolo 12.

terapeutico che utilizzi una chiave di lettura evolutiva attraverso cui comprendere l'evoluzione della maturità emotiva e prendersi cura dei bisogni che emergono di volta in volta. Poiché i percorsi terapeutici per l'affermazione del genere differiscono in base alle esigenze e alle esperienze dellə singolə adolescentə TGD, il processo decisionale che riguarda la possibilità di sottoporsi a questi trattamenti (soppressione della pubertà, estrogeni/androgeni, interventi chirurgici per l'affermazione del genere) può avvenire nell'arco di diversi anni. Una ricerca longitudinale, che ha dimostrato i benefici del blocco puberale e del trattamento ormonale per l'affermazione del genere (GAHT), è stata condotta in un contesto clinico in cui è stata mantenuta una relazione clinica continuativa tra adolescenti/famiglie ed *équipe* multidisciplinare (de Vries *et al.*, 2014).

I contesti clinici che offrono tempi di colloquio più lunghi durante gli appuntamenti forniscono allɜ adolescenti e allɜ loro *caregiver*, spazi per condividere importanti aspetti psicosociali del benessere emotivo (per esempio, dinamiche familiari, esperienze scolastiche, romantiche e sessuali) che contestualizzano le esigenze e le decisioni di trattamento individualizzate per l'affermazione di genere, come descritto in altre parti del capitolo. Una relazione clinica continuativa può svolgersi in diversi contesti, sia all'interno di un'*équipe* multidisciplinare sia con personale sanitario di sedi diverse che collaborano tra loro. Data l'ampia variabilità nella possibilità di ottenere l'accesso a centri specializzati, in particolare per i gruppi emarginati che sperimentano disparità nell'accesso, è importante che il personale sanitario si renda conto dell'esistenza di eventuali barriere di accesso ai trattamenti, mantenendo al contempo una certa flessibilità nel definire il modo in cui una relazione clinica continuativa può svolgersi in quel contesto specifico.

Una relazione clinica continuativa che aumenti la resilienza nellə giovane e fornisca sostegno ai genitori/*caregiver*, che possono avere i loro personali bisogni di supporto, può portare a un maggior riconoscimento da parte dei genitori e migliori risultati in termini di salute mentale (Ryan, Huebner *et al.*, 2009).

<u>Dichiarazione 6.9.</u>

Raccomandiamo al personale sanitario di coinvolgere specialisti delle discipline rilevanti inclusi professionistɜ della salute mentale e medici, per raggiungere una decisione sul fatto che la soppressione della pubertà, l'avvio della terapia ormonale, oppure la chirurgia di genere siano appropriate per lɜ adolescenti TGD e permanga l'indicazione di tali cure nel corso del trattamento, fino a che non viene effettuata la transizione ai servizi dellə adultə.

Lɜ adolescenti TGD con disforia di genere/incongruenza di genere, che fanno richiesta di trattamenti medici e chirurgici di conferma del genere, beneficiano del coinvolgimento di personale sanitario con diverse specializzazioni. Fornire assistenza allɜ adolescenti TGD include:

1) considerazioni diagnostiche (vedere le Dichiarazioni 7.3, 7.12a e 7.12b) condotte da personale sanitario specializzato (come definito nella Dichiarazione 7.1) ogni volta che sia possibile e necessario;

2) considerazioni terapeutiche quando si prescrivono, gestiscono e monitorano i farmaci per l'affermazione di genere, richiedono una formazione specifica medica e medico-chirurgica. L'elenco delle specializzazioni principali include, ma non si limita a: medicina/cure primarie dell'adolescenza, endocrinologia,

psicologia, psichiatria, logopedia, assistenza sociale, l3 operator3 sociosanitar3 e l'*équipe* chirurgica.

Le evidenze che stanno emergendo dimostrano un beneficio clinico per l3 giovani *transgender* che ricevono trattamenti di affermazione del genere in centri specializzati multidisciplinari (de Vries *et al.*, 2014; Kuper *et al.*, 2020; Tollit *et al.*, 2019). Infine, l3 adolescenti, che vogliono iniziare un percorso per l'affermazione di genere in cliniche multidisciplinari, si presentano con una complessità clinica significativa che richiede una stretta collaborazione tra PSM, medic3 e chirurg3 (McCallion *et al.*, 2021; Sorbara *et al.*, 2020; Tishelman *et al.*, 2015).

Poiché non tutt3 l3 pazienti e le famiglie si trovano nella posizione, o nel luogo, in cui è possibile accedere a cure multidisciplinari, la mancanza di specializzazioni disponibili non deve precludere l'accesso alle cure necessarie in modo tempestivo. Quando le specializzazioni sono disponibili, in particolar modo nei centri con *équipe* multidisciplinari, professionist3 con esperienza o entrambe, si raccomanda che vengano fatti degli sforzi per includere l3 relativ3 professionist3 nel momento in cui si crea un *team* specializzato. Tuttavia, ciò non significa che tutte le specialità siano necessarie per fornire assistenza a unə particolare giovane e famiglia.

In caso sia necessaria una documentazione scritta per raccomandare l'opportunità di procedere con i GAMST per l'adolescente sarà necessaria una sola lettera di *assessment* da parte di un membro dell'*équipe* multidisciplinare. Questa dichiarazione deve riflettere l'*assessment* e l'opinione dell'*équipe* che coinvolge sia il personale sanitario che lə PSM (*American Psychological Association*, 2015; Hembree *et al.*, 2017; Telfer *et al.*, 2018). Ulteriori relazioni inerenti l'*assessment* e pareri scritti possono essere richiesti in caso di necessità mediche specifiche, quando i membri dell'*équipe* si trovano in luoghi diversi o scelgono di scrivere singolarmente le proprie conclusioni[27].

<u>Dichiarazione 6.10.</u>

Raccomandiamo al personale sanitario di informare l'adolescente TGD, prima che inizi il trattamento medico, circa gli effetti dei trattamenti sulla salute riproduttiva, compresa la potenziale perdita di fertilità e le opzioni disponibili per preservare la fertilità in relazione al suo stadio di sviluppo puberale.

Nel valutare l3 adolescenti che desiderano i GAMST, il personale sanitario dovrebbe discutere delle modalità specifiche con cui il trattamento richiesto può influire sulla capacità riproduttiva[28].

È importante che il personale sanitario comprenda quali opzioni di preservazione della fertilità siano disponibili, in modo da poter trasmettere le informazioni all3 adolescenti. Si consiglia di coinvolgere i genitori/*caregiver* in questo processo in modo che comprendano i pro e i contro delle diverse opzioni. Il personale sanitario deve essere consapevole che l3 adolescenti e i genitori possono avere opinioni diverse sulla capacità riproduttiva e possono quindi prendere decisioni diverse (Quain *et al.*, 2020), motivo per cui il personale sanitario può essere utile nel guidare questo processo. Il personale sanitario deve prestare particolare attenzione agli aspetti evolutivi e psicologici della preservazione della fertilità e della

[27] Per ulteriori informazioni, si veda il capitolo 5, par. 5.5.

[28] Le questioni relative alla fertilità e le opzioni specifiche di preservazione della fertilità sono discusse in modo più approfondito nei capp. 12 e 16.

capacità decisionale dellə singolə adolescente. Anche se l3 adolescenti possono pensare di aver preso una decisione in merito alla loro capacità riproduttiva, la possibilità che le loro opinioni sull'avere figli3 biologic3 possano cambiare nel tempo deve essere discussa con personale sanitario che abbia sufficiente esperienza, conosca lo sviluppo dell3 adolescenti e abbia esperienza di lavoro con i genitori.

Discutere le conseguenze a lungo termine sulla fertilità e assicurarsi che l3 adolescenti *transgender* abbiano aspettative realistiche riguardo le opzioni di preservazione della fertilità, o l'adozione, non può essere affrontato durante un singolo incontro, ma dovrebbe essere oggetto di un percorso continuativo. Questo discorso dovrebbe avvenire non solo prima di iniziare qualsiasi intervento medico (blocco della pubertà, ormoni o interventi chirurgici), ma anche durante i trattamenti successivi e durante la transizione.

Attualmente esistono solo risultati preliminari di studi retrospettivi che valutano l3 adult3 *transgender* e le loro decisioni prese da giovani, riguardo alle conseguenze del trattamento medico sulla capacità riproduttiva. È importante non fare supposizioni sugli obiettivi futuri di unə adolescente. Le ricerche condotte sull3 sopravvissut3 al cancro infantile hanno rilevato che l3 partecipanti che hanno riconosciuto di non aver avuto l'opportunità della preservazione della fertilità hanno riportano disagio e rammarico in relazione alla possibile infertilità (Armuand *et al.*, 2014; Ellis *et al.*, 2016; Lehmann *et al.*, 2017). Inoltre, le persone affette da cancro che non davano priorità all'avere figli3 biologic3 prima del trattamento hanno riferito di aver "cambiato idea" durante le fasi successive della loro vita (Armuand *et al.*, 2014).

Data la complessità delle diverse opzioni di preservazione della fertilità e le sfide che il personale sanitario può incontrare nel discutere di fertilità con l'adolescente e la famiglia (Tishelman *et al.*, 2019), è importante considerare un consulto sulla fertilità per ogni adolescente che si sottopone a trattamenti di affermazione di genere — a meno che la situazione locale non sia tale che un consulto sulla fertilità non sia coperto dall'assicurazione o dai piani di assistenza sanitaria pubblica, non sia disponibile a livello locale o le circostanze individuali lo rendano non preferibile.

Dichiarazione 6.11.

Raccomandiamo che, quando i trattamenti medici o chirurgici per l'affermazione del genere sono indicati per l3 adolescenti, il personale sanitario che lavora con adolescenti TGD coinvolga i genitori/caregiver nel processo di assessment e trattamento, a meno che il loro coinvolgimento non sia ritenuto dannoso per l'adolescente o non sia fattibile.

Quando c'è indicazione che l'adolescente potrebbe trarre beneficio dai GAMST, si raccomanda di coinvolgere i genitori/*caregiver* nel processo di *assessment* in quasi tutte le situazioni (Edwards-Leeper e Spack, 2012; Rafferty *et al.*, 2018). Le eccezioni a questo principio possono includere situazioni in cui l'adolescente è in affidamento, a carico dei Servizi sociali o in entrambi i casi, e il coinvolgimento dei genitori (o chi ne fa le veci) sarebbe impossibile, inopportuno o dannoso. Il sostegno dei genitori e della famiglia è un predittore del benessere ed è un fattore protettivo per la salute mentale dell3 giovani TGD (Gower *et al.*, 2018; Grossman *et al.*, 2019; Lefevor *et al.*, 2019; McConnell *et al.*, 2015; Pariseau *et al.*, 2019; Ryan, 2009; Ryan *et al.*, 2010; Simons *et al.*, 2013; Wilson *et al.*, 2016). Pertanto, l'inclusione dei genitori/*caregiver* nel processo di *assessment*,

per incoraggiare e facilitare una maggiore comprensione e sostegno dei genitori nei confronti dell'adolescente, può essere una delle pratiche più utili disponibili.

I genitori/*caregiver* possono fornire informazioni chiave all'*équipe* clinica, come la storia inerente al genere, lo sviluppo generale, clinico e di salute mentale dellə giovane, nonché indicazioni sul livello di supporto attuale, sul funzionamento generale e sul benessere dellə giovane. La concordanza o la divergenza dei resoconti forniti dall'adolescente e dai genitori/*caregiver* può essere un'informazione importante per l'*équipe* di *assessment* e può aiutare a progettare e modellare supporti personalizzati per lə giovanə e la famiglia (De Los Reyes *et al.*, 2019; Katz-Wise *et al.*, 2017). La conoscenza del contesto familiare, compresi i fattori di resilienza e le crisi vissute, può aiutare il personale sanitario a comprendere dove sarebbe necessario un ulteriore supporto. Il coinvolgimento dei genitori/*caregiver* è importante anche per educare le famiglie sui vari approcci terapeutici, sul *follow-up*, l'assistenza continua e sulle potenziali complicazioni del trattamento. Attraverso la psicoeducazione sulle opzioni cliniche di presa in carico rispetto al genere e la partecipazione al processo di *assessment*, che può svilupparsi nel corso del tempo, i genitori/*caregiver* possono comprendere meglio l'esperienza e i bisogni dellə loro figliə (Andrzejewski *et al.*, 2020; Katz-Wise *et al.*, 2017).

Le preoccupazioni o le domande dei genitori/*caregiver* riguardo alla stabilità dei bisogni legati al genere nel tempo e alle implicazioni dei vari interventi di affermazione del genere sono comuni e non devono essere ignorate. È opportuno che i genitori/*caregiver* pongano queste domande, inoltre, vi sono casi in cui le domande o le preoccupazioni dei genitori/*caregiver* sono particolarmente utili per prendere decisioni e determinare i piani di cura. Per esempio, quanto riferito da un genitore/*caregiver* può fornire un quadro critico nelle situazioni in cui unə giovane abbia preso autoconsapevolezza di recente, o in maniera improvvisa, e richieda un trattamento di affermazione di genere o quando si teme una possibile influenza da parte di coetanеɜ e dei *social media* sull'attuale percezione di genere dellə giovane. Anche la contestualizzazione del resoconto dei genitori/*caregiver* è fondamentale, poiché il resoconto della storia di unə giovane fornito dai genitori/*caregiver* può essere, o meno, in linea con il resoconto dellə giovane. È importante notare che la storia personale legata al genere può essere sconosciuta ai genitori/*caregiver* perché il genere può essere un'esperienza interna dellə giovane, non conosciuta da altrɜ, a meno che non venga apertamente discussa. Per questo motivo, il resoconto dell'adolescente sulla propria storia ed esperienza legata al genere è fondamentale per il processo di *assessment*.

Alcuni genitori/*caregiver* possono avere convinzioni non favorevoli o contrarie sulle identità TGD, sulla presa in carico per l'affermazione del genere o su entrambi (Clark *et al.*, 2020). Tali opinioni non favorevoli sono un importante obiettivo terapeutico per le famiglie. Anche se, in alcuni casi, le convinzioni dei genitori possono sembrare rigide, il personale sanitario non deve dare per scontato che sia così. Ci sono molti esempi di genitori/*caregiver* che, con il tempo, grazie al supporto e alla psicoeducazione, hanno accettato le diversità di genere e i bisogni di cura di loro figlə.

Aiutare lə giovane e i genitori/*caregiver* a lavorare insieme su importanti decisioni di cura è un obiettivo primario. Tuttavia, in alcuni casi, i genitori/*caregiver* possono essere eccessivamente contrari ai bisogni dellə loro figlə per partecipare al processo di

assessment clinico. In queste situazioni, l3 giovani possono richiedere il coinvolgimento di sistemi sociali più ampi di *advocacy* e supporto per procedere con i necessari supporto e assistenza (Dubin *et al.*, 2020).

Dichiarazione 6.12.

Raccomandiamo al personale sanitario di prescrivere trattamenti medici o chirurgici per l'affermazione di genere richiesti dal paziente quando:

Dichiarazione 6.12.a

Nel caso in cui la diagnosi sia necessaria per l'accesso alle cure mediche, l'adolescente soddisfa i criteri diagnostici (ICD-11) di incongruenza di genere. Nei paesi in cui non è stata implementata l'ultima versione dell'ICD, possono essere utilizzati altri criteri diagnostici, anche se sarà necessario adottare l'ultima versione dell'ICD non appena possibile.

Quando lavora con adolescenti TGD, il personale sanitario deve rendersi conto che, mentre una classificazione può dare accesso alle cure, la patologizzazione dell'identità *transgender* può essere vissuta come stigmatizzante (Beek *et al.*, 2016). Le valutazioni relative alla salute e alla diversità di genere sono state criticate ed esistono controversie sui sistemi diagnostici (Drescher, 2016).

Il personale sanitario dovrebbe valutare la storia complessiva riguardo al genere e i bisogni di cura dell3 giovani. Tramite questo processo di *assessment*, il personale sanitario può fornire una diagnosi quando questa è necessaria per ottenere l'accesso alle cure.

L'incongruenza di genere e la disforia di genere sono i due termini diagnostici utilizzati rispettivamente nella *Classificazione Internazionale delle malattie e dei problemi correlati* (*ICD*) dell'OMS e nel *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali* (*DSM*) dell'*American Psychiatric Association*. Di questi due sistemi di classificazione, il *DSM* si occupa solo di classificazioni psichiatriche, mentre l'*ICD* contiene tutte le malattie e le condizioni relative alla salute fisica e mentale. Le versioni più recenti di questi due sistemi, il *DSM-5* e l'*ICD-11*, riflettono una lunga storia di riconcettualizzazione e depsicopatologizzazione delle diagnosi legate al genere (*American Psychiatric Association*, 2013; *World Health Organization*, 2019a). Rispetto alla versione precedente, il *DSM-5* ha sostituito "disturbo dell'identità di genere" con la "disforia di genere", riconoscendo il disagio provato da alcune persone derivante dall'incongruenza tra l'identità di genere esperita e il sesso assegnato alla nascita. Nella revisione più recente, il *DSM-5-TR*, non vengono apportate modifiche ai criteri diagnostici della disforia di genere. Tuttavia, la terminologia è stata adattata al linguaggio corrente più appropriato (ad esempio, genere assegnato alla nascita invece di genere di nascita e trattamento di affermazione di genere invece di riassegnazione del genere) (*American Psychiatric Association*, 2022). Rispetto alla decima edizione dell'*ICD*, nell'*ICD-11* la classificazione dell'incongruenza di genere è stata spostata dal capitolo "Salute mentale" al capitolo "Condizioni correlate alla salute sessuale". Rispetto alla classificazione della disforia di genere del *DSM-5*, un'importante riconcettualizzazione avvenuta è legata al fatto che il disagio non è un indicatore necessario per l'incongruenza di genere nella classificazione dell'*ICD-11* (World Health Organization, 2019a). Dopo tutto, quando si cresce in un ambiente nel quale si è supportati e riconosciuti, il criterio della compromissione del funzionamento e del disagio, parte integrante di ogni condizione di salute mentale, potrebbe non essere

applicabile (Drescher, 2012). Pertanto, la classificazione *ICD-11* dell'incongruenza di genere può meglio rendere la varietà delle esperienze di diversità di genere e i relativi bisogni clinici.

I criteri dell'*ICD-11* per l'incongruenza di genere nell'adolescenza o nell'età adulta richiedono una marcata e persistente incongruenza tra il genere esperito e il sesso assegnato alla nascita; questo spesso comporta la necessità di effettuare una "transizione" per vivere ed essere riconosciutə come una persona del genere esperito. Per alcun3, ciò include trattamenti ormonali, interventi chirurgici o altri trattamenti per consentire al corpo dell'individuo di allinearsi, per quanto richiesto e nella misura possibile, con il genere esperito. Per l3 adolescenti è particolarmente importante l'indicatore per cui non può essere assegnata una classificazione di Incongruenza di Genere "prima dell'avvio della pubertà". Infine, si sottolinea «che il comportamento e le preferenze *gender variant* non sono di per sé una base per l'assegnazione della classificazione» (World Health Organization, *ICD-11*, 2019a).

I criteri per la classificazione del *DSM-5* e del *DSM-5-TR* della disforia di genere nell'adolescenza e nell'età adulta denotano «una marcata incongruenza tra il proprio genere vissuto/espresso e il genere assegnato, della durata di almeno 6 mesi» (criterio A, soddisfatto quando sono manifesti 2 dei 6 sottocriteri; *DSM-5*, APA, 2013; *DSM 5-TR*, APA, 2022).

Da notare che, sebbene la classificazione legata al genere sia uno dei requisiti per ricevere cure mediche di affermazione di genere, tale classificazione da sola non indica che una persona abbia bisogno di cure mediche per l'affermazione di genere. La gamma di esperienze dell3 giovani richiede che il personale sanitario fornisca una serie di trattamenti o interventi basati sulle esigenze dell'individuo. Il *counseling*, l'esplorazione del genere, l'*assessment* della salute mentale e, quando necessario, i trattamenti con PSM format3 sullo sviluppo dell'identità di genere possono essere tutti indicati in associazione o meno alle cure mediche per l'affermazione di genere.

<u>Dichiarazione 6.12.b.</u>

La diversità/incongruenza di genere è marcata e prolungata e nel tempo.

L'esplorazione e il consolidamento dell'identità sono vissute da molt3 adolescenti (Klimstra *et al.*, 2010; Topolewska-Siedzik e Cieciuch, 2018). L'esplorazione dell'identità durante l'adolescenza può includere un processo di auto-scoperta del genere e dell'identità di genere (Steensma *et al.*, 2013). Non si sa molto sui processi alla base del consolidamento dell'identità di genere durante l'adolescenza (ad esempio, sviluppo di interesse verso specifiche identità) e se possono avere un impatto sulle esperienze o sui bisogni dell3 giovani nel corso del tempo.

Pertanto, al momento di iniziare il trattamento, si dovrebbe considerare il livello di reversibilità di un intervento medico per l'affermazione di genere, così come la durata dichiarata dell'esperienza di incongruenza di genere. Dati i potenziali cambiamenti nelle esperienze e nei bisogni legati al genere durante l'adolescenza, è importante stabilire, prima di iniziare trattamenti meno reversibili come la terapia ormonale o la chirurgia, che lə giovane abbia sperimentato per più anni una persistente diversità/incongruenza di genere. Anche il trattamento di soppressione della pubertà, che offre più tempo all3 adolescenti più giovani per sviluppare e utilizzare le proprie capacità di *decision-making*, solleva

importanti considerazioni[29], che suggeriscono l'importanza di un'esperienza prolungata di differenza/incongruenza di genere prima dell'inizio del trattamento. Tuttavia, nella fascia d'età dell3 adolescenti più giovani data la premessa del trattamento come mezzo per guadagnare tempo ed evitare l'angoscia dei cambiamenti puberali irreversibili, il requisito della permanenza di diversi anni non è sempre così applicabile né necessario. Per l3 giovani che hanno sperimentato un'incongruenza di genere di durata più breve, la transizione sociale e/o altri supporti medici (per esempio, il blocco del ciclo mestruale/blocco degli androgeni) possono portare sollievo, oltre a fornire ulteriori informazioni all'*équipe* clinica in merito alle esigenze di cura dellə giovane[30]

Stabilire la presenza di una persistente diversità/incongruenza di genere richiede solitamente un attento *assessment* con lə giovane nel corso del tempo[31]. Quando è possibile e appropriato, il processo di *assessment* e decisione dovrebbe includere anche i genitori/*caregiver*[32]. Le evidenze che dimostrano la presenza di diversità/incongruenza di genere prolungata nel tempo possono essere acquisite attraverso la storia raccolta direttamente con l'adolescente e i genitori/*caregiver*, quando queste informazioni non sono documentate nella cartella clinica.

La letteratura scientifica sulla persistenza e sulla desistenza dei bisogni e delle richieste di cure mediche di affermazione di genere è complessa e di difficile interpretazione. Una serie di studi condotti negli ultimi decenni, compresi alcuni con problemi metodologici (come notato da Temple Newhook *et al.*, 2018; Winters *et al.*, 2018) suggeriscono che l'esperienza dell'incongruenza di genere non permane in tutt3 l3 bambin3 durante il passaggio all'adolescenza. Per esempio, un sottoinsieme di giovani che hanno sperimentato l'incongruenza di genere o che hanno iniziato una transizione sociale prima della pubertà, può mostrare nel corso del tempo una riduzione o addirittura la completa scomparsa dell'incongruenza di genere (de Vries *et al.*, 2010; Olson *et al.*, 2022; Ristori e Steensma, 2016; Singh *et al.*, 2021; Wagner *et al.*, 2021). Tuttavia, vi è stata meno ricerca focalizzata sui tassi di continuità e discontinuità dell'incongruenza di genere e dei bisogni correlati al genere nelle popolazioni puberali e adolescenti.

I dati disponibili relativi ad ampie coorti non selezionate di puberi/adolescenti (dalla clinica *transgender* di Amsterdam) suggeriscono che, in seguito a valutazioni prolungate nel tempo, un sottoinsieme di adolescenti con incongruenza di genere, che si presentano per cure GAMST, scelgono di non intraprendere cure mediche di affermazione del genere (Arnoldussen *et al.*, 2019; de Vries *et al.*, 2011). È importante notare che i risultati di studi condotti su coorti di puberi/adolescenti con incongruenza di genere — in cui l3 partecipanti sono statə sottopostə a un *assessment* approfondito e prolungato nel tempo, hanno mostrato un'incongruenza di genere persistente e hanno ricevuto l'autorizzazione a ricevere cure mediche per l'affermazione di genere —suggeriscono bassi livelli di ripensamento rispetto alle decisioni prese in relazione alle cure mediche di affermazione di genere (de Vries *et al.*, 2014; Wiepjes *et al.*, 2018). Questi risultati di basso ripensamento possono essere attualmente applicati solo all3 giovani che hanno dimostrato

[29] Si veda il par. 6.12.f e più in generale il capitolo 12.
[30] Si vedano i par. 6.4, 6.6 e 6.7 di questo capitolo.
[31] Si rimanda al par. 6.3.
[32] Cfr. par. 6.11.

un'incongruenza di genere e bisogni legati al genere persistenti nel tempo, come stabilito tramite un *assessment* approfondito e ripetuto[33].

Dichiarazione 6.12.c.

L'adolescente dimostra la maturità emotiva e cognitiva necessaria per fornire un consenso/assenso informato al trattamento.

Il processo per il consenso informato contempla il dialogo tra lə paziente e il personale sanitario sulla comprensione dellə paziente dei potenziali interventi così come sulla sua decisione di sottoporsi o meno agli interventi. Nella maggior parte dei contesti, per le persone minorenni, i genitori/*caregiver (o chi ne fa le veci)* sono parte integrante del processo di consenso informato: nel caso di trattamento, lə turorə legale (spesso i genitore/*caregiver*) fornisce il consenso/assenso informato per procedere. Nella maggior parte dei contesti, l'assenso è un processo in una certa misura parallelo, in cui lə minore e il personale sanitario discutono degli eventuali interventi, e il personale sanitario valuta il livello di comprensione e le intenzioni dellə minore.

Un passaggio necessario nel processo di consenso/assenso informato nel considerare i GAMST è quello di una discussione approfondita con il personale sanitario qualificato e formato per l'*assessment* della maturità emotiva e cognitiva dellɜ adolescenti. Sono componenti importanti e necessarie della discussione gli effetti reversibili e irreversibili del trattamento; le opzioni di preservazione della fertilità (se applicabili); e tutti i potenziali rischi e benefici degli interventi. Tali discussioni sono necessarie per raggiungere un consenso/assenso informato. In particolar modo, l'*assessment* della maturità cognitiva ed emotiva è importante perché aiuta l'*équipe* a comprendere le capacità dell'adolescente di esprimere un consenso.

Le abilità necessarie per esprimere il consenso/assenso a qualsiasi intervento o trattamento medico includono l'abilità di 1) comprendere la natura del trattamento; 2) ragionare sulle opzioni di trattamento, compresi i rischi e i benefici; 3) essere consapevoli della propria decisione, incluse le conseguenze a lungo termine; e 4) comunicare la propria scelta (Grootens-Wiegers *et al.*, 2017). Nel caso di trattamenti medici per l'affermazione del genere, unə giovane dovrebbe essere ben informatə su ciò che può ottenere e non può ottenere dal trattamento e sulle tempistiche medie di comparsa dei cambiamenti (ad es., con gli ormoni) e su qualunque conseguenza dell'interruzione del trattamento. Lɜ giovani TGD dovrebbero comprendere appieno gli aspetti reversibili, parzialmente reversibili e irreversibili di un trattamento, nonché le limitazioni delle conoscenze mediche su alcuni trattamenti (ad es., l'impatto del blocco puberale sullo sviluppo cerebrale) (Chen e Loshak, 2020). Lɜ giovani TGD dovrebbero anche sapere che, sebbene molto giovani TGD inizino cure mediche e si trovino bene con esse anche a lungo termine, esiste un sottogruppo di persone che, col passare del tempo, scopre che queste cure non sono più adatte a loro (Wiepjes *et al.*, 2018). Dovrebbero sapere che questi cambiamenti sono talvolta collegati a un mutamento dei bisogni legati al genere nel tempo e, in alcuni casi, a un cambiamento della stessa identità di genere. Date queste informazioni, lɜ giovani TGD devono essere in grado di ponderare le opzioni terapeutiche, considerando le implicazioni delle scelte a disposizione. Inoltre, come base per fornire l'assenso, lə giovane deve

[33] Vedi par. 6.3.

essere in grado di comunicare la propria decisione.

Le capacità necessarie, per svolgere i compiti richiesti per fornire il consenso/assenso, non emergono di per sé a età specifiche (Grootens-Wiegers *et al.*, 2017). Difatti, possono variare in base alle differenze di sviluppo e di salute mentale (Shumer e Tishelman, 2015) e, inoltre, dipendono dalle opportunità che unə giovane ha avuto di esercitare queste abilità (Alderson, 2007). In aggiunta, l'*assessment* della maturità emotiva e cognitiva deve essere condotto separatamente per ogni decisione di trattamento (Vrouenraets *et al.*, 2021).

Le seguenti domande possono essere utili per valutare se lə giovane è prontə da un punto di vista emotivo e cognitivo a dare il suo assenso/consenso a un trattamento specifico di affermazione di genere:

- Lə giovane è in grado di pensare attentamente al futuro e di considerare le implicazioni di un intervento parzialmente o totalmente irreversibile?
- Lə giovane ha una sufficiente capacità autoriflessiva per considerare la possibilità che i bisogni e le priorità legate al genere si possano sviluppare nel tempo, e che a un certo punto potrebbero cambiare?
- Lə giovane ha in qualche modo riflettuto su cosa potrebbe fare nel caso in cui le sue priorità dovessero cambiare nel tempo?
- Lə giovane è in grado di comprendere e gestire gli aspetti quotidiani, a breve e lungo termine, di uno specifico trattamento medico (ad esempio, l'aderenza alla terapia, la sua assunzione e i necessari controlli medici)?

L'*assessment* della maturità emotiva e cognitiva può essere effettuato nel tempo, mentre l'*équipe* di cura continua a dialogare sulle opzioni di trattamento e offre allə giovane l'opportunità di esercitarsi a pensare al futuro e a considerare in modo flessibile sia le opzioni che le loro implicazioni. Per lə giovanə con neurodiversità e/o con alcuni tipi di condizioni di salute mentale, le capacità di pensare al futuro, di pianificare, di pensare alla situazione nel suo complesso e di riflettere su sé stessə possono essere meno sviluppate (Dubbelink e Geurts, 2017). In questi casi, può essere necessario un approccio più attento al consenso e all'assenso, che può includere tempo aggiuntivo e opportunità strutturate per lə giovane di esercitare le abilità necessarie per prendere decisioni mediche (Strang *et al.*, 2018).

Per le situazioni eccezionali in cui unə minorenne acconsente al trattamento senza il permesso dei genitori[34], è necessario prestare maggiore attenzione durante il processo decisionale dell'adolescente. Questo richiederà tipicamente un maggiore impegno e collaborazione tra il personale sanitario che lavora con l'adolescente, così da fornire allə giovane un adeguato supporto a livello cognitivo ed emotivo per considerare le opzioni, ponderare i benefici e le potenziali sfide/costi e, infine, sviluppare un piano per qualsiasi supporto necessario (e potenzialmente continuativo) associato al trattamento.

<u>Dichiarazione 6.12.d.</u>

Le preoccupazioni sulla salute mentale dell'adolescente (se presenti) che potrebbero interferire con la chiarezza diagnostica, la capacità di prestare consenso e/o i trattamenti medici di conferma di genere sono state affrontate.

[34] Si veda par. 11 di questo capitolo.

Le evidenze empiriche indicano che lɜ adolescenti TGD sono a maggior rischio di difficoltà di salute mentale, spesso legate al rifiuto della famiglia/*caregiver*, ad ambienti sociali in cui non viene riconosciuta la loro identità, e a fattori legati alla neurodiversità (ad esempio, de Vries *et al.*, 2016; Pariseau *et al.*, 2019; Ryan *et al.*, 2010; Weinhardt *et al.*, 2017). I sintomi di sofferenza mentale possono avere un impatto sulla comprensione della propria storia di sviluppo legata al genere e sui bisogni relativi all'identità di genere, ma anche sulla capacità dell'adolescente di dare il proprio consenso e ricevere trattamenti medici. Inoltre, come lɜ giovani *cisgender*, lə giovani TGD possono presentare delle sofferenze relative alla salute mentale al di là della presenza di disforia di genere/incongruenza di genere. In particolare, molti studi mostrano che i livelli di depressione e i problemi emotivi e comportamentali sono paragonabili a quelli riportati nelle popolazioni cliniche afferenti ai centri di salute mentale (Leibowitz e de Vries, 2016). Sono anche stati riportati tassi più alti di ideazione suicidaria, tentativi di suicidio e autolesionismo (de Graaf *et al.*, 2020). Inoltre, i disturbi alimentari si presentano più frequentemente di quanto atteso in popolazioni non cliniche (Khatchadourian *et al.*, 2013; Ristori *et al.*, 2019; Spack *et al.*, 2012). È importante notare che lɜ adolescenti TGD mostrano maggiori tassi di condizioni/caratteristiche dello spettro autistico[35] (Øien *et al.*, 2018; van der Miesen *et al.*, 2016). Possono essere presenti anche altre condizioni atipiche del neurosviluppo e/o sintomi di sofferenza mentale (ad es., ADHD, disabilità intellettiva e disturbi psicotici) (de Vries *et al.*, 2011; Meijer *et al.*, 2018; Parkes e Hall, 2006).

È importante notare che moltɜ adolescenti TGD presentano pochi o nessun problema di salute psicologica. Per esempio, lɜ adolescenti in età puberale che hanno già effettuato una transizione sociale, ricevendo contemporaneamente trattamenti medici per affermare il proprio genere presso cliniche specializzate, possono presentare condizioni di salute mentale simili a quelle dellɜ loro coetaneɜ *cisgender* (ad es., de Vries *et al.*, 2014; van der Miesen *et al.*, 2020). Un compito essenziale del personale sanitario è quello di valutare l'orientamento della relazione tra eventuali problemi di salute psicologica e la consapevolezza dei bisogni di cura per affermare il genere da parte dellə giovanə, stabilendo di conseguenza le priorità di intervento.

Le difficoltà legate alla salute mentale possono mettere in discussione l'*assessment* e il trattamento dei bisogni legati al genere dellɜ adolescenti TGD in vari modi:

1. Quando unə adolescente TGD sta sperimentando un'acuta ideazione suicidaria, autolesionismo, disturbi alimentari o altre criticità di salute mentale che minacciano la salute fisica, la sua sicurezza deve avere la priorità. In base al contesto locale e alle linee guida esistenti, si deve cercare di mitigare la minaccia o la crisi in modo che ci sia abbastanza stabilità e tempo per effettuare un attento *assessment* e *decision-making*. Per esempio, unə adolescente che ha un comportamento suicidario potrebbe non essere emotivamente in grado di prendere una decisione informata riguardo a un trattamento medico/chirurgico. Se indicato, gli interventi atti a salvaguardare la sicurezza dell'individuo non devono precludere l'inizio delle cure per l'affermazione di genere.

2. La salute mentale può complicare l'*assessment* dello sviluppo di genere e dei bisogni legati allo sviluppo dell'identità di

[35] Si veda par. 6.1.d.

genere. Per esempio, è fondamentale differenziare l'incongruenza di genere da specifiche condizioni di salute mentale come ossessioni e compulsioni, interessi specifici nell'autismo, rigidità cognitiva, problemi di identità più ampi, difficoltà di interazione tra genitori e figliə, gravi ansie legate allo sviluppo (per es., paura di crescere e paura di cambiamenti puberali non legati all'identità di genere), traumi o disturbi del pensiero di tipo psicotico. I sintomi di sofferenza mentale che interferiscono con lo sviluppo dell'identità e delle capacità decisionali relativi al genere devono essere considerati prioritari.

3. Le decisioni riguardanti i trattamenti medici per l'affermazione di genere, che hanno conseguenze per tutta la vita, richiedono una modalità di pensiero approfondito e ponderato e orientato al futuro, con il supporto dei genitori/*caregiver*, come indicato nella Dichiarazione 7.11. Per poter prendere una decisione informata, l'adolescente deve essere in grado di comprendere le problematiche, esprimere una scelta e riflettere attentamente sul suo desiderio di proseguire con i GAMST[36]. Differenze del neurosviluppo, come le caratteristiche/ condizioni atipiche del neurosviluppo [37](ad es. differenze a livello di comunicazione, preferenza per il pensiero concreto o rigido, differenze nella consapevolezza di sé, nel pensiero e nella pianificazione del futuro), possono rendere complesso il processo di *assessment* e di decisione; lɜ giovani neurodivergenti possono aver bisogno di ulteriore sostegno, interventi di tipo psicoeducativo e tempo da dedicare al processo di *assessment* (Strang *et al.*, 2018). Altre problematiche legate alla salute mentale che comportano una ridotta capacità comunicativa e di *advocacy*, difficoltà nel partecipare all'*assessment*, difficoltà legate alla memoria e alla concentrazione, mancanza di speranza, e difficoltà a pensare al futuro, possono complicare l'*assessment* e il processo decisionale. In questi casi, è spesso necessario un periodo di tempo prolungato prima di poter prendere decisioni in merito a un trattamento medico.

4. Nonostante sia importante affrontare i sintomi di sofferenza mentale nel corso del trattamento medico, ciò non significa che tutti i sintomi di sofferenza mentale possano o debbano essere completamente risolti. Tuttavia, è importante che siano affrontati in modo sufficiente da consentire un trattamento medico ottimale per l'affermazione di genere (ad es., l'aderenza ai trattamenti, la partecipazione agli appuntamenti medici di *follow-up* e la cura di sé, in particolare durante il periodo post-operatorio).

Dichiarazione 6.12.e.

L'adolescente è statə informatə degli effetti sulla salute riproduttiva, compresa la potenziale perdita di fertilità e le opzioni disponibili per preservare la fertilità, e queste sono state discusse in relazione allo stadio di sviluppo puberale dell'adolescente[38].

Dichiarazione 6.12.f

L'adolescente, per iniziare i trattamenti per il blocco della pubertà, deve aver raggiunto lo stadio 2 di Tanner.

L'inizio della pubertà è un momento cruciale per moltɜ giovani TGD. Per alcunɜ, esacerba l'incongruenza di genere, mentre per altrɜ può portare alla fluidità di genere (ad es., il passaggio da un'identità di genere

[36] Vedi Dichiarazione 6.12.c.

[37] Vedi Dichiarazione 6.1.d.

[38] Si rimanda ai capp. 12 e 15 per le linee guida relative all'approccio clinico, al *background* scientifico e ai principi delle scelte intraprese.

binaria a una non binaria) o persino alla sua attenuazione (Drummond *et al.*, 2008; Steensma *et al.*, 2011, Steensma *et al.*, 2013; Wallien e Cohen-Kettenis, 2008). L'uso di farmaci che bloccano la pubertà, come gli analoghi del GnRHa, non è raccomandato fino a quando l3 bambin3 non hanno raggiunto almeno lo stadio 2 di Tanner della pubertà, poiché l'esperienza della pubertà a livello fisico può essere critica per l'ulteriore sviluppo dell'identità di genere di alcun3 adolescenti TGD (Steensma *et al.*, 2011). Pertanto, i bloccanti della pubertà non dovrebbero essere utilizzati nell3 giovani TGD in età prepuberale (Waal e Cohen-Kettenis, 2006). Per coloro che si trovano negli stadi più avanzati o nel periodo nel periodo post-puberale (ad esempio, stadio 4 di Tanner o lo stadio 5 di Tanner), in alcuni casi, potrebbero essere appropriati gli agonisti del GnRHa[39]; queste cure devono essere altamente individualizzate. Le variazioni nelle tempistiche di avvio dello sviluppo puberale sono dovute a molteplici fattori (ad esempio, il sesso assegnato alla nascita, la genetica, l'alimentazione, ecc.). Gli stadi di Tanner sono cinque e vanno dalla prepubertà (stadio 1 di Tanner) alla post-pubertà e alla maturità sessuale adulta (stadio 5 di Tanner) (Marshall e Tanner, 1969; 1970). Per le persone AFAB, l'inizio della pubertà (ad esempio, il gonadarca) è definito dalla comparsa della gemmazione mammaria (stadio 2 di Tanner) e per le persone AMAB, dal raggiungimento di un volume testicolare maggiore o uguale a 4 mL (Roberts e Kaiser, 2020). È necessario affidarsi a unə medicə espertə per distinguere l'inizio della pubertà dai cambiamenti fisici come peli pubici e odore corporeo apocrino dovuti agli steroidi sessuali prodotti dalla ghiandola surrenale (ad esempio, adrenarca), poiché l'adrenarca non solo giustifica l'uso dei farmaci (Roberts e Kaiser, 2020). Educare i genitori e le famiglie sulla differenza tra adrenarca e gonadarca li aiuta a comprendere quando un processo decisionale condiviso sui GAMST dovrebbe essere iniziato insieme all'*équipe* multidisciplinare.

L'importanza di affrontare i rischi e i benefici, sia ipotetici che effettivi, sulla soppressione puberale non è mai troppa. L'evidenza empirica conferma l'esistenza di possibili conseguenze di carattere chirurgico per le ragazze *transgender* che procedono con il blocco puberale (van de Grift *et al.*, 2020). Esistono dati longitudinali che dimostrano un miglioramento della soddisfazione sentimentale e sessuale per l3 adolescenti sottopost3 a soppressione della pubertà, trattamento ormonale e chirurgia (Bungener *et al.*, 2020). Uno studio sugli esiti chirurgici della colon-vaginoplastica (eseguita a causa della limitatezza del tessuto genitale dopo l'uso di bloccanti della pubertà) in donne *transgender* ha rivelato che la maggior parte ha sperimentato l'orgasmo dopo l'intervento (84%), anche se nello studio non è stata discussa una correlazione specifica tra la capacità di provare piacere sessuale e quando ha avuto inizio il blocco puberale (Bouman *et al.*, 2016). Inoltre, lo studio non prende in considerazione coloro che avrebbero preferito una procedura chirurgica diversa. Ciò sottolinea l'importanza di discutere con le famiglie delle future incognite legate agli esiti della chirurgia e della salute sessuale.

Dichiarazione 6.12.g.

L'adolescente è statə sottopostə ad almeno 12 mesi di terapia ormonale per ottenere il risultato chirurgico desiderato — tra cui la mastoplastica additiva, l'orchiectomia, la vaginoplastica, l'istero-annessiectomia, la

[39] Per una revisione più completa dell'uso degli agonisti del GnRHas, si v. il capitolo 12.

mastectomia, la falloplastica, la metoidioplastica e la chirurgia facciale — a meno che la terapia ormonale sia indesiderata o controindicata dal punto di vista medico.

La terapia ormonale per l'affermazione del genere porta cambiamenti anatomici, fisiologici e psicologici. L'insorgenza degli effetti anatomici (ad es., crescita del clitoride, crescita del seno, atrofia della mucosa vaginale) può iniziare poco dopo l'inizio della terapia, e ci si attende che il picco dei loro effetti si raggiunga dopo 1-2 anni (T'Sjoen *et al.*, 2019). Sono raccomandati 12 mesi di terapia ormonale per l'affermazione del genere in modo da garantire all'adolescente un tempo sufficiente per l'adattamento psicologico al cambiamento fisico. A seconda del risultato chirurgico richiesto, può essere necessario un periodo di trattamento ormonale più lungo (ad esempio, una sufficiente virilizzazione del clitoride prima della metoidioplastica/falloplastica, la crescita del seno e l'espansione della pelle prima della mastoplastica additiva, l'ammorbidimento della pelle e cambiamenti nella distribuzione del grasso facciale prima delle operazioni al volto) (de Blok *et al.*, 2021).

Per i soggetti che non assumono ormoni prima degli interventi chirurgici, è importante che l3 chirurg3 esaminino quale impatto abbia la terapia ormonale per l'affermazione del genere sull'intervento. Inoltre, è possibile sviluppare un piano per la terapia ormonale prima dell'intervento, nel caso di individui che si sottoporranno a gonadectomia e non sono sotto terapia ormonale per l'affermazione del genere.

Considerazioni sull'età per i GAMST in caso di persone adolescenti.

L'età ha una forte, anche se non stringente, correlazione con lo sviluppo cognitivo e psicosociale e può essere un utile indicatore oggettivo per determinare la tempistica potenziale degli interventi (Ferguson *et al.*, 2021). Un'età più elevata (ossia più avanzata) può essere richiesta per trattamenti con maggiore irreversibilità, complessità o entrambi. Questo approccio consente di proseguire la maturazione cognitiva ed emotiva, che può essere necessaria all'adolescente per prendere in considerazione e acconsentire a trattamenti sempre più complessi[40].

Un numero crescente di evidenze empiriche indica che fornire un trattamento di affermazione di genere a giovani TGD, che soddisfano i criteri richiesti, porta a risultati positivi (Achille *et al.*, 2020; de Vries *et al.*, 2014; Kuper *et al.*, 2020). Esistono tuttavia dati limitati sulla tempistica ottimale degli interventi di affermazione di genere e sugli esiti fisici, psicologici e di neurosviluppo a lungo termine (Chen *et al.*, 2020; Chew *et al.*, 2018; Olson-Kennedy *et al.*, 2016). Attualmente, gli unici studi longitudinali esistenti che valutano i risultati dell3 giovani e dell3 adult3 TGD si basano su un modello specifico (l'approccio olandese) che prevede un *assessment* iniziale approfondito con *follow-up*. In questo approccio, la soppressione puberale viene considerata all'età di 12 anni, la terapia ormonale per l'affermazione del genere all'età di 16 anni e gli interventi chirurgici dopo i 18 anni (in alcuni casi sono possibili eccezioni). Non è chiaro se le deviazioni da questo approccio porterebbero agli stessi risultati o a risultati diversi. Attualmente sono in corso studi longitudinali per definire meglio gli esiti, la sicurezza e l'efficacia dei trattamenti di affermazione di genere nell3 giovani (Olson-Kennedy *et al.*, 2019a; Olson-Kennedy *et al.*, 2019b). Sebbene gli effetti a

[40] Vedi Dichiarazione 6.1.

lungo termine dei trattamenti iniziati nell'adolescenza non siano del tutto noti, occorre considerare anche le potenziali conseguenze negative per la salute derivanti dal ritardo del trattamento (de Vries *et al.*, 2021). Man mano che le evidenze relative agli esiti degli interventi nell3 giovani continuano a crescere, le raccomandazioni sulla tempistica e sulla disponibilità di questi interventi possono essere aggiornate.

Le precedenti linee guida sul trattamento di affermazione di genere nell3 adolescenti raccomandavano che gli interventi ormonali di affermazione di genere parzialmente reversibili potessero essere iniziati a circa 16 anni (Coleman *et al.*, 2012; Hembree *et al.*, 2009). Linee guida più recenti suggeriscono che ci possono essere ragioni convincenti per iniziare la terapia ormonale per l'affermazione del genere prima dei 16 anni, anche se ci sono studi limitati su giovani che hanno iniziato la somministrazione di ormoni prima dei 14 anni (Hembree *et al.*, 2017). Una ragione valida per iniziare prima la terapia ormonale per l'affermazione del genere, ad esempio, potrebbe essere quella di evitare una prolungata soppressione puberale, dati i potenziali problemi di salute delle ossa e le implicazioni psicosociali del ritardo della pubertà, come descritto più dettagliatamente nel capitolo 13 (Klink *et al.*, 2015; Schagen *et al.*, 2020; Vlot *et al.*, 2017; Zhu e Chan, 2017). La pubertà è un periodo significativo per lo sviluppo cerebrale e cognitivo. Un'area che necessita di ulteriori studi è il potenziale impatto del blocco puberale prolungato nei giovani TGD sul loro neurosviluppo (Chen *et al.*, 2020). Sebbene gli analoghi del GnRHa si siano dimostrati sicuri quando utilizzati per il trattamento della pubertà precoce, si teme che ritardare l'esposizione agli ormoni sessuali (endogeni o esogeni) in un momento di massima mineralizzazione ossea possa portare a una diminuzione della densità minerale ossea. La potenziale diminuzione della densità minerale ossea e le sue conseguenze da un punto di vista clinico richiedono uno studio costante (Klink *et al.*, 2015; Lee *et al.*, 2020; Schagen *et al.*, 2020). Anche se non esplicitamente studiato, il mancato inizio della pubertà contemporaneamente all3 coetane3, può comportare un ulteriore stress per l3 giovani TGD e avere potenziali implicazioni negative a livello psicosociale. Quando si considera la tempistica dell'inizio delle terapie ormonali affermative di genere, il personale sanitario dovrebbe confrontare i potenziali rischi e benefici fisici e psicologici dell'inizio del trattamento con i potenziali rischi e benefici del ritardo del trattamento. Questo processo può anche aiutare a identificare i fattori principali che possono assicurare un approccio individualizzato.

Studi condotti su giovani ragazzi trans e persone non binarie AFAB hanno dimostrato che la disforia toracica è associata a tassi più elevati di ansia, depressione e disagio e può anche portare a limitazioni funzionali, come evitare di fare esercizio fisico o il bagno al mare (Mehringer *et al.*, 2021; Olson-Kennedy *et al.*, 2018; Sood *et al.*, 2021). Il testosterone, sfortunatamente, fa poco per alleviare questo disagio, anche se la mascolinizzazione del torace è un'opzione per alcune persone per affrontare questo disagio nel lungo termine. Studi condotti su giovani che hanno richiesto un intervento di mascolinizzazione del torace, per alleviare la disforia toracica, hanno dimostrato buoni risultati chirurgici, soddisfazione per i risultati e livelli minimi di ripensamento durante il periodo di monitoraggio dello studio (Marinkovic e Newfield, 2017; Olson-Kennedy *et al.*, 2018). L'intervento di mascolinizzazione del torace può essere preso in considerazione nell3 minori se appropriato dal punto di vista clinico ed evolutivo, quando stabilito da un'*équipe*

multidisciplinare esperta sull'adolescenza e sullo sviluppo di genere (si vedano le Dichiarazioni pertinenti in questo capitolo). Se non altrimenti indicato, la durata o l'uso attuale della terapia con testosterone non dovrebbero precludere l'intervento chirurgico fatte salve altre indicazioni. Le esigenze di alcun3 giovani TGD possono essere soddisfatte dalla sola chirurgia di mascolinizzazione del torace. La mastoplastica additiva può essere necessaria per le giovani ragazze trans e persone non binarie AMAB — sebbene ci siano meno dati su questa procedura nell3 giovani, probabilmente a causa del minor numero di individui che la richiedono (Boskey *et al.*, 2019; James, 2016). Gli ormoni, in particolare gli estrogeni, possono contribuire allo sviluppo del tessuto mammario e si raccomanda all3 giovani di sottoporsi a un periodo minimo di 12 mesi di terapia ormonale, o più lungo se indicato, prima della mastoplastica additiva, a meno che la terapia ormonale per l'affermazione del genere non sia clinicamente indicata o controindicata dal punto di vista medico.

I dati sono limitati per quanto riguarda il momento ottimale per l'inizio di altri trattamenti chirurgici di affermazione di genere nell3 adolescenti. Ciò è in parte dovuto al limitato accesso a questi trattamenti, che varia a seconda delle aree geografiche (Mahfouda *et al.*, 2019). I dati indicano che i tassi di interventi chirurgici per l'affermazione del genere sono aumentati dal 2000 e che c'è stato un aumento del numero di giovani TGD che hanno richiesto la vaginoplastica (Mahfouda *et al.*, 2019; Milrod e Karasic, 2017). Da uno studio del 2017, condotto su 20 chirurg3 affiliat3 alla WPATH negli Stati Uniti, è emerso che poco più della metà ha eseguito una vaginoplastica su minori (Milrod e Karasic, 2017). Sono disponibili dati limitati sugli esiti per l3 giovani sottoposte a vaginoplastica. Studi su campioni ridotti hanno riportato un miglioramento del funzionamento psicosociale e una diminuzione della disforia di genere nell3 adolescenti sottopost3 a vaginoplastica (Becker *et al.*, 2018; Cohen-Kettenis e van Goozen, 1997; Smith *et al.*, 2001). Sebbene le dimensioni del campione siano ridotte, questi studi suggeriscono che per alcun3 adolescenti potrebbe essere vantaggioso sottoporsi a questi interventi prima dei 18 anni. Tra i fattori che possono favorire il ricorso a queste procedure per l3 giovani di età inferiore ai 18 anni vi sono la maggiore disponibilità di sostegno da parte dei familiari, la maggiore facilità di gestione delle cure post-operatorie prima di ottenere le responsabilità dell'età adulta (ad es., l'ingresso all'università o al mondo del lavoro) e le preoccupazioni per la propria sicurezza negli spazi pubblici (ad es., per ridurre la violenza transfobica) (Boskey *et al.*, 2018; 2019; Mahfouda *et al.*, 2019).

Data la complessità e l'irreversibilità di queste procedure, è fondamentale valutare la capacità dell'adolescente di aderire alle raccomandazioni di assistenza post-chirurgica e di comprendere l'impatto a lungo termine di queste procedure sulla funzione riproduttiva e sessuale (Boskey *et al.*, 2019). Data la complessità della falloplastica e l'attuale alto tasso di complicanze rispetto ad altri trattamenti chirurgici per l'affermazione del genere, al momento si sconsiglia di prendere in considerazione questo intervento nell3 giovani di età inferiore ai 18 anni[41]

Ulteriori fattori chiave che dovrebbero essere presi in considerazione, quando si discutono le tempistiche degli interventi con l3 giovani e le famiglie, sono trattati in dettaglio nelle Affermazioni 7.12a-

[41] Si veda il capitolo 12.

f. Per un riepilogo dei criteri/raccomandazioni per i trattamenti medici di affermazione di genere necessari negli adolescenti, v. l'Appendice D.

CAPITOLO 7. Bambin3

Questi Standard di Cura riguardano l3 bambin3 prepuberi *gender diverse* e si basano sulla ricerca, sui principi etici e sulle conoscenze accumulate da esperti. Questi standard sono fondati sui seguenti principi:

1. la diversità di genere infantile è un aspetto atteso dello sviluppo umano (*Endocrine Society* e *Pediatric Endocrine Society*, 2020; Telfer *et al*., 2018);

2. la diversità di genere infantile non è una patologia o un problema di salute psicologica (*Endocrine Society* e *Pediatric Endocrine Society*, 2020; Oliphant *et al*., 2018; Telfer *et al*., 2018);

3. non si può sempre presumere che le diverse espressioni di genere nell3 bambin3 riflettano un'identità *transgender* o un'incongruenza di genere in età adulta (Ehrensaft, 2016; 2018; Rael *et al*., 2019);

4. la guida da parte di professionist3 della salute mentale (PSM) espert3 nella cura relativa al genere per l3 bambin3 può essere utile per sostenere un adattamento positivo e la comprensione dei bisogni legati al genere nel corso del tempo (APA, 2015; Ehrensaft, 2018; Telfer *et al*., 2018);

5. le terapie di conversione della diversità di genere nell3 bambin3 (ad es., qualsiasi tentativo "terapeutico" di costringere unə bambinə *gender diverse* attraverso parole, azioni o entrambi, a identificarsi o a comportarsi secondo il genere associato al sesso assegnato alla nascita è dannoso e ne ripudiamo l'uso) (APA, 2021; Ashley, 2019b; Paré, 2020; SAMHSA, 2015; Telfer *et al*., 2018; Consiglio per i diritti umani delle Nazioni Unite, 2020).

In tutto il testo, il termine "personale sanitario" è usato in senso lato per riferirsi a professionist3 della salute che lavorano con bambin3 *gender diverse*. A differenza dell3 giovani puberi e dell3 adult3, l3 bambin3 *gender diverse* prepuberi non possono accedere a interventi medici (*Pediatric Endocrine Society*, 2020); pertanto, quando si cerca un supporto professionale, è più probabile che questo provenga da personale sanitario specializzato in supporti psicosociali e sviluppo dell'identità di genere.

Questo capitolo è incentrato quindi esclusivamente sulle pratiche psicosociali appropriate per lo sviluppo, sebbene anche altro personale sanitario, come pediatr3 e medic3 di medicina generale, possano trovare questi standard utili nel loro lavoro con bambin3 *gender diverse* e le loro famiglie. Si utilizza il termine "di genere diverso" (*gender diverse*), dato che le traiettorie di genere nell3 bambin3 in età prepuberale non sono prevedibili e possono evolvere nel corso del tempo (Steensma *et al*., 2013). Allo stesso tempo, questo capitolo riconosce che alcun3 bambin3 rimarranno stabili in un'identità di genere, che esprimono all'inizio della vita, diversa dal sesso assegnato alla nascita (Olson *et al*., 2022). Il termine "*gender diverse*" include l3 bambin3 *transgender* sia binari che non binar3, così come l3 bambin3 di genere diverso che non si identificheranno più tardi nell'arco della vita come *transgender*. La terminologia è intrinsecamente legata alla cultura e si evolve nel tempo. Pertanto, è possibile che i termini qui utilizzati diventino obsoleti e che in futuro si trovino termini migliori.

Questo capitolo descrive gli aspetti dell'assistenza medica necessaria per promuovere il benessere e i bisogni legati al genere dell3 bambin3[42]. Il presente capitolo raccomanda a tutte le persone di adottare questi standard, per quanto possibile. Vi possono essere situazioni o luoghi in cui le risorse raccomandate non sono completamente disponibili. L3 professionist3 e le *équipe sanitarie* che non dispongono di risorse devono lavorare con l'obiettivo di soddisfare questi standard. Tuttavia, se alcuni aspetti di queste raccomandazioni sono impossibili da raggiungere, ciò non deve

[4242] Si veda la dichiarazione di necessità medica nel capitolo sull'applicabilità globale, Dichiarazione 2.1.

impedire di fornire i migliori servizi disponibili al momento. Nei luoghi in cui esistono alcuni servizi ma non tutti quelli raccomandati, la scelta di non erogare servizi di assistenza potenzialmente utili rischia di danneggiare l3 bambin3 (Murchison *et al.*, 2016; Telfer *et al.*, 2018; Riggs *et al.*, 2020). Nel complesso, è imperativo dare priorità al miglior interesse dell3 bambin3.

Una vasta letteratura empirica nel campo psicologico indica che le esperienze infantili precoci spesso pongono le basi per modelli di vulnerabilità e/o resilienza permanenti e per una traiettoria di sviluppo più o meno favorevole al benessere e a una buona qualità della vita (Anda *et al.*, 2010; Masten e Cicchetti, 2010; Shonkoff e Garner, 2012). Le ricerche disponibili indicano che, in generale, l3 giovani *gender diverse* hanno un maggior rischio di esperire difficoltà psicologiche (Ristori e Steensma, 2016) rispetto a coetane3 *cisgender*. Questo a causa di esperienze dannose, tra cui traumi e maltrattamenti derivanti dal rifiuto legato alla diversità di genere e da interazioni con persone che non riconoscono la loro identità (Barrow e Apostle, 2018; Giovanardi *et al.*, 2018; Gower *et al.*, 2018; Grossman e D'Augelli, 2006; Hendricks e Testa, 2012; Reisner *et al.*, 2015; Roberts *et al.*, 2014; Tishelman e Neumann-Mascis, 2018).

Inoltre, la letteratura indica che l3 bambin3 prepuberi, la cui diversità di genere è riconosciuta, sono generalmente psicologicamente equilibrat3 (Malpas *et al.*, 2018; Olson *et al.*, 2016). L'*assessment* e il trattamento dell3 bambin3 enfatizzano tipicamente un approccio *ecologico*, riconoscendo che l3 bambin3 hanno bisogno di sentirsi al sicuro e che bisogna prendersi cura di loro in tutti gli ambienti che frequentano (Belsky, 1993; Bronfenbrenner, 1979; Kaufman e Tishelman, 2018; Lynch e Cicchetti, 1998; Tishelman *et al.*, 2010; Zielinski e Bradshaw, 2006). Pertanto, questo capitolo attinge alla letteratura psicologica di base e alla conoscenza dei rischi specifici vissuti dall3 bambin3 *gender diverse* ed enfatizza l'integrazione di un approccio ecologico per comprendere i loro bisogni e per facilitare una buona salute mentale nella cura del genere. Questa prospettiva dà la priorità alla promozione del benessere e della qualità della vita dell3 bambin3 durante tutto il loro sviluppo. Inoltre, questo capitolo abbraccia la prospettiva, supportata dalla considerevole ricerca psicologica citata in precedenza, secondo la quale l'assistenza psicosociale per l'affermazione di genere (Hidalgo *et al.*, 2013) per l3 bambin3 prepuberi offre una finestra di opportunità in grado di promuovere una traiettoria di benessere che l3 sosterrà nel tempo e durante il passaggio all'adolescenza. Come spesso descritto in letteratura, questo approccio può potenzialmente mitigare alcuni dei rischi comuni per la salute mentale dell3 adolescenti *transgender e gender diverse* (TGD) (Chen *et al.*, 2021; Edwards-Leeper *et al.*, 2017; Haas *et al.*, 2011; Leibowitz e de Vries, 2016; Reisner *et al.*, 2015a; 2015b).

Raccomandazioni

7.1. Raccomandiamo che il personale sanitario che lavora con bambinɜ *gender diverse* riceva una formazione, acquisisca competenze sullo sviluppo dell'identità di genere, sulla diversità di genere nellɜ bambinɜ e che abbia una conoscenza generale della diversità di genere lungo l'arco della vita.

7.2. Raccomandiamo che il personale sanitario che lavora con bambinɜ *gender diverse* riceva una formazione teorica basata sulle evidenze scientifiche e che acquisisca competenze sulla salute mentale generale dellɜ bambinɜ e della famiglia nel corso dello sviluppo.

7.3. Raccomandiamo che il personale sanitario che lavora con bambinɜ *gender diverse* riceva una formazione e sviluppi competenze sulle condizioni dello spettro autistico e su altre neurodiversità o che collabori con unə espertə quando lavora con bambinɜ *gender diverse* autisticɜ/neurodivergenti.

7.4. Raccomandiamo al personale sanitario che lavora con bambinɜ *gender diverse* di impegnarsi in una formazione continua relativa a bambinɜ *gender diverse* e le loro famiglie.

7.5. Raccomandiamo al personale sanitario che svolge l'*assessment* di bambinɜ *gender diverse* di acquisire e integrare le informazioni provenienti da più fonti.

7.6. Raccomandiamo al personale sanitario che svolge l'*assessment* di bambinɜ *gender diverse* di considerare i fattori di sviluppo rilevanti, il funzionamento neurocognitivo e le competenze linguistiche.

7.7. Raccomandiamo al personale sanitario che svolge l'*assessment* di bambinɜ *gender diverse* di prendere in considerazione i fattori che possono limitare un'autentica comunicazione dell'identità di genere/espressione di genere da parte dellə bambinə e/o della famiglia/*caregiver*.

7.8. Raccomandiamo al personale sanitario di prendere in considerazione le consulenze, la psicoterapia o entrambe per *unə bambinə gender diverse* e per la famiglia/*caregiver* quando le famiglie e il personale sanitario ritengono che ciò possa giovare al benessere e allo sviluppo dellɜ bambinɜ e/o della famiglia.

7.9. Raccomandiamo al personale sanitario che offre consulenze, psicoterapia o entrambe a bambinɜ *gender diverse* e alle famiglie/*caregiver* di lavorare anche sui contesti in cui lə bambinə è coinvoltə e con gli altri individui importanti per lə bambinə in modo da promuovere la sua resilienza e il suo benessere emotivo.

7.10. Raccomandiamo al personale sanitario che offre consulenze, psicoterapia o entrambi a bambinɜ *gender diverse* e alle loro famiglie/caregiver di fornire a entrambi un intervento psicoeducativo adeguato all'età sull'identità di genere e sul suo sviluppo.

La ricerca sullo sviluppo si è concentrata sulla comprensione di vari aspetti dello sviluppo dell'identità di genere nei primi anni dell'infanzia, basandosi su una popolazione generale di bambinɜ prepuberi. Questa ricerca si è tipicamente basata sull'ipotesi che lɜ partecipanti alla ricerca siano *cisgender* (Olezeski *et al.*, 2020) e afferma che, nella popolazione generale, la stabilità dell'identità di genere si consolida negli anni prescolari, e inoltre, che probabilmente la maggior parte non siano *gender diverse*. (Kohlberg, 1966; Steensma *et al.*, 2013). Recentemente, la ricerca sullo sviluppo ha dimostrato che la diversità di genere può essere osservata e identificata nellɜ bambinɜ prepuberi (Fast e Olson, 2018; Olson e Gülgöz, 2018; Robles *et al.*, 2016). Tuttavia, gli studi empirici in quest'area sono limitati e al momento non esistono misure di *assessment*, psicometricamente validate, in grado di rilevare in modo affidabile e/o completo la comprensione del genere e dei loro bisogni legati al genere nellɜ bambinɜ prepuberi (Bloom *et al.*, 2021). Pertanto, il capitolo sottolinea l'importanza di un approccio clinico individualizzato che prenda in considerazione tutte le sfumature nell'*assessment* del genere, in linea con le raccomandazioni di varie linee guida e della letteratura (Berg e Edwards-Leeper, 2018; de Vries e Cohen-Kettenis, 2012; Ehrensaft, 2018; Steensma e Wensing-Kruger, 2019). La ricerca e l'esperienza clinica hanno suggerito che la diversità di genere nellɜ bambinɜ in età prepuberale può, per alcunɜ, essere fluida; non sono disponibili strumenti affidabili per prevedere l'evoluzione di genere di unə singolə bambinə (Edwards-Leeper *et al.*, 2016; Ehrensaft, 2018; Steensma *et al.*, 2013), inoltre i bisogni legati al genere di unə particolare bambinə possono variare nel corso della sua infanzia.

È importante comprendere il significato del termine "*assessment*" (a volte usato come sinonimo di "valutazione"). Esistono diversi contesti per l'*assessment* (Krishnamurthy *et al.*, 2004), tra cui l'*assessment* rapido che può essere richiesto per

una crisi acuta (ad es., quando unə bambinə può avere tendenze suicide) e l'*assessment* mirato quando una famiglia formula una domanda specifica, spesso nel contesto di una consultazione relativamente breve (Berg e Edwards-Leeper, 2018). Il termine *assessment* è spesso usato anche in riferimento all'"*assessment* diagnostico", che può essere definito anche "presa in carico" (*intake*) e ha lo scopo di chiarire se esiste un problema diagnosticabile e/o se potrebbe essere utile un processo terapeutico. Il presente capitolo si concentra su *assessment* approfonditi, utili per comprendere i bisogni e gli obiettivi dellə bambinə e della famiglia (APA, 2015; de Vries e Cohen-Kettenis, 2012; Srinath *et al.*, 2019; Steensma e Wensing-Kruger, 2019).

Questo tipo di *assessment* psicosociale non è necessario per tuttɜ lɜ bambinɜ *gender diverse*, ma può essere richiesto per vari motivi. L'*assessment* può fornire una utile opportunità per iniziare un processo di sostegno per un bambinɜ *gender diverse* e la sua famiglia, a partire dal presupposto che lɜ bambinɜ *gender diverse* trae beneficio quando le sue dinamiche familiari includono l'accoglienza della sua diversità di genere e il supporto alla genitorialità (quando richiesto). Gli *assessment* approfonditi sono appropriati quando richiesti da una famiglia che chiede una piena comprensione del genere dellə bambinə e dei suoi bisogni inerenti alla salute mentale nell'ambito della diversità di genere.

In questi casi, è necessario prendere in considerazione problemi di salute mentale dei membri della famiglia, le dinamiche familiari e i contesti sociali e culturali, che hanno un impatto sullə bambinə *gender diverse* (Barrow e Apostle, 2018; Brown e Mar, 2018; Cohen-Kettenis *et al.*, 2003; Hendricks e Testa, 2012; Kaufman e Tishelman, 2018; Ristori e Steensma, 2016; Tishelman e Neumann-Mascis, 2018). Questo aspetto è ulteriormente approfondito nel testo che segue.

È importante che il personale sanitario che lavora con bambinɜ *gender diverse* si sforzi di comprendere i vari aspetti dell'identità e dell'esperienza dellə bambinə e della famiglia: ad es., razziale, etnica, migrante, religiosa, geografica e socioeconomica e che durante le interazioni cliniche sia rispettoso e sensibile al contesto culturale (Telfer *et al.*, 2018). Molti fattori possono essere rilevanti per la cultura e il genere, tra cui le credenze religiose, le aspettative legate al genere e il grado di accettazione della diversità di genere (Oliphant *et al.*, 2018). Le intersezioni tra diversità di genere, diversità socioculturale e *status* di persona appartenente a una (o più) minoranza possono essere fonti di forza, stress sociale o entrambi (Brown e Mar, 2018; Oliphant *et al.*, 2018; Riggs e Treharne, 2016).

Ogni bambinə, membro della famiglia e dinamica familiare sono unici e possono, potenzialmente, includere più culture e credenze. Pertanto, il personale sanitario di tutte le specializzazioni dovrebbe evitare gli stereotipi basati su idee preconcette che possono essere errate o parziali (ad es., che una famiglia appartiene a un'organizzazione religiosa che si oppone alla diversità di genere sia necessariamente non favorevole alla diversità di genere dellə propriə figliə) (Brown e Mar, 2018). È invece essenziale avvicinarsi a ogni famiglia in modo aperto e comprendere che ogni membro della famiglia e modello di famiglia è differente.

Tutte le affermazioni contenute in questo capitolo sono state proposte sulla base di un'approfondita revisione delle evidenze scientifiche, di un *assessment* dei benefici e dei danni, dei valori e delle preferenze dellɜ operatorɜ sanitarɜ e dellɜ pazienti, nonché dell'utilizzo delle risorse e della loro applicabilità. In alcuni casi, riconosciamo che le evidenze sono limitate e/o che i servizi potrebbero non essere accessibili o desiderabili.

<u>Dichiarazione 7.1</u>

Raccomandiamo che il personale sanitario che lavora con bambinɜ gender diverse riceva una formazione, acquisisca competenze sullo sviluppo dell'identità di genere, sulla diversità di genere nellɜ bambinɜ e che abbia una conoscenza

generale della diversità di genere durante l'arco della vita.

Il personale sanitario che lavora con bambin3 *gender diverse* deve acquisire e mantenere la formazione necessaria e le credenziali pertinenti al proprio campo professionale. Ciò include l'abilitazione, la certificazione o entrambe da parte di Organismi di accreditamento nazionali e/o regionali. Riconosciamo che le credenziali e la regolamentazione dell3 professionist3 variano a livello globale. È importante notare che la licenza, la certificazione o entrambe possono essere di per sé insufficienti a garantire la competenza nel lavoro con bambin3 *gender diverse*. Questo in quanto il personale sanitario richiede specificamente una formazione approfondita e un'esperienza supervisionata sullo sviluppo dell'identità di genere in età infantile e sulla diversità di genere per fornire un'assistenza adeguata.

Dichiarazione 7.2.

Raccomandiamo che il personale sanitario che lavora con bambin3 gender diverse riceva una formazione teorica basata sulle evidenze scientifiche e che acquisisca competenze sulla salute mentale generale dellə bambinə e della famiglia nel corso dello sviluppo.

Il personale sanitario dovrebbe ricevere una formazione e una supervisione sulla salute mentale generale dellə bambinə e della famiglia in tutto l'arco dello sviluppo, dall'infanzia all'adolescenza, a partire dagli approcci di *assessment* e intervento *evidence-based*. La diversità di genere non è un problema di salute psicologica; tuttavia, come dichiarato in precedenza, sappiamo che la salute mentale può essere messa in crisi nell3 bambin3 *gender diverse* (ad esempio, a causa del *gender minority stress*) (Hendricks e Testa, 2012) che possono trarre beneficio dall'esplorazione e dal sostegno; quindi, è altamente raccomandata una competenza in materia di salute mentale. Lavorare con l3 bambin3 è un'impresa complessa, che implica la comprensione dei bisogni di sviluppo dellə bambinə a varie età, la capacità di comprendere le questioni che hanno un impatto sul benessere dellə bambinə sia all'interno che all'esterno della famiglia (Kaufman e Tishelman, 2018) e la capacità di comprendere quando unə bambinə è infelice o sta vivendo significative difficoltà di salute mentale, correlate o meno all'identità di genere. La ricerca empirica ha indicato alti livelli di esperienze avverse e traumi nella comunità dell3 bambin3 *gender diverse*, compresa la vulnerabilità al rifiuto o al maltrattamento (APA, 2015; Barrow e Apostolo, 2018; Giovanardi *et al.*, 2018; Reisner *et al.*, 2015; Roberts *et al.*, 2012; Tishelman e Neumann-Mascis, 2018). Il personale sanitario deve essere consapevole della possibilità delle potenziali esperienze negative che possono vivere ed essere in grado di avviare interventi efficaci per prevenire i danni e promuovere il benessere.

Dichiarazione 7.3.

Raccomandiamo che il personale sanitario che lavora con bambin3 gender diverse riceva una formazione e sviluppi competenze sulle condizioni dello spettro autistico e su altre neurodiversità o che collabori con unə espertə quando lavora con bambin3 gender diverse autistic3/neurodivergenti.

L'esperienza della diversità di genere nell3 bambin3 autistic3 o con altre forme di neurodivergenza può presentare ulteriori complessità cliniche (de Vries *et al.*, 2010; Strang *et al.*, 2018). Per esempio, l3 bambin3 autistic3 possono avere difficoltà nell'affermare o dichiarare i propri bisogni legati al genere e possono comunicare in modi altamente individualistici (Kuvalanka *et al.*, 2018; Strang *et al.*, 2018). Possono dare interpretazioni diverse delle esperienze legate al genere, date le frequenti differenze nello stile di comunicazione e di pensiero. A causa delle esigenze uniche dell3 bambin3 *gender diverse* neurodivergenti, ess3 possono essere ad alto rischio di fraintendimento (ossia che le

loro comunicazioni vengano fraintese). Pertanto, per supportarlɜ al meglio, il personale sanitario può fare una formazione e sviluppare competenze sull'autismo e sulle forme correlate di condizioni atipiche del neurosviluppo e/o collaborare con specialistɜ di autismo (Strang *et al.*, 2018). Tale formazione è particolarmente importante in quanto la ricerca ha documentato tassi più elevati di autismo tra lɜ giovani *gender diverse* rispetto alla popolazione generale (de Vries *et al.*, 2010; Hisle-Gorman *et al.*, 2019; Shumer *et al.*, 2015).

Dichiarazione 7.4.

Raccomandiamo al personale sanitario che lavora con bambinɜ gender diverse di impegnarsi in una formazione continua relativa a bambinɜ gender diverse e le loro famiglie.

La formazione continua relativa allɜ bambinɜ *gender diverse* e alle loro famiglie può essere perseguita attraverso mezzi diversi, tra cui la lettura (articoli di riviste, libri, siti web di organizzazioni preparate sul tema[43]), la frequenza di corsi di formazione online e in presenza e la partecipazione a gruppi di supervisione/consultazione tra pari (Bartholomaeus *et al.*, 2021).

La formazione continua comprende: 1) la conoscenza aggiornata delle ricerche disponibili e pertinenti sullo sviluppo dell'identità di genere e sulla diversità di genere nellɜ bambinɜ in età prepuberale e sulla diversità di genere durante l'arco della vita; 2) la conoscenza aggiornata delle migliori pratiche per l'*assessment*, il sostegno e gli approcci terapeutici con lɜ bambinɜ *gender diverse* e le loro famiglie. Si tratta di un'area relativamente nuova e il personale sanitario deve adeguarsi man mano che emergono nuove informazioni attraverso la ricerca e altre vie (Bartholomaeus *et al.*, 2021).

Dichiarazione 7.5.

Raccomandiamo al personale sanitario che svolge l'assessment di bambinɜ gender diverse di acquisire e integrare le informazioni provenienti da più fonti nell'assessment.

Un *assessment* approfondito, se richiesto dalla famiglia e/o dal personale sanitario, può essere utile per sviluppare indicazioni di intervento, se necessari, a beneficio del benessere dellə bambinə e degli altri membri della famiglia. Un *assessment* di questo tipo può essere utile in molteplici situazioni in cui lə bambinə e/o la sua famiglia/*caregiver*, in accordo con il personale sanitario, ritengano utile una presa in carico. Né l'*assessment* né la presa in carico dovrebbero mai essere usate come mezzo per scoraggiare in modo velato o palese le espressioni o l'identità di genere di unə bambinə. Al contrario, grazie a personale sanitario formato, l'*assessment* può essere un mezzo efficace per capire meglio come sostenere unə bambinə e la sua famiglia senza privilegiare alcuna identità o espressione di genere. Un *assessment* può essere particolarmente importante per alcunɜ bambinɜ e famiglie, poiché può contribuire alla promozione della salute, del benessere e dell'autorealizzazione dellə bambinə. Un *assessment* approfondito può facilitare la formulazione di un piano individualizzato per fornire supporto allɜ bambinɜ prepuberi e i membri della famiglia (de Vries e Cohen-Kettenis, 2012; Malpas *et al.*, 2018; Steensma e Wensing-Kruger, 2019; Telfer *et al.*, 2018; Tishelman eKaufman, 2018). In un *assessment* di questo tipo, l'integrazione di informazioni provenienti da più fonti è importante per 1) comprendere al meglio i bisogni relativi al genere dellɜ bambinɜ e formulare indicazioni; e 2) individuare i punti di forza dellə bambinə, della famiglia/*caregiver* e supporti specifici allo *status* di genere e allo sviluppo dellə bambinə,

[4343] N.d.T. Per le associazioni consultare Infotrans (https://www.infotrans.it/it-schede-3-mappa_servizi_transgender).

così come rischi nelle aree di vulnerabilità dellə bambinə, la sua famiglia/*caregiver* e l'ambiente. Le fonti di informazione sia per l'*assessment* che per la pianificazione del supporto e dell'intervento, possono includere lə bambinə, i genitori/*caregiver*, i fratelli e le sorelle, altri parenti, il personale scolastico, il personale sanitario, la comunità, gli ambienti culturali e sociali più ampi e, se necessario, altre fonti (Berg e Edwards-Leeper, 2018; Srinath, 2019).

Il personale sanitario che conduce *assessment* dei bisogni dellɜ bambinɜ *gender diverse*, in linea con il modello ecologico descritto precedentemente, deve esplorare le questioni legate all'identità di genere e maturare una visione più ampia dellə bambinə e del suo ambiente (Bronfenbrenner, 1979). Ciò è necessario per comprendere appieno i fattori che incidono sul benessere dellə bambinə, così come le risorse e le vulnerabilità associate al genere (Berg e Edwards-Leeper, 2018; Hendricks e Testa, 2012; Kaufman e Tishelman, 2018; Tishelman e Neumann-Mascis, 2018). Questo include la comprensione dei punti di forza e delle sfide vissute dallə bambinə/famiglia presenti nell'ambiente. Consigliamo al personale sanitario che conduce *assessment* di bambinɜ *gender diverse* di considerare, a seconda dei bisogni e delle circostanze dellə bambinə e della famiglia, l'incorporazione di più ambiti di *assessment*. Sebbene alcuni degli ultimi ambiti elencati di seguito non riguardino direttamente il genere dellə bambinə (si vedano gli *item* 7-12), questi devono essere presi in considerazione in un'*assessment* del genere con una modalità integrata coerente con le migliori pratiche di *assessment*, come suggerito dal giudizio clinico, per comprendere la complessa rete di fattori che possono influenzare il benessere dellə bambinə, compresa la sua salute legata al genere (APA, 2015; Berg e Edwards-Leeper, 2018; Malpas *et al.*, 2018) e, se necessario, sviluppare un intervento su più fronti.

Riassumendo la ricerca e l'esperienza clinica più rilevanti, gli ambiti di *assessment* spesso includono:

1. l'identità di genere e l'espressione di genere dichiarata dellə bambinə, sia passata che presente;
2. la presenza di disforia di genere, incongruenza di genere o di entrambe;
3. i punti di forza e le sfide relative alle convinzioni e agli atteggiamenti dellə bambinə, della famiglia, di coetanɜ e altre figure, in merito alla diversità di genere, al riconoscimento e al supporto per lə bambinə;
4. esperienze dellə bambinə e della famiglia di *gender minority stress*, rifiuto, ostilità o entrambi legati alla diversità di genere dellə bambinə;
5. livello di supporto relativo alla diversità di genere nei contesti sociali (ad es., scuola[44], comunità religiosa, parenti);
6. *assessment* dei conflitti relativi al genere dellə bambinə e/o dei comportamenti di genitori/*caregiver*/*sibling*[45];
7. salute mentale dellə bambinə, punti di forza e vulnerabilità dal punto di vista comunicativo e/o cognitivo, neurodivergenze e/o problemi comportamentali che causano difficoltà funzionali significative;
8. informazioni rilevanti dell'anamnesi medica e di sviluppo;
9. ambiti che possono rappresentare un rischio (ad es., esposizione alla violenza

[44] N.d.T. In Italia può essere utile discutere la possibilità di attivare la carriera alias a scuola, informando la famiglia sulle procedure necessarie o contattando direttamente l'Istituto una volta avuto il consenso da parte dellə bambinə/adolescente e la famiglia. La carriera alias è un accordo di riservatezza tra la scuola, lə studente trans e la famiglia nel caso di minori. Tramite questo dispositivo è possibile cambiare il nome sui documenti interni dell'Istituto (es. registro elettronico ed e-mail scolastica) e ottenere ulteriori supporti (es. accesso a bagni e spogliatoi in base al genere). Per maggiori informazioni e una proposta di regolamento v. Agedo (2021), GenderLens (2021) e Retelenford (2022).

[45] N.d.T. In una famiglia possono essere presenti più di unə figliə TGD, per questo motivo è stata presa la decisione di utilizzare anche il termine *sibling*, che in lingua in inglese non ha connotazioni di genere.

domestica e/o ambientale, qualsiasi forma di maltrattamento infantile; storia di traumi; vissuti di sicurezza e/o vittimizzazione nel contesto dell3 pari o in qualsiasi altro contesto; suicidalità);

10. fattori di stress familiari significativi co-occorrenti, come malattie croniche o terminali, mancanza di una fissa dimora o povertà;

11. salute mentale di genitori/*caregiver* e/o sorelle/fratelli/*sibling* e/o problemi comportamentali che causano difficoltà funzionali significative;

12. punti di forza e sfide dellə bambinə e della famiglia.

Un *assessment* approfondito che includa diverse modalità di raccolta di informazioni è utile per comprendere i bisogni, i punti di forza, i fattori protettivi e i rischi, nei diversi ambienti, di unə specificə bambinə e famiglia (per es., casa/scuola). I metodi di raccolta delle informazioni spesso includono:

1. interviste (strutturate e non strutturate) allə bambinə, ai membri della famiglia e ad altre figure (per es., insegnanti);

2. la compilazione da parte dellə *caregiver* e dellə bambinə di strumenti di *assessment* standardizzati relativi al genere, al benessere generale dellə bambinə, alle sue abilità cognitive e comunicative e all'eventuale presenza di disabilità o disturbi dello sviluppo; al supporto e all'accettazione da parte di genitore/*caregiver*, sorelle/fratelli/*sibling*, parenti e coetane3; stress dei genitori; storia di problematiche infantili e/o ad altri aspetti ritenuti rilevanti (APA, 2020; Berg e Edwards-Leeper, 2018; Kaufman e Tishelman, 2018; Srinath, 2019).

A seconda delle caratteristiche della famiglia, del profilo di sviluppo dellə bambinə o di entrambi, le metodologie di raccolta delle informazioni possono includere:

1. l'osservazione (strutturata e non strutturata) dellə bambinə e/o della famiglia,

2. tecniche strutturate di *assessment* con supporto visivo (fogli di lavoro, autoritratti, disegni della famiglia, ecc.) (Berg e Edwards-Leeper, 2018).

Dichiarazione 7.6.

Raccomandiamo al personale sanitario che svolge l'assessment di bambin3 gender diverse di considerare i fattori di sviluppo rilevanti, il funzionamento neurocognitivo e le competenze linguistiche.

Data la complessità dell'*assessment* dell3 bambin3 piccol3 che, a differenza dell3 adult3, sono in una fase in cui si sviluppano una serie di ambiti (cognitivo, sociale, emotivo, fisiologico), è importante considerare lo stato di sviluppo dellə bambinə e adattare le modalità di *assessment* e le interazioni alle capacità individuali dellə bambinə. Ciò include l'adattamento dell'*assessment* allo stadio di sviluppo e alle capacità dellə bambinə (età prescolare, età scolare, prime fasi della pubertà, pubertà precoce, prima dell'adolescenza), compreso l'utilizzo di approcci linguistici e di *assessment* che diano priorità al *comfort*, alle abilità linguistiche e ai mezzi per l'espressione di sé dellə bambinə (Berg e Edwards-Leeper, 2018; Srinath, 2019). Ad esempio, nella conduzione dell'*assessment* si devono considerare fattori di sviluppo specifici, come le differenze neurocognitive (ad es., le condizioni atipiche del neurosviluppo) e le abilità linguistiche di comprensione ed espressive. Il personale sanitario può aver bisogno di consultare specialist3 ed essere guidato, nei casi in cui non possieda le competenze necessarie (Strang *et al.*, 2021).

Dichiarazione 7.7.

Raccomandiamo al personale sanitario che valuta bambin3 *gender diverse* di prendere in considerazione i fattori che possono limitare un'autentica comunicazione dell'identità di genere/espressione di genere da parte dellə bambinə e/o della famiglia/*caregiver*.

Il personale sanitario che conduce un *assessment* con bambin3 *gender diverse* e le loro

famiglie deve tenere conto dei fattori ambientali, emotivi e di sviluppo che possono limitare le relazioni dellə bambinə, *caregiver*, sorelle/fratelli/*sibling* o altre figure, oppure influenzare le loro convinzioni relative al genere (Riggs e Bartholomaeus, 2018). Come in tutti gli *assessment* psicologici dell3 bambin3, le reazioni dell'ambiente e della famiglia/*caregiver* (ad es., le punizioni), e/o i fattori cognitivi e sociali possono influenzare il *comfort* e/o la capacità dellə bambinə di parlare chiaramente di alcuni fattori, tra cui l'identità di genere e le questioni correlate (Srinath, 2019). Allo stesso modo, i membri della famiglia possono sentirsi limitati nell'esprimere liberamente le proprie idee e convinzioni a seconda dei conflitti o delle dinamiche familiari e/o di altre influenze (ad es., culturali/religiose; pressione da parte di parenti) (Riggs e Bartholomaeus, 2018).

Dichiarazione7.8.

Raccomandiamo al personale sanitario di prendere in considerazione le consulenze, la psicoterapia o entrambe per unə bambinə gender diverse e per la famiglia/caregiver quando le famiglie e il personale sanitario ritengono che ciò possa giovare al benessere e allo sviluppo dellə bambinə e/o della famiglia.

L'obiettivo della psicoterapia non dovrebbe mai essere quello di modificare l'identità di genere di unə bambinə (APA, 2021; Ashley, 2019b; Paré, 2020; SAMHSA, 2015; United Nations Human Rights Council, 2020), sia in modo implicito che diretto. Non tutt3 l3 bambin3 *gender diverse*, o le loro famiglie, hanno bisogno del contributo dell3 PSM, poiché la diversità di genere non è un problema di salute psicologica (*Pediatric Endocrine Society*, 2020; Telfer *et al.*, 2018). Tuttavia, è spesso appropriato e utile avvalersi di psicoterapia in caso di disagio o di preoccupazioni, espresse dai genitori, per migliorare la salute psicosociale e prevenire ulteriori disagi (APA, 2015). Alcune delle ragioni più comuni per prendere in considerazione la psicoterapia sono le seguenti:

1. Unə bambinə sta manifestando difficoltà significative, confusione, stress o angoscia riguardo alla propria identità di genere o ha bisogno di uno spazio sicuro per esplorare il proprio genere (Ehrensaft, 2018; Spivey e Edwards-Leeper, 2019);
2. Unə bambinə sta subendo pressioni esterne per esprimere il proprio genere in un modo che risulta in conflitto con la percezione di sé, i propri desideri e le proprie convinzioni (APA, 2015);
3. Unə bambinə si sta confrontando con problemi di salute psicologica, correlati o indipendenti al suo genere (Barrow e Apostolo, 2018);
4. Unə bambinə trarrebbe beneficio dal rafforzamento della sua resilienza nel caso di reazioni ambientali negative alla sua identità di genere o espressione di genere (Craig e Auston, 2018; Malpas *et al.*, 2018);
5. Unə bambinə potrebbe sperimentare problemi di salute psicologica e/o ambientali, compresi problemi familiari, che potrebbero essere erroneamente interpretati come congruenza o incongruenza di genere (Berg e Edwards-Leeper, 2018);
6. Unə bambinə esprime il desiderio di incontrare unə specialista della salute mentale per ottenere un supporto legato al genere. In queste situazioni, la psicoterapia si concentrerà sul sostegno allə bambinə con la consapevolezza che i genitori/*caregiver* e, potenzialmente, altri membri della famiglia saranno, in base alle necessità, inclusi (APA, 2015; Ehrensaft, 2018; McLaughlin e Sharp, 2018). A meno che non sia controindicato, è estremamente utile che i genitori/*caregiver* partecipino al processo di psicoterapia, poiché i fattori familiari sono spesso centrali per il benessere dell3 bambin3 prepuberi. Anche se relativamente inesplorato nella ricerca su bambin3 *gender diverse*, può essere importante prestare attenzione alla relazione tra l3 sorelle/fratelli/*sibling* e lə bambinə *gender diverse* (Pariseau *et al.*, 2019; Parker e Davis-McCabe, 2021).

Il personale sanitario dovrebbe avvalersi di interventi personalizzati basati sulle esigenze individuali dellə bambinə, volti a:

1. favorire le abilità di strategie adattive (*coping*) di natura sociale ed emotiva per promuovere la resilienza di fronte alle potenziali reazioni negative all'identità di genere, espressione di genere, o entrambe, dellə bambinə (Craig e Austin, 2016; Malpas *et al.*, 2018; Spencer *et al.*, 2021);

2. risolvere in modo collaborativo le sfide sociali per ridurre il *gender minority stress* (Barrow e Apostle, 2018; Tishelman e Neumann-Mascis, 2018);

3. rafforzare il sostegno ambientale per lə bambinə e/o i membri della famiglia e i parenti (Kaufman e Tishelman, 2018);

4. fornire allə bambinə l'opportunità di comprendere ulteriormente le proprie esperienze interne riguardanti il genere (APA, 2015; Barrow e Apostle, 2018; Ehrensaft, 2018; Malpas *et al.*, 2018; McLaughlin e Sharp, 2018). È utile che il personale sanitario sviluppi una relazione duratura con lə bambinə *gender diverse* e la sua famiglia, a seconda delle necessità. Ciò consente allə bambinə e alla famiglia di stabilire un rapporto di fiducia a lungo termine per tutta l'infanzia, grazie al quale il personale sanitario può offrire sostegno e guida durante la maturazione dellə bambinə e nel caso in cui emergano nuovi bisogni, o problematiche (Spencer *et al.*, 2021; Murchison *et al.*, 2016). In aggiunta a quanto detto, nel caso di unə bambinə neurodivergente, se possibile, sarebbe doveroso rivolgersi a personale sanitario che abbia le competenze necessarie per affrontare sia le differenze del neurosviluppo che le differenze di genere (Strang *et al.*, 2021). La letteratura evidenzia numerosi motivi per cui i genitori/*caregiver*, lз sorellle/fratelli/*sibling* e i parenti di unə bambinə in età prepuberale possono trovare utile avvalersi di psicoterapia per sé stessз (Ehrensaft, 2018; Malpas *et al.*, 2018; McLaughlin e Sharp, 2018). Alcune delle motivazioni comuni per la ricerca di tale trattamento si riscontrano quando uno o più membri della famiglia:

1. desiderano un'educazione sullo sviluppo dell'identità di genere (Spivey e Edwards-Leeper, 2019);

2. stanno vivendo una significativa confusione o stress riguardo all'identità di genere dellə bambinə, alla sua espressione di genere o entrambi (Ashley, 2019c; Ehrensaft, 2018);

3. hanno bisogno di una guida relativa a preoccupazioni di natura emotiva e comportamentale dellə bambinə *gender diverse* (Barrow e Apostolo, 2018);

4. hanno bisogno di un supporto per promuovere ambienti affermativi al di fuori delle mura domestiche (ad es., scuola, sport, campeggi) (Kaufman e Tishelman, 2018);

5. fanno richiesta di assistenza per prendere decisioni informate sulla transizione sociale, compreso il modo in cui condurla in modo ottimale per lo sviluppo del genere e la salute dellə bambinə (Lev e Wolf-Gould, 2018);

6. cercano una guida per affrontare l'opposizione degli ambiti sociali e legislativi, nei confronti del loro sostegno allə loro figliə (le reazioni negative dirette ai genitori/*caregiver* possono a volte includere rifiuto e/o molestie/ abusi da parte dell'ambiente sociale (Hidalgo e Chen, 2019);

7. cercano di elaborare le proprie reazioni emotive e i propri bisogni riguardo all'identità di genere dellə figliə, compreso il dolore per la diversità di genere dellə figliə e/o le potenziali paure o ansie per il benessere attuale e futuro dellə figliə (Pullen Sansfaçon *et al.*, 2019);

8. sono emotivamente angosciati e/o in conflitto con altri membri della famiglia per quanto riguarda la diversità di genere dellə bambinə (se necessario, il personale sanitario può fornire sessioni separate per i genitori/*caregiver*, lз sorelle/fratelli/*sibling* e i parenti per supporto, orientamento e/o psicoeducazione) (McLaughlin e Sharp, 2018; Pullen Sansfaçon *et al.*, 2019; Spivey e Edwards-Leeper, 2019).

Dichiarazione 7.9

Raccomandiamo al personale sanitario che offre consulenze, psicoterapia o entrambe a bambin3 gender diverse e alle famiglie/caregiver di lavorare anche sui contesti in cui lə bambinə è coinvoltə e con gli altri individui importanti per lə bambinə in modo da promuovere la sua resilienza e il suo benessere emotivo.

In linea con il modello ecologico sopra descritto e, se appropriato, in base alle circostanze individuali/familiari, può essere estremamente utile per il personale sanitario dare priorità al coordinamento con altre figure importanti (ad es., insegnanti, allenatori, *leader* religiosi) nella vita dellə bambinə, così da promuovere la sua sicurezza emotiva e fisica in tutti gli ambienti (ad es., ambienti scolastici, sport e altre attività ricreative, ambienti religiosi) (Kaufman e Tishelman, 2018). I gruppi terapeutici e/o di supporto sono spesso raccomandati come una risorsa preziosa per le famiglie/*caregiver* e/o per l3 bambin3 *gender diverse* (Coolhart, 2018; Horton *et al.*, 2021; Malpas *et al.*, 2018; Murchison *et al.*, 2016).

Dichiarazione 7.10.

Raccomandiamo al personale sanitario che offre consulenze, psicoterapia o entrambi a bambin3 gender diverse e alle loro famiglie/caregiver di fornire a entrambi un intervento psicoeducativo adeguato all'età, sull'identità di genere e sul suo sviluppo.

I genitori/*caregiver* e lə bambinə *gender diverse* dovrebbero avere l'opportunità di conoscere i modi in cui le famiglie/*caregiver* possono sostenere al meglio lə loro bambinə, così da massimizzare la resilienza, la consapevolezza di sé e il funzionamento psicologico (APA, 2015; Ehrensaft, 2018; Malpas, 2018; Spivey e Edwards-Leeper, 2019). Non è possibile né è compito del personale sanitario prevedere con certezza l'identità di genere futura e definitiva dellə bambinə; il suo compito, invece, è quello di fornire uno spazio sicuro affinché l'identità dellə bambinə si sviluppi ed evolva nel tempo, senza dare priorità a una particolare traiettoria di sviluppo rispetto al genere (APA, 2015; Spivey e Edwards-Leeper, 2019). L3 bambin3 e l3 persone all'inizio dell'adolescenza *gender diverse* hanno esigenze ed esperienze diverse rispetto all3 adolescenti più grandi, sia dal punto di vista sociale che fisiologico, e tali differenze dovrebbero riflettersi nell'approccio individualizzato fornito dal personale sanitario a ciascunə bambinə/famiglia (Keo-Meir e Ehrensaft, 2018; Spencer *et al.*, 2021).

I genitori/*caregiver* e l3 loro figl3 dovrebbero avere l'opportunità di sviluppare conoscenze sullo sviluppo del genere e sulla competenza di genere attraverso una psicoeducazione adeguata all'età (Berg e Edwards-Leeper, 2018; Rider *et al.*, 2019; Spencer *et al.*, 2021). La competenza di genere implica la comprensione delle distinzioni tra il sesso assegnato alla nascita, l'identità di genere e l'espressione di genere, compresi i modi in cui questi tre fattori si intersecano (Berg e Edwards-Leeper, 2018; Rider *et al.*, 2019; Spencer *et al.*, 2021). Quando unə bambinə acquisisce la competenza di genere, inizia a comprendere che le parti del suo corpo non definiscono necessariamente la sua identità di genere e/o la sua espressione di genere (Berg e Edwards-Leeper, 2018; Rider *et al.*, 2019; Spencer *et al.*, 2021). La competenza di genere implica anche apprendere come identificare i messaggi e le esperienze relative al genere all'interno della società. Quando unə bambinə acquisisce la competenza di genere, può vedere lo sviluppo della propria identità di genere ed espressione di genere in modo più positivo. Questo promuove la resilienza e l'autostima e riduce il rischio di provare vergogna di fronte ai messaggi negativi provenienti dal loro contesto. L'acquisizione della competenza di genere attraverso la psicoeducazione può essere importante anche per l3 sorelle/fratelli/*sibling* dellə bambinə e/o i suoi parenti più importanti (Rider *et al.*, 2019; Spencer *et al.*, 2021).

Dichiarazione 7.11.

Raccomandiamo che il personale sanitario, quando lə bambinə si avvicina alla pubertà, fornisca informazioni all3 bambin3 gender diverse e alle loro famiglie/caregiver sui potenziali interventi medici di affermazione di genere, gli effetti di questi trattamenti sulla fertilità futura e le opzioni per la preservazione della fertilità.

Quando unə bambinə cresce e si avvicina alla pubertà, il personale sanitario dovrebbe dare importanza al lavoro con l3 bambin3 e le loro famiglie/*caregiver* per fornire informazioni psicoeducative sulla pubertà e coinvolgerl3 in un processo di decisione condiviso sui possibili interventi medici di affermazione di genere, gli effetti di questi trattamenti sulla fertilità e le opzioni di conservazione della fertilità (Nahata *et al.*, 2018; Spencer *et al.*, 2021). Sebbene esistano poche ricerche empiriche per valutare tali interventi, l3 espert3 e la letteratura di psicologia dello sviluppo, in generale sostengono che una comunicazione aperta con l3 bambin3 sul loro corpo e una preparazione ai cambiamenti fisiologici della pubertà, abbinata con il riconoscimento di genere, promuova la resilienza e aiuti a favorire una sessualità positiva durante la transizione dellə bambinə verso l'adolescenza (Spencer *et al.*, 2019). Tutti questi colloqui possono essere estesi (ad es., iniziando prima) per includere l3 bambin3 neurodivergenti, così da garantire ci sia il tempo necessario per la riflessione e la comprensione, in particolar modo quando, potenzialmente, si presentano scelte relative a future cure mediche di affermazione di genere (Strang *et al.*, 2018). Queste conversazioni potrebbero includere i seguenti argomenti:

- Analizzare le parti del corpo e le loro diverse funzioni;
- I modi in cui il corpo di unə bambinə può cambiare nel tempo con e senza intervento medico;
- L'impatto degli interventi medici sul funzionamento sessuale e sulla fertilità;
- L'impatto del blocco della pubertà su potenziali interventi medici successivi;
- Riconoscimento dell'attuale mancanza di dati clinici in alcune aree relative agli effetti del blocco della pubertà;
- L'importanza di un'adeguata educazione sessuale prima della pubertà.

Questi colloqui dovrebbero utilizzare un linguaggio e stili pedagogici adeguati allo sviluppo ed essere orientate alle esigenze specifiche di ogni singolə bambinə (Spencer *et al.*, 2021).

<u>Dichiarazione 7.12.</u>

Raccomandiamo ai genitori/caregiver e al personale sanitario di rispondere in modo supportivo al desiderio dell3 bambin3 di essere riconosciut3 secondo il genere esperito.

La transizione sociale di genere si riferisce a un processo in cui unə bambinə viene riconosciutə da altr3 e ha l'opportunità di vivere pubblicamente, in tutte le situazioni o in specifiche situazioni, secondo il genere esperito (senza limiti o parametri che lo definiscano) (Ehrensaft *et al.*, 2018).

La transizione sociale di genere, in passato, è stata spesso pensata come binaria: una ragazza transita a ragazzo, un ragazzo transita a ragazza. Il concetto si è ampliato per includere l3 bambin3 che presentano un'identità di genere non binaria o un'identità modellata sulla sua interazione con il genere (Chew *et al.*, 2020; Clark *et al.*, 2018). Ricerche più recenti indicano che il processo di transizione sociale può svolgere una funzione protettiva per alcun3 bambin3 in età prepuberale e favorire una salute mentale e un benessere positivi (Durwood *et al.*, 2017; Gibson *et al.*, 2021; Olson *et al.*, 2016). Pertanto, la consapevolezza che il genere di unə bambinə può essere fluido e svilupparsi nel tempo (Edwards-Leeper *et al.*, 2016; Ehrensaft, 2018; Steensma *et al.*, 2013) non è una giustificazione sufficiente per negare o scoraggiare la transizione sociale in età prepuberale quando potrebbe essere di

beneficio. L'evoluzione dell'identità di genere può continuare anche dopo un processo di transizione sociale parziale o completo (Ashley, 2019e; Edwards-Leeper *et al.*, 2018; Ehrensaft, 2020; Ehrensaft *et al.*, 2018; Spivey e Edwards-Leeper, 2019). Sebbene i dati empirici siano ancora limitati, la ricerca esistente ha osservato che nell3 bambin3 che sono più assertiv3 riguardo alla loro diversità di genere, è presente una maggiore probabilità che persistano in un'identità di genere diversa nel corso del tempo, inclus3 coloro che hanno fatto la transizione sociale prima della pubertà (Olson *et al.*, 2022; Rae *et al.*, 2019; Steensma *et al.*, 2013). Pertanto, quando si prende in considerazione una transizione sociale, suggeriamo ai genitori/*caregiver* e al personale sanitario di prestare particolare attenzione all3 bambin3 che esprimono in modo coerente, e spesso costante, un'identità di genere che non corrisponde al sesso assegnato alla nascita. Ciò include quell3 bambin3 che possono richiedere in modo esplicito o desiderare un riconoscimento sociale che meglio incontra la specifica identità del genere esperito e/o bambin3 che mostrano disagio quando esperiscono il loro genere come incongruente con il sesso assegnato alla nascita (Rae *et al.*, 2019; Steensma *et al.*, 2013).

Sebbene vi sia poca letteratura empirica sulle migliori pratiche relative al processo di transizione sociale, la letteratura clinica e l'esperienza forniscono le seguenti indicazioni, che danno priorità al miglior interesse dellə bambinə (Ashley, 2019e; Ehrensaft, 2018; Ehrensaft *et al.*, 2018; Murchison *et al.*, 2016; Telfer *et al.*, 2018):

1. la transizione sociale dovrebbe essere richiesta dallə bambinə e riflettere i suoi desideri;
2. il personale sanitario può aiutare a esplorare i vantaggi/benefici e le potenziali difficoltà della transizione sociale;
3. la transizione sociale può avvenire in tutti i contesti o solo in alcuni (ad es., scuola, casa);
4. unə bambinə può scegliere o meno di comunicare ad altri che ha transitato socialmente, oppure può selezionare, di solito con l'aiuto dei genitori/*caregiver*, un gruppo di persone con cui condividere l'informazione.

In sintesi, quando avviene in modo ponderato e individualizzato, la transizione sociale è utile per il benessere dellə bambinə. La transizione sociale di unə bambinə (e anche il suo genere) può evolvere nel tempo e non è necessariamente statica, ma riflette al meglio la sua attuale identità di genere ed espressione di genere (Ehrensaft *et al.*, 2018).

Un processo di transizione sociale può includere una o più serie di azioni diverse coerenti con il genere esperito dallə bambinə (Ehrensaft *et al.*, 2018), tra cui:

- Cambio del nome;
- Cambio del pronome;
- Cambio dei marcatori di sesso/genere (ad es., su certificato di nascita, carta d'identità, passaporto, documentazione scolastica e medica, ecc.);
- Partecipazione a eventi/accesso a luoghi divisi per sesso (ad es., squadre sportive, club e campi ricreativi, scuole, ecc.);
- Uso di bagni e spogliatoi;
- Espressione di genere (ad es., acconciatura dei capelli, scelta dei vestiti, ecc.);
- *Coming out* (comunicazione del genere esperito) (ad es., *social media*, annunci in classe o a scuola, lettere a parenti o altre figure rilevanti, ecc.).

<u>Dichiarazione 7.13</u>

Raccomandiamo al personale sanitario e ai genitori/caregiver di sostenere l3 bambin3 affinché continuino, indipendentemente dalla transizione sociale, a esplorare il loro genere durante gli anni prepuberali.

È importante che l3 bambin3 che hanno intrapreso la transizione sociale abbiano le stesse opportunità dell3 altr3 bambin3 di continuare a esplorare i significati e le espressioni di genere per tutta l'infanzia (Ashley 2019e; Spencer *et al.*, 2021). Alcune ricerche hanno rilevato che l3 bambin3 possono sperimentare la fluidità di genere o, addirittura, la detransizione dopo un'iniziale transizione sociale. Non è ancora noto il

periodo in cui è più probabile che si verifichi tale detransizione, né la percentuale di giovani che finiranno per esperire un genere fluido e/o il desiderio di detransizionare — in relazione all'evoluzione di genere o altre possibili ragioni (ad es., preoccupazioni riguardanti la sicurezza personale, *gender minority stress*) (Olson *et al.*, 2022; Steensma *et al.*, 2013). Una recente ricerca riferisce che negli Stati Uniti la detransizione avviene solo in una piccola percentuale di giovani cinque anni dopo la transizione sociale (binaria) (Olson *et al.*, 2022); sarebbe utile un ulteriore *follow-up* sull'esperienza di questɜ giovani. È importante anche replicare questi risultati, poiché questo studio è stato condotto con un gruppo di partecipanti limitato e autoselezionato negli Stati Uniti e, quindi, potrebbe non essere applicabile a tuttɜ lɜ bambinɜ *gender diverse*. In sintesi, abbiamo una limitata capacità di conoscere in anticipo i modi in cui l'identità e le espressioni di genere di unə bambinə possono evolvere nel tempo e se/perché per alcunɜ può avvenire la detransizione. Inoltre, non tuttɜ lɜ bambinɜ *gender diverse* desiderano esplorare il proprio genere (Telfer *et al.*, 2018). Non ci si aspetta che lɜ bambinɜ *cisgender* effettuino questa esplorazione; quindi, tentare di forzarla con unə bambinə *gender diverse*, se non indicato o voluto, può essere vissuto come patologizzante, intrusivo e/o cisnormativo (Ansara e Hegarty, 2012; Bartholomaeus *et al.*, 2021; Oliphant *et al.*, 2018).

Dichiarazione 7.14.

Raccomandiamo al personale sanitario di discutere i possibili rischi e benefici della transizione sociale con le famiglie che la stanno considerando.

La transizione sociale nellɜ bambinɜ in età prepuberale consiste in una varietà di scelte, può avvenire come un processo nel tempo, ed è individualizzata in base ai desideri dellə bambinə e ad altri aspetti psicosociali (Ehrensaft, 2018). Inoltre, è una decisione per la quale i possibili benefici e difficoltà dovrebbero essere ponderati e discussi.

Una transizione sociale può avere potenziali benefici, come indicato nella letteratura clinica (ad es., Ehrensaft *et al.*, 2018) e supportato dalla ricerca (Fast e Olson, 2018; Rae *et al.*, 2019). Questi includono la facilitazione della congruenza di genere e, al contempo, la riduzione della disforia di genere e il miglioramento dell'adattamento psicosociale e del benessere (Ehrensaft *et al.*, 2018). Alcuni studi hanno indicato che lɜ bambinɜ *gender diverse*, che hanno transitato socialmente, rispecchiano le caratteristiche di salute mentale dellɜ sorelle/fratelli/*sibling* e dellɜ pari *cisgender* (Durwood *et al.*, 2017). Questi risultati differiscono nettamente dai sintomi legati alla salute mentale costantemente rilevati in precedenti ricerche su bambinɜ e adolescenti *gender diverse* (Barrow e Apostolo, 2018) e suggeriscono che la transizione sociale può avere un impatto positivo. Inoltre, la transizione sociale per lɜ bambinɜ può specificamente avvenire solo con il sostegno e il riconoscimento dei genitori/*caregiver*, fattori che, come dimostrato dalla letteratura, facilitano il benessere dellɜ bambinɜ *gender diverse* (Durwood *et al.*, 2021; Malpas *et al.*, 2018; Pariseau *et al.*, 2019), sebbene siano state identificate come importanti anche altre forme di sostegno, come quello scolastico (Durwood *et al.*, 2021; Turban *et al.*, 2021).

Il personale sanitario dovrebbe discutere i potenziali benefici di una transizione sociale con lɜ bambinɜ e le famiglie in situazioni in cui:

1. esiste un'articolazione coerente e stabile di un'identità di genere incongruente con il sesso assegnato alla nascita (Fast e Olson, 2018). Questo dovrebbe essere differenziato da espressioni/ comportamenti/ interessi *gender diverse* (ad es., giocare con i giocattoli, esprimersi attraverso scelte di abbigliamento o di aspetto, e/o svolgere attività socialmente definite e tipicamente associate, da un punto di vista binario, all'altro genere) (Ehrensaft, 2018; Ehrensaft *et al.*, 2018);

2. lə bambinə esprime un forte desiderio o bisogno di transizione verso il genere esperito (Ehrensaft *et al.*, 2018; Fast e Olson, 2018; Rae *et al.*, 2019);

3. lə bambinə sarà emotivamente e fisicamente al sicuro durante e dopo la transizione (Brown e Mar, 2018).

Pregiudizi e discriminazioni devono essere presi in considerazione, soprattutto nei luoghi in cui il riconoscimento della diversità di genere è limitato o proibito (Brown e Mar, 2018; Hendricks e Testa, 2012; Turban *et al.*, 2021). È importante sottolineare che ci possono essere possibili rischi per unə bambinə *gender diverse* che non effettua la transizione sociale, tra cui:

1. essere ostracizzatə o essere vittima di bullismo, poiché percepitə come non conforme ai ruoli di genere prescritti dalla comunità e/o ai modelli di comportamento socialmente attesi;

2. vivere con stress o angoscia dovuti al fatto che il genere esperito è incongruente con il genere che viene loro richiesto di presentare al mondo.

Per promuovere la salute legata al genere, il personale sanitario dovrebbe discutere le potenziali sfide legate a una transizione sociale. Una preoccupazione spesso espressa riguarda il timore che unə bambinə si precluda la possibilità di prendere in considerazione la possibile evoluzione della propria identità di genere con la maturità o che sia riluttante a iniziare un'altra transizione, anche se ritiene che la sua transizione sociale non corrisponda più alla sua attuale identità di genere (Edwards-Leeper *et al.*, 2016; Ristori e Steensma, 2016).

Sebbene limitata, una recente ricerca ha rilevato che alcuni genitori/*caregiver* di bambin3 che hanno effettuato una transizione sociale, possono discutere con l3 loro figl3 l'opzione di nuove esplorazioni di genere (per es., tornare a una precedente espressione di genere) e che si sentono a proprio agio riguardo a questa possibilità (Olson *et al.*, 2019).

Un'altra preoccupazione spesso riportata, riguardante la transizione sociale, è che unə bambinə possa subire reazioni negative nel caso in cui tornasse alla precedente identità di genere, congruente con il sesso assegnato alla nascita (Chen *et al.*, 2018; Edwards-Leeper *et al.*, 2019; Steensma e Cohen-Kettenis, 2011). Da questo punto di vista, i genitori/*caregiver* dovrebbero essere consapevoli del potenziale effetto della transizione sociale sullo sviluppo di unə bambinə.

Quando viene presa in considerazione, o è in atto, una transizione sociale, il personale sanitario dovrebbe fornire una guida ai genitori/*caregiver* e un supporto allə bambinə:

1. fornendo consulenza, *assessment* e supporto quando necessario e richiesto dai genitori/*caregiver*;

2. aiutando i membri della famiglia, se necessario, a comprendere i desideri dellə bambinə, inerenti alla transizione sociale, e i sentimenti dei membri stessi della famiglia riguardo ai desideri espressi dallə bambinə;

3. esplorando con i genitori/*caregiver* e apprendendo da loro se e come ritengono che una transizione sociale possa giovare allə loro bambinə sia nel presente che nel futuro successivo sviluppo;

4. fornendo una guida quando i genitori/*caregiver* non sono in accordo tra di loro su una transizione sociale e offrendo l'opportunità di lavorare insieme verso una comprensione coerente del genere e dei bisogni dellə loro bambinə;

5. fornendo indicazioni sui modi sicuri e solidali per condividere con altr3 la transizione sociale dellə figliə e per facilitare la transizione nei vari ambienti sociali (ad es., scuola, parenti);

6. facilitando la comunicazione, quando desiderato dallə bambinə, con coetane3 riguardo al genere e alla transizione sociale, nonché rafforzando le relazioni positive tra pari;

7. fornendo una guida quando la transizione sociale potrebbe non essere socialmente accettata o sicura, ovunque o in

situazioni specifiche, o quando unə bambinə ha delle riserve sull'iniziare una transizione sociale, nonostante il suo desiderio di farlo; le ragioni possono essere molteplici, tra cui paure e ansie;

8, lavorando in modo collaborativo con i membri della famiglia e lɜ PSM per facilitare la transizione sociale in modo ottimale per lo sviluppo di genere in corso, così come per il benessere generale e per la sicurezza fisica ed emotiva dellə bambinə;

9. fornendo una psicoeducazione sulle molte diverse traiettorie che il genere dellə bambinə potrebbe prendere nel tempo, lasciando percorsi aperti a future esplorazioni di genere per lə bambinə, e sottolineando che non è necessario prevedere quale identità di genere avrà lə singolə bambinə nel futuro (Malpas *et al.*, 2018).

Questi punti vanno in *tandem* con il miglioramento della qualità della comunicazione tra lə bambinə e i membri della sua famiglia, e forniscono l'opportunità per lə bambinə di essere sentitə e ascoltatə da tutti i membri della famiglia coinvolti. A loro volta, questi processi relazionali facilitano la capacità dei genitori/*caregiver* di prendere decisioni informate su quanto sia raccomandabile la transizione sociale e/o sulle caratteristiche della transizione (Malpas *et al.*, 2018).

Un ruolo del personale sanitario è quello di fornire una guida e un supporto nelle situazioni in cui lɜ bambinɜ e i genitori/*caregiver* desiderano procedere con una transizione sociale, ma giungono alla conclusione che l'ambiente sociale non accetterebbe tali scelte:

1. aiutando i genitori/*caregiver* a definire e ampliare gli spazi sicuri in cui lə bambinə può esprimere liberamente il proprio genere;

2. discutendo con i genitori/*caregiver* le modalità di azione che aumentino la probabilità che l'ambiente sociale sia di supporto in futuro, se questo è un obiettivo realistico;

3. intervenendo, se necessario, per aiutare lə bambinə la famiglia con qualunque disagio nel gestire l'angoscia e/o la vergogna associate alla continua soppressione dell'autentica identità di genere e al bisogno di segretezza;

4. costruendo la resilienza dellə bambinə e della famiglia, instillando la consapevolezza che, se l'ambiente sociale ha difficoltà ad accettare la transizione sociale e l'affermazione dell'identità di genere di unə bambinə, non è a causa di qualche carenza dellə bambinə, ma di un'insufficiente consapevolezza di genere nel contesto sociale (Ehrensaft *et al.*, 2018).

<u>Dichiarazione 7.15.</u>

Suggeriamo al personale sanitario di considerare la possibilità di collaborare con altrɜ professionistɜ e organizzazioni per promuovere il benessere dellɜ bambinɜ gender diverse e ridurre al minimo le avversità a cui potrebbero andare incontro.

Tuttɜ lɜ bambinɜ hanno il diritto di essere supportatɜ e riconosciutɜ nella loro identità di genere (*Human Rights Campaign*, 2018; Paré, 2020; SAMHSA, 2015). Come già menzionato, lɜ bambinɜ *gender diverse* sono un gruppo particolarmente vulnerabile (Barrow e Apostolo, 2018; Cohen-Kettenis *et al.*, 2003; Giovanardi *et al.*, 2018; Gower *et al.*, 2018; Grossman e D'Augelli, 2007; Hendricks e Testa, 2012; Reisner *et al.*, 2015; Ristori e Steensma, 2016; Roberts *et al.*, 2012; Tishelman e Neumann-Mascis, 2018).

Le responsabilità di *advocacy* del personale sanitario comprendono la consapevolezza che i fattori sociali della salute sono critici per le minoranze emarginate (Barrow e Mar, 2018; Hendricks e Testa, 2012). L'*advocacy* viene svolta da tutto il personale sanitario sotto forma di sostegno allɜ bambinɜ e alle famiglie (APA, 2015; Malpas *et al.*, 2018).

Ad alcuni membri del personale sanitario può essere richiesto di difendere lɜ bambinɜ *gender diverse* nella comunità più ampia al di fuori dei loro uffici/programmi; spesso in collaborazione con le parti

interessate, tra cui genitori/*caregiver*, alleati e giovani (Kaufman e Tishelman, 2018; Lopez *et al.*, 2017; Vanderburgh, 2009). Queste azioni possono essere determinanti per migliorare la salute di genere dell3 bambin3 e promuovere i loro diritti civili (Lopez *et al.*, 2017). La voce del personale sanitario può essere essenziale nelle scuole, negli Organi parlamentari, nei Tribunali e nei *media* (Kuvalanka *et al.*, 2019; Lopez *et al.*, 2017; Whyatt-Sames, 2017; Vanderburgh, 2009). Inoltre, il personale sanitario può avere un ruolo più generale di *advocacy* nel riconoscere e affrontare la frequente negazione, intenzionale o meno, dell'esperienza dell3 bambin3 *gender diverse* che può essere trasmessa o comunicata da adult3, gruppo di pari e media (Rafferty *et al.*, 2018). Il personale sanitario che possiede le competenze necessarie, e si trova in situazioni idonee, può fornire chiare dichiarazioni depatologizzanti sui bisogni e i diritti dell3 bambin3 *gender diverse* e sui danni causati da regole, leggi e norme discriminatorie e transfobiche (Rafferty *et al.*, 2018).

CAPITOLO 8. *Non-binary*

"Non-binary" ("non binario") è un termine generico che si riferisce a individui che vivono il loro genere al di fuori del binarismo di genere. Il termine "non binario" è prevalentemente, ma non esclusivamente, associato a contesti del Nord globale e può talvolta essere usato per descrivere generi indigeni e non occidentali. Il termine "non binario" include persone il cui genere è composto da più identità di genere contemporaneamente o in momenti diversi (ad esempio, *"bigender"*), che non hanno un'identità di genere o hanno un'identità di genere neutra (ad esempio, *"agender"* o *"neutrois"*), hanno identità di genere che comprendono o mescolano elementi di altri generi (ad esempio, *"poligender"*, *"demiboy"*, *"demigirl"*), e/o hanno un genere che cambia nel tempo (ad esempio, *"genderfluid"*) (Kuper *et al.*, 2014; Richards *et al.*, 2016; Richards *et al.*, 2017; Vincent, 2019).

Le persone non binarie possono identificarsi in varia misura con i generi associati al binarismo, ad esempio uomo/donna *non-binary*, o con molteplici termini, ad es. *non-binary* e *genderfluid* (James *et al.*, 2016; Kuper *et al.*, 2012). *Non-binary* è anche un'identità di genere a sé stante (Vincent, 2020). È importante sottolineare che questo non è un elenco esaustivo, le stesse identità possono avere significati diversi per persone diverse e l'uso dei termini può variare nel tempo e a seconda del luogo.

"Genderqueer", usato per la prima volta negli anni '90, è una categoria identitaria meno recente di *"non-binary"*, emersa per la prima volta verso la fine degli anni 2000 (Nestle *et al.*, 2002; Wilchins, 1995). *"Genderqueer"* può talvolta essere usato come sinonimo di "non binario" o può comunicare una specifica dimensione consapevolmente politicizzata del genere di una persona.

Sebbene il termine "*transgender* "sia usato in molti contesti culturali come termine ombrello che include le persone non binarie, non tutte le persone non binarie si considerano *transgender* per una serie di motivi, tra cui il fatto che considerano l'essere *transgender* esclusivamente come esperienza binaria o perché non si sentono "abbastanza trans" da descriversi come *transgender* (Garrison, 2018). Alcune persone non binarie sono incerte o dubbiose circa la possibilità di descriversi come *transgender* (Darwin, 2020; Vincent, 2019).

Nella lingua inglese, le persone non binarie possono utilizzare i pronomi *they/them/their*, o neo-pronomi come *e/em/eir, ze/zir/hir ed er/ers/erself* (Moser e Devereux, 2019; Vincent, 2018)[46]. Alcune persone non binarie utilizzano una combinazione di pronomi (mescolando deliberatamente l'uso, lasciando libera scelta o cambiando in base al contesto sociale) o preferiscono evitare del tutto i pronomi, utilizzando invece il proprio nome. Inoltre, alcune persone non binarie usano talvolta o esclusivamente lei/lui o lui/lei, mentre in alcune regioni del mondo non esiste (ancora) un linguaggio per le persone non binarie. In altre lingue si può osservare un'ampia gamma di adattamenti ed evoluzioni linguistiche culturalmente specifiche (Attig, 2022; Kirey-Sitnikova, 2021; Zimman, 2020). Inoltre, alcune lingue utilizzano un pronome non associato al sesso o al genere, mentre altre utilizzano il genere per tutti i sostantivi. Queste variazioni nel linguaggio possono

[46] N.d.T.: in italiano la comunità non binaria utilizza la desinenza in U, il troncamento della desinenza, l'asterisco o lo scevà (Manera, 2021).

influenzare l'esperienza di genere delle persone non binarie e il modo in cui interagiscono con le altre persone.

Studi recenti suggeriscono che le persone non binarie costituiscono circa dal 25% fino a oltre il 50% della popolazione *transgender*, la popolazione giovanile riporta la percentuale più alta di persone non binarie (Burgwal *et al.*, 2019; James *et al.*, 2016; Watson, 2020). In studi recenti su adult3 *transgender*, le persone non binarie tendono a essere più giovani degli uomini *transgender* e delle donne *transgender*. Inoltre, negli studi su giovani e adult3, le persone non binarie hanno maggiori probabilità di essere state assegnate al sesso femminile alla nascita (AFAB). Tuttavia, questi risultati devono essere interpretati con cautela, poiché è probabile che una serie di complessi fattori socioculturali influenzino la qualità, la rappresentatività e l'accuratezza di questi dati (Burgwal *et al.*, 2019; James *et al.*, 2016; Watson, 2020; Wilson e Meyer, 2021)[47].

Comprendere le identità di genere e le espressioni di genere come uno spettro non lineare

I generi non binari sono da tempo riconosciuti a livello storico e interculturale (Herdt, 1994; McNabb, 2017; Vincent e Manzano, 2017). Molte categorie dell'identità di genere sono culturalmente specifiche e non possono essere facilmente trasposte dal loro contesto, né linguisticamente né in relazione al paradigma occidentale del genere. Le storiche interazioni coloniali con le popolazioni indigene con generi non occidentali rimangono molto rilevanti, in quanto la cancellazione culturale e le intersezioni tra razzismo e cisnormatività possono influenzare negativamente i determinanti sociali della salute delle persone indigene *gender diverse*.

Dagli anni Cinquanta, il genere è stato utilizzato per indicare la categorizzazione socialmente costruita di comportamenti, attività, aspetto, ecc. in relazione a un modello binario di maschio/uomo/mascolino e femmina/donna/femminile all'interno di contesti occidentali contemporanei. Tuttavia, il genere ha oggi una gamma più ampia di possibili significati, che apprezzano concetti interrelati ma distinguibili, tra cui la biologia (sesso), i ruoli di genere, l'espressione di genere e l'identità di genere (Vincent, 2020). Aspetti dell'espressione di genere, che potrebbero essere tradizionalmente intesi culturalmente come "maschili", "femminili" o "androgini", possono essere legittimamente espressi da persone con qualsiasi identità di genere, non binaria o meno. Per esempio, un individuo non binario che si esprime in modo femminile non può essere considerato come un individuo che in seguito si identificherà necessariamente come donna o richiederà interventi associati alle donne *transgender*, come la vaginoplastica. La non conformità di genere di un individuo rispetto alle aspettative culturali (ad es. una persona non binaria assegnata al sesso maschile alla nascita (AMAB) che indossa abiti associati alle donne, usa pronomi femminili, ma mantiene un nome codificato come maschile) non deve essere considerata una causa di preoccupazione né si deve presumere che sia indicativa di una complessità clinica.

La modellizzazione del genere come spettro offre maggiori sfumature rispetto a un modello binario. Tuttavia, un modello a spettro lineare presenta limitazioni significative che possono portare a

[47] Si veda anche il capitolo 3.

generalizzazioni acritiche sul genere. Per es., sebbene sia intuitivo posizionare le "opzioni binarie" (uomo/maschio, donna/femmina) ai due estremi di un tale *continuum*, così facendo si colloca la mascolinità come opposta alla femminilità, senza tenere conto della neutralità di genere, dell'espressione contemporanea di mascolinità e femminilità e dei concetti di genere *genderqueer* o non occidentali. È essenziale che il personale sanitario non consideri i generi non binari come articolazioni "parziali" della maschilità *transgender* (nelle persone non binarie AFAB) o della femminilità *transgender* (nelle persone non binarie AMAB), o definitivamente come "da qualche parte lungo lo spettro della mascolinità/femminilità"; alcune persone non binarie si considerano completamente al di fuori della dicotomia uomo/donna. Uno spettro non lineare indica che le differenze nell'espressione di genere, nell'identità o nei bisogni di affermazione di genere tra gli individui non devono essere confrontate con lo scopo di collocarli lungo uno spettro lineare. Inoltre, l'interpretazione dell'espressione di genere è soggettiva e definita culturalmente, e ciò che può essere sperimentato o visto come estremamente femminile da una persona può non essere considerato tale da un'altra (Vincent, 2020). Il personale sanitario trae vantaggio dall'evitare ipotesi sul modo in cui ogni utente concepisce il proprio genere e dall'essere preparato a lasciarsi guidare nella comprensione personale del genere di unə determinatə utente in relazione alla sua identità di genere, alla sua espressione di genere e all'eventuale necessità di cure mediche.

Il processo di sviluppo del genere sperimentato da tutte le persone *transgender e gender diverse* (TGD), indipendentemente dal loro rapporto con il genere binario, sembra condividere temi simili (ad es., consapevolezza, esplorazione, creazione di significato, integrazione), ma i tempi, la progressione e le esperienze personali associate a ciascuno di questi processi variano sia all'interno che tra i gruppi di persone *transgender* e non binarie (Kuper *et al.*, 2018; Kuper *et al.*, 2019; Tatum *et al.*, 2020). Le prospettive socioculturali e intersezionali possono essere utili per contestualizzare lo sviluppo del genere e la transizione sociale, compreso il modo in cui le esperienze individuali sono modellate dal contesto sociale e culturale e come interagiscono con altri ambiti dell'identità e dell'esperienza personale.

La necessità di accedere a cure per l'affermazione di genere

Alcune persone non vogliono iniziare un percorso di affermazione del genere per alleviare la disforia di genere, o l'incongruenza di genere, e aumentare la soddisfazione dal punto di vista corporeo attraverso interventi medici[48]. Alcune persone non binarie potrebbero ritenere che un determinato trattamento sia necessario per loro[49] (Beek *et al.*, 2015; Jones *et al.*, 2019; Köhler *et al.*, 2018), mentre altre potrebbero non sentirne il bisogno (Burgwal e Motmans, 2021; Nieder *et al.*, 2020). Inoltre, la percentuale di persone non binarie che vogliono iniziare un percorso per l'affermazione del genere, nonché gli obiettivi specifici di tali percorsi, sono aspetti ancora poco chiari. È compito del personale sanitario fornire informazioni sulle opzioni mediche esistenti (e sulla loro disponibilità) che potrebbero contribuire ad alleviare la disforia o l'incongruenza di genere e ad aumentare la soddisfazione dal

[48] Si veda Dichiarazione Necessità medica nel cap. 2, par. 2.1.

[49] Si veda anche cap. 5.

punto di vista corporeo, senza formulare ipotesi sulle opzioni terapeutiche più adatte a ogni singola persona. Le motivazioni per accedere (o non accedere) a interventi medici di affermazione di genere, tra cui il trattamento ormonale, gli interventi chirurgici o entrambi, sono eterogenee e potenzialmente complesse (Burgwal e Motmans, 2021; Vincent, 2019; 2020) e dovrebbero essere esplorate in modo collaborativo prima di prendere decisioni sugli interventi fisici. La necessità di un individuo di accedere a procedure mediche di affermazione di genere non può essere prevista dal suo ruolo di genere, espressione di genere o identità di genere. Per es., alcune donne *transgender* non hanno bisogno di sottoporsi a un intervento di vaginoplastica, mentre alcune persone non binarie AMAB possono avere bisogno e beneficiare dello stesso intervento. Inoltre, le persone non binarie che vogliono iniziare un percorso di affermazione di genere, associato a un percorso di transizione binaria (ad esempio, terapia estrogenica e vaginoplastica per una persona AMAB), non percepiscono che sia messa in crisi la validità della loro identità non binaria.

Mentre molte persone *transgender* si confrontano con difficoltà all'accesso ai servizi, le persone non binarie sembrano sperimentare tassi molto più elevati di difficoltà nell'accesso sia alla salute mentale che alle cure mediche di affermazione di genere (Clark *et al.*, 2018; James, 2016). Molte persone non binarie riferiscono di aver avuto esperienze con personale sanitario che non ha riconosciuto il loro genere non binario, comprese esperienze in cui il personale sanitario affermava che il loro genere non era valido o che erano fondamentalmente più difficili da curare (Valentine, 2016; Vincent, 2020).

Le persone non binarie possono trovarsi di fronte a personale sanitario convinto che non abbiano bisogno o non vogliano trattamenti di affermazione di genere (Kcomt *et al.*, 2020; Vincent, 2020). Inoltre, hanno affermato di aver subito pressioni per presentarsi come uomini *transgender* o donne *transgender* (all'interno di un quadro binario di genere) al fine di accedere alle cure (Bradford *et al.*, 2019; Taylor *et al.*, 2019). A volte, le persone non binarie si trovano a educare il personale sanitario da cui cercano il sostegno, nonostante sia inopportuno che il personale sanitario si affidi all3 pazienti per l'educazione e la formazione (Kcomt *et al.*, 2020). Rispetto agli uomini *transgender* e alle donne *transgender*, Burgwal e Motmans (2021) hanno rilevato che le persone non binarie hanno più paura dei pregiudizi da parte del personale sanitario, meno fiducia nei servizi forniti e maggiori difficoltà nel sapere a chi rivolgersi per ottenere assistenza. Studi condotti sia in Europa che negli Stati Uniti hanno dimostrato che le persone non binarie tendono a rimandare le cure più spesso rispetto agli uomini *transgender* binari o alle donne *transgender* binarie — la motivazione più citata è la paura di un trattamento insensibile o incompetente (Burgwal e Motmans, 2021; Grant *et al.*, 2011). Le persone non binarie sembrano essere anche meno propense a rivelare la propria identità di genere al personale sanitario rispetto alle altre persone *transgender binarie* (Kcomt *et al.*, 2020).

La necessità di supporto adeguato

L'assistenza alle persone non binarie va oltre l'erogazione di interventi specifici per l'affermazione del genere, come la terapia ormonale o la chirurgia, e implica il sostegno alla salute e allo sviluppo generale delle persone non binarie. I modelli di *minority stress* sono stati adattati per comprendere come i fattori di stress legati al genere, vissuti dalle persone *transgender*,

siano associati a disparità di salute fisica e mentale (Delozier *et al.*, 2020; Testa *et al.*, 2017). Le persone non binarie sembrano sperimentare fattori di *minority stress* che sono sia simili che unici rispetto a quelli sperimentati dagli uomini *transgender* e dalle donne *transgender*. Johnson (2020) ha affermato che le esperienze di invalidazione sono particolarmente elevate tra le persone non binarie, ad es. affermazioni o azioni che trasmettono la convinzione che le identità non binarie non siano "reali" o siano il risultato di una "moda" o di una "fase". Inoltre, il nome delle persone non binarie sembra avere meno probabilità di essere utilizzato da altre persone, rispetto a quelli degli uomini *transgender* e alle donne *transgender*. Allo stesso modo, le persone non binarie hanno descritto di sentirsi "invisibili" (Conlin, 2019; Taylor, 2018) e uno studio ha rilevato che l3 giovani *non-binary* riportano livelli più bassi di autostima rispetto ai giovani uomini *transgender* e alle giovani donne *transgender* (Thorne *et al.*, 2019).

Mentre molte persone TGD riportano esperienze di discriminazione, vittimizzazione e rifiuto interpersonale (James, 2016), compreso il bullismo (*Human Rights Campaign*, 2018; Witcomb *et al.*, 2019), la prevalenza di queste esperienze può variare tra i gruppi e sembra influenzata da ulteriori identità sociali che si intersezionano tra loro. Ad es., Newcomb (2020) ha rilevato che le donne *transgender* e l3 giovani *gender diverse* AMAB hanno sperimentato livelli più elevati di vittimizzazione rispetto agli uomini *transgender* e all3 giovani *gender diverse* AFAB — l3 giovani *gender diverse* AMAB hanno riportato i livelli più elevati di stress traumatico. In un secondo studio, Poquiz (2021) ha rilevato che gli uomini *transgender* e le donne *transgender* hanno sperimentato livelli più elevati di discriminazione rispetto alle persone non binarie. Questa complessità connessa all'intersezionalità probabilmente contribuisce anche alla variabilità dei risultati degli studi che confrontano la salute fisica e mentale di uomini *transgender*, donne *transgender* e persone *non-binary*, con alcuni studi che indicano maggiori problemi di salute fisica e mentale tra le persone *non-binary*, altri che riportano minori problemi e altri ancora che non riportano alcuna differenza tra i gruppi (Scandurra *et al.*, 2019).

Dato che le narrazioni dell'identità non binaria possono essere meno disponibili rispetto a quelle persone *transgender* binarie, le persone non binarie possono avere meno risorse a disposizione per esplorare e articolare il loro senso di sé legato al genere. Per es., ciò potrebbe includere l'accesso a spazi comunitari e relazioni interpersonali in cui l'identità non binaria possa essere esplorata, o l'accesso a un linguaggio e a concetti che consentano una considerazione più sfumata delle esperienze non binarie (Bradford *et al.*, 2018; Fiani e Han, 2019; Galupo *et al.*, 2019). Attualmente si stanno sviluppando linee guida cliniche per aiutare il personale sanitario a adattare le cure per l'affermazione di genere, così da soddisfare i bisogni specifici delle persone non binarie (Matsuno, 2019; Rider *et al.*, 2019).

Interventi medici di affermazione di genere per le persone non binarie

Nei contesti in cui un particolare intervento medico non ha precedenti consolidati, è importante che, prima di prendere in considerazione l'intervento, vengano fornite le informazioni disponibili. È altrettanto importante intraprendere e documentare una conversazione relativa ai cambiamenti fisici necessari e dei potenziali limiti nel loro raggiungimento, nonché il fatto che un determinato intervento possa o meno migliorare la capacità di un individuo di esprimere il proprio genere.

Per quanto riguarda la terapia estrogenica per le persone non binarie AMAB, è importante notare che la crescita del seno non può essere evitata (Seal, 2017). Sebbene l'entità della crescita sia molto variabile, questo dovrebbe essere chiarito se una persona non binaria desidera alcuni degli altri cambiamenti associati alla terapia estrogenica (come l'ammorbidimento della pelle e la riduzione della crescita dei peli sul viso) ma non vuole o è indecisa riguardo alla crescita del seno. Allo stesso modo, per le persone non binarie AFAB che desiderano accedere al testosterone per acquisire alcuni cambiamenti ma non altri, occorre riconoscere che, se è necessario lo sviluppo dei peli sul viso, la crescita del clitoride è inevitabile (Seal, 2017). I tempi di assunzione del testosterone fanno sì che questi cambiamenti siano probabilmente accompagnati anche da un calo irreversibile del tono vocale, sebbene l'entità dipenda dal singolo individuo (Vincent, 2019; Ziegler *et al.*, 2018). Un calo dell'intonazione vocale senza lo sviluppo di peli sul corpo è un'altra di queste sfide. Infatti, per alcune persone non binarie l'epilazione è una parte molto importante per la loro affermazione di genere (Cocchetti *et al.*, 2020).

Se la terapia ormonale viene interrotta e le gonadi vengono mantenute, molti cambiamenti fisici torneranno allo stato precedente alla terapia ormonale, poiché gli ormoni gonadici tornano a esercitare il loro effetto. Questi comprendono l'inversione dell'amenorrea e dello sviluppo dei peli corporei nelle persone non binarie AFAB e la riduzione della definizione muscolare e della disfunzione erettile nelle persone non binarie AMAB. Altri cambiamenti saranno permanenti, come l'alopecia androgenetica, la crescita del clitoride e dei peli sul viso nelle persone non binarie AFAB o lo sviluppo mammario nelle persone non binarie AMAB (Hembree *et al.*, 2017). Per invertire questi cambiamenti sono necessari ulteriori interventi, come l'elettrolisi o la mastectomia, e talvolta sono descritti come solo "parzialmente reversibili" (Coleman *et al.*, 2012). Poiché le implicazioni dell'uso di una terapia ormonale a bassa posologia non sono documentate in questa popolazione, è importante considerare il monitoraggio del rischio cardiovascolare e della salute delle ossa[50]. Se i cambiamenti dettati dal testosterone o gli estrogeni non sono considerati necessari, è possibile inibire la loro produzione. Questo può comportare l'aumento del rischio cardiovascolare, la riduzione della mineralizzazione ossea e il rischio di depressione, per la quale devono essere discusse e adottate misure per ridurne il rischio (Brett *et al.*, 2007; Vale *et al.*, 2010; Wassersug e Johnson, 2007)[51]. La transizione medica e/o sociale (o entrambe) e la terapia ormonale e/o la chirurgia (o entrambe) dovrebbero essere disponibili per tutte le persone TGD, sia che si tratti di un uomo *transgender*, di una donna *transgender* o di una persona non binaria

[5050] Per informazioni più dettagliate si veda il cap. 11.

[51] Per ulteriori informazioni si veda anche i capp. 9 e 12.

Raccomandazioni

8.1. Raccomandiamo al personale sanitario di fornire alle persone non binarie un *assessment* e un trattamento individualizzato, i quali affermino le loro esperienze non binarie.

8.2. Raccomandiamo al personale sanitario di prendere in considerazione interventi medici di affermazione di genere (trattamento ormonale o chirurgia) per le persone non binarie anche in assenza di transizione sociale.

8.3. Raccomandiamo al personale sanitario di prendere in considerazione interventi chirurgici di affermazione di genere anche in assenza di trattamento ormonale, a meno che la terapia ormonale non sia necessaria per ottenere il risultato chirurgico desiderato.

8.4. Raccomandiamo al personale sanitario di informare le persone non binarie sugli effetti delle terapie ormonali e della chirurgia sulla fertilità e di discutere le opzioni per la conservazione della fertilità prima di iniziare un trattamento ormonale o di sottoporsi a un intervento chirurgico.

Tutte le affermazioni contenute in questo capitolo sono state proposte sulla base di un'approfondita revisione delle evidenze scientifiche, di un *assessment* dei benefici e dei danni, dei valori e delle preferenze dell3 operator3 sanitar3 e dell3 pazienti, nonché dell'utilizzo delle risorse e della loro applicabilità. In alcuni casi, riconosciamo che le evidenze sono limitate e/o che i servizi potrebbero non essere accessibili o desiderabili.

Dichiarazione 8.1.

Raccomandiamo al personale sanitario di fornire alle persone non binarie un assessment e un trattamento individualizzato, i quali affermino le loro esperienze non binarie.

Un *assessment* personalizzato per una persona non binaria inizia con la comprensione del modo in cui essa vive il proprio genere e di come questo influisca sui suoi obiettivi di cura. Il modo in cui gli individui concettualizzano le loro esperienze legate al genere può variare da un gruppo all'altro e può includere esperienze associate a diverse identità sociali che si intersezionano tra loro (ad es., età, orientamento sessuale, razza, etnia, stato socioeconomico, disabilità) (Kuper *et al.*, 2014; Subramanian *et al.*, 2016).

Il personale sanitario deve, inoltre, evitare di formulare ipotesi a priori sull'identità di genere, l'espressione o i bisogni di assistenza di unə utente. Deve, inoltre, tenere presente che l'esperienza non binaria può essere o meno rilevante per l'*assessment* e gli obiettivi del trattamento. La misura in cui il genere dellə utente è rilevante per i suoi obiettivi terapeutici deve determinare il livello di dettaglio con cui viene esplorata la sua identità di genere. Per esempio, quando si cerca una cura per un problema che non ha nulla a che fare con il genere, può essere sufficiente richiedere il nome e i pronomi da utilizzare (Knutson *et al.*, 2019). Quando si affronta un problema per il quale è importante lo *status* ormonale o chirurgico attuale o passato, possono essere necessari maggiori dettagli, anche se il problema non è specificamente legato al genere.

Per essere competenti da un punto di vista culturale, i contesti clinici devono essere accoglienti, riflettere la diversità dei generi e affermare le esperienze di genere delle persone non binarie. Per far comprendere che le persone non binarie sono benvenute e riconosciute, è bene assicurarsi che le informazioni (per es., i siti web), i moduli (per es., i questionari di ingresso) e altri materiali della clinica e del personale sanitario siano inclusivi delle identità e delle esperienze non binarie (Hagen e Galupo, 2014). L'uso di campi di testo libero per l'identità di genere e i pronomi è considerato più inclusivo dell'uso di un elenco di opzioni a risposta multipla. Altri esempi sono garantire la *privacy* all'accoglienza, creare alternative per l'inserimento dei nomi legali nei *database* digitali (nei contesti culturali in cui ciò è necessario), avere servizi igienici *gender neutral* e avere alternative rispetto l'utilizzo del nome legale nella

sala d'attesa (Burgwal *et al.*, 2021). Nei contesti di cura è importante che le preferenze relative al nome, pronomi e altri termini legati al genere siano chieste, e utilizzate, sia durante il primo incontro che in quelli futuri, in quanto essi possono variare nel tempo.

Il personale sanitario è incoraggiato a adottare un approccio che si concentri sui punti di forza e sulla resilienza della persona.

Emergono sempre più critiche riguardo all'eccessivo *focus* del personale sanitario sul disagio legato al genere, poiché è importante considerare anche le esperienze di benessere, gioia e realizzazione di sé, le quali possono derivare dall'autoaffermazione e dall'accesso alle cure (Ashley, 2019a; Benestad, 2010). Oltre a utilizzare le diagnosi quando/dove necessario per facilitare l'accesso alle cure, il personale sanitario è incoraggiato a esplorare con l3 utenti un'ampia gamma di potenziali esperienze legate al genere e il modo in cui esse possano adattarsi alle opzioni di trattamento (Motmans *et al.*, 2019). Per tutte le persone TGD, i fattori di resilienza come le relazioni con persone che le riconoscono, la partecipazione a comunità che includono altre persone TGD e l'orgoglio identitario sono essenziali, in quanto sono associati a risultati positivi per la salute (Bowling *et al.*, 2019; Budge, 2015; Johns *et al.*, 2018).

È importante avere consapevolezza delle limitazioni degli strumenti storicamente utilizzati dal personale sanitario per valutare l'esperienza di disforia delle persone *transgender*, in quanto possono essere particolarmente rilevanti quando sono rivolte a persone non binarie. La maggior parte delle misurazioni presuppongono che l3 utenti sperimentino il loro genere in modo binario (ad es., la *Recalled Gender Identity Scale*, la *Utrecht Gender Dysphoria Scale*). Sebbene siano state sviluppate diverse nuove misurazioni, nel tentativo di cogliere meglio le esperienze delle persone non binarie (McGuire *et al.*, 2018; McGuire *et al.*, 2020), è probabile che il colloquio fornisca una comprensione più profonda e accurata delle esperienze uniche di disforia di ciascun individuo e dei bisogni di cura associati. Nonostante le più recenti categorie diagnostiche (ad es., la "disforia di genere" nel *DSM 5* e l'"incongruenza di genere" nell'*ICD-11*) siano state concepite per essere inclusive delle persone non binarie, esse potrebbero non cogliere appieno la diversità e la portata delle esperienze di disagio, in particolare per le persone non binarie. Oltre al disagio legato agli aspetti del proprio corpo e della propria presentazione fisica (comprese le caratteristiche che possono essere presenti o assenti), il disagio può derivare dal modo in cui si vive il proprio genere, da come il proprio genere viene percepito all'interno delle situazioni sociali e dal *gender minority stress* (Winters ed Ehrbar, 2010). Le esperienze delle persone non binarie in ognuna di queste aree possono essere o meno simili a quelle degli uomini *transgender* o delle donne *transgender*.

Un approccio centrato sulla persona include una discussione specifica su come i diversi interventi possano o meno modificare il livello di *comfort* dell3 utenti relativo alla propria esperienza di genere e a come il loro genere viene percepito dall3 altr3. Le persone non binarie possono incontrare difficoltà nel conciliare la loro identità personale con i limiti dei trattamenti medici disponibili e possono anche incontrare confusione e intolleranza da parte della società (Taylor *et al.*, 2019). Le ricerche emergenti suggeriscono che le esigenze di trattamento medico delle persone non binarie sono diverse. Infatti, alcun3 riferiscono di aver bisogno di trattamenti tipicamente legati alle traiettorie di transizione storicamente associate agli uomini *transgender* e alle donne *transgender* e altr3 richiedono approcci alternativi (ad es., terapia ormonale a bassa posologia, chirurgia senza terapia ormonale), alcun3 affermano di non essere interessat3 al trattamento medico e altr3 che hanno dubbi riguardo le loro esigenze (Burgwal e Motmans, 2021; James *et al.*, 2016). Concettualizzare l'*assessment* come un processo continuo è particolarmente importante, dato che le esperienze legate al genere e i bisogni associati possono

cambiare nel corso della vita. Data la continua evoluzione delle opzioni terapeutiche e della conoscenza degli effetti del trattamento, in particolare per le persone non binarie, l3 utenti trarranno miglior beneficio da personale sanitario che aggiorna regolarmente le proprie conoscenze e trasmette questi aggiornamenti all3 loro utenti.

Dichiarazione 8.2.

Raccomandiamo al personale sanitario di prendere in considerazione interventi medici di affermazione di genere (trattamento ormonale o chirurgia) per le persone non binarie anche in assenza di transizione sociale.

I precedenti requisiti per accedere al trattamento ormonale e alla chirurgia, come il "vivere in un ruolo di genere congruente con la propria identità di genere", non riflettono le esperienze vissute da molte persone TGD (Coleman *et al.*, 2012). A causa della natura radicata del binarismo di genere nella maggior parte delle culture occidentali contemporanee, nella maggior parte dei contesti una persona, solitamente, può essere considerata solamente uomo o donna (Butler, 1993). Di conseguenza, la visibilità e la comprensione di *embodiment* ed espressioni non binarie sono limitate. Ciò è dovuto al fatto che le caratteristiche che vengono associate al genere sono quasi sempre riferite a un *framework* binario (Butler, 1993). Attualmente, per le persone non binarie può essere difficile essere riconosciute tramite la loro espressione di genere (ad es., abbigliamento, acconciatura dei capelli). Tuttavia, l'androginia o la non conformità di genere possono essere comunicate mescolando o combinando espressioni culturalmente associate agli uomini o alle donne. Poiché non esiste una "categoria non binaria" comunemente riconosciuta all'interno della maggior parte dei contesti culturali contemporanei occidentali e del Nord del mondo, la visibilità non binaria spesso richiede la condivisione esplicita del proprio genere o l'uso di espressioni di genere che possono essere interpretate come non conformità di genere (ma non necessariamente non binaria).

Per questi motivi, inquadrare l'accesso alle cure mediche nei termini di una persona che sta vivendo una "transizione sociale" in cui "vive in un ruolo di genere congruente con la propria identità di genere" non è in linea con il modo in cui molte persone TGD vivono sé stesse e il loro processo di transizione. Per alcun3, "vivere in un ruolo di genere che sia congruente con la propria identità di genere" non implica il cambio di nome, pronomi o espressione di genere, anche nei casi in cui può essere necessario un intervento medico. Anche se una persona è in grado di vivere in modo congruente con la propria identità di genere, può essere difficile per il personale sanitario valutarlə senza domandare alla persona come esperisce il suo genere. Quando viene presa in considerazione all'accesso ai GAMST, auspicarsi che una persona si sottoponga a una "transizione sociale" può non essere utile. Allo stesso modo, aspettative rigide su come "dovrebbe" apparire una "transizione sociale" possono essere un ostacolo alle cure per le persone non binarie. Non c'è alcuna logica che imponga che i GAMST possano essere effettuati solo quando una persona cambia legalmente il proprio nome, cambia il marcatore di genere sui propri documenti di identità, o decida di indossare o astenersi dall'indossare particolari capi di abbigliamento. Le persone non binarie possono avere difficoltà a far riconoscere legalmente il loro genere, il che può influire negativamente sulla loro salute mentale o sul loro benessere (Goetz e Arcomano, 2021). Le persone TGD possono beneficiare di un supporto specifico per accedere (o mantenere) il proprio marcatore di genere di preferenza. L'obbligo di condividere la propria identità di genere nei loro ambienti di vita (famiglia, lavoro, scuola, ecc.) per accedere ai GAMST può non essere coerente con i loro obiettivi e può mettere a rischio la loro sicurezza.

Dichiarazione 8.3

Raccomandiamo al personale sanitario di prendere in considerazione interventi chirurgici di affermazione di genere anche in assenza di trattamento ormonale, a meno che la terapia ormonale non sia necessaria per ottenere il risultato chirurgico desiderato.

Una serie di interventi chirurgici ha come opzione l'assunzione di ormoni prima dell'intervento[52]. Alcune persone non binarie cercheranno un trattamento chirurgico per alleviare l'incongruenza di genere e aumentare la soddisfazione a livello corporeo (Beek *et al.*, 2015; Burgwal e Motmans, 2021; Jones *et al.*, 2019; Koehler *et al.*, 2018), ma non hanno il desiderio di sottoporsi a un trattamento ormonale o non ne hanno la possibilità per motivi medici (Nieder *et al.*, 2020). Attualmente non è noto per quale percentuale di persone non binarie si applichino queste opzioni. Tra gli interventi richiesti dalle persone non binarie AFAB vi sono la mastectomia, in particolar modo da coloro che non hanno assunto testosterone — sebbene il testosterone non sia un requisito per questo tipo di intervento — e la riduzione del seno (McTernan *et al.*, 2020).

Un esempio di intervento chirurgico per il quale può essere necessario almeno un periodo di terapia ormonale è la metoidioplastica, poiché la terapia con testosterone promuove l'ingrossamento del clitoride. Le procedure che riguardano il sistema riproduttivo interno comprendono l'isterectomia, la salpingo-ooforectomia unilaterale o bilaterale e la vaginectomia. La terapia ormonale non è richiesta per nessuno di questi interventi, sebbene una terapia ormonale (con estrogeni, testosterone o entrambi) sia consigliabile nei soggetti sottoposti a gonadectomia totale per evitare effetti negativi sul sistema cardiovascolare e muscolo-scheletrico (Hembree *et al.*, 2017; Seal, 2017). Per la falloplastica, nonostante non vi sia un requisito chirurgico per un periodo minimo di trattamento con testosterone, la virilizzazione (o l'assenza di virilizzazione) del clitoride e delle piccole labbra può avere un impatto sulla scelta della tecnica chirurgica e influenzare le opzioni chirurgiche.

Le persone non binarie AMAB devono essere informate che l'inizio di una terapia estrogenica dopo l'intervento chirurgico, senza essersi sottoposte in passato a una terapia estrogenica, può influenzare (forse negativamente) il risultato chirurgico (Kanhai *et al.*, 1999a; 1999b). Le persone non binarie AMAB che richiedono un'orchiectomia bilaterale non necessitano di terapia estrogenica per ottenere un risultato migliore (Hembree *et al.*, 2017). In questi contesti, è buona norma informare lɜ utenti dei rischi e dei benefici della terapia ormonale (estrogeni, testosterone o entrambi) per prevenire gli effetti negativi sul sistema cardiovascolare e muscolo-scheletrico, nonché delle opzioni terapeutiche alternative, come la supplementazione di calcio e vitamina D per prevenire l'osteoporosi (Hembree *et al.*, 2017; Seal, 2017; Weaver *et al.*, 2016)[53]. In caso di vaginoplastica, è necessario informare le persone che, quando sono stati utilizzati innesti e lembi di pelle portatori di peli, la mancanza di una terapia di blocco del testosterone può causare una crescita post-operatoria di peli nella vagina (Giltay e Gooren, 2000).

Altre richieste chirurgiche per le persone non binarie AMAB includono la vaginoplastica con conservazione del pene, la vaginoplastica con conservazione dei testicoli e ulteriori procedure che comportano l'assenza dei caratteri sessuali primari esterni (ossia penectomia, scrotectomia, orchiectomia, ecc.). Si consiglia allə medicə chirurgə e all'individuo che richiede il

---

[5252] Per maggiori dettagli sulla necessità o meno della terapia ormonale per i vari interventi chirurgici, si veda il cap. 13.

[53] Si veda anche il cap. 9per coloro che scelgono di non sottoporsi alla terapia ormonale.

trattamento di discutere gli obiettivi e le aspettative, nonché i benefici e i limiti della procedura prevista (o richiesta), di prendere decisioni su base individuale e di collaborare con ulteriore personale sanitario (se presente).

Dichiarazione 8.4

Raccomandiamo al personale sanitario di informare le persone non binarie sugli effetti delle terapie ormonali e della chirurgia sulla fertilità e di discutere le opzioni per la preservazione della fertilità prima di iniziare un trattamento ormonale o di sottoporsi a un intervento chirurgico.

A tutte le persone non binarie che si sottopongono a terapie ormonali dovrebbero essere offerte informazioni e date indicazioni sulle opzioni di fertilità (Hembree *et al.*, 2017; De Roo *et al.*, 2016; Defreyne *et al.*, 2020; Defreyne *et al.*, 2020; Nahata *et al.*, 2017; Quinn *et al.*, 2021). È importante discutere il potenziale impatto della terapia ormonale sulla fertilità prima di iniziarla. Questa discussione dovrebbe includere le opzioni di preservazione della fertilità, la misura in cui la fertilità può o non può essere recuperata con la sospensione della terapia ormonale e il fatto che la terapia ormonale non è un metodo contraccettivo[54].

Studi recenti suggeriscono che le persone non binarie hanno meno probabilità di accedere alle cure e di essere ascoltate quando condividono le loro esigenze in merito agli interventi (Beek *et al.*, 2015; Taylor *et al.*, 2019). Di conseguenza, è necessario offrire a tutte le persone *gender diverse* informazioni sulle opzioni e sulle tecniche attuali per la preservazione della fertilità, idealmente prima di iniziare un trattamento ormonale, poiché la qualità dello sperma o degli ovuli può essere influenzata dall'esposizione agli ormoni (Hamada *et al.*, 2015; Payer *et al.*, 1979). Tuttavia, questo non dovrebbe in alcun modo precludere la possibilità di fare domande e cercare maggiori informazioni in un secondo momento, poiché è stato dimostrato che le persone che assumono estrogeni e testosterone possono essere ancora fertili (Light *et al.*, 2014). Se una persona non binaria o *gender diverse* decide che la preservazione della fertilità o la consulenza in merito ad essa non sono necessarie, la sua decisione non deve essere usata come fondamenta per negare o ritardare l'accesso al trattamento ormonale.

[54] Per ulteriori informazioni si veda il cap. 16.

CAPITOLO 9. Persone eunuche

Tra le molte persone che beneficiano di cure mediche di affermazione di genere, quelle che si identificano come persone eunuche sono tra le meno visibili. L'ottava versione degli Standard di Cura (*SOC*) include una discussione sulle persone eunuche, questo a causa della loro presentazione unica e del loro bisogno di cure mediche necessarie di affermazione di genere[55]. Sono denominate persone eunuche le persone assegnate al sesso maschile alla nascita (AMAB) e che desiderano eliminare le caratteristiche fisiche maschili, i genitali maschili o il loro funzionamento. Si possono identificare come persone eunuche anche coloro ai quali sono stati asportati chirurgicamente i testicoli o che sono stati resi non funzionanti attraverso l'uso di mezzi chimici o fisici. Questa definizione basata sull'identità di coloro che abbracciano il termine "eunuco" non include altri soggetti, come gli uomini che sono stati trattati per un cancro avanzato alla prostata e che rifiutano la designazione di persona eunuca. Ci concentriamo qui su coloro che si identificano come individui eunuchi e si considerano parte del termine ombrello *gender diverse*.

Come gli altri individui *gender diverse*, anche persone eunuche possono richiedere la castrazione per allineare meglio il loro corpo alla loro identità di genere. Pertanto, le persone eunuche sono individui *gender non conforming* che hanno esigenze che richiedono cure mediche necessarie per l'affermazione di genere (Brett *et al.*, 2007; Johnson *et al.*, 2007; Roberts *et al.*, 2008).

Le persone eunuche identificano la propria identità di genere in vari modi. Molt3 di loro considerano la loro condizione di persona eunuca come un'identità di genere distinta, senza identificarsi necessariamente come *transgender* o in altri generi. Il presente capitolo si concentra sul trattamento e sull'assistenza a coloro che si identificano come eunuchi. Il personale sanitario incontrerà individui eunuchi che richiederanno interventi ormonali, castrazione o entrambi per diventare eunuchi. Questi individui possono anche beneficiare di una comunità eunuca, a causa della loro identificazione, sia nel caso di castrazione che senza.

Sebbene esistano 4000 anni di storia legata agli individui eunuchi nella società, la più grande fonte di informazioni sulle persone che oggi si identificano come persone eunuche si trova all'interno della vasta comunità online di supporto tra pari, la quale si riunisce su siti come *Eunuch Archive* (www.eunuch.org), fondato nel 1998. I moderatori di questo sito cercano di mantenere un'accuratezza sia da un punto di visto medico che storico, nei suoi forum di discussione, sebbene certamente vi sia anche disinformazione. Secondo il sito web (dati del gennaio 2022) ci sono stati oltre 130.000 membri registrati da varie parti del mondo e spesso oltre il 90% di coloro che leggono il sito sono "ospiti" piuttosto che membri iscritti. Sul sito sono presenti oltre 23.000 discussioni e quasi 220.000 messaggi. Ad esempio, vi sono due discussioni che forniscono istruzioni per l'autocastrazione mediante l'iniezione di diverse tossine direttamente nei testicoli e questi hanno circa 2.500 messaggi ciascuna, e ognuna è stata letta ben oltre un milione di volte. A partire dal 2001, ci sono stati 20 raduni internazionali annuali della comunità dell'*Eunuch Archive* a Minneapolis, oltre a molti altri raduni regionali altrove. Sebbene l'argomento della castrazione sia di interesse per la grande maggioranza delle persone che partecipano alle discussioni, è solo una minoranza dei membri che cerca

[55] Si veda cap. 2, par. 2.1.

seriamente o si è sottoposta alla castrazione. Molti ex membri dell'*Eunuch Archive* hanno raggiunto i loro obiettivi e non partecipano più.

A causa dei luoghi comuni e dei pregiudizi sugli individui eunuchi del passato, dell'invisibilità delle persone eunuche contemporanee e dello stigma sociale che colpisce tutte le minoranze di genere e sessuali, pochꝛ condividono pubblicamente il loro *status* di persona eunuca. Infatti, molti non lo dicono a nessuno e lo condividono solo con persone incontrate in comunità online con idee simili alle loro o con la famiglia e amicꝛ strettꝛ (Wassersug e Lieberman, 2010). Gli stereotipi sulle persone eunuche sono spesso altamente negativi (Lieberman, 2018) e, come altri gruppi stigmatizzati, possono soffrire di *minority stress* (Wassersug e Lieberman, 2010). Pertanto, la ricerca sullo stress da minoranza che colpisce le persone *gender diverse* dovrebbe includere anche le persone eunuche.

La seguente serie di raccomandazioni è rivolta al personale sanitario che lavora con persone che si identificano come eunuche (Johnson e Wassersug, 2016; Vale *et al.*, 2010) e che richiedono trattamenti medici e/o chirurgici necessari per l'affermazione di genere (GAMST). Sebbene non vi sia una categoria diagnostica specifica nell'ICD o nel DSM, "eunuco" è un utile costrutto in quanto considera le specificità dell'esperienza eunuca, collegandola al contempo all'esperienza dell'incongruenza di genere in senso più ampio.

Raccomandazioni

9.1. Raccomandiamo al personale sanitario e alle altre persone che utilizzano l'ottava versione degli Standard di Cura di applicare le raccomandazioni in modo da soddisfare le esigenze delle persone eunuche.

9.2. Nel caso in cui vi sia un elevato rischio che la sospensione del trattamento possa causare danni agli individui attraverso l'auto-intervento, l'intervento chirurgico da parte di operatorꝛ non qualificatꝛ o l'uso non controllato di farmaci che influenzano gli ormoni, raccomandiamo al personale sanitario di prendere in considerazione l'intervento medico, chirurgico, o entrambi, per le persone eunuche.

9.3. Raccomandiamo che il personale sanitario che svolge l'*assessment* per le persone eunuche per il trattamento abbia dimostrata competenza nel loro *assessment*.

9.4. Suggeriamo che il personale sanitario che fornisce assistenza agli individui eunuchi fornisca anche educazione alla sessualità e consulenza.

Gli individui eunuchi si presentano clinicamente in vari modi. Desiderano un corpo compatibile con la loro identità di persona eunuca, un corpo che non abbia genitali maschili completamente funzionanti. Alcunꝛ provano un forte disagio con i loro genitali maschili e hanno bisogno di rimuoverli per sentirsi a proprio agio con il loro corpo (Johnson *et al.*, 2007; Roberts *et al.*, 2008). Altrꝛ sono indifferenti al fatto di avere genitali esterni maschili, purché siano presenti solo fisicamente e non possano produrre androgeni e caratteristiche di sesso secondarie maschili (Brett *et al.*, 2007). Per sopprimere la produzione di androgeni si possono utilizzare gli ormoni, anche se l'orchiectomia è una soluzione permanente per coloro che non desiderano il funzionamento dei genitali (Wibowo *et al.*, 2016). Alcuni individui eunuchi desiderano livelli di testosterone più bassi, i quali possono essere ottenuti con l'orchiectomia, ma molti scelgono di assumere una terapia ormonale per prevenire gli effetti negativi associati all'ipogonadismo. La maggior parte di coloro che scelgono la terapia ormonale sceglie una posologia sostitutiva

completa o parziale di testosterone, mentre una minoranza sceglie gli estrogeni.

Tutte le affermazioni contenute in questo capitolo sono state proposte sulla base di un'approfondita revisione delle evidenze scientifiche, di un *assessment* dei benefici e dei danni, dei valori e delle preferenze dell3 operator3 sanitar3 e dell3 pazienti, nonché dell'utilizzo delle risorse e della loro applicabilità. In alcuni casi, riconosciamo che le evidenze sono limitate e/o che i servizi potrebbero non essere accessibili o desiderabili.

Dichiarazione 9.1.

Raccomandiamo al personale sanitario e alle altre persone che utilizzano l'ottava versione degli Standard di Cura di applicare le raccomandazioni in modo da soddisfare le esigenze delle persone eunuche.

Le persone eunuche fanno parte della popolazione di persone *gender diverse* che sperimentano incongruenza di genere e che possono anche cercare cure per l'affermazione di genere. Come le altre persone *transgender e gender diverse* (TGD), gli individui eunuchi hanno bisogno di accedere a cure di affermazione per sentirsi a proprio agio con il proprio genere. Ogni sezione dei *SOC* affronta i bisogni di individui *gender diverse*, e gli individui eunuchi possono essere inclusi in questo gruppo. Ess3 possono avere una comunanza con alcuni individui non binari, in quanto la transizione sociale può non essere un'alternativa desiderata. Inoltre, la terapia ormonale può non avere lo stesso ruolo che potrebbe avere in una transizione sociale o in una transizione binaria (Wassersug e Lieberman, 2010).

Come altri individui *gender diverse*, possono essere consapevoli della loro identità nell'infanzia o nell'adolescenza. A causa della mancanza di ricerche sul trattamento dell3 bambin3 che possono identificarsi come persone eunuche, ci asteniamo dal dare suggerimenti specifici.

Gli individui eunuchi possono richiedere cure mediche o chirurgiche (soppressione ormonale, orchiectomia e, in alcuni casi, penectomia) per ottenere cambiamenti fisici, psicologici o sessuali (Wassersug e Johnson, 2007). È importante che tutt3 l3 pazienti, compresi gli individui eunuchi e coloro che richiedono la castrazione, stabiliscano e mantengano con il personale sanitario un rapporto basato sulla fiducia e sulla comprensione reciproca. A causa della scarsa conoscenza sulle persone eunuche all'interno della comunità medica generale e del timore di molti individui che chiedono la castrazione di non essere accettati, molti non ricevono cure primarie e test di *screening* appropriati (Jäggi *et al.*, 2018). Una maggiore formazione e consapevolezza dei medici sarà utile per includere le persone eunuche nelle discussioni sulla diversità di genere (Deutsch, 2016). Non è necessario menzionare che gli individui eunuchi richiedono e meritano gli stessi servizi di assistenza primaria della popolazione generale. I test di *screening* per i tumori, come quello della prostata e del seno, sono un'importante area di discussione. Questo poiché i rischi di tumori ormonosensibili probabilmente differiscono tra le persone AMAB i cui livelli di testosterone ed estrogeni non sono nel *range* maschile. A causa della mancanza di studi sulla prevalenza e sull'incidenza dei tumori ormonosensibili nella popolazione eunuca, non vi sono evidenze che indichino quale debba essere la frequenza degli *screening* per i tumori ormonosensibili con esami della prostata, misurazioni dell'antigene prostatico specifico (PSA), mammografie, ecc.

L'ampia letteratura su pazienti affetti da cancro alla prostata, che sono stati castrati medicalmente o chirurgicamente, fornisce informazioni su alcuni degli effetti della castrazione post-puberale (come la potenziale osteoporosi, la depressione o la sindrome metabolica), ma gli individui eunuchi volontari possono interpretare i risultati in modo molto diverso rispetto a coloro che sono castrati per motivi medici. La castrazione chimica o chirurgica può essere vissuta con angoscia dagli uomini *cisgender* con cancro alla prostata, mentre lo stesso trattamento può essere affermativo e fonte di conforto per gli individui eunuchi. Allo stesso modo, gli uomini trans e le persone non binarie AFAB, che si sottopongono a mastectomia per sentirsi a proprio agio con il proprio corpo, vivono l'intervento chirurgico in modo diverso dalle donne *cis* che si sottopongono a mastectomia per curare il cancro al seno (Koçan e Gürsoy, 2016; van de Grift *et al.*, 2016). Le informazioni sul cancro alla prostata sono ben riassunte da Wassersug *et al.* (2021), i quali forniscono riferimenti che esplorano la vasta letteratura sull'argomento. Tali informazioni sugli effetti della castrazione dovrebbero essere messe a disposizione di coloro che richiedono la castrazione.

A seguito di un *assessment* basato sui *SOC-8*, possono essere prese in considerazione e prescritte, se appropriate, le opzioni mediche richieste dall3 paziente. Queste opzioni possono essere adattate al singolo individuo per creare un piano che rifletta le sue esigenze e preferenze specifiche. Il numero e il tipo di interventi applicati e l'ordine di esecuzione possono variare da persona a persona. Queste opzioni sono coerenti con i capitoli dei *SOC-8* dedicati all'*assessment* e alla chirurgia. Le opzioni di trattamento da considerare per gli individui eunuchi includono:

1. soppressione ormonale per esplorare gli effetti della carenza di androgeni per gli individui che desiderano diventare asessuati, non sessuati o androgini;
2. orchiectomia per interrompere la produzione testicolare di testosterone;
3. orchiectomia con o senza penectomia per modificare il corpo per corrispondere all'immagine di sé;
4. orchiectomia seguita da sostituzione ormonale con testosterone o estrogeni.

Secondo la Dichiarazione 6.6 nel capitolo 6 le persone eunuche che richiedono la gonadectomia dovranno sottoporsi a un minimo di sei mesi di terapia ormonale, come indicato per gli obiettivi della persona TGD, prima che la persona TGD si sottoponga a un intervento chirurgico irreversibile (a meno che gli ormoni non siano clinicamente indicati per la persona).

<u>Dichiarazione 9.2.</u>

Nel caso in cui vi sia un elevato rischio che la sospensione del trattamento possa causare danni agli individui attraverso l'auto-intervento, l'intervento chirurgico da parte di operator3 non qualificat3 o l'uso non controllato di farmaci che influenzano gli ormoni, raccomandiamo al personale sanitario di prendere in considerazione l'intervento medico, chirurgico, o entrambi, per le persone eunuche.

Alle persone eunuche dovrebbe essere applicato lo stesso processo di *assessment* raccomandato nei *SOC-8*[56].

Il sito *Eunuch Archive* contiene un gran numero di messaggi di persone che incontrano grandi difficoltà nel cercare medici disposti a eseguire l'intervento di

[56] Vedi cap. 5.

castrazione. Esiste un gran numero di persone eunuche che si sono auto-operate o che sono state operate da persone che non sono medic3 accreditat3 (Johnson e Irwig, 2014). Esistono anche resoconti clinici di individui eunuchi che si sono auto-castrati e testimonianze di pazient3 che hanno ingannato l3 medic3 per ottenere la castrazione (Hermann e Thorstenson, 2015; Mukhopadhyay e Chowdhury, 2009). È indubbio che, quando ai membri di questa popolazione viene negato l'accesso a cure mediche di qualità, essi possano compiere azioni che possono causare loro gravi danni, che possono richiedere il ricovero ospedaliero, come emorragie e infezioni (Hay, 2021; Jackowich *et al.*, 2014; Johnson e Irwig, 2014). A causa di questi gravi problemi e dei danni causati dall'auto-chirurgia, dall'intervento chirurgico realizzato da persone non qualificate o dall'uso non supervisionato di farmaci che influenzano gli ormoni, è importante che il personale sanitario crei un ambiente accogliente e prenda in considerazione, dopo un attento *assessment*, varie opzioni di trattamento, ciò per evitare i problemi causati dalla mancanza di accesso alle cure e la sospensione delle stesse.

Quando lo si desidera, la castrazione può essere ottenuta per via chimica o chirurgica. Per alcun3, la castrazione chimica può essere utilizzata come una prova, prima di sottoporsi alla castrazione chirurgica, per determinare come l'individuo si sente quando è ipogonadico (Vale *et al.*, 2010). La castrazione chimica è solitamente reversibile se i farmaci vengono sospesi (Wassersug *et al.*, 2021). I tipi di farmaci più comunemente utilizzati per abbassare i livelli di testosterone sono gli antiandrogeni e gli estrogeni.

I due antiandrogeni più comunemente utilizzati, il ciproterone acetato e lo spironolattone, sono somministrati oralmente. Gli estrogeni vengono talvolta prescritti a pazienti affetti da cancro alla prostata per abbassare i livelli sierici di testosterone attraverso un *feedback* negativo a livello dell'ipotalamo e dell'ipofisi. Gli estrogeni e gli antiandrogeni possono non sopprimere completamente i livelli di testosterone al *range* femminile o di castrazione, inoltre, gli estrogeni orali aumentano il rischio di tromboembolismo venoso. Sebbene non siano comunemente utilizzati a causa dei costi, gli agonisti dell'ormone rilasciante la gonadotropina (GnRHa) sono un metodo molto efficace per sopprimere la produzione di steroidi sessuali e la fertilità (Hembree *et al.*, 2017). Quando si sceglie un farmaco, si consiglia di selezionarne uno tra quelli maggiormente studiati nella popolazione *transgender* (ad es., estrogeni, ciproterone acetato, agonisti del GnRHa) piuttosto che farmaci con pochi o nessun studio scientifico con *peer review* (ad es., bicalutamide, progesterone rettale, ecc.) (Angus *et al.*, 2021; Butler *et al.*, 2017; Efstathiou *et al.*, 2019; Tosun *et al.*, 2019).

Molti individui eunuchi scelgono di sottoporsi alla terapia ormonale dopo la castrazione, poiché non desiderano la soppressione completa dei livelli ormonali e i problemi che ne derivano, come l'aumento del rischio di osteoporosi. Le due opzioni principali per la sostituzione degli steroidi sessuali sono il testosterone e gli estrogeni, che possono essere utilizzati in posologie sostitutive complete o parziali. La maggioranza sceglie il testosterone perché si presenta come uomo e non è interessata a una femminilizzazione. Una minoranza sceglie gli estrogeni con una posologia abbastanza alta da prevenire l'osteoporosi, ma abbastanza bassa da evitare la maggior parte della femminilizzazione. Possono identificarsi come *non-binary*, *agender* o altro (Johnson *et al.*, 2007; Johnson e Wassersug, 2016).

Sebbene manchino studi sulla terapia ormonale negli individui eunuchi, i risultati

ottenuti da uomini *cisgender* trattati per il cancro alla prostata possono dare informazioni riguardo gli effetti della terapia ormonale. In uno studio randomizzato e controllato su 1.694 uomini *cisgender* trattati per cancro alla prostata localmente avanzato o metastatico, un gruppo ha ricevuto un agonista del GnRHa e l'altro ha ricevuto estrogeni transdermici (Langley *et al.*, 2021). Gli uomini *cisgender* che hanno ricevuto l'agonista del GnRHa hanno sviluppato segni e sintomi di carenza sia di androgeni che di estrogeni, mentre gli uomini che hanno ricevuto il cerotto estrogenico hanno sviluppato solo sintomi di deplezione di androgeni. Entrambi i gruppi hanno avuto alti tassi di effetti collaterali a livello sessuale (91%), mentre l'aumento di peso è stato simile tra i due gruppi. Rispetto agli uomini *cisgender* che ricevevano l'agonista del GnRHa, gli uomini *cisgender* trattati con cerotti estrogenici avevano una qualità di vita auto-riferita più alta, tassi più bassi di vampate di calore (35% vs. 86%) e tassi più alti di ginecomastia (86% vs. 38%). Dal punto di vista metabolico, gli uomini *cisgender* che hanno ricevuto i cerotti estrogenici hanno avuto cambiamenti favorevoli con una riduzione della glicemia media a digiuno, del colesterolo totale a digiuno e della pressione arteriosa sistolica e diastolica. Invece, gli uomini *cisgender* che hanno ricevuto l'agonista del GnRHa hanno avuto effetti opposti. Sulla base di questo studio, gli individui eunuchi possono prendere in considerazione una bassa posologia di terapia estrogenica transdermica per evitare gli effetti negativi della deplezione di estrogeni, che includono vampate di calore, affaticamento, effetti metabolici e perdita di densità minerale ossea (Hembree *et al.*, 2017; Langley *et al.*, 2021)[57].

Dichiarazione 9.3

Raccomandiamo che il personale sanitario che svolge l'assessment delle persone eunuche per il trattamento abbia dimostrata competenza nel loro assessment.

Un argomento frequentemente discusso nei forum di *Eunuch Archive* è la difficoltà di trovare personale sanitario in grado di comprendere le loro esigenze. Gli individui eunuchi e coloro che chiedono la castrazione sono di solito meno visibili di altre minoranze di genere (Wassersug e Lieberman, 2010). A causa dello stigma e della paura di essere rifiutati dalla comunità medica, potrebbero occultare volontariamente la loro identità e i loro desideri sia al personale sanitario che al PSM. In alcuni ambienti, il personale sanitario potrebbe non essere a conoscenza dell'esistenza degli individui eunuchi e potrebbe anche non sapere di aver trattato pazienti che si identificano come tali.

La sezione dei *SOC* sull'*assessment* è applicabile alle persone eunuche. Come altri individui *gender diverse*, coloro che richiedono la castrazione possono avviare un processo di consenso informato durante il quale il personale sanitario qualificato condurrà valutazioni per garantire che gli individui siano in grado di fornire un consenso informato, prima di sottoporsi a interventi medici, e stabilire che un problema di salute psicologica non sia l'eziologia del desiderio. Come per altre minoranze sessuali e di genere, per lavorare con gli individui eunuchi è necessario comprendere che si tratta di una popolazione eterogenea e che ogni persona è eunuca a modo proprio (Johnson *et al.*, 2007). La persona che richiede i servizi trae beneficio dal riconoscimento dellə professionistə, dall'*open inquiry*, dall'assenza di giudizi negativi e dalle

[57] Per ulteriori informazioni si veda il cap. 11.

aspettative flessibili, unite alla competenza e all'esperienza dellə professionistə.

Per erogare un trattamento appropriato, il personale sanitario deve stabilire un rapporto di fiducia e di rispetto creando un ambiente inclusivo per le persone che si identificano eunuche. Per le persone che si identificano come persona eunuca, il modulo di accettazione ideale dovrebbe chiedere il sesso assegnato alla nascita e il genere identificato e offrire diverse opzioni di genere, tra cui "eunuco" e "altro". Le persone possono identificarsi con più di una scelta e dovrebbero essere in grado di selezionarne più di una.

Il personale sanitario può essere coinvolto nell'*assessment*, nella psicoterapia (se desiderata), nella preparazione e nel *follow-up* di interventi medici e chirurgici di affermazione di genere. Inoltre, possono anche fornire supporto a *partner* e famiglie. Gli individui che si identificano come persone eunuche, i quali desiderano il supporto di PSM qualificatɜ trarranno beneficio da unə terapeuta che soddisfi i criteri e sia in possesso dell'esperienza stabilita nel capitolo 5.

Mentre alcuni individui, che fanno richiesta di o prendono in considerazione la castrazione, vengono in consulenza o in terapia perché desiderano un sostegno emotivo o un aiuto nel processo decisionale, molti si rivolgono al personale per un *assessment* in preparazione di interventi medici specifici (Vale *et al.*, 2010).

Dichiarazione 9.4.

Suggeriamo che il personale sanitario che fornisce assistenza agli individui eunuchi fornisca anche educazione alla sessualità e consulenza.

Diverse ricerche hanno contribuito alla conoscenza delle persone che oggi si identificano come eunuche e ne hanno esplorato le caratteristiche demografiche e la sessualità (Handy *et al.*, 2015; Vale *et al.*, 2013; Wibowo *et al.*, 2012; 2016). Lɜ medicɜ e lɜ PSM dovrebbero partire dal presupposto che gli individui eunuchi sono persone sessuali in grado di praticare attività sessuale, provare piacere e avere relazioni, a meno che non dicano il contrario (Wibowo *et al.*, 2021). Le ricerche hanno dimostrato che esiste una grande diversità tra gli individui eunuchi per quanto riguarda il livello di desiderio, il tipo di contatto fisico o sessuale preferito e la natura delle relazioni preferite (Brett *et al.*, 2007; Johnson *et al.*, 2007; Roberts *et al.*, 2008). Mentre alcunɜ godono di una vita sessuale attiva con o senza relazioni romantiche, altri si identificano come asessuali o aromanticɜ e sono sollevatɜ dalla perdita della libido ottenuta attraverso la castrazione chirurgica o chimica (Brett *et al.*, 2007). Ogni persona è diversa e il proprio *status* genitale non determina l'attrazione sessuale o romantica (Walton *et al.*, 2016; Yule *et al.*, 2015).

Indipendentemente dal tipo di soppressione chimica o di intervento chirurgico subito, una persona può provare piacere sessuale ed essere sessualmente attiva. Contrariamente a quanto si crede, gli individui eunuchi non sono necessariamente asessuali o non sessuali (Aucoin e Wassersug, 2006). L'educazione al sesso sicuro è necessaria per tutte le persone che hanno attività sessuali che potrebbero comportare uno scambio di fluidi corporei[58]. Inoltre, la preservazione della fertilità deve essere discussa quando si prendono in considerazione interventi medici che

[5858] Per informazioni sull'educazione sessuale e sulle opzioni di sesso sicuro per persone *gender diverse* e vari orientamenti sessuali, consultare il cap. 17.

potrebbero avere un impatto sulla futura genitorialità[59].

[59] Per ulteriori considerazioni si veda il cap. 16.

CAPITOLO 10. Persone *intersex*

Gli Standard di Cura, versione 7, includevano un capitolo sull'applicabilità degli standard alle persone con variazioni/condizioni *intersex* fisiche[60] che presentano disforia di genere e/o cambiano genere, poiché esse differiscono dalle persone *transgender endosex*[61] per la presentazione fenomenologica, le traiettorie di vita, la prevalenza, l'eziologia e i rischi di stigmatizzazione. Il presente capitolo fornisce un aggiornamento e aggiunge raccomandazioni sull'approccio clinico necessario dal punto di vista medico per la gestione degli individui con variazioni *intersex* in generale[62]. Poiché unə neonatə con differenziazione sessuale atipica potrebbe presentare problematiche cliniche, compresa la necessità di educazione e supporto alla famiglia fin dalle prime fasi di vita, la presa di decisioni sull'assegnazione del genere, le cui componenti — in particolare la chirurgia genitale — possono essere controverse, così come comportare un aumento significativo del rischio di sviluppare disforia di genere e di cambiamento di genere successivo (Sandberg e Gardner, 2022).

Terminologia

"*Intersex*" (dal latino, "tra i sessi") è un termine fondato sul sistema binario del sesso alla base della riproduzione dei mammiferi (incluso l'essere umano). In medicina, il termine è applicato correntemente a individui con variazioni congenite e marcatamente atipiche dell'apparato riproduttivo. Alcune variazioni, spesso definite "ambiguità genitali", precludono il semplice riconoscimento del sesso somatico come maschile o femminile e, nelle società ricche di risorse, richiedono un approfondimento diagnostico, clinico, endocrino e genetico, prima che venga "assegnato" un sesso/genere all'individuo.

Negli ultimi anni "*intersex*" è diventato anche un'etichetta identitaria adottata da alcuni individui con variazioni nelle caratteristiche di sesso e da un sottoinsieme di individui *endosex* con un'identità di genere non binaria (Tamar-Mattis *et al.*, 2018).

In occasione della *consensus conference internazionale* del 2005 sulla gestione delle variazioni *intersex* nelle caratteristiche di sesso, queste sono state raggruppate in un nuovo termine medico standard, ossia "Disturbi dello sviluppo sessuale" (DSD), definito come «condizioni congenite in cui lo sviluppo del sesso cromosomico, gonadico o anatomico è atipico» (Hughes *et al.*, 2006). Il termine "DSD" indica una gamma di condizioni molto più ampia di quelle tradizionalmente incluse nelle variazioni *intersex* e comprende condizioni come la sindrome di Turner e la sindrome di Klinefelter, che sono molto più frequenti. È importante notare che molti individui che presentano variazioni delle caratteristiche di sesso non amano il termine "disturbo", considerandolo intrinsecamente stigmatizzante (Carpenter, 2018; Griffiths, 2018; Johnson *et al.*, 2017; Lin-Su *et al.*, 2015; Lundberg *et al.*, 2018; Tiryaki *et al.*, 2018).

Anche il personale sanitario ha idee contrastanti sull'utilizzo del termine (Miller *et al.*, 2018). La lettura alternativa (molto diffusa) dei DSD come "differenze nello sviluppo sessuale" può essere vista come meno patologizzante, ma è semanticamente insoddisfacente in quanto questo non

[6060] N.d.T.: Per rispettare la sensibilità di alcun3 attivist3 che non gradiscono l'utilizzo del termine "condizione", nel testo parliamo sempre di persone "con variazione nelle caratteristiche di sesso".

[61] *Endosex* è un termine utilizzato per le persone che non sono *intersex*.

[62] Si veda la Dichiarazione di necessità medica nel cap. 2, par. 2.1.

distingue le tipiche differenze genitali tra maschi e femmine dalla differenziazione sessuale atipica. Vi sono anche altri recenti tentativi di trovare termini meno stigmatizzanti, come «condizioni che influenzano lo sviluppo riproduttivo» (CARD; Delimata *et al.*, 2018) o "variazioni delle/nelle caratteristiche di sesso" (VSC; Crocetti *et al.*, 2021) che, però, non sono specifici per le variazioni *intersex*.

Alla luce di questi problemi di definizione, in questo capitolo useremo il termine "*intersex*" per riferirci solo alle manifestazioni fisiche congenite. Questo sia per chiarezza descrittiva che per continuità storica. Questa scelta non vuole indicare l'intenzione di schierarsi nel dibattito in corso sul concetto di "sesso" /" genere" come sistema bipolare o come *continuum*, che può variare a seconda del contesto e dell'utilità (Meyer-Bahlburg, 2019). Nelle società del XXI secolo, i concetti di "sesso" e "genere" sono in fase di evoluzione.

Diffusione

La diffusione delle variazioni nelle caratteristiche di sesso dipende dalla definizione utilizzata. L'atipicità genitale evidente ("genitali ambigui") si verifica con una frequenza stimata che va da circa 1:2000 a 1:4500 persone (Hughes *et al.*, 2007). Le definizioni più complete di "DSD" stimano diffusione fino all'1,7% (Blackless *et al.*, 2000). Sebbene queste stime possano sembrare elevate in termini di numero assoluto, le condizioni individuali associate a singole manifestazioni sono molto più rare. Per esempio, la Sindrome da insensibilità agli androgeni (AIS) si verifica in circa 1 su 100.000 nat3 con cariotipo 46, XY (Mendoza e Motos, 2013), e l'iperplasia surrenale congenita classica (ISC) in circa 1 su 15.000 nat3 con cariotipo 46, XX (Therrell, 2001). I dati di prevalenza delle singole sindromi possono variare notevolmente tra Paesi e gruppi etnici.

Manifestazione

Le caratteristiche dei soggetti con variazioni *intersex* sono notevolmente diverse da una persona all'altra. Le variazioni *intersex* possono essere riconosciute nel corso di un'ecografia prenatale, anche se nella maggior parte degli individui viene identificata durante la valutazione dei genitali alla nascita[63]. Nelle società più ricche, quest3 bambin3 saranno sottopost3, nelle prime settimane di vita, a procedure mediche diagnostiche approfondite. Alla luce della diagnosi medica specifica, dei dati clinici e ormonali e delle informazioni provenienti da studi di *follow-up* a lungo termine sull'*outcome* di genere, l'*équipe* sanitaria e i genitori procedono, generalmente, all'assegnazione dell3 neonat3 al sesso maschile o femminile. Alcuni individui *intersex* giungono all'attenzione dell3 specialist3 solamente verso l'età della pubertà, ad esempio quando adolescenti, a cui è stato assegnato il sesso femminile, vengono esaminat3 per l'amenorrea primaria.

Il personale sanitario che assiste sia persone con variazioni *intersex* sia persone con incertezza sul proprio genere deve essere consapevole del fatto che il contesto medico in cui queste persone sono cresciute è solitamente molto diverso da quello delle persone TGD *endosex*. Esistono molte "sindromi" diverse associate a variazioni *intersex* e ogni "sindrome" può variare nel suo grado di gravità. Pertanto, gli approcci terapeutici ormonali e chirurgici possono variare.

[63]N.d.T. Questa circostanza si verifica prevalentemente quando si rileva un'atipicità dei genitali; altrimenti, spesso la scoperta di una variazione *intersex* avviene durante la pubertà o quando l'individuo cerca di concepire.

Alcune manifestazioni fisiche delle variazioni *intersex* possono richiedere un intervento precoce e urgente, come nei casi di ostruzione urinaria o, nella ISC, di crisi surrenalica. La maggior parte delle variazioni fisiche tra gli individui con variazioni *intersex* non compromette la funzionalità, almeno nei primi anni di vita, né mette a rischio la loro sicurezza. Tuttavia, lo stigma psicosociale associato all'aspetto genitale atipico spesso porta alla chirurgia genitale precoce (comunemente definita "correttiva" o "normalizzante") molto prima che l'individuo raggiunga l'età del consenso. Questo approccio è molto controverso perché è in conflitto con i principi etici che sostengono l'autonomia della persona (Carpenter, 2021; Kon, 2015; *National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research*, 1979). Inoltre, tra le persone con caratteristiche che non comportano preoccupazioni immediate per la salute, alcune possono optare, in età successiva, per una serie di interventi medici per ottimizzare la funzione e l'aspetto. In questo capitolo non è possibile esaminare nello specifico i trattamenti medici; chiunque abbia interesse può consultare la rispettiva letteratura endocrinologica e chirurgica.

Alcune variazioni nelle caratteristiche di sesso sono associate a una maggiore variabilità dell'identità di genere a lungo termine rispetto ad altre (Dessens *et al.*, 2005). Per esempio, l'incidenza di un'identità di genere *non-cisgender* in individui 46, XX con ISC assegnati al sesso femminile può raggiungere il 5-10% (Furtado *et al.*, 2012). La sostanziale componente biologica alla base dell'identità di genere è un fattore critico che deve essere considerato quando si offrono interventi psicosociali, medici e chirurgici alle persone con variazioni nelle caratteristiche di sesso. Esistono inoltre numerose evidenze che le persone *intersex* e le loro famiglie possono sperimentare disagio psicosociale (de Vries *et al.*, 2019; Rosenwohl-Mack *et al.*, 2020; Wolfe-Christensen *et al.*, 2017), in parte legato allo stigma psicosociale (Meyer-Bahlburg *et al.*, 2017a; 2017b; 2018).

Le variazioni intersex nella nomenclatura psichiatrica

Dal 1980, la nomenclatura psichiatrica americana riconosce gli individui con variazioni *intersex* che soddisfano i criteri per le varianti dell'identità di genere; tuttavia, la loro categorizzazione diagnostica è cambiata con le successive edizioni del *DSM*. Per esempio, nel *DSM-III* (*American Psychiatric Association*, 1980), la categoria "transessualismo" dell'Asse I non poteva essere applicata a questi individui in età adulta, ma all3 bambin3 era apposta l'etichetta "disturbo dell'identità di genere infantile", con la condizione medica *intersex* da specificare nell'Asse III. Nel *DSM-IV-TR* (*American Psychiatric Association*, 2000), gli individui *intersex* sono stati esclusi dalla categoria "disturbo dell'identità di genere" dell'Asse I, indipendentemente dall'età, e sono stati invece raggruppati con altre condizioni nella categoria "disturbo dell'identità di genere non altrimenti specificato". Nel *DSM-5* (*American Psychiatric Association*, 2013), che ha abbandonato il sistema multiassiale, il "disturbo dell'identità di genere" è stato ridefinito come "disforia di genere" e applicato indipendentemente dall'età e dallo *status* di persona con variazioni *intersex*, ma gli individui *intersex* hanno ricevuto l'aggiunta della specificazione "con un disturbo dello sviluppo sessuale" (Zucker *et al.*, 2013). La revisione appena pubblicata del *DSM-5* (*American Psychiatric Association*, 2022) mantiene il termine disforia di genere. Si noti, tuttavia, che la recente edizione della *Classificazione Internazionale delle malattie e dei problemi*

correlati (*ICD-11)* (Organizzazione Mondiale della Sanità, 2019a) ha spostato l'"incongruenza di genere" dal capitolo "*Disturbi mentali, comportamentali o condizioni atipiche del neurosviluppo"* a un nuovo capitolo intitolato "*Condizioni relative alla salute sessuale*".

Tutte le affermazioni contenute in questo capitolo sono state proposte sulla base di un'approfondita revisione delle evidenze scientifiche, di un *assessment* dei benefici e dei danni, dei valori e delle preferenze dell3 operator3 sanitar3 e dell3 pazienti, nonché dell'utilizzo delle risorse e della loro applicabilità. In alcuni casi, riconosciamo che le evidenze sono limitate e/o che i servizi potrebbero non essere accessibili o desiderabili.

Raccomandazioni

10.1. Suggeriamo che un'*équipe* multidisciplinare, con conoscenze sulla diversità dell'identità di genere, dell'espressione di genere e sulle variazioni *intersex*, fornisca assistenza alle persone *intersex* e alle loro famiglie.

10.2. Raccomandiamo al personale sanitario che si occupa di persone *transgender*, sia giovani che adulte, di procurarsi una formazione sugli aspetti rilevanti della loro disciplina nella gestione delle persone *intersex*.

10.3. Suggeriamo al personale sanitario di educare e assistere, sin dal momento della diagnosi, le famiglie dell3 bambin3 *intersex* sulla specifica variazione *intersex* dell3 bambin3 e sulle sue implicazioni psicosociali.

10.4. Suggeriamo che sia il personale sanitario che i genitori coinvolgano con continuità l3 bambin3/individui *intersex* in conversazioni, adeguate alla loro fase di sviluppo, sulla loro variazione *intersex* e sulle sue implicazioni psicosociali.

10.5. Suggeriamo che il personale sanitario e i genitori sostengano l3 bambin3/individui *intersex* nell'esplorazione della propria identità di genere durante tutto l'arco della vita.

10.6. Suggeriamo al personale sanitario di promuovere il benessere e di minimizzare il potenziale stigma delle variazioni *intersex* lavorando in collaborazione con persone/organizzazioni mediche e non mediche.

10.7. Suggeriamo al personale sanitario di indirizzare l3 bambin3/individui *intersex* e le loro famiglie verso servizi di salute mentale, nonché verso gruppi di pari e altri supporti psicosociali, secondo indicazioni.

10.8. Raccomandiamo al personale sanitario di discutere con le persone *intersex* e le loro famiglie, in base all'identità di genere, l'età e le circostanze mediche uniche dell'individuo, delle opzioni di soppressione della pubertà e/o di trattamento ormonale.

10.9. Suggeriamo al personale sanitario di consigliare ai genitori e all3 bambin3 con variazioni *intersex* (se sufficientemente sviluppat3 dal punto di vista cognitivo) di ritardare la chirurgia genitale di affermazione di genere, la chirurgia gonadica o entrambe, in modo da massimizzare l'autodeterminazione dell3 bambin3 e la loro capacità di partecipare alla decisione sulla base del consenso informato.

10.10. Suggeriamo che solo chirurg3 esperт3 in chirurgia genitale o gonadica per persone *intersex* operino su individui con variazioni *intersex*.

10.11. Raccomandiamo al personale sanitario che prescrive o indirizza a terapie/interventi ormonali di informare le persone *intersex* con potenziale fertilità e le loro famiglie su: a) effetti noti delle terapie/interventi ormonali sulla fertilità futura; b) effetti potenziali di terapie non ben studiate e di cui non si conosce la reversibilità; c) opzioni di conservazione della fertilità; d) implicazioni psicosociali dell'infertilità.

10.12. Suggeriamo che il personale sanitario che si occupa di persone *intersex* con infertilità congenita introducano loro e le loro famiglie, precocemente e gradualmente, alle varie opzioni di genitorialità.

Dichiarazione 10.1.

Suggeriamo che un'équipe multidisciplinare, con conoscenze sulla diversità dell'identità di genere, dell'espressione di genere e sulle variazioni *intersex*, fornisca assistenza alle persone *intersex* e alle loro famiglie.

Le variazioni *intersex*, sottocategoria di DSD, sono condizioni congenite complesse che richiedono il coinvolgimento di esperт3 di varie specializzazioni nell'ambito medico e comportamentale (Hughes *et al.*, 2006). La composizione e la funzione dell'*équipe* possono variare a seconda della sede dell'*équipe* delle risorse locali, della diagnosi e delle esigenze dell'individuo con variazioni *intersex* e della sua famiglia. L'*équipe* ideale comprende pediatr3 subspecialist3 in endocrinologia, chirurgia e/o urologia, psicolog3, psichiatr3, ginecolog3, genetist3 e, se disponibile, personale formato in assistenza sociale,

infermieristica ed etica medica (Lee *et al.*, 2006). La struttura dell'*équipe* può essere in linea con tre diversi modelli:

1) multidisciplinare tradizionale;
2) interdisciplinare;
3) transdisciplinare.

Sebbene queste strutture possano sembrare simili, in realtà sono molto diverse e possono esercitare influenze diverse sul funzionamento dell'*équipe* (Sandberg e Mazur, 2014). Il *Consensus Statement* del 2006 non si pronuncia su quale sia il modello migliore e si limita ad affermare che i modelli «implicano diversi gradi di collaborazione e autonomia professionale» (Lee *et al.*, 2016). Dalla pubblicazione del *Consensus Statement* nel 2006, tali *équipe* sono state create sia in Europa che negli Stati Uniti. Un elenco delle *équipe* negli Stati Uniti è disponibile sul sito web della *DSD-Translational Network (DSD-TRN*). Esistono anche *équipe* in diversi Paesi europei (Thyen *et al.*, 2018). Sebbene vi siano ostacoli alla creazione di queste *équipe*, come osservato da Sandberg e Mazur (2014), le *équipe* multidisciplinari aiutano a risolvere una serie di problemi che hanno minato il successo dell'assistenza alle persone *intersex* e alle loro famiglie, come, ed esempio, la dispersività dei servizi, la comunicazione limitata o assente tra professionist3 e le spiegazioni frammentarie agli individui, che causano più confusione che chiarezza.

La maggior parte delle persone nate con variazioni *intersex* saranno identificate alla nascita o poco dopo, mentre altre saranno identificate solo in momenti successivi del ciclo di vita, ad esempio durante la pubertà (Brain *et al.*, 2010, Tabella 1). In questi casi, l'approccio dell'*équipe* dovrà essere modificato in base alla diagnosi e all'età della persona. In alcune circostanze, la composizione dell'*équipe*, se necessario, può essere ampliata per includere altr3 specialist3.

È stato riportato che l3 bambin3 seguit3 da un'*équipe* multidisciplinare avevano una maggiore probabilità di ricevere quasi l'intera gamma di servizi disponibili, piuttosto che quelli offerti da un singolo specialista (Crerand *et al.*, 2019). I genitori di quest3 bambin3 hanno sostenuto i servizi psicosociali e valutato positivamente l'approccio dell'*équipe*, inoltre, hanno affermato di aver ricevuto più informazioni rispetto a coloro che non hanno interagito con tali *équipe* (Crerand *et al.*, 2019).

Dichiarazione 10.2.

Raccomandiamo al personale sanitario che si occupa di persone transgender, sia giovani che adulte, di procurarsi una formazione sugli aspetti rilevanti della loro disciplina nella gestione delle persone *intersex*.

I dati ottenuti da interviste a medici in formazione (Liang *et al.*, 2017; Zelin *et al.*, 2018) e da rivalutazioni di casi clinici (DeVita *et al.*, 2018; Khalili *et al.*, 2015) suggeriscono che i programmi di formazione medica non preparano adeguatamente il personale sanitario a fornire cure a persone TGD e *intersex*. L3 professionist3 e gli *stakeholder* che hanno partecipato a eventi specifici sulle variazioni *intersex* hanno identificato la formazione continua e la collaborazione come importante esigenza di crescita professionale (Bertalan *et al.*, 2018; Mazur *et al.*, 2007). Questo potrebbe risultare particolarmente rilevante per il personale sanitario che offre assistenza a adult3, poiché potrebbero avere meno accesso a supporto clinico quando si trovano ad assistere individui che stanno transitando dall'assistenza pediatrica a quella per adult3 (Crouch e Creighton, 2014).

Tuttavia, esistono poche linee guida per la formazione o l'*assessment* delle competenze del personale sanitario nella

gestione di questi temi e quelle disponibili si applicano principalmente a professionist3 della salute mentale (PSM) (Hollenbach *et al.*, 2014), con l'eccezione di una guida per le cure primarie (*National LGBTQIA + Health Education Center*, 2020).

Per il personale sanitario che desidera migliorare la propria competenza, può essere indicato consultare espert3 del tema quando non sono disponibili formazioni strutturate o linee guida empiriche. Data l'adozione relativamente diffusa di *équipe* multidisciplinari nel trattamento delle persone *intersex* (Pasterski *et al.*, 2010), le persone che fanno parte di queste *équipe* hanno la possibilità di sostenere e istruire altro personale sanitario non formato (Hughes *et al.*, 2006). Pertanto, si ritiene che la formazione di altro personale sanitario sia un compito fondamentale dell'*équipe* (Auchus *et al.*, 2010) e si raccomanda che i membri delle *équipe* multidisciplinari ricevano una formazione specifica per il lavoro in *équipe*, comprese le strategie per l'apprendimento interprofessionale (Bisbey, *et al.*, 2019; *Interprofessional Education Collaborative Expert Panel*, 2011).

Dichiarazione 10.3.

Suggeriamo che il personale sanitario educhi e assista sin dal momento della diagnosi le famiglie dell3 bambin3 intersex sulla specifica variazione intersex dell3 bambin3 e sulle sue implicazioni psicosociali.

La spiegazione completa e dettagliata degli aspetti medici alle famiglie di bambin3 *intersex*, attraverso l'educazione e il *counseling*, dovrebbe iniziare dalla diagnosi e dovrebbe essere coerente con le linee guida riconosciute a livello internazionale. Uno dei problemi principali per unə neonatə con variazioni *intersex*, soprattutto se è presente un'evidente ambiguità genitale, è l'assegnazione del sesso, mentre dal punto di vista dei genitori è il genere in cui educarlə (Fisher *et al.*, 2016). Poiché si tratta di una situazione molto stressante per la maggior parte dei genitori, in genere si raccomanda che le decisioni sul sesso/genere vengano prese il più rapidamente possibile dopo un accurato *assessment* diagnostico (Houk e Lee, 2010). Tuttavia, i criteri per le decisioni sul sesso/genere sono cambiati nel tempo.

Nella seconda metà del XX secolo, le scelte erano orientate verso l'assegnazione del sesso femminile, perché la chirurgia genitale femminilizzante era considerata più facile e meno soggetta a effetti collaterali rispetto alla chirurgia maschile. Tuttavia, in alcune variazioni nelle caratteristiche di sesso, ad esempio il deficit di 46, XY 5α-RD-2, l'assegnazione di sesso/genere femminile è risultata associata ad alti tassi di successiva disforia di genere e cambiamento di genere (Yang *et al.*, 2010). Pertanto, a partire dalla *Consensus conference* internazionale sulla gestione delle variazioni *intersex* del 2005, l'assegnazione del sesso/genere prende in considerazione i dati sull'*outcome* a lungo termine in relazione al genere, nelle diverse variazioni *intersex*.

La pratica della divulgazione cerca di permettere una presa di decisione più completa e informata riguardo alle cure. Inoltre, mentre la vergogna e lo stigma legati alle variazioni *intersex* sono associati a esiti psicosociali peggiori, la comunicazione aperta e proattiva delle informazioni sulla salute è stata proposta come strategia per ridurre tali rischi (de Vries *et al.*, 2019). A seconda della diagnosi e dello stadio di sviluppo della persona, le variazioni nelle caratteristiche di sesso possono avere un impatto diverso sugli individui e sulle loro esigenze. La comunicazione sulla salute delle persone *intersex* deve quindi essere continua e adattata all'individuo. La ricerca sulle cure delle persone *intersex* suggerisce che le famiglie sono influenzate dal modo in

cui l'*équipe* medica comunica con loro (Timmermans *et al.*, 2018). In linea con i *SOC*, incoraggiamo il personale sanitario ad adottare linguaggio e atteggiamenti che siano normalizzanti e inclusivi delle variazioni *intersex* sia in ambienti formativi che di consulenza. Ad esempio, descrivere l'atipia genitale come una "variazione" o una "differenza" è più inclusivo rispetto a termini quali "difetto di nascita" o "anormalità".

Tutto il personale sanitario coinvolto nella cura di un individuo può fornire informazioni e formazione essenziali alle famiglie. Nelle *équipe* multidisciplinari, il tipo di formazione può essere legato all'area di competenza di unə operatorə. Per esempio, unə chirurgə istruisce l'individuo sulla sua anatomia, unə endocrinologə insegna le specificità dello sviluppo ormonale o unə PSM illustra l'orientamento sessuale e l'identità di genere. Altro personale sanitario potrebbe dover fornire un'educazione completa. Le famiglie devono ricevere informazioni pertinenti alla specifica variazione *intersex* dellə figliə, se nota. Tutto il personale sanitario può integrare queste informazioni con risorse incentrate sullə paziente disponibili presso i gruppi di supporto. Inoltre, anche le persone *intersex* dovrebbero fare parte dell'*équipe* per fornire informazioni basate sulla loro esperienza.

Le linee guida più accreditate raccomandano, inoltre, di offrire alle famiglie un supporto psicosociale continuo sia professionale che tra pari (Hughes *et al.*, 2006), il quale può comprendere una consulenza incentrata sulla risoluzione dei problemi attuali e futuri (Hughes *et al.*, 2006). Per esempio, le famiglie potrebbero cercare suggerimenti per educare altre figure (sorelle, fratelli, parenti e *caregiver)* sulla specifica variazione *intersex* dellə figliə. Altre famiglie potrebbero avere bisogno di sostegno o di assistenza psicologica per gestire lo stress. Lɜ adolescenti potrebbero trarre beneficio da indicazioni su come condividere le informazioni con il gruppo dei pari, e su come gestire le relazioni sentimentali e sessuali. Fornire consulenza può anche implicare guidare le famiglie e gli individui di tutte le età durante il processo condiviso di decisione relativo alle cure mediche o chirurgiche. Il personale sanitario può utilizzare ausili decisionali durante questo processo (Sandberg *et al.*, 2019; Weidler *et al.*, 2019).

Dichiarazione 10.4.

Suggeriamo che sia il personale sanitario che i genitori coinvolgano con continuità lɜ bambinɜ/individui *intersex* in conversazioni, adeguate alla loro fase di sviluppo, sulla loro variazione/condizione *intersex* e sulle sue implicazioni psicosociali.

La comunicazione di informazioni sulla salute è un processo multidirezionale, il quale comprende il passaggio di informazioni dal personale sanitario allɜ pazienti, dai genitori allɜ pazienti e dallɜ pazienti al loro personale sanitario (Weidler e Peterson, 2019). Mentre molta enfasi è stata posta sulla comunicazione ai genitori, sia per quanto riguarda la diagnosi che il processo decisionale chirurgico, lɜ giovani con DSD affermano di avere delle difficoltà a comunicare con il personale sanitario e di non rivolgersi sempre ai loro genitori per ricevere supporto (Callens *et al.*, 2021). Per preparare le persone a essere pienamente coinvolte e autonome nel loro trattamento, è fondamentale che sia il personale sanitario che i genitori comunichino regolarmente con lɜ bambinɜ/individui.

Il personale sanitario deve stabilire quanto prima una comunicazione continua e aperta tra tutte le parti, soprattutto perché i genitori possono provare disagio a causa dell'incertezza associata al DSD e possono essere in cerca di soluzioni rapide (Crissman

et al., 2011; Roberts *et al.*, 2020). Modelli di processo decisionale condiviso e relativi strumenti decisionali sono stati sviluppati per supportare la comunicazione continua tra personale sanitario e famiglie/individui (Karkazis *et al.*, 2010; Sandberg *et al.*, 2019; Siminoff e Sandberg, 2015; Weidler *et al.*, 2019). Oltre a prevedere il dialogo, il personale sanitario può anche stabilire il tono della comunicazione. Il personale sanitario può aiutare i genitori e gli individui a tollerare l'incertezza a livello diagnostico, fornendo al tempo stesso informazioni sulle variazioni anatomiche, incentivare un atteggiamento aperto verso l'identità di genere e l'orientamento sessuale, e incoraggiando domande da parte dellə bambinə/individuo. Con l'avanzare dell'età, lɜ bambinɜ/individui possono avere delle domande, o necessitare di informazioni adatte alla loro età, su questioni relative al sesso, alle mestruazioni, alla fertilità, alla necessità di trattamenti ormonali (surrenalici/sessuali), alla salute delle ossa e al rischio di cancro.

Anche i genitori svolgono un ruolo fondamentale nell'educazione dellɜ figlɜ e possono essere le prime persone a condividere tali informazioni sulla salute (Callens *et al.*, 2021). Viene previsto come parte della comunicazione la preparazione dei genitori su come informare lɜ figlɜ e i membri del loro ambiente di sostegno sulla diagnosi di variazioni *intersex* e sul trattamento. Alcuni genitori riferiscono difficoltà nel sapere quanto dover condividere con lɜ figlɜ e le altre figure (Crissman *et al.*, 2011; Danon e Kramer, 2017). Lo stress che i genitori provano nel crescere unə figlə con DSD aumenta quando adottano un approccio che riduce al minimo la divulgazione/discussione della diagnosi (Crissman *et al.*, 2011). Il livello di stress varia anche in base alla fase di sviluppo dell'individuo, infatti, i genitori di adolescenti riportano tassi di stress più elevati (Hullman *et al.*, 2011). Pertanto, il personale sanitario dovrebbe assistere i genitori nello sviluppo di strategie specifiche, basate sulla fase di sviluppo dellə loro bambinə, che affrontino i loro problemi e valori psicosociali o culturali (Danon e Kramer, 2017; Weidler e Peterson, 2019). Infine, una ricerca più ampia sulle varianze di sesso e di genere ha riscontrato — in contrasto con le associazioni tra vergogna/stigma e risultati negativi per la salute — che il sostegno da parte della famiglia (tra cui parlare con lə bambinə della sua identità e metterlə in contatto con coetaneɜ) sono indicatori di una maggiore autostima e migliori risultati in termini di salute (Ryan *et al.*, 2010).

<u>Dichiarazione 10.5.</u>

Suggeriamo che il personale sanitario e i genitori sostengano lɜ bambinɜ/individui *intersex* nell'esplorazione della loro identità di genere durante tutto l'arco della loro vita.

I costrutti psicologici, sociali e culturali si intersecano con i fattori biologici per formare l'identità di genere di un individuo. Gli individui *intersex* mostrano tassi più elevati di comportamenti *gender non conforming*, *gender-questioning*[64] e di desideri *cross-gender*[65] in età infantile, i quali dipendono, in parte, dalla discrepanza tra il *milieu* ormonale prenatale nel quale il cervello del feto si è differenziato e il sesso assegnato alla nascita (Callens *et al.*, 2016; Hines, *et al.*, 2015; Meyer-Bahlburg *et al.*, 2016; Pasterski *et al.*, 2015). Problemi relativi all'identità di genere si osservano con percentuali diverse in individui con diverse variazioni nelle caratteristiche di sesso (de

[64] N.d.T.: persone che mettono in questione ed esplorano la loro identità di genere.

[65] N.d.T.: avere un'espressione di genere non conforme con il sesso assegnato.

Vries *et al.*, 2007). Più recentemente, è stato documentato che alcun3 sviluppano un'identità non binaria e la esprimono almeno privatamente (Kreukels *et al.*, 2018). Sebbene la maggior parte delle persone *intersex* non sperimenti disforia di genere/incongruenza di genere né desideri una transizione, esse possono in ogni caso provare incertezza e avere delle domande a cui non sanno rispondere riguardo al proprio genere (Kreukels *et al.*, 2018). Le domande sull'identità di genere possono derivare da fattori quali l'aspetto dei genitali, lo sviluppo puberale e la conoscenza di elementi quali la diagnosi della condizione medica, lo stato gonadico, i cromosomi sessuali e la storia clinica di interventi chirurgici ai genitali. Pertanto, il personale sanitario deve essere disponibile per discutere di tali sentimenti e domande, dialogare apertamente sulla diversità di genere e adottare un approccio meno binario. Si consiglia al personale sanitario di guidare anche i genitori nel sostenere l3 loro figl3 nella loro esplorazione di genere.

Inoltre, tale sostegno non dovrebbe essere limitato agli anni dell'infanzia. Piuttosto, dovrebbe essere data loro l'opportunità di esplorare la propria identità di genere durante tutto l'arco della vita, poiché le diverse fasi possono comportare nuove domande sul genere (ad esempio, pubertà/adolescenza, età fertile). L3 bambin3 possono avere domande sulla loro identità di genere in momenti salienti della loro maturazione e sviluppo. Di fronte a ulteriori fattori di stress, ad esempio l'ambiguità genitale, gli esami e gli interventi ai genitali, nonché l'intersezione di pregiudizi e influenze culturali, le persone *intersex* potrebbero avere bisogno di sostegno e dovrebbero essere incoraggiate a cercare assistenza e guida professionale quando necessario. Inoltre, il personale sanitario dovrebbe indagare regolarmente per determinare se l3 loro utenti hanno bisogno di tale supporto. Quando le persone sperimentano incongruenza di genere, si possono prendere in considerazione interventi di affermazione del genere. Le procedure da applicare in questi interventi sono descritte in altri capitoli.

Dichiarazione 10.6.

Suggeriamo al personale sanitario di promuovere il benessere e di minimizzare il potenziale stigma delle variazioni *intersex* lavorando in collaborazione con persone/organizzazioni mediche e non mediche.

Le persone *intersex* sperimentano stigma e sentimenti quali vergogna, colpa, rabbia, tristezza e depressione (Carroll *et al.*, 2020; Joseph *et al.*, 2017; Schützmann *et al.*, 2009). Difatti, in questa popolazione si osservano livelli più elevati di problemi psicologici rispetto alla popolazione generale (Liao e Simmonds, 2014; de Vries *et al.*, 2019). Inoltre, l'*équipe* medica non deve trascurare la paura dei genitori/*caregiver* legata alla stigmatizzazione e l'adattamento alla diagnosi dellə figliə. I genitori potrebbero trarre beneficio da una consulenza volta ad aiutare sia la gestione del processo decisionale clinico (Fleming *et al.*, 2017; Rolston *et al.*, 2015; Timmermans *et al.*, 2019) che la comprensione dell'impatto delle decisioni cliniche sulla loro visione dellə bambinə (Crissman *et al.*, 2011; Fedele *et al.*, 2010).

Thyen *et al.* (2005) hanno rilevato la correlazione tra i ripetuti esami genitali e sentimenti quali vergogna, paura e dolore e l'aumento della probabilità di sviluppare un disturbo post-traumatico da stress (PTSD) nell'arco della vita (Alexander *et al.*, 1997; Money e Lamacz, 1987). L'esposizione a

ripetuti esami genitali[66], la paura di interventi medici e la segretezza dei genitori e dei medici sulla loro variazione *intersex* finiscono per minare la loro autostima (Meyer-Bahlburg *et al.*, 2018; Thyen *et al.*, 2005; Tishelman *et al.*, 2017; van de Grift *et al.*, 2018).

È presente un movimento attivo all'interno della comunità *intersex* che ha come scopo quello di alleviare lo stigma e restituire pari diritti umani e dignità alle persone *intersex*, piuttosto che considerarle come anomalie e curiosità mediche (Principi di Yogyakarta, 2007; 2017). Chase (2003) riassume le principali ragioni per l'esistenza di un movimento di difesa delle persone *intersex* e sottolinea come lo stigma e i traumi emotivi siano il risultato dell'ignoranza e della percezione del bisogno di segretezza. La popolazione generale ha una conoscenza molto limitata delle variazioni nelle caratteristiche di sesso; infatti, le immagini e le storie degli individui *intersex* sono ancora presentate come "anomalie della natura". Consigliamo quindi al personale sanitario di educare lɜ loro collegh3, le persone *intersex*, le loro famiglie e comunità, ma anche di sensibilizzare l'opinione pubblica e aumentare le informazioni disponibili sulle variazioni *intersex*. La consapevolezza e la conoscenza delle variazioni *intersex* da parte della società possono contribuire a ridurre la discriminazione e la stigmatizzazione. Strumenti e materiali educativi/informativi possono anche aiutare le persone a condividere la loro variazione *intersex*, se lo desiderano (Ernst *et al.*, 2016).

Il personale sanitario dovrebbe essere in grado di riconoscere e affrontare problemi relativi alla stigmatizzazione (Meyer-Bahlburg *et al.*, 2018) e dovrebbe incoraggiare le persone *intersex* di tutte le età a connettersi con lɜ pari attraverso gruppi di sostegno. È necessario sviluppare tecniche/metodi specifici per aiutare lɜ utenti ad affrontare lo stigma legato alle variazioni *intersex*.

<u>Dichiarazione 10.7.</u>

Suggeriamo al personale sanitario di indirizzare lɜ bambin3/individui *intersex* e le loro famiglie verso servizi di salute mentale, nonché verso gruppi di pari e altri supporti psicosociali, secondo indicazioni.

Per quasi tutti i genitori, la nascita di unə bambinə *intersex* è del tutto inaspettata e rappresenta uno *shock*. L'incapacità di rispondere nell'immediato alla domanda "Lə tuə bimbə è un maschio o una femmina?", e la mancanza di conoscenze sulla condizione dellə bambinə, l'incertezza sul suo futuro e lo stigma sulle variazioni nelle caratteristiche di sesso possono causare angoscia, a volte con livelli simili a quelli del PTSD, e possono portare ad ansia e depressione prolungate (Pasterski *et al.*, 2014; Roberts *et al.*, 2020; Wisniewski e Sandberg, 2015). Questa situazione può influire sulle capacità di cura dei genitori e avere ripercussioni di lungo termine sullə bambinə (Schweizer *et al.*, 2017). Quando quest3 bambin3 crescono, sono anche a rischio di sperimentare stigma a causa della loro variazione *intersex* nelle sue tre forme principali (agito, anticipato e interiorizzato) in tutte le sfere della vita (Meyer-Bahlburg *et al.*, 2018), insieme ad altre potenziali difficoltà come problemi di immagine corporea, comportamenti atipici rispetto al genere e dubbi sull'identità di genere. Molti possono affrontare l'ulteriore sfida rappresentata dalla consapevolezza

[66] Per le raccomandazioni su come condurre gli esami genitali e ridurre al minimo gli effetti collaterali a livello psicologico si veda Tishelman *et al.* (2017).

dell'incongruenza tra il genere assegnato e le caratteristiche biologiche, come il cariotipo, le gonadi, il *milieu* ormonale passato e/o presente e la conformazione dell'apparato riproduttivo. Questa situazione può anche influire negativamente sulla loro salute mentale (Godfrey, 2021; Meyer-Bahlburg, 2022).

Un recente studio online su un campione molto ampio di giovani LGBTQ ha indicato che l3 giovani LGBTQ, che si sono definit3 *intersex*, avevano un tasso di problemi di salute mentale superiore a quello dell3 giovani LGBTQ *endosex* (*Trevor Project*, 2021). Poiché le variazioni nelle caratteristiche di sesso sono rare, i genitori/*caregiver* di quest3 bambin3 e, successivamente, loro stess3 possono vivere la loro situazione come unica e come difficile da comprendere per altre persone. Pertanto, sulla base dell'esperienza clinica, il personale sanitario esperto nella cura di persone *intersex* concorda nel ritenere che il supporto sociale sia un elemento cruciale delle cure, non solo tramite il sostegno professionale dell3 medic3 di medicina generale (Pasterski *et al.*, 2010), ma anche, e soprattutto, attraverso gruppi di sostegno di individui *intersex* (Baratz *et al.*, 2014; Cull e Simmonds, 2010; Hughes *et al.*, 2006; Lampalzer *et al.*, 2021).

Un elenco dettagliato a livello internazionale dei gruppi di sostegno di pari e di *advocacy* per persone con DSD e variazioni *intersex*, con i loro relativi siti web, è stato reso disponibile da Lee *et al.* (2016)[67]. Data l'eterogeneità delle variazioni nelle caratteristiche di sesso e dei regimi di trattamento, un individuo può trovare più utile associarsi a un gruppo di supporto che includa membri con variazioni uguali o simili alle proprie. È importante che il personale sanitario specializzato nell'assistenza alle persone *intersex* collabori strettamente con questi gruppi di sostegno, in modo che le occasionali differenze di opinione su aspetti specifici dell'assistenza possano essere risolte attraverso discussioni. I contatti ravvicinati tra il personale sanitario e i gruppi di sostegno agevolano la ricerca partecipativa basata sulla comunità, portando benefici ad ambedue le parti.

Dichiarazione 10.8.

Raccomandiamo al personale sanitario di discutere con le persone *intersex* e le loro famiglie, in base all'identità di genere, l'età e le circostanze mediche uniche dell'individuo, le opzioni di soppressione della pubertà e/o di trattamento ormonale.

Sebbene molte persone *intersex* abbiano un'identità di genere in linea con il loro cariotipo XX o XY[68], vi è un'eterogeneità sufficiente da richiedere al personale sanitario di fornire approcci personalizzati. Ad esempio, tra gli individui XX con ISC virilizzante, una percentuale maggiore di quanto previsto presenta un'identità di genere maschile (Dessens *et al.*, 2005). Tra gli individui XY con sindrome di insensibilità parziale agli androgeni, l'identità di genere può variare in modo significativo (Babu e Shah, 2021). Inoltre, tra gli individui XY con deficit di 5α-reduttasi-2 (5α-RD-2) e con

[6767] N.d.T. Il progetto *Intersex*ions ha lanciato una mappa interattiva che offre informazioni sulle associazioni e organizzazioni *intersex* a livello globale (https://www.*intersex*ionsproject.eu/*intersex*-map/). Parallelamente, l'Istituto Superiore di Sanità ha creato il sito Info*intersex*, che presenta una mappatura dei servizi dedicati alle persone *intersex* disponibili in Italia (https://info*intersex*.iss.it/).

[68] N.d.T. Oltre al cariotipo (che nelle variazioni *intersex* non è sempre binario), va considerata anche la complessità della struttura gonadica-ormonale. È altresì fondamentale riconoscere che cariotipo e identità di genere possono non essere allineati, come nel caso delle donne con Sindrome dell'Insensibilità Androgenica Completa (CAIS).

deficit di 17-beta-idrossisteroide deidrogenasi-3 a cui è stato assegnato il sesso femminile alla nascita, un'ampia percentuale (rispettivamente 56-63% e 39-64%) passa nell'arco della vita da un ruolo di genere tipicamente femminile a un ruolo di genere tipicamente maschile (Cohen-Kettenis, 2005).

Le persone *intersex* hanno a disposizione un'ampia gamma di opzioni mediche, a seconda dalla loro identità di genere e dal suo allineamento con la situazione anatomica. Queste opzioni includono farmaci per il blocco della pubertà, trattamenti ormonali e interventi chirurgici, tutti personalizzati in base alle circostanze uniche dell'individuo (Weinand e Safer, 2015; Safer e Tangpricha, 2019)[69]. In particolare, in presenza di gonadi funzionali, la pubertà può essere temporaneamente sospesa utilizzando analoghi dell'ormone rilasciante le gonadotropine (GnRHa). Tale intervento può offrire all'individuo il tempo necessario per esplorare la sua identità di genere e partecipare attivamente alla designazione del proprio sesso, in particolar modo nel caso di condizioni in cui il cambiamento di ruolo di genere è comune (ad esempio, negli individui cresciuti come donne con deficit di 5α-RD-2) (Cocchetti *et al.*, 2020; Fisher *et al.*, 2016).

Se il personale sanitario dispone delle competenze e dell'esperienza necessaria, per determinare sia un percorso di trattamento appropriato per l'individuo sia la logistica necessaria per erogare la scelta terapeutica prediletta, può offrire consulenza agli individui e alle loro famiglie.

Dichiarazione 10.9.

Suggeriamo al personale sanitario di consigliare ai genitori e all3 bambin3 con variazioni *intersex* (se sufficientemente sviluppat3 dal punto di vista cognitivo) di ritardare la chirurgia genitale di affermazione di genere, la chirurgia gonadica o entrambe, in modo da massimizzare l'autodeterminazione dell3 bambin3 e la loro capacità di partecipare alla decisione sulla base del consenso informato.

Le Organizzazioni internazionali per i diritti umani sempre più spesso esprimono la preoccupazione che gli interventi chirurgici, eseguiti prima che unə bambinə possa partecipare in modo significativo al processo decisionale, possano mettere in pericolo i suoi diritti all'autonomia, all'autodeterminazione e alla scelta sul proprio futuro (*Human Rights Watch*, 2017). Numerose Organizzazioni mediche e di difesa delle persone *intersex*, nonché diversi Paesi, si sono uniti a questi Gruppi internazionali per i diritti umani nel raccomandare di ritardare l'intervento chirurgico quando possibile da un punto di vista medico (Dalke *et al.*, 2020; *National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine*, 2020). Tuttavia, è importante notare che alcune variazioni anatomiche, come l'ostruzione del flusso urinario o l'esposizione degli organi pelvici, rappresentano un rischio imminente per la salute fisica (Mouriquand *et al.*, 2016). Altre variazioni, come l'ostruzione del flusso mestruale o rischi neoplastici di testicoli ritenuti, hanno conseguenze fisiche in prospettiva. Un terzo gruppo di variazioni, ossia variazioni nell'aspetto dei genitali esterni o nella lunghezza del canale vaginale, non comportano rischi fisici immediati o a lungo termine. La Raccomandazione di cui sopra riguarda solo quelle variazioni anatomiche che, se non trattate, non hanno conseguenze fisiche negative immediate e per le quali ritardare il

[69] Per ulteriori informazioni si vedano i capp. 6 e 12.

trattamento chirurgico non comporta rischi per la salute fisica.

La gestione chirurgica non urgente per gli individui con queste variazioni è complessa e spesso contestata, in particolare quando l'individuo è unə neonatə o unə bambinə e non può ancora partecipare al processo decisionale.

Le persone *intersex* adultɜ riportano problemi di salute psicosociale e sessuale, tra cui depressione, ansia e stigma sessuale e sociale (de Vries *et al.*, 2019; Rosenwohl-Mack *et al.*, 2020). Alcuni studi hanno riportato che gli individui con una specifica variazione (ad esempio, 46, XX ISC) sono favorevoli all'intervento chirurgico effettuato prima dell'adolescenza (Bennecke *et al.*, 2021).

Studi recenti suggeriscono che alcuni adolescenti e adultɜ sono soddisfattɜ dall'aspetto e della funzione dei loro genitali dopo la chirurgia infantile (Rapp *et al.*, 2021).

La differenza genitale di unə bambinə può anche diventare una fonte di stress per i genitori e alcune ricerche riportano una correlazione tra l'intervento chirurgico per la creazione di genitali in un'ottica binaria e la riduzione del disagio da parte dei genitori (Wolfe-Christensen *et al.*, 2017), sebbene una minoranza di genitori affermi di rimpiangere la decisione (Ellens *et al.*, 2017). Di conseguenza, alcune Organizzazioni raccomandano di offrire la chirurgia allɜ bambinɜ molto piccolɜ (*American Urological Association*, 2019; *Pediatric Endocrine Society*, 2020).

Questo dimostra una divisione all'interno del campo medico per quanto riguarda le linee guida di gestione della chirurgia genitale precoce. Anche lɜ autorɜ di questo capitolo non hanno raggiunto un consenso generale. Alcunɜ specialistɜ ritengono potenzialmente dannoso insistere su un rinvio della chirurgia genitale precoce, nel caso in cui non ci siano rischi medici, per tutti gli individui. Le ragioni a sostegno di questo punto di vista includono:

1. le variazioni nelle caratteristiche di sesso che sono altamente eterogenee per quanto riguarda il tipo e la gravità, nonché la struttura gonadica associata, la funzione e il rischio di malignità;

2. le società e le famiglie che variano enormemente nelle norme di genere e nel potenziale di stigmatizzazione delle variazioni *intersex*;

3. la chirurgia precoce può presentare alcuni vantaggi tecnici;

4. una rassegna di sondaggi condotti su individui *intersex* (la maggior parte dei quali si era precedentemente sottoposto a chirurgia genitale) mostra che la maggioranza è favorevole all'intervento chirurgico prima dell'età del consenso, soprattutto nel caso di individui con ISC 46, XX ma meno per gli individui XY con variazioni nelle caratteristiche di sesso (Meyer-Bahlburg, 2022). Lɜ espertɜ che sostengono questa prospettiva invocano un approccio individualizzato alle decisioni relative alla chirurgia genitale e alle sue tempistiche. Questo approccio è stato adottato da società mediche che annoverano alti tassi di specialisti delle variazioni *intersex* (Bangalore Krishna *et al.*, 2021; *Pediatric Endocrine Society*, 2020; Speiser *et al.*, 2018; Stark *et al.*, 2019) e da alcune Organizzazioni di supporto (*CARES Foundation*; Krege *et al.*, 2019). Tuttavia, gli studi sui risultati a lungo termine sono limitati e la maggior parte degli studi che riportano risultati positivi non hanno un gruppo di confronto che non si è sottoposto alla chirurgia (Dalke *et al.*, 2020; *National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine*, 2020). Inoltre, non vi sono prove che la chirurgia protegga lɜ bambinɜ dallo stigma (Roen, 2019).

Le persone adulte sperimentano stigma, depressione e ansia legati ai loro genitali, ma possono anche sperimentare lo

stigma indipendentemente dal fatto che si sottopongano o meno a un intervento chirurgico (Ediati *et al.*, 2017; Meyer-Bahlburg *et al.*, 2017; 2018). È inoltre dimostrato che gli interventi chirurgici possono portare a significative complicazioni estetiche, urinarie e sessuali che si protraggono fino all'età adulta (Gong e Cheng, 2017; *National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine*, 2020).

Studi recenti suggeriscono che alcuni gruppi di individui possono avere conseguenze negative dalla gonadectomia, anche se questo rischio deve essere soppesato con quello di malignità gonadica (Duranteau *et al.*, 2020; Rapp *et al.*, 2021).

Le persone *intersex* hanno anche molte più probabilità rispetto alla popolazione generale di essere *transgender*, di essere *gender diverse* o di avere disforia di genere (Almasri *et al.*, 2018; Pasterski *et al.*, 2015).

Gli interventi chirurgici ai genitali dell3 bambin3 più piccol3 possono, quindi, rafforzare in modo irreversibile un'assegnazione binaria del sesso non in linea con la loro futura identità. Questi risultati, insieme alla salvaguardia dei diritti umani, sostengono la richiesta di ritardare la decisione di intervento chirurgico fino a quando l'individuo non sia in grado di decidere autonomamente.

È urgente la necessità di studi sistematici di *follow-up* a lungo termine per confrontare individui con le medesime variazioni nelle caratteristiche di sesso, le quali differiscono nell'età in cui hanno effettuato l'intervento genitale o non si sono sottoposte all'intervento, così da comparare la loro identità di genere, salute mentale e qualità generale della vita.

Dichiarazione 10.10

Suggeriamo che solo chirurg3 espert3 in chirurgia genitale o gonadica per persone *intersex* operino su individui con variazioni *intersex*.

Le variazioni nelle caratteristiche di sesso sono rare e l'anatomia genitale e gonadica delle persone *intersex* è eterogenea. Gli interventi chirurgici sono stati associati a un rischio di complicazioni significative a lungo termine (ad esempio, *National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine*, 2020) e la maggior parte dei programmi di formazione chirurgica non prepara l3 medich3 specializzand3 a erogare questa prestazione superspecialistica (Grimstad *et al.*, 2021). A riconoscimento della complessità dell'assistenza chirurgica lungo tutto l'arco della vita gli standard prodotti da espert3 e l'opinione dominante a livello internazionale raccomandano che questa assistenza sia fornita da *équipe* multidisciplinari formate da espert3 (Krege *et al.*, 2019; Lee *et al.*, 2016; *Pediatric Endocrine Society*, 2020). Pertanto, consigliamo di limitare la gestione chirurgica a strutture multidisciplinari specializzate che includono chirurg3 espert3 in cure per le persone *intersex*.

Dichiarazione 10.11.

Raccomandiamo al personale sanitario che prescrive o indirizza a terapie/interventi ormonali di informare le persone *intersex* con potenziale fertilità e le loro famiglie su: a) effetti noti delle terapie/interventi ormonali sulla fertilità futura; b) effetti potenziali di terapie non ben studiate e di cui non si conosce la reversibilità; c) opzioni di preservazione della fertilità; d) implicazioni psicosociali dell'infertilità.

Gli individui con determinate variazioni nelle caratteristiche di sesso possono avere genitali funzionalmente adeguati alla riproduzione ma non essere fertili a causa di uno sviluppo gonadico atipico. Altri possono avere gonadi funzionanti con cellule germinali vitali ma non hanno la capacità di raggiungere la

fertilità naturale a causa di genitali interni o esterni incongruenti (van Batavia e Kolon, 2016). La soppressione puberale, il trattamento ormonale con steroidi sessuali e gli interventi chirurgici per l'affermazione del genere possono avere un impatto negativo sulla fertilità futura. Le potenziali conseguenze del trattamento e le opzioni di preservazione della fertilità devono quindi essere esaminate e discusse.

Gli individui con testicoli funzionanti devono essere avvisati che il trattamento prolungato con estrogeni e la soppressione del testosterone, come studiato nelle persone TGD *endosex*, può causare atrofia testicolare e riduzione della conta spermatica (Mattawanon *et al.*, 2018). Sebbene la sospensione di questo trattamento ormonale possa migliorare la qualità del liquido seminale non è possibile garantire una regressione completa del danno provocato (Sermondade *et al.*, 2021). La principale scelta di preservazione della fertilità per gli individui con testicoli funzionanti è la crioconservazione del liquido seminale raccolto attraverso la masturbazione o la stimolazione vibratoria (de Roo *et al.*, 2016). Sebbene non vi siano dati su esiti positivi nell'essere umano, è stato proposto di offrire il prelievo bioptico e crioconservazione di tessuto testicolare immaturo all3 adolescenti che non hanno ancora presentato lo spermarca (Mattawanon *et al.*, 2018).

I soggetti con ovaie funzionanti devono essere avvisati che la terapia con testosterone di solito provoca la cessazione delle mestruazioni e dell'ovulazione, spesso entro pochi mesi dall'inizio della terapia. Esistono importanti lacune nella conoscenza dei potenziali effetti del testosterone sugli ovociti e sulla conseguente fertilità. Uno studio ha riportato che il trattamento con testosterone può essere associato allo sviluppo di una morfologia ovarica policistica nelle persone *transgender endosex* (Grynberg *et al.*, 2010). Tuttavia, altr3 ricercator3 non hanno trovato prove sulla base di parametri metabolici (Chan *et al.*, 2018) o istologici (de Roo *et al.*, 2017) della sindrome dell'ovaio policistico (PCOS) tra gli uomini *transgender* che si sottopongono a una terapia ormonale. I soggetti con utero intatto e ovaie funzionanti possono riacquistare il loro potenziale di fertilità se la terapia con testosterone viene interrotta.

Le opzioni di preservazione della fertilità, nelle persone post-puberali con variazioni *intersex* e ovaie funzionanti, includono la stimolazione ormonale per la crioconservazione di ovociti maturi o la crioconservazione di tessuto ovarico. In alternativa, è stata segnalata l'estrazione stimolata di ovociti anche in un ragazzo *transgender endosex* che non ha interrotto la terapia ormonale (Greenwald, 2021). Analogamente, è stata riportata la crioconservazione degli ovociti dopo la stimolazione ovarica in un ragazzo *transgender endosex* in terapia con GnRHa (Rothenberg *et al.*, 2019). Va notato che la stimolazione ovarica, la sospensione temporanea del GnRHa, il trattamento con testosterone, o entrambi, così come le procedure ginecologiche, possono essere psicologicamente angoscianti per gli individui, con una reazione allo stress influenzata dalla salute mentale, dall'identità di genere e da altre esperienze mediche. L'applicabilità di alcuni interventi può dipendere dal sostegno di altre persone nella rete sociale dell'individuo, compres3 l3 potenziali partner.

<u>Dichiarazione 10.12</u>

Suggeriamo che il personale sanitario che si occupa di persone *intersex* con infertilità congenita introduca loro e le loro famiglie, precocemente e gradualmente, alle varie opzioni di genitorialità.

Per le persone con variazioni *intersex*, la probabilità di essere infertili può essere

riconosciuta durante l'infanzia, la fanciullezza, l'adolescenza e l'età adulta, senza che prima ci siano stati tentativi di concepimento. Per molti individui, una diagnosi di infertilità accompagna la diagnosi di variazione *intersex* (Jones, 2019). Per alcuni individui, la fecondazione eterologa assistita (ad esempio, la donazione di ovociti o di spermatozoi) potrebbe costruire una scelta valida. Potrebbero esistere alternative nell'ambito dell'adozione, ma spesso richiedono un impegno significativo e molto tempo. Le persone che non sono interessate a ottenere la fertilità, come precedentemente descritto, o per le quali la fertilità non è possibile, possono trarre beneficio dalla presentazione di opzioni quali l'adozione e la genitorialità alternativa. Sebbene il trapianto di utero abbia avuto un successo preliminare nelle persone con agenesia mulleriana (Richards *et al*., 2021), ad oggi non esiste un protocollo che eviti l'esposizione del feto ai rischi associati ai farmaci utilizzati per evitare il rigetto del trapianto.

CAPITOLO 11. Ambienti istituzionali

Questo capitolo tratta dell'assistenza alle persone *transgender e gender diverse* (TGD) che risiedono in ambienti istituzionali. Per definizione gli "istituti" sono strutture in cui le persone vivono e ricevono assistenza in un ambiente aggregato o di grande gruppo e in cui gli individui possono o meno, avere libertà di movimento, autodeterminazione nel trattamento o *agency*. Le strutture penitenziarie (Istituti di correzione, Centri di detenzione per immigrati, Carceri, Centri di detenzione minorile) e non penitenziarie (Prestazioni residenziali e semiresidenziali, Strutture residenziali psichiatriche, Residenze sanitarie assistenziali, Case di riposo, Case di cura, *Hospice*/cure palliative) sono strutture residenziali in cui può essere fornita assistenza sanitaria alle persone *transgender*. Gran parte delle evidenze a sostegno di un'adeguata assistenza alle persone TGD provengono da contesti penitenziari. Tuttavia, le Raccomandazioni qui presentate si applicano a tutti gli Istituti/strutture che ospitano persone TGD, sia penitenziarie che non penitenziarie (Porter *et al.*, 2016).

Tutte le raccomandazioni degli Standard di Cura si applicano allo stesso modo alle persone che vivono in entrambi i tipi di Istituti. Le persone dovrebbero avere accesso a queste cure mediche necessarie indipendentemente dalla loro condizione abitativa all'interno di un Istituto/struttura (Brown, 2009). L'assistenza a una persona a carico di un Istituto/struttura deve tenere conto del fatto che l'individuo, al contrario delle persone non ricoverate/detenute, non ha la possibilità di accedere alle cure in maniera indipendente. Per questo motivo, le persone ricoverate/detenute devono essere aiutate a ricevere gli Standard di Cura stabiliti dall'Associazione professionale mondiale per la salute *transgender* (WPATH).

Le persone TGD residenti in strutture penitenziarie segnalano la mancanza di accesso all'assistenza sanitaria, necessaria dal punto di vista medico, specifica per persone *transgender* [70]; questa è stata classificata come la loro preoccupazione principale durante il periodo di detenzione (Brown, 2014; Emmer *et al.*, 2011). Le disuguaglianze razziali/etniche sistemiche insite in molti ambienti penitenziari (Sawyer, 2020), le disuguaglianze razziali negli esiti a livello sanitario (Nowotny *et al.*, 2017) e la sovrarappresentazione delle persone nere e di colore tra gli individui TGD in alcune strutture (Reisner *et al.*, 2014) sottolineano la necessità che la dirigenza della struttura si occupi delle questioni relative all'accesso alle cure di transizione.

Studi controllati randomizzati mostrano disparità cliniche e di salute mentale significative per le persone *transgender* in ambito penitenziario rispetto a gruppi di persone *transgender* che non sono state detenute (Brown e Jones, 2015). Troppo spesso le Agenzie, le strutture e il personale che fornisce assistenza non posseggono le conoscenze, la formazione e la capacità di prendersi cura delle persone *gender diverse* (Clark *et al.*, 2017). La discriminazione nei confronti dell3 pazienti TGD nei contesti di cure palliative, compresi gli *hospice*, è comune e le esigenze dell3 pazienti TGD o dell3 loro amministrator3 di sostegno sono state ignorate in questi contesti (Stein *et al.*, 2020). Questo è uno dei motivi per cui l3 pazienti LGBT (lesbiche, gay, bisessuali e *transgender*) possono scegliere di nascondere il proprio orientamento sessuale e/o identità di genere quando entrano in una casa di riposo, anche nel caso in cui prima del ricovero nella

[70] Cfr. capitolo 2, par. 2.1.

struttura hanno vissuto pubblicamente come persone LGBT (Carroll, 2017; Serafin *et al.*, 2013).

Tutte le affermazioni contenute in questo capitolo sono state proposte sulla base di un'approfondita revisione delle evidenze scientifiche, di una valutazione dei benefici e dei danni, dei valori e delle preferenze dell3 operator3 sanitar3 e dell3 pazienti, nonché dell'utilizzo delle risorse e della loro applicabilità. In alcuni casi, riconosciamo che le evidenze sono limitate e/o che i servizi potrebbero non essere accessibili o desiderabili.

In alcuni casi, riconosciamo che le prove scientifiche sono limitate e/o che i servizi potrebbero non essere accessibili o desiderabili. La maggior parte della letteratura disponibile relativa agli Istituti/strutture si concentra sulle persone detenute in carceri o altri ambienti penitenziari. È stata presa in considerazione anche la letteratura relativa ad altri tipi di istituti e si è fatto riferimento a quella disponibile. Ci auguriamo che le indagini future affrontino questa mancanza di dati sugli Istituti non penitenziari. Le Raccomandazioni riassunte sopra sono generalizzabili a una varietà di ambienti Istituzionali che hanno caratteristiche comuni, tra cui periodi di permanenza prolungati, perdita o limitazione dell'autonomia e dipendenza dal personale dell'Istituto/struttura per alcune o tutte le necessità.

Raccomandazioni

11.1. Raccomandiamo che il personale sanitario che fornisce assistenza di genere alle persone che risiedono in Istituti penitenziari o di cura (o associati ad essi) riconosca che l'intero elenco di raccomandazioni dei *SOC-8* si applica anche alle persone che vivono in questi contesti.

11.2. Suggeriamo che gli Istituti penitenziari e di cura forniscano a tutto il personale una formazione sulla diversità di genere.

11.3. Raccomandiamo al personale sanitario incaricato di prescrivere e monitorare gli ormoni delle persone TGD, che vivono in Istituto e necessitano di una terapia ormonale, di farlo senza ritardi ingiustificati e in conformità con i *SOC-8*.

11.4. Raccomandiamo al personale e all3 professionist3 incaricat3 di fornire assistenza sanitaria alle persone TGD che vivono in Istituto di raccomandare e sostenere i trattamenti chirurgici per l'affermazione del genere in conformità con i *SOC-8*, quando l'individuo lo richiede, senza ritardi ingiustificati.

11.5. Raccomandiamo all'amministrazione, al personale sanitario e a tutti coloro che lavorano negli Istituti di consentire alle persone che lo richiedono di ottenere abbigliamento e articoli per la cura personale in accordo con la loro espressione di genere.

11.6. Raccomandiamo a tutto il personale dell'Istituto di rivolgersi sempre alle persone TGD con i nomi e i pronomi da loro scelti.

11.7. Raccomandiamo all'amministrazione dell'Istituto, al personale sanitario e altri funzionari che si occupano della sistemazione dell3 residenti TGD di tenere in considerazione le preferenze abitative, l'identità e l'espressione di genere e la sicurezza dell'individuo piuttosto che la sua anatomia o l'assegnazione del sesso alla nascita.

11.8. Raccomandiamo al personale dell'Istituto di stabilire politiche abitative che garantiscano la sicurezza dell3 residenti TGD senza segregarle o isolarle.

11.9. Raccomandiamo al personale dell'Istituto di consentire all3 residenti TGD, se richiesto, l'uso di docce e servizi igienici in privato.

Dichiarazione 11.1.

Raccomandiamo che il personale sanitario che fornisce assistenza di genere alle persone che risiedono in Istituti penitenziari o di cura (o associati ad essi) riconosca che l'intero elenco di raccomandazioni dei SOC-8 si applica anche alle persone che vivono in questi contesti.

Così come le persone che vivono in Istituti penitenziari e di cura richiedono e meritano assistenza medica e mentale sia generale che specialistica, riconosciamo che alcune persone TGD si trovano in questi

Istituti e che di conseguenza necessitano di assistenza specifica per le persone TGD. Raccomandiamo l'applicazione degli Standard di Cura (*SOC*), come principi base per l'assistenza sanitaria ed etica alle persone TGD che vivono in Istituti (Beauchamp e Childress, 2019; Pope e Vasquez, 2016). Inoltre, numerosi Tribunali hanno da tempo sostenuto la necessità di fornire un'assistenza competente e, anche in caso di persone che vivono in Istituti, basata sui *SOC* della WPATH (ad esempio, Koselik *v*. Massachusetts, 2002; Edmo *v*. *Idaho Department of Corrections*, 2020). Le Agenzie che forniscono personale per servizi domiciliari a lungo termine devono essere consapevoli dell'applicabilità degli Standard di Cura.

Dichiarazione 11.2.

Suggeriamo che gli Istituti penitenziari e di cura forniscano a tutto il personale una formazione sulla diversità di genere.

Poiché l'assistenza alle persone TGD riguarda una piccola percentuale della popolazione, essa, come indicato nella versione 8 dei *SOC*, richiede una formazione specialistica. Il livello di formazione varia a seconda del tipo di assistenza. Sebbene il livello di formazione vari in base al ruolo del membro del personale all'interno dell'Istituto, tutto il personale avrà bisogno di formazione per rivolgersi all3 detenut3/residenti in modo appropriato, mentre altro personale sanitario potrebbe aver bisogno di una formazione più intensiva e/o consulenze specifiche. Queste raccomandazioni per la formazione si applicano anche alle Agenzie che forniscono personale per l'assistenza domiciliare a lungo termine. L'uso improprio di termini riferiti al genere, la mancata concessione di indumenti, docce o alloggi adeguati al genere e il mancato utilizzo dei nomi scelti comunicano mancanza di rispetto, possono provocare ripetute offese nei confronti delle persone TGD residenti in Istituti ed essere emotivamente traumatiche, deprimenti e ansiogene. Questi danni possono essere prevenuti fornendo a tutto il personale dell'Istituto una formazione sulla diversità di genere e una competenza di base sulle questioni sanitarie legate alle persone *transgender* (Hafford-Letchfield *et al.*, 2017). Le indagini indicano che le persone che lavorano con persone detenute e quelle che lavorano in contesti non penitenziari, come le cure palliative, hanno significative lacune sul tema (Stein *et al.*, 2020; White *et al.*, 2016). Hafford-Letchfied *et al.* (2017) hanno dimostrato i benefici della formazione del personale delle strutture residenziali di assistenza a lungo termine quando tale formazione iniziava con il «riconoscimento delle problematiche LGBT» e si svolgeva nelle "case di cura". Se il personale sanitario assegnato a queste strutture non ha le competenze necessarie per effettuare l'*assessment* e/o trattare le persone *gender diverse* sotto la loro responsabilità, è necessario richiedere una consulenza esterna da parte di professionist3 espert3 nell'assistenza sanitaria di genere (Brömdal *et al.*, 2019; Sevelius e Jenness, 2017).

Dichiarazione 11.3.

Raccomandiamo al personale sanitario incaricato di prescrivere e monitorare gli ormoni delle persone TGD, che vivono in Istituto e necessitano di una terapia ormonale, di farlo senza ritardi ingiustificati e in conformità con i SOC-8.

Le persone TGD possono necessitare di un *assessment* per la terapia ormonale quando sono inserite nell'Istituto, o possono sviluppare questa necessità dopo aver risieduto nell'Istituto per un periodo di tempo variabile. Non è raro che alle persone TGD venga negato l'accesso alle cure ormonali per mesi o anni dopo aver manifestato tali esigenze o che vengano seguite e monitorate in modo inadeguato,

finendo così per ritardare la necessaria prescrizione dei farmaci per la loro sicurezza ed efficacia (Keohane, 2018; Kosilek *v*. Massachusetts, 2002; Monroe *v.* Baldwin *et al.*, 2019). Questo può causare significativi impatti sulla salute mentale, come depressione, ansia, suicidalità e rischi di auto-trattamento chirurgico (Brown, 2010). Come per tutte le cure mediche necessarie, l'accesso alle terapie ormonali deve essere fornito tempestivamente, quando indicato, per unə residentə TGD, sia in ambienti istituzionali penitenziari che non penitenziari. Il personale sanitario deve prescrivere in modo appropriato gli ormoni in base ai risultati di laboratorio e agli esiti clinici, così da garantire che i risultati rientrino nella gamma degli standard raccomandati nel campo dell'endocrinologia. Tali esami devono essere eseguiti con una frequenza tale da non ritardare la prescrizione appropriata. Le persone TGD anziane che vivono in strutture di assistenza a lungo termine hanno esigenze uniche (Boyd, 2019; Caroll, 2017; Porter, 2016). Quando lɜ anzianɜ richiedono un trattamento ormonale, lɜ medicɜ dovrebbero valutare le condizioni preesistenti, ma raramente tali condizioni controindicano la somministrazione di ormoni in questa popolazione (Ettner, 2013). Le persone con incongruenza di genere negli Istituti possono anche presentare condizioni di problemi di salute psicologica coesistenti (Brown e Jones, 2015; Cole *et al.*, 1997). Queste condizioni devono essere valutate e trattate in modo appropriato come parte integrante dell'*assessment* complessivo. Le persone a cui vengono somministrati ormoni devono essere attentamente monitorate dal punto di vista medico per evitare potenziali interazioni farmacologiche e sovradosaggi (Hembree *et al.*, 2017). Le persone TGD che entrano in un Istituto già con una terapia ormonale appropriata dovrebbero continuare a seguire la stessa terapia o terapie simili ed essere monitorate secondo i *SOC-8*. L'approccio "*freeze frame*" è inappropriato e pericoloso (Kosilek *v*. Massachusetts, 2002). L'approccio "*freeze frame*" è la pratica obsoleta di negare gli ormoni alle persone che non li stanno già assumendo o di mantenere le persone TGD, per tutta la durata del ricovero/detenzione, la stessa posologia ormonale che stavano ricevendo al momento dell'ammissione, anche se quella posologia era una (bassa) posologia iniziale. Le persone TGD ritenute idonee alla terapia ormonale dovrebbero poter iniziare tale terapia così come potrebbero fare al di fuori di un Istituto (Adams *v*. *Federal Bureau of Prisons*, No. 09-10272 [D. MO 7 giugno 2010]; Brown 2009). Le conseguenze di una brusca sospensione degli ormoni o del mancato inizio della terapia ormonale, quando necessaria dal punto di vista medico, includono una significativa probabilità di esiti negativi (Brown, 2010; Sundstrom e Fields contro Frank, 2011), come l'auto-trattamento chirurgico mediante auto-castrazione, umore depresso, aumento della disforia di genere e/o la suicidalità (Brown, 2010; Maruri, 2011).

Nel caso in cui un individuo in un Istituto ricevesse una terapia ormonale e/o si sottoponesse a interventi chirurgici di affermazione di genere, potrebbe essere necessario rivalutare la sua permanenza in strutture separate per sesso assegnato per garantire la sicurezza e il benessere della persona TGD (Ministry of Justice [UK], 2016).

Dichiarazione 11.4.

Raccomandiamo al personale e allɜ professionistɜ incaricatɜ di fornire assistenza sanitaria alle persone TGD che vivono in Istituto di raccomandare e sostenere i trattamenti chirurgici per l'affermazione del genere in conformità

con i SOC-8, quando l'individuo lo richiede, senza ritardi ingiustificati.

Le persone TGD con disforia di genere dovrebbero avere un piano di trattamento appropriato, che fornisca loro trattamenti chirurgici medicalmente necessari, che contengono elementi simili a quelli forniti alle persone che risiedono al di fuori dagli Istituti (Adams *v. Federal Bureau of Prisons*, No. 09-10272 [D. MO 7 giugno 2010]; Brown 2009; Edmo *v. Idaho Department of Corrections*, 2020). Le conseguenze del rifiuto o della mancanza di accesso agli interventi chirurgici, per i residenti degli Istituti che non possono accedere a tali cure al di fuori degli Istituti stessi, possono essere gravi; tra le conseguenze vi sono il sostanziale peggioramento dei sintomi legati alla disforia di genere, depressione, ansia, suicidalità e il rischio di auto-trattamento chirurgico (ad esempio, auto-castrazione o auto-penectomia; Brown, 2010; Edmo *v. Idaho Department of Corrections*, 2020; Maruri, 2011). Non è raro che all3 detenut3/residenti degli Istituti venga negato l'accesso all'*assessment* per la chirurgia di affermazione di genere, così come il trattamento stesso, anche se necessario (Kosilek v. Massachusetts/Dennehy, 2012; Edmo *v. Idaho Department of Corrections*, 2020). Il rifiuto degli *assessment* necessari dal punto di vista medico, dell'erogazione di trattamenti chirurgici per l'affermazione di genere e delle cure successive sono sia inappropriati che incoerenti con i presenti Standard di Cura.

Dichiarazione 11.5.

Raccomandiamo all'amministrazione, al personale sanitario e a tutti coloro che lavorano negli Istituti di consentire alle persone che lo richiedono di ottenere abbigliamento e articoli per la cura personale in accordo con la loro espressione di genere.

"Espressione di genere" è un termine che si riferisce alle persone che hanno acconciature, prodotti per la cura, abbigliamento, nomi e pronomi che nella loro cultura e/o comunità sono associati alla loro identità di genere (*American Psychological Association*, 2015; Hembree *et al.*, 2017). L'espressione di genere è la norma per la maggior parte delle persone all'interno di una cultura o di una comunità. La transizione sociale è il processo con cui le persone TGD iniziano e continuano a esprimere la propria identità di genere in modi autentici e socialmente percepibili. Spesso, la transizione sociale conduce a un comportamento e una presentazione pubblica diversi da quelli che ci si aspetta da persone a cui è stato assegnato un determinato marcatore di genere alla nascita. Un marcatore di genere è l'etichetta legale per il sesso di una persona, questo viene tipicamente assegnato o designato alla nascita e apposto su documenti ufficiali (*American Psychological Association*, 2015). Questo è comunemente registrato come maschio o femmina, ma in alcune nazioni e giurisdizioni anche come *intersex* o "X".

Le persone TGD hanno bisogno degli stessi diritti all'espressione di genere concessi alle persone *cisgender* che vivono sia fuori che dentro gli Istituti penitenziari e di cura. Il riconoscimento della transizione sociale da parte del personale dimostra rispetto per l'affermazione (di genere) della persona e questo atteggiamento può essere di esempio per le altre persone detenute e residenti, aumentando così la sicurezza e riducendo alcuni aspetti dell'incongruenza di genere.

Le ricerche indicano che la transizione sociale e l'espressione di genere coerente hanno un significativo effetto benefico sulla salute mentale delle persone TGD (Bockting e Coleman, 2007; Boedecker, 2018; Devor, 2004; Glynn *et al.*, 2016; Russell *et al.*, 2018). Per consentire l'espressione

dell'identità di genere, si raccomanda di dar loro la possibilità di indossare abiti e acconciature congruenti con il genere, di ottenere e utilizzare prodotti per l'igiene e la cura del corpo adeguati al genere, di essere chiamat3 con il nome scelto o il cognome (anche nei casi in cui non è ancora possibile cambiare legalmente il nome) e di essere appellati con un pronome coerente con l'identità di genere. Questi elementi dell'espressione di genere e della transizione sociale, singolarmente o collettivamente, secondo i bisogni dell'individuo, riducono la disforia/incongruenza di genere, la depressione, l'ansia, l'ideazione e il comportamento autolesionistico, l'ideazione e i tentativi di suicidio (Russell *et al.*, 2018). Inoltre, questi elementi di espressione di genere congruente migliorano il funzionamento e il benessere (Glynn *et al.*, 2016).

Dichiarazione 11.6.

Raccomandiamo a tutto il personale dell'Istituto di rivolgersi sempre alle persone TGD con i nomi e i pronomi da loro scelti.

Dato che una percentuale sempre crescente di persone si identifica apertamente come persona *gender diverse*, è necessario sviluppare e implementare pratiche e *policy* che soddisfino le loro esigenze indipendentemente dal luogo in cui vivono (McCauley *et al.*, 2017). Ad esempio, gli Istituti penitenziari e di cura dovrebbero utilizzare sistemi di cartelle cliniche e amministrative che tengano traccia anche degli indicatori di genere coerenti con l'identità di genere e non solo del sesso assegnato alla nascita. Nello sviluppo di queste Raccomandazioni, si è riconosciuto che il non binarismo di genere può mettere in discussione alcune norme degli Istituti. Tuttavia, tutti gli Istituti hanno la responsabilità di garantire la sicurezza e il benessere di tutte le persone che vi vivono (Australia, 2015; *Corrective Services New South Wales*, 2015; Edmo *v. Idaho Department of Corrections*, 2020; *Kosilek v. Massachusetts, 2002*; NCCHC, 2015). Sevelius e colleghi (2020) hanno dimostrato che per le donne *transgender* l'uso del pronome corretto porta le persone a sentirsi riconosciute nel loro genere e che questo si correla con esiti positivi sia per la salute mentale che per l'HIV. Se unə residente di un Istituto ha cambiato legalmente nome, i registri devono essere modificati per riflettere tali cambiamenti.

Dichiarazione 11.7.

Raccomandiamo all'amministrazione dell'Istituto, al personale sanitario e altri funzionari che si occupano della sistemazione dell3 residenti TGD di tenere in considerazione le preferenze abitative, l'identità e l'espressione di genere e la sicurezza dell'individuo piuttosto che la sua anatomia o l'assegnazione del sesso alla nascita.

La separazione delle persone in base al sesso assegnato alla nascita, una politica quasi universalmente attuata negli Istituti (Brown e McDuffie, 2009; Routh *et al.*, 2017), può creare un ambiente intrinsecamente pericoloso (Ledesma e Ford, 2020). Le persone *gender diverse* sono estremamente vulnerabili a stigmatizzazione, vittimizzazione, negligenza, violenza e abuso sessuale (Banbury, 2004; Beck, 2014; Jenness e Fenstermaker, 2016; Malkin e DeJong, 2018; Oparah, 2012; Stein *et al.*, 2020). Questa rigidità sistemica legata al sesso spesso non riesce a tenere le persone TGD al sicuro e può impedire loro l'accesso a un'assistenza sanitaria adeguata (Stohr, 2015). Di conseguenza, gli Istituti dovrebbero seguire procedure che valutino di *routine* le esigenze e le preferenze abitative dell3 detenut3 TGD (ad esempio, *Federal Bureau of Prisons*, 2016). Inoltre, il

Prison Rape Elimination Act cita specificamente le persone TGD come popolazione vulnerabile e indica alle prigioni statunitensi di considerare le loro preferenze abitative (*Bureau of Justice Assistance*, 2017).

Dichiarazione 11.8.

Raccomandiamo al personale dell'Istituto di stabilire politiche abitative che garantiscano la sicurezza dell3 resident3 TGD senza segregarle o isolarle.

Scegliere la collocazione di unə residente TGD solo sulla base della sua anatomia genitale o del sesso assegnato alla nascita è sbagliato e mette le persone a rischio di danni fisici e/o psicologici (Scott, 2013; Simopoulos e Khin, 2014; Yona e Katri, 2020). È ormai assodato che, all'interno di contesti penitenziari, le persone *transgender* hanno molte più probabilità di essere vittima di molestie sessuali, aggressioni o entrambe (James *et al.*, 2016; Jenness e Fenstermaker, 2016; Malkin e DeJong, 2019). Sebbene le decisioni sulla collocazione debbano tenere conto delle preoccupazioni relative alla sicurezza, il processo decisionale condiviso che include anche il contributo dell'individuo, dovrebbe essere preso in considerazione caso per caso (*Federal Bureau of Prisons*, 2016; Jenness e Smyth, 2011). Alcune donne *transgender* preferiscono risiedere in una struttura maschile, mentre altre si sentono più sicure in una struttura femminile. La tutela della sicurezza dell3 resident3 richiede pratiche flessibili, in quanto la gamma di identità di genere, espressione di genere e stato di transizione tra le persone *gender diverse* è eterogenea (Yona e Katri, 2020). Uno dei timori delle persone LGBT anziane, che vivono in strutture di assistenza a lungo termine, è il maltrattamento da parte dell3 loro compagn3 di stanza (Jablonski *et al.*, 2013). Di conseguenza, le case di riposo e residenze sanitarie assistenziali dovrebbero prendere in considerazione, insieme alla persona TGD, la possibilità di assegnare le stanze in base al genere autodefinito, senza tener conto del sesso assegnato alla nascita o della storia clinica.

L'isolamento, talvolta indicato come segregazione amministrativa nelle strutture penitenziarie, si riferisce all'isolamento fisico degli individui durante il quale sono confinati nelle loro celle per circa ventitré ore al giorno. L'isolamento, in alcune strutture penitenziarie, è impiegato come misura disciplinare e come mezzo per proteggere l3 detenut3 che sono considerat3 un rischio per sé stess3 o per l3 altr3 o che sono a rischio di violenza sessuale da parte di altr3 detenut3. Tuttavia, l'isolamento per motivi di sicurezza, se necessario, deve essere breve, poiché può causare gravi danni psicologici e gravi disturbi di funzionamento (Ahalt *et al.*, 2017; Scharff Smith, 2006). Le Organizzazioni nazionali per gli standard penitenziari e le Nazioni Unite considerano l'isolamento superiore a 15 giorni come tortura (NCCHC, 2016; Nazioni Unite, 2015).

Dichiarazione 11.9.

Raccomandiamo al personale dell'Istituto di consentire all3 resident3 TGD, se richiesto, l'uso docce e servizi igienici in privato.

La necessità e l'importanza della *privacy* è universale, indipendentemente dall'identità di genere. Le persone TGD riferiscono di evitare i bagni pubblici, di limitare la quantità di cibo e bevande assunte per non dover usare i bagni pubblici, spesso causando infezioni del tratto urinario e problemi renali (James *et al.*, 2016). Le persone TGD negli Istituti sono spesso private della *privacy* durante l'uso del bagno e della doccia, e questo può causare danni psicologici e/o abusi fisici e sessuali (Bartels e Lynch, 2017; Brown, 2014; Cook-Daniels, 2016; Mann, 2006). Allo stesso

modo, negli ambienti penitenziari, le perquisizioni, le perquisizioni da spogliat3 e le perquisizioni degli orifizi dovrebbero essere condotte da membri del personale dello stesso sesso dell3 detenut3, con la consapevolezza che ciò potrebbe non essere possibile in casi di estrema emergenza. È necessario evitare che altr3 dipendenti assistano accidentalmente alle perquisizioni (*Bureau of Justice Assistance*, 2017). L'uso privato delle docce e dei servizi igienici per le persone *transgender* detenute è richiesto anche da alcune leggi, come ad esempio negli Stati Uniti con il *Prison Rape Elimination Act*.

La popolazione di persone TGD anziane che hanno bisogno di accedere ai servizi degli Istituti di cura è in aumento (Carroll, 2017; Witten ed Eyler, 2016). Molte strutture di assistenza a lungo termine, così come altre strutture che si occupano dei bisogni dell3 anzian3, devono prendere in considerazione i bisogni dell3 loro residenti *non-cisgender* (Ettner, 2016; Ettner e Wiley, 2016). Le indagini condotte tra il personale sanitario, che lavora con le persone anziane in ambienti di *hospice*/cure palliative e in altre strutture di assistenza a lungo termine, riferiscono che spesso non vengono soddisfatti i bisogni primari delle persone TGD, e che queste sono penalizzate nell'accesso alle cure mediche o subiscono abusi fisici e/o emotivi (Stein *et al.*, 2020) Un'indagine condotta tra il personale sanitario delle Case di cura e delle Case di riposo in Australia ha riscontrato una scarsa esperienza o comprensione dei problemi affrontati da questa popolazione. Difatti, molt3 anzian3 TGD hanno ammesso di nascondere la propria identità di genere per paura di un trattamento indelicato o discriminatorio (Cartwright *et al.*, 2012; Cook-Daniels, 2016; Grant *et al.*, 2012; Horner *et al.*, 2012; Orel e Fruhauf, 2015).

CAPITOLO 12. Terapia ormonale

Le persone *transgender e gender diverse* (TGD) possono richiedere una terapia ormonale per l'affermazione di genere (TOAG), necessaria dal punto di vista medico, per ottenere cambiamenti coerenti con i loro obiettivi fisici, la loro identità di genere, o con entrambi[71]. Questo capitolo descrive le Raccomandazioni per la terapia ormonale per adult3 e adolescenti TGD. Per i criteri di *assessment* relativi all'inizio della terapia ormonale per adult3 e adolescenti, si può fare riferimento ai capitoli 6 e 7. Una sintesi delle Raccomandazioni e dei criteri di *assessment* è riportata nell'Appendice D.

La terapia ormonale di affermazione del genere è stata riconosciuta come medicalmente necessaria sin dalla pubblicazione della prima versione dello Standard di Cura (*SOC*) della *World Professional Association for Transgender Health* (WPATH) nel 1979 e nelle successive versioni, compresa la 7 (Coleman *et al.*, 2012). La WPATH ha approvato le linee guida della *Endocrine Society* per la terapia ormonale per l'affermazione del genere nel 2009 e nel 2017 (Hembree *et al.*, 2009; 2017). Anche *l'European Society for Sexual Medicine* ha pubblicato una dichiarazione sulla sua posizione rispetto alla gestione della terapia ormonale nelle persone TGD adolescenti e adult3 (T'Sjoen *et al.*, 2020). Se erogata sotto controllo medico, la terapia ormonale per l'affermazione del genere nell3 adult3 è sicura (Tangpricha e den Heijer, 2017; Safer e Tangpricha, 2019). Tuttavia, esistono alcuni potenziali rischi a lungo termine e sono necessari degli attenti monitoraggi e *screening* per ridurre gli esiti sfavorevoli (Hembree *et al.*, 2017; Rosenthal, 2021).

In generale sebbene non siano stati stabiliti intervalli ottimali, l'obiettivo è quello di far corrispondere i livelli sierici degli steroidi sessuali a quelli associati all'identità di genere dell'individuo (Hembree *et al.*, 2017). Il personale sanitario può utilizzare i livelli sierici di testosterone e/o estradiolo per monitorare la maggior parte dei trattamenti con steroidi sessuali. Tuttavia, non può essere monitorato l'uso di estrogeni coniugati o l'uso di estrogeni sintetici. L'ipotesi che il rapporto estrone/estradiolo debba essere monitorato non è stata supportata da un recente studio di coorte, in quanto in una coorte europea di 212 donne *transgender* adulte durante un *follow-up* dopo un anno di trattamento ormonale, non è stata riscontrata alcuna relazione tra la concentrazione di estrone e la variazione del grasso corporeo o dello sviluppo mammario (Tebbens *et al.*, 2021). Questo studio ha dimostrato che concentrazioni di estrone più elevate o rapporti estrone/estradiolo più alti non sono associati a effetti antagonisti sulla femminilizzazione (percentuale di grasso e sviluppo mammario) (Tebbens *et al.*, 2021). Pertanto, il monitoraggio del rapporto estrone/estradiolo non è supportato dalle attuali evidenze pubblicate. Gli estrogeni coniugati, usati in precedenza, sono stati abbandonati a favore degli estrogeni bioidentici.

Anche se diversi studi hanno dimostrato la presenza di un rischio significativamente maggiore di complicanze tromboemboliche e cardiovascolari con l'uso di estrogeni coniugati orali rispetto all'estradiolo orale nelle donne *cisgender* in post-menopausa, non sono stati condotti studi randomizzati e controllati, né in donne *cisgender* in post-menopausa né in persone *transgender* in trattamento con estrogeni (Smith *et al.*, 2014).

[71] Si veda cap. 2, par. 2.1 sulla necessità medica.

Raccomandazioni

12.1. Raccomandiamo al personale sanitario di iniziare il blocco degli ormoni puberali nell3 adolescenti TGD idone3[72]solo dopo che abbiano manifestato i primi cambiamenti fisici della pubertà (stadio 2 di Tanner).

12.2. Raccomandiamo al personale sanitario di utilizzare gli agonisti dell'ormone del rilascio delle gonadotropine (GnRHa) per sopprimere gli ormoni sessuali endogeni nelle persone TGD idonee* per le quali è indicato il blocco della pubertà

12.3. Suggeriamo al personale sanitario, quando gli agonisti del GnRHa non sono disponibili o sono proibitivi dal punto di vista dei costi, di prescrivere progestinici (orali o iniettabili *depot*) per la sospensione della pubertà nell3 giovani TGD idone3*.

12.4. Suggeriamo al personale sanitario di prescrivere gli agonisti del GnRHa per il blocco degli steroidi sessuali, senza una concomitante terapia sostitutiva con ormoni sessuali steroidei, nell3 adolescenti TGD idone3* che richiedono tale intervento e che sono a buon punto o hanno completato lo sviluppo puberale (oltre lo stadio 3 di Tanner), ma non sono sicur3 di, o non vogliono, iniziare la terapia ormonale con steroidi sessuali.

12.5. Raccomandiamo al personale sanitario di prescrivere regimi di trattamento con ormoni sessuali come parte del trattamento di affermazione del genere per l3 adolescenti TGD idone3* che si trovino almeno allo stadio 2 di Tanner, con il coinvolgimento dei genitori/*caregiver*, a meno che il loro coinvolgimento non sia ritenuto dannoso o non necessario per l'adolescente.

12.6. Raccomandiamo al personale sanitario di misurare i livelli ormonali durante il trattamento di affermazione del genere, così da assicurarsi che gli steroidi sessuali endogeni siano ridotti e che gli steroidi sessuali somministrati siano mantenuti a livelli appropriati per gli obiettivi del trattamento delle persone TGD, in base allo stadio di Tanner.

12.7. Raccomandiamo al personale sanitario di prescrivere progestinici o un agonista del GnRHa per l3 adolescenti TGD con utero che ne abbiano i requisiti, così da ridurre la disforia causata dal ciclo mestruale, quando l'uso del testosterone per l'affermazione di genere non è ancora indicato.

12.8. Raccomandiamo al personale sanitario di coinvolgere professionist3 di diverse specializzazioni espert3 nella salute delle persone *transgender* e nella gestione delle cure per adolescenti TGD.

12.9. Raccomandiamo al personale sanitario di effettuare valutazioni cliniche regolari per monitorare i cambiamenti fisici e le potenziali reazioni avverse agli ormoni steroidei sessuali, compreso il monitoraggio di laboratorio degli ormoni steroidei sessuali ogni tre mesi durante il primo anno di terapia ormonale o con le modifiche della posologia fino al raggiungimento di una posologia adulta stabile, seguito da valutazioni cliniche e di laboratorio una o due volte l'anno una volta raggiunta una posologia di mantenimento dell'età adulta.

12.10. Raccomandiamo al personale sanitario di informare e offrire consulenza, a tutti gli individui che desiderano un trattamento medico di affermazione di genere, sulle opzioni disponibili per la preservazione della fertilità prima di iniziare il blocco della pubertà e prima di somministrare la terapia ormonale.

12.11. Raccomandiamo al personale sanitario di valutare e affrontare le condizioni mediche che possono essere esacerbate dalla diminuzione delle concentrazioni degli ormoni sessuali endogeni e dal trattamento con ormoni sessuali esogeni, prima di iniziare il trattamento in persone TGD.

12.12. Raccomandiamo al personale sanitario di educare le persone TGD che si sottopongono a trattamenti di affermazione di genere sull'insorgenza e sulla tempistica dei cambiamenti fisici indotti dal trattamento con ormoni sessuali.

12.13. Raccomandiamo al personale sanitario di non prescrivere l'etinilestradiolo alle persone TGD come parte di un trattamento ormonale di affermazione di genere.

12.14. Suggeriamo al personale sanitario di prescrivere estrogeni transdermici nelle persone TGD con un rischio più elevato di sviluppare tromboembolismo venoso in base all'età > 45 anni o a una precedente anamnesi di tromboembolismo venoso quando è raccomandato un trattamento con estrogeni per l'affermazione di genere.

12.15. Suggeriamo al personale sanitario di non prescrivere alle persone TGD, come parte della terapia ormonale per l'affermazione del genere, gli estrogeni coniugati quando è disponibile l'estradiolo.

12.16. Raccomandiamo al personale sanitario di prescrivere farmaci per la riduzione del testosterone (ciproterone acetato, spironolattone o agonisti del GnRHa) alle persone TGD idonee con testicoli che assumono estrogeni come parte del piano di trattamento ormonale, nel caso in cui l'obiettivo dell'individuo sia quello di avvicinarsi alle concentrazioni di ormoni sessuali circolanti delle donne *cisgender*.

12.17. Raccomandiamo al personale sanitario di monitorare l'ematocrito (o l'emoglobina) nelle persone TGD trattate con testosterone.

12.18. Suggeriamo al personale sanitario di collaborare con l3 chirurg3 per quanto riguarda l'uso di ormoni sia prima che dopo un intervento chirurgico di affermazione del genere.

12.19. Suggeriamo al personale sanitario di offrire consulenza alle persone TGD idonee relativamente alle varie opzioni disponibili per la chirurgia di affermazione del genere, a meno che la chirurgia non sia indicata o sia controindicata dal punto di vista medico.

12.20. Raccomandiamo al personale sanitario di iniziare e continuare la terapia ormonale per l'affermazione del genere per le persone TGD idonee* che desiderano questo trattamento, in quanto porta al dimostrato miglioramento del funzionamento psicosociale e della qualità della vita.

[72] Per i criteri di idoneità per adolescenti e adult3, consultare i capp. 5 e 6 e l'Appendice D.

12.21. Raccomandiamo al personale sanitario di mantenere la terapia ormonale esistente se la salute mentale della persona TGD deteriora e di valutare il motivo del deterioramento, a meno che non sia controindicato.

L'approccio alla terapia ormonale per l'affermazione del genere differisce e dipende dallo stadio di sviluppo dell'individuo al momento dell'inizio della terapia ormonale e dagli obiettivi del trattamento. La terapia ormonale non è raccomandata per l3 bambin3 che non hanno iniziato la pubertà endogena. Nell3 giovani idone3 alla terapia (come da capitolo 7), che hanno raggiunto le prime fasi della pubertà, l'obiettivo è solitamente quello di ritardare l'ulteriore progressione puberale con gli agonisti dell'ormone di rilascio delle gonadotropine (GnRHa) fino al momento opportuno in cui può essere introdotta la terapia ormonale per l'affermazione del genere. In questi casi, il blocco della pubertà è considerato necessario dal punto di vista medico. L3 adult3 idone3, se soddisfano i criteri presenti nel capitolo 6, possono iniziare la terapia ormonale per l'affermazione del genere. Inoltre, il personale sanitario deve discutere gli obiettivi di fertilità e le procedure di preservazione della fertilità prima di iniziare la terapia ormonale per l'affermazione del genere[73].

La terapia ormonale per l'affermazione del genere con obiettivi femminilizzanti consiste tipicamente in estrogeni e un farmaco che riduce gli androgeni (Hembree *et al.*, 2017). Sebbene vi siano segnalazioni aneddotiche sull'uso del progesterone per lo sviluppo mammario e la gestione dell'umore, attualmente non vi sono prove sufficienti che attestino che i potenziali benefici della somministrazione di progesterone superino i potenziali rischi (Iwamoto *et al.*, 2019). La terapia ormonale per l'affermazione del genere mascolinizzante tipicamente consiste nella somministrazione di testosterone. Sia la WPATH che la *Endocrine Society* raccomandano di monitorare i livelli degli ormoni sessuali. Sebbene la terapia ormonale per l'affermazione del genere sia personalizzata per soddisfare le esigenze individuali della persona TGD, in genere, i livelli ormonali vengono mantenuti a una concentrazione sufficiente al mantenimento della buona salute delle ossa e non sovrafisiologica (Hembree *et al.*, 2017; Rosen *et al.*, 2019).

Nella maggior parte dei casi, la terapia ormonale per l'affermazione del genere viene mantenuta per tutta la vita. Non è noto se le posologie di terapia ormonale per l'affermazione del genere debbano essere ridotte nelle persone TGD più anziane. La sospensione della terapia ormonale può provocare la perdita di massa ossea nelle persone TGD e certamente la provoca nelle persone gonadectomizzate (Wiepjes *et al.*, 2020). Dovrebbe anche essere garantita l'assistenza primaria di *routine*[74].

Gli studi epidemiologici hanno riportato un aumento dell'incidenza di malattie cardiovascolari e di tromboembolismo venoso (TEV) nelle persone TGD in terapia con estrogeni, in particolare nelle persone più anziane e con formulazioni differenti di terapia ormonale per l'affermazione del genere (Irwig, 2018; Maraka *et al.*, 2017).

Anche le persone *transgender* trattate con testosterone possono presentare un aumento dei rischi e degli eventi cardiovascolari avversi, come l'aumento dell'infarto miocardico, della pressione arteriosa, la diminuzione del colesterolo

[73] Per questi si veda il capitolo 16.
[74] Si veda il capitolo 15.

HDL e l'aumento del peso corporeo (Alzahrani *et al.*, 2019; Irwig, 2018; Kyinn *et al.*, 2021). Il personale sanitario dovrebbe discutere lo stile di vita e la terapia farmacologica con l3 pazienti che sono a più alto rischio di sviluppare malattie cardiovascolari[75]. La policitemia è un altro disturbo che può presentarsi nelle persone TGD che assumono testosterone (Antun *et al.*, 2020). Pertanto, è importante monitorare costantemente lo sviluppo di condizioni che possono essere esacerbate dalla terapia ormonale per l'affermazione del genere nel corso della vita (Hembree *et al.*, 2017).

Tutte le affermazioni contenute in questo capitolo sono state raccomandate sulla base di un'approfondita revisione delle evidenze scientifiche, di un *assessment* dei benefici e dei danni, dei valori e delle preferenze dell3 operator3 sanitar3 e dell3 pazienti, nonché dell'utilizzo delle risorse e della fattibilità. In alcuni casi, riconosciamo che le evidenze sono limitate e/o che i servizi potrebbero non essere accessibili o desiderabili.

Terapia ormonale di affermazione del genere nell3 giovani

Le sezioni che seguono tratteranno la terapia ormonale nell3 giovani TGD. A seconda dello stadio di sviluppo dellə giovane, la terapia ormonale è generalmente divisa in due fasi, ovvero il blocco puberale, seguito dall'aggiunta di terapia ormonale per l'affermazione del genere. Durante la prima fase, lo sviluppo puberale viene bloccato per consentire all3 giovani di esplorare la propria identità di genere e i propri obiettivi fisici, così da prepararsi alla fase successiva, che può includere la terapia ormonale per l'affermazione del genere. In questa sezione verranno discusse le raccomandazioni per l'uso di agonisti dell'ormone che rilascia le gonadotropine (GnRHa) e gli approcci alternativi al blocco puberale, seguiti dalle raccomandazioni per la terapia ormonale per l'affermazione del genere. Le sezioni applicabili all3 giovani e all3 adult3 seguiranno nella sezione successiva.

Dichiarazione 12.1.

Raccomandiamo al personale sanitario di iniziare il blocco degli ormoni puberali nell3 adolescenti TGD idone3* solo dopo che abbiano manifestato i primi cambiamenti fisici della pubertà (stadio 2 di Tanner).

In generale, l'obiettivo della somministrazione di GnRHa nell3 adolescenti TGD è quello di prevenire l'ulteriore sviluppo dei caratteri sessuali secondari endogeni corrispondenti al sesso assegnato alla nascita. Poiché questo trattamento è completamente reversibile, viene considerato come un periodo prolungato per esplorare l'identità di genere tramite una transizione sociale precoce (Ashley, 2019e). Il trattamento con GnRHa ha anche un beneficio terapeutico, poiché spesso si traduce in un'ampia riduzione del livello di angoscia derivante dai cambiamenti fisici che si verificano quando inizia la pubertà endogena (Rosenthal, 2014; Turban *et al.*, 2020).

Per l3 bambin3 TGD in età prepuberale la cui identità di genere è stata stabile nel tempo, qualsiasi entità di sviluppo permanente di caratteristiche di sesso secondarie potrebbe causare un disagio significativo. Sebbene si possa prendere in considerazione l'uso di un GnRHa per prevenire l'inizio della pubertà in questi individui allo stadio 1 di Tanner, l'utilizzo del GnRHa in questo caso non è raccomandato (Hembree *et al.*, 2017). Quando unə bambinə raggiunge l'età in cui

[75] Vedi Capitolo 15.

normalmente inizia lo sviluppo puberale (in genere tra i 7-8 e 13 anni per chi ha le ovaie e tra i 9 e 14 anni per chi ha i testicoli), sarebbe opportuno sottoporlə a dei controlli più frequenti, idealmente a intervalli di 4 mesi, per individuare segni di sviluppo puberale (comparsa di bottone mammario o volume testicolare > 4 cc). Considerato il tempo tipico dello sviluppo puberale (3,5-4 anni per il completamento), è molto improbabile lo sviluppo di cambiamenti puberali permanenti, se la pubertà è iniziata solo da 4 mesi o meno. Pertanto, con controlli frequenti, l'inizio della pubertà può essere facilmente individuato prima che si verifichino cambiamenti fisici irreversibili, rendendo così possibile l'inizio del GnRHa con grande efficacia. Da notare che, dopo l'inizio di un GnRHa, si verifica tipicamente una regressione di uno stadio di Tanner. Pertanto, se è presente solo uno sviluppo mammario dello stadio 2 di Tanner, in genere regredisce completamente allo stadio 1 di Tanner prepuberale; lo stesso vale per i testicoli dello stadio 2 di Tanner (spesso non percepibili dallə paziente e non associati allo sviluppo di caratteristiche di sesso secondarie).

Poiché i GnRHa agiscono attraverso la desensibilizzazione dei recettori per il GnRHa, se non c'è un aumento della stimolazione del GnRHa endogeno sull'ipofisi (il primo segno biochimico della pubertà), non c'è bisogno di desensibilizzare i recettori per il GnRHa. Inoltre, data l'ampia variabilità dei tempi di inizio della pubertà (come già detto), è difficile giustificare l'uso di un GnRHa che potrebbe avere qualche rischio sconosciuto se non c'è alcun beneficio fisiologico prima dell'inizio della pubertà. L'uso di un GnRHa in unə bambinə allo stadio 1 di Tanner sarebbe indicato solo in caso di ritardo costituzionale della crescita e della pubertà, presumibilmente in concomitanza con l'inizio della terapia ormonale per l'affermazione del genere.

Tuttavia, l'uso di un GnRHa potrebbe essere preso in considerazione in unə bambinə che, a causa di un ritardo costituzionale della crescita e della pubertà, inizia la terapia ormonale per l'affermazione del genere mentre si trova ancora nello stadio 1 di Tanner. L'inizio della terapia ormonale per l'affermazione del genere può inizialmente attivare l'asse ipotalamo-ipofisi-gonadi, ma può anche mascherare gli effetti di questa attivazione sul corpo. Per evitare cambiamenti corporei che potrebbero esacerbare l'incongruenza di genere, il GnRHa può essere utilizzato come terapia aggiuntiva alla terapia ormonale per l'affermazione del genere poco dopo l'inizio di quest'ultima, così da consentire lo sviluppo puberale del fenotipo identificato.

Inoltre, il blocco dello sviluppo dei caratteri sessuali secondari è più efficace quando il trattamento con ormoni sessuali viene iniziato nella prima metà della pubertà rispetto a quando viene iniziato dopo il completamento della pubertà (Bangalore-Krisha *et al.*, 2019). Di conseguenza, per lɜ adolescenti che hanno già completato la pubertà endogena e stanno considerando di iniziare la terapia ormonale per l'affermazione del genere, i GnRHa possono essere usati per inibire le funzioni fisiche, come le mestruazioni o l'erezione. In aggiunta, possono servire da ponte fino a quando l'adolescente, i genitori/*caregiver* (se l'adolescente non è in grado di dare il proprio consenso in modo indipendente) e l'*équipe* medica non raggiungono una decisione (Bangalore-Krishna *et al.*, 2019; Rosenthal, 2021).

L'inizio della pubertà avviene attraverso la riattivazione dell'asse ipotalamo-ipofisi-gonadi. L'*assessment* clinico degli stadi della pubertà si basa sulle caratteristiche fisiche che riflettono tale riattivazione. Nei soggetti con ovaie

funzionanti, lo stadio 2 di Tanner è caratterizzato dalla comparsa del bottone mammario. Lo sviluppo della ghiandola mammaria avviene grazie all'esposizione agli estrogeni prodotti dalle ovaie. Nei soggetti con testicoli funzionanti, lo stadio 2 di Tanner è caratterizzato da un aumento del volume testicolare (in genere superiore a 4 ml). La crescita dei testicoli è mediata dalle gonadotropine ormone luteinizzante (LH) ed ormone follicolo stimolante (FSH). Nelle fasi successive, i testicoli producono una quantità di testosterone sufficiente da indurre la mascolinizzazione del corpo.

Dichiarazione 12.2.

Raccomandiamo al personale sanitario di utilizzare gli agonisti dell'ormone del rilascio delle gonadotropine (GnRHa) per sopprimere gli ormoni sessuali endogeni nelle persone TGD idonee* per le quali è indicato il blocco della pubertà. Per ulteriore materiale, v. Dichiarazione 12.4

Dichiarazione 12.3.

Suggeriamo al personale sanitario, quando gli agonisti del GnRHa non sono disponibili o sono proibitivi dal punto di vista dei costi, di prescrivere progestinici (orali o iniettabili depot) per la sospensione della pubertà nell3 giovani TGD idone3*. Per ulteriore materiale, v. Dichiarazione 12.4.

Dichiarazione 12.4.

Suggeriamo al personale sanitario di prescrivere gli agonisti del GnRHa per il blocco degli steroidi sessuali, senza una concomitante terapia sostitutiva con ormoni sessuali steroidei, nell3 adolescenti TGD idone3* che richiedono tale intervento e che sono a buon punto o hanno completato lo sviluppo puberale (oltre lo stadio 3 di Tanner), ma non sono sicur3 di, o non vogliono, iniziare la terapia ormonale con steroidi sessuali.

I GnRHa riducono le concentrazioni di gonadotropine e di steroidi sessuali nell3 adolescenti TGD e, quindi, bloccano l'ulteriore sviluppo dei caratteri sessuali secondari (Schagen *et al.*, 2016). Il loro utilizzo è generalmente sicuro, nella letteratura viene riportato come unico effetto avverso a breve termine lo sviluppo di ipertensione (Delemarre-van de Waal e Cohen-Kettenis, 2006; Klink *et al.*, 2015). I GnRHa impediscono all'ipofisi di secernere LH e FSH (Gava *et al.*, 2020). Quando le gonadotropine diminuiscono, la gonade non è più stimolata a produrre ormoni sessuali (estrogeni o androgeni) e i livelli di ormoni sessuali nel sangue scendono a livelli prepuberali. Il trattamento con GnRHa porta a una parziale regressione delle fasi iniziali delle caratteristiche di sesso secondarie già sviluppate (Bangalore *et al.*, 2019). L3 adolescenti TGD con ovaie funzionanti sperimentano una diminuzione della crescita del tessuto mammario e, se il trattamento viene iniziato durante lo stadio 2 di Tanner, il tessuto mammario può scomparire completamente (Shumer *et al.*, 2016). Nell3 adolescenti con utero, in seguito alla somministrazione di GnRHa, può essere impedito o interrotto il menarca. Nell3 adolescenti TGD con testicoli funzionanti, il volume testicolare regredisce a un volume inferiore.

Quando il trattamento con GnRHa viene iniziato nell3 adolescenti nelle ultime fasi dello sviluppo puberale, alcuni cambiamenti fisici dello sviluppo puberale non regrediranno completamente, anche se ogni ulteriore progressione verrà interrotta; ad esempio, lo sviluppo completo del seno nell3 adolescenti TGD con ovaie funzionanti e l'abbassamento della voce e la crescita dei peli facciali nell3 adolescenti TGD con testicoli funzionanti (Delemarre-van de Waal e Cohen-Kettenis, 2006).

I GnRHa vengono utilizzati dal 1981 per il trattamento della pubertà precoce centrale (Comite *et al.*, 1981; Laron *et al.*, 1981) e i loro benefici sono ben dimostrati[76]. L'uso dei GnRHa nei soggetti con pubertà precoce centrale è considerato sicuro ed efficace, senza effetti avversi noti a lungo termine (Carel *et al.*, 2009). Tuttavia, l'uso dei GnRHa nell3 adolescenti TGD è considerato *off-label*, poiché non sono stati inizialmente sviluppati per questo scopo. Tuttavia, i dati relativi all3 adolescenti a cui sono stati prescritti GnRHa in posologie e modalità simili dimostrano l'efficacia nel ritardare l'inizio della pubertà, sebbene gli effetti a lungo termine sulla massa ossea non siano stati ben stabiliti (Klink *et al.*, 2015). Nonostante i dati a lungo termine siano più limitati nell3 adolescenti TGD rispetto a quell3 con pubertà precoce, è in corso la raccolta di dati specifici per questa popolazione (Klaver *et al.*, 2020; Lee *et al.*, 2020; Millington *et al.*, 2020; Olson-Kennedy *et al.*, 2019).

Riconosciamo che, sebbene i GnRHa siano un trattamento necessario dal punto di vista medico, potrebbero non essere disponibili per l3 adolescenti idone3, poiché in alcuni Paesi non sono coperti dai piani di assicurazione sanitaria o potrebbero essere proibitivi dal punto di vista economico. Pertanto, in questi casi si dovrebbero prendere in considerazione altri approcci, come le formulazioni progestiniche orali o iniettabili. Inoltre, per l3 adolescenti di età superiore ai 14 anni, attualmente non sono presenti dati che possano stabilire se il personale sanitario possa somministrare i GnRHa come monoterapia (e per quale durata) senza comportare un rischio significativo per la salute dello scheletro. Questo perché lo scheletro non sarà esposto a livelli adeguati di ormoni steroidei sessuali (Rosenthal, 2021).

Uno stato ipogonadico prolungato nell'adolescenza, sia esso dovuto a condizioni mediche come l'ipogonadismo ipergonadotropo, a cause iatrogene come la monoterapia con GnRHa o a condizioni fisiologiche come il ritardo condizionato della crescita e dello sviluppo, è spesso associato a un aumento del rischio di una scarsa salute delle ossa in fasi successivi della vita (Bertelloni *et al.*, 1998; Finkelstein *et al.*, 1996). Tuttavia, l'accumulo di massa ossea è un processo multifattoriale che coinvolge una complessa interazione tra fattori endocrini, genetici e stile di vita (Anai *et al.*, 2001). Quando si decide la durata della monoterapia con GnRHa, si devono prendere in considerazione tutti i fattori contribuenti, compresi fattori come la massa ossea pretrattamento, l'età ossea e lo stadio puberale dal punto di vista endocrino e l'aumento della statura, nonché fattori psicosociali come la maturità mentale, lo stadio di sviluppo rispetto al gruppo di pari e gli obiettivi individuali di trattamento dell'adolescente (Rosenthal, 2021). Per queste ragioni, è consigliabile mantenere la presenza di un'équipe multidisciplinare e un rapporto clinico continuativo con l'adolescente e la famiglia durante l'inizio del trattamento con GnRHa[77]. Il decorso clinico del trattamento, ad esempio lo sviluppo della massa ossea durante il trattamento con GnRHa e la risposta dell'adolescente al trattamento, può aiutare a determinare la durata della monoterapia con GnRHa.

<u>Dichiarazione 12.5.</u>

Raccomandiamo al personale sanitario di prescrivere regimi di trattamento con ormoni sessuali come parte del trattamento di affermazione del genere per l3 adolescenti TGD idone3* che si trovino

[76] Si vedano anche le dichiarazioni del Capitolo 6.

[77] Si vedano le Dichiarazioni 6.8, 6.9 e 6.12 nel capitolo 6.

almeno allo stadio 2 di Tanner, con il coinvolgimento dei genitori/caregiver, a meno che il loro coinvolgimento non sia ritenuto dannoso o non necessario per l'adolescente. Per ulteriore materiale, v. Dichiarazione 12.6.

Dichiarazione 12.6.

Raccomandiamo al personale sanitario di misurare i livelli ormonali durante il trattamento di affermazione del genere, così da assicurarsi che gli steroidi sessuali endogeni siano ridotti e che gli steroidi sessuali somministrati siano mantenuti a livelli appropriati per gli obiettivi del trattamento delle persone TGD, in base allo stadio di Tanner.

La terapia ormonale con steroidi sessuali generalmente comprende due regimi di trattamento che variano a seconda della tempistica del trattamento con GnRHa. Quando il trattamento con GnRHa viene iniziato nelle prime fasi dello sviluppo puberale endogeno, la pubertà corrispondente all'identità di genere o agli obiettivi corporei viene indotta con posologie di ormoni steroidi sessuali simili a quelle utilizzate da adolescenti ipogonadici peripuberi. In questo contesto, le dosi di ormoni steroidei sessuali indicate per adultɜ sono tipicamente raggiunte in un periodo di circa 2 anni (Chantrapanichkul *et al.*, 2021). Quando il trattamento con GnRHa viene iniziato in adolescenti *transgender* a pubertà ultimata o pressoché ultimata, gli ormoni steroidei sessuali possono essere somministrati a una posologia iniziale più elevata e aumentata più rapidamente fino a raggiungere una posologia di mantenimento, in modo simile ai protocolli di trattamento utilizzati nellɜ adultɜ *transgender* (Hembree *et al.*, 2017). Un ulteriore vantaggio del trattamento con GnRHa è che gli ormoni steroidei sessuali non devono essere somministrati in posologie sovrafisiologiche, che altrimenti sarebbero necessarie per sopprimere la produzione endogena di steroidi sessuali (Safer e Tangpricha, 2019). Per gli individui TGD con testicoli funzionanti, il trattamento con GnRHa (o con un altro farmaco che blocca il testosterone) dovrebbe essere continuato fino a quando l'adolescente/giovane adultə TGD non si sottopone alla gonadectomia, se questa procedura chirurgica è da loro considerata come parte necessaria della loro terapia per l'affermazione del genere. Una volta raggiunti i livelli adultɜ di testosterone negli individui TGD con ovaie funzionanti, le quali sono inizialmente state soppresse con i GnRHa, il solo testosterone a posologie fisiologiche è in genere sufficiente per ridurre la secrezione ovarica di estrogeni e, come viene discusso di seguito, i GnRHa possono essere sospesi (Hembree *et al.*, 2017). Per lɜ adolescenti TGD con ovaie funzionanti che sono nuovɜ alla cura, la terapia ormonale per l'affermazione del genere può essere iniziata con posologie fisiologiche di testosterone, senza la necessità di una somministrazione concomitante di GnRHa (Hembree *et al.*, 2017).

La terapia ormonale di affermazione del genere con steroidi sessuali induce lo sviluppo di caratteristiche di sesso secondarie associate all'identità di genere. Inoltre, il tasso di mineralizzazione ossea, il quale diminuisce durante il trattamento con GnRHa, si ripristina rapidamente (Klink *et al.*, 2015).

Durante il trattamento con GnRHa in adolescenti TGD all'inizio della pubertà, le cartilagini di coniugazione epifisarie non sono ancora saldate (Kvist *et al.*, 2020; Schagen *et al.*, 2020). Dopo l'inizio del trattamento con ormoni steroidei sessuali, può verificarsi uno scatto di crescita e continua la maturazione ossea (Vlot *et al.*, 2017). Nellɜ adolescenti TGD postpuberi, il

trattamento con ormoni sessuali steroidei non influisce sulla statura poiché le cartilagini di coniugazione epifisarie si sono saldate e la maturazione ossea è completa (Vlot *et al.*, 2017).

Nell3 adolescenti TGD con testicoli funzionanti, l'uso del 17-ß-estradiolo per l'induzione della pubertà è preferibile rispetto all'utilizzo degli estrogeni sintetici, come il più trombogenico etinilestradiolo[78] (Asscheman *et al.*, 2015). È comunque necessario continuare a somministrare GnRHa per sopprimere la produzione endogena di testosterone o passare a un altro farmaco che ne sopprima la produzione endogena (Rosenthal *et al.*, 2016). Lo sviluppo mammario e una distribuzione femminile del grasso corporeo fanno parte dei numerosi cambiamenti fisici che si verificano in risposta al trattamento con estrogeni[79].

Per l3 adolescenti TGD che desiderano un trattamento mascolinizzante, gli androgeni sono disponibili come preparazioni iniettabili, formulazioni transdermiche e *pellet* sottocutanei[80]. Per l'induzione della pubertà, la maggior parte dell3 espert3 generalmente raccomandano di iniziare con iniezioni di esteri del testosterone a causa del costo, della disponibilità e della loro esperienza (Shumer *et al.*, 2016). Si consiglia di continuare a somministrare GnRHa almeno fino al raggiungimento di un livello di mantenimento del testosterone. Come risposta al trattamento con androgeni, si verifica una virilizzazione del corpo, il quale comprende l'abbassamento del tono della voce, un maggiore sviluppo muscolare, soprattutto nella parte superiore del corpo, la crescita dei peli sul viso e sul corpo e l'ingrossamento del clitoride (Rosenthal *et al.*, 2016)[81].

In quasi tutte le situazioni è necessario ottenere il consenso dei genitori/*caregiver*. Vi sono eccezioni a questa raccomandazione, in particolare quando il coinvolgimento del *caregiver* o dei genitori è ritenuto dannoso per l'adolescente. Queste eccezioni sono descritte in modo più dettagliato nel capitolo 6 (v. Dichiarazione 6.11), dove vengono anche descritte le motivazioni per il coinvolgimento dei genitori/*caregiver* nel processo di consenso.

Dichiarazione 12.7.

Raccomandiamo al personale sanitario di prescrivere progestinici o un agonista del GnRHa per l3 adolescenti TGD con utero che ne abbiano i requisiti, così da ridurre la disforia causata dal ciclo mestruale, quando l'uso del testosterone per l'affermazione di genere non è ancora indicato.

La soppressione delle mestruazioni è un trattamento comunemente richiesto dalle persone TGD che provano disagio a causa delle mestruazioni o all'anticipazione del menarca. La Dichiarazione 7.7 nel capitolo 7 descrive questo aspetto in modo più dettagliato. Per ottenere l'amenorrea, la soppressione mestruale può essere indotta da sola, prima di iniziare la terapia con testosterone o in concomitanza con essa (Carswell e Roberts, 2017). Potrebbero trarre beneficio dall'induzione dell'amenorrea alcun3 giovani che non sono pront3 per la terapia con testosterone o che non si trovano ancora in una fase puberale/sviluppo appropriata per iniziare tale trattamento (Olson-Kennedy *et al.*, 2018). L3 adolescenti che sperimentano un'esacerbazione della disforia legata all'inizio della pubertà

[7878] Si veda Appendice D.

[79] Si veda Appendice C, Tabella 1.

[80] N.d.T.: gli androgeni sotto forma di *pellet* sottocutanei non sono disponibili in Italia.

[81] Vedi Appendice C, tabella 1.

possono scegliere di essere trattat3 con GnRHa per la soppressione della pubertà[82].

I progestinici possono essere efficaci nell3 adolescenti il cui obiettivo è esclusivamente il blocco delle mestruazioni. Per l'induzione dell'amenorrea si può ricorrere alla somministrazione continua di pillole orali a base di solo progestinico (comprese le opzioni contraccettive e non contraccettive), alle iniezioni di medrossiprogesterone o al dispositivo intrauterino (IUD) a rilascio di Levonorgestrel (Pradhan e Gomez-Lobo, 2019). I soggetti TGD con ovaie funzionanti, che iniziano la terapia con testosterone, possono avere da 1 a 5 cicli mestruali prima di raggiungere l'amenorrea (Taub *et al.*, 2020). Una volta raggiunta l'amenorrea, alcuni soggetti TGD con ovaie funzionanti possono anche scegliere di continuare il trattamento progestinico come contraccettivo, se rilevante per le loro pratiche sessuali.

Le persone TGD con ovaie funzionanti e utero devono essere informate del potenziale sanguinamento mestruale durante i primi pochi mesi dopo l'inizio del blocco del ciclo mestruale. Con la terapia con GnRHa, il sanguinamento può verificarsi 2-3 settimane dopo l'inizio della terapia. Per le persone che richiedono contraccezione o per quelle che continuano ad avere sanguinamenti mestruali con la terapia progestinica, può essere presa in considerazione un'associazione di estrogeni e progestinici per il mantenimento dell'amenorrea, ma devono essere informate sul possibile sviluppo mammario come effetto collaterale (Schwartz *et al.*, 2019).

Dichiarazione 12.8.

Raccomandiamo al personale sanitario di coinvolgere professionist3 di diverse specializzazioni espert3 nella salute delle persone transgender e nella gestione delle cure per adolescenti TGD.

Come per la cura dell3 adolescenti, suggeriamo, ove possibile, di riunire un'*équipe* multidisciplinare di professionist3 espert3 della salute medica e della salute mentale (PSM) per gestire il trattamento. Nell3 adolescenti che desiderano la terapia ormonale per l'affermazione del genere (considerato che si tratta di un trattamento in parte irreversibile), suggeriamo di iniziare il trattamento utilizzando posologie gradualmente crescenti dopo che un'*équipe* multidisciplinare di medic3 e PSM abbia confermato la persistenza di disforia di genere/incongruenza di genere e abbia stabilito che l'individuo possiede la capacità di concedere il consenso informato (Hembree *et al.*, 2017)[83].

Se possibile, l3 adolescenti TGD dovrebbero avere accesso a espert3 di salute *transgender* in età pediatrica provenienti da più specializzazioni, tra le quali l'assistenza primaria, l'endocrinologia, la fertilità, la salute mentale, la voce, l'assistenza sociale, il supporto spirituale e la chirurgia (Chen *et al.*, 2016; Eisenberg *et al.*, 2020; Keo-Meier e Ehrensaft, 2018). L3 singol3 professionist3 sanitari3 sono incoraggiat3 a stabilire rapporti di collaborazione con il personale sanitario di altre specializzazioni, così da facilitare invii, quando necessari, per l3 giovani e le loro famiglie (Tishelman *et al.*, 2015). Tuttavia, la mancanza di espert3 e risorse disponibili non dovrebbe costituire un ostacolo alla cura (Rider *et al.*, 2019). Un utile supporto per l3 adolescenti comprende l'accesso a informazioni accurate e

[82] Vedi anche il capitolo 6.

[83] Gli aspetti specifici relativi all'*assessment* dell3 adolescent3 e al coinvolgimento dei loro genitori/*caregiver* e di un'*équipe* multidisciplinare sono descritti in modo più dettagliato nel capitolo 6.

culturalmente rilevanti sull'identità di genere e l'orientamento sessuale, sulle opzioni di transizione, sull'impatto del sostegno familiare e sui contatti con persone con esperienze simili e con adultɜ TGD, attraverso gruppi di supporto online e di persona, per lɜ adolescenti e i loro familiari (Rider *et al.*, 2019).

È stato riscontrato che moltɜ adolescenti TGD presentano problemi di salute psicologica e, se indicato, può essere utilizzato uno *screening* iniziale della salute mentale (ad esempio, PHQ-2, GAD) (Rider *et al.*, 2019). Il personale sanitario deve tenere presente che essere *transgender* o mettere in discussione il proprio genere non costituisce una patologia o un disturbo. Pertanto, le persone non dovrebbero essere indirizzate a un trattamento di salute mentale esclusivamente sulla base della loro identità *transgender*. Il personale sanitario e PSM che trattano questɜ giovani e lɜ inviano ad altrɜ espertɜ dovrebbero, come minimo, avere familiarità con l'impatto del trauma, della disforia di genere e dei fattori di *gender minority stress* su qualsiasi potenziale sintomatologia di salute mentale, come disordini alimentari, ideazione suicidaria e ansia sociale. Il personale sanitario dovrebbe anche essere bene informato rispetto il livello di preparazione dei servizi di salute mentale in regime di ricovero nella loro Regione[84], in modo tale da poter fornire cure competenti per l'affermazione del genere allɜ giovani TGD (Barrow e Apostle, 2018; Kuper *et al.*, 2018; 2019; Tishelman e Neumann-Mascis, 2018)[85]. Poiché i genitori di questɜ giovani sperimentano comunemente alti livelli di ansia subito dopo aver appreso che lə loro figliə è TGD, e la loro risposta predice gli esiti a lungo termine della salute fisica e mentale dellə figliə stessə, potrebbe risultare molto utile offrire un invio ai genitori per un sostegno per il loro benessere mentale (Coolhart *et al.*, 2017; Pullen Sansfaçon *et al.*, 2015; Taliaferro *et al.*, 2019).

Dichiarazione 12.9.

Raccomandiamo al personale sanitario di effettuare valutazioni cliniche regolari per monitorare i cambiamenti fisici e le potenziali reazioni avverse agli ormoni steroidei sessuali, compreso il monitoraggio di laboratorio degli ormoni steroidei sessuali ogni tre mesi durante il primo anno di terapia ormonale o con le modifiche della posologia fino al raggiungimento di una posologia adulta stabile, seguito da valutazioni cliniche e di laboratorio una o due volte l'anno una volta raggiunta una posologia di mantenimento dell'età adulta.

La terapia con ormoni steroidei sessuali è associata a un'ampia gamma di cambiamenti fisici e psicologici (Irwig, 2017; Tangpricha e den Heijer, 2017)[86] Dopo l'inizio della terapia ormonale con steroidi sessuali, il personale sanitario deve valutare regolarmente i progressi e la risposta dell'individuo al trattamento[87]. Questa indagine deve valutare la presenza di qualsiasi cambiamento fisico e l'impatto del trattamento sulla disforia di genere (se presente) e sul benessere psicologico[88].

Le visite mediche rappresentano un'importante opportunità per il personale sanitario di informare lɜ pazienti sui tempi tipici di manifestazione dei cambiamenti fisici e di dare loro aspettative realistiche. Durante il primo anno di terapia ormonale,

[84] N.d.T. Una mappatura dei servizi per le persone trans in Italia si trova sul sito di Infotrans gestito dall'Istituto Superiore di Sanità (https://www.infotrans.it/).

[85] Le Dichiarazioni 6.3, 6.4 e 6.12d nel capitolo 7 affrontano questo aspetto in modo più dettagliato.

[86] Si veda Appendice C, Tabella 1.

[87] Si veda anche cap. 6.

[88] Si veda Appendice C, Tabella 1.

la posologia degli ormoni steroidei sessuali viene spesso aumentata. Un fattore importante che guida la posologia è il livello sierico del corrispondente ormone steroideo sessuale. In generale, anche se non sono stati stabiliti intervalli ottimali, l'obiettivo è quello di far corrispondere i livelli sierici degli steroidi sessuali a quelli associati all'identità di genere dell'individuo (Hembree *et al.*, 2017).

Oltre a valutare i cambiamenti positivi connessi alla terapia ormonale con steroidi sessuali, il personale sanitario deve valutare regolarmente se il trattamento abbia causato effetti avversi[89]. Alcuni esempi di segni e sintomi avversi sono l'acne androgenica o fastidiose disfunzioni sessuali (Braun *et al.*, 2021; Kerckhof *et al.*, 2019).

La terapia ormonale per l'affermazione di genere è anche in grado di influenzare negativamente diversi esami di laboratorio. Ad esempio, lo Spironolattone può causare iperkaliemia, sebbene si tratti di un fenomeno non comune e transitorio (Millington *et al.*, 2019). Il testosterone aumenta la conta dei globuli rossi (ematocrito), il che può occasionalmente causare eritrocitosi (Antun *et al.*, 2020) (v. Dichiarazione 12.17) (Hembree *et al.*, 2017). Sia gli estrogeni che il testosterone possono alterare i parametri lipidici, come la lipoproteina ad alta densità legante il colesterolo (HDL) e i trigliceridi (Maraka *et al.*, 2017)[90].

La frequenza degli *assessment* clinici deve essere individualizzata e guidata dalla risposta individuale al trattamento. Suggeriamo di eseguire le valutazioni cliniche ogni tre mesi circa durante il primo anno di terapia ormonale nell3 pazienti stabili e che non presentano effetti avversi significativi[91]. Suggeriamo, piuttosto che raccomandare, di eseguire i test ogni tre mesi nel primo anno, per consentire una certa flessibilità nella tempistica di questi *assessment*, dato che non ci sono forti evidenze o prove da studi pubblicati che supportino intervalli di *assessment* specifici. Se un individuo manifesta un effetto avverso, spesso sono necessari test di laboratorio e/o visite mediche più frequenti. Considerati i potenziali danni associati a livelli di ormoni sessuali che superano gli intervalli previsti nell'essere umano, raccomandiamo vivamente *assessment* regolari come pratica standard quando si inizia la terapia ormonale per l'affermazione del genere in individui TGD. Una volta raggiunta una posologia adulta stabile di ormoni steroidei sessuali, senza effetti avversi significativi, la frequenza delle visite può essere ridotta a una o due volte l'anno (Hembree *et al.*, 2017).

<u>Dichiarazione 12.10</u>

Raccomandiamo al personale sanitario di informare e offrire consulenza, a tutti gli individui che desiderano un trattamento medico di affermazione di genere, sulle opzioni disponibili per la preservazione della fertilità prima di iniziare il blocco della pubertà e prima di somministrare la terapia ormonale.

La soppressione della pubertà e la terapia ormonale con ormoni sessuali steroidei possono avere potenziali effetti negativi sulla futura fertilità di una persona (Cheng *et al.*, 2019)[92] . Anche se alcune persone TGD potrebbero non aver pensato al loro futuro potenziale riproduttivo al momento dell'*assessment* iniziale per l'inizio della terapia, le potenziali implicazioni del trattamento e le opzioni di preservazione della fertilità dovrebbero essere esaminate da chi prescrive la terapia ormonale e

[89] Si veda Appendice C, Tabella 2.
[90] Si veda Appendice C, Tabelle 3 e 4.
[91] Si veda Appendice C, Tabella 5.
[92] Si veda anche i capp. 6 e 16.

discusse con lə personə che richiede la terapia (*Ethics Committee of the American Society for Reproductive Medicine et al.*, 2015; De Roo *et al.*, 2016).

I soggetti con testicoli devono essere avvisati che il trattamento prolungato con estrogeni spesso causa l'atrofia testicolare, una riduzione della conta spermatica e di altri parametri del liquido seminale (Adeleye *et al.*, 2018). Ciononostante, le conoscenze sono molto lacunose e i risultati relativi alla fertilità delle persone TGD che assumono estrogeni e antiandrogeni sono discordanti (Cheng *et al.*, 2019). In uno studio era evidente l'eterogeneità dell'istologia testicolare sia che lɜ pazienti avessero interrotto o continuato la terapia prima dell'orchiectomia (Schneider *et al.*, 2015). Ad esempio, la sospensione di estrogeni e antiandrogeni per sei settimane ha portato a una spermatogenesi completa nel 45% dei soggetti, mentre i restanti mostravano un arresto meiotico o spermatogoniale (Schneider *et al.*, 2015). Tuttavia, livelli sierici di testosterone confermati all'interno degli intervalli di riferimento femminili portano alla completa soppressione della spermatogenesi nella maggior parte delle donne *transgender* (Vereecke *et al.*, 2020). La principale alternativa di preservazione della fertilità per lɜ pazienti con testicoli funzionanti è la crioconservazione dello sperma, nota anche come banca del seme (Mattawanon *et al.*, 2018). Per lɜ pazienti in età prepuberale, il blocco della pubertà con GnRHa sospende la maturazione degli spermatozoi (Finlayson *et al.*, 2016).

Le persone con ovaie funzionanti devono essere informate che la terapia con testosterone, di solito, comporta la cessazione delle mestruazioni e dell'ovulazione, spesso entro pochi mesi dall'inizio (Taub *et al.*, 2020). Esistono, inoltre, importanti lacune nella conoscenza dei potenziali effetti del testosterone sugli ovociti e sulla successiva fertilità dellɜ pazienti TGD (Eisenberg *et al.*, 2020; Stuyver *et al.*, 2020). Uno studio ha rilevato che il trattamento con testosterone può essere associato alla morfologia dell'ovaio policistico, mentre altri studi non hanno riportato alcuna evidenza metabolica (Chan *et al.*, 2018) o istologica (De Roo *et al.*, 2017; Grynberg *et al.*, 2010) della sindrome dell'ovaio policistico (PCOS) in seguito al trattamento con testosterone, mentre alcuni studi hanno riscontrato una maggiore prevalenza di PCOS pre-esistente nellɜ pazienti *transgender* con ovaie (Baba, 2007; Gezer *et al.*, 2021). Lɜ pazienti TGD con utero e ovaie intatti spesso recuperano il loro potenziale di fertilità con la sospensione della terapia con testosterone (Light *et al.*, 2014). Difatti, dopo aver fatto uso della riproduzione assistita, in seguito al prelievo di ovociti stimolati con ormoni, è stato riportato un parto vivo in un individuo TGD che non aveva interrotto la terapia con testosterone (Greenwald *et al.*, 2021; Safer e Tangpricha, 2019). Altre opzioni di preservazione della fertilità per lɜ pazienti TGD con ovaie sono la crioconservazione degli ovociti e la crioconservazione degli embrioni con lo sperma di un partner o di un donatore. Queste opzioni richiedono una stimolazione ormonale per il prelievo degli ovociti e l'uso di tecnologie di riproduzione assistita.

Per lɜ giovani *transgender* in età puberale precoce, il blocco della pubertà con GnRHa sospende la maturazione delle cellule germinali, anche se un recente studio ha evidenziato che la stimolazione ovarica di unə adolescentə TGD trattatə con GnRHa all'inizio della pubertà (e continuata durante la stimolazione ovarica) ha prodotto un piccolo numero di ovociti maturi che sono stati crioconservati (Rothenberg *et al.*, 2019). Il trattamento di unə adolescentə TGD con testicoli funzionanti nelle prime fasi della pubertà

con un GnRHa, non solo sospende la maturazione delle cellule germinali, ma mantiene anche il pene in una dimensione prepuberale. Ciò potrebbe avere un impatto sui risultati chirurgici, se la persona in questione si sottoporrà a una vaginoplastica con inversione peniena, poiché sarà presente meno tessuto penieno con cui lavorare. In questi casi è probabile che la vaginoplastica richieda una procedura chirurgica più complessa, ad esempio una colonvaginoplastica (Dy *et al.*, 2021; van de Grift *et al.*, 2020). Tali considerazioni devono essere incluse in ogni discussione con l3 pazienti e l3 famiglie che stanno prendendo in considerazione l'uso di bloccanti puberali in adolescenti in età puberale precoce con testicoli funzionanti.

Dichiarazione 12.11

Raccomandiamo al personale sanitario di valutare e affrontare le condizioni mediche che possono essere esacerbate dalla diminuzione delle concentrazioni degli ormoni sessuali endogeni e dal trattamento con ormoni sessuali esogeni, prima di iniziare il trattamento in persone TGD.

Le persone TGD che desiderano mascolinizzarsi devono essere informate sulle possibilità, le conseguenze, i limiti e i rischi associati al trattamento con testosterone. La terapia con testosterone è controindicata durante la gravidanza o se la si sta ricercando, a causa dei suoi potenziali effetti iatrogeni sul feto. Le controindicazioni relative alla terapia con testosterone includono l'ipertensione grave, l'apnea notturna e la policitemia, poiché queste condizioni possono essere esacerbate dal testosterone. Il monitoraggio della pressione arteriosa e dei profili lipidici deve essere effettuato prima e dopo l'inizio della terapia con testosterone. L'aumento della pressione arteriosa si verifica in genere entro 2-4 mesi dall'inizio della terapia con testosterone (Banks *et al.*, 2021). L3 pazienti che sviluppano ipercolesterolemia e/o ipertrigliceridemia possono richiedere un trattamento con modifiche della dieta, farmaci o entrambi.

Le persone TGD che richiedono un trattamento femminilizzante con un'anamnesi di eventi tromboembolici, come trombosi venosa profonda ed embolia polmonare, prima di iniziare la terapia ormonale devono essere valutate e trattate. Questo perché la terapia estrogenica è fortemente associata a un aumento del rischio di tromboembolia, una complicanza potenzialmente pericolosa per la vita. Inoltre, è necessario modificare i fattori di rischio che possono aumentare il rischio di condizioni tromboemboliche, come il fumo, l'obesità e lo stile di vita sedentario. Nell3 pazienti con fattori di rischio non modificabili, come una storia clinica nota di trombofilia, un'anamnesi remota di trombosi o una forte familiarità di tromboembolismo, il trattamento con estrogeni transdermici associato a anticoagulanti può ridurre il rischio di tromboembolismo.

Tuttavia, i dati a disposizione per orientare le decisioni terapeutiche sono limitati. La presenza di una malattia al basale, come un tumore ormonosensibile, una malattia coronarica, una malattia cerebrovascolare, l'iperprolattinemia, l'ipertrigliceridemia e la colelitiasi, deve essere valutata prima dell'inizio della terapia ormonale per l'affermazione del genere, poiché i rischi possono cambiare in associazione con il trattamento ormonale esogeno (Hembree *et al.*, 2017).

Dichiarazione 12.12

Raccomandiamo al personale sanitario di educare le persone TGD che si sottopongono a trattamenti di affermazione di genere sull'insorgenza e sulla tempistica dei cambiamenti fisici

indotti dal trattamento con ormoni sessuali.

Gli effetti del trattamento con testosterone sono molteplici e possono includere l'aumento della peluria corporea e facciale, l'alopecia androgenetica, l'aumento della massa e della forza muscolare, la diminuzione della massa grassa, la mascolinizzazione della voce, l'interruzione delle mestruazioni (se ancora presenti), l'aumento della prevalenza e della gravità dell'acne, l'ingrossamento del clitoride e l'aumento del desiderio sessuale (Defreyne *et al.*, 2020; Fisher *et al.*, 2016; Giltay e Gooren, 2000; T'Sjoen *et al.*, 2019; Yeung *et al.*, 2020). Altri cambiamenti associati al testosterone includono l'aumento della massa magra e l'untuosità della pelle (de Blok *et al.*, 2020; Hembree *et al.*, 2017; Kuper *et al.*, 2019; Taliaferro *et al.*, 2019; Tishelman e Neumann-Mascis, 2018)[93].

Il trattamento con estrogeni induce lo sviluppo mammario. Tuttavia, meno del 20% dei soggetti raggiunge gli stadi mammari 4-5 di Tanner dopo 2 anni di trattamento (de Blok *et al.*, 2021). Ulteriori cambiamenti includono la diminuzione del volume testicolare, della massa magra, dell'untuosità della pelle, del desiderio sessuale, delle erezioni spontanee, dei peli del viso e del corpo, nonché l'aumento del grasso corporeo sottocutaneo. Nell3 pazienti adult3, gli estrogeni non alterano la voce o la statura della persona (Iwamoto *et al.*, 2019; Wiepjes *et al.*, 2019).

La tempistica e l'entità dei cambiamenti fisici variano da un individuo all'altro e sono legati a fattori quali la genetica, l'età di inizio e lo stato di salute generale (Deutsch *et al.*, 2015; van Dijk *et al.*, 2019). La conoscenza dell'entità e della tempistica dei cambiamenti indotti dagli ormoni sessuali, se disponibile, può prevenire potenziali danni e spese legate a inutili modifiche del trattamento, aumenti delle posologie e procedure chirurgiche premature (Dekker *et al.*, 2016).

Dichiarazione 12.13.

Raccomandiamo al personale sanitario di non prescrivere l'etinilestradiolo alle persone TGD come parte di un trattamento ormonale di affermazione di genere. Per ulteriore materiale, v. Dichiarazione 12.15.

Dichiarazione 12.14

Suggeriamo al personale sanitario di prescrivere estrogeni transdermici nelle persone TGD con un rischio più elevato di sviluppare tromboembolismo venoso in base all'età > 45 anni o a una precedente anamnesi di tromboembolismo venoso quando è raccomandato un trattamento con estrogeni per l'affermazione di genere. Per ulteriore materiale, v. Dichiarazione 12.15.

Dichiarazione 12.15.

Suggeriamo al personale sanitario di non prescrivere alle persone TGD, come parte della terapia ormonale per l'affermazione del genere, gli estrogeni coniugati quando è disponibile l'estradiolo.

La determinazione del composto estrogenico più sicuro ed efficace così come la via di somministrazione per le persone TGD è un argomento importante. Le terapie a base di estrogeni raccomandate sono presentate nell'Appendice C, Tabella 4. L'*Amsterdam Medical Center (*AMC) ha riportato per la prima volta 45 casi di tromboembolismo venoso (TEV) verificatisi in 816 donne *transgender*, in particolare un rapporto di incidenza atteso di TEV

venti volte superiore a quello riportato in una popolazione *cisgender* (van Kesteren *et al.*, 1997). In seguito a questa segnalazione, l'AMC ha raccomandato l'uso di estradiolo transdermico per le donne

[93] Vedi Appendice C, Tabella 1.

transgender di età superiore ai 40 anni, il quale ha successivamente ridotto l'incidenza di TEV (Nota *et al.*, 2019; Toorians *et al.*, 2003). Altri studi hanno suggerito che l'etinilestradiolo è associato a un rischio maggiore di coagulazione del sangue, a causa di una maggiore resistenza agli effetti anticoagulanti della proteina C attivata (APC) e di concentrazioni elevate dei fattori di coagulazione proteina C e proteina S (Toorians *et al.*, 2013). Studi pubblicati negli ultimi 15 anni da altre cliniche hanno riportato che le donne *transgender* che assumevano altre forme di estrogeni avevano tassi più bassi di TEV rispetto alle donne *transgender* che assumevano etinilestradiolo (Asscheman *et al.*, 2013). Inoltre, una *systematic review* del 2019 ha concluso che la somministrazione di etinilestradiolo è associata ad un rischio più elevato di TEV nelle donne *transgender*, mentre è stata identificata anche un'associazione tra l'uso di progesterone e la TEV (Goldstein *et al.*, 2019).

Le linee guida del 2017 dell'*Endocrine Society* non raccomandano gli estrogeni equini coniugati (CEE) come scelta di trattamento, poiché i livelli ematici di estrogeni coniugati non possono essere misurati nelle donne *transgender*, rendendo difficile prevenire una posologia sovrafisiologica di estrogeni e aumentando così il rischio potenziale di TEV (Hembree *et al.*, 2017). Uno studio retrospettivo condotto nel Regno Unito ha esaminato i rischi dei CEE orali *versus* all'estradiolo valerato orale *versus* all'etinilestradiolo orale e ha rilevato un aumento fino a 7 volte della percentuale di donne *transgender* nel gruppo dei CEE orali che hanno sviluppato un TEV rispetto alle donne *transgender* che hanno utilizzato altre forme di estrogeni (Seal *et al.*, 2012). In uno studio caso-controllo nidificato, oltre 80.000 donne *cisgender* di età compresa tra i 40 e i 79 anni che hanno sviluppato un TEV sono state confrontate con circa 390.000 donne *cisgender* senza TEV; i risultati hanno dimostrato che l'uso di estradiolo orale aveva un rischio minore di TEV rispetto agli estrogeni coniugati, mentre gli estrogeni transdermici non erano associati a un aumento del rischio di TEV (Vinogradova *et al.*, 2019).

Una *systematic review* ha valutato diverse formulazioni di estrogeni e ha identificato uno studio retrospettivo e uno trasversale nei quali sono stati effettuati confronti diretti tra i rischi associati alle diverse formulazioni (Wierckx *et al.*, 2012; 2013). Nessuno studio identificato, che valutava il rischio di diverse formulazioni di estrogeni, utilizzava un disegno interventistico prospettico. Lo studio retrospettivo ha esaminato 214 donne *transgender* che assumevano estradiolo transdermico (gel di 17β-estradiolo 1,5 mg/die o cerotto di estradiolo 50 mcg/die) o una posologia giornaliera di estrogeni orali (estradiolo 2 mg/die, estriolo 2 mg/die, etinilestradiolo 50 mcg/die o etinilestradiolo 30-50 mcg in un contraccettivo orale) (Wierckx *et al.*, 2013). Nel corso di un periodo di osservazione di 10 anni, il 5% della coorte ha sviluppato un TEV, mentre l'1,4% (3 su 214) ha avuto un infarto miocardico (IM) e il 2,3% (5 su 214) un attacco ischemico transitorio o un incidente cerebrovascolare (TIA/CVA). La prevalenza di TEV, IM e TIA/CVA è aumentata dopo l'inizio della terapia estrogenica. Tuttavia, il gruppo di ricerca non ha riportato differenze tra le formulazioni di estrogeni in termini di questi *endpoint*.

Lo stesso gruppo di ricerca ha condotto uno studio trasversale che ha esaminato 50 donne *transgender* (età media 43 ± 10 anni) che assumevano estrogeni per via orale (estradiolo valerato 2 mg/die, estriolo 2 mg/die o etinilestradiolo 50-120 mcg/die) o che utilizzavano estradiolo per via transdermica (17β-estradiolo 1,5 mg/die o estradiolo 50 mcg/die) per un periodo di

follow-up di 9,2 anni (Wierckx *et al.*, 2012). Il 12% (n = 6) ha sviluppato TEV, IM o TIA/CVA. Due delle partecipanti assumevano estrogeni coniugati 0,625 mg/die (una persona in associazione con ciproterone acetato), due partecipanti assumevano etinilestradiolo 20-50 mcg/die, una assumeva ciproterone acetato 50 mg/die, mentre il tipo di estrogeno utilizzato dalla sesta partecipante non era stato definito. Nessuno dei soggetti che assumevano estradiolo orale o transdermico ha sviluppato TEV, IM o TIA/CVA.

Uno studio prospettico ha esaminato la via di somministrazione degli estrogeni in 53 donne *transgender* in uno studio multicentrico condotto in tutta Europa. Le donne *transgender* di età inferiore ai 45 anni (n = 40) hanno ricevuto estradiolo valerato 4 mg/die in associazione con ciproterone acetato (CPA) 50 mg/die e le donne *transgender* di età superiore ai 45 anni (n = 13) hanno ricevuto 17β-estradiolo transdermico, sempre con CPA. Dopo un *follow-up* di 1 anno non sono stati segnalati TEV, IM o TIA/CVA né nel gruppo degli estrogeni orali né in quello degli estrogeni transdermici. Un altro studio retrospettivo condotto a Vienna non ha rilevato alcun caso di TEV tra le 162 donne *transgender* che hanno utilizzato estradiolo transdermico e che sono state seguite per una media di 5 anni (Ott *et al.*, 2010).

Siamo fortemente convint3 della nostra raccomandazione contro l'uso dell'etinilestradiolo sulla base dei dati storici della clinica di Amsterdam, i quali dimostrano una riduzione dell'incidenza di TEV dopo l'interruzione dell'uso dell'etinilestradiolo e della recente revisione sistematica che dimostra un aumento del rischio di TEV nelle donne *transgender* che assumono etinilestradiolo (Weinand e Safer, 2015). Siamo convint3 della nostra raccomandazione contro l'uso dei CEE sulla base dello studio del 2012 di Seal *et al.* che dimostra un aumento del rischio di TEV nelle donne *transgender* che assumono CEE rispetto ad altre formulazioni di estrogeni e dei dati relativi alle donne *cisgender* in TOS (Canonico *et al.*, 2007; Seal *et al.*, 2012). Studi prospettici e retrospettivi su donne *transgender* hanno riportato casi di TEV/IM/CVA solo in quelle che assumevano CEE o etinilestradiolo. Poiché l'estradiolo è poco costoso, più disponibile e sembra più sicuro dei CEE in studi limitati, il Comitato raccomanda di non usare i CEE quando l'estradiolo è un'alternativa terapeutica disponibile. La qualità degli studi può essere limitata a disegni di studio prospettici, di coorte o trasversali; tuttavia, il più forte livello di raccomandazione si basa sull'evidenza consistente che sostiene l'associazione tra l'uso di etinilestradiolo e CEE e un maggior rischio di TEV/IM/CVA nelle donne *transgender*.

Siamo inoltre convint3 della nostra raccomandazione per la somministrazione di preparazioni transdermiche di estrogeni nelle donne *transgender* più anziane (età > 45 anni) o con una precedente anamnesi di TEV. La forza della nostra raccomandazione si basa sulla diminuzione dell'incidenza di TEV riportata dalla clinica di Amsterdam quando le donne *transgender* passavano all'uso di preparati transdermici dopo i 40 anni (van Kesteren *et al.*, 1997). In aggiunta, lo studio di coorte prospettico multicentrico ENIGI non ha rilevato alcuna incidenza di TEV/IM/CVA nelle donne *transgender* che sono passate di *routine* agli estrogeni transdermici all'età di 45 anni (Dekker *et al.*, 2016). Oltre a ciò, uno studio di Ott *et al.* ha dimostrato l'assenza di incidenza di TEV in 162 donne *transgender* trattate con cerotti di estradiolo (Ott *et al.*, 2010).

Con l'eccezione del ciproterone acetato (il cui uso non è approvato negli Stati Uniti a causa di timori legati a una potenziale epatotossicità), l'uso dei progestinici nei protocolli di terapia

ormonale rimane controverso. Ad oggi, non sono stati condotti studi di qualità che abbiano valutato il ruolo dei progestinici nella terapia ormonale delle pazienti *transgender*.

Siamo consapevoli che alcun3 medic3 che prescrivono progestinici, compreso il progesterone micronizzato, hanno l'impressione che vi possano essere miglioramenti nello sviluppo mammario e/o delle areole, nell'umore, nella libido e nella forma generale per coloro che lo richiedono, oltre ad altri benefici ancora da dimostrare (Deutsch, 2016a; Wierckx *et al.*, 2014). Tuttavia, questi miglioramenti rimangono aneddotici e non vi sono dati di qualità a supporto dell'uso di progestinici. Un tentativo di *systematic review*, che abbiamo commissionato per questa versione dei *SOC*, non ha individuato dati sufficienti per formulare una raccomandazione a favore di qualsiasi progestinico. Al contrario, i dati esistenti suggeriscono che l'esposizione prolungata ai progestinici sia dannosa (Safer, 2021).

Per le donne *cisgender* che hanno l'utero, i progestinici in associazione con gli estrogeni sono necessari per evitare il rischio di cancro endometriale associato alla somministrazione di soli estrogeni. Per le donne *cisgender* che non hanno l'utero, i progestinici non vengono utilizzati. I maggiori dati che supportano le preoccupazioni relative all'uso di progestinici provengono dal confronto tra le due popolazioni *cisgender* sopra citate, che riconosciamo non essere necessariamente generalizzabile alla popolazione *transgender*. Sebbene non si tratti di un effetto di classe per tutti i progestinici, il medrossiprogesterone in combinazione con gli estrogeni equini coniugati è associato a un maggior rischio cardiaco e di cancro al seno (Chlebowski, 2020; Manson, 2013). È importante notare che i dati degli studi della *Women's Health Initiative* (WHI) potrebbero non essere generalizzabili alla popolazione *transgender*. Rispetto alle donne *cisgender* degli studi, le popolazioni *transgender* che richiedono la terapia ormonale tendono a essere più giovani, non fanno uso di estrogeni equini e la terapia ormonale in questi casi è finalizzata alla salute mentale e alla qualità di vita attuali e non solo alla prevenzione dei rischi (Deutsch, 2016a).

I potenziali effetti avversi dei progestinici includono aumento di peso, depressione e alterazioni dei lipidi. Il progesterone micronizzato può essere meglio tollerato e può avere un impatto più favorevole sul profilo lipidico rispetto al medrossiprogesterone (Fitzpatrick *et al.*, 2000). Per le donne *transgender*, se associato agli estrogeni, il progestinico ciproterone acetato si associa a un aumento della prolattina, a una riduzione del colesterolo HDL e a rari meningiomi. Questo non viene riscontrato quando gli estrogeni sono associati agli agonisti del GnRHa o allo spironolattone (Bisson, 2018; Borghei-Razavi, 2014; Defreyne *et al.*, 2017; Sofer *et al.*, 2020).

Pertanto, i dati ad oggi non includono prove di qualità a sostegno di un beneficio della terapia progestinica per le donne *transgender*. Tuttavia, la letteratura suggerisce un potenziale danno di alcuni progestinici, almeno in caso di esposizione pluriennale. Se, dopo aver discusso i rischi e i benefici del trattamento con progesterone, si decide di comune accordo di iniziare una sperimentazione della terapia con progesterone, chi prescrive deve effettuare l'*assessment* dellə paziente entro un anno per esaminarne la risposta al trattamento.

<u>Dichiarazione 12.16.</u>

Raccomandiamo al personale sanitario di prescrivere farmaci per la riduzione del testosterone (ciproterone acetato, spironolattone o agonisti del GnRHa) alle persone TGD idonee con testicoli che

assumono estrogeni come parte del piano di trattamento ormonale, nel caso in cui l'obiettivo dell'individuo sia quello di avvicinarsi alle concentrazioni di ormoni sessuali circolanti delle donne cisgender.

La maggior parte dei centri specializzati (*gender clinic*) negli Stati Uniti e in Europa prescrive estrogeni in associazione con un farmaco che abbassa il testosterone (Mamoojee *et al.*, 2017)[94]. Negli Stati Uniti, lo spironolattone è il farmaco per la riduzione del testosterone più comunemente prescritto, mentre i GnRHa sono comunemente utilizzati nel Regno Unito, il ciproterone acetato è più spesso prescritto nel resto d'Europa (Angus *et al.*, 2021; Kuijpers *et al.*, 2021).

Il motivo dell'aggiunta di un farmaco per abbassare il testosterone è duplice: 1) abbassare i livelli di testosterone fino a rientrare nell'intervallo di riferimento delle donne *cisgender*; 2) ridurre la quantità di estrogeni necessaria per ottenere effetti fisici adeguati. Ogni farmaco che abbassa il testosterone ha un profilo diverso di effetti collaterali. Lo spironolattone è un diuretico antipertensivo e risparmiatore di potassio, e quindi può portare a iperkaliemia, aumento della frequenza della minzione e riduzione della pressione sanguigna (Lin *et al.*, 2021). Il ciproterone acetato è stato correlato allo sviluppo di meningiomi e iperprolattinemia (Nota *et al.*, 2018). I GnRHa, pur essendo molto efficaci nell'abbassare i livelli di testosterone, possono causare osteoporosi se le posologie di estrogeni somministrate in associazione sono insufficienti (Klink *et al.*, 2015).

Una *systematic review* ha identificato uno studio che riportava i risultati di un confronto tra i due farmaci che abbassano il testosterone, ossia il ciproterone acetato e la leuprolide (Gava *et al.*, 2016). Due studi hanno confrontato un gruppo di donne *transgender* che assumevano estrogeni in aggiunta a farmaci per la riduzione del testosterone con un gruppo che riceveva solo estrogeni. La *systematic review* non ha fornito prove sufficienti per dimostrare che uno dei tre farmaci per la riduzione del testosterone sia più sicuro in termini di miglioramento della salute delle ossa, dei livelli di testosterone, dei livelli di potassio o dell'incidenza di iperprolattinemia o meningiomi (Wilson *et al.*, 2020). Pertanto, non è possibile fornire alcuna raccomandazione. La revisione ha riportato che l'uso di spironolattone era collegato a un aumento del 45% dei livelli di prolattina, mentre l'uso di ciproterone aumentava i livelli di prolattina di oltre il 100%. Tuttavia, il significato clinico degli elevati livelli di prolattina non è chiaro perché i tassi di prolattinomi non erano significativamente elevati né nei gruppi trattati con spironolattone né con CPA (Wilson *et al.*, 2020).

Uno studio retrospettivo di coorte di un singolo centro negli Stati Uniti non ha riportato aumenti clinicamente significativi dei livelli di prolattina in 100 donne *transgender* trattate con estrogeni e spironolattone (Bisson *et al.*, 2018).

Uno studio retrospettivo condotto nei Paesi Bassi, su 2.555 donne *transgender* che assumevano principalmente CPA con varie formulazioni di estrogeni, ha riportato un aumento del rapporto standardizzato di incidenza di meningiomi nell3 pazienti che hanno usato ciproterone acetato dopo la gonadectomia per molti anni rispetto alla popolazione generale olandese (Nota *et al.*, 2018). Inoltre, in uno studio più breve condotto in Belgio, 107 donne *transgender* hanno presentato innalzamenti transitori dei livelli di prolattina in seguito al trattamento con ciproterone acetato, i quali sono tornati alla normalità dopo la sua

[94] Si veda Appendice C, Tabella 5.

sospensione (Defreyne *et al.*, 2017). Una recente pubblicazione, non inclusa nella *systematic review*, ha esaminato 126 donne *transgender* che assumevano spironolattone, GnRHa o ciproterone e ha concluso che il ciproterone era associato a livelli di prolattina più elevati e a un profilo lipidico peggiore rispetto a spironolattone o GnRHa (Sofer *et al.*, 2020).

Dopo aver valutato i costi e l'accessibilità della misurazione dei livelli di prolattina rispetto al significato clinico di un livello elevato, si è deciso di non raccomandare o meno il monitoraggio dei livelli di prolattina in questo momento. Il personale sanitario deve, quindi, prendere decisioni cliniche personalizzate riguardo la necessità di misurare i livelli di prolattina in base al tipo di terapia ormonale e/o alla presenza di sintomi di iperprolattinemia o di un tumore ipofisario (per es., galattorrea, alterazioni del campo visivo).

Il ciproterone è stato anche associato al meningioma. In letteratura sono stati riportati nove casi di meningioma tra le donne *transgender* che assumevano principalmente ciproterone acetato (Mancini *et al.*, 2018).

Questo aumento del rischio è stato identificato anche nelle popolazioni *cisgender*. Nel 2020, l'Agenzia Europea per i Medicinali ha pubblicato un rapporto in cui raccomanda di limitare l'uso di prodotti a base di ciproterone con posologie giornaliere pari o superiori a 10 mg, questo a causa del rischio di sviluppare un meningioma (The European Medicines Agency, 2020). Molto probabilmente questa associazione è un effetto specifico del ciproterone acetato e non è stata estrapolata per includere altri farmaci che abbassano il testosterone. Negli Stati Uniti, dove il ciproterone acetato non è disponibile, il *database* della *North American Association of Central Cancer Registries* (NAACCRs) non ha identificato un aumento del rischio di tumori cerebrali (non specifici per i meningiomi) tra le donne *transgender* (Nash *et al.*, 2018). Inoltre, non è stato riscontrato un aumento del rapporto di rischio di tumori cerebrali nella coorte Kaiser di 2.791 donne *transgender* rispetto al gruppo di controllo *cisgender* (Silverberg *et al.*, 2017). Nessuno studio longitudinale ha riportato il rischio di meningiomi e prolattinomi nelle donne *transgender* che assumono GnRHa.

La nostra forte raccomandazione per l'uso di farmaci che abbassano il testosterone come parte di una terapia ormonale, per gli individui *transgender* con testicoli, si basa sulla pratica globale di usare questi farmaci in associazione alle terapie estrogeniche e sul rischio relativamente minimo associato a queste terapie. Tuttavia, al momento non siamo in grado di formulare una raccomandazione a favore di un farmaco per la riduzione del testosterone rispetto a un altro. I dati pubblicati finora sollevano alcune preoccupazioni sul rischio di meningiomi con l'uso prolungato (>2 anni) e a posologie elevate (>10 mg al giorno) di ciproterone acetato (Nota *et al.*, 2018; Ter Wengel *et al.*, 2016; Weill *et al.*, 2021).

La bicalutamide è un antiandrogeno utilizzato nel trattamento del cancro alla prostata. Si lega in modo competitivo al recettore degli androgeni per bloccare il legame degli androgeni. I dati sull'uso della bicalutamide nelle popolazioni trans AMAB (*Assigned male at birth*) sono molto scarsi e mancano dati sulla sicurezza. Uno studio con un campione limitato ha esaminato l'uso della bicalutamide 50 mg al giorno come bloccante della pubertà in 23 adolescenti trans AMAB che non potevano ottenere un trattamento con un analogo del GnRHa (Neyman *et al.*, 2019). Tutt3 l3 adolescenti hanno manifestato uno sviluppo mammario, che è comunemente osservato anche negli uomini *cisgender* con cancro alla prostata trattati con bicalutamide. Sebbene

rara, con la bicalutamide è stata descritta un'epatotossicità fulminante con conseguente morte (O'Bryant *et al.*, 2008). Considerato che la bicalutamide non è stata studiata in modo approfondito in popolazioni trans AMAB, non ne raccomandiamo l'uso di *routine*.

La somministrazione di inibitori della 5α-reduttasi blocca la conversione del testosterone nel più potente androgeno diidrotestosterone. Le indicazioni approvate dalla *Food & Drug Administration* (FDA) per la somministrazione di finasteride includono l'ipertrofia prostatica benigna e l'alopecia androgenetica. I dati relativi all'uso degli inibitori della 5α-reduttasi nelle popolazioni trans AMAB sono molto scarsi (Irwig, 2021). Non è chiaro se questa classe di farmaci possa avere un beneficio clinico in individui trans AMAB i cui livelli di testosterone e di diidrotestosterone sono già stati abbassati con estrogeni e un antiandrogeno. Pertanto, non ne raccomandiamo l'uso di *routine* in queste popolazioni. La finasteride può essere un'alternativa terapeutica appropriata nelle persone trans AFAB (*assigned female at birth*) che presentano una fastidiosa alopecia dovuta a livelli più elevati di diidrotestosterone. Tuttavia, il trattamento con un inibitore della 5α-reduttasi può compromettere la crescita del clitoride e lo sviluppo dei peli del viso e del corpo nelle persone trans AFAB. Sono necessari studi per valutare l'efficacia e la sicurezza degli inibitori della 5α-reduttasi nelle popolazioni *transgender*.

Dichiarazione 12.17.

Raccomandiamo al personale sanitario di monitorare l'ematocrito (o l'emoglobina) nelle persone TGD trattate con testosterone.

Esistono dati di buona qualità che suggeriscono che un aumento dell'ematocrito (o dell'emoglobina) è associato alle persone TGD trattate con testosterone (Defreyne *et al.*, 2018). Gli schemi di testosterone nella *systematic review* includevano esteri di testosterone che andavano dall'equivalente di 25-250 mg SC/IM settimanali, testosterone undecanoato 1000 mg ogni 12 settimane o testosterone gel 50 mg applicato quotidianamente sulla pelle (Defreyne *et al.*, 2018; Gava *et al.*, 2018; Giltay *et al.*, 2000; Meriggiola *et al.*, 2008; Pelusi *et al.*, 2014; T'Sjoen *et al.*, 2005; Wierckx *et al.*, 2014a; 2014b). L'aumento previsto dovrebbe essere coerente con gli intervalli di riferimento negli uomini *cisgender*.

Dichiarazione 12.18

Suggeriamo al personale sanitario di collaborare con l3 chirurg3 per quanto riguarda l'uso di ormoni sia prima che dopo un intervento chirurgico di affermazione del genere. Per ulteriore materiale, v. Dichiarazione 12.19.

Dichiarazione 12.19.

Suggeriamo al personale sanitario di offrire consulenza alle persone TGD idonee relativamente alle varie opzioni disponibili per la chirurgia di affermazione del genere, a meno che la chirurgia non sia indicata o sia controindicata dal punto di vista medico.

Nonostante l'assenza di evidenze scientifiche, gli standard clinici perioperatori per gli interventi chirurgici di affermazione di genere hanno incluso la sospensione della terapia ormonale per 1-4 settimane prima e dopo la chirurgia, più comunemente, genitale (Hembree *et al.*, 2009). Tale pratica era intesa a mitigare il rischio di TEV associato alla somministrazione di estrogeni esogeni (Hembree *et al.*, 2009). Gli estrogeni e il testosterone potevano poi essere ripresi in un momento successivo all'intervento.

Dopo un attento esame, l3 ricercator3 non hanno riscontrato un aumento perioperatorio del tasso di TEV tra le persone *transgender* che si sottoponevano ad un intervento chirurgico, pur mantenendo il trattamento con steroidi sessuali per tutta la durata dell'intervento, rispetto a quello dell3 pazienti il cui trattamento con steroidi sessuali era stato interrotto prima dell'intervento (Gaither *et al.*, 2018; Hembree *et al.*, 2009; Kozato *et al.*, 2021; Prince e Safer, 2020). Il trattamento con steroidi sessuali è particolarmente importante dopo la gonadectomia per evitare le sequele dell'ipogonadismo, il rischio di sviluppare osteoporosi, così come per il mantenimento della salute mentale e della qualità di vita (Fisher *et al.*, 2016; Rosen *et al.*, 2019). Pertanto, chi prescrive la terapia ormonale e l3 chirurg3 dovrebbero educare l3 pazienti sulla necessità di una terapia ormonale esogena continua dopo la gonadectomia.

Per essere in grado di educare l3 pazienti e fungere da difensore clinico, il personale sanitario dovrebbe conoscere i rischi e i benefici degli interventi chirurgici di affermazione di genere e dovrebbe anche essere consapevole delle valutazioni di prestazioni e dei risultati chirurgici l3 chirurg3 a cui potrebbero indirizzare l3 loro pazienti (Beek *et al.*, 2015; Colebunders *et al.*, 2017; Wiepjes *et al.*, 2018). In generale, la maggior parte degli interventi chirurgici necessari dal punto di vista medico può contemplare tre regioni: viso, petto/seno e genitali (interni ed esterni). Altre procedure necessarie dal punto di vista medico includono il rimodellamento del corpo (*body contouring*) e la chirurgia della voce[95].

Sono disponibili diverse procedure per gli interventi chirurgici di conferma del genere sul viso, tra cui, ma non limitate a, condrolaringoplastica, rinoplastica, rimodellamento o modellamento della mandibola, del mento e della fronte, *lifting*, epilazione e trapianto dei capelli[96]. Le procedure disponibili per la chirurgia del petto/seno includono la mastoplastica additiva, la doppia mastectomia con innesti di capezzoli, la mastectomia periareolare e la liposuzione. L'intervento chirurgico di affermazione del genere più comune per gli individui TGD con sviluppo endogeno del tessuto mammario è la mastectomia con mascolinizzazione del petto (Horbach *et al.*, 2015; Kailas *et al.*, 2017).

Le procedure di chirurgia genitale interna includono, ma non si limitano a, orchiectomia, isterectomia, salpingo-ovariectomia, vaginoplastica e colpectomia/vaginectomia (Horbach *et al.*, 2015; Jiang *et al.*, 2018). Il rivestimento interno nella vaginoplastica è solitamente costruito con pelle del pene, innesti cutanei, una combinazione di entrambi o un segmento intestinale. L'asportazione dell'utero e delle ovaie può essere eseguita singolarmente o insieme (isterectomia, salpingo-ovariectomia e colpectomia). Nel caso di una colpectomia, è necessario eseguire anche un'isterectomia. Le ovaie possono rimanere *in situ*, su richiesta dellə paziente. Un potenziale vantaggio di lasciare una o entrambe le ovaie è la preservazione della fertilità, mentre lo svantaggio è il potenziale sviluppo di patologie ovariche, tra cui il cancro (De Roo *et al.*, 2017).

Le procedure di chirurgia dei genitali esterni includono, ma non si limitano a, vulvoplastica, metoidioplastica e falloplastica (Djordjevic *et al.*, 2008; Frey *et al.*, 2016). L'epilazione è generalmente necessaria prima di eseguire interventi sui genitali esterni (Marks *et al.*, 2019). La

[95] Si veda la Dichiarazione di necessità medica nel capitolo 2, par. 2.1.

[96] Si veda il Capitolo 13.

vulvoplastica può includere la creazione del monte di venere, delle labbra, del clitoride e del meato uretrale. L'allungamento dell'uretra è un'opzione sia per la metoidioplastica che per la falloplastica, ma è associato a un tasso notevolmente più alto di complicanze (Schechter e Safa, 2018). La cura delle ferite e la terapia fisica sono necessarie per gestire le ferite derivanti dai siti donatori per la falloplastica (van Caenegem *et al.*, 2013). Anche la terapia pelvica può essere un importante intervento aggiuntivo dopo l'intervento chirurgico per la gestione delle funzioni di minzione e sessuale (Jiang *et al.*, 2019). Il dialogo, la comprensione reciproca e la comunicazione chiara in un linguaggio comune tra pazienti, personale sanitario e chirurg3 contribuiranno a prendere decisioni ponderate sulle procedure chirurgiche disponibili.

Dichiarazione 12.20.

Raccomandiamo al personale sanitario di iniziare e continuare la terapia ormonale per l'affermazione del genere per le persone TGD idonee[97] che desiderano questo trattamento, in quanto porta al dimostrato miglioramento del funzionamento psicosociale e della qualità della vita. Per ulteriore materiale, v. Dichiarazione 12.21.

Dichiarazione 12.21

Raccomandiamo al personale sanitario di mantenere la terapia ormonale esistente se la salute mentale della persona TGD deteriora e di valutare il motivo del deterioramento, a meno che non sia controindicato.

Nella popolazione *transgender* sono state documentate diverse problematiche in termini di salute mentale, tra cui depressione, suicidalità, ansia, diminuzione dell'autostima e disturbo da stress post-traumatico (Arcelus *et al.*, 2016; Becerra-Culqui *et al.*, 2018; Bouman *et al.*, 2017; Eisenberg *et al.*, 2017; Heylens, Elaut *et al.*, 2014; Witcomb *et al.*, 2018). Il modello del *gender minority stress* fornisce prove di numerose influenze e variabili coinvolte in queste problematiche (Hendricks e Testa, 2012; Meyer, 2003). Le influenze e le variabili delle problematiche di salute mentale proprie delle persone *transgender* includono esperienze di discriminazione, vittimizzazione, *misgendering*[98], rifiuto da parte della famiglia e transfobia interiorizzata (Hendricks e Testa, 2012). I fattori che hanno un effetto positivo sulla salute mentale includono il riconoscimento da parte della famiglia, le relazioni sociali e sentimentali di supporto, i legami con la comunità *transgender*, la protezione da parte di *policy* di affermazione e di inclusione, la presenza di *policy* di affermazione e di inclusione, il possesso di una documentazione anagrafica aggiornata (nome/genere) e il raggiungimento della transizione fisica di genere basata sugli obiettivi della persona (Bauer *et al.*, 2015; Bockting *et al.*, 2013; Bouman *et al.*, 2016; Davey *et al.*, 2014; de Vries *et al.*, 2014; Du Bois *et al.*, 2018; Gower *et al.*, 2018; Hendricks e Testa, 2012; Keo-Meier *et al.*, 2015; Meier *et al.*, 2013; Pflum *et al.*, 2015; Ryan *et al.*, 2010; Smith *et al.*, 2018).

È stato riscontrato che la terapia ormonale ha un impatto positivo sulla salute mentale e sulla qualità della vita dell3 giovani e dell3 adult3 TGD che intraprendono questo trattamento (Aldridge *et al.*, 2020; Allen *et al.*, 2019; Bauer *et al.*, 2015; Nobili *et al.*, 2018; Russell *et al.*, 2018; Ryan, 2009). In molti casi, la terapia

[97] Per i criteri di eleggibilità per adolescenti e adult3, consultare i capp. 5 e 6 e l'Appendice D.

[98] N.d.T.: utilizzo deliberato di pronomi associati al sesso assegnato alla nascita.

ormonale è considerata un intervento salvavita (Allen *et al.*, 2019; Grossman e D'Augelli, 2006; Moody *et al.*, 2015). Numerosi studi hanno riscontrato collegamenti tra l'inizio della terapia ormonale e il miglioramento della salute mentale nell3 giovani e nell3 adult3 (Aldridge *et al.*, 2020; Costa *et al.*, 2016; de Vries *et al.*, 2014; Kuper *et al.*, 2020; Nguyen *et al.*, 2018; White Hughto e Reisner, 2016), compreso il miglioramento della qualità della vita (Gorin-Lazard *et al.*, 2012; Gorin-Lazard *et al.*, 2013; Murad *et al.*, 2010; Newfield *et al.*, 2006; Nobili *et al.*, 2018; White Hughto e Reisner, 2016), una riduzione dell'ansia e della depressione (Aldridge *et al.*, 2020; Colizzi *et al.*, 2014; Davis e Meier, 2014; de Vries *et al.*, 2011; Gómez-Gil *et al.*, 2012; Rowniak *et al.*, 2019), una diminuzione dello stress e della paranoia (Keo-Meier e Fitzgerald, 2017). Uno studio prospettico e controllato che ha utilizzato il *Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2* (MMPI-2) ha dimostrato un miglioramento significativo in più domini del funzionamento psicologico negli uomini *transgender* dopo soli 3 mesi di trattamento con testosterone (Keo-Meier *et al.*, 2015). Sebbene vi siano tassi più elevati di sintomi di autismo nella popolazione *transgender*, non è stato riscontrato un aumento di tali sintomi dopo l'inizio della terapia ormonale (Nobili *et al.*, 2020).

Poiché una riduzione dei sintomi depressivi può essere correlata a una diminuzione del rischio di suicidio, la sospensione della terapia ormonale per la presenza di depressione o suicidalità può causare danni (Keo-Meier *et al.*, 2015; Levy *et al.*, 2003). Turban, King *et al.* (2020) hanno riscontrato una diminuzione delle probabilità di ideazione suicidaria nel corso della vita nell3 adolescenti che richiedevano il blocco puberale e avevano accesso a questo trattamento, rispetto a coloro che avevano un desiderio simile ma senza tale possibilità (Turban *et al.*, 2020). Una recente *systematic review* ha rilevato che il blocco puberale nell3 adolescenti TGD è stato collegato a miglioramento della vita sociale, diminuzione della suicidalità in età adulta, miglioramento del funzionamento psicologico e della qualità della vita (Rew *et al.*, 2020). Poiché l'evidenza suggerisce che la terapia ormonale è direttamente associata alla diminuzione dei sintomi di depressione e ansia, la pratica di sospendere la terapia ormonale finché questi sintomi non vengono trattati con la psichiatria tradizionale ha effetti iatrogeni (Keo-Meier *et al.*, 2015). Se è indicato un trattamento psichiatrico, questo può essere iniziato o modificato in modo concomitante senza interrompere la terapia ormonale.

CAPITOLO 13. Chirurgia e cure post-operatorie

La *gender-affirmation surgery* (GAS) (tr. chirurgia per l'affermazione di genere), necessaria dal punto di vista medico, si riferisce a una serie di procedure volte ad allineare il corpo di una persona con la sua identità di genere[99]. Questo capitolo descrive le raccomandazioni per l'intervento chirurgico e l'assistenza post-operatoria per adult3 e adolescenti TGD[100]. Una sintesi delle raccomandazioni e dei criteri di *assessment* è riportata nell'Appendice D. Riconoscendo la diversa ed eterogenea comunità di individui che si identificano come *transgender e gender diverse* (TGD), gli interventi chirurgici di affermazione di genere possono essere classificati lungo uno spettro di procedure per gli individui assegnati al sesso maschile alla nascita (AMAB) e assegnati al sesso femminile alla nascita (AFAB).

Nei soggetti TGD adeguatamente selezionati, la letteratura attuale sostiene i benefici della GAS. Anche se le complicazioni a seguito della GAS si verificano, molte sono minori o possono essere trattate in regime ambulatoriale (Canner *et al.*, 2018; Gaither *et al.*, 2018; Morrison *et al.*, 2016). Inoltre, i tassi di complicanze sono coerenti con quelli di procedure simili eseguite per diagnosi diverse (ossia, procedure non di affermazione di genere).

Negli individui AFAB, la chirurgia toracica di conferma del genere o "*top surgery*" (ovvero la "mastectomia sottocutanea") è stata studiata in studi prospettici (Agarwal *et al.*, 2018; Frederick *et al.*, 2017; Top e Balta, 2017; van de Grift *et al.*, 2017; van de Grift *et al.*, 2016), retrospettivi (Bertrand *et al.*, 2017; Claes *et al.*, 2018; Esmonde *et al.*, 2019; Lo Russo *et al.*, 2017; Marinkovic e Newfield, 2017; Poudrier *et al.*, 2019; Wolter *et al.*, 2015; Wolter *et al.*, 2018) e studi di coorte trasversali (Olson-Kennedy *et al.*, 2018; Owen-Smith *et al.*, 2018; van de Grift *et al.*, 2018; van de Grift *et al.*, 2018). L'efficacia della mastectomia è stata dimostrata in molteplici ambiti, tra cui un aumento consistente e diretto della qualità di vita correlata alla salute, una diminuzione significativa della disforia e un miglioramento consistente della soddisfazione per il proprio corpo e aspetto. Inoltre, i tassi di pentimento rimangono molto bassi, variando dallo 0 al 4%. Anche se l'effetto della *top surgery* su altri indicatori di risultato (*outcome*) come la depressione, l'ansia e la funzione sessuale ha dimostrato un beneficio, gli studi non erano sufficientemente solidi per trarre conclusioni definitive. Sebbene siano necessarie ulteriori indagini per trarre conclusioni più solide, l'evidenza dimostra che la mastectomia è un intervento sicuro ed efficace.

Negli individui AMAB, sono stati pubblicati meno studi sulla mastoplastica additiva ("aumento del seno") e includono due studi prospettivi (Weigert *et al.*, 2013; Zavlin *et al.*, 2018), uno di coorte retrospettiva (Fakin *et al.*, 2019) e tre studi di coorte trasversali (Kanhai *et al.*, 2000; Owen-Smith *et al.*, 2018; van de Grift, Elaut *et al.*, 2018). Tutti gli studi hanno riportato un miglioramento consistente e diretto della soddisfazione dell3 pazienti, compresa la soddisfazione generale, la soddisfazione dell'immagine corporea dopo l'intervento. Owen-Smith *et al.* (2018) hanno dimostrato una tendenza positiva al miglioramento dei punteggi di depressione e ansia con l'aumento dei livelli di interventi di affermazione di genere. Tuttavia, non è stato effettuato un confronto statistico tra le

[9999] Si veda cap. 2, par. 2.1.

[100] Si rimanda ai cap. 5 e 6 per i criteri di *assessment* relativi alla chirurgia per adult3 e adolescenti.

persone sottoposte alla mastoplastica e altri gruppi.

La vaginoplastica è uno degli interventi chirurgici di affermazione di genere più frequentemente riportati; otto studi prospettici (Buncamper *et al.*, 2017; Cardoso da Silva *et al.*, 2016; Kanhai, 2016; Manero Vazquez *et al.*, 2018; Papadopulos *et al.*, 2017; Tavakkoli Tabassi *et al.*, 2015; Wei *et al.*, 2018; Zavlin *et al.*, 2018), quindici retrospettivi di coorte (Bouman *et al.*, 2016; Buncamper *et al.*, 2015; Hess *et al.*, 2016; Jiang *et al.*, 2018; LeBreton *et al.*, 2017; Manrique *et al.*, 2018; Massie *et al.*, 2018; Morrison *et al.*, 2015; Papadopulos *et al.*, 2017; Raigosa *et al.*, 2015; Salgado *et al.*, 2018; Seyed-Forootan *et al.*, 2018; Sigurjonsson *et al.*, 2017; Simonsen *et al.*, 2016; Thalaivirithan *et al.*, 2018), e recentemente tre studi di coorte trasversali (Castellano *et al.*, 2015; Owen-Smith *et al.*, 2018; van de Grift *et al.*, 2018).

Sebbene siano state utilizzate diverse misure di *assessment*, i risultati di tutti gli studi hanno costantemente riportato un alto livello di soddisfazione dell3 pazienti (78-100%) e di soddisfazione della funzione sessuale (75-100%). Ciò era particolarmente evidente quando si utilizzano tecniche chirurgiche più recenti. La vaginoplastica è stata anche associata a un basso tasso di complicanze e a una bassa incidenza di ripensamenti (0-8%).

La letteratura recente mostra il crescente interesse clinico per la metoidioplastica e la falloplastica, come risulta da tre coorti prospettiche (Garaffa *et al.*, 2010; Stojanovic *et al.*, 2017; Vukadinovic *et al.*, 2014), sei coorti retrospettive (Cohanzad, 2016; Garcia *et al.*, 2014; Simonsen *et al.*, 2016; van de Grift *et al.*, 2017; van der Sluis *et al.*, 2017; Zhang *et al.*, 2015) e quattro studi trasversali (Castellano *et al.*, 2015; Owen-Smith *et al.*, 2018; van de Grift *et al.*, 2018; Wierckx *et al.*, 2011), che hanno esaminato i rischi e i benefici di queste procedure.

Per quanto riguarda la funzione urinaria, tra il 75 e il 100% dell3 partecipanti allo studio è stato in grado di orinare in piedi. Per quanto riguarda la funzione sessuale, tra il 77 e il 95% dell3 partecipanti allo studio ha riferito di essere soddisfatt3 della propria funzione sessuale. La maggior parte di questi studi riporta alti livelli complessivi di soddisfazione post-operatoria (*range* 83-100%), con tassi di soddisfazione più elevati negli studi che coinvolgono le tecniche chirurgiche più recenti. Due studi di coorte prospettici e due retrospettivi hanno valutato specificamente il ripensamento dopo l'intervento chirurgico e non hanno riscontrato alcun ripensamento negli uomini *transgender*. Sebbene siano state identificate le limitazioni degli studi, i risultati riportati sono stati coerenti e diretti.

Negli ultimi anni, la GAS al volto (FGAS) ha ricevuto una maggiore attenzione e la letteratura attuale ne sostiene i benefici. Otto pubblicazioni recenti includono una coorte prospettica (Morrison *et al.*, 2020), cinque coorti retrospettive (Bellinga *et al.*, 2017; Capitán *et al.*, 2014; Noureai *et al.*, 2007; Raffaini *et al.*, 2016; Simon *et al.*, 2022) e due studi trasversali (Ainsworth e Spiegel, 2010; van de Grift *et al.*, 2018). Gli otto studi hanno dimostrato chiaramente che i soggetti erano molto soddisfatti dei risultati chirurgici (tra il 72% e il 100% dei soggetti). Inoltre, i soggetti erano significativamente più soddisfatti dell'aspetto del loro viso rispetto ai soggetti che non si erano sottoposti a chirurgia. Uno studio prospettico, internazionale, multicentrico e di coorte, ha rilevato che la GAS al volto migliora significativamente la qualità di vita a medio e lungo termine (Morrison *et al.*, 2020). I risultati sono stati espliciti e costanti, ma potrebbero essere leggermente imprecisi a causa di alcune limitazioni dello studio. Sebbene la chirurgia al volto di affermazione di genere

per le persone AFAB sia un campo emergente, i dati attuali, seppur limitati, indicano benefici uguali in pazienti selezionat3. Raccomandiamo studi futuri.

Nel processo preoperatorio possono essere necessarie ulteriori procedure e/o interventi come l'epilazione (prima della chirurgia al volto e/o ai genitali)[101]. Inoltre, la consulenza per la terapia fisica del pavimento pelvico può essere importante (o necessaria) sia prima che dopo l'intervento.

Gli interventi chirurgici includono[102]:

Persone AMAB: chirurgia di femminilizzazione del viso (compresa la condrolaringoplastica/chirurgia delle corde vocali), mastoplastica additiva, procedure di rimodellamento del corpo, orchiectomia, vaginoplastica/vulvoplastica (con o senza profondità), procedure estetiche e procedure progettate per preparare gli individui all'intervento chirurgico (ad es., epilazione).

AFAB: chirurgia di mascolinizzazione del viso, mastectomia con la mascolinizzazione del torace, isterectomia/ooforectomia, metoidioplastica (incluso il posizionamento di protesi testicolari), falloplastica (incluso il posizionamento di protesi testicolari/penili), procedure di rimodellamento del corpo, procedure estetiche e procedure volte a preparare gli individui all'intervento chirurgico (es. epilazione).

È importante che l3 chirurg3 comprendano i criteri e i tempi della GAS. Questo è particolarmente importante quando si tratta di adolescenti[103].

È importante che lə chirurgə e lə paziente partecipino in maniera condivisa alla decisione, questo comprende:

1. un approccio multidisciplinare;
2. la comprensione degli obiettivi e delle aspettative dellə paziente;
3. una discussione sulle opzioni chirurgiche e sui rischi e benefici associati;
4. un piano informato per la cura successiva[104] .

Queste raccomandazioni sono pensate per facilitare un approccio personalizzato alla cura.

Un'adeguata assistenza post-operatoria è essenziale per ottimizzare i risultati (Buncamper *et al.*, 2015; Lawrence, 2003) ed è importante che l3 pazienti siano informat3 sulle esigenze post-operatorie (tra cui: cura locale della ferita, restrizioni all'attività fisica, riposo dal lavoro o dalla scuola, ecc.). Inoltre, è importante che lə chirurgə sia disponibile a fornire e facilitare le cure post-operatorie, a rivolgersi a servizi specialistici, o entrambi, a seconda delle necessità. Questo può includere la necessità di un supporto continuo (da parte di *caregiver* ma anche dall3 medic3 di medicina generale, di professionist3 della salute mentale (PSM), o di entramb3), così come la necessità di cure primarie di routine (ad esempio, *screening* del cancro al seno e al torace, cure urologiche/ginecologiche, ecc.)

[101] Si veda capitolo 15.

[102] Per l'elenco completo, vedere la fine di questo capitolo e l'appendice E.

[103] Vedi capitolo 6.

[104] Si veda il capitolo 5.

Raccomandazioni

13.1. Raccomandiamo che l3 chirurg3 che eseguono procedure chirurgiche di affermazione di genere abbiano le seguenti credenziali:

13.1.a. Formazione e supervisione documentata in procedure di affermazione di genere;

134.1.b. Mantenimento di una pratica attiva nelle procedure chirurgiche di affermazione di genere;

13.1.c. Conoscenza delle identità ed espressioni *gender diverse*;

13.1.d. Formazione continua nel campo della chirurgia di affermazione di genere

13.1.e. Monitoraggio dei risultati chirurgici.

13.2. Raccomandiamo all3 chirurg3 effettuare l'*assessment* per i fattori di rischio associati al cancro al seno prima della mastoplastica additiva o della mastectomia.

13.3. Raccomandiamo all3 chirurg3 di informare le persone TGD che si sottopongono a procedure chirurgiche di affermazione di genere dei requisiti di assistenza post-operatoria, sul viaggio e sull'alloggio e sull'importanza del *follow-up* post-operatorio durante il processo preoperatorio.

13.4. Raccomandiamo all3 chirurg3 di accertarsi che le alternative riproduttive siano state discusse prima della gonadectomia.

13.5. Suggeriamo che l3 chirurg3 prendano in considerazione la possibilità di offrire la gonadectomia a adult3 TGD idone3*[105] quando è dimostrato che sono state sottoposte ad almeno 6 mesi di terapia ormonale (a meno che la terapia ormonale o la soppressione gonadica non siano clinicamente indicate o la procedura non sia coerente con i desideri, gli obiettivi o le espressioni dell'identità di genere individuale della persona).

13.6. Suggeriamo che il personale sanitario prenda in considerazione le procedure genitali per l3 adult3 TGD idone3* che richiedono questi interventi quando è dimostrato che l'individuo è rimasto stabile nel suo attuale regime terapeutico (che può includere almeno 6 mesi di trattamento ormonale o un periodo più lungo, se necessario per ottenere il risultato chirurgico desiderato, a meno che la terapia ormonale non sia desiderata o controindicata).

13.7. Raccomandiamo all3 chirurg3 di prendere in considerazione interventi chirurgici di affermazione di genere per l3 adolescenti TGD idone3* quando è stato dimostrato un approccio multidisciplinare che ha coinvolto nel processo decisionale sia PSM che medic3.

13.8. Raccomandiamo all3 chirurg3 di consultare un'*équipe* multidisciplinare nel campo della salute delle persone TGD quando le persone TGD idone3* richiedono interventi chirurgici personalizzati (precedentemente definiti "non standard") come parte di un intervento chirurgico di affermazione del genere.

13.9. Suggeriamo all3 chirurg3 che si occupano di uomini *transgender* e persone *gender diverse* AFAB sottopost3 a metoidioplastica/falloplastica di incoraggiare il *follow-up* urologico per tutta la vita.

13.10. Raccomandiamo all3 chirurg3 che si occupano di donne *transgender* e di persone *gender diverse* AMAB sottoposte a vaginoplastica di incoraggiare il *follow-up* con lə loro chirurgə, lə medicə di medicina generale o lə ginecologə.

13.11. Raccomandiamo che l3 pazienti che si pentono dell'intervento chirurgico siano gestiti da un'*équipe* multidisciplinare esperta.

Con l'aumento dell'interesse pubblico e del numero di interventi chirurgici di affermazione di genere (Canner *et al.*, 2018; Ross, 2017; Shen *et al.*, 2019), sono necessari una formazione supplementare, il monitoraggio dei risultati e la formazione medica continua per l3 chirurg3 (Schechter *et al.*, 2017).

Tutte le affermazioni contenute in questo capitolo sono state proposte sulla base di un'approfondita revisione delle evidenze scientifiche, di un *assessment* dei benefici e dei danni, dei valori e delle preferenze dell3 operator3 e dell3 pazienti, nonché dell'utilizzo delle risorse e della loro applicabilità. In alcuni casi, riconosciamo che le evidenze sono limitate e/o che i servizi potrebbero non essere accessibili o desiderabili.

Dichiarazione 13.1.

Raccomandiamo che l3 chirurg3 che eseguono procedure chirurgiche di affermazione di genere abbiano le seguenti credenziali:

13.1.a. Formazione e supervisione documentata in procedure di affermazione di genere;

13.1.b. Mantenimento di una pratica attiva nelle procedure chirurgiche di affermazione di genere;

13.1.c. Conoscenza delle identità e delle espressioni di genere;

[105] Per i criteri di idoneità per l3 adolescent3 e l3 adult3, si rimanda ai capitoli 5 e 6 e all'Appendice D.

13.1.d. Formazione continua nel campo della chirurgia di affermazione di genere;

13.1.e. Monitoraggio dei risultati chirurgici.

L3 chirurg3 che offrono la GAS possono avere una formazione e venire da diverse specializzazioni chirurgiche. Le specializzazioni chirurgiche più comuni includono la chirurgia plastica, l'urologia, la ginecologia, l'otorinolaringoiatria e la chirurgia oro-maxillo-facciale (Jazayeri *et al.*, 2021).

Coerentemente con altri ambiti chirurgici, si raccomanda che solo l3 chirurg3 abilitat3 dai rispettivi albi professionali nazionali offrano la GAS. Inoltre, si raccomanda che l3 chirurg3 che offrono cure alle persone TGD abbiano ricevuto una formazione documentata sulle procedure di affermazione di genere e sui principi delle cure di affermazione di genere (Schechter *et al.*, 2017; Schechter e Schechter, 2019). Quest'ultimi includono, ma non solo, la conoscenza delle identità ed espressioni *gender diverse* e di come queste influenzino gli obiettivi, le aspettative e i risultati dell3 pazienti.

È importante che l3 chirurg3 che offrono la GAS conoscano le procedure disponibili e siano in grado di ottenere un consenso informato dall3 pazienti. Se l3 chirurg3 non offrono una procedura richiesta, devono essere in grado inviare la persona a unə collega per un secondo parere.

L3 chirurg3 che offrono la GAS devono partecipare alle attività di formazione continua nel campo della GAS (ad esempio, riunioni, conferenze, seminari, ecc.) per ottenere le conoscenze più recenti.

Raccomandiamo inoltre che gli esiti chirurgici siano monitorati e comunicati all3 pazienti come parte del processo per l'ottenimento consenso informato (Schechter *et al.*, 2017).

Inoltre, ospedali, enti dedicati alla salute e studi medici che offrono la GAS devono avere le adeguate competenze culturali (lingua, terminologia, ecc.). Ciò può richiedere una formazione continua e regolare del personale.

<u>Dichiarazione 13.2.</u>

Raccomandiamo all3 chirurg3 di effettuare l'assessment per i fattori di rischio associati al cancro al seno prima della mastoplastica additiva o della mastectomia.

Prima della mastoplastica additiva o della mastectomia, le persone devono essere informate e valutate in merito ai fattori di rischio per il tumore al seno/torace, tra cui le mutazioni genetiche (ad es. BRCA1, BRCA2), la storia clinica familiare, l'età, le radiazioni, l'esposizione agli estrogeni e la quantità di tessuto mammario che si prevede rimanga dopo l'intervento (Brown *et al.*, 2021; Brown e Jones, 2015; Colebunders *et al.*, 2014; Gooren *et al.*, 2013; Salibian *et al.*, 2021; Weyers *et al.*, 2010). Lo *screening* del cancro al seno/torace bilancia l'identificazione del cancro con la selezione di immagini, test e procedure appropriate. Attualmente non esistono linee guida di *screening evidence-based* specifici per le persone TGD (Salibian *et al.*, 2021), tuttavia esse sono state proposte di recente dall'*American College of Radiology* (Brown *et al.*, 2021). Poiché il rischio di cancro nelle persone che richiedono una mastoplastica additiva o una mastectomia per l'affermazione di genere è simile a quello della popolazione *cisgender* (anche in caso di uso di ormoni), è necessario seguire le linee guida esistenti per lo *screening* del cancro (Brown e Jones, 2015; Gooren *et al.*, 2013; Salibian *et al.*, 2021; Weyers *et al.*, 2010). L3 professionist3 devono mantenersi aggiornat3 su queste linee guida, poiché sono soggette a cambiamenti. Le persone che si sottopongono a interventi di

mastoplastica additiva e mastectomia dovrebbero sottoporsi a un monitoraggio continuo per il tumore al seno/torace, il quale dovrebbe essere supervisionato dall 3 loro medic3 di medicina generale.

Dichiarazione 13.3.

Raccomandiamo all3 chirurg3 di informare le persone TGD che si sottopongono a procedure chirurgiche di affermazione di genere dei requisiti di assistenza post-operatoria, sul viaggio e sull'alloggio e sull'importanza del follow-up post-operatorio durante il processo preoperatorio.

I dettagli sulle tempistiche, le tecniche e la durata dei requisiti di assistenza post-operatoria sono condivisi con l3 pazienti nel periodo preoperatorio, in modo da poter intraprendere una pianificazione adeguata. Ciò include una discussione sulle fasi delle procedure chirurgiche (e i relativi requisiti di viaggio).

Dato l'esiguo numero di chirurg3 specializzat3 in GAS, è frequente che l3 pazienti si spostino per gli interventi. Prima dell'intervento, l3 chirurg3 devono fornire all3 pazienti un programma di *follow-up* post-operatorio. Lə chirurgə deve discutere la durata del viaggio, la previsione di una degenza ospedaliera rispetto a quella ambulatoriale e la potenziale necessità di flessibilità nell'organizzazione del viaggio (soprattutto in caso di complicazioni). Data la complessità e il costo del viaggio e dell'alloggio, le modifiche al piano di cura devono essere condivise con lə paziente il prima possibile. L3 chirurg3 dovrebbero facilitare la continuità delle cure tramite personale sanitario locale.

La cura e il *follow-up* post-chirurgico sono importanti. Le procedure chirurgiche di affermazione di genere spesso prevedono requisiti specifici per la cura successiva all'intervento, come risorse per il post-intervento (alloggio stabile e sicuro; risorse per il viaggio e le cure di *follow-up*), istruzioni su abitudini positive per la salute (per esempio, igiene personale, vita sana, prevenzione delle infezioni delle vie urinarie (IVU) e delle infezioni sessualmente trasmesse (IST) (Wierckx *et al.*, 2011)), precauzioni post-intervento o limitazioni alle attività della vita quotidiana (per esempio, bagno, attività fisica, esercizio fisico, orientamento nutrizionale, ripresa dell'attività sessuale) (Capitán *et al.*, 2020), la ripresa post-operatoria dei farmaci (ad es. anticoagulanti, ormoni, ecc.) e le attività dettagliate di autocura post-operatoria (ad es., regimi di dilatazione e lavanda vaginale post-vaginoplastica, attivazione di una protesi peniena, strategie per ottimizzare la minzione post-falloplastica, raccomandazioni per la cura del trapianto di capelli) (Capitán *et al.*, 2017; Falcone *et al.*, 2018; Garcia, 2018; Hoebeke *et al.*, 2005). Alcuni aspetti delle attività di autocura post-intervento possono essere introdotti prima dell'intervento e rafforzati dopo l'intervento (Falcone *et al.*, 2018). Dato che possono verificarsi problemi come disturbi della ferita, difficoltà di dilatazione e IVU (Dy *et al.*, 2019), il periodo di *follow-up* offre l'opportunità di intervenire, attenuare e prevenire le complicazioni (Buncamper *et al.*, 2016; Garcia, 2021).

Dichiarazione 13.4.

Raccomandiamo all3 chirurg3 di accertarsi che le alternative riproduttive siano state discusse prima della gonadectomia.

L'infertilità è spesso una conseguenza temporanea della terapia ormonale per l'affermazione del genere e permanente della GAS, e la preservazione della fertilità viene discussa prima degli interventi medici, chirurgici o di entrambi (Defreyne *et al.*, 2020; Jahromi *et al.*, 2021; Jones *et al.*, 2021). Gli interventi chirurgici che alterano l'anatomia o la funzione

riproduttiva possono limitare in varia misura le opzioni riproduttive future (Nahata *et al.*, 2019). È quindi fondamentale discutere il rischio di infertilità e le alternative di preservazione della fertilità (FP) con le persone *transgender* e le loro famiglie prima di iniziare uno di questi interventi e in seguito su base continuativa (Hembree *et al.*, 2017)[106].

Dichiarazione 13.5.

Suggeriamo che l3 chirurg3 prendano in considerazione la possibilità di offrire la gonadectomia a adult3 TGD idone3* quando è dimostrato che sono state sottoposte ad almeno 6 mesi di terapia ormonale (a meno che la terapia ormonale o la soppressione gonadica non siano clinicamente indicate o la procedura non sia coerente con i desideri, gli obiettivi o le espressioni dell'identità di genere individuale della persona). Per ulteriore materiale, v. Dichiarazione 13.6.

Dichiarazione 13.6

Suggeriamo che il personale sanitario prenda in considerazione le procedure genitali per l3 adult3 TGD idone3* che richiedono questi interventi quando è stato dimostrato che l'individuo è rimasto stabile nel suo attuale regime terapeutico (che può includere almeno 6 mesi di trattamento ormonale o un periodo più lungo, se necessario per ottenere il risultato chirurgico desiderato, a meno che la terapia ormonale non sia desiderata o controindicata).

La terapia ormonale per l'affermazione del genere comporta cambiamenti anatomici, fisiologici e psicologici. L'insorgenza degli effetti anatomici (ad esempio, crescita del clitoride, atrofia della mucosa vaginale) può iniziare molto presto dopo l'inizio della terapia e l'effetto massimo è previsto a 1-2 anni (T'Sjoen *et al.*, 2019). A seconda del risultato chirurgico richiesto, un periodo di trattamento ormonale può essere necessario (ad esempio, una sufficiente virilizzazione prima della metoidioplastica/falloplastica) o preferito per motivi psicologici, anatomici o entrambi (crescita del seno ed espansione della pelle prima mastoplastica additiva, ammorbidimento della pelle e cambiamenti nella distribuzione del grasso facciale prima della GAS del volto) (de Blok *et al.*, 2021).

Per i soggetti che non assumono ormoni prima degli interventi chirurgici, è importante che l3 chirurg3 ne valutino l'impatto sull'intervento in programma.

Per i soggetti sottoposti a gonadectomia che non assumono ormoni, è possibile sviluppare un piano di sostituzione ormonale con lə medicə prescrittorə prima dell'intervento.

Dichiarazione 13.7.

Raccomandiamo all3 chirurg3 di prendere in considerazione interventi chirurgici di affermazione di genere per l3 adolescenti TGD idone3* quando è stato dimostrato un approccio multidisciplinare che ha coinvolto nel processo decisionale sia PSM che medic3.

Prove sostanziali, ad esempio, studi osservazionali (Monstrey *et al.*, 2001; Stojanovic *et al.*, 2017), revisioni della letteratura e opinioni di esperti (Esteva de Antonio *et al.*, 2013; Frey *et al.*, 2017; Hadj-Moussa *et al.*, 2019; Pan e Honig, 2018), linee guida consolidate (Byne *et al.*, 2018; Chen *et al.*, 2016; Hembree *et al.*, 2017; Karasic e Fraser, 2018; Klein *et al.*, 2018; Weissler *et al.*, 2018), e un'analisi tematica dei contenuti (Gerritse *et al.*, 2018), sostengono l'importanza di un approccio

[106] Per raccomandazioni specifiche sulle opzioni riproduttive, vedi capitolo 16.

multidisciplinare (ossia medico, psicologico e/o psichiatrico e chirurgico) all'assistenza sanitaria per le persone *transgender*.

Un approccio multidisciplinare è particolarmente importante per la gestione di problemi di salute mentale, se questi sono esperiti da una persona TGD che si sottopone a GAS (de Freitas *et al.*, 2020; Dhejne *et al.*, 2016; van der Miesen *et al.*, 2016). Inoltre, l3 medic3 di medicina generale e l3 medic3 specialist3 possono contribuire a sostenere le decisioni relative a quando sottoporsi all'intervento, ai risultati e alle aspettative chirurgiche, alla gestione ormonale perioperatoria e all'ottimizzazione delle condizioni mediche (Elamin *et al.*, 2010; Hembree *et al.*, 2017)[107].

Dichiarazione 13.8.

Raccomandiamo all3 chirurg3 di consultare un'équipe multidisciplinare nel campo della salute delle persone TGD quando le persone TGD idone3* richiedono interventi chirurgici personalizzati (precedentemente definiti "non standard") come parte di un intervento chirurgico di affermazione del genere.

L'identità di genere può presentarsi lungo uno spettro e l'espressione dell'identità di una persona può variare notevolmente tra gli individui (Beek *et al.*, 2015; Koehler *et al.*, 2018). Mentre l'obiettivo generale di una particolare procedura di solito include la riduzione della disforia di genere (van de Grift *et al.*, 2017) o il raggiungimento della congruenza di genere in base all'identità di genere dell'individuo, vi possono essere richieste chirurgiche personalizzate che potrebbero essere considerare "non standard" (Beek *et al.*, 2015; Bizic *et al.*, 2018). Le richieste chirurgiche personalizzate possono essere definite come:

1. una procedura che altera l'espressione di genere di un individuo senza necessariamente mirare a esprimere un genere alternativo e binario;
2. la combinazione "non standard" di procedure consolidate;
3. entrambe.

Questo è stato pensato per aiutare a consigliare e informare lə paziente, oltre a garantire che i suoi obiettivi possano essere raggiunti. Lə paziente e lə chirurgə devono collaborare per garantire che le aspettative dellə paziente siano realistiche e raggiungibili e che gli interventi richiesti siano sicuri e tecnicamente fattibili. Lə paziente e l'*équipe* chirurgica devono partecipare a un processo decisionale condiviso (Cavanaugh *et al.*, 2016). Questo processo per il consenso informato deve affrontare l'irreversibilità di alcune procedure, la natura recente di alcune procedure e le informazioni limitate disponibili sugli esiti a lungo termine di alcune procedure.

Dichiarazione 13.9.

Suggeriamo all3 chirurg3 che si occupano di uomini transgender e persone gender diverse AFAB sottopost3 a metoidioplastica/falloplastica di incoraggiare il follow-up urologico per tutta la vita.

Le complicazioni postoperatorie dopo la metoidoplastica/falloplastica riguardano il tratto urinario e la funzione sessuale (Kang *et al.*, 2019; Monstrey *et al.*, 2009; Santucci, 2018; Schardein *et al.*, 2019). Le complicanze uretrali segnalate (legate all'allungamento dell'uretra) comprendono stenosi uretrali per il 35-58%, fistole uretrali per il 15-70% (Monstrey *et al.*, 2009; Santucci,

[107] Per raccomandazioni specifiche sull'*assessment* pre-chirurgico nell3 adolescenti, v. il Capitolo 6.

2018; Schardein *et al.*, 2019), diverticoli, mucocele dovuto al residuo vaginale e crescita di peli all'interno della neouretra (Berli *et al.*, 2021; Veerman *et al.*, 2020). Le complicanze legate alla funzione sessuale includono una sensibilità tattile e/o erogena limitata o assente, difficoltà nel raggiungimento dell'orgasmo e complicazioni con le protesi peniene (Kang *et al.*, 2019; Santucci, 2018). Si stima che le complicanze legate alle protesi peniene riguardino infezioni (incidenza 8-12%), malfunzionamento, erosione uretrale, estrusione della pelle e dislocazione della sua fissazione ossea (Falcone *et al.*, 2018; Kang *et al.*, 2019; Morrison *et al.*, 2016). Sebbene la maggior parte delle complicanze uretrali e protesiche si verifichi nell'immediato e intermedio periodo postoperatorio, queste possono verificarsi in qualsiasi momento. La diagnosi precoce può ridurre la morbilità (ad esempio, stenosi uretrale con conseguenti fistole, erosione pendente di una protesi peniena con conseguente infezione e necessità di espianto totale) (Blecher *et al.*, 2019).

Il *follow-up* di *routine* per valutare l'evidenza precoce di stenosi uretrale (o di altri problemi urinari) comprende la misurazione del volume residuo post-minzione attraverso l'ecografia della vescica (per individuare e classificare la stenosi neouretrale), l'uretrografia fluoroscopica (per identificare e classificare le stenosi neouretrali, le fistole e i diverticoli) e la cistouretroscopia per esaminare l'uretra e la vescica. Le persone TGD AFAB possono anche avere problemi urologici di *routine* che non sono necessariamente correlati alla transizione (calcoli urinari, ematomi e neoplasie genitourinarie; preservazione della fertilità) (Sterling e Garcia, 2020a; 2020b).

Dichiarazione 13.10

Raccomandiamo all3 chirurg3 che si occupano di donne transgender e di persone gender diverse AMAB sottoposte a vaginoplastica di incoraggiare il follow-up con lə loro chirurgə, lə medicə di medicina generale o lə ginecologə.

La vaginoplastica è una procedura sicura. Anche se possono verificarsi complicazioni, la maggior parte dell3 pazienti guariscono senza trattamento o possono essere trattate con interventi minori (Hontscharuk *et al.*, 2021). Le complicanze minori includono problemi quali la formazione di tessuto di granulazione, la crescita di peli intravaginali, il ritardo nella guarigione della ferita o la riapertura della ferita (o entrambi), problemi estetici e stenosi introitale (Ferrando, 2020; Kloer *et al.*, 2021). Sebbene queste complicanze di solito guariscano senza trattamento, possono avere un impatto sul benessere dellə paziente dopo l'intervento. Inoltre, questi problemi possono non essere diagnosticati o essere diagnosticati in modo errato se l3 pazienti non sono in grado di accedere alle cure fornite da professionist3 espert3 nel campo della salute delle persone *transgender*. Raccomandiamo all3 pazienti di essere seguit3 dallə loro chirurgə di persona e a intervalli regolari, ad esempio a due settimane, tre mesi, sei mesi e un anno dall'intervento, anche se per alcuni individui può essere indicato un *follow-up* più lungo.

Ulteriori cure ginecologiche vengono effettuate durante tutta la vita della persona TGD e possono essere gestite in molti contesti. Un esame con *speculum* per verificare la presenza di tessuto di granulazione, peli e lesioni può essere eseguito dallə medicə di medicina generale, dallə ginecologə o dallə chirurgə della GAS, e questo può essere necessario anche al di fuori del periodo immediatamente post-operatorio (Grimstad *et al.*, 2021; Suchak *et al.*, 2015; van der Sluis *et al.*, 2020). Dopo la

conferma con test di laboratorio, le IVU, le IST e altre fluttuazioni del microbioma vaginale possono essere trattate seguendo le linee guida formulate per le popolazioni *cisgender* (Hooton, 2012; Sherrard *et al.*, 2018). I controlli manuali della prostata vengono eseguiti in base alle linee guida formulate per le popolazioni *cisgender* attraverso il canale vaginale, poiché la prostata si trova sulla parete anteriore della vagina (Carter *et al.*, 2013).

Altre complicazioni includono problemi come la stenosi del canale neovaginale, le fistole rettovaginali e l'infiammazione (colonvaginoplastica) (Bustos *et al.*, 2021). Questi casi richiedono una combinazione di trattamenti non chirurgici e chirurgici, con il consulto e l'eventuale invio allə chirurgə con altri consulenti chirurgici (ad esempio, lə chirurgə colorettale), se necessario. Inoltre, poiché la disfunzione del pavimento pelvico può interessare il 30-40% dell3 pazienti sia prima che dopo la vaginoplastica, può essere utile rivolgersi a espert3 del pavimento pelvico, poiché possono essere di importante ausilio nel periodo post-operatorio (Jiang *et al.*, 2019).

Dichiarazione 13.11

Raccomandiamo che l3 pazienti che si pentono dell'intervento chirurgico siano gestit3 da un'équipe multidisciplinare esperta.

La percentuale di persone che si pentono della GAS è molto bassa (tra lo 0,3% e il 3,8%) (De Cuypere e Vercruysse, 2009; Defreyne *et al.*, 2017; Hadj-Moussa *et al.*, 2019; Hadj-Moussa *et al.*, 2018; Hadj-Moussa, Ohl *et al.*, 2018; Landén *et al.*, 1998; Narayan *et al.*, 2021; van de Grift *et al.*, 2018; Wiepjes *et al.*, 2018). L'incidenza maggiore di ripensamenti è stata riportata in un periodo in cui le tecniche chirurgiche erano meno raffinate, il ruolo dell'assistenza multidisciplinare era meno consolidato e gli Standard di Cura non esistevano o non erano ampiamente conosciuti (Landén *et al.*, 1998). Il ripensamento può essere temporaneo o permanente e può essere classificato come (Narayan *et al.*, 2021) ripensamento sociale (causato da difficoltà nella vita familiare, religiosa, sociale o professionale), ripensamento medico (dovuto a complicazioni mediche a lungo termine, delusione per i risultati dell'intervento chirurgico o per l'inadeguatezza del processo decisionale preoperatorio) e ripensamento legato al genere (basato per lo più sull'errore di diagnosi dellə paziente, sull'insufficiente esplorazione dell'identità di genere o su entrambi). Questa classificazione è in accordo con i fattori predittivi positivi e negativi precedentemente discussi (De Cuypere e Vercruysse, 2009; Gils e Brewaeys, 2007; Pfäfflin e Junge, 1998).

Un'*équipe* multidisciplinare può aiutare a identificare le cause del ripensamento e la stabilità temporale della richiesta chirurgica (Narayan *et al.*, 2021). In seguito a questo *assessment* e in considerazione delle circostanze dell'individuo, possono essere indicati interventi medici e/o chirurgici con l'intento di portare avanti la transizione o di eseguire procedure chirurgiche per riportare l'anatomia a quella del sesso assegnato alla nascita[108].

[108108] Per ulteriori informazioni vedi capitolo 5.

CAPITOLO 14. Voce e comunicazione

Gli esseri umani comunicano non solo per scambiare idee sul mondo esterno, ma anche per presentarsi come esseri socioculturali e per negoziare modalità di interazione sociale (Azul *et al.*, 2022). La voce umana è considerata una delle modalità chiave che contribuisce alla comunicazione del genere come una delle dimensioni della sua diversità. Tuttavia, è necessario considerare anche altri aspetti e modi di comunicare (ad esempio, l'articolazione, la scelta delle parole, i gesti, le percezioni e le attribuzioni di chi ascolta) (Azul, 2015; Azul e Hancock, 2020). In questo capitolo, "*Voce e comunicazione*", è usata come espressione che comprende le pratiche di creazione di significato in cui l3 partecipanti di un incontro sociale interagiscono in base ai propri bisogni, desideri, identificazioni e capacità.

Nonostante una concezione binaria del genere abbia dominato la letteratura di ricerca scientifica in questo settore, l'approccio raccomandato in questo capitolo implica una visione ampiamente inclusiva dell'identificazione di genere (ad es., uomini trans, donne trans, *genderfluid*, *non-binary*, *genderqueer*, *agender*) e la comprensione che il genere non è isolato e separato da altri contesti o fattori, ma che si interseca con altri aspetti della diversità umana (ad es., *status* indigeno, etnia/razza, sessualità, abilità/ disabilità, fede/ religione/ spiritualità). Le raccomandazioni contenute in questo capitolo si applicano a tutte le persone *transgender e gender diverse* (TGD) che cercano un supporto processionale per modifiche della loro voce e modalità di comunicazione, compres3 bambin3, adolescenti, adult3 e anzian3 e le persone che desiderano una transizione o una detransizione, indipendentemente dalle loro scelte di intervento.

Non tutte le persone TGD hanno problemi o desiderano un supporto logopedico professionale, ma coloro che lo desiderano incontrano spesso barriere nell'accesso alle cure. Sebbene le percentuali varino a seconda del Paese e della sottopopolazione TGD, le statistiche confermano che le persone TGD non sono in grado di accedere ai servizi logopedici quando e come lo desiderano (Eyssel *et al.*, 2017; James *et al.*, 2016; Oğuz *et al.*, 2021; Södersten *et al.*, 2015; Veale *et al.*, 2019). In questi studi, la percentuale di persone TGD che desiderano ricevere il supporto di unə logopedista o un intervento chirurgico per la voce è generalmente superiore alla percentuale di persone che si sono sottoposte a questi interventi. A parte poche eccezioni, l'accesso all'allenamento vocale è solitamente maggiore di quello alla chirurgia vocale. Alcuni gruppi di persone TGD che sono ulteriormente emarginate nelle loro società, ad esempio le persone TGD di razze/etnie marginalizzate, sperimentano discriminazione e accesso limitato alle cure in percentuali ancora maggiori (James *et al.*, 2016; Xavier *et al.*, 2005).

Fattori come i costi, il non sapere dove accedere ai servizi e la mancanza di servizi sono tra le barriere più comuni citate dall3 partecipanti alla ricerca. Secondo studi condotti negli Stati Uniti (Hancock e Downs, 2021; Kennedy e Thibeault, 2020), in Turchia (Oğuz *et al.*, 2021) e in Nuova Zelanda (Veale *et al.*, 2019), la mancanza di informazioni accurate sulle opzioni per i servizi di logopedia tra le persone TGD è una barriera significativa e onnipresente alle cure. In particolare, in Svezia, a tutte le persone TGD viene offerto un supporto per imparare a modulare la voce quando viene fatta una diagnosi di incongruenza di genere (Södersten *et al.*, 2015). In aggiunta, la conoscenza culturale del personale sanitario sta migliorando in modo rallentato

(Hancock e Haskin, 2015; Jakomin *et al.*, 2020; Matthews *et al.*, 2020; Sawyer *et al.*, 2014). Hancock e Downs (2021) hanno condotto un lavoro preliminare per identificare le barriere specifiche ai servizi di logopedia e sviluppare mezzi efficaci per eliminarle.

Questo capitolo intende fornire una guida al personale sanitario per sostenere e promuovere il benessere di tutte le persone TGD che si trovano ad affrontare sfide o disagi relativi alla propria voce e alle pratiche di comunicazione e/o riguardo alle risposte e alle attribuzioni di genere che ricevono da altre persone (Azul *et al.*, 2022).

Diversi approcci che le persone TGD possono utilizzare per modificare la propria voce e modalità di comunicazione, singolarmente o in combinazione tra loro, includono cambiamenti auto-promossi, che possono essere facilitati dalle risorse che le persone TGD utilizzano nel migliorare l'uso della loro voce e nelle pratiche di comunicazione; cambiamento comportamentale supportato da specialist3 della voce e della comunicazione (di seguito indicato come "*training* vocale e comunicativo "); e il cambiamento come risultato del trattamento ormonale androgeno e/o della fonochirurgia. Le ricerche attualmente esistenti non includono il cambiamento ottenuto dalle persone che hanno iniziato il processo da sole, ma si concentrano sugli ultimi tre approcci.

Unə "specialista della voce e della comunicazione" è unə specialista che possiede conoscenze relative alle capacità continue e dinamiche delle pratiche dellə parlante e dell'ascoltatorə, alle relative strategie di intervento professionali - tra cui approcci comportamentali, ormonali e chirurgici - e ai processi biopsicofisiologici, socioculturali e alle influenze esterne (Azul e Hancock, 2020). Lə specialista della voce e della comunicazione è in grado di condurre *assessment* appropriati per supportare la persona TGD nella scelta e sostenere l'esplorazione degli obiettivi e delle opzioni di intervento, fornendo una guida in un approccio culturalmente responsabile e centrato sulla persona. Possiede conoscenze e abilità negli approcci comportamentali di intervento nella voce e nella comunicazione.

Le pratiche suscettibili a un cambiamento includono: voce parlata e cantata, *mindfulness*, rilassamento, respirazione, tono e gamma di tono, qualità vocale, risonanza/timbro, volume, proiezione, espressione facciale, gestualità, postura, movimento, presentazione di sé ad altr3, descrizione delle identità e richiesta di trattamenti culturalmente sensibili e forme di appellativo da parte di altr3, risposte assertive e resilienti a attribuzioni errate, pratica dell'uso della voce e delle pratiche comunicative con persone diverse e in diversi contesti quotidiani (ad es., Hancock e Siegfriedt, 2020; Mills e Stoneham, 2017).

I servizi per la logopedia vengono offerti come parte di un approccio completo e coordinato alla salute, il quale comprende il supporto per le esigenze mediche, psicologiche e sociali (Södersten *et al.*, 2015); tuttavia, non vi sono prerequisiti (ad es., l'uso di ormoni, interventi chirurgici o la durata in un determinato ruolo di genere). Gli obiettivi principali del supporto alla modulazione della voce e alla comunicazione per le persone TGD sono:

- Educare l3 utenti sui fattori che influenzano la voce, le pratiche di comunicazione e la comunicazione dell'identità della persona parlante (parlante, ascoltatorə, pratiche professionali, materiali esterni, fattori biofisiologici e socioculturali);
- Consentire all3 utenti di comunicare il loro senso di appartenenza socioculturale (ad es., in termini di genere) negli incontri quotidiani, in modo coerente alla presentazione di sé desiderata dallə utente, ma anche di sviluppare, mantenere e

abituare la voce, qualità vocali e pratiche comunicative in linea con gli obiettivi dell3 utenti senza danneggiare il meccanismo di fonazione;

- Fornire un counseling informativo sul funzionamento fisiologico della voce per l3 utenti che presentano limitazioni nella funzione vocale (ad es., come risultato di un eccessivo sfruttamento del meccanismo di fonazione);
- Sostenere l3 utenti nello sviluppo della capacità di negoziare in modo assertivo le forme di appellativo desiderate da parte di altr3 (ad es., nomi, pronomi, titoli) e di rispondere alle attribuzioni errate in modo tale da contribuire all'aumento e al mantenimento del benessere dell3 utenti;
- Sostenere l3 utenti nello sviluppo delle capacità di risoluzione dei problemi necessarie per gestire l'ansia, lo stress e la disforia in collaborazione con professionist3 della salute mentale (PSM) e per superare le barriere che impediscono alla pratica o all'uso della voce e comunicazione preferita.
- Fornire o indirizzare l3 utenti a risorse di supporto che facilitino lo sviluppo delle abilità vocali e comunicative, la consapevolezza vocale e il benessere.
- Indirizzare l3 utenti a collaborare con altre figure, quali PSM, fonochirurg3 e endocrinolog3, l3 quali potrebbero essere più preparat3 per soddisfare le esigenze specifiche della persona. Questo può essere particolarmente importante nei casi in cui l3 utenti si trovano ad affrontare sfide uniche a causa di molteplici ostacoli alla loro salute e al loro benessere o quando lə utente desidera sottoporsi a fonochirurgia o terapia ormonale.

Sono stati rilevati due tipi di interventi fonochirurgici per le popolazioni TGD: quelli per aumentare l'intonazione vocale (ad esempio, glottoplastica con retro-dislocazione della commessura anteriore, approssimazione crico-tiroidea (CTA), laringoplastica di femminilizzazione, regolazione vocale assistita da laser (LAVA)) (Anderson, 2007; Anderson, 2014; Brown, 2000; Casado, 2017; Geneid, 2015; Gross, 1999; Kelly *et al.*, 2018; Kanagalingam, 2005; Kim, 2017; 2020; Kocak, 2010; Kunachak, 2000; Mastronikolis, 2013; Mastronikolis *et al.*, 2013; Matai, 2003; Meister, 2017; Mora, 2018; Neumann, 2004; Nuyen *et al.*, 2022; Orloff, 2006; Pickuth, 2000; Remacle, 2011; Thomas e MacMillan, 2013; Tschan, 2016; Van Borsel, 2008; Wagner, 2003; Wendler, 1990; Yang, 2002) e quelli per la mascolinizzazione della voce (ad esempio, tiroplastica di tipo III, aumento dell'iniezione delle pieghe vocali) (Bultynck *et al.*, 2020; Isshiki *et al.*, 1983; Kojima, *et al.* 2008; Webb *et al.*, 2021). I benefici acustici riportati dalla chirurgia per l'aumento dell'intonazione includono un aumento dell'intonazione vocale (frequenza media (f_0)) e un aumento della Min f_0 (la frequenza più bassa nel range fisiologico della voce). Le autovalutazioni delle persone TGD mostrano una soddisfazione generale della voce post-intervento, anche se gli individui interessati a maggiori cambiamenti affermazione vocale potrebbero aver bisogno di interventi comportamentali con unə logopedista oltre alla fonochirurgia (Brown *et al.* 2021; Kelly *et al.*, 2018; Nuyen *et al.*, 2022). I potenziali rischi della chirurgia per l'aumento dell'intonazione (*pitch-raising*) possono essere valutati e affrontati nel *training* vocale da unə logopedista. I rischi segnalati includono problemi vocali come disfonia, voce debole, limitazioni dell'estensione vocale, in particolar modo nella parte superiore (abbassamento del Max f_0, nella gamma vocale fisiologica), raucedine, instabilità vocale e abbassamento dei valori di frequenza nel tempo (Kelly *et al.*, 2018; Song e Jiang, 2017), anche se la frequenza di questi esiti è variabile. La

ricerca sugli interventi per l'abbassamento dell'intonazione della voce è limitata. Tuttavia, uno studio che ha incluso otto persone TGD che hanno scelto di sottoporsi a un intervento di tiroplastica di tipo III, dopo una continua insoddisfazione con il trattamento ormonale (Bultynck *et al.*, 2020), e uno studio che ha incluso una persona che ha ricevuto un aumento della posologia di testosterone e *training* vocale (Webb *et al.*, 2020), hanno riportato un abbassamento statisticamente significativo della frequenza fondamentale, percepita come intonazione.

Il trattamento con estrogeni nelle persone TGD non è stato associato a cambiamenti vocali misurabili (Mészáros *et al.*, 2005), mentre il trattamento con testosterone nelle persone TGD produce cambiamenti sia desiderati che indesiderati negli aspetti vocali legati al genere e alla funzione (Azul, 2015; *Azul et al.*, 2017, 2018, 2020; Azul e Neuschaefer-Rube, 2019; Cosyns *et al.*, 2014; Damrose, 2008; Deuster *et al.*, 2016; Deuster *et al.* 2016; Hancock *et al.*, 2017; Irwig *et al.*, 2017; Nygren *et al.*, 2016; van Borsel *et al.*, 2000; Yanagi *et al.*, 2015; Ziegler *et al.*, 2018). I cambiamenti desiderati associati al trattamento con testosterone includono l'abbassamento dell'intonazione vocale, aumento delle attribuzioni vocali maschili e aumento della soddisfazione della voce. L'insoddisfazione riferita con il trattamento con testosterone includono mancanza o insufficiente abbassamento dell'intonazione vocale, disfonia, voce debole, range di tono di canto limitato e instabilità vocale. Queste problematiche possono essere valutate e affrontate nel *training* vocale da unə logopedista.

Tutte le affermazioni contenute in questo capitolo sono state proposte sulla base di un'approfondita revisione delle evidenze scientifiche, di un *assessment* dei benefici e dei danni, dei valori e delle preferenze dell3 operator3 sanitar3 e dell3 pazienti, nonché dell'utilizzo delle risorse e della loro applicabilità. In alcuni casi, riconosciamo che le evidenze sono limitate e/o che i servizi potrebbero non essere accessibili o desiderabili.

Raccomandazioni

14.1. Raccomandiamo che l3 specialist3 della voce e della comunicazione valutino la funzione vocale e comunicativa attuale e desiderata delle persone TGD e sviluppino piani di intervento appropriati per coloro che sono insoddisfatti della propria voce e comunicazione.

14.2. Raccomandiamo l3 specialist3 della voce e della comunicazione che lavorano con persone TGD ricevano una formazione specifica per sviluppare le competenze necessarie nel supportare la funzionalità vocale, la comunicazione e il benessere in questa popolazione.

14.3. Raccomandiamo che l3 professionist3 nell'ambito della salute *transgender* che lavorano con persone TGD insoddisfatte della propria voce o comunicazione valutino la possibilità di indirizzarle a logopedist3 per supporto, valutazione e la formazione legati alla voce.

14.4. Raccomandiamo che l3 professionist3 che valutano la possibilità di lavorare con persone TGD che stanno considerando un intervento chirurgico alla voce offrano un indirizzamento a unə espertə in grado di fornire un supporto preoperatorio e/o post-operatorio.

14.5. Raccomandiamo che l3 professioniste/ nell'ambito della salute *transgender* informino le persone TGD, che iniziano una terapia con testosterone, dei potenziali e vari effetti di questo trattamento sulla voce e la comunicazione.

Dichiarazione 14.1

Raccomandiamo che l3 specialist3 della voce e della comunicazione valutino la funzione vocale e comunicativa attuale e desiderata delle persone TGD e sviluppino piani di intervento appropriati per coloro che sono insoddisfatti della propria voce e comunicazione.

L3 specialist3 della voce e della comunicazione possono valutare la

soddisfazione riguardo alla presentazione delle posizioni socioculturali negli incontri, compresi il genere e altre intersezionalità, tenendo conto del fatto che queste possono o meno essere statiche nel tempo; le attribuzioni ricevute da altr3 e come queste si relazionano alle identità, ai desideri e al benessere dell'individuo; valutazioni sulla naturalezza della voce e del linguaggio; e la funzionalità della voce e della comunicazione in relazione alle richieste. Le valutazioni possono essere di natura diversa (ad es., misure di esiti riportati dall3 utenti, percezione, acustica, aerodinamica, endoscopica) a seconda del loro scopo (Davies *et al.*, 2015; Leyns *et al.*, 2021; Oates e Dacakis, 1983). Ad esempio, la laringoscopia viene utilizzata quando gli individui presentano un problema vocale concomitante (ad es., disfonia muscolo-tensiva) (Palmer *et al.*, 2011) o sperimentano difficoltà vocali, che possono essere o meno secondarie a interventi medici di affermazione di genere, come la terapia androgena o la fonochirurgia (Azul *et al.*, 2017).

L3 specialist3 della voce e della comunicazione informano le persone TGD, che desiderano sottoporsi a un intervento poiché non sono soddisfatte della loro voce e comunicazione, riguardo gli interventi disponibili per il supporto delle persone TGD per la voce, comunicazione e benessere. La natura di ogni alternativa, compresi i risultati potenziali e la loro permanenza, viene presentata con l'obiettivo di fornire alla persona TGD rispetto e autonomia nel processo decisionale. I piani di intervento appropriati sono individualizzati e fattibili e dovrebbero includere tutti i servizi professionali disponibili. Gli obiettivi possono evolvere nel corso del periodo di supporto mentre la persona TGD esplora modifiche alla voce e alla comunicazione, valuta la sua soddisfazione con il cambiamento ottenuto e perfeziona i propri obiettivi.

<u>Dichiarazione 14.2</u>

Raccomandiamo che l3 specialist3 della voce e della comunicazione che lavorano con persone TGD ricevano una formazione specifica per sviluppare le competenze necessarie nel supportare la funzionalità vocale, la comunicazione e il benessere in questa popolazione.

Le credenziali accademiche e di abilitazione dell3 specialist3 della voce e della comunicazione (ad es., logopedist3, insegnanti di canto e *trainer* vocali) variano a seconda del luogo, ma in genere non specificano criteri per lavorare con popolazioni specifiche. I *curricula* standard nell'educazione formale per queste professioni spesso non includono una formazione specifica o adeguata a lavorare con le popolazioni TGD (Jakomin *et al.*, 2020; Matthews *et al.*, 2020). Le conoscenze e le competenze generali relative al meccanismo vocale e alla comunicazione interpersonale sono fondamentali ma insufficienti per condurre un'assistenza culturalmente sensibile e centrata sulla persona TGD che sia efficace, efficiente, inclusiva e accessibile (Hancock, 2017; Russell e Abrams, 2019).

L3 professionist3 di questo settore dovrebbero ricevere una formazione completa che lə inviti a sviluppare autoconsapevolezza, umiltà culturale e capacità di rispondere alle esigenze culturali in modo rispettoso e attento alla diversità di genere e ad altri aspetti delle identificazioni di utenti che possono assumere una varietà di forme e implicare una serie di diverse esigenze di supporto (Azul, 2015; Azul *et al.*, 2022). Le preferenze dellə utente per quanto riguarda l'uso di nomi, il modo in cui desiderano che le persone si rivolgano a loro (es. signore, signorina, signora), il genere e i pronomi devono essere rispettati in tutte le comunicazioni con/sullə utente (comprese

cartelle cliniche, referti, e-mail). La formazione deve anche informare sull'allestimento di uno spazio di formazione o di una clinica e di pratiche amministrative che siano progettate per essere accoglienti per le persone TGD e che permettano loro di sentirsi sicure e rispettate nel sollevare questioni o problemi con l'*équipe* di supporto per la voce e la comunicazione.

L3 specialist3 che lavorano con le persone TGD dovranno avere una conoscenza operativa di principi, meccanismi ed efficacia degli interventi applicabili, competenze nell'insegnare e modellare le abilità di modifica della voce e della comunicazione, e una comprensione basilare della salute delle persone *transgender*, compresi i trattamenti ormonali e chirurgici e questioni psicosociali specifiche delle persone *transgender*. La formazione deve includere metodologie e pratiche che sono state sviluppate all'interno delle comunità TGD, come la *peer education*, e dimostrate efficaci e, idealmente, dovrebbe essere presentata da o in collaborazione con persone TGD con esperienza vissuta nel supporto logopedico.

Dichiarazione 14.3

Raccomandiamo che l3 professionist3 nell'ambito della salute transgender che lavorano con persone TGD insoddisfatte della propria voce o comunicazione valutino la possibilità di indirizzarle a logopedist3 per supporto, valutazione e la formazione legati alla voce.

L3 logopedist3 sono nella posizione ideale per fornire informazioni e indicazioni alla persona TGD che esprime insoddisfazione per la propria voce o la comunicazione. Esistono prove che l3 logopedist3 forniscono supporto in modo tale da raggiungere la soddisfazione dellə utente nei confronti della voce e della comunicazione, riducendo così la disforia e migliorando la qualità della vita legata alla comunicazione (Azul, 2016; Block, 2017; Deuster *et al.*, 2016; Hancock, 2017; Hancock *et al.*, 2011; Hardy *et al.*, 2013; Kelly *et al.*, 2018; McNamara, 2007; McNeill *et al.*, 2008; Owen e Hancock, 2010; Pasricha *et al.*, 2008; Söderpalm *et al.*, 2004; Watt *et al.*, 2018).

Esistono evidenze empiriche che dimostrano che la riabilitazione logopedica per le persone TGD AMAB sia efficace per quanto riguarda il raggiungimento dei cambiamenti vocali previsti (Oates, 2019). Sette studi precedenti al 2020 forniscono prove empiriche dell'efficacia del *training* vocale, sebbene esse siano piuttosto deboli (Carew *et al.*, 2007; Dacakis, 2000; Gelfer e Tice, 2013; Hancock *et al.*, 2011; Hancock e Garabedian, 2013; McNeill *et al.*, 2008; Mészáros *et al.*, 2005). I metodi di *training* vocale[109] di questi sette studi erano simili e indicavano che il *training* vocale può essere efficace per aumentare la frequenza fondamentale media (tonalità media), l'intervallo di frequenza fondamentale (gamma tonale), la soddisfazione per la voce, l'autopercezione e la percezione da parte di chi ascolta della femminilità vocale, la qualità della vita legata alla voce e la partecipazione sociale e professionale. I punti deboli degli studi identificati includono la mancanza di studi randomizzati e controllati che valutino il *training* vocale, le piccole dimensioni del campione, l'inadeguatezza del *follow-up* a lungo termine e la mancanza di controllo delle variabili confondenti. Nel 2021, un'altra *systematic review* sugli effetti del *training* vocale per le persone AMAB ha raggiunto conclusioni simili (Leyns *et al.*, 2021).

[109][109] N.d.T.: Tecniche che puntano a rinforzare i muscoli della laringe e migliorare il timbro vocale.

Fino a poco tempo fa, non c'era quasi nessuna ricerca che esplorasse l'efficacia del *training* vocale con persone TGD AFAB. Esistono tuttavia alcune prove promettenti, anche se deboli, sull'efficacia derivanti da uno studio di caso (Buckley *et al.*, 2020) e da uno studio prospettico non controllato sul *training* vocale di gruppo (Mills *et al.*, 2019).

Dichiarazione 14.4

Raccomandiamo che l3 professionist3 che valutano la possibilità di lavorare con persone TGD che stanno considerando un intervento chirurgico alla voce offrano un indirizzamento a unə espertə in grado di fornire un supporto preoperatorio e/o post-operatorio.

Questa dichiarazione non intende richiedere che le persone TGD ricevano un *training* vocale pre-chirurgico. Piuttosto, si raccomanda di offrire ogni supporto disponibile per fornire una consulenza informativa personalizzata, fondamentale per una cura centrata sulla persona. La raccomandazione è che, se necessario, la decisione della persona TGD sia informata da una consulenza personalizzata basata sull'*assessment* della voce, su un *training* vocale di prova e sulla discussione dei risultati vocali attesi e dei rischi dell'intervento chirurgico.

Per la maggior parte dei tipi di fonochirurgia, il *training* vocale è raccomandato sia prima dell'intervento, per garantire la preparazione del meccanismo laringeo per l'intervento chirurgico, che dopo l'intervento, per assicurare il ritorno a una fonazione funzionale (Branski *et al.*, 2006; Park *et al.*, 2021). In particolare, per interventi chirurgici mirati all'aumento del tono della voce, è consigliata una prova di *training* vocale poiché vi sono indicazioni che alcune misure migliorano con il *training* ma non con l'intervento chirurgico (ad es., fattori legati all'intonazione e alla naturalezza, come il tono massimo di *f0* nell'intervallo della voce parlata; Kelly *et al.*, 2018).

Il numero e la qualità degli studi di ricerca che valutano gli interventi per abbassare il tono della voce sono attualmente insufficienti, in particolare per quanto riguarda il confronto degli effetti ottenuti con o senza ulteriori mezzi (ad es., testosterone) (Bultynck *et al.*, 2020). Sebbene esistano più tecniche e studi sugli interventi per l'aumento del tono della voce, la qualità dei risultati è ancora scarsa. I risultati degli interventi per alzare il tono della voce sono stati confrontati con quelli ottenuti senza alcun intervento chirurgico (Anderson, 2007; 2014; Brown *et al.*, 2000; Geneid *et al.*, 2015; Gross, 1999; Kim, 2017; Kocak *et al.*, 2010; Kunachak *et al.*, 2000; Matai *et al.*, 2003; Meister *et al.*, 2017; Neumann e Welzel, 2004; Orloff *et al.*, 2006; Pickuth *et al.*, 2000; Remacle *et al.*, 2011; Thomas e Macmillan, 2013; Tschan *et al.*, 2016; Van Borsel *et al.*, 2008; Yang *et al.*, 2002), un altro tipo di tecnica chirurgica (Mora, 2018), il solo *training* vocale (Kanagalingam, 2005; Mastronikolis, 2013; Wagner, 2003) e con interventi chirurgici in combinazione con il *training* vocale (Casado, 2017; Kelly *et al.*, 2018). Negli undici studi che riferiscono se l3 partecipanti hanno seguito un *training* vocale prima dell'intervento per la femminilizzazione della voce, la maggior parte dell3 partecipanti ha seguito un *training* vocale precedente, ma è rimasta insoddisfatta della voce e ha richiesto un intervento chirurgico. Pertanto, la maggior parte degli studi sugli esiti chirurgici riflette gli effetti combinati del *training* vocale e dell'intervento chirurgico. Non sono note quali siano le variabili che predicono quali utenti ricorreranno all'intervento chirurgico dopo il *training*.

Dichiarazione 14.5

Raccomandiamo che l3 professioniste/ nell'ambito della salute transgender

informino le persone TGD, che iniziano una terapia con testosterone, dei potenziali e vari effetti di questo trattamento sulla voce e la comunicazione.

La ricerca sugli effetti del trattamento con androgeni sulla voce e sulla comunicazione delle persone *transgender* indica effetti diversi e imprevedibili sull3 singol3 utenti. Mentre un certo numero di studi ha rivelato effetti sulla voce che corrispondevano alle aspettative e ai desideri delle persone TGD, esistono ricerche che dimostrano che le persone TGD non sono sempre soddisfatte dei risultati vocali della terapia con testosterone, e molte sperimentano difficoltà come abbassamento inadeguato del tono della voce, compromissione della qualità vocale, debolezza vocale, resistenza vocale, gamma e flessibilità del tono (Azul, 2015; 2016; 2017; 2018; Cosyns *et al.*, 2014; Nygren *et al.*, 2016; Ziegler *et al.*, 2018). Una recente metanalisi di diciannove studi che hanno esaminato i risultati conseguiti dopo almeno 1 anno di terapia con testosterone ha stimato che il 21% dell3 partecipanti non ha raggiunto le frequenze tipiche dei maschi *cisgender*, il 21% dell3 partecipanti ha riferito un'incompleta congruenza tra voce e genere e problemi vocali, e il 16% non era completamente soddisfattə della propria voce (Ziegler, 2018). Per le persone che desiderano essere trattate con androgeni, un adeguato *counseling* informativo prima dell'inizio del trattamento dovrebbe consentire lo sviluppo di aspettative realistiche per evitare delusioni riguardanti l'impatto permanente del trattamento ormonale sulla voce. Inoltre, le persone TGD che non hanno accesso o non desiderano essere trattate con il testosterone, ma che vogliono cambiare la loro voce, e quelle che non sono soddisfatte degli esiti del trattamento con testosterone possono essere consigliate da unə specialista della voce e della comunicazione su opzioni di supporto alternative e aggiuntive (ad es., *training* vocale; chirurgia per l'abbassamento del tono della voce).

CAPITOLO 15. Cure primarie

L'assistenza primaria è la più ampia delle specializzazioni sanitarie ed è definita come "l'erogazione di servizi sanitari integrati e accessibili da parte di professionist3 della salute che sono responsabili della gestione della maggior parte dei bisogni personali di assistenza sanitaria, sviluppando una relazione continuativa con l3 pazienti, operando nel contesto della famiglia e della comunità" (*Institute of Medicine*, 1996).

L3 professionist3 delle cure primarie (PCP) comprendono un'ampia gamma di personale sanitario, tra cui medic3 di medicina generale, infermier3 espert3 , medic3 specializzand3 e tirocinanti. All3 medic3 di medicina generale è offerta una varietà di percorsi educativi, di formazione e di specializzazione. Dato il tipo di Laurea e la natura della specializzazione, l'ambito della pratica varia e non tutto il personale può essere formato o qualificato per fornire tutta l'assistenza sanitaria necessaria alle persone *transgender* in seguito alle procedure di affermazione di genere, come quella legata alla salute mentale, l'assistenza genitale/pelvica o l'assistenza post-operatoria. Durante la loro formazione l3 medic3 e altr3 operator3 ricevono una scarsa formazione in materia di salute *transgender e gender diverse* (TGD) (Dubin *et al.*, 2018). Di conseguenza, la maggior parte delle competenze viene attualmente acquisita nella pratica, in modo informale o attraverso brevi opportunità di formazione continua[110]. Tuttavia, se l3 operator3 vogliono fornire un'assistenza simile a quella erogata a pazienti *cisgender*, devono sviluppare competenze nell'assistenza a pazienti TGD. Le competenze prima delineate devono essere intese come rientranti nei doveri del personale sanitario. Ad ogni modo, tutt3 l3 operator3 dovrebbero essere in grado di gestire la salute complessiva dell3 pazienti TGD, sia direttamente che attraverso l'invio ad altr3 PCP, compres3 specialist3 di altri settori, per l'*assessment* e il trattamento. Non è detto che la competenza nell'assistenza all3 pazienti TGD possa essere raggiunta solo attraverso un processo formale o di certificazione. Tuttavia, esplicitando chiaramente le competenze richieste o raccomandate, l3 PCP e le persone TGD in tutti i contesti, possono condividere un insieme *standard* di conoscenze, abilità e competenze culturali necessarie per la cura dell3 pazienti TGD.

A causa delle condizioni mediche, chirurgiche e sociali uniche che le persone TGD si trovano ad affrontare, l3 PCP hanno bisogno di competenze specifiche per la cura delle persone TGD. Queste competenze sono aggiuntive rispetto a quelle richieste da tutt3 l3 PCP che potrebbero altrimenti occuparsi di una popolazione diversificata che include minoranze etniche, razziali o sessuali. Le Società Professionali di diverse specializzazioni generaliste hanno pubblicato prese di posizione e linee guida specifiche per la cura delle persone TGD (*American College of Obstetricians and Gynecology*, 2021; Società Italiana Genere, Identità e Salute (SIGIS); Società Italiana di Andrologia e Medicina Sessuale (SIAMS); Società Italiana di Endocrinologia (SIE), 2021; *Polish Sexological Society*, 2021; *the Southern African HIV Clinicians' Society*, 2021). Wylie *et al.* (2016) affermano: "La salute generale e il benessere delle persone *transgender* dovrebbero essere curati nell'ambito delle cure primarie, senza differenziarla dai servizi offerti alle persone *cisgender* (non *transgender*) per questioni di salute fisica, psicologica e sessuale. Anche l'assistenza specifica per la transizione è possibile nell'ambito delle cure primarie". Vi sono molti esempi di questi servizi forniti

[110][110] Si veda il Capitolo 4.

in modo sicuro ed efficace al di fuori dell'assistenza specialistica in diverse città come Toronto e Vancouver in Canada, New York e Boston negli Stati Uniti e a Sydney, in Australia (Radix e Eisfeld, 2014; Reisner *et al.*, 2016; Spanos *et al.*, 2021).

Terapia ormonale

Se l3 pazienti TGD ricevono terapia ormonale (terapia ormonale per l'affermazione del genere), necessaria dal punto di vista medico, da unə specialista, ad esempio unə endocrinologə, o da unə medicə di medicina generale, può dipendere dalla presenza di operator3 competenti e disponibili e in base al Paese, quali le normative sanitarie e il finanziamento dei servizi sanitari[111]. In gran parte del mondo, i servizi specialistici per le persone TGD sono in parte o del tutto indisponibili, il che rafforza la necessità per tutto il personale sanitario di formarsi nell'erogazione di cure di genere. In alcuni Paesi, all3 PCP può essere richiesto di indirizzare l3 pazienti TGD a servizi specialistici (ad es., centri specializzati), con conseguenti ritardi inaccettabili nell'accesso alla terapia ormonale per l'affermazione del genere (*Royal College of General Practitioners*, 2019).

La terapia ormonale comprende una serie di interventi, come il blocco della pubertà e l'inizio o l'assunzione continuativa degli ormoni. Con una certa formazione, la terapia ormonale per l'affermazione del genere può essere gestita dalla maggior parte dell3 PCP. Indipendentemente dal fatto che fungano o meno da prescrittori di ormoni, tutt3 l3 PCP dovrebbero conoscere i farmaci, il monitoraggio suggerito e i potenziali effetti collaterali associati alla terapia ormonale per l'affermazione del genere[112]. L3 PCP dovrebbero essere in grado di fare riferimento a specialist3 appropriat3 per tutti i servizi legati alla transizione che essi stessi non forniscono.

Questo capitolo sostiene che la terapia ormonale per l'affermazione del genere può essere prescritta dall3 PCP o da altri soggetti non specializzati:

Considerando le barriere all'accesso all'assistenza sanitaria e l'importanza della terapia ormonale per l'affermazione del genere per questa popolazione, è imperativo che l3 PCP siano in grado e dispost3 a fornire la terapia ormonale per l'affermazione del genere all3 pazienti TGD (Shires, 2017).

All3 PCP viene comunemente richiesto di fornire assistenza per un'ampia gamma di condizioni e necessità, comprese quelle su cui possono avere un'esperienza limitata o assente. Spesso ciò comporta l'accesso a fonti di riferimento di uso comune e facilmente reperibili, come le linee guida delle Società Professionali o informazioni online. Si consiglia all3 PCP di utilizzare un approccio simile quando viene chiesto loro di fornire cure per la terapia ormonale per l'affermazione del genere, utilizzando gli Standard di Cura e altre risorse facilmente accessibili (Cheung *et al.*, 2019; Hembree *et al.*, 2017; Oliphant *et al.*, 2018; T'Sjoen *et al.*, 2020). Va notato che la maggior parte dei farmaci comunemente usati nei percorsi di affermazione di genere sono utilizzati quotidianamente nell'ambito delle cure primarie, tra cui, ma non solo, testosterone, estradiolo, progesterone e altri progestinici e spironolattone.

Salute mentale

[111] Si veda la Dichiarazione di necessità medica nel capitolo 2, par. 2.1.

[112] Si veda il Capitolo 12.

L3 PCP dovrebbero essere in grado e dispost3 a effettuare l'*assessment* e fornire supporto per la salute mentale delle persone TGD; la terapia ormonale per l'affermazione del genere può alleviare la disforia di genere e consentire l'espressione di genere. Come minimo, dovrebbero essere consapevoli di queste esigenze e consultare altri specialist3 se necessario.

Cure preventive

L3 PCP possono fornire una prevenzione primaria e secondaria per i tumori come parte dell'assistenza primaria di *routine*. Le linee guida per la prevenzione *evidence-based* del cancro variano a livello globale a causa delle differenze tra le linee guida nazionali e i livelli di accesso ai programmi di *screening* a livello locale. Ad oggi, la ricerca sull'impatto a lungo termine della terapia ormonale per l'affermazione del genere sul rischio di cancro è limitata (Blondeel *et al.*, 2016; Braun *et al.*, 2017). Non abbiamo prove sufficienti per stimare la prevalenza del cancro al seno o agli organi riproduttivi tra le popolazioni TGD (Joint *et al.*, 2018). Tuttavia, lo *screening* dei tumori dovrebbe generalmente iniziare secondo le linee guida locali. Di seguito vengono trattate in dettaglio diverse modifiche, a seconda del tipo e della durata dell'uso di ormoni, dell'intervento chirurgico o di entrambi. Nell'assistenza all3 pazienti *transgender*, lə PCP dovrebbe tenere un registro aggiornato degli organi presenti nell3 pazienti TGD, in modo da poter offrire uno *screening* appropriato e di *routine*.

L'elenco degli organi deve essere aggiornato in base alla storia clinica chirurgica o a qualsiasi sviluppo verificatosi in seguito all'assunzione degli ormoni per l'affermazione di genere. Non tutt3 l3 PCP forniscono assistenza lungo tutto l'arco della vita. Tuttavia, se si occupano abitualmente di bambin3, adolescenti o anzian3 *cisgender*, dovrebbero sviluppare competenze in materia di assistenza alle persone *transgender* di questi gruppi di età. Se non fossero in grado, l3 PCP dovrebbero inviare ad altr3 operator3 che si occupano di queste popolazioni.

Tutte le affermazioni contenute in questo capitolo sono state proposte sulla base di un'approfondita revisione delle evidenze scientifiche, di un *assessment* dei benefici e dei danni, dei valori e delle preferenze dell3 operator3 sanitar3 e dell3 pazienti, nonché dell'utilizzo delle risorse e della loro applicabilità. In alcuni casi, riconosciamo che le evidenze sono limitate e/o che i servizi potrebbero non essere accessibili o desiderabili.

Raccomandazioni

15.1. Raccomandiamo al personale sanitario di raccogliere una storia clinica dettagliata dalle persone TGD che includa l'uso passato e presente di ormoni, gli interventi chirurgici alle gonadi e la presenza di fattori di rischio cardiovascolare e cerebrovascolare tradizionali, con l'obiettivo di fornire un *assessment* regolare del rischio cardiovascolare secondo le linee guida stabilite e utilizzate localmente.
15.2. Raccomandiamo al personale sanitario di valutare e gestire la salute cardiovascolare nelle TGD utilizzando un *assessment* personalizzato dei fattori di rischio e metodi di gestione cardiovascolare/ cerebrovascolare.
15.3. Raccomandiamo al personale sanitario di adattare i fattori di rischio basati sul sesso quando utilizzati per l'*assessment* delle condizioni mediche alle esigenze delle persone TGD, prendendo in considerazione la durata dell'uso di ormoni, il dosaggio, i livelli ormonali sierici, l'età attuale e l'età in cui è stata iniziata la terapia ormonale.
15. 4. Raccomandiamo al personale sanitario di offrire consulenza alle persone TGD sull'uso di tabacco e di consigliare l'astinenza da tabacco e nicotina prima di un intervento chirurgico di affermazione di genere.
15. 5. Raccomandiamo al personale sanitario di discutere e affrontare con le persone TGD i problemi psicologici, medici e sociali legati all'invecchiamento.
15. 6. Raccomandiamo al personale sanitario, nell'assistenza alle persone TGD che hanno ricevuto estrogeni, di seguire le linee guida locali per lo *screening* del cancro al seno, sviluppate per le donne *cisgender*, tenendo in considerazione la durata dell'uso di ormoni, la posologia, l'età attuale e l'età in cui hanno iniziato la terapia ormonale.
15.7. Raccomandiamo al personale sanitario di seguire le linee guida locali per lo *screening* del tumore al seno, sviluppate per le donne *cisgender*, nell'assistenza alle persone TGD AFAB che non hanno subito una mastectomia.
15.8. Raccomandiamo al personale sanitario di applicare le linee guida locali per lo *screening* (compresa la raccomandazione di non sottoporsi allo *screening*) sviluppate per le donne *cisgender* a rischio medio ed elevato di sviluppare un tumore ovarico o endometriale nella cura delle persone TGD che presentano gli stessi rischi.
15.9. Raccomandiamo di non sottoporre a ovariectomia o isterectomia di *routine*, al solo scopo di prevenire il cancro ovarico o dell'utero, le persone TGD che si sottopongono al trattamento con testosterone e che hanno un rischio di malignità altrimenti medio.
15.10. Raccomandiamo al personale sanitario di offrire lo *screening* per il cancro del collo dell'utero alle persone TGD che attualmente hanno o hanno avuto in precedenza una cervice uterina, seguendo le linee guida locali per le donne *cisgender*.
15.11. Raccomandiamo al personale sanitario di informare le persone TGD che l'uso di farmaci antiretrovirali non costituisce una controindicazione alla terapia ormonale di affermazione del genere.
15.12. Raccomandiamo al personale sanitario di ottenere dalle persone TGD una storia clinica dettagliata che includa l'uso passato e presente di ormoni, gli interventi chirurgici alle gonadi e la presenza di fattori di rischio tradizionali per l'osteoporosi per valutare l'età ottimale e la necessità di uno *screening* dell'osteoporosi.
15.13. Raccomandiamo al personale sanitario di discutere della salute delle ossa con le persone TGD, inclusa la necessità di un esercizio fisico con carico attivo, di una dieta sana, di un'integrazione di calcio e vitamina D.
15.14. Raccomandiamo al personale sanitario di fornire alle persone TGD indicazioni su dove effettuare l'epilazione del viso, del corpo e delle aree genitali per l'affermazione del genere o come parte di un processo di preparazione all'intervento.

Dichiarazione 15.1

Raccomandiamo al personale sanitario di raccogliere una storia clinica dettagliata dalle persone TGD che includa l'uso passato e presente di ormoni, gli interventi chirurgici alle gonadi e la presenza di fattori di rischio cardiovascolare e cerebrovascolare tradizionali, con l'obiettivo di fornire un assessment regolare del rischio cardiovascolare secondo le linee guida stabilite e utilizzate localmente. Per ulteriore materiale, v. Dichiarazione 15.3.

Dichiarazione 15.2

Raccomandiamo al personale sanitario di valutare e gestire la salute cardiovascolare nelle TGD utilizzando un assessment personalizzato dei fattori di rischio e metodi di gestione cardiovascolare/cerebrovascolare. Per ulteriore materiale, v. la Dichiarazione 15.3.

Dichiarazione 15.3

Raccomandiamo al personale sanitario di adattare i fattori di rischio basati sul sesso quando utilizzati per l'assessment delle condizioni mediche alle esigenze delle

persone TGD, prendendo in considerazione la durata dell'uso di ormoni, la posologia, i livelli ormonali sierici, l'età attuale e l'età in cui è stata iniziata la terapia ormonale.

Le malattie cardiovascolari (MCV) e l'ictus sono le principali cause di mortalità nel mondo (World Health Organization, 2018). Una estesa letteratura dimostra una disparità significativa tra le minoranze razziali, etniche e sessuali in diversi contesti, che dimostrano disparità significative nella prevalenza di MCV e dei suoi fattori di rischio, nonché negli esiti degli interventi medici. Contribuiscono a queste disparità fattori strutturali quali l'accesso alle cure, lo *status* socioeconomico e il carico allostatico legato *al minority stress* (Flentje *et al.*, 2020; Havranek *et al.*, 2015; Streed *et al.*, 2021). Le persone TGD spesso vivono condizioni sociali, economiche e discriminatorie simili a quelle di altre popolazioni minoritarie con un noto aumento del rischio cardiovascolare (Carpenter *et al.*, 2020; James *et al.*, 2016; Reisner *et al.*, 2016). Le persone TGD appartenenti a minoranze razziali, etniche e sessuali hanno mostrato di subire un maggiore impatto legato allo stress intersezionale. Al contrario, l'accesso a cure di affermazione di genere, tra cui la terapia ormonale per l'affermazione del genere, può contrastare l'aumento del rischio di MCV grazie al miglioramento della qualità della vita e alla riduzione della disforia e dell'incongruenza di genere (Defreyne *et al.*, 2019; Martinez *et al.*, 2018). L3 PCP possono migliorare significativamente la salute delle persone TGD attraverso lo *screening* e la prevenzione delle MCV e delle condizioni di rischio associate, come l'uso di tabacco, il diabete mellito, l'ipertensione, la dislipidemia e l'obesità.

I pochi studi, principalmente statunitensi, che valutano la prevalenza di MCV, ictus o rischio di MCV nelle persone TGD, indipendentemente dalla terapia ormonale per l'affermazione del genere (GAHT), indicano un rischio CV elevato, compresi alti tassi di fattori di rischio CV non diagnosticati e non trattati con una prevenzione CV inadeguata rispetto alle popolazioni *cisgender* (Denby *et al.*, 2021; Malhotra *et al.*, 2022; Nokoff *et al.*, 2018). In uno studio basato sulla popolazione generale, le persone TGD avevano maggiori probabilità di essere discriminate, di soffrire di disagio psicologico e di avere esperienze infantili avverse, e queste erano associate a maggiori probabilità di avere problemi cardiovascolari (Poteat *et al.*, 2021).

Negli studi statunitensi basati sui dati del *Behavioral Risk Factor Surveillance System*, sia gli uomini che le donne *transgender* mostrano una maggiore prevalenza di infarto miocardico acuto (IMA), ictus o qualsiasi altra malattia cardiovascolare rispetto agli uomini *cisgender*, alle donne *cisgender* o entrambi. I risultati si modificano in base all'aggregazione dei dati per variabili aggiuntive, tra cui razza, reddito o fattori di rischio cardiovascolare (Alzahrani *et al.*, 2019; Caceres *et al.*, 2020; Nokoff *et al.*, 2018). Anche le persone *non-binary* hanno probabilità più elevate di contrarre malattie cardiovascolari (Downing e Przedworski, 2018). I dati sull'uso di ormoni non sono stati raccolti in questi studi, i cui studi sono anche limitati dall'uso di storie di salute auto-riferite. Negli Stati Uniti, gli individui TGD che si presentano per la terapia ormonale per l'affermazione del genere possono presentare tassi più elevati di fattori di rischio di MCV non diagnosticati e non trattati rispetto alla popolazione *cisgender* (Denby *et al.*, 2021), anche se questo potrebbe non essere applicabile a livello globale.

Un ampio studio di controllo del 2018, condotto da diversi centri statunitensi, che ha utilizzato controlli abbinati 10:1 tra persone *cisgender*, non ha riscontrato

differenze statisticamente significative nei tassi di IMA o ictus tra donne *transgender* e uomini *cisgender*, né differenze nei tassi di IMA, ictus o tromboembolismo venoso (TEV) tra uomini *transgender* e uomini o donne *cisgender*. Vi era un rapporto di rischio statisticamente significativo di 1,9 per il TEV tra le donne *transgender* rispetto agli uomini *cisgender*. Un sottogruppo di donne *transgender* che hanno iniziato la terapia ormonale per l'affermazione del genere durante (rispetto a prima) la finestra di studio di 6 anni ha mostrato un aumento del rischio di ictus. Gli aumenti dei tassi di TEV nel gruppo complessivo di donne *transgender* e dei tassi di ictus nel sottogruppo di donne *transgender* che hanno iniziato il GAHT ha dimostrato un numero necessario per nuocere (non riportato nel *paper*) tra 71 e 123 (Getahun *et al.*, 2018). Altri studi non hanno dimostrato un aumento di eventi CV o di ictus tra gli uomini *transgender* sottoposti a terapia con testosterone, sebbene gli studi siano limitati dalle dimensioni ridotte del campione, dal *follow-up* relativamente breve e dall'età più giovane della popolazione campione (Martinez *et al.*, 2020; Nota *et al.*, 2019).

Studi europei e statunitensi su donne *transgender*, che hanno avuto accesso alla terapia ormonale per l'affermazione del genere, indicano sempre più spesso un rischio maggiore di MCV, ictus o entrambi, rispetto alle donne *cisgender* e, in alcuni studi, agli uomini *cisgender* (Getahun *et al.*, 2018; Nota *et al.*, 2019; Wierckx *et al.*, 2013). Molti di questi studi presentavano limitazioni significative, come l'aggiustamento variabile per i fattori di rischio CV, le piccole dimensioni del campione, soprattutto per quanto riguarda le donne *transgender* più anziane, e la durata e i tipi di terapia ormonale per l'affermazione del genere (Connelly *et al.*, 2019; Defreyne *et al.*, 2019, Martinez *et al.*, 2020). Inoltre, l'aumento complessivo del rischio è minimo. In molti di questi studi, la maggior parte delle donne *transgender* che hanno avuto eventi cardiaci o ictus avevano più di 50 anni, avevano uno o più fattori di rischio delle MCV e stavano assumendo una varietà di prescrizioni ormonali, tra cui, ma non solo, l'etinilestradiolo - un estrogeno sintetico che comporta un aumento significativo del rischio trombotico e non è raccomandato per le terapie ormonali femminilizzanti (Gooren *et al.*, 2014; Martinez *et al.*, 2020). Le attuali, limitate, evidenze suggeriscono che la GAHT a base di estrogeni è associata a un aumento del rischio di infarto miocardico e ictus, ma non è chiaro se questo minimo rischio sia il risultato della GAHT o un effetto del rischio CV preesistente. Non vi sono studi noti che trattano specificamente di MCV e di condizioni correlate negli individui *non-binary*, negli individui che utilizzano posologie subfisiologiche di GAHT o nell3 adult3 precedentemente trattati con soppressione della pubertà.

L3 PCP possono affrontare al meglio il rischio di MCV durante la GAHT valutando le persone TGD per le MCV e i fattori di rischio di MCV modificabili, come il diabete mellito, l'ipertensione, l'iperlipidemia, l'obesità e il fumo, nonché affrontando l'impatto del *minority stress* sul rischio cardiovascolare (Streed *et al.*, 2021). Inoltre, l3 PCP possono ridurre le disparità nella salute cardiovascolare delle persone *transgender* fornendo una diagnosi e un trattamento tempestivi delle condizioni a rischio, adattando la loro gestione in modo da supportare interventi continui di affermazione del genere.

Le linee guida per l'*assessment* del rischio variano in base al contesto nazionale o internazionale e all'affiliazione scientifica degli estensori delle linee guida. Le linee guida per la prevenzione delle MCV variano anche rispetto alla natura e alla frequenza dell'*assessment* del rischio per l3 adult3 san3

di età inferiore ai 40 anni (Arnett *et al.*, 2019; Piepoli *et al.*, 2020; Précoma *et al.*, 2019; Streed *et al.*, 2021; World Health Organization, 2007). Oltre i 40 anni, quando il rischio cardiovascolare aumenta, le linee guida raccomandano chiaramente *assessment* programmati del rischio, utilizzando una previsione calcolata del rischio di MCV a dieci anni, il quale si basa su equazioni di previsione del rischio ricavate da ampi campioni di popolazione. Esempi di calcolatori del rischio sono lo *SCORE* (raccomandato dalle Linee guida europee sulla prevenzione delle MCV), le equazioni degli studi di coorte in *pool* (linee guida AHA ACC 2013 sull'*assessment* del rischio di MCV), i punteggi di rischio Framingham e le tabelle di previsione del rischio dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS). Le tabelle dell'OMS sono state sviluppate sulla base delle informazioni fornite dai Paesi di ciascuna sotto-regione dell'OMS. In molti contesti con poche risorse, non sono disponibili strutture per misurare il colesterolo o il glucosio sierico, e sono disponibili tabelle di previsione alternative senza queste misure.

Da notare che tutti gli attuali calcolatori del rischio cardiovascolare si rifanno al sesso; infatti, utilizzano il sesso come variabile di rischio significativa. Attualmente non vi sono dati sufficienti sugli interventi per il rischio cardiovascolare nel corso della vita nelle persone TGD con interventi medici e chirurgici per adattare queste equazioni predittive. Tuttavia, è chiaro che sia il sesso assegnato alla nascita che la transizione medica possono influenzare i parametri utilizzati per calcolare il rischio cardiovascolare (Connelly *et al.*, 2019; Defreyne *et al.*, 2019; Maraka *et al.*, 2017; Martinez *et al.*, 2020). Il personale sanitario può adottare diversi approcci all'utilizzo dei calcolatori di rischio cardiovascolare nelle persone TGD, tra cui l'utilizzo del calcolatore di rischio per il sesso assegnato alla nascita, per il sesso dichiarato o per una media ponderata dei due, prendendo in considerazione l'esposizione totale alla terapia ormonale per l'affermazione del genere nel corso della vita. Sebbene manchino dati, è probabilmente più appropriato l'uso del genere per l3 adult3 *transgender* che hanno iniziato la terapia ormonale per l'affermazione del genere in età puberale. L3 pazienti con una storia di uso submassimale di GAHT o di periodi prolungati dopo la gonadectomia senza sostituzione ormonale, prima dei 50 anni circa, possono richiedere un approccio ancora più particolareggiato. Il personale sanitario deve essere consapevole delle caratteristiche e dei limiti del calcolatore di rischio in uso, inoltre deve coinvolgere l3 pazienti in un processo decisionale condiviso per quanto riguarda queste considerazioni specifiche.

Attualmente non esistono studi che confrontino la prevalenza della dislipidemia tra campioni *transgender* e *cisgender*, controllando l'uso di ormoni. Come già osservato in precedenza, i dati in altre popolazioni dimostrano che la presenza di stress psico-sociale durante l'infanzia e l'età adulta favoriscono l'obesità e il metabolismo lipidico anormale. Sia la GAHT a base di testosterone che quella a base di estrogeni influenzano il metabolismo lipidico, anche se le prove sono limitate dalla varietà delle prescrizioni ormonali e dalle variabili aggiuntive (Connelly *et al.*, 2019; Defreyne *et al.*, 2019; Deutsch *et al.*, 2015; Maraka *et al.*, 2017; Martinez *et al.*, 2020;). Nel complesso, gli estrogeni tendono ad aumentare il colesterolo e i trigliceridi delle lipoproteine ad alta densità (HDL) con effetti variabili sul colesterolo delle lipoproteine a bassa densità (LDL), mentre il testosterone influisce in modo variabile sui trigliceridi, diminuisce il colesterolo HDL e aumenta il colesterolo LDL. Anche il metodo di somministrazione

può influire su questo schema, in particolare in relazione agli estrogeni orali rispetto a quelli transdermici e al loro impatto sui trigliceridi (Maraka *et al.*, 2017). In generale, la misura degli effetti di queste differenze è minima e l'impatto complessivo sugli esiti cardiovascolari e cerebrovascolari non è chiaro. Non esistono studi che esaminino gli effetti degli ormoni in persone TGD con dislipidemia preesistente e con uso di ormoni a partire dai 50 anni di età, né che indaghino gli effetti oltre i 2-5 anni di terapia.

Mancano studi che confrontino la prevalenza dell'ipertensione tra persone TGD e campioni *cisgender* che controllino l'uso di ormoni. I dati in altre popolazioni dimostrano che lo stress psico-sociale cronico e acuto, comprese le esperienze di discriminazioni, possono essere collegati all'ipertensione (Din-Dzietham *et al.*, 2004; Spruill, 2010). Negli studi statunitensi basati sul *Behavioral Risk Factor Surveillance System*, un'ampia indagine sanitaria nazionale, non sono state riscontrate differenze nell'ipertensione riferita tra uomini o donne *transgender* rispetto ai campioni di persone *cisgender* (Alzahrani *et al.*, 2019; Nokoff *et al.*, 2018).

Gli studi sulla GAHT a base di testosterone ed estrogeni hanno mostrato effetti incoerenti sulla pressione arteriosa sistolica e diastolica. Uno studio retrospettivo sugli effetti dei programmi prescrittivi di GAHT a base di estrogeni e testosterone sulla pressione arteriosa ha rilevato una lieve riduzione della pressione arteriosa sistolica con l'inizio della terapia ormonale a base di estrogeni; mentre si è registrato un lieve aumento (4 mm Hg) della pressione arteriosa sistolica media nel *follow-up* a lungo termine dei regimi a base di testosterone; questa differenza era al limite della significatività statistica e di scarsa rilevanza clinica (Banks *et al.*, 2021). Una *systematic review* ha concluso che, data la qualità limitata degli studi, non vi sono dati sufficienti per giungere a conclusioni sugli effetti della GAHT sulla pressione sanguigna (Connelly *et al.*, 2021).

Lo spironolattone, spesso usato come bloccante degli androgeni nella GAHT femminilizzante, è un diuretico che risparmia il potassio e può aumentarlo se usato insieme agli ACE-inibitori o ai bloccanti dei recettori dell'angiotensina, nonché ai sostituti del sale. Non vi sono studi che esaminino gli effetti degli ormoni nelle persone TGD con ipertensione preesistente e con uso di ormoni a partire dai 50 anni di età, o che indaghino gli effetti oltre i 2-5 anni di terapia. Le persone *transgender* che ricevono la GAHT devono sottoporsi a ogni *screening* o monitoraggio aggiuntivo della pressione sanguigna indicato dalle linee guida WPATH per la GAHT.

Esistono dati limitati che confrontano la prevalenza del diabete mellito tra le persone TGD e i campioni di persone *cisgender* indipendentemente dalla GAHT. I dati recenti dello studio di coorte di *STRONG* (Islam *et al.*, 2021) hanno rilevato che la prevalenza e l'incidenza del diabete di tipo 2 erano più comuni nella coorte di donne *transgender* rispetto alle donne *cisgender*, ma non rispetto agli uomini *cisgender* di controllo. Non sono state osservate differenze significative nella prevalenza o nell'incidenza del diabete di tipo 2 nella coorte uomini *transgender* e nelle persone TGD in generale dopo l'inizio della terapia ormonale. Tuttavia, il *follow-up* medio per entrambe le coorti è stato rispettivamente di 2,8 e 3,1 anni (Islam *et al.*, 2021). I dati relativi ad altre popolazioni, comprese le minoranze sessuali, indicano che lo stress psico-sociale cronico e acuto può essere collegato allo sviluppo e il controllo del diabete di tipo 2 (Beach *et al.*, 2018; Kelly e Mubarak, 2015).

Gli studi statunitensi basati sul *Behavioral Risk Factor Surveillance System* non hanno riscontrato differenze nel diabete dichiarato tra uomini *transgender*, donne *transgender* e persone non binarie rispetto alle persone *cisgender* (Alzahrani *et al.*, 2019; Caceres *et al.*, 2020; Nokoff *et al.*, 2018). Diversi studi su campioni ridotti hanno mostrato una prevalenza superiore a quella prevista di sindrome dell'ovaio policistico o iperandrogenismo tra gli uomini *transgender* (Feldman *et al.*, 2016), condizioni associate all'insulino-resistenza e al rischio di diabete. Mentre gli studi sulla GAHT a base di testosterone e di estrogeni mostrano effetti diversi sul peso/grasso corporeo, sul metabolismo del glucosio e sulla resistenza all'insulina (Defreyne *et al.*, 2019), la maggior parte non dimostra un aumento del prediabete o del diabete (Chan *et al.*, 2018; Connelly *et al.*, 2019). Non esistono studi che esaminino gli effetti degli ormoni in persone TGD con diabete preesistente, con l'assunzione iniziata oltre i 50 anni di età o che indaghino gli effetti oltre i 2-5 anni di terapia. Attualmente non esistono studi che trattino specificamente il diabete nell3 adult3 precedentemente trattat3 con soppressione della pubertà.

Mentre gli studi sui risultati intermedi degli effetti della GAHT sulla pressione arteriosa e sui lipidi sono utili per la generazione di ipotesi e per lo studio dell'eziologia, gli studi futuri dovrebbero concentrarsi sugli esiti cardiovascolari di interesse, con un'attenzione specifica ai predittori individuali come l'età, il tipo e la posologia di ormoni utilizzati e l'esposizione totale alla GAHT per tutta la vita. L'interpretazione dei dati dovrebbe sempre considerare se i controlli *cisgender* erano dello stesso sesso o dello stesso genere della controparte *trans*.

<u>Dichiarazione 15.4</u>

Raccomandiamo al personale sanitario di offrire consulenza alle persone TGD sull'uso di tabacco e di consigliare l'astinenza da tabacco e nicotina prima di un intervento chirurgico di affermazione di genere.

L'uso di tabacco è uno dei principali responsabili delle malattie cardiovascolari, delle malattie polmonari e dei tumori in tutto il mondo (World Health Organization, 2020). Le persone TGD hanno una maggiore prevalenza di consumo di tabacco rispetto alle persone *cisgender* (Azagba *et al.*, 2019; Buchting *et al.*, 2017). Questo modello è coerente con quello di altre popolazioni che subiscono *minority stress* (Gordon *et al.*, 2021). L3 PCP possono promuovere i fattori protettivi contro il consumo di tabacco, tra cui incoraggiare la riduzione dell'esposizione alla discriminazione personale o strutturale, il cambio dei documenti di identificazione e la sottoscrizione a un'assicurazione sanitaria (Kidd *et al.*, 2018; Shires e Jafee, 2016).

I rischi per la salute legati all'uso del tabacco colpiscono in modo sproporzionato le persone TGD, soprattutto a causa del ridotto accesso a *screening* e trattamenti culturalmente competenti e accessibili e per le malattie correlate al tabacco (Shires e Jafee, 2016). Il fumo può aumentare ulteriormente il rischio cardiovascolare e di TEV per le persone TGD che assumono GAHT femminilizzanti (Hontscharuk *et al.*, 2021). Il fumo, inoltre, raddoppia o triplica il rischio di complicanze della chirurgia generale, come la guarigione delle ferite, la cicatrizzazione e le infezioni (Yoong *et al.*, 2020) e aumenta questi rischi per coloro che accedono a interventi chirurgici per l'affermazione di genere. I dati su popolazioni *cisgender* mostrano che l'interruzione del fumo prima dell'intervento e il mantenimento dell'astinenza per sei settimane dopo

l'intervento riduce significativamente le complicanze (Yoong *et al.*, 2020).

Attualmente esistono pochi studi sui programmi di cessazione del fumo specificamente dedicati alle persone TGD (Berger e Mooney-Somers, 2017). Tuttavia, prove limitate suggeriscono che l3 PCP possono migliorare i tentativi per l'interruzione del fumo affrontando gli effetti del *minority stress* (Gamarel *et al.*, 2015) e incorporando interventi di affermazione di genere, come la GAHT (Myers e Safer, 2016). Il personale sanitario dovrebbe prendere in considerazione i significativi ostacoli che le persone abituate alla nicotina incontrano quando tentano di smettere. La terapia sostitutiva della nicotina e/o altri coadiuvanti per la disassuefazione dovrebbero essere resi disponibili, tenendo conto delle preferenze individuali e riconoscendo i fattori di salute comportamentale sottostanti, i quali contribuiscono al perdurare dell'uso della nicotina. Il processo decisionale relativo agli approcci alla GAHT o all'intervento chirurgico deve includere la considerazione del principio "del non nuocere" della pratica medica, tenendo conto delle capacità e delle esigenze dellə singolə paziente.

Dichiarazione 15.5

Raccomandiamo al personale sanitario di discutere e affrontare con le persone TGD i problemi psicologici, medici e sociali legati all'invecchiamento.

L'invecchiamento presenta specifiche sfide sociali, fisiche e mentali per le persone TGD. Sebbene la letteratura sull'invecchiamento e le persone *transgender* anziane sia limitata, molt3 adult3 TGD hanno vissuto una vita di stigma, discriminazione e repressione del genere esperito (Fabbre e Gaveras, 2020; Witten, 2017). Questa esperienza influisce sulle interazioni dell3 anzian3 TGD con i sistemi sanitari (Fredriksen-Goldsen *et al.*, 2014; Kattari e Hasche, 2016; Walker *et al.*, 2017). L3 anzian3 *transgender* hanno maggiori probabilità rispetto all3 coetane3 LGB *cisgender* di sperimentare una cattiva salute fisica, anche quando si tengono conto di fattori sociodemografici (Fredriksen-Goldsen, 2011; Fredriksen-Goldsen *et al.*, 2014). L'accesso ridotto a un'assistenza culturalmente adeguata e le conseguenze del *minority stress* spesso comportano un ritardo nelle cure, potenzialmente aggravando le condizioni croniche comuni all'invecchiamento (Bakko e Kattari, 2021; Fredriksen-Goldsen *et al.*, 2014).

Sebbene esistano pochi studi sugli interventi medici di affermazione di genere tra l3 anzian3 TGD, le evidenze suggeriscono che l3 adult3 anzian3 sperimentano una qualità di vita significativamente più elevata con la transizione medica, anche rispetto all3 giovani adult3 TGD (Cai *et al.*, 2019). Sebbene l'età non sia di per sé una controindicazione o una limitazione assoluta agli interventi medici o chirurgici, l3 anzian3 TGD potrebbero non essere consapevoli dell'attuale gamma di opzioni sociali, mediche o chirurgiche disponibili che possono aiutare a soddisfare le loro esigenze individuali (Hardacker *et al.*, 2019; Houlberg, 2019).

Sebbene gli studi sulla salute mentale dell3 anzian3 TGD siano limitati, le persone di età superiore ai cinquant'anni presentano tassi significativamente più elevati di sintomi depressivi e di stress percepito rispetto agli adult3 *cisgender* LGB ed eterosessuali (Fredriksen-Goldsen, 2011, Fredriksen- Goldsen *et al.*, 2014). I fattori di rischio specifici per l3 anzian3 TGD includono la discriminazione legata al genere e all'età, lo stress generale, l'occultamento dell'identità, la vittimizzazione e lo stigma interiorizzato, mentre il supporto sociale e l'appartenenza alla comunità appaiono fattori protettivi

(Fredriksen-Goldsen, *et al.*, 2014; Hoy-Ellis e Fredriksen-Goldsen, 2017; White Hughto e Reisner, 2018). L3 PCP possono assistere l3 pazienti incoraggiando la spiritualità, l'accettazione e la difesa di sé e uno stile di vita sano e attivo, tutti fattori associati alla resilienza e al successo dell'invecchiamento (McFadden *et al.*, 2013; Witten, 2014). L3 anzian3 TGD spesso affrontano l'isolamento sociale, la perdita di sistemi di supporto e l'allontanamento da amic3 intim3 e figl3 (Fredriksen-Goldsen, 2011; Witten, 2017). Le preoccupazioni più comuni per l'invecchiamento delle persone TGD sono la perdita della capacità di prendersi cura di sé, seguita dalla necessità di entrare in una casa di cura o in una residenza per persone anziane (Henry *et al.*, 2020). I contesti di assistenza a lungo termine offrono l'assistenza necessaria, ma hanno anche il potenziale per abusi fisici o emotivi, per negare la GAHT e le cure di *routine,* per "rivelare" (*"outing")* l'identità di genere e per impedire di vivere e vestirsi secondo il genere affermato (Auldridge *et al.*, 2012; Pang *et al.*, 2019; Porter *et al.*, 2016). L3 anzian3 TGD segnalano gli alloggi per anzian3, i trasporti, gli eventi sociali e i gruppi di sostegno come i servizi più necessari per loro (Auldridge *et al.*, 2019).

Nonostante le barriere, la maggior parte delle persone TGD invecchia con successo grazie all'accettazione di sé, alle relazioni di cura e all'*advocacy* (Fredriksen-Goldsen, 2011; Witten, 2014). L3 PCP dovrebbero occuparsi delle principali questioni sanitarie che riguardano l3 anzian3 TGD, tra cui la salute mentale, gli interventi medici per l'affermazione di genere, il supporto sociale e le cure di fine vita o residenziali.

Oltre l'impatto indipendente di fattori quali il *minority stress* e i determinanti sociali della salute in età avanzata, mancano dati sui problemi di salute specifici delle persone *transgender* che utilizzano la GAHT in età avanzata, degli individui che hanno iniziato la GAHT in età più giovane e coloro che cercano di continuare o iniziare la GAHT nel sesto, settimo, ottavo o successivo decennio di vita. Con una percentuale crescente di persone *transgender* che iniziano la GAHT in giovane età, comprese alcune che iniziano al momento della pubertà, sono sempre più importanti gli studi che esaminano l'impatto di decenni di tale trattamento sulla salute a lungo termine.

Dichiarazione 15.6

Raccomandiamo al personale sanitario, nell'assistenza alle persone TGD che hanno ricevuto estrogeni, di seguire le linee guida locali per lo screening del cancro al seno, sviluppate per le donne cisgender, tenendo in considerazione la durata dell'uso di ormoni, la posologia, l'età attuale e l'età in cui hanno iniziato la terapia ormonale.

Le persone TGD che assumono GAHT a base di estrogeni svilupperanno il seno e quindi richiedono considerazione per lo *screening* del cancro al seno. Gli estrogeni esogeni possono essere uno dei molteplici fattori che contribuiscono al rischio di cancro al seno nelle persone *cisgender*. Sono stati pubblicati due studi di coorte che hanno valutato la prevalenza del cancro al seno tra le donne *transgender* nei Paesi Bassi (Gooren *et al.*, 2013) e negli Stati Uniti (Brown e Jones, 2015). Entrambi erano coorti retrospettive di campioni clinici che utilizzavano una diagnosi di cancro al seno come variabile di interesse e controlli *cisgender* come gruppo di confronto. Nessuno dei due studi prevedeva uno *screening* prospettico per il tumore al seno ed entrambi presentavano significative limitazioni metodologiche. Sono state pubblicate numerose linee guida (Deutsch, 2016a) che raccomandano una combinazione di "età più durata

dell'esposizione agli estrogeni" come determinante della necessità di iniziare lo *screening*. Queste raccomandazioni si basano solo sul consenso di esperts e sono deboli dal punto di vista delle evidenze.

Le mutazioni BRCA1 e 2 aumentano il rischio di cancro al seno, ma non è chiaro il ruolo che l'esposizione agli ormoni sessuali svolge (se presente) in questo aumento del rischio (Rebbeck *et al.*, 2005). Ls pazienti con una mutazione nota di BRCA1 dovrebbero essere informate riguardo agli aspetti sconosciuti e la decisione consivisa informata dovrebbe avvenire tra paziente e medicə, prendendo in considerazione i numerosi benefici della GAHT.

Lo *screening* del cancro al seno tra le donne *transgender* deve anche tenere conto della probabilità che il seno di una donna *transgender* sia più denso alla mammografia. Seni densi, un'anamnesi di iniezione di *filler* come il silicone e protesi mammarie possono complicare l'interpretazione dei risultati mammografici (Sonnenblick *et al.*, 2018). Di conseguenza, è bene utilizzare tecniche speciali. Le persone che hanno iniettato particelle come silicone o altri riempitivi per l'aumento del seno possono anche sviluppare complicazioni, come i lipogranulomi sclerosanti, i quali oscurano il tessuto normale alla mammografia o all'ecografia.

Dichiarazione 15.7

Raccomandiamo al personale sanitario di seguire le linee guida locali per lo screening del tumore al seno, sviluppate per le donne cisgender, nell'assistenza alle persone TGD AFAB che non hanno subito una mastectomia.

Per le persone TGD AFAB che hanno sviluppato il seno attraverso la pubertà, sono presenti dubbi teorici sul fatto che l'esposizione diretta al testosterone e l'esposizione agli estrogeni aromatizzati derivanti dalla terapia con testosterone siano fattori di rischio per lo sviluppo del cancro al seno. Dati retrospettivi limitati non hanno dimostrato un aumento del rischio di cancro al seno tra gli uomini *transgender* (Gooren *et al.*, 2013; Grynberg *et al.*, 2010), ma mancano dati prospettici e di confronto. La maggior parte delle persone di questo gruppo avrà ancora del tessuto mammario residuo e quindi è importante che ls PCP sappiano che il rischio di cancro al seno non è nullo. Il momento e l'approccio allo *screening* del tumore al seno nelle persone che hanno subito un intervento chirurgico al torace non sono attualmente stabiliti e, analogamente agli uomini *cisgender* con una storia clinica familiare significativa o una mutazione del gene BRCA, lo *screening* tramite risonanza magnetica o ecografia potrebbe essere il metodo appropriato. Poiché l'utilità e le *performance* di questi approcci non sono state studiate e poiché gli esami di *screening* del torace/seno auto-condotti o condotti da personale sanitario non sono raccomandati nelle donne *cisgender* a causa dei potenziali danni derivanti da falsi positivi e da un eccesso di individuazione (individuazione di un tumore che sarebbe regredito da solo senza necessità di intervento), qualsiasi approccio allo *screening* in questo gruppo dovrebbe avvenire nel contesto di un processo decisionale condiviso tra pazienti e operators del settore in merito ai potenziali danni, benefici e incognite di questi approcci.

Dichiarazione 15.8

Raccomandiamo al personale sanitario di applicare le linee guida locali per lo screening (compresa la raccomandazione di non sottoporsi allo screening) sviluppate per le donne cisgender a rischio medio ed elevato di sviluppare un tumore ovarico o endometriale nella cura delle persone TGD che presentano gli stessi rischi.

Le attuali linee guida di consenso non raccomandano lo *screening* di *routine* del cancro ovarico per le donne *cisgender*. Sono stati riportati casi di cancro ovarico tra uomini *transgender* (Dizon *et al.*, 2006; Hage *et al.*, 2000). Attualmente non ci sono prove che la terapia con testosterone comporti un aumento del rischio di cancro ovarico, sebbene manchino studi prospettici a lungo termine (Joint *et al.*, 2018).

Dichiarazione 15.9

Raccomandiamo di non sottoporre a ovariectomia o isterectomia di routine, al solo scopo di prevenire il cancro ovarico o dell'utero, le persone TGD che si sottopongono al trattamento con testosterone e che hanno un rischio di malignità altrimenti medio.

Le persone TGD con ovaie che assumono GAHT a base di testosterone sono spesso in uno stato oligo-anovulatorio, o comunque sperimentano alterazioni della funzione della fase luteale e della produzione di progesterone. Questa condizione, combinata con la possibile maggiore esposizione agli estrogeni dovuta all'aromatizzazione del testosterone esogeno, solleva la preoccupazione di un'esposizione eccessiva o non contrastata agli estrogeni nell'endometrio, sebbene il significato a livello clinico sia sconosciuto. Studi istologici sull'endometrio di persone *transgender* che assumono testosterone hanno rilevato atrofia piuttosto che iperplasia (Grimstad *et al.*, 2018; Grynberg *et al.*, 2010; Perrone *et al.*, 2009). In un'ampia coorte di uomini *transgender* e persone non binarie AFAB, sottoposte a isterectomia con ovariectomia, in tutti i casi (n = 85) è stata riscontrata un'istopatologia ovarica benigna (Grimstad *et al.*, 2020). Sebbene manchino dati prospettici sugli esiti, al momento non vi sono prove sufficienti per sostenere la raccomandazione di sottoporre gli uomini *transgender* e le persone non binarie AFAB a isterectomia o ovariectomia di *routine* solo per prevenire il cancro dell'endometrio o dell'ovaio. Certamente, segni/sintomi inspiegabili di tumore dell'endometrio o dell'ovaio dovrebbero essere valutati in modo appropriato.

Dichiarazione 15.10

Raccomandiamo al personale sanitario di offrire lo screening per il cancro del collo dell'utero alle persone TGD che attualmente hanno o hanno avuto in precedenza una cervice uterina, seguendo le linee guida locali per le donne cisgender.

Le persone con cervice uterina dovrebbero sottoporsi di *routine* allo *screening* e alla prevenzione del cancro cervicale secondo le pratiche e le linee guida regionali in base all'età. Questo include la vaccinazione contro il papilloma virus umano (HPV) e lo *screening* secondo le linee guida locali, e se disponibili, il co-test citologico e HPV. È importante che il personale sanitario esegua gli esami pelvici con lo *speculum* in modo da ridurre al minimo il dolore e l'angoscia per gli uomini *transgender* e le persone non binarie AFAB.

Le persone *transgender* con cervice uterina hanno meno probabilità di essersi sottoposte allo *screening* convenzionale del cancro cervicale, sia perché l'esame può causare un peggioramento della disforia e/o perché l3 PCP e l3 pazienti sono disinformat3 sulla necessità di questo *screening* (Agenor *et al.*, 2016; Potter *et al.*, 2015). Inoltre, la terapia con testosterone può provocare cambiamenti atrofici del canale genitale e la durata dell'uso di testosterone è stata associata a una maggiore probabilità di ottenere un campione inadeguato per lo *screening* citologico del cancro cervicale (Peitzmeier *et al.*, 2014). Le alternative all'esame con *speculum* e alla citologia cervicale, come i tamponi HPV ad alto rischio raccolti autonomamente o dal medico, possono essere particolarmente

utili per lo *screening* delle persone con cervice. Una ricerca in corso negli Stati Uniti sta studiando l'uso del test HPV vaginale ad alto rischio auto-raccolto tra gli uomini *transgender* e le persone non binarie AFAB. I tamponi HPV sono stati considerati altamente accettabili tra gli uomini *transgender* con una sensibilità all'HPV ad alto rischio del 71,4% (valore predittivo negativo del 94,7%) e una specificità del 98,2% (Reisner *et al.*, 2018). Sono necessari ulteriori studi per valutare i danni dello *screening* primario dell'HPV negli uomini *transgender* in termini di potenziale aumento dei danni associati agli esami invasivi e alle colposcopie.

Dichiarazione 15.11

Raccomandiamo al personale sanitario di informare le persone TGD che l'uso di farmaci antiretrovirali non costituisce una controindicazione alla terapia ormonale per l'affermazione del genere.

La prevalenza del virus dell'immunodeficienza umana (HIV) è sproporzionatamente alta nelle popolazioni TGD. Una recente ampia metanalisi ha rilevato un *odds ratio* globale per l'infezione da HIV di 66 per le persone trans AMAB e di 6,8 per quelle AFAB (Stutterheim *et al.*, 2021). L3 PCP hanno l'opportunità unica di fornire un'educazione cruciale e di implementare strategie di prevenzione, soprattutto per ridurre l'HIV tra le persone TGD. La sfiducia nei confronti del personale sanitario, dovuta a esperienze passate di discriminazione e transfobia, ha un impatto sulla prevenzione dell'HIV e interrompe i tentativi di accesso alle cure (Sevelius *et al.*, 2016). Lo stigma, la mancanza di una formazione adeguata e le gerarchie di potere innate all'interno delle strutture mediche contribuiscono all'ambivalenza e all'incertezza del personale sanitario quando si occupano di persone TGD (Poteat *et al.*, 2013). Infine, la mancanza di inclusività e di pratiche di supporto all'affermazione di genere nell'ambiente sanitario potrebbe portare le persone TGD a sentirsi in pericolo nel discutere argomenti sensibili, come la diagnosi di HIV, e a evitare le cure per paura (Bauer *et al.*, 2014; Gibson *et al.*, 2016; Seelman *et al.*, 2017).

Il personale sanitario dovrebbe essere consapevole del contesto più ampio, all'interno del quale molte persone TGD si rivolgono per ottenere la GAHT, chemioprofilassi/ trattamento pre-esposizione all'HIV (PrEP) o entrambi. Ci possono essere diverse idee errate sulla sicurezza dell'assunzione di GAHT in concomitanza con la terapia antiretrovirale per la chemioprofilassi o il trattamento dell'HIV.

Lo studio diretto delle interazioni tra terapia antiretrovirale e terapia ormonale per l'affermazione di genere (ART/GAHT) è limitato. Una sub-analisi delle donne *transgender* e delle persone non binarie AMAB nello studio multinazionale iPrEx ha rilevato una scarsa efficacia in questo gruppo nell'analisi *intention-to-treat*, sebbene tra l3 partecipanti *transgender*, che hanno aderito al farmaco come prescritto, l'efficacia fosse simile a quella degli uomini gay *cisgender*, questo suggerisce che l'assunzione e l'aderenza alla PrEP rimangono difficili in questa popolazione. Due studi sugli effetti della GAHT sul tenofovir difosfato (Grant *et al.*, 2021) e sul tenofovir difosfato ed emtricitabina (Shieh *et al.*, 2019) hanno riscontrato che livelli significativamente ridotti dei farmaci ART non sono probabilmente clinicamente significativi. Nel complesso, i dati sulle interazioni tra i contraccettivi ormonali e gli antiretrovirali sono rassicuranti per quanto riguarda l'impatto degli ormoni sulla ART (Nanda *et al.*, 2017). Poiché l'estradiolo è parzialmente metabolizzato dagli enzimi del citocromo P450 (CYP) 3A4 e 1A2, possono esistere potenziali interazioni

farmacologiche con altri farmaci che inducono o inibiscono queste vie, come gli inibitori non nucleosidici della trascrittasi inversa (NNRTI, ad esempio efavirenz (EFV) e nevirapina (NVP)) (Badowski *et al.*, 2021). Tuttavia, i regimi ART di prima linea, preferiti nella maggior parte dei Paesi, includono gli inibitori dell'integrasi, i quali hanno interazioni farmacologiche minime o nulle con la GAHT e possono essere utilizzati in modo sicuro (Badowski, 2021; *Department of Health and Human Services. Panel on Antiretroviral Guidelines for Adults and Adolescents*, 2021). In caso di dubbi su potenziali interazioni, il personale sanitario deve monitorare i livelli ormonali nel sangue secondo le necessità. Pertanto, le persone TGD che vivono con l'HIV e che assumono farmaci antiretrovirali dovrebbero essere informate sul fatto che l'assunzione di antiretrovirali insieme alla terapia ormonale per l'affermazione del genere è sicura.

Dichiarazione 15.12

Raccomandiamo al personale sanitario di ottenere dalle persone TGD una storia clinica dettagliata che includa l'uso passato e presente di ormoni, gli interventi chirurgici alle gonadi e la presenza di fattori di rischio tradizionali per l'osteoporosi per valutare l'età ottimale e la necessità di uno screening dell'osteoporosi. Per ulteriore materiale, v. la Dichiarazione 15.13.

Dichiarazione 15.13

Raccomandiamo al personale sanitario di discutere della salute delle ossa con le persone TGD, inclusa la necessità di un esercizio fisico con carico attivo, di una dieta sana, di un'integrazione di calcio e vitamina D.

Sia gli estrogeni che il testosterone favoriscono la formazione e il *turnover* osseo. Una diminuzione dei livelli di ormoni sessuali è associata a un maggior rischio di osteoporosi in età avanzata (Almeida *et al.*, 2017). I soggetti TGD possono essere sottoposti a interventi medici e/o chirurgici che possono influenzare la salute delle ossa, come la GAHT, il blocco degli androgeni e la gonadectomia. Pertanto, per stabilire la necessità di uno *screening* dell'osteoporosi è necessaria una storia clinica dettagliata, che comprenda l'uso passato e presente di ormoni e di interventi chirurgici sulle gonadi.

Diversi studi osservazionali hanno confrontato la densità minerale ossea (BMD) di adultɜ TGD prima e dopo la GAHT e in individui TGD rispetto a controlli *cisgender* abbinati in base al sesso assegnato alla nascita.

Una bassa BMD può esistere prima dell'inizio della GAHT. Uno studio ha mostrato una BMD areale media più bassa a livello del collo del femore, dell'anca totale e della colonna vertebrale nelle donne *transgender* rispetto ai controlli uomini *cisgender* abbinati per età (Van Caenegem *et al.*, 2013). Un altro studio ha rivelato un'alta prevalenza di bassi punteggi di BMD tra giovani *transgender* prima dell'inizio dei bloccanti della pubertà (Lee *et al.*, 2020). Lɜ autorɜ di entrambi gli studi hanno concluso che i bassi tassi di attività fisica possono essere un importante contributo a questi risultati.

L'accelerazione della perdita ossea può verificarsi dopo la gonadectomia se gli ormoni vengono interrotti o se i livelli ormonali non sono ottimali. In uno studio, il 30% delle donne *transgender* che si erano sottoposte a gonadectomia presentava una bassa massa ossea, correlata a livelli più bassi di 17-ß estradiolo e all'aderenza alla GAHT (Motta *et al.*, 2020).

Le indagini sugli effetti della GAHT sulla BMD hanno rivelato che le donne TGD sottoposte a terapia estrogenica mostrano miglioramenti nella BMD. Una *systematic*

review e una metanalisi sull'impatto degli ormoni sessuali sulla salute ossea delle persone *transgender* hanno incluso nove studi ammissibili su donne *transgender* (n = 392) e otto studi ammissibili su uomini *transgender* (n = 247) pubblicati tra il 2008 e il 2015. La metanalisi ha rivelato che le donne *transgender* hanno mostrato un aumento statisticamente significativo della BMD della colonna lombare (ma non della BMD del collo del femore) rispetto alle misure basali. Tra gli uomini *transgender*, non si sono registrati cambiamenti statisticamente significativi nella colonna vertebrale lombare, nel collo del femore e nella BMD totale dell'anca a 12 e 24 mesi dall'inizio dell'assunzione di testosterone rispetto alle misure basali (Singh-Ospina *et al.*, 2017). Da quando è stata pubblicata questa ricerca, l'*European Network for Investigation of Gender Incongruence* (ENIGI), uno studio osservazionale prospettico multicentrico (Belgio, Norvegia, Italia e Paesi Bassi), ha pubblicato i risultati sugli esiti della BMD per 231 donne *transgender* e 199 uomini *transgender* un anno dopo l'inizio della GAHT (Wiepjes *et al.*, 2017). Le donne *transgender* hanno registrato un aumento della BMD della colonna lombare, dell'anca totale e del collo del femore, mentre negli uomini *transgender* si è verificato un aumento della BMD dell'anca totale. Uno studio ha riportato l'assenza di fratture in individui *transgender* a 12 mesi dall'inizio dell'assunzione di ormoni in 53 uomini *transgender* e 53 donne *transgender* (Wierckx *et al.*, 2014). Nessuno studio suggerisce che la GAHT debba essere un'indicazione per un maggiore *screening* dell'osteoporosi. Invece, sarebbe opportuno considerare i vuoti di GAHT in coloro che hanno subito una gonadectomia precedente per tale *screening*.

Le linee guida di pratica clinica includono raccomandazioni per lo *screening* dell'osteoporosi nelle persone TGD (Deutsch, 2016a; Hembree *et al.*, 2017; Rosen *et al.*, 2019). Per le persone con TGD, sia l'*International Society for Clinical Densitometry* che l'*Endocrine Society* suggeriscono di prendere in considerazione uno *screening* della BMD prima di iniziare l'assunzione di ormoni. Ulteriori raccomandazioni per lo *screening* della BMD si basano su diversi fattori, tra cui il sesso assegnato alla nascita e l'età, oltre alla presenza di fattori di rischio tradizionali per l'osteoporosi, come precedenti fratture, uso di farmaci ad alto rischio, condizioni associate alla perdita di massa ossea e basso peso corporeo (Rosen *et al.*, 2019). In particolare, le linee guida dell'ISCD affermano che la valutazione della BMD è indicata per gli individui TGD con anamnesi di gonadectomia o di terapia che abbassa i livelli di steroidi gonadici endogeni prima dell'inizio della terapia ormonale per l'affermazione del genere, ipogonadismo senza intenzione di assumere la GAHT o indicazioni note per valutare la BMD (Rosen *et al.*, 2019). Tuttavia, l'evidenza di queste raccomandazioni è debole.

La modalità di *screening* raccomandata per l'osteoporosi è l'assorbimetria a raggi X a doppia energia (DXA) della colonna lombare, dell'anca totale e del collo del femore (Kanis, 1994). Tuttavia, in molti Paesi a basso e medio reddito, la valutazione delle BMD con la DXA non è disponibile e lo *screening* di *routine* basato sulla DXA è condotto in poche Nazioni, con l'eccezione degli Stati Uniti.

L3 PCP dovrebbero discutere i modi per ottimizzare la salute delle ossa con le persone TGD. Inoltre, L3 PCP dovrebbero fornire informazioni sull'importanza dell'alimentazione e dell'esercizio fisico per il mantenimento della salute delle ossa. I soggetti TGD con (o a rischio di) osteoporosi dovrebbero essere informati dei benefici dell'esercizio fisico con carico attivo e degli esercizi di forza e resistenza per limitare la

perdita ossea (Benedetti *et al.*, 2018). L'alimentazione è parte integrante della salute delle ossa. Le carenze nutrizionali, tra cui l'insufficiente apporto di calcio e bassi valori di vitamina D, possono determinare una ridotta mineralizzazione ossea. È stato dimostrato che l'integrazione di vitamina D e calcio riduce l'incidenza di fratture dell'anca e totali (Weaver *et al.*, 2016). Sebbene sia rilevante per tutte le popolazioni, questa discussione è pertinente in quanto è stata osservata un'alta prevalenza di ipovitaminosi D nelle popolazioni TGD (Motta *et al.*, 2020; Van Caenegem *et al.*, 2013).

Dichiarazione 15.14

Raccomandiamo al personale sanitario di fornire alle persone TGD indicazioni su dove effettuare la epilazione del viso, del corpo e delle aree genitali per l'affermazione del genere o come parte di un processo di preparazione all'intervento.

L'epilazione è necessaria sia per l'eliminazione dei peli sul viso (Marks *et al.*, 2019) sia per la preparazione ad alcuni interventi chirurgici di affermazione di genere (GAS) come la vaginoplastica, la falloplastica e la metoidioplastica (Zhang *et al.*, 2016). L'epilazione permanente preoperatoria è necessaria per qualsiasi area cutanea che verrà messa a contatto con l'urina (ad es., utilizzata per costruire una neo-uretra) o che verrà spostata all'interno di una cavità parzialmente chiusa del corpo (ad es., utilizzata per rivestire la neovagina) (Zhang *et al.*, 2016). Le tecniche di epilazione utilizzate nelle cure per l'affermazione di genere sono l'epilazione con elettrolisi (EHR) e l'epilazione con laser (LHR) (Fernandez *et al.*, 2013). La EHR è attualmente l'unico metodo di epilazione permanente approvato dalla *Food and Drug Administration* degli Stati Uniti, mentre la LHR è approvata per la riduzione permanente dei peli (Thoreson *et al.*, 2020).

L'EHR prevede l'uso di una corrente elettrica con una sonda molto sottile che viene inserita manualmente in sequenza nei singoli follicoli piliferi (Martin *et al.*, 2018). Poiché questo metodo utilizza la distruzione meccanica diretta dell'apporto di sangue al pelo, può essere utilizzato su tutti i colori di peli e per ogni tipo di pelle (Martin *et al.*, 2018). L'EHR necessita di tempo e denaro, in quanto richiede che ogni follicolo pilifero sia trattato singolarmente, ma è efficace per la rimozione permanente dei peli. Per l'epilazione genitale permanente prima della GAS il trattamento deve essere eseguita da unə professionistə espertə nell'epilazione genitale, poiché il metodo è diverso da quello del viso e del corpo. La EHR è più dolorosa della LHR, con possibili effetti collaterali di eritema, croste e gonfiore (Harris *et al.*, 2014). L'iperpigmentazione post-infiammatoria è un rischio per i soggetti con pelle scura (Richards e Meharg, 1995). Il dolore può essere controllato con anestetici locali topici e tecniche di raffreddamento, e con l'aumentare delle sessioni è possibile sviluppare tolleranza al dolore dato dalla EHR. Difatti, molte persone sono in grado di tollerare lunghe sessioni (Richards e Meharg, 1995).

La LHR utilizza l'energia laser per colpire i follicoli piliferi - è utile per superfici più ampie. Il meccanismo è la fototermolisi, in cui la luce del laser colpisce selettivamente la melanina nel fusto del pelo (Gao *et al.*, 2018). Questa energia viene convertita in calore e danneggia i follicoli che producono i peli provocando la distruzione del bulbo pilifero. Per ottenere i migliori risultati possibili sono necessari ulteriori trattamenti, che in genere sono distanziati di sei settimane per consentire il ricambio dei peli (Zhang *et al.*, 2016). Poiché la LHR ha come bersaglio la melanina, i risultati possono essere limitati per chi ha i peli grigi, biondi o rossi. Esistono considerazioni specifiche per l'utilizzo della

LHR in soggetti con pelle scura (Classificazione di Fitzpatrick del tipo di pelle da IV a VI) (Fayne *et al.*, 2018)). Il contenuto più elevato di melanina dell'epidermide può entrare in competizione con il cromoforo bersaglio della luce o del laser, ossia la melanina nel fusto del follicolo pilifero. Affinché si verifichi la termolisi selettiva, il calore si diffonde dal fusto del pelo alle cellule staminali follicolari per causare danni. Nei tipi di pelle più scura, invece di raggiungere la melanina bersaglio nel fusto del pelo, la luce viene assorbita nell'epidermide dove viene poi convertita in calore. Ciò può comportare risultati clinici peggiori e un tasso più elevato di effetti avversi indotti dal calore, come ipopigmentazione o iperpigmentazione, vesciche e formazione di croste (Fayne *et al.*, 2018). La scelta della lunghezza d'onda del laser è fondamentale per ridurre questo rischio: si raccomanda una lunghezza d'onda maggiore per ridurre al minimo l'assorbimento della luce nella melanina epidermica, massimizzando così l'efficacia e minimizzando gli effetti avversi nell3 pazienti con pelle scura (Zhang *et al.*, 2016). Gli effetti collaterali della LHR possono includere la sensazione di scottatura dopo il trattamento, oltre a infiammazione, arrossamento, iperpigmentazione e gonfiore. È noto che le luci lampeggianti possono indurre crisi epilettiche in pazienti predisposti, per cui l3 pazienti devono essere valutat3 per questo rischio. Anche il dolore e il disagio durante la procedura possono rappresentare un ostacolo significativo e l3 PCP devono essere pront3 a prescrivere analgesici topici o sistemici, come una miscela eutettica di anestetici locali (EMLA) o un oppioide sistemico a bassa posologia. Per la GAS genitale, alcun3 raccomandano un'attesa di 3 mesi dopo l'ultimo trattamento di epilazione pianificato prima di procedere con l'intervento chirurgico, in modo da confermare che non si verifichi un'ulteriore ricrescita di peli (Zhang *et al.*, 2016).

CAPITOLO 16. Salute riproduttiva[113]

Tutti gli esseri umani, comprese le persone *transgender*, hanno il diritto riproduttivo di decidere se avere o meno figl3 (Fondo delle Nazioni Unite per la popolazione, 2014). I trattamenti ormonali di affermazione di genere e gli interventi chirurgici[114] che modificano l'anatomia o la funzione riproduttiva possono limitare in varia misura le future opzioni riproduttive (Hembree *et al.*, 2017; Nahata *et al.*, 2019). È pertanto fondamentale discutere con le persone *transgender* e, in caso di minori, con le loro famiglie, circa il rischio di infertilità e le varie opzioni di preservazione della fertilità (FP) prima di iniziare questi trattamenti e promuovere con continuità queste conversazioni (Hembree *et al.*, 2017). Le opzioni consolidate di FP, come la crioconservazione di embrioni, ovociti e spermatozoi, possono essere disponibili per le persone *transgender* post-puberali (Nahata *et al.*, 2019). Sono stati sviluppati e studiati anche protocolli di ricerca per la crioconservazione di tessuto ovarico e testicolare (Borgström *et al.*, 2020; Nahata *et al.*, 2019; Rodriguez-Wallberg, *et al.*, 2019). Mentre l'uso di embrioni, ovociti maturi e spermatozoi si è dimostrato efficace quando impiegato in trattamenti clinici, i tessuti gonadici crioconservati richiederebbero un futuro trapianto per ottenere gameti pienamente funzionali o l'applicazione di metodi di laboratorio di coltura, i quali sono ancora in fase di sviluppo in contesti di ricerca di base. È importante notare che le recenti linee guida dell'American Society for Reproductive Medicine hanno tolto l'etichetta di "sperimentazione" alla crioconservazione del tessuto ovarico, ma le prove rimangono limitate nell3 bambin3 in età prepuberale (Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine, 2019).

L'assistenza personalizzata deve essere fornita sulla base degli obiettivi di genitorialità di ogni persona. Alcune ricerche suggeriscono che le persone *transgender e gender diverse* (TGD), rispetto all3 loro coetane3 *cisgender*, possono essere meno propense al desiderio di avere figl3 biologic3 (Defreyne *et al.*, 2020; Russell *et al.*, 2016; von Doussa *et al.*, 2015). Tuttavia, altri studi hanno dimostrato che molti individui TGD:

1. desiderano figl3 biologic3;
2. rimpiangono le mancate opportunità di FP;
3. sono dispost3 a ritardare o a interrompere la terapia ormonale per preservare la fertilità e/o concepire (Armuand *et al.*, 2017; Auer *et al.*, 2018; De Sutter *et al.*, 2002; Defreyne *et al.*, 2020; Tornello e Bos, 2017).

Sono state segnalate molte barriere alla FP, come il costo (barriera non sormontabile quando non è presente la copertura sanitaria), l'urgenza di iniziare il trattamento, l'incapacità di prendere decisioni orientate al futuro, le conoscenze inadeguate o i pregiudizi dell3 operator3 sanitar3 che possono influenzare l'offerta di FP e le difficoltà di accesso alla FP (Baram *et al.*, 2019; Defreyne *et al.*, 2020). Inoltre, le persone *transgender* possono avere un peggioramento della disforia a causa delle varie fasi del processo di FP, le quali sono indissolubilmente legate al sesso assegnato loro alla nascita (Armuand *et al.*, 2017; Baram *et al.*, 2019). Quando disponibile, un approccio con un'*équipe* multidisciplinare, in cui il personale di salute sia medica che mentale collabora con specialist3 della

[113][113] N.d.T. L'associazione Genitori Rainbow Odv ha resto disponibile vari materiali in lingua italiana sulla genitorialità delle persone TGD. L'associazione offre anche un gruppo di auto mutuo aiuto dedicato a genitori TGD (https://www.genitorirainbow.it/genitorialita-trans/).

[114] Cfr. Dichiarazione di necessità medica nel capitolo 2, par. 2.1.

fertilità, può aiutare a superare alcune di queste barriere (Tishelman *et al.*, 2019). Le persone TGD devono essere informate dall3 operator3 sanitar3 sulle differenze tra fertilità (utilizzo dei propri gameti/tessuti riproduttivi) e gravidanza. Oltre alle considerazioni sulla fertilità, devono essere prese le adeguate accortezze per garantire un'assistenza equa e di alta qualità per tutte le forme di pianificazione familiare e costruzione di famiglie durante tutta la fase di vita fertile. Ciò include opzioni procreative come assistenza perinatale, gravidanza, parto e assistenza *post partum*, nonché opzioni di pianificazione familiare e contraccettive per prevenire gravidanze non pianificate e l'interruzione volontaria di gravidanza (Bonnington *et al.*, 2020; Cipres *et al.*, 2017; Krempasky *et al.*, 2020; Light *et al.*, 2018; Moseson *et al.*, 2020). Le persone TGD che desiderano portare a termine una gravidanza dovrebbero sottoporsi sia alle normali cure preconcezionali che alla consulenza prenatale e, inoltre, dovrebbero ricevere consulenza sull'allattamento naturale in ambienti capaci di supportare le persone con identità ed esperienze *gender diverse* (MacDonald *et al.*, 2016; Obedin-Maliver e Makadon, 2016).

Raccomandazioni

16.1. Raccomandiamo al personale sanitario che ha in cura persone TGD, che prescrive o che indirizza l3 pazienti a terapie ormonali/interventi, di informare l3 loro pazienti su:
16.1.a. Effetti noti delle terapie ormonali/interventi chirurgici sulla fertilità futura;
16.1.b. Effetti potenziali di terapie poco studiate e delle quali non si conosce la reversibilità;
16.1.c. Opzioni di preservazione della fertilità (FP) (sia consolidate che sperimentali);
16.1.d. Implicazioni psicosociali legate all'infertilità.
16.2. Raccomandiamo al personale sanitario di indirizzare le persone TGD interessate alla preservazione della fertilità a professionist3 espert3 in FP.
16.3. Raccomandiamo che le *équipe* che assistono le persone TGD organizzino forme di collaborazione con specialist3 e con le strutture locali che si occupano di FP, in modo da fornire sia informazioni specifiche e tempestive che servizi di FP prima di procedere con interventi medici e chirurgici che possono avere un impatto sulla fertilità.
16.4. Raccomandiamo al personale sanitario di informare le famiglie e l3 giovani TGD in età prepuberale o all'inizio della pubertà, che desiderano sottoporsi a una terapia per l'affermazione di genere, del fatto che le opzioni di FP basate su prove consolidate sono attualmente limitate.
16.5. Raccomandiamo alle persone TGD con un utero, che desiderano portare avanti una gravidanza, di sottoporsi a cure prenatali, consulenza preconcezionale sull'uso e la cessazione della terapia ormonale di affermazione del genere, assistenza alla gravidanza, al travaglio e al parto, servizi di supporto all'allattamento naturale e al post-partum secondo gli standard di cura locali e in modo conforme al loro genere.
16.6. Raccomandiamo al personale sanitario di discutere i metodi contraccettivi con le persone TGD che praticano attività sessuali che possono portare a una gravidanza.
16.7. Raccomandiamo al personale sanitario che offre servizi di interruzione volontaria di gravidanza di garantire che le opzioni procedurali siano conformi al genere e adeguate alle persone TGD.

Tutte le affermazioni contenute in questo capitolo sono state proposte sulla base di un'approfondita revisione delle evidenze scientifiche, di una valutazione dei benefici e dei danni, dei valori e delle preferenze dell3 operator3 sanitar3 e dell3 pazienti, nonché dell'utilizzo delle risorse e della loro applicabilità. In alcuni casi, riconosciamo che le evidenze sono limitate e/o che i servizi potrebbero non essere accessibili o desiderabili.

Dichiarazione 16.1

Raccomandiamo al personale sanitario che ha in cura persone TGD, che prescrive o che indirizza l3 pazienti a terapie

ormonali/interventi, di informare l3 loro pazienti su:

a. Effetti noti delle terapie ormonali/ interventi chirurgici sulla fertilità futura;

b. Effetti potenziali di terapie poco studiate e delle quali non si conosce la reversibilità;

c. Opzioni di preservazione della fertilità (FP) (sia consolidate che sperimentali);

d. Implicazioni psicosociali legate all'infertilità.

Individui TGD assegnati al sesso femminile alla nascita

La terapia ormonale per l'affermazione di genere (GAHT) può avere un impatto negativo sulla futura capacità riproduttiva (Hembree *et al.*, 2017). Sulla base delle prove attuali negli uomini *transgender* e nelle persone *gender diverse* assegnate al sesso femminile alla nascita (AFAB), vi sono i seguenti rischi: gli agonisti dell'ormone di rilascio delle gonadotropine (GnRHa) possono essere usati per il blocco della pubertà, in modo tale da prevenire un'ulteriore progressione puberale fino a quando l3 adolescenti sono pront3 per un trattamento mascolinizzante. Inoltre, i GnRHa possono essere utilizzati anche per il blocco delle mestruazioni. I GnRHa influenzano la maturazione dei gameti, ma non causano danni permanenti alla funzione gonadica. Pertanto, se i GnRHa vengono interrotti, la maturazione degli ovociti dovrebbe riprendere.

Esistono pochi studi che descrivono gli effetti della terapia con testosterone sulla funzione riproduttiva negli uomini *transgender* (Moravek *et al.*, 2020). È stato dimostrato negli uomini *transgender* che hanno concepito in modo naturale il possibile ripristino della normale funzione ovarica con maturazione degli ovociti dopo l'interruzione del testosterone. Uno studio retrospettivo sulla crioconservazione degli ovociti non ha mostrato differenze tra uomini *transgender* e donne *cisgender*, confrontati per età e BMI, nel numero totale di ovociti prelevati o nel numero di ovociti maturi (Adeleye *et al.*, 2018; 2019). Recentemente sono stati pubblicati i primi risultati che valutano i tassi di nascite vive dopo la stimolazione ovarica controllata negli uomini *transgender* rispetto alle donne *cisgender* (Leung *et al.*, 2019). Il testosterone è stato sospeso prima della stimolazione ovarica. Complessivamente, i risultati relativi all'influenza del testosterone sugli organi riproduttivi e sulla loro funzione sembrano essere rassicuranti. Tuttavia, finora non sono stati condotti studi prospettici per valutare l'effetto sulla fertilità della terapia ormonale a lungo termine (ovvero iniziata nell'adolescenza) o nei soggetti trattati con GnRHa nelle prime fasi della pubertà e con successiva terapia con testosterone. È importante considerare che i farmaci e le procedure necessarie per la crioconservazione degli ovociti (esame pelvico, monitoraggio ecografico vaginale e prelievo degli ovociti) possono aumentare la disforia di genere negli uomini *transgender* (Armuand *et al.*, 2017).

Alcuni interventi chirurgici sugli uomini *transgender* avranno ovvie implicazioni sulla capacità riproduttiva. Nel caso in cui il paziente desideri un'isterectomia, dovrebbe essere offerta l'opzione di preservare le ovaie per mantenere la possibilità di avere figl3 biologic3. In alternativa, se le ovaie vengono rimosse separatamente o in concomitanza con l'isterectomia, si può proporre il congelamento degli ovociti prima dell'intervento e/o la crioconservazione del tessuto ovarico al momento dell'ovodonazione. Sebbene questa procedura non sia più considerata sperimentale, molti uomini *transgender*

possono desiderare la maturazione in vitro dei follicoli primordiali, la quale è ancora in fase di sperimentazione. Studi che valutano la funzione degli ovociti hanno dimostrato che gli ovociti isolati da uomini *transgender*, con esposizione al testosterone al momento dell'ovariectomia, possono essere maturati in vitro per sviluppare una normale struttura del fuso meiotico in metafase II (De Roo *et al.*, 2017; Lierman *et al.*, 2017).

Individui TGD assegnati al sesso maschile alla nascita

Sulla base delle prove attuali nelle donne *transgender* e nelle persone *gender diverse* assegnate al sesso maschile alla nascita (AMAB), l'influenza del trattamento medico è la seguente:

1. I GnRHa inibiscono la spermatogenesi. I dati suggeriscono che l'interruzione del trattamento porta a un riavvio della spermatogenesi, e ciò può richiedere almeno 3 mesi, anche se probabilmente sarà necessario un tempo più lungo (Bertelloni *et al.*, 2000). Inoltre, occorre considerare il peso psicologico della riesposizione al testosterone.
2. Gli antiandrogeni e gli estrogeni provocano un'alterazione della produzione dello sperma (de Nie *et al.*, 2020; Jindarak *et al.*, 2018; Kent *et al.*, 2018). La spermatogenesi potrebbe riprendere dopo l'interruzione del trattamento prolungato con antiandrogeni ed estrogeni, ma i dati sono ancora limitati (Adeleye *et al.*, 2019; Alford *et al.*, 2020; Schneider *et al.*, 2017). Il volume testicolare diminuisce sotto l'influenza della GAHT (Matoso *et al.*, 2018). La qualità dello sperma nelle donne *transgender* può anche essere influenzata negativamente da specifici fattori di stile di vita, come una bassa frequenza di masturbazione e avere i genitali aderenti al corpo (ad esempio, con l'uso di indumenti intimi stretti per il *tucking*) (Jung e Schuppe, 2007; Mieusset *et al.*, 1985; 1987; Rodriguez-Wallberg *et al.*, 2021).

<u>Dichiarazione 16.2</u>

Raccomandiamo al personale sanitario di indirizzare le persone TGD interessate alla preservazione della fertilità a professionist3 espert3 in FP.

Le ricerche dimostrano che molt3 adult3 *transgender* desiderano figl3 biologic3 (De Sutter *et al.*, 2002; Defreyne *et al.*, 2020; Wierckx *et al.*, 2012), ma i tassi di FP rimangono molto variabili, in modo particolare nell3 giovani (< 5%-40%) (Brik *et al.*, 2019; Chen *et al.*, 2017; Chiniara *et al.*, 2019; Nahata *et al.*, 2017; Segev-Becker *et al.*, 2020). In un recente sondaggio, molt3 giovani hanno riconosciuto che i loro sentimenti riguardo all'avere figl3 biologic3 potrebbero cambiare in futuro (Strang *et al.*, 2018). La sterilizzazione non elettiva è una violazione dei diritti umani (*Ethics Committee of the American Society for Reproductive Medicine*, 2015; *Equality and Human Rights Commission*, 2021; Meyer III *et al.*, 2001) e grazie ai progressi degli atteggiamenti sociali, della medicina della fertilità e dell'assistenza sanitaria di genere per le persone *transgender*, la loro scelta di genitorialità biologica durante la transizione, dovrebbe essere supportata. A causa dell'influenza che l'opinione clinica può avere sulla FP delle persone *transgender* o non binarie e sulle loro decisioni genitoriali, le opzioni di FP dovrebbero essere esplorate dal personale sanitario insieme a alternative come l'affido, l'adozione, la co-genitorialità e altre alternative genitoriali (Bartholomaeus e Riggs, 2019). L3 pazienti *transgender* con le quali sono state discusse queste opzioni e all3 quali è stata data la possibilità di scegliere di sottoporsi a procedure per la FP hanno riferito di aver avuto un'esperienza complessivamente positiva (Armuand *et al.*,

2017; De Sutter *et al.*, 2002; James-Abra *et al.*, 2015).

Nell3 pazienti di altre popolazioni, è stato dimostrato che rinvii per la fertilità e programmi formali di fertilità aumentano i tassi di FP e migliorano la soddisfazione dell3 pazienti (Kelvin *et al.*, 2016; Klosky *et al.*, 2017; Klosky *et al.*, 2017; Shnorhavorian *et al.*, 2012). Sono stati analizzati gli atteggiamenti dell3 medic3 e studi recenti indicano sia la consapevolezza che il desiderio di fornire informazioni sulla fertilità all3 bambin3 e alle loro famiglie (Armuand *et al.*, 2020). Tuttavia, sono stati identificati anche ostacoli, tra i quali la mancanza di conoscenze, di dimestichezza e di risorse (Armuand *et al.*, 2017; Frederick *et al.*, 2018). È stata quindi evidenziata la necessità di un'adeguata formazione del personale sanitario, ponendo l'accento sulla consultazione imparziale sulla fertilità e sull'offerta di opzioni di FP a tutti gli individui a rischio (Armuand *et al.*, 2017). È stato inoltre dimostrato che le raccomandazioni dei genitori influenzano significativamente i tassi di FP nei maschi *cisgender* adolescenti e giovani adulti affetti da cancro (Klosky *et al.*, 2017). Sebbene esistano chiare differenze cliniche tra queste popolazioni, questi risultati possono essere di aiuto per le buone pratiche e per la consultazione sulla fertilità e per i rinvii alla FP per le persone *transgender*.

Dichiarazione 16.3

Raccomandiamo che le équipe che assistono le persone TGD organizzino forme di collaborazione con specialist3 e con le strutture locali che si occupano di FP, in modo da fornire sia informazioni specifiche e tempestive che servizi di FP prima di procedere con interventi medici e chirurgici che possono avere un impatto sulla fertilità.

La crioconservazione di spermatozoi e ovociti è basata su tecniche di FP consolidate, esse possono essere offerte a persone AMAB e AFAB puberali, tardo puberali e adult3, preferibilmente prima dell'inizio della GAHT (Hembree *et al.*, 2017; *Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine*, 2019). La crioconservazione degli embrioni può essere offerta a persone TGD adulte (post-puberali) che desiderano avere figl3 e hanno unə partner. L'uso futuro dei gameti crioconservati dipende anche dai gameti e dagli organi riproduttivi dell3 futur3 partner[115] (Fischer, 2021; Maxwell *et al.*, 2017).

Nonostante sia stato dimostrato che i parametri dello sperma sono compromessi se la FP viene eseguita dopo l'inizio della GAHT (Adeleye *et al.*, 2019), un piccolo studio ha dimostrato che, quando il trattamento è stato interrotto, i parametri dello sperma erano paragonabili a quelli dell3 pazienti TGD che non si erano mai sottopost3 alla GAHT. Per quanto riguarda la stimolazione ovarica, il rendimento della vitrificazione degli ovociti e il successivo utilizzo degli ovociti nella fecondazione in vitro (FIV), non vi è motivo di prevedere un risultato diverso nei trattamenti di Procreazione Medicalmente Assistita (PMA) per l3 pazienti TGD rispetto a quello ottenuto in quell3 *cisgender* — a parte i fattori confondenti individuali legati alla (in)fertilità — quando i gameti vengono preservati prima di qualsiasi trattamento medico (Adeleye *et al.*, 2019). L'uso di ovociti nel trattamento PMA ha portato a risultati di successo nelle persone TGD simili a quelli dell3 pazienti *cisgender* usati come controllo (Adeleye *et al.*, 2019; Leung *et al.*, 2019; Maxwell *et al.*, 2017).

Sebbene si tratti di opzioni consolidate, sono poche le persone TGD in

[115115] N.d.T.: e dalle rispettive normative nazionali.

età puberale, tardo puberale o adulta che si sottopongono a FP (Nahata *et al.*, 2017), e molte sperimentano difficoltà durante gli interventi di FP. Non solo l'accesso e il costo di questi metodi sono una barriera (in particolare nelle regioni prive di copertura sanitaria), ma queste procedure sono spesso fisicamente ed emotivamente sgradevoli e molt3 esprimono la preoccupazione di dover rimandare il percorso di transizione (Chen *et al.*, 2017; De Sutter *et al.*, 2002; Nahata *et al.*, 2017; Wierckx *et al.*, 2012). Soprattutto per le persone AFAB, l'invasività del controllo ecografico endovaginale delle procedure di stimolazione ovarica e di prelievo degli ovociti (e il disagio psicologico associato) sono stati citati come una barriera (Armuand *et al.*, 2017; Chen *et al.*, 2017). Vi è anche il timore che l3 giovani adult3 in transizione non abbiano una visione chiara della genitorialità e che quindi, probabilmente, rifiutino la FP in quel momento, mentre da adult3 potrebbero avere opinioni discordanti sulla genitorialità (Cauffman e Steinberg, 2000). La riduzione della disforia di genere durante la transizione potrebbe anche influenzare il processo decisionale relativo alla FP (Nahata *et al.*, 2017). Sulla base delle ricerche che dimostrano che le prospettive di fertilità dell3 giovani TGD possono cambiare nel tempo (Nahata *et al.*, 2019; Strang *et al.*, 2018), le opzioni di FP dovrebbero essere discusse su base continuativa.

Dichiarazione 16.4

Raccomandiamo al personale sanitario di informare le famiglie e l3 giovani TGD in età prepuberale o all'inizio della pubertà, che desiderano sottoporsi a una terapia per l'affermazione di genere, del fatto che le opzioni di FP basate su prove consolidate sono attualmente limitate.

Per l3 bambin3 in età prepuberale e precoce, le opzioni di FP sono limitate alla conservazione del tessuto gonadico. Sebbene questa alternativa sia disponibile per l3 bambin3 TGD analogamente all3 pazienti oncologich3 *cisgender* in età prepuberale e precoce, non esiste una letteratura che descriva l'utilizzo di questo approccio nella popolazione *transgender*. L'autotrapianto di tessuto ovarico ha permesso di ottenere oltre 130 nati vivi in donne *cisgender*. La maggior parte di queste pazienti ha concepito naturalmente senza PMA (Donnez e Dolmans, 2015; Jadoul *et al.*, 2017) e la maggior parte ha conservato il proprio tessuto ovarico da adulta o durante la pubertà. Sebbene la recente linea guida dell'*American Society for Reproductive Medicine* abbia tolto l'etichetta di "sperimentazione" dalla crioconservazione del tessuto ovarico (*Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine*, 2019), sono pochissimi i casi di cronaca che descrivono una gravidanza andata a buon fine in una donna dopo il trapianto di tessuto ovarico crioconservato prima della pubertà. Demeestere *et al.* (2015) e Rodriguez-Wallberg *et al.* (2021) hanno descritto casi di gravidanze andate a buon fine in seguito al trapianto di tessuto prelevato all'età di 14 anni, e recentemente Matthews *et al.* (2018) hanno descritto il caso di una ragazza con diagnosi di thalassemia che ha avuto tessuto ovarico conservato all'età di 9 anni e trapiantato 14 anni dopo. La ragazza ha poi concepito tramite FIV e ha partorito unə bambinə sanə.

Attualmente, l'unica applicazione clinica futura per la conservazione del tessuto ovarico è l'autotrapianto, il quale potrebbe essere non desiderato da un uomo *transgender* (a causa degli effetti potenzialmente indesiderati degli estrogeni). Una procedura di laboratorio che permetta di far maturare gli ovociti in vitro a partire dal tessuto ovarico sarebbe, per le persone *transgender*, una futura applicazione ideale— al momento questa

tecnica è attualmente oggetto di studio e ottimizzazione solo in contesti di ricerca di base (Ladanyi *et al.*, 2017; Oktay *et al.*, 2010).

Il prelievo di tessuto testicolare in età prepuberale è stato documentato come una procedura a basso rischio (Borgström *et al.*, 2020; Ming *et al.*, 2018). Alcun3 autor3 hanno anche descritto questo approccio come una ipotetica scelta per le persone *transgender* (De Roo *et al.*, 2016; Martinez *et al.*, 2017; Nahata *et al.*, 2018). Tuttavia, non esistono rapporti in letteratura che descrivano l'utilizzo clinico o investigativo di questa alternativa di FP per l3 pazienti TGD. Inoltre, la fattibilità dell'applicazione clinica dell'autotrapianto di tessuto testicolare rimane sconosciuta nell'essere umano e le tecniche di maturazione in *vitro* sono ancora parte della ricerca di base. Pertanto, l3 specialist3 considerano attualmente questa tecnica sperimentale (Picton *et al.*, 2015). La possibilità di conservare il tessuto gonadico deve essere discussa prima di qualsiasi intervento chirurgico genitale che comporti la sterilizzazione, anche se va discussa la probabilità di poter utilizzare questo tessuto.

Dichiarazione 16.5

Raccomandiamo alle persone TGD con utero, che desiderano portare avanti una gravidanza, di sottoporsi a cure prenatali, consulenza preconcezionale sull'uso e la cessazione della terapia ormonale di affermazione del genere, assistenza alla gravidanza, al travaglio e al parto, servizi di supporto all'allattamento naturale e al post-partum secondo gli standard di cura locali e in modo conforme al loro genere.

La maggior parte degli uomini *transgender* e delle persone *gender diverse* (AFAB) conserva l'utero e le ovaie e, pertanto, può concepire e portare avanti una gravidanza anche dopo un uso prolungato di testosterone (Light *et al.*, 2014). Molti uomini *transgender* desiderano avere figl3 (Light *et al.*, 2018; Wierckx *et al.*, 2012) e sono disposti a portare avanti una gravidanza (Moseson *et al.*, 2021; Moseson *et al.*, 2021). La PMA ha dato a molti uomini *transgender* ulteriori opzioni per concepire e soddisfare i loro desideri in termini di pianificazione familiare (De Roo *et al.*, 2017; Ellis *et al.*, 2015; Maxwell *et al.*, 2017). Alcuni uomini *transgender* riportano di soffrire di disforia legata all'utero gravido e ai cambiamenti del torace, così come di depressione e isolamento psicologico (Charter, 2018; Ellis *et al.*, 2015; Hoffkling *et al.*, 2017; Obedin-Maliver e Makadon, 2016). Altri studi, invece, hanno riportato alcune esperienze positive anche durante la gravidanza (Fischer, 2021; Light *et al.*, 2014). L3 operator3 della salute mentale dovrebbero essere coinvolt3 per fornire supporto e consulenza per comprendere quando interrompere e quando riprendere la terapia ormonale di affermazione del genere e quali opzioni sono disponibili per il parto e per l'allattamento naturale (Hoffkling *et al.*, 2017). Infine, è necessario attuare interventi a livello sistemico e interpersonale per garantire a tutti gli individui un'assistenza alla salute riproduttiva incentrata sulla persona (Hahn *et al.*, 2019; Hoffkling *et al.*, 2017; Moseson *et al.*, 2020; Snowden *et al.*, 2018).

Dati i potenziali effetti nocivi del testosterone sull'embrione in via di sviluppo, si raccomanda di sospendere la terapia con testosterone o ormoni mascolinizzanti prima del concepimento e durante tutta la gravidanza. Tuttavia, momentaneamente non si è a conoscenza del momento ottimale per l'interruzione del testosterone prima della gravidanza e per la sua ripresa dopo la gravidanza. Poiché l'interruzione degli ormoni assunti per l'affermazione di genere può causare angoscia ed esacerbare la disforia, quando e come interrompere questa terapia dovrebbe essere discusso durante la consulenza

preconcezionale (Hahn *et al.*, 2019). Poiché mancano informazioni sulla durata dell'esposizione al testosterone e sul rischio di teratogenicità, l'uso del testosterone dovrebbe essere interrotto prima di tentare una gravidanza e prima di interrompere la contraccezione. Inoltre, le informazioni sugli esiti di salute dell3 neonat3 nat3 da uomini *transgender* sono limitate. Piccole serie di casi, per cercare di valutare questa domanda, non hanno rivelato differenze fisiche o psicosociali negative tra l3 neonat3 nat3 da uomini *transgender* e dalla popolazione generale (Chiland *et al.*, 2013).

Allattamento

Nei limitati studi che hanno valutato la lattazione e l'allattamento naturale, la maggior parte degli uomini *transgender* e delle persone *gender diverse* AFAB che hanno scelto di allattare dopo il parto hanno avuto successo. Le ricerche suggeriscono che l'induzione dell'allattamento naturale dipende in parte dalla consulenza preconcezionale e dal supporto di un'esperta di allattamento (MacDonald *et al.*, 2016; Wolfe-Roubatis e Spatz, 2015). In particolare, gli uomini *transgender* e le persone TGD che fanno uso di testosterone devono essere informat3 che:

1. sebbene le quantità siano ridotte, il testosterone passa attraverso il latte;
2. l'impatto sullə nasciturə durante lo sviluppo è sconosciuto e pertanto l'uso di testosterone non è raccomandato durante l'allattamento naturale, ma può essere ripreso dopo la sua interruzione (Glaser *et al.*, 2009).

Gli uomini *transgender* e le persone *gender diverse* AFAB dovrebbero essere consapevoli del fatto che alcun3 pazienti che portano avanti una gravidanza potrebbero sperimentare una crescita mammaria indesiderata e/o lattazione, anche dopo interventi di mascolinizzazione del torace e dovrebbero, quindi, ricevere supporto nel caso in cui desiderino interrompere la lattazione (MacDonald *et al.*, 2016).

Le informazioni relative alla lattazione nelle donne *transgender* e nelle persone *gender diverse* AMAB sono limitate, ma molt3 di loro esprimono il desiderio di allattare. Sebbene sia stato riportato il caso di una donna *transgender* in cui si è presentata la lattazione e che, pertanto, ha avuto la possibilità di allattare grazie a una combinazione di estrogeni, progesterone, domperidone e tiralatte (Reisman e Goldstein, 2018), il profilo nutrizionale e immunologico del latte in queste condizioni non è stato studiato. Pertanto, l3 pazienti devono essere informat3 sui rischi e sui benefici di questo approccio all'alimentazione infantile (Reisman e Goldstein, 2018).

<u>Dichiarazione 16.6</u>

Raccomandiamo al personale sanitario di discutere i metodi contraccettivi con le persone TGD che praticano attività sessuali che possono portare a una gravidanza.

Molte persone TGD possono conservare la capacità riproduttiva ed esse (se hanno mantenuto utero, ovaie e tube) o l3 loro partner sessuali (per gli individui che producono liquido seminale) possono avere gravidanze non programmate (James *et al.*, 2016; Light *et al.*, 2014; Moseson *et al.*, 2020). Pertanto, è necessaria una consulenza sulla pianificazione familiare, che includa la contraccezione e l'interruzione volontaria di gravidanza, affrontata in maniera inclusiva per tutte le identità *gender diverse* (Klein *et al.*, 2018; Obedin-Maliver, 2015; Stroumsa e Wu, 2018). Le persone TGD AFAB sono portate a non utilizzare metodi contraccettivi a causa dell'errata convinzione che il testosterone sia una forma di contraccezione affidabile (Abern e

Maguire, 2018; Ingraham *et al.*, 2018; Jones *et al.*, 2017; Potter *et al.*, 2015). Tuttavia, sulla base delle conoscenze attuali, il testosterone non può essere considerato una forma di contraccezione affidabile a causa dell'incompleta soppressione dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene (Krempasky *et al.*, 2020). Inoltre, si sono verificate gravidanze mentre i soggetti erano in amenorrea a causa dell'uso di testosterone, gli effetti del quale possono persistere oltre i periodi attivi di somministrazione (Light *et al.*, 2014). La gravidanza può verificarsi anche nelle persone TGD dopo un uso di testosterone a lungo termine (almeno fino a 10 anni), sebbene l'effetto sugli ovociti e sulla fertilità sia ancora sconosciuto (Light *et al.*, 2014).

Le persone TGD AFAB possono utilizzare diversi metodi contraccettivi (Abern e Maguire, 2018; Bentsianov *et al.*, 2018; Bonnington *et al.*, 2020; Chrisler *et al.*, 2016; Cipres *et al.*, 2017; Jones *et al.*, 2017; Krempasky *et al.*, 2020; Light *et al.*, 2018). Questi metodi possono essere utilizzati per la prevenzione della gravidanza, per il blocco delle mestruazioni, per il trattamento del sanguinamento anomalo o per altre esigenze ginecologiche (Bonnington *et al.*, 2020; Chrisler *et al.*, 2016; Krempasky *et al.*, 2020; Schwartz *et al.*, 2019). Le lacune della ricerca sui contraccettivi in questa popolazione sono profonde. Nessuno studio ha esaminato come l'uso di androgeni esogeni (ad es., il testosterone) possa modificare l'efficacia o il profilo di sicurezza dei metodi contraccettivi ormonali (ad es., contraccettivi ormonali combinati a base di estrogeni e progestinici, contraccettivi a base di soli progestinici) o dei metodi contraccettivi non ormonali e di barriera (ad es., preservativi interni ed esterni, dispositivi intrauterini non ormonali, diaframmi, spugne, ecc.)

Le persone *gender diverse* che hanno pene e testicoli possono praticare attività sessuale con persone TGD e *cisgender* con utero, ovaie e tube. Le persone *gender diverse* che hanno pene e testicoli possono produrre sperma anche quando assumono la terapia ormonale di affermazione del genere (ad es., estrogeni) e, sebbene i parametri dello sperma siano inferiori tra coloro che attualmente utilizzano o hanno utilizzato in precedenza GAHT, l'azoospermia non è completa e l'attività degli spermatozoi non è totalmente soppressa (Adeleye *et al.*, 2019; Jindarak *et al.*, 2018; Kent *et al.*, 2018). Pertanto, la contraccezione deve essere presa in considerazione se si vuole evitare una gravidanza dall'attività sessuale pene-vagina tra una persona con utero, ovaie e tube e una con pene e testicoli, indipendentemente dall'uso di GAHT da parte di una delle due persone. Attualmente, i metodi contraccettivi disponibili per lə partner che produce sperma sono principalmente le barriere meccaniche (preservativi esterni e interni), la sterilizzazione permanente (vasectomia) e la chirurgia per l'affermazione del genere (orchiectomia, che comporta anche la sterilizzazione). Si raccomanda (a seconda dei casi) una consulenza contraccettiva che tenga conto della produzione di sperma e di ovuli e della gestazione.

<u>Dichiarazione 16.7</u>

Raccomandiamo al personale sanitario che offre servizi di interruzione di gravidanza di garantire che le opzioni procedurali siano conformi al genere e adeguate alle persone TGD.

Gravidanze non pianificate e aborti sono stati segnalati tra le persone *transgender* con utero (Abern e Maguire, 2018; Light *et al.*, 2014; 2018; Moseson *et al.*, 2020) e documentati tramite indagini sulle strutture che offrono interruzioni di gravidanza (Jones *et al.*, 2020). Tuttavia, l'epidemiologia dell'aborto e le esperienze e le preferenze delle persone TGD AFAB che si

sottopongono all'aborto rappresentano ancora una lacuna critica nella ricerca (Fix *et al.*, 2020; Moseson *et al.*, 2020°; 2020b). Tuttavia, dato che la capacità di gravidanza esiste tra molte persone TGD e che le gravidanze possono non essere sempre pianificate o desiderate, è necessario poter accedere a servizi di interruzione di gravidanza medica e chirurgica sicuri, legali e che rispettino il genere della persona.

CAPITOLO 17. Salute sessuale

La salute sessuale ha un profondo impatto sul benessere fisico e psicologico, indipendentemente dal sesso, genere o orientamento sessuale. Tuttavia, lo stigma nei confronti del sesso, del genere e dell'orientamento sessuale influenza le opportunità individuali di vivere la sessualità e di ricevere un'adeguata assistenza per la salute sessuale. In particolare, nella maggior parte delle società, la cisnormatività e l'eteronormatività portano a ritenere che tutte le persone siano *cisgender* ed eterosessuali (Bauer *et al.*, 2009) e che questa combinazione sia superiore a tutti gli altri generi e orientamenti sessuali (Nieder *et al.*, 2020; Rider *et al.*, 2019). La cis-eteronormatività nega la complessità del genere, dell'orientamento sessuale e della sessualità e non tiene conto della diversità e della fluidità. Questi aspetti sono particolarmente di rilievo in quanto le identità, gli orientamenti e le pratiche sessuali delle persone *transgender e gender diverse* (TGD) sono caratterizzate da un'enorme diversità (Galupo *et al.*, 2016; Jessen *et al.*, 2021; Thurston e Allan, 2018; T'Sjoen *et al.*, 2020). Allo stesso modo, una forte tendenza interculturale all'allonormatività, ovvero l'assunto che tutte le persone provino attrazione sessuale o interesse per l'attività sessuale, nega le diverse esperienze delle persone TGD, soprattutto di quelle che si collocano nello spettro asessuale (McInroy *et al.*, 2021; Mollet, 2021; Rothblum *et al.*, 2020)[116].

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (World Health Organization, 2010) sottolinea che la salute sessuale dipende dal rispetto dei diritti sessuali di tutte le persone, compreso il diritto di esprimere diverse sessualità e di essere trattat3 con rispetto, sicurezza e libertà da discriminazioni e violenze. I discorsi sulla salute sessuale si sono concentrati sulla consapevolezza dell'autonomia del corpo e comprendono il consenso, il piacere sessuale, la soddisfazione sessuale, le relazioni e la vita familiare (Cornwall e Jolly, 2006; Lindley *et al.*, 2021). In virtù di ciò, l'OMS definisce la salute sessuale come: "Uno stato di benessere fisico, emotivo, mentale e sociale in relazione alla sessualità e non solo l'assenza di malattie, disfunzioni o infermità. La salute sessuale richiede un approccio positivo e rispettoso alla sessualità e alle relazioni sessuali, nonché la possibilità di avere esperienze sessuali piacevoli e sicure, libere da coercizione, discriminazione e violenza. Affinché sia raggiunta e mantenuta la salute sessuale, i diritti sessuali di tutte le persone devono essere rispettati, protetti e soddisfatti (World Health Organization, 2006, p. 5)."

Questo include anche le persone nello spettro asessuale, le quali possono non provare attrazione sessuale per l3 altr3, ma possono comunque scegliere di avere una vita sessuale (ad es., attraverso l'autoerotismo) e/o provare interesse nel formare e costruire relazioni romantiche (de Oliveira *et al.*, 2021).

Negli ultimi anni è cresciuto l'interesse scientifico sulle esperienze e i comportamenti sessuali delle persone TGD (Gieles *et al.*, 2022; Holmberg *et al.*, 2019; Klein e Gorzalka, 2009; Kloer *et al.*, 2021; Mattawanon *et al.*, 2021; Stephenson *et al.*, 2017; Tirapegui *et al.*, 2020; Thurston e Allan, 2018). Questa espansione all'interno della letteratura riflette un quadro di riferimento *sex-positive* (Harden, 2014), un impianto concettuale che riconosce sia gli aspetti

[116] N.d.T.: "Allosessuale" è un termine che viene utilizzato per descrivere le persone non asessuali.

positivi come il piacere sessuale (Laan *et al.*, 2021) che i potenziali rischi associati alla sessualità (Goldhammer *et al.*, 2022; Mujugira *et al.*, 2021). Gli studi sulla sessualità delle persone TGD, tuttavia, spesso mancano di misure validate, di un gruppo di controllo appropriato o di un disegno di studio prospettico (Holmberg *et al.*, 2019). Inoltre, la maggior parte si concentra esclusivamente sul funzionamento sessuale (Kennis *et al.*, 2022), trascurando quindi la soddisfazione sessuale e le più ampie ipotesi di sperimentazione di piacere sessuale al di là del funzionamento. Gli effetti delle attuali terapie mediche per le persone TGD sulla sessualità sono eterogenei (Özer *et al.*, 2022; T'Sjoen *et al.*, 2020), e vi sono poche ricerche sulla sessualità dell3 adolescenti TGD (Bungener *et al.*, 2017; Maheux *et al.*, 2021; Ristori *et al.*, 2021; Stübler e Becker-Hebly, 2019; Warwick *et al.*, 2022). Sebbene siano stati proposti approcci *sex-positive* alla consulenza e al trattamento delle difficoltà sessuali sperimentate dagli individui TGD (Fielding, 2021; Jacobson *et al.*, 2019; Richards, 2021), ad oggi non esistono sufficienti ricerche sull'efficacia di tali interventi. Al fine di concentrarsi sulla promozione della salute sessuale, la *World Association for Sexual Health* (WAS) asserisce l'importanza del piacere sessuale e considera l'autodeterminazione, il consenso, la sicurezza, la *privacy*, la fiducia e la capacità di comunicare e negoziare le relazioni sessuali come principali fattori facilitanti (Kismödi *et al.*, 2017). WAS afferma che il piacere sessuale è parte integrante dei diritti sessuali e dei diritti umani (Kismödi *et al.*, 2017). Per contribuire alla salute sessuale delle persone TGD, il personale sanitario deve possedere specifiche competenze e deve essere rispettoso nei confronti delle persone *transgender* (Nieder *et al.*, 2020). Con il fine di migliorare l'assistenza sanitaria sessuale per le persone TGD fino a un livello eticamente corretto, basato sulle evidenze e di alta qualità, il personale sanitario deve fornire servizi sanitari con la stessa cura (ossia con competenza sull'assistenza alle persone *transgender*), lo stesso rispetto (ossia con la sensibilità sulle questioni *transgender*) e lo stesso impegno sul piacere e sulla soddisfazione sessuale che forniscono alle persone *cisgender* (Holmberg *et al.*, 2019).

In molte società, le espressioni di genere non conformi possono suscitare forti reazioni (emotive), anche nel personale sanitario. Nel momento in cui si avvia un contatto di tipo sanitario o si stabilisce una relazione terapeutica, quando il personale sanitario riflette sulle sue reazioni emotive, cognitive e interattive aumenta la possibilità di garantire alla persona un supporto non giudicante, aperto e accogliente (Nieder *et al.*, 2020). Inoltre, la competenza relativa alle persone *transgender* fa riferimento all'identificazione dell'impatto che le identità intersezionali della persona TGD e le esperienze di emarginazione e stigma possono aver vissuto (Rider *et al.*, 2019). Per affrontare adeguatamente le specifiche condizioni fisiche, psicologiche e sociali delle persone TGD, il personale sanitario deve essere consapevole del fatto che queste condizioni sono generalmente trascurate a causa della cis-eteronormatività, della mancanza di conoscenze e di competenze (Rees *et al.*, 2021). È inoltre importante considerare le norme culturali in relazione alla sessualità. Ad esempio, in alcune culture africane, l'idea del sesso come tabù limita il numero di termini accettabili da usare quando si fa un'anamnesi sessuale (Netshandama *et al.*, 2017). Un linguaggio culturalmente rispettoso può facilitare la conversazione aperta sulla propria storia sessuale e ridurre l'ambiguità o la vergogna (Duby *et al.*, 2016). Inoltre, il personale sanitario deve essere sensibile alla storia dell'uso (errato) dell'identità di genere e

dell'orientamento sessuale come misura di *gatekeeping* al fine di escludere le persone *transgender* dall'assistenza sanitaria per l'affermazione di genere (Nieder e Richter-Appelt, 2011; Richards *et al.*, 2014). Le seguenti raccomandazioni mirano a migliorare l'assistenza sanitaria sessuale per le persone TGD.

Tutte le affermazioni contenute in questo capitolo sono state proposte sulla base di un'approfondita revisione delle evidenze scientifiche, di un *assessment* dei benefici e dei danni, dei valori e delle preferenze dell3 operator3 sanitar3 e dell3 pazienti, nonché dell'utilizzo delle risorse e della loro applicabilità. In alcuni casi, riconosciamo che le evidenze sono limitate e/o che i servizi potrebbero non essere accessibili o desiderabili.

Raccomandazioni

17.1. Raccomandiamo al personale sanitario che fornisce assistenza alle persone TGD di acquisire le conoscenze e le competenze necessarie per affrontare i problemi di salute sessuale (rilevanti per la loro assistenza).

17.2. Raccomandiamo al personale sanitario che fornisce assistenza a persone TGD di discutere l'impatto dei trattamenti di affermazione di genere sulla funzione, sul piacere e sulla soddisfazione sessuale.

17.3. Raccomandiamo al personale sanitario che fornisce assistenza a persone TGD di offrire la possibilità di includere l3 partner nelle cure legate alla sessualità, se opportuno.

17.4. Raccomandiamo al personale sanitario di offrire consultazione alle persone TGD sul potenziale impatto dello stigma e del trauma sui comportamenti sessuali a rischio, sull'evitamento e sul funzionamento sessuale.

17.5. Raccomandiamo a tutto il personale sanitario che offre cure che possono avere un impatto sulla salute sessuale di fornire informazioni, di chiedere quali siano le aspettative delle persone TGD e di valutare il loro livello di comprensione dei possibili cambiamenti.

17.6. Raccomandiamo al personale sanitario che fornisce assistenza a persone TGD di offrire consultazione all3 adolescenti e all3 adult3 sulla prevenzione delle infezioni sessualmente trasmissibili.

17.7. Raccomandiamo al personale sanitario che fornisce assistenza a persone TGD di seguire le linee guida locali e dell'Organizzazione Mondiale della Sanità per lo *screening*, la prevenzione e il trattamento del virus dell'immunodeficienza umana e delle infezioni sessualmente trasmesse (HIV/IST).

17.8. Raccomandiamo al personale sanitario che fornisce assistenza a persone TGD di tenere conto delle potenziali interazioni tra farmaci antiretrovirali e ormoni.

Dichiarazione 17.1.

Raccomandiamo al personale sanitario che fornisce assistenza alle persone TGD di acquisire le conoscenze e le competenze necessarie per affrontare i problemi di salute sessuale (rilevanti per la loro assistenza).

È importante che il personale sanitario che si occupa della salute sessuale delle persone TGD abbia familiarità con la terminologia comunemente usata[117] e, nel caso in cui vi siano termini a loro sconosciuti, invitino le persone che richiedono loro assistenza a spiegarli. In questo contesto, è importante per il personale sanitario essere preparato a raccogliere l'anamnesi sessuale e offrire un trattamento (in base alle sue competenze) in un'ottica di affermazione del genere e con un approccio *sex-positive* (*Centers for Disease Control*, 2020; Tomson *et al.*, 2021). Tuttavia, il personale sanitario dovrebbe dare maggiore importanza alla terminologia che la persona TGD utilizza per il proprio corpo rispetto alla terminologia medica più tradizionalmente accettata o utilizzata (Wesp, 2016). Quando si parla di pratiche sessuali, è consigliabile concentrarsi sulle parti del corpo (ad es., «Hai rapporti sessuali con persone con il pene, con persone con la vagina o con entrambi?») (ACON, 2022) e sul ruolo che svolgono nella loro sessualità (ad es., «Durante i rapporti sessuali, qualche parte del tuo corpo entra nel corpo dellə tuə

[117] Si veda il cap. 1.

partner, come i suoi genitali, l'ano o la bocca?» (ACON, 2022).

Dichiarazione 17.2

Raccomandiamo al personale sanitario che fornisce assistenza a persone TGD di discutere l'impatto dei trattamenti di affermazione di genere sulla funzione, sul piacere e sulla soddisfazione sessuale.

Per ottenere un'assistenza per l'affermazione di genere, è fondamentale che il personale sanitario che fornisce interventi medici legati alla transizione sia sufficientemente informato sui possibili effetti sulla funzione, sul piacere e sulla soddisfazione sessuale (T'Sjoen *et al.*, 2020). Poiché i dati clinici indicano che le persone TGD ottengono punteggi significativamente più bassi nel piacere sessuale rispetto agli individui *cisgender*, questo aspetto è ancora più importante (Gieles *et al.*, 2022). Se il personale sanitario non è in grado di fornire informazioni sugli effetti del proprio trattamento sulla funzione, sul piacere e sulla soddisfazione sessuale, deve almeno inviare l'individuo a qualcuno qualificato a farlo. Se gli effetti del trattamento sulla sessualità non sono noti, il personale sanitario deve informare lɜ pazienti.

Come già menzionato, la sessualità delle persone TGD spesso sfida le visioni cis-eteronormative. Ciononostante, esiste un'ampia letteratura (ad es., Bauer, 2018; Laube *et al.*, 2020; Hamm e Nieder, 2021; Stephenson *et al.*, 2017) che evidenzia come caratteristica della sessualità il fatto che si trovi su uno spettro e che non rientra nelle aspettative di ciò viene definita come sessualità maschile e femminile (né *cisgender* né *transgender*), a maggior ragione per la sessualità delle persone *gender diverse* (ad es., non binarie, *agender*, *genderqueer*). Pertanto, questi aspetti dovrebbero essere attentamente considerati dal personale sanitario, poiché la cisnormatività, l'eteronormatività e gli interventi medici legati alla transizione hanno tutti un forte impatto sulla salute sessuale.

Il piacere sessuale è stato documentato come fattore di miglioramento della salute sessuale, mentale e fisica (Anderson, 2013). Oltre alla funzione sessuale, il personale sanitario che fornisce assistenza per la salute sessuale deve occuparsi del piacere e della soddisfazione sessuale come fattore chiave della salute sessuale. Storicamente l'assistenza alla salute sessuale è stata incentrata sulla malattia, in particolar modo nella ricerca e la pratica clinica nel lavoro con lɜ pazienti TGD. Sebbene sia necessaria un'assistenza sanitaria sessuale completa per quanto riguarda l'HIV e le IST (Infezioni Sessualmente Trasmesse), è necessario integrare anche la valorizzazione del piacere sessuale dellɜ pazienti TGD. Le richieste di integrare il piacere sessuale come punto focale nell'educazione e negli interventi di prevenzione delle IST si basano sul fatto che il piacere è un motivatore del comportamento (Philpott *et al.*, 2006). Le persone TGD provano preoccupazione per il loro piacere sessuale e hanno bisogno di personale sanitario che conosca le pratiche sessuali e il funzionamento anatomico, in particolare per la cura della salute delle persone TGD.

Dichiarazione 17.3

Raccomandiamo al personale sanitario che fornisce assistenza a persone TGD di offrire la possibilità di includere lə/lɜ partner nelle cure legate alla sessualità, se opportuno.

Quando adeguato e rilevante per le esigenze cliniche, l'inclusione di unə o più *partner* sessuali e/o romantici nel processo decisionale relativo alla salute sessuale può aumentare il benessere e la soddisfazione sessuale dellɜ persone TGD (Kleinplatz, 2012). Le persone TGD possono scegliere una serie di interventi medici legati alla

transizione e questi interventi possono avere risultati contrastanti sulle loro esperienze legate alla disforia anatomica (Bauer e Hammond, 2015). Quando si discute dell'impatto degli interventi medici sul funzionamento, sul piacere e sulla soddisfazione sessuale, l'inclusione di *partner* può aumentare la conoscenza dei potenziali cambiamenti e incoraggiare la comunicazione tra loro (Dierckx *et al.*, 2019). Poiché la transizione è spesso non vissuta in autonomia, l'inclusione di *partner* sessuali e/o romantici nell'assistenza sanitaria legata alla transizione può facilitare il processo di "co-transizione" (Lindley *et al.*, 2020; Siboni *et al.*, 2022; Theron e Collier, 2013) e può anche sostenere la crescita e l'adattamento sessuale sia nell'individuo che nella relazione. Le barriere sociali e psicologiche al funzionamento e al piacere sessuale, tra cui le esperienze di disforia di genere, stigmatizzazione, mancanza di modelli sessuali e relazionali e competenze limitate, possono avere un impatto negativo sulla salute sessuale complessiva (Kerckhof *et al.*, 2019). Una comunicazione sessuale di supporto e di conferma di genere tra *partner* porta al miglioramento dei risultati in termini di soddisfazione sessuale nelle persone TGD (Stephenson *et al.*, 2017; Wierckx *et al.*, 2011).

L'inclusione di *partner* sessuali e/o romantici offre un'ulteriore opportunità per definire aspettative realistiche, condividere informazioni utili e accurate e facilitare una comunicazione positiva, rispettosa del genere, relativa alla salute sessuale. È tuttavia importante riconoscere che le scelte individuali relative alla salute e alla transizione di genere spettano allɜ pazienti e non allə/ɜ *partner*. È importante che l'inclusione dellə/ɜ *partner* nelle cure relative alla salute sessuale avvenga solo se adeguata e desiderata dallɜ pazienti. Le controindicazioni possono includere dinamiche interpersonali violente o abusanti, nel qual caso la sicurezza dellə paziente prevale sul coinvolgimento dellə/ɜ *partner*. Infine, è fondamentale che il personale sanitario tratti tutte le persone in modo affermativo e inclusivo, tra cui anche lə/ɜ *partner* sessuali e romantici. Ciò significa, ad esempio, monitorare e affrontare le proprie presupposizioni e potenziali pregiudizi sul genere o sull'orientamento sessuale dellə/ɜ *partner* dellə paziente o sulla struttura relazionale dellə paziente.

<u>Dichiarazione 17.4</u>

Raccomandiamo al personale sanitario di offrire consultazione alle persone TGD sul potenziale impatto dello stigma e del trauma sui comportamenti sessuali a rischio, sull'evitamento e sul funzionamento sessuale.

La comunità TGD è colpita in modo sproporzionato da stigma, discriminazione e violenza (de Vries *et al.*, 2020; Agenzia dell'Unione Europea per i Diritti Fondamentali, 2020; McLachlan, 2019). Queste esperienze sono spesso di natura traumatica (Burnes *et al.*, 2016; Mizock e Lewis, 2008) e possono creare barriere alla salute, al funzionamento e al piacere sessuale (Bauer e Hammond, 2015). Ad esempio, le narrazioni stigmatizzanti sulla sessualità *transgender* possono aumentare la disforia e la vergogna legata alla sfera sessuale, incrementando il potenziale evitamento della comunicazione sessuale necessaria per la sicurezza e l'ottimizzazione del piacere (Stephenson *et al.*, 2017). Le ricerche dimostrano che lo stigma, una storia di violenza sessuale e le preoccupazioni relative all'immagine corporea possono avere un impatto negativo sull'autostima e sulla consapevolezza sessuale, come ad esempio sulla capacità di affermare ciò che è piacevole o di negoziare l'uso del preservativo (Clements-Nolle *et al.*, 2008;

Dharma *et al.*, 2019). Inoltre, la disforia di genere può essere esacerbata da esperienze traumatiche passate e da sintomi correlati al trauma in corso (Giovanardi *et al.*, 2018). Per alcuni individui TGD può essere difficile avere rapporti sessuali utilizzando i genitali di cui sono dotati alla nascita e possono scegliere di evitare del tutto tale stimolazione, interrompendo i processi di eccitazione e/o orgasmo (Anzani *et al.*, 2021; Bauer e Hammond, 2015; Iantaffi e Bockting, 2011) o finire per provare sentimenti complessi riguardo l'orgasmo (Chadwick *et al.*, 2019). Il personale sanitario che fornisce consulenza e interventi di affermazione di genere deve conoscere lo spettro degli orientamenti sessuali e delle identità di genere (comprese le identità e le pratiche asessuali) per evitare presupposizioni basate su modalità eteronormative, cisnormative e allonormative di comportamento o soddisfazione, considerando al contempo il potenziale impatto dello stigma e del trauma sulla salute e sul piacere sessuale (Nieder *et al.*, 2020). Talvolta può essere presente un certo livello di disconnessione o dissociazione, in particolare nel caso di sintomi di trauma acuto (Colizzi *et al.*, 2015). È importante che il personale sanitario sia consapevole di questi potenziali impatti sulla salute, sul funzionamento, sul piacere e sulla soddisfazione sessuale, in modo da poter rinviare l3 pazienti, se necessario, a consulenti sessuali informati sui traumi, a professionist3 della salute mentale (PSM) o a entrambi. Queste figure possono essere di ulteriore aiuto e possono anche normalizzare e riconoscere l3 pazienti TGD che esplorano molteplici e diversi percorsi di guarigione e accesso al piacere sessuale.

Dichiarazione 17.5

Raccomandiamo a tutto il personale sanitario che offre cure che possono avere un impatto sulla salute sessuale di fornire informazioni, di chiedere quali siano le aspettative delle persone TGD e di valutare il loro livello di comprensione dei possibili cambiamenti.

Le cure legate alla transizione possono influenzare il funzionamento, il piacere e la soddisfazione sessuale, sia in modo positivo che negativo (Holmberg *et al.*, 2018; Kerckhof *et al.*, 2019; Thurston e Allan, 2018; Tirapegui *et al.*, 2020). Sul versante positivo, le cure per l'affermazione del genere possono aiutare le persone TGD a migliorare il loro funzionamento sessuale e ad aumentare il piacere e la soddisfazione sessuale (Kloer *et al.*, 2021; Özer *et al.*, 2022; T'Sjoen *et al.*, 2020). Sul versante negativo, tuttavia, i dati indicano esiti problematici per la salute sessuale dovuti a trattamenti ormonali e chirurgici (Holmberg *et al.*, 2018; Kerckhof *et al.*, 2019, Stephenson *et al.*, 2017; Weyers *et al.*, 2009). La GAHT può influenzare l'umore, il desiderio sessuale, la capacità di avere un'erezione e un'eiaculazione e la salute dei genitali, che a loro volta possono avere un impatto sulla funzione sessuale, sul piacere e sull'autoespressione sessuale (Defreyne *et al.*, 2020; Garcia e Zaliznyak, 2020; Kerckhof *et al.*, 2019; Klein e Gorzalka, 2009; Wierckx *et al.*, 2014). Le persone TGD che desiderano utilizzare la loro anatomia genitale per il sesso penetrativo possono trarre beneficio dai farmaci che riducono gli effetti collaterali della GAHT sulla salute sessuale, come la disfunzione erettile; per le persone TGD che assumono estrogeni o antiandrogeni sono indicati gli estrogeni topici, mentre per le persone che esperiscono atrofia o secchezza vaginale a causa del testosterone sono indicate le creme idratanti.

Il desiderio, l'eccitazione e la funzione sessuale possono essere influenzati anche dall'uso di psicofarmaci (Montejo *et al.*, 2015). Poiché ad alcune persone TGD vengono prescritti farmaci per

il trattamento della depressione (Heylens *et al.*, 2014), dell'ansia (Millet *et al.*, 2017) o di altri problemi di salute mentale (Dhejne *et al.*, 2016), occorre considerare i loro potenziali effetti collaterali sulla salute sessuale.

Molti interventi chirurgici di affermazione di genere possono avere effetti significativi sulla sensibilità erogena, sul desiderio e sull'eccitazione sessuale, nonché sulla funzione e sul piacere sessuale. L'impatto di questi cambiamenti per l3 pazienti è vario (Holmberg *et al.*, 2018). La *top surgery* (riduzione del seno, mastectomia e mastoplastica additiva) e gli interventi di rimodellamento del corpo, ad esempio, possono offrire cambiamenti desiderati nella forma e nell'aspetto, riducendo così il disagio psicologico che può disturbare la funzione sessuale, ma possono anche influire negativamente sulla sensibilità erogena (Bekeny *et al.*, 2020; Claes *et al.*, 2018; Rochlin *et al.*, 2020). Gli interventi chirurgici ai genitali, in particolare, possono potenzialmente influenzare la funzione e il piacere sessuale in modo negativo, anche se spesso questi cambiamenti vengono vissuti positivamente in quanto il corpo dellə paziente diventa più allineato al proprio genere, aprendo potenzialmente nuove strade per il piacere e la soddisfazione sessuale (Hess *et al.*, 2018; Holmberg *et al.*, 2018; Kerckhof *et al.*, 2019).

Nella letteratura esistente vi sono numerosi esempi di ciò:

1. L'intervento chirurgico può comportare una diminuzione, una perdita totale o un possibile aumento della stimolazione erogena e/o della sensazione provata rispetto all'anatomia dellə paziente prima dell'intervento (Garcia, 2018; Sigurjónsson *et al.*, 2017).

2. Una particolare scelta chirurgica può essere associata a specifiche limitazioni della funzione sessuale, le quali possono manifestarsi nell'immediato, in futuro o in entrambi. L3 pazienti dovrebbero prendere in considerazione queste limitazioni quando esaminano le diverse opzioni chirurgiche, prima di prendere una scelta definitiva (Frey *et al.*, 2016; Garcia, 2018; Isaacson *et al.*, 2017).

3. Le complicazioni post-chirurgiche possono influire negativamente sulla funzione sessuale, riducendone la qualità (ad es., disagi o dolori durante l'attività sessuale) o impedendo un rapporto sessuale soddisfacente (Kerckhof *et al.*, 2019; Schardein *et al.*, 2019).

In generale, la soddisfazione per qualsiasi trattamento medico è fortemente influenzata dalle aspettative personali dellə paziente (Padilla *et al.*, 2019). Inoltre, quando l3 pazienti hanno aspettative irrealistiche prima del trattamento, è molto più probabile che provino insoddisfazione nei confronti del risultato, delle cure e del personale sanitario (Padilla *et al.*, 2019). Pertanto, è importante sia fornire all3 pazienti informazioni adeguate sulle opzioni di trattamento che comprendere e tenere in considerazione ciò che viene ritenuto importante per lə paziente in relazione agli esiti (Garcia, 2021). Infine, è importante che il personale sanitario si assicuri che l3 pazienti comprendano i potenziali effetti avversi di un trattamento sulla loro funzione e sul loro piacere sessuale, in modo da poter prendere una decisione informata. Questo è importante sia per soddisfare gli *standard* del consenso informato (ossia discussione e comprensione), che per fornire ulteriori chiarimenti all3 pazienti e, se lo desiderano, all3 loro *partner* (Glaser *et al.*, 2020).

<u>Dichiarazione 17.6</u>

Raccomandiamo al personale sanitario che fornisce assistenza a persone TGD di offrire consultazione all3 adolescenti e all3 adult3 sulla prevenzione delle infezioni sessualmente trasmissibili.

L'OMS (World Health Organization, 2015) raccomanda al personale sanitario di implementare brevi comunicazioni relative alla sessualità nella cura primaria con tutt3 l3 adolescenti e l3 adult3. Pertanto, le persone TGD sessualmente attive, o che stanno prendendo in considerazione di diventare sessualmente attive, possono beneficiare di un colloquio o di una consulenza sulla sessualità ai fini della prevenzione dal virus dell'immunodeficienza umana (HIV) e dalle infezioni sessualmente trasmesse (IST). Questi colloqui sono particolarmente importanti perché le persone TGD, rispetto alle persone *cisgender*, sono colpite in modo sproporzionato dall'HIV e da altre IST (Baral *et al.*, 2013; Becasen *et al.*, 2018; Poteat *et al.*, 2016). Tuttavia, sono disponibili pochi dati sulle IST che non siano l'HIV, come clamidia, gonorrea, sifilide, epatite virale e *herpes simplex virus* (Tomson *et al.*, 2021). Il *Programma congiunto delle Nazioni Unite* sull'HIV/AIDS stima che le donne *transgender* abbiano una probabilità 12 volte maggiore rispetto ad altr3 adult3 di essere affette da HIV (UNAIDS, 2019). Una metanalisi ha stimato una prevalenza globale di HIV del 19% tra le donne *transgender* che hanno rapporti sessuali con uomini (Baral *et al.*, 2013). Il rischio di HIV/IST si concentra tra i sottogruppi TGD affetti da molteplici vulnerabilità, tra cui quelle biologiche, psicologiche, interpersonali e strutturali. In particolare, le donne *transgender* e le persone AMAB *gender diverse* che hanno rapporti sessuali con uomini *cisgender*, che appartengono a gruppi razziali/etnici minoritari, che vivono in condizioni di povertà e che sopravvivono grazie al *sex working* sono ad alto rischio di HIV/IST (Becasen *et al.*, 2018; Poteat *et al.*, 2015; 2016). Vi sono meno informazioni sul rischio di HIV/IST tra gli uomini *transgender* e le persone TGD AFAB. Studi su campioni ridotti in Paesi ad alto reddito indicano una prevalenza di HIV confermata in laboratorio dello 0-4% tra gli uomini *transgender* e le persone AFAB *gender diverse* (Becasen *et al.*, 2018; Reisner e Murchison, 2016). Non è stata condotta quasi nessuna ricerca sugli uomini *transgender* e le persone AFAB *gender diverse* che hanno rapporti sessuali con uomini *cisgender* nei Paesi ad alta prevalenza di HIV. Nonostante i dati epidemiologici limitati, gli uomini *transgender* e le persone AFAB *gender diverse* che hanno rapporti sessuali con uomini *cisgender* riferiscono spesso il rischio di HIV/IST legato al sesso ricettivo vaginale e/o anale (Golub *et al.*, 2019; Reisner *et al.*, 2019; Scheim *et al.*, 2017) e possono essere più suscettibili all'acquisizione dell'HIV dai rapporti vaginali rispetto alle donne *cisgender* (in premenopausa) a causa dell'atrofia vaginale legata agli ormoni.

Il personale sanitario dovrà integrare le linee guida generali sviluppando le conoscenze e le competenze necessarie per discutere di questioni di salute sessuale con le persone TGD, come l'uso di un linguaggio che riconosca il loro genere (v. la dichiazione 17.1 in questo capitolo). È fondamentale che il personale sanitario eviti di formulare ipotesi sul rischio di HIV/IST basate esclusivamente sull'identità di genere o sull'anatomia dellə paziente. Per esempio, molte persone *transgender* non sono sessualmente attive e le persone TGD possono usare protesi o *sex toy* durante i rapporti sessuali[118]. Per fornire una consulenza appropriata sulla prevenzione, il

[118] N.d.T.: Le persone TGD AFAB spesso utilizzano protesi falliche, fatte appositamente per individui TGD, chiamate "packer". I "packer" sono spesso realistici e possono avere fino a quattro funzioni: *packing, stand to pee, play* e *pleasure*. Il *packing* ha lo scopo di creare la caratteristica forma dei genitali maschili visibile dai pantaloni/mutande, *stand to pee* per poter urinare in piedi, mentre *play* and *pleasure* per i rapporti sessuali. In base alla marca e al tipo di packer, essi possono essere indossati tramite mutande che hanno una tasca apposita

personale sanitario dovrebbe informarsi sulle specifiche attività sessuali che le persone TGD praticano e sulle parti del corpo (o protesi) coinvolte in tali attività (ACON, 2022). Il personale sanitario (compres3, ma non solo, l3 PSM.) può offrire una consulenza approfondita per affrontare le cause sottostanti del rischio di HIV/IST (v. Dichiarazione 17.3 in questo capitolo).

Il personale sanitario deve sempre essere sensibile alle storie collettive e individuali delle persone TGD (per es., agli stereotipi e allo stigma nei confronti della sessualità delle persone *trans* e della disforia di genere/incongruenza di genere) e deve spiegare all3 pazienti le ragioni per cui vengono poste domande relative alla sessualità e che rispondere a tali domande è su base volontaria. Quando si discute di prevenzione dell'HIV/IST, il personale sanitario deve fare riferimento all'intera gamma di opzioni di prevenzione, compresi i metodi di barriera, la profilassi post-esposizione (PEP), la profilassi pre-esposizione (PrEP) e il trattamento dell'HIV per prevenire la trasmissione (World Health Organization, 2021). Le considerazioni specifiche sulla PrEP sono trattate nella Dichiarazione 17.8.

Dichiarazione 17.7

Raccomandiamo al personale sanitario che fornisce assistenza a persone TGD di seguire le linee guida locali e dell'Organizzazione Mondiale della Sanità per lo screening, la prevenzione e il trattamento dell'HIV e delle IST.

Come l3 pazienti *cisgender*, l3 adolescenti e l3 adult3 TGD devono essere sottopost3 a *screening* per l'HIV/IST in conformità con le linee guida già esistenti e in base al rischio individuale di contrarre HIV/IST, considerando l'anatomia e il comportamento piuttosto che la sola identità di genere. Laddove le linee guida locali o nazionali non sono disponibili, l'OMS (World Health Organization, 2019a°) offre raccomandazioni generali; si raccomanda uno *screening* più frequente per le persone *transgender* che hanno rapporti sessuali con uomini *cisgender* in quanto popolazione maggiormente colpita da HIV.

Gli interventi e le tecniche chirurgiche per l'affermazione di genere hanno implicazioni per i rischi di IST e le esigenze di *screening*, come indicato nelle recenti linee guida dell'*US Centers for Disease Control* (Workowski *et al.*, 2021). Per esempio, le donne *transgender* e le persone AMAB *gender diverse* che si sono sottoposte a una vaginoplastica a inversione peniena, utilizzando solo la pelle del pene e dello scroto per rivestire il canale vaginale, hanno probabilmente un minor rischio di infezione da *Chlamydia trachomatis* (*C. trachomatis*) e *Neisseria gonorrhoeae* (*N. gonorrhoeae*) urogenitali, ma le nuove tecniche chirurgiche che utilizzano i lembi di mucosa buccale, o uretrale, o di peritoneo potrebbero teoreticamente aumentare la suscettibilità alle IST batteriche rispetto all'uso della sola pelle peniena/scrotale (Van Gerwen *et al.*, 2021). Lo *screening* di *routine* delle IST della neovagina (se esposta) è raccomandato per tutte donne *transgender* e le persone AMAB *gender diverse* che si sono sottoposte a una vaginoplastica (Workowski *et al.*, 2021). Per gli uomini *trans* e le persone AFAB *gender diverse* che si sono sottoposte a una metoidoplastica con allungamento dell'uretra, ma non una vaginectomia, il test per le IST batteriche urogenitali dovrebbe includere un tampone cervicale, poiché le infezioni potrebbero non essere rilevate nelle urine (Workowski *et al.*, 2021).

---

per il loro inserimento, tramite imbracature o applicando colla medica.

Inoltre, è importante che il personale sanitario offra il test in più siti anatomici, poiché le IST nell3 pazienti *transgender* sono spesso extragenitali (Hiransuthikul *et al.*, 2019; Pitasi *et al.*, 2019). In linea con le raccomandazioni dell'OMS (World Health Organization, 2020), l'auto-raccolta di campioni per il test delle IST dovrebbe essere offerta come possibilità, in particolare se l3 pazienti non si sentono a proprio agio o non sono dispost3 a sottoporsi al prelievo da parte del personale sanitario a causa della disforia (anatomica), esperienze di traumi o entrambi. Se pertinente, l'integrazione del test HIV/IST con la regolare sierologia utilizzata per monitorare la terapia ormonale può facilitare l'accesso alle cure (Reisner *et al.*, 2016; Scheim e Travers, 2017).

Dichiarazione 17.8

Raccomandiamo al personale sanitario che fornisce assistenza a persone TGD di tenere conto delle potenziali interazioni tra farmaci antiretrovirali e ormoni.

Per l3 adolescenti e l3 adult3 TGD ad alto rischio di infezione da HIV (se in quella che viene definita una relazione sierodiscordante o che hanno rapporti sessuali senza preservativo al di fuori di una relazione reciprocamente monogama con *partner* negativə/3 da HIV) (World Health Organization, 2017), la profilassi pre-esposizione (PrEP) è un'importante alternativa di prevenzione dell'HIV (Golub *et al.*, 2019; Sevelius *et al.*, 2016; World Health Organization, 2021). Per incoraggiare l'adozione della PrEP, nel 2021 le *US Centers for Disease Control* hanno raccomandato di informare tutt3 l3 adolescenti e l3 adult3 sessualmente attiv3 sulla PrEP e di offrirla se richiesta (CDC, 2021). Per il trattamento delle persone affette da HIV, in alcuni contesti sono disponibili linee guida specifiche per le persone *transgender* (ad es. *Panel on Antiretroviral Guidelines for Adults and Adolescents*, 2019).

Sia per la prevenzione che per il trattamento dell'HIV, vi sono considerazioni sulla posologia e sulla somministrazione delle antiretrovirali specifiche per le persone TGD. Per la PrEP orale, solo la posologia giornaliera è attualmente raccomandata per le persone TGD, poiché gli studi che dimostrano l'efficacia della PrEP, utilizzata solo per i rapporti rischiosi (*event-driven*), con emtricitabina/tenofovir disoproxil fumarato (TDF) sono limitati agli uomini *cisgender* (World Health Organization, 2019c). Inoltre, nonostante sia disponibile l'emtricitabina/tenofovir alafenamide (TAF), una nuova alternativa di PrEP orale, a inizio 2022 non è raccomandata per le persone a rischio di acquisizione dell'HIV attraverso il sesso vaginale ricettivo a causa della mancanza di evidenze (CDC, 2021). Infine, è in aumento la disponibilità di formulazioni iniettabili a lunga durata d'azione sia per la PrEP che per il trattamento dell'HIV (ad esempio, cabotegravir per la PrEP) e, sebbene siano raccomandate per tutt3 l3 pazienti che potrebbero trarre beneficio dalle opzioni iniettabili, i siti di iniezione indicati (ad es., il muscolo grande gluteo) potrebbero essere inadatti per i soggetti che hanno fatto uso di *filler* per tessuti molli (Rael *et al.*, 2020).

Vi sono poche prove a sostegno dell'esistenza di interazioni tra gli ormoni per l'affermazione di genere e i farmaci per la PrEP. Alcuni studi su campioni ridotti, basati principalmente sull'uso autoriferito della PrEP, hanno mostrato una riduzione delle concentrazioni del farmaco PrEP nelle donne *transgender* sottoposte a terapia ormonale, anche se le concentrazioni sono rimaste nell'intervallo protettivo (Yager e Anderson, 2020). Un successivo studio di interazione tra farmaci, il quale ha utilizzato la terapia PrEP osservata direttamente non ha rilevato un impatto della terapia ormonale sulle concentrazioni del farmaco

PrEP nelle donne *transgender* e, inoltre, ha rilevato che le donne e gli uomini *transgender* che assumono la terapia ormonale hanno raggiunto alti livelli di protezione contro l'infezione da HIV (Grant *et al.*, 2020). È importante notare che per molte persone TGD non è stato rilevato alcun impatto della PrEP sulle concentrazioni ormonali. Per quanto riguarda il trattamento dell'HIV, specifici farmaci antiretrovirali possono avere un impatto sulle concentrazioni ormonali; tuttavia, queste possono essere gestite selezionando agenti (retrovirali) alternativi, monitorando e regolando la posologia ormonale o entrambi (Cirrincione *et al.*, 2020), come indicato nelle linee guida dell'*US Department of Health and Human Services* (*Panel on Antiretroviral Guidelines for Adults and Adolescents*, 2019). Tuttavia, le preoccupazioni per le interazioni tra farmaci, in particolare per le interazioni che possono limitare le concentrazioni ormonali, rappresentano un ostacolo all'implementazione e all'aderenza alla terapia antiretrovirale per la prevenzione o il trattamento dell'HIV (Radix *et al.*, 2020; Sevelius *et al.*, 2016). Pertanto, è consigliabile che il personale sanitario affronti in modo proattivo tali preoccupazioni con le persone candidate alla PrEP o al trattamento dell'HIV. L'integrazione della PrEP o del trattamento dell'HIV con la terapia ormonale può ridurre ulteriormente le barriere all'implementazione e all'aderenza (Reisner *et al.*, 2016). Se lə medicə di medicina generale non dispone delle competenze necessarie, la suddetta integrazione può essere ottenuta con l'assegnazione o con il coordinamento di unə specialista dell'HIV. Alcune persone TGD possono beneficiare dalla PrEP o da servizi di salute sessuale che offrono maggiore *privacy* e flessibilità; pertanto, sono necessari modelli differenziati di erogazione dei servizi (Wilson *et al.*, 2021).

CAPITOLO 18. Salute mentale

Questo capitolo intende fornire una guida al personale sanitario e all3 professionist3 della salute mentale (PSM) che offrono assistenza per la salute mentale all3 adult3 TGD (TGD). Non è da intendere come un sostituto dei capitoli sull'*assessment* per la terapia ormonale (Capitolo 12) o gli interventi chirurgici (Capitolo 13). Molte persone TGD non avranno bisogno di terapie o altre forme di assistenza per la salute mentale come parte della loro transizione, mentre altre possono beneficiare del supporto di PSM (Dhejne *et al.*, 2016).

Alcuni studi hanno dimostrato una maggiore prevalenza di depressione (Witcomb *et al.*, 2018), ansia (Bouman *et al.*, 2017) e suicidalità – cioè, la presenza di ideazione e di comportamenti suicidari – (Arcelus *et al.*, 2016; Bränström e Pachankis, 2022; Davey *et al.*, 2016; Dhejne, 2011; Herman *et al.*, 2019) tra le persone TGD (Jones *et al.*, 2019; Thorne *et al.*, 2019) rispetto alla popolazione generale, in particolare in coloro che richiedono trattamenti medici per l'affermazione di genere[119]. Tuttavia, l'identità *transgender* non è una malattia mentale e questi tassi elevati sono stati collegati a traumi complessi, stigma sociale, violenza e discriminazione (Nuttbrock *et al.*, 2014; Peterson *et al.*, 2021). Inoltre, i sintomi psichiatrici diminuiscono con cure mediche e chirurgiche per l'affermazione di genere (Aldridge *et al.*, 2020; Almazan e Keuroghlian; 2021; Bauer *et al.*, 2015; Grannis *et al.*, 2021) e con interventi che riducono la discriminazione e il *minority stress* (Bauer *et al.*, 2015; Heylens *et al.*, 2014; McDowell *et al.*, 2020)

[119] Si veda la Dichiarazione sull'assistenza sanitaria necessaria dal punto di vista medico nel capitolo 2, par. 2.1.

Raccomandazioni

18.1. Raccomandiamo al PSM di affrontare problematiche di tipo psicopatologico che interferiscono con la capacità di una persona di acconsentire a un trattamento di affermazione di genere, prima che il trattamento venga iniziato.

18.2. Raccomandiamo al PSM di offrire assistenza e supporto alle persone TGD per affrontare i sintomi psicopatologici che interferiscono con la capacità della persona di partecipare alle cure perioperatorie essenziali, prima dell'intervento chirurgico di affermazione di genere.

18.3. Raccomandiamo che, in presenza di sintomi significativi di tipo psicopatologico o di abuso di sostanze, lə PSM valuti il potenziale impatto negativo che i sintomi possono avere sui risultati, in base alla natura della specifica procedura chirurgica di affermazione di genere.

18.4. Raccomandiamo al personale sanitario di valutare la necessità di un supporto psicosociale e pratico per le persone TGD nel periodo perioperatorio che precede l'intervento chirurgico di affermazione di genere.

18.5. Raccomandiamo al personale sanitario di consultare e assistere le persone TGD nell'astinenza da tabacco/nicotina prima dell'intervento di affermazione di genere.

18.6. Raccomandiamo al personale sanitario di mantenere il trattamento ormonale esistente se una persona TGD deve essere ricoverata in un reparto medico o in un servizio psichiatrico di diagnosi e cura, a meno che non sia controindicato.

18.7. Raccomandiamo al personale sanitario di assicurarsi che, se le persone TGD necessitano di ricovero o di assistenza residenziale o semi-residenziale per cure psicologiche, mediche o per abuso di sostanze, tutto il personale utilizzi il nome e i pronomi di elezione (comunicati dallə paziente) e fornisca l'accesso a bagni e camere di degenza in linea con l'identità di genere della persona.

18.8. Raccomandiamo al PSM di incoraggiare, sostenere e spronare le persone TGD a sviluppare e mantenere sistemi di sostegno sociale, compresɜ coetaneɜ, amicɜ e la famiglia.

18.9. Raccomandiamo che il personale sanitario non renda obbligatorio per le persone TGD sottoporsi a psicoterapia prima dell'inizio di un trattamento di affermazione di genere, pur riconoscendo che la psicoterapia può essere utile per alcune persone TGD.

18.10. Raccomandiamo di non proporre terapie "riparative" e "di conversione" volte al tentativo di cambiare l'identità di genere e l'espressione di genere vissuta di una persona con l'intento di renderla più congruente con il sesso assegnato alla nascita.

I trattamenti per la salute mentale devono essere erogati dal personale sanitario e implementati tramite l'uso di sistemi che rispettino l'autonomia dellə paziente e riconoscano la diversità di genere. Lɜ PSM che lavora con le persone *transgender* dovrebbe utilizzare l'ascolto attivo come metodo per incoraggiare l'esplorazione dell'identità di genere nelle persone che sono ancora incerte (*questioning*). Piuttosto che imporre le proprie narrazioni o i propri preconcetti, il personale sanitario dovrebbe aiutare lɜ utenti a determinare il proprio percorso. Mentre molte persone *transgender* necessitano di interventi medici o chirurgici o fanno richiesta di assistenza per la salute mentale, altre non lo fanno (Margulies *et al.*, 2021). Pertanto, i risultati di ricerche che coinvolgono popolazioni cliniche non dovrebbero essere estesi all'intera popolazione *transgender*. Affrontare temi legati ai problemi di salute psicologica e ai disturbi da uso di sostanze è importante, ma non dovrebbe essere un ostacolo alle cure legate alla transizione. Piuttosto, questi interventi possono facilitare il successo delle cure legate alla transizione, le quali possono migliorare la qualità della vita (Nobili *et al.*, 2018).

Tutte le affermazioni contenute in questo capitolo sono state proposte sulla base di un'approfondita revisione delle evidenze scientifiche, di un *assessment* dei benefici e dei danni, dei valori e delle preferenze dellɜ operatorɜ sanitarɜ e dellɜ pazienti, nonché dell'utilizzo delle risorse e della loro applicabilità. In alcuni casi, riconosciamo che le evidenze sono limitate e/o che i servizi potrebbero non essere accessibili o desiderabili.

Dichiarazione 18.1

Raccomandiamo al PSM di affrontare problematiche di tipo psicopatologico che interferiscono con la capacità di una persona di acconsentire a un trattamento di

affermazione di genere, prima che il trattamento venga iniziato.

Solitamente si presume che l3 pazienti siano in grado di fornire il consenso per le cure, ma in presenza di un deterioramento cognitivo, di una psicosi o di un altro problema di salute psicologica, che compromette la loro capacità di fornire un consenso informato, è necessario un esame individuale (Applebaum, 2007). Il consenso informato è fondamentale per l'erogazione dell'assistenza sanitaria. Il personale sanitario deve informare lə paziente sui rischi, i benefici e le alternative a qualsiasi cura offerta, in modo che essə possa fare una scelta volontaria e informata (Berg *et al.*, 2001). Sia lə medicə di medicina generale (PCP) o lə specialista che prescrive gli ormoni[120] che lə chirurgə che esegue l'intervento devono ottenere il consenso informato. Anche l3 PSM devono ottenere il consenso informato per il trattamento legato alla salute mentale, pertanto possono effettuare l'*assessment* la capacità dellə paziente di acconsentire, se questa è stata messa in discussione. Le malattie psichiatriche e i disturbi da uso di sostanze, in particolare il deterioramento cognitivo e la psicosi, possono compromettere la capacità di un individuo di comprendere i rischi e i benefici del trattamento (Hostiuc *et al.*, 2018). Al contrario, unə paziente può avere un problema di salute psicologica significativo, ma essere comunque in grado di comprendere i rischi e i benefici di un determinato trattamento (Carpenter *et al.*, 2000). È importante un approccio multidisciplinare nei più casi difficili e, se necessario, si dovrebbe ricorrere a espert3 (Karasic e Fraser, 2018). Per molt3 pazienti, la difficoltà di comprendere i rischi e i benefici di un determinato trattamento può essere superata con il tempo e un'attenta spiegazione. Per alcun3 pazienti, il trattamento della condizione di base che interferisce con la loro capacità di concedere il consenso, ad esempio, il trattamento di una psicosi sottostante, consentirà loro di acquisire tale capacità. Tuttavia, alcuni sintomi, quali l'ansia o sintomi depressivi, che non influiscono sulla capacità di concedere il consenso, non dovrebbero rappresentare un ostacolo al trattamento medico per l'affermazione di genere, soprattutto perché è stato dimostrato che questo trattamento riduce i sintomi di problemi di salute psicologica (Aldridge *et al.*, 2020).

<u>Dichiarazione 18.2</u>

Raccomandiamo al PSM di offrire assistenza e supporto alle persone TGD per affrontare i sintomi psicopatologici che interferiscono con la capacità della persona di partecipare alle cure perioperatorie essenziali, prima dell'intervento chirurgico di affermazione di genere.

L'incapacità di partecipare adeguatamente all'assistenza perioperatoria, a causa di problemi di salute psicologica o dell'uso di sostanze, non deve essere vista come un ostacolo alle cure necessarie per la transizione, ma come fattore che segnala la necessità di fornire assistenza psicologica e sociale (Karasic, 2020). I problemi di salute psicologica e i disturbi da uso di sostanze possono compromettere la capacità dellə paziente di partecipare all'assistenza perioperatoria (Barnhill, 2014). Per ottenere un buon

[120] In Italia, la prescrizione di testosterone è possibile solo per le seguenti figure: endocrinologə, andrologə, urologə, ginecologə e oncologə. Il tipo di testosterone prescrivibile cambia a seconda della figura professionale e dal genere sui documenti dellə paziente (Per ulteriori informazioni v. Agenzia Italiana del farmaco, 2016). Infatti, prima della determina n. 104273/2020, la prescrizione di testosterone per le persone TGD AFAB era considerata *off-label*. La stessa determina ha inserito la terapia ormonale di affermazione di genere nell'elenco dei medicinali a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale (Gazzetta Ufficiale, 2020).

risultato possono essere necessarie diverse visite mediche, la cura delle ferite e altre procedure di cura post-operatoria (ad es., la dilatazione dopo la vaginoplastica). Unə paziente con un disturbo da uso di sostanze stupefacenti potrebbe avere difficoltà a rispettare gli appuntamenti necessari con lə operatorə sanitariə e con lə chirurgə. Unə paziente con psicosi o depressione grave potrebbe trascurare la ferita o non prestare attenzione alle infezioni o ai segni di deiscenza (Lee *et al.*, 2016). Un problema di salute psicologica attivo è associato a una maggiore necessità di ulteriori cure mediche e chirurgiche acute dopo l'intervento iniziale (Wimalawansa *et al.*, 2014).

In questi casi, il trattamento del problema di salute psicologica o del disturbo da uso di sostanze può contribuire al raggiungimento di risultati positivi. Un maggiore supporto per lə paziente da parte di familiari e amicɜ o di un personale sanitario a domicilio può aiutare lə paziente a dedicarsi in maniera sufficiente alle cure perioperatorie per poter procedere all'intervento. È necessario soppesare i benefici dei trattamenti per la salute mentale, che possono ritardare l'intervento chirurgico, ai rischi dettati da tale ritardo. Bisogna, inoltre, valutare l'impatto che il ritardo dei trattamenti per la salute mentale può avere sulla disforia di genere/incongruenza di genere (Byne *et al.*, 2018).

Dichiarazione 18.3

Raccomandiamo che, in presenza di sintomi significativi di tipo psicopatologico o di abuso di sostanze, lə PSM valuti il potenziale impatto negativo che i sintomi possono avere sui risultati, in base alla natura della specifica procedura chirurgica di affermazione di genere.

Le procedure chirurgiche per l'affermazione del genere variano in termini di impatto sullə paziente. Per ottenere il miglior risultato possibile, alcune procedure richiedono una maggiore capacità di seguire la pianificazione preoperatoria e di dedicarsi alle cure perioperatorie e post-operatorie (Tollinche *et al.*, 2018). I sintomi di problemi di salute psicologica possono influenzare la capacità dellɜ pazienti di partecipare alla pianificazione e, successivamente, alle cure perioperatorie necessarie per le procedure chirurgiche (Paredes *et al.*, 2020).

L'*assessment* della salute mentale può fornire l'opportunità di sviluppare strategie per affrontare il potenziale impatto negativo che i sintomi possono avere sui risultati, così come per determinare il supporto necessario allə paziente per prendere parte alla pianificazione e all'assistenza. È stato dimostrato che le procedure chirurgiche di affermazione di genere alleviano i sintomi della disforia di genere/incongruenza di genere e migliorano la salute mentale (Owen-Smith *et al.*, 2018; van de Grift *et al.*, 2017). Quando lə paziente e il personale sanitario decidono se procedere con il trattamento, questi benefici vengono soppesati rispetto ai rischi di ogni procedura. Il personale sanitario può aiutare le persone TGD a rivedere le indicazioni di pre-pianificazione e assistenza preoperatoria per ogni procedura chirurgica (Karasic, 2020). Il personale sanitario e lə paziente possono individuare in modo collaborativo il supporto o le risorse necessarie per presentarsi agli appuntamenti di assistenza perioperatoria, ottenere i prodotti sanitari necessari, discutere le questioni economiche, e gestire pianificazioni preoperatorie. Inoltre, possono essere esplorate le questioni relative alle aspettative estetiche e funzionali, compreso l'impatto di questi vari fattori sulla disforia.

Dichiarazione 18.4

Raccomandiamo al personale sanitario di valutare la necessità di un supporto psicosociale e pratico per le persone TGD nel periodo perioperatorio che precede l'intervento chirurgico di affermazione di genere.

Indipendentemente dalla specializzazione, tutto il personale sanitario ha la responsabilità di sostenere l3 pazienti nell'accesso alle cure mediche necessarie. Quando il personale sanitario lavora con persone TGD mentre si preparano a sottoporsi a procedure chirurgiche per l'affermazione di genere, devono valutare i livelli di supporto psicosociale e pratico necessari per le procedure (Deutsch, 2016b). L'*assessment* è il primo passo per riconoscere la necessità un supporto aggiuntivo e migliorare la capacità di lavorare in modo collaborativo con l'individuo, con l'obiettivo di affrontare con successo i periodi pre-chirurgico, peri-chirurgico e post-chirurgico (Tollinche *et al.*, 2018). Nel periodo perioperatorio, è importante aiutare l3 pazienti a ottimizzare il benessere, a ottenere un'abitazione stabile, quando possibile, a ottenere supporto sociale e familiare valutando la situazione del singolo, a pianificare come rispondere a possibili complicazioni mediche, a gestire il potenziale impatto sul lavoro/reddito e a superare ulteriori ostacoli che alcun3 pazienti possono incontrare, come far fronte all'elettrolisi e la cessazione dell'uso di tabacco (Berli *et al.*, 2017). In un sistema medico complesso, non tutt3 l3 pazienti saranno in grado di orientarsi autonomamente nelle procedure necessarie per ottenere le cure, e il personale sanitario e l3 *peer navigator* possono sostenere l3 pazienti in questo processo (Deutsch, 2016°).

Dichiarazione 18.5

Raccomandiamo al personale sanitario di consultare e assistere le persone TGD nell'astinenza da tabacco/nicotina prima dell'intervento di affermazione di genere.

La popolazione *transgender* presenta tassi più elevati di consumo di tabacco e nicotina (Kidd *et al.*, 2018). Tuttavia, molte persone non sono consapevoli dei rischi per la salute associati al fumo (Bryant *et al.*, 2014). Il consumo di tabacco aumenta il rischio di sviluppare problemi di salute (ad es., trombosi) nei soggetti che ricevono un trattamento ormonale di affermazione di genere, in particolare con estrogeni (Chipkin e Kim, 2017).

Il consumo di tabacco è stato associato a risultati peggiori nella chirurgia plastica, tra le complicazioni generali vi sono necrosi dei tessuti e necessità di revisione chirurgica (Coon *et al.*, 2013). Il fumo aumenta anche il rischio di infezioni postoperatorie (Kaoutzanis *et al.*, 2019). È stato dimostrato che il consumo di tabacco influisce sul processo di guarigione dopo qualsiasi intervento chirurgico, compresi quelli legati all'affermazione di genere (ad es., chirurgia ricostruttiva al torace, chirurgia genitale) (Pluvy *et al.*, 2015). L3 consumator3 di tabacco hanno un rischio maggiore di necrosi cutanea, di ritardo nella guarigione delle ferite e di disturbi cicatriziali dovuti all'ipossia e all'ischemia dei tessuti (Pluvy *et al.*, 2015).

Per questo motivo, l3 chirurg3 raccomandano di interrompere l'uso di tabacco/nicotina prima dell'intervento di affermazione di genere e di astenersi dal fumare fino a diverse settimane dopo l'intervento, fino alla completa guarigione della ferita (Matei e Danino, 2015). Nonostante i rischi, interrompere può essere difficile. Il fumo di tabacco e l'uso di nicotina creano dipendenza e vengono utilizzati anche come meccanismo di *coping* (Matei *et al.*, 2015). Il personale sanitario che vede l3 pazienti in maniera continuativa prima dell'intervento, compresi l3 PSM e l3 PCP, dovrebbero affrontare il tema dell'uso di

tabacco/nicotina con le persone da loro seguite, così come suggerire alle persone TGD di accedere ai servizi antifumo o fornire direttamente il trattamento (ad es., Vareniclina o Bupropione).

Dichiarazione 18.6

Raccomandiamo al personale sanitario di mantenere il trattamento ormonale esistente se una persona TGD deve essere ricoverata in un reparto medico o in un servizio psichiatrico di diagnosi e cura, a meno che non sia controindicato.

Le persone TGD che entrano in un servizio psichiatrico di diagnosi e cura, di trattamento dell'uso di sostanze o in un reparto medico, dovrebbero mantenere i loro attuali regimi ormonali. Non vi sono prove a sostegno dell'interruzione preventiva degli ormoni prima di un ricovero medico o psichiatrico. Raramente, a unə paziente appena ricoveratə può essere diagnosticata una complicazione medica che richiede la sospensione del trattamento ormonale, ad esempio una tromboembolia venosa acuta (Deutsch, 2016a). Non vi sono prove solide a favore dell'interruzione di *routine* del trattamento ormonale prima dell'intervento chirurgico, e prima di farlo si dovrebbero valutare i rischi e i benefici per ogni singolə paziente (Boskey *et al.*, 2018).

È stato dimostrato che il trattamento ormonale migliora la qualità della vita e riduce la depressione e l'ansia (Aldridge *et al.*, 2020; Nguyen *et al.*, 2018; Nobili *et al.*, 2018; Owen-Smith *et al.*, 2018, Rowniak *et al.*, 2019). L'accesso alle cure mediche di affermazione di genere è associato a una sostanziale riduzione del rischio di tentativi di suicidio (Bauer *et al.*, 2015). La sospensione degli ormoni regolarmente prescritti nega allə paziente questi benefici e può quindi essere in contrasto con gli obiettivi del ricovero.

Parte del personale sanitario potrebbe non essere consapevole del basso rischio di danni e dell'elevato beneficio potenziale del proseguimento del trattamento di transizione in regime di ricovero. Uno studio condotto sulle scuole di medicina statunitensi e canadesi ha rivelato che lз studenti hanno ricevuto in media 5 ore di contenuti didattici relativi alle tematiche LGBT durante i quattro anni di formazione (Obedin-Maliver *et al.*, 2011). Secondo un sondaggio condotto tra lз medicз di medicina d'urgenza, che spesso devono prendere decisioni rapide sulla somministrazione di farmaci durante il ricovero dellз pazienti, dell'88% che ha riferito di aver assistito pazienti *transgender*, solo il 17,5% ha ricevuto una formazione specifica su questa popolazione (Chisolm-Straker *et al.*, 2018). Con l'aumento della formazione sulle tematiche *transgender*, un maggior numero di personale sanitario sarà consapevole dell'importanza di mantenere lз pazienti *transgender* sui loro regimi ormonali durante il ricovero ospedaliero.

Dichiarazione 18.7

Raccomandiamo al personale sanitario di assicurarsi che, se le persone TGD necessitano di ricovero o di assistenza residenziale o semi-residenziale per cure psicologiche, mediche o per abuso di sostanze, tutto il personale utilizzi il nome e i pronomi di elezione (comunicati dallə paziente) e fornisca l'accesso a bagni e camere di degenza in linea con l'identità di genere della persona.

Moltз pazienti TGD subiscono discriminazioni in un'ampia gamma di ambienti sanitari, tra cui ospedali, strutture per la salute mentale e i servizi per le tossicodipendenze (Grant *et al.*, 2011). Quando i sistemi sanitari non riescono ad accogliere gli individui TGD, rafforzano l'esclusione sociale che molte persone sperimentano da tempo (Karasic, 2016). Le esperienze di discriminazione nei contesti sanitari portano a evitare le cure sanitarie

necessarie poiché possono temere di essere discriminate (Kcomt *et al.*, 2020). L'esperienza di discriminazione vissuta dagli individui TGD è predittiva di ideazione suicidaria (Rood *et al.*, 2015; Williams *et al.*, 2021). Anche il *gender minority stress* associato al rifiuto e al non riconoscimento è stato associato alla suicidalità (Testa *et al.*, 2017). L'impossibilità di accedere a bagni adeguati congruenti al genere è stata associata a un aumento della suicidalità (Seelman, 2016). Tuttavia, l'uso dei nomi di elezione è stato associato a una minore depressione e suicidalità (Russell *et al.*, 2018). La transfobia strutturale e interiorizzata deve essere affrontata per ridurre l'incidenza dei tentativi di suicidio nelle persone TGD (Brumer *et al.*, 2015). Per fornire assistenza di successo, le strutture sanitarie devono ridurre al minimo i danni causati all3 pazienti dalla transfobia, tramite il rispetto e soddisfacendo le esigenze delle persone TGD.

Dichiarazione 18.8

Raccomandiamo al PSM di incoraggiare, sostenere e spronare le persone TGD a sviluppare e mantenere sistemi di sostegno sociale, compres3 coetane3, amic3 e la famiglia.

Mentre il *minority stress* e gli effetti diretti della discriminazione sociale possono essere dannosi per la salute mentale delle persone TGD, un forte sostegno sociale può aiutare a ridurre questo danno (Trujillo *et al.*, 2017). L3 bambin3 TGD spesso internalizzano il rifiuto da parte della famiglia e dell3 coetane3 e la transfobia che l3 circonda (Amodeo *et al.*, 2015). Inoltre, l'esposizione all'abuso transfobico può avere un impatto su tutta la vita di una persona e può avere un effetto particolarmente acuto durante gli anni dell'adolescenza (Nuttbrock *et al.*, 2010).

Lo sviluppo di un supporto sociale che favorisce l'affermazione di genere è un fattore protettivo per la salute mentale. Il supporto sociale può agire da fattore protettivo contro le conseguenze negative della violenza sulla salute mentale, lo stigma e la discriminazione (Bockting *et al.*, 2013), può dare loro supporto mentre fanno uso del sistema sanitario (Jackson Levin *et al.*, 2020) e può contribuire alla resilienza psicologica (Bariola *et al.*, 2015; Başar e Öz, 2016). È stato riscontrato che diverse fonti di supporto sociale, in particolare da parte di coetane3 LGBTQ+ e famiglia, sono associate a migliori risultati in termini di salute mentale, benessere e qualità della vita (Bariola *et al.*, 2015; Başar *et al.*, 2016; Kuper *et al.*, 2018; Puckett *et al.*, 2019). Budge *et al.* (2013) hanno mostrato che il supporto sociale facilita lo sviluppo di meccanismi di adattamento e porta ad esperienze emotive positive durante il processo di transizione.

Il personale sanitario può aiutare l3 pazienti a sviluppare sistemi di supporto che consentano loro di essere riconosciut3 nel loro autentico sé e l3 aiuti nel gestire i sintomi della disforia. Nelle persone con disforia di genere/incongruenza di genere, i problemi interpersonali e la mancanza di supporto sociale sono stati associati a una maggiore incidenza di difficoltà legate alla salute mentale (Bouman *et al.*, 2016; Davey *et al.*, 2015), le quali hanno dimostrato di essere un fattore predittivo di richiesta di trattamenti medici di affermazione di genere (Aldridge *et al.*, 2020). Pertanto, il personale sanitario dovrebbe incoraggiare, sostenere e facilitare le persone TGD nello sviluppare e mantenere sistemi di supporto sociale. Queste esperienze possono favorire lo sviluppo di abilità interpersonali e aiutare ad affrontare la discriminazione sociale, potenzialmente riducendo la suicidalità e migliorando la salute mentale (Pflum *et al.*, 2015).

Dichiarazione 18.9

Raccomandiamo che il personale sanitario non renda obbligatorio per le persone TGD sottoporsi a psicoterapia prima dell'inizio di un trattamento di affermazione di genere, pur riconoscendo che la psicoterapia può essere utile per alcune persone TGD.

La psicoterapia viene utilizzata da molto tempo nel trattamento clinico delle persone TGD (Fraser, 2009b). Gli obiettivi, i requisiti, i metodi e i principi della psicoterapia sono stati una componente in continua evoluzione degli Standard di cura, fin dalle sue versioni iniziali (Fraser, 2009a). Attualmente, l'assistenza e la consulenza psicoterapeutica alle persone TGD adulte possono essere da loro richieste per affrontare le comuni difficoltà psicologiche legate alla gestione della disforia di genere/incongruenza di genere e, inoltre, possono essere di aiuto ad alcuni individui nel processo di *coming out* (Hunt, 2014).

Gli interventi psicologici, compresa la psicoterapia, offrono strumenti efficaci e forniscono uno spazio all'individuo per esplorare la sua identità ed espressione di genere, migliorare la loro autoaccettazione e speranza, così come migliorare la loro resilienza in ambienti ostili e disabilitanti (Matsuno e Israel, 2018).

La psicoterapia è un approccio terapeutico alternativo consolidato per affrontare i sintomi di problemi di salute psicologica che possono essere rivelati durante l'*assessment* iniziale o successivamente durante il *follow-up* per gli interventi medici. Recenti ricerche dimostrano che, sebbene i sintomi si riducano in seguito a un trattamento medico di affermazione di genere, i livelli di ansia rimangono elevati (Aldridge *et al.*, 2020), ciò suggerisce che la terapia psicologica può svolgere un ruolo nell'aiutare le persone che soffrono di sintomi di ansia anche dopo i trattamenti per l'affermazione di genere.

Negli ultimi anni sono stati riportati gli usi e i potenziali benefici di specifiche tecniche e pratiche psicoterapeutiche (Austin *et al.*, 2017; Budge, 2013; Budge *et al.*, 2021; Embaye, 2006; Fraser, 2009b; Heck *et al.*, 2015). Sono stati proposti modelli specifici di psicoterapia per individui adultɜ *transgender* e non binarɜ (Matsuno e Israel, 2018). Tuttavia, sono necessari ulteriori dati empirici sulla comparazione dei benefici dei diversi modelli psicoterapeutici (Catelan *et al.*, 2017). La psicoterapia può essere vissuta dalle persone *transgender* sia come un'esperienza spaventosa che benefica (Applegarth e Nuttall, 2016) e presenta diverse sfide e difficoltà nella creazione di un rapporto d'intesa con lə terapeuta, in particolare quando è associata al *gatekeeping* per gli interventi medici (Budge, 2015).

Dall'esperienza emerge che molte persone *transgender* e non binarie decidono di sottoporsi a trattamenti medici per l'affermazione del genere con un uso limitato o nullo della psicoterapia (Spanos *et al.*, 2021)[121]. Nonostante varie modalità di psicoterapia possano essere utili prima, durante e dopo trattamenti medici per l'affermazione di genere e siano stati riportati tassi variabili di desiderio di usufruire della psicoterapia durante le diverse fasi della transizione (Mayer *et al.*, 2019), l'obbligo di psicoterapia per l'avvio di procedure mediche per l'affermazione del genere non ha dimostrato benefici e può essere una dannosa barriera alle cure per coloro che non hanno bisogno di questo tipo di trattamento o che non possono accedervi.

<u>Dichiarazione 18.10</u>

.

[121] N.d.T.: nel caso in cui vivano, o possano spostarsi, in un Paese dove vige la depatologizzazione. Oppure se hanno la possibilità di ottenere ormoni online o da terzi.

Raccomandiamo di non proporre terapie "riparative" e "di conversione" volte al tentativo di cambiare l'identità di genere e l'espressione di genere vissuta di una persona con l'intento di renderla più congruente con il sesso assegnato alla nascita.

Molte Organizzazioni mediche e di salute mentale di tutto il mondo, tra cui la *World Psychiatric Association, Pan American Health Organization*, *l'American Psychiatric and American Psychological Associations*, la *Royal College of Psychiatrists* e la *British Psychological Society* sono contrarie alla pratica di terapie "riparative" o di "conversione" o di tentativi per "cambiare" l'identità di genere delle persone. Negli Stati Uniti molti Stati hanno introdotto il divieto di praticare la terapia di "conversione" con l3 minori. Con «tentativi di cambiare l'identità di genere» ci si riferisce a interventi di PSM, o di altre figure, volti a cambiare l'identità o l'espressione di genere di una persona per renderla più conforme a quella tipicamente associata al suo sesso/genere assegnato alla nascita (*American Psychological Association*, 2021).

I sostenitori della "terapia di conversione" hanno affermato che tale pratica può consentire a una persona di inserirsi meglio nel proprio contesto sociale. Essi sottolineano, inoltre, che alcun3 utenti chiedono specificamente di essere aiutat3 a cambiare la loro identità o espressione di genere e che l3 PSM dovrebbero essere autorizzat3 ad aiutarl3 a raggiungere i loro obiettivi. Tuttavia, la «terapia di conversione» non ha dimostrato di essere efficace (APA, 2009; Przeworski *et al.*, 2020). Inoltre, esistono numerosi potenziali danni alla salute della persona. In studi retrospettivi, una storia di terapia di conversione è legata a maggiori livelli di depressione, abuso di sostanze, pensieri suicidi e tentativi di suicidio, oltre che a un livello di istruzione e a un reddito settimanale inferiori rispetto a chi non statə sottopostə a tale terapia (Ryan *et al.*, 2020; Salway *et al.*, 2020; Turban *et al.*, 2020). La delibera del 2021 dell'*American Psychological Association* afferma che: "l'evidenza scientifica e l'esperienza clinica indicano che i GICE (tentativi di cambiamento dell'identità di genere; in lingua ing. *gender identity change efforts*) espongono in modo significativo gli individui al rischio di subire danni" (APA, 2021).

Sebbene vi siano ostacoli alla cessazione dei tentativi di indurre un "cambiamento" dell'identità di genere, l'educazione sull'assenza di benefici e sui potenziali danni di queste pratiche può far diminuire il numero di personale sanitario che offre la "terapia di conversione" e a un minor numero di individui e famiglie che scelgono questa alternativa.

Acknowledgements

Karen A. Robinson, Professor of Medicine at Johns Hopkins University and Director of the School's Evidence-based Practice Center and her staff for conducting all systematic reviews and their assistance in the development of the recommendations that underpin the SOC-8. *Ethical considerations*: Carol Bayley, Simona Giordano, and Sharon Sytsma. *Legal perspectives*: Jennifer Levi and Phil Duran. *Reference checkers*: Taymy Caso, Oscar Dimant, Zil Goldstein, Ali Harris, Nat Thorne. *Editors*: Margueritte White, Jun Xia. *Administrative support*: Blaine Vella, Taylor O'Sullivan and Jamie Hicks. Finally, we like to thank all participants who provided comments during the public comment period and GATE (Global Action for Trans Equality), the Asia Pacific Transgender Network Foundation (APTN), The International Lesbian, Gay, Bisexual, Trans and Intersex Association (ILGA), and Transgender Europe (TGEU) for their helpful and constructive feedback on an earlier version of the SOC-8.

Conflict of Interest

Conflict of interests were reviewed as part of the selection process for committee members and at the end of the process before publication. No conflicts of interest were deemed sig- nificant or consequential.

Ethical Approval

This manuscript does not contain any studies with human participants performed by any of the authors.

Funding

This project was partly funded from a grant of the Tawani Foundation. Most of the expenses went to pay the Evidence-based Practice Center of Johns Hopkins University for their work. Editors and reference checkers were paid nominal fees. Committee members were not paid for their contributions. Some travel expenses for committee chairs were covered by the World Professional Association for Transgender Health (WPATH). WPATH staff and other internal expenses were covered by the Association's budget.

Riconoscimenti edizione Italiana

SOC8 Italian translation by ONIG

Consultant lead:

Paolo Valerio (Honorary Professor of Clinical Psychology, University of Naples Federico II; Chair of the Italian Observatory on Gender Identity)

Translator:

Richard Bourelly, PhD Candidate in Sociology and Applied Social Sciences, University of Rome "La Sapienza", and president of Azione Trans

Content specialists:

Marianna Coppola, Psicologa – esperta in LGBTQ+ Studies Ph.D in Scienze della comunicazione. Assegnista in ricerca presso Università degli Studi del Molise

Adriana Godano, endocrinologa e androloga, WPATH and EPATH Member. Socia fondatrice e consigliere permanente ONIG

Elisabetta Lavorato, Psichiatra, psicoterapeuta, consulente sessuale, Dirigente Medico Psichiatra c/o UOC Psichiatria Universitaria Policlinico di Bari, Responsabile Centro di Riferimento Regione Puglia Disforia di Genere, Consigliere ONIG.

Damiana Massara, Psicoterapeuta, Dirigente Psicologa aslto5. CIDIGEM Torino, WPATH and EPATH Member. Socia Fondatrice e Consigliera ONIG.

Daniela A. Nadalin, Psicologa Psicoterapeuta, Coordinatrice Consultorio MIT-Bologna, Socia Fondatrice e Consigliera ONIG.

Cristiano Scandurra, Psicologo, Psicoterapeuta, PhD in Studi di Genere, Ricercatore di Psicologia Clinica presso il Dipartimento di Studi Umanistici dell'Università degli Studi di Napoli Federico II

Angela Caldarera, Psicologa Psicoterapeuta, SC Psicologia Clinica, Dip Intergrato Salute Mentale e Dipendenze, ASL1 Imperiese. Dip Scienze della Sanità Pubblica e Pediatriche. Div Neuropsichiatria Infantile Università di Torino.

Patrizia Guerra, Medico di Medicina Generale, Sessuologa, Torino

Elena Nave, PhD, IC Via Sidoli-Torino, Consulta di Bioetica

Andrea Cavalot Direttore S.C ORL e Direttore Dipartimento Area Chirurgica ASL TO5.

Girolamo Morelli Specialista in urologia e Radiologia Chirurgia ricostruttiva urogenitale Prof. a.c,Università di Firenze: "Chirurgia del transessualismo e chirurgia ricostruttiva uro-andrologica".

Cristofaro De Stefano Direttore UOC Fisiopatologia della riproduzione e sterilità di coppia AORN " San Giuseppe Moscati" – Avellino

Michela Balocchi Ph.D. in Sociologia e sociologia politica.Centro di Ricerca PoliTeSse, Università di Verona. Cofondatrice di intersexioni.

Marco Santini, Logopedista dell'età evolutiva e esperto di affermazione vocale per persone transgender e gender diverse, Ambulatorio dell'Istituto Leonarda Vaccari.

Mary Nicotra Psicoterapeuta, Psicoanalista - Spo.t, Sportello Trans, Maurice, Torino - Membro SLP (Scuola Lacaniana di Psicoanalisi) e AMP (Associazione Mondiale di Psicoanalisi) Docente IPOL (Istituto Psicoanalitico di orientamento lacanian

Christian Ballarin Spo.T Torino

Roberta Rosin Psicologa e Psicoterapeuta Funzionale Didatta e Supervisore SEF Presidente Ass. CON-TE-STARE Sportello Attivo Transgender (Centro ONIG, Padova) Membro Consiglio Direttivo ONIG

Sara Galatolo Laureanda magistrale in Psicologia Clinica all'Università di Padova. Tirocinante presso Associazione Con-Te-Stare, Sportello Attivo Transgender (Centro ONIG, Padova)

Richard Bourelly PhD Candidate in Sociology and Applied Social Sciences, University of Rome "La Sapienza", and president of Azione Trans

Commissione Minorenni ONIG (Damiana Massara, Adriana Godano, Angela Caldarera, Daniela Nadalin, Patrizia Stella Psicologa Psicoterapeuta Consultorio MIT Bologna, Socia Fondatrice ONIG, Chiara Baietto SC NPI U ASO Città della Salute e delle Scienza di Torino, Mariateresa Molo

Fondazione Carlo Molo Torino, Socia Fondatrice ONIG, Daniela Bechis SC NPI U, Città della Salute e della Scienza, Torino, Silvia Einaudi Endocrinologa Pediatra O.N.I.G., Torino, Fabiana Santamaria UOS di Endocrinologia Pediatrica Azienda Ospedaliera Universitaria Federico II Napoli, Elena Nave)

Editor:

Richard Bourelly

Community members:

Christian Ballarin (Spo.T Torino)

Community associations:

Arcigay Nazionale

Azione Trans

Gender x

Genderlens

Intersexioni

Bibliografia edizione italiana

Agedo (2021). *Elenco delle scuole in Italia con carriera alias*, retrieved from https://www.agedonazionale.org/elenco-scuole-in-italia-con-carriera-alias/

Agenzia Italiana del farmaco. (2016). *AIFA: rettifica degli specialisti prescrittori dei medicinali contenenti testosterone*, retrieved from https://www.aifa.gov.it/documents/20142/1229012/Allegato_testosterone_FM.pdf

Gazzetta Ufficiale. (2020). *Determina del 23 settembre 2020*, retrieved from https://www.gazzettaufficiale.it/atto/serie_generale/caricaDettaglioAtto/originario?atto.dataPubblicazioneGazzetta=2020-09-30&atto.codiceRedazionale=20A05245&elenco30giorni=true

Genderlens (2021). *Regolamento scolastico per la carriera alias*, retrieved from https://www.genderlens.org/regolamento-scolastico-per-la-carriera-alias/

Genitori Rainbow (2024). Genitorialità trans*, retrieved from https://www.genitorirainbow.it/genitorialita-trans/

Infointersex (2024). *Infoinsersex*, retrieved from https://infointersex.iss.it/

Infotrans (2024). *Infotrans*, retrieved from https://www.infotrans.it/

Intersexions Project (2024). *Mappa delle Organizzazioni nel Mondo*, retrieved from https://www.intersexionsproject.eu/intersex-map/

Manera M. (2021). *La lingua che cambia. Rappresentare le identità di genere, creare gli immaginari, aprire lo spazio linguistico*. Torino, Eris.

Rete Lenford (2022) *Regolamento per l'attivazione dell'identità alias nell'ambito della carriera scolastica*, retrieved from https://www.retelenford.it/wp-content/uploads/2022/11/Regolamento-Identita-Alias-Rete-Lenford.pdf

Bibliografia

Abern, L., & Maguire, K. (2018). Contraception knowledgein transgender individuals: Are we doing enough? [9F]. *Obstetrics & Gynecology*, *131*, 65S. https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000533319.47797.7e.

Achille, C., Taggart, T., Eaton, N. R., Osipoff, J., Tafuri, K., Lane, A., & Wilson, T. A. (2020). Longitudinal impactof gender-affirming endocrine intervention on the men- tal health and well-being of transgender youths: Preliminary results. *International Journal of Pediatric Endocrinology*, *2020*(1). https://doi.org/10.1186/s13633-020-00078-2.

ACON. (2022). *Sexual Health–Parts and Practices*. https://www.transhub.org.au/clinicians/sexual-health

Adams, N., Pearce, R., Veale, J., Radix, A., Castro, D., Sarkar, A., & Thom, K. C. (2017). Guidance and ethical considerations for undertaking transgender health re- search and institutional review boards adjudicating this research. *Transgender Health*, *2*(1), 165–175. https://doi. org/10.1089/trgh.2017.0012.

Adeleye, A. J., Cedars, M. I., Smith, J., & Mok-Lin, E. (2019). Ovarian stimulation for fertility preservation or family building in a cohort of transgender men. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, *36*(10), 2155–2161. https://doi.org/10.1007/s10815-019-01558-y.

Adeleye, A. J., Reid, G., Kao, C. N., Mok-Lin, E., & Smith, J. F. (2018). Semen parameters among transgender wom-en with a history of hormonal treatment. *Urology*, *124*, 136–141. https://doi.org/10.1016/j.urology.2018.10.005.

Adelson, S. L., & American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP) Committee on Quality Issues (CQI). (2012). Practice parameter on gay, lesbian,or bisexual sexual orientation, gender nonconformity, and gender discordance in children and adolescents. *Journalof the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *51(*9), 957–974. https://doi.org/10.1016/j.jaac.2012.07.004.

Agarwal, C. A., Scheefer, M. F., Wright, L. N., Walzer, N. K., & Rivera, A. (2018). Quality of life improvement after chest wall masculinization in female-to-male trans- gender patients: A prospective study using the BREAST-Q and Body Uneasiness Test. *Journal of Plastic Reconstructive& Aesthetic Surgery*, *71*(5), 651–657. https://doi.org/10.1016/j.bjps.2018.01.003.

Agenor, M., Peitzmeier, S. M., Bernstein, I. M., McDowell, M., Alizaga, N. M., Reisner, S. L., Pardee, D. J., & Potter, J. (2016). Perceptions of cervical cancer risk and screen-ing among transmasculine individuals: Patient and pro- vider perspectives. *Culture, Health and Sexuality*, *18*(10), 1192–1206. https://doi.org/10.1080/13691058.2016.11772 03.

Aguayo-Romero, R. A., Reisen, C. A., Zea, M. C., Bianchi, F. T., & Poppen, P. J. (2015). Gender affirmation andbody modification among transgender persons in Colombia. *International Journal of Transgenderism*, *16*(2), 103–115. https://doi.org/10.1080/15532739.2015.1075930. Ahalt, C., Haney, C., Rios, S., Fox, M. P., Farabee, D., &Williams, B. (2017). Reducing the use and impact of solitary confinement in corrections. *International Journalof Prisoner health*, *13*(1), 41–48. https://doi.org/10.1108/ IJPH-08-2016-0040.

Ahmad, S., & Leinung, M. (2017). The response of the menstrual cycle to initiation of hormonal therapy in transgender men. *Transgender Health*, *2*(1), 176–179. https://doi.org/10.1089/trgh.2017.0023.

Åhs, J. W., Dhejne, C., Magnusson, C., Dal, H., Lundin, A., Arver, S., Dalman, C., & Kosidou, K. (2018). Proportionof adults in the general population of Stockholm County who want gender-affirming medical treatment. *PLoS One*, *13*(10), e0204606. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0204606.

Ainsworth, T. A., & Spiegel, J. H. (2010). Quality of life of individuals with and without facial feminization surgeryor gender reassignment surgery. *Quality of Life Research*, *19* (7), 1019–1024. https://doi.org/10.1007/ s11136-010-9668-7.

Aires, M. M., de Vasconcelos, D., & Moraes, B. T. D. (2020). Chondrolaryngoplasty in transgender women: Prospective analysis of voice and aesthetic satisfaction. *International Journal of Transgender Health*, 22(4), 394–402. https://doi.org/10.1080/26895269.2020.1848690.

Aitken, M., Steensma, T. D., Blanchard, R., VanderLaan, D. P., Wood, H., Fuentes, A., Spegg, C., Wasserman, L.,

Ames, M., Fitzsimmons, C. L., Leef, J. H., Lishak, V., Reim, E., Takagi, A., Vinik, J., Wreford, J., Cohen-Kettenis,

P. T., de Vries, A. L., Kreukels, B. P., & Zucker, K. J. (2015). Evidence for an altered sex ratio in clinic-referred adolescents with gender dysphoria. *The Journal of Sexual Medicine*, *12*(3), 756–763. https://doi.org/10.1111/ jsm.12817.

Akgul, S., Bonny, A. E., Ford, N., Holland-Hall, C., & Chelvakumar, G. (2019). Experiences of gender minority youth with the intrauterine system. *The Journal of Adolescent Health*, *65*(1), 32–38. https://doi.org/10.1016/j. jadohealth.2018.11.010.

Alderson, P. (2007). Competent children? Minors' consentto health care treatment and research. *Social Science & Medicine*, *65*(11), 2272–2283. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.08.005.

Aldridge, Z., Patel, S., Guo, B., Nixon, E., Bouman, W. P., Witcomb, G., & Arcelus, J. (2020). Long term effect of gender affirming hormone treatment on depression and anxiety symptoms in transgender people: A prospectivecohort study, *Andrology*, 1–9. https://doi.org/10.1111/ andr.12884.

Aldridge, Z., Thorne, N., Marshall, E., English, C., Yip, A. K. T., Nixon, E., Witcomb, G. L., Bouman, W. P., & Arcelus, J. (2022). Understanding factors that affect well-being in trans people "later" in transition: A qual-itative study. *Quality of Life Research*, https://doi. org/10.1007/s11136-022-03134-x.

Alexander, T. (1997). *The medical management of intersexed children: An analogue for childhood sexual abuse.* Intersex Society of North America. https://isna.org/articles/analog/

Alford, A. V., Theisen, K. M., Kim, N., Bodie, J. A., &Pariser, J. J. (2020). Successful ejaculatory sperm

cryopreservation after cessation of long-term estrogen therapy in a transgender female. *Urology*, *136*, e48–e50. https://doi.org/10.1016/j.urology.2019.08.021.

Allen, L. M., Hay, M., & Palermo, C. (2021). Evaluation in health professions education—Is measuring outcomes enough? *Medical Education*, *56*(1), 127–136. https://doi. org/10.1111/medu.14654.

Allen, L. R., Watson, L. B., Egan, A. M., & Moser, C. N. (2019). Well-being and suicidality among transgender youth after gender-affirming hormones. *Clinical Practice in Pediatric Psychology*, *7*(3), 302–311. https://doi. org/10.1037/cpp0000288.

Almasri, J., Zaiem, F., Rodriguez-Gutierrez, R., Tamhane, S. U., Iqbal, A. M., Prokop, L. J., Speiser, P. W., Baskin, L. S., Bancos, I., & Murad, M. H. (2018). Genital recon- structive surgery in females with congenital adrenal hy- perplasia: A systematic review and meta-analysis. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, *103*(11), 4089–4096. https://doi.org/10.1210/jc.2018-01863.

Almazan, A. N., & Keuroghlian, A. S. (2021). Association between gender-affirming surgeries and mental health outcomes. *JAMA Surgery*, *156*(7), 611–618. https://doi. org/10.1001/jamasurg.2021.0952.

Almeida, M., Laurent, M. R., Dubois, V., Claessens, F., O'Brien, C. A., Bouillon, R., Vanderschueren, D., & Manolagas, S. C. (2017). Estrogens and androgens in skeletal physiology and pathophysiology. *Physiology Reviews*, *97*(1), 135–187. https://doi.org/10.1152/phys- rev.00033.2015.

Al-Tamimi, M., Pigot, G. L., van der Sluis, W. B., van de Grift, T. C., van Moorselaar, R. J. A., Mullender, M. G., Weigert, R., Buncamper, M. E., Ozer, M., de Haseth, K.B., Djordjevic, M. L., Salgado, C. J., Belanger, M., Suominen, S., Kolehmainen, M., Santucci, R. A., Crane, C. N., Claes, K. E. Y., & Bouman, M. B. (2019). The surgical techniques and outcomes of secondary phal- loplasty after metoidioplasty in transgender men: An international, multi-center case series. *The Journal of Sexual Medicine*, *16*(11), 1849–1859. https://doi. org/10.1016/j.jsxm.2019.07.027.

Altman, K. (2012). Facial feminization surgery: Current state of the art. *International Journal of Oral andMaxillofacial Surgery*, *41*(8), 885–894. https://doi. org/10.1016/j.ijom.2012.04.024.

Alzahrani, T., Nguyen, T., Ryan, A., Dwairy, A., McCaffrey, J., Yunus, R., Forgione, J., Krepp, J., Nagy, C., Mazhari, R., & Reiner, J. (2019). Cardiovascular disease risk factors and myo-cardial infarction in the transgender population. *Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes*, *12*(4), e005597. https:// doi.org/10.1161/CIRCOUTCOMES.119.005597.

American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP). Sexual Orientation and Gender Identity Issues Committee. (2018). *Conversion therapy policy statement*. https://www.aacap.org/AACAP/Policy_Statements/2018/ Conversion_Therapy.aspx.

American College of Obstetricians and Gynecology. (2021). Health Care for transgender and gender diverse individuals: ACOG Committee Opinion, Number 823. *Obstetrics and Gynecology*, *137*, e75. https://doi.org/10.1097/ AOG.0000000000004294.

American Medical Association. (2016). *Definitions of "screen-ing" and "medical necessity" H-320.953*. Council on Medical Service. https://policysearch.ama-assn.org/policy- finder/detail/H-320.953

American Medical Association. (2021). *Ethics: Informed consent*. https://www.ama-assn.org/delivering-care/ethics/ informed-consent.

American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.). American Psychiatric Association

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text rev.). American Psychiatric Association

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). American Psychiatric Association. https://doi.org/10.1176/appi. books.9780890425596.

American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.). American Psychiatric Association. https://doi.org/10.1176/ appi.books.97808904257.

American Psychological Association. (2015). Guidelines for professional practice with transgender and gender non-conforming people. *American Psychologist*, *70*(9), 832–864. https://doi.org/10.1037/a0039906.

American Psychological Association. (2021). *APA guidelines for psychological assessment and evaluation*. https://www. ap a.org/ab out/p olic y/guide lin es-psyc holog ic a l-assessment-evaluation.pdf

American Psychological Association. (2021). *APA resolutionon gender identity change efforts*. https://www.apa.org/ about/policy/resolution-gender-identity-change-efforts.pdf

American Urological Association (AUA) Board of Directors. (2019). *Pediatric decision making and differences of sex development: A Societies for Pediatric Urology and American Urological Association Joint Position Statement— American Urological Association*. (n.d.). https://www.au- anet.org/guidelines/guidelines/joint-statement-on-dsd

Amir, H., Yaish, I., Oren, A., Groutz, A., Greenman, Y., & Azem, F. (2020). Fertility preservation rates among trans- gender women compared with transgender men receiving comprehensive fertility counselling. *Reproductive Biomedicine Online*, *41*(3), 546–554. https://doi. org/10.1016/j.rbmo.2020.05.003.

Amnesty International. (2020). *Amnesty International UK and Liberty joint statement on puberty blockers*. https:// www.amnesty.org.uk/press-releases/amnesty-internationa l-uk-and-liberty-joint-statement-puberty-blockers

Amodeo, A. L., Vitelli, R., Scandurra, C., Picariello, S., & Valerio, P. (2015). Adult attachment and transgender identity in the Italian context: Clinical implications andsuggestions for further research. *International Journal of Transgenderism*, *16*(1), 49–61. https://doi.org/10.1080/15 532739.2015.1022680.

Anai, T., Miyazaki, F., Tomiyasu, T., Matsuo, T. (2001). Riskof irregular menstrual cycles and low peak bone mass during early adulthood associated with age at menarche. *Pediatrics International*, *43*(5), 483–488. https://doi. org/10.1046/j.1442-200x.2001.01442.x.

Anda, R. F., Butchart, A., Felitti, V. J., & Brown, D. W. (2010). Building a framework for global surveillance ofthe public health implications of adverse childhood ex- periences. *American Journal of Preventive Medicine*, *39*(1), 93–98. https://doi.org/10.1016/j.amepre.2010.03.015.

Anderson, J. (2007). Endoscopic laryngeal web formation for pitch elevation. *The Journal of Otolaryngology*, *36*(1), 6–12. https://doi.org/10.2310/7070.2006.0153.

Anderson, J. A. (2014). Pitch elevation in transgendered patients: Anterior glottic web formation assisted by tem- porary injection augmentation. *Journal of Voice*, *28*(6), 816–821. https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2014.05.002.

Anderson, R. M. (2013). Positive sexuality and its impacton overall well-being. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, *56*(2), 208–214. https://doi.org/10.1007/s00103-012-1607-z.

Andrzejewski, J., Pampati, S., Steiner, R. J., Boyce, L., & Johns, M. M. (2020). Perspectives of transgender youthon parental support: Qualitative findings from the resil- ience and transgender youth study. *Health Education &Behavior*, 109019812096550. https://doi. org/10.1177/1090198120965504.

Angus, L. M., Nolan, B. J., Zajac, J. D., & Cheung, A. S. (2020). A systematic review of antiandrogens and femi- nization in transgender women. *Clinical Endocrinology*,*94*(5), 743–752. https://doi.org/10.1111/cen.14329.

Ansara, Y. G., Hegarty, P., (2012). Cisgenderism in psychol- ogy: Pathologising and misgendering children from 1999to 2008. *Psychology & Sexuality*, *3*, 137–160. https://doi. org/10.1080/19419899.2011.576696.

Antun, A., Zhang, Q., Bhasin, S., Bradlyn, A., Flanders, W. D., Getahun, D., & Goodman, M. (2020). Longitudinalchanges in hematologic parameters among transgender people receiving hormone therapy. *Journal of the Endocrine Society*, *4*(11), 1–11. https://doi.org/10.1210/ jendso/bvaa119.

Anzani, A., Lindley, L., Prunas, A., & Galupo, P. (2021). "I Use All the Parts I'm Given": A qualitative investigationof trans masculine and nonbinary individuals' use of body during sex. *International Journal of Sexual Health*, *33*(1), 58–75. https://doi.org/10.1080/19317611.2020.1853300.

Applebaum, P. S. (2007). Assessment of patients' competenceto consent to treatment. *New England Journal of Medicine*, *357*(18), 1834–1840. https://doi.org/10.1056/NEJMcp074045.

Applegarth, G., & Nuttall, J. (2016). The lived experienceof transgender people of talking therapies. *International Journal of Transgenderism*, *17*(2), 66–72. https://doi.org/ 10.1080/15532739.2016.1149540.

APTN & UNDP. (2012). *Lost in transition: transgender people, rights and HIV vulnerability in the Asia-Pacific region*.Asia Pacific Transgender Network. https://weareaptn.org/ res ource/los t-in-t ransi tio n-t ransg en der-p eople-rights-and-hiv-vulnerability-in-the-asia-pacific-region/

APTN. (2020a). *Conversion therapy practices*. Asia Pacific Transgender Network. https://weareaptn.org/wp-content/u p l o a d s / 2 0 2 1 / 0 3 / C o n v e r s i o n - T h e r a py-2020-Indonesia_28Dec.pdf

APTN. (2020b). *Conversion therapy practices: Malaysia*. Asia Pacific Transgender Network. https://weareaptn.org/ wp-content/uploads/2021/03/Conversion-Therap y-2020-Malaysia_29Dec.pdf

APTN. (2020c). *Conversion therapy practices: Sri Lanka*.Asia Pacific Transgender Network. https://weareaptn.org/ wp-content/uploads/2021/03/Conversion-Therap y-2020-SriLanka_28Dec.pdf

APTN. (2021). *Conversion therapy practices: India*. Asia Pacific Transgender Network. https://weareaptn.org/ wp-content/uploads/2021/06/Conversion-Therap y-India_CountrySnapshot_FinalMay2021-2.pdf

APTN. (2022). *Towards transformative healthcare: Asia Pacific trans health and rights module*. Asia-Pacific Transgender Network https://weareaptn.org/resource/ towards-transformative-healthcare-asia-pacific-trans- health-and-rights-module/

Arcelus, J., Bouman, W. P., Van Den Noortgate, W., Claes, L., Witcomb, G., & Fernandez-Aranda, F. (2015). Systematic review and meta-analysis of prevalence stud- ies in transsexualism. *European Psychiatry*, *30*(6), 807– 815. https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.04.005.

Arcelus, J., Claes, L., Witcomb, G. L., Marshall, E., &Bouman, W. P. (2016). Risk factors for non-suicidal self-injury among trans youth. *Journal of Sexual Medicine*, *13*(3), 402–412. https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.01.003. Arístegui, I., Radusky, P., Zalazar, V., Romero, M., Schwartz,

J., & Sued, O. (2017). Impact of the gender identity lawin Argentinean transgender women. *International Journal of Transgenderism*, *18*(4), 446–456. https://doi.org/10.108 0/15532739.2017.1314796.

Armuand, G., Dhejne, C., Olofsson, J. I., & Rodriguez-Wallberg, K. A. (2017). Transgender men's experiences of fertility preservation: A qualitative study. *Human Reproduction*, *32*(2), 383–390. https://doi. org/10.1093/humrep/dew323.

Armuand, G., Dhejne, C., Olofsson, J. I., Stefenson, M., & Rodriguez-Wallberg, K. A. (2020). Attitudes and experi- ences of health care professionals when caring for trans- gender men undergoing fertility preservation by egg freezing: A qualitative study. *Therapeutic Advances in Reproductive Health* , *14* , 1–12, https://doi.org/10.1177/2633494120911036.

Armuand, G. M., Nilsson, J., Rodriguez-Wallberg, K. A., Malmros, J., Arvidson, J., Lampic, C., & Wettergren, L. (2017). Physicians' self-reported practice behaviour re- garding fertility-related discussions in paediatric oncol- ogy in Sweden. *Psychooncology*, *26*(10), 1684–1690. https://doi.org/10.1002/pon.4507.

Armuand, G. M., Wettergren, L., Rodriguez-Wallberg, K. A., & Lampic, C. (2014). Desire for children, difficulties achieving a pregnancy, and infertility distress 3 to 7 years after cancer diagnosis. *Support Care Cancer*, *22*(10), 2805–2812. https://doi.org/10.1007/s00520-014-2279-z.

Arnett, D. K., Blumenthal, R. S., Albert, M. A., Buroker, B., Goldberger, Z. D., Hahn, E. J., Himmelfarb, C. D., Khera, A., Lloyd-Jones, D., McEvoy, J. W., Michos, E. D., Miedema, M. D., Muñoz, D., Smith, S. C., Jr., Virani, S.S., Williams, K. A., Sr., Yeboah, J., & Ziaeian, B. (2019). 2019 ACC/AHA Guideline on the Primary Prevention of Cardiovascular Disease: A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *Circulation*, *140*(11), e596–e646. https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000678.

Arnoldussen, M., Steensma, T. D., Popma, A., van der Miesen, A. I. R., Twisk, J. W. R., & de Vries, A. L. C. (2020). Re-evaluation of the Dutch approach: Are recent-ly referred transgender youth different compared to ear- lier referrals? *European Child & Adolescent Psychiatry*. https://doi.org/10.1007/s00787-020-01691-5.

Ashley, F. (2019a). Gatekeeping hormone replacement ther- apy for transgender patients is dehumanising. *Journal of Medical Ethics*, *45*(7), 480–482. https://doi.org/10.1136/ medethics-2018-105293.

Ashley, F. (2019b). Homophobia, conversion therapy, and caremodels for trans youth: Defending the gender-affirmative approach. *Journal of LGBT Youth*, *17*(4), 361–383. https://doi.org/10.1080/19361653.2019.1665610.

Ashley, F. (2019c). Puberty blockers are necessary, but they don't prevent homelessness: Caring for transgender youth by supporting unsupportive Parents/guardians. *The American Journal of Bioethics*, *19*, 87–89. https://doi.org /10.1080/15265161.2018.1557277.

Ashley, F. (2019d). Shifts in assigned sex ratios at gender identity clinics likely reflect changes in referral patterns. *The Journal of Sexual Medicine*, *16*(6), 948–949. https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2019.03.407.

Ashley, F. (2019e). Thinking an ethics of gender exploration: Against delaying transition for transgender and gender creative youth. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, *24*(2), 223–236. https://doi.org/10.1177/1359104519836462.

Asscheman, H., T'Sjoen, G., Lemaire, A., Mas, M., Meriggiola, M. C., Mueller, A., Kuhn, A., Dhejne, C., Morel-Journel, N., & Gooren, L. J. (2014). Venous thrombo-embolism as a complication of cross-sex hor- mone treatment of male-to-female transsexual subjects: A review. *Andrologia*, *46*(7), 791–795. https://doi.org/10.1111/and.12150.

Attig, R. (2022). A call for community-informed translation: Respecting Queer self-determination across linguistic lines. *Translation and Interpreting Studies*. Advance online publication. https://doi.org/10.1075/tis.21001.att.

Auchus, R. J., Witchel, S. F., Leight, K. R., Aisenberg, J., Azziz, R., Bachega, T. A., Baker, L. A., Baratz, A. B., Baskin, L. S., Berenbaum, S. A., Breault, D. T., Cerame, A. I., Conway, G. S., Eugster, E. A., Fracassa, S., Gearhart, J. P., Geffner, M. E., Harris, K. B., Hurwitz, R. S., & Katz, A. L. (2010). Guidelines for the development of compre- hensive care centers for congenital adrenal hyperplasia: Guidance from the CARES foundation initiative. *International Journal of Pediatric Endocrinology*, *2010*.https://doi.org/10.1155/2010/275213.

Aucoin, M. W., & Wassersug, R. J. (2006). The sexualityand social performance of androgen-deprived (castrated) men throughout history: Implications for modern day cancer patients. *Social Science & Medicine*, *63*(12), 3162– 3173. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2006.08.007.

Auer, M. K., Fuss, J., Nieder, T .O., Briken, P., Biedermann, S. V., Stalla, G..K., Beckmann, M. W., & Hildebrandt, T. (2018). Desire to have children among transgender peo-ple in Germany: A cross-sectional multi-center study. *The Journal of Sexual Medicine*, *15*(5), 757–767. https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2018.03.083.

Auldridge, A., Tamar-Mattis, A., Kennedy, S., Ames, E., & Tobin, H. J. (2012). *Improving the lives of transgender older adults: Recommendations for policy and practice national center for transgender equality; services and ad- vocacy for GLBT elders*. https://www.sageusa.org/ resource-posts/improving-the-lives-of-transgender-older- adults/accessed3/14/2022

Aurat Foundation. (2016). *Silent no more: Transgender com-munity in Pakistan: Research study*. https://www.aidsda-t a h u b . o r g / s i t e s / d e f a u l t / f i l e s / r e s o u r c e /transgender-community-pakistan-2016.pdf

Austin, A., & Goodman, R. (2017). The impact of social connectedness and internalized transphobic stigma on self-esteem among transgender and gender non-conformingadults. *Journal of Homosexuality*, *64*(6), 825–841. https://doi.org/10.1080/00918369.2016.1236587.

Austin, A., Craig, S. L., & Alessi, E. J. (2017). Affirmative cognitive behavior therapy with transgender and gender nonconforming adults. *Psychiatric Clinics of North America*, *40*(1), 141–156. https://doi.org/10.1016/j. psc.2016.10.003.

Austin, A., Craig, S. L., & McInroy, L. B. (2016). Toward transgender affirmative social work education. *Journal of Social Work Education*, *52*(3), 297–310. https://doi.org/10.1080/10437797.2016.1174637.

Australian Psychological Society. (2021). *Use of psychologi- cal practices that attempt to change or suppress a person's sexual orientation or gender*. Australian Psychological Society position statement. https://psychology.org.au/get- media/7bb91307-14ba-4a24-b10b-750f85b0b729/updat-ed_aps_position_statement_conversion_practices.pdf

Azagba, S., Latham, K., & Shan, L. (2019). Cigarette, smoke-less tobacco, and alcohol use among transgender adults in the United States. *International Journal of Drug Policy*, *73*, 163–169. https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2019.07.024. Azul, D. (2015). Transmasculine people's vocal situations:A critical review of gender-related discourses and em- pirical data. *International Journal of Language & Communication Disorders*, *50*(1), 31–47. https://doi.org/10.1111/1460-6984.12121.

Azul, D. (2016). Gender-related aspects of transmasculinepeople's vocal situations: Insights from a qualitative con- tent analysis of interview transcripts. *International Journal of Language & Communication Disorders*, *51*(6), 672–684. https://doi.org/10.1111/1460-6984.12239.

Azul, D., Arnold, A., & Neuschaefer-Rube, C. (2018). Do transmasculine speakers present with gender-related voice

problems? Insights from a participant-centered mixed-methods study. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, *61*(1), 25–39. https://doi.org/10.1044/2017_JSLHR-S-16-0410.

Azul, D., & Hancock, A. B. (2020). Who or what has the capacity to influence voice production? Development ofa transdisciplinary theoretical approach to clinical prac- tice addressing voice and the communication of speaker socio-cultural positioning. *International Journal of Speech-Language Pathology*, *22*(5), 559–570. https://doi.org/10.1080/17549507.2019.1709544.

Azul, D., Hancock, A. B., Lundberg, T., Nygren, U., & Dhejne, B. (2022). Supporting well-being in gender diverse people: A tutorial for implementing conceptual and practical shifts towards culturally-responsive, person-centered care in speech-language pathology. *American Journal of Speech-Language Pathology*, Advance online publication. https://doi.org/10.1044/2022_AJSLP-21-00322.

Azul, D., & Neuschaefer-Rube, C. (2019). Voice functionin gender-diverse people assigned female at birth: Results from a participant-centered mixed-methods study and implications for clinical practice. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, *62*(9), 3320–3338. https://doi.org/10.1044/2019_JSLHR-S-19-0063.

Azul, D., Nygren, U., Södersten, M., & Neuschaefer-Rube, C. (2017). Transmasculine people's voice function: A re- view of the currently available evidence. *Journal of Voice*, *31*(2), 261.e9–261.e23. https://doi.org/10.1016/j.jvo- ice.2016.05.005.

Babu, R., & Shah, U. (2021). Gender identity disorder (GID) in adolescents and adults with differences of sex devel- opment (DSD): A systematic review and meta-analysis. *Journal of Pediatric Urology*, *17*(1), 39–47. https://doi.org/10.1016/j.jpurol.2020.11.017.

Badowski, M. E., Britt, N., Huesgen, E. C., Lewis, M. M., Miller, M. M., Nowak, K., & Smith, R. O. (2021). Pharmacotherapy considerations in transgender individ- uals living with human immunodeficiency virus. *Pharmacotherapy: The Journal of Human Pharmacology and Drug Therapy*, *41*(3), 299–314. https://doi.org/10.1002/phar.2499.

Baker, K. E., Wilson, L. M., Sharma, R., Dukhanin, V., McArthur, K., & Robinson, K. A. (2021). Hormone ther- apy, mental health, and quality of life among transgender people: A systematic review. *Journal of the Endocrine Society*, *5*(4), bvab011. https://doi.org/10.1210/jendso/ bvab011.

Bakko, M., & Kattari, S. K. (2021). Differential access to transgender inclusive insurance and healthcare in the United States: challenges to health across the life course. *Journal of Aging & Social Policy*, *33*(1), 67–81. https://doi.org/10.1080/08959420.2019.1632681.

Balakrishnan, T. M., Nagarajan, S., & Jaganmohan, J. (2020). Retrospective study of prosthetic augmentation mammo-plasty in transwomen. *Indian Journal of Plastic Surgery: Official Publication of the Association of Plastic Surgeons of India*, *53*(1), 42–50. https://doi. org/10.1055/s-0040-1709427.

Baleige, A., de la Chenelie, M., Dassonneville, C., & Martin, M. J. (2021). Following ICD-11, rebuilding mental health care for transgender persons: Leads from field experi- mentations in Lille, France. *Transgender Health*, *7*(1), 1–6. https://doi.org/10.1089/trgh.2020.0143.

Banbury, S. (2004). Coercive sexual behaviour in British prisons as reported by adult ex-prisoners. *The Howard Journal of Criminal Justice*, *43*(2), 113–130. https://doi.org/10.1111/j.1468-2311.2004.00316.x.

Banks, K., Kyinn, M., Leemaqz, S. Y., Sarkodie, E.,Goldstein, D., & Irwig, M.S. (2021). Blood pressure fffects of gender-affirming hormone therapy in trans- gender and gender-diverse adults. *Hypertension*, *77*(6), 2066–2074. https://doi.org/10.1161/HYPERTENSIONAHA.120.16839.

Bangalore Krishna, K., Fuqua, John S., Rogol, Alan D., Klein, Karen O., Popovic, J., Houk, Christopher P., Charmandari, E., & Lee, Peter A. (2019). Use of gonadotropin-releasing hormone analogs in children: Update by an international consortium. *Hormone Research in Paediatrics* , *91* (6), 357–372. https://doi.org/10.1159/000501336.

Bangalore Krishna, K., Kogan, B. A., Mazur, T., Hoebeke, P., Bogaert, G., & Lee, P. A. (2021). Individualized carefor patients with intersex (differences of sex develop- ment): Part 4/5.Considering the Ifs, Whens, and Whats regarding sexual-reproductive system surgery. *Journal of Pediatric Urology*, *17*(3), 338–345. https://doi.org/10.1016/j.jpurol.2021.02.011.

Baral, S. D., Poteat, T., Strömdahl, S., Wirtz, A. L., Guadamuz, T. E., & Beyrer, C. (2013). Worldwide burden of HIV in transgender women: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet Infectious Diseases*, *13*(3), 214– 222. https://doi.org/10.1016/S1473-3099(12)70315-8.

Baram, S., Myers, S. A., Yee, S., & Librach, C. L. (2019). Fertility preservation for transgender adolescents and young adults: A systematic review. *Human Reproduction Update*, *25*(6), 694–716. https://doi.org/10.1093/humupd/dmz026.

Baratz, A. B., Sharp, M. K., & Sandberg, D. E. (2014). Disorders of sex development peer support. *Understanding Differences and Disorders of Sex Development (DSD)*, *27*, 99–112. https://doi.org/10.1159/000363634.

Barker, H., & Bariola, E., Lyons, A., Leonard, W., Pitts, M., Badcock, P., & Couch, M. (2015). Demographic and psy-chosocial factors associated with psychological distress and resilience among transgender individuals. *AmericanJournal of Public Health*, *105*(10), 2108–2116. https://doi.org/10.2105/AJPH.2015.302763.

Barnhill, J. W. (2014). Perioperative care of the patient with psychiatric disease. In C. R. MacKenzie, C. N. Cornell,& D. G. Memtsoudis (Eds.), *Perioperative care of the orthopedic patient* (pp. 197–205). Springer.

Barrow, K., & Apostle, D. (2018). Addressing mental health conditions often experienced by transgender and gender expansive children. In C. E. Keo-Meier & D. E. Ehrensaft (Eds.), *The gender affirmative model: An interdisciplinary approach to supporting transgender and gender expansive*

children. American Psychological Association. https://www.jstor.org/stable/j.ctv1chrwv9

Bartels, L., & Lynch, S. (2017).. Transgender prisoners in Australia: An examination of the issues, law and policy. *Flinders Law Journal*, *19*(2), 185–231. http://classic.austlii.edu.au/au/journals/FlinLawJl/2017/8.pdf

Bartholomaeus, C., & Riggs, D. W. (2019). Transgender and non-binary Australians' experiences with healthcare pro- fessionals in relation to fertility preservation. *Culture, Health and Sexuality*, *22*(2), 129–145. https://doi.org/10. 1080/13691058.2019.1580388.

Bartholomaeus, C., Riggs, D. W., & Sansfaçon, A. P. (2020). Expanding and improving trans affirming care in Australia: Experiences with healthcare professionals among transgender young people and their parents. *Health Sociology Review*, *30*(1), 58–71. https://doi.org/10 .1080/14461242.2020.1845223.

Başar, K., & Öz, G. (2016). Resilience in individuals withgender dysphoria: Association with perceived social support and discrimination. *Türk Psikiyatri Dergisi*, *27*(4), 225–234. Başar, K., Öz, G., & Karakaya, J. (2016). Perceived discrim-ination, social support, and quality of life in gender dys- phoria. *Journal of Sexual Medicine*, *13*(7), 1133–1141. https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.04.071.

Bauer, R. (2018). Bois and grrrls meet their daddies and mom-mies on gender playgrounds: Gendered age play in theles-bi-trans-queer BDSM communities. *Sexualities*, *21*(1–2), 139–155. https://doi.org/10.1177/1363460716676987.

Bauer, G. R., & Hammond, R. (2015). Toward a broader conceptualization of trans women's sexual health. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, *24*(1), 1–11. https://doi.org/10.3138/cjhs.24.1-CO1.

Bauer, G. R., Hammond, R., Travers, R., Kaay, M., Hohenadel, K. M., & Boyce, M. (2009). "I don't thinkthis is theoretical; this is our lives": How erasure impacts health care for transgender people. *Journal of Associationin Nurses in AIDS Care*, *20(*5), 348–361. https://doi. org/10.1016/j.jana.2009.07.004.

Bauer, G. R., Lawson, M. L., & Metzger, D. L. (2022). Do clinical data from transgender adolescents support the phenomenon of "rapid-onset gender dysphoria"?. *The Journal of Pediatrics*, *243*, 224–227. https://doi. org/10.1016/j.jpeds.2021.11.020.

Bauer, G., Pacaud, D., Couch, R., Metzger, D., Gale, L.,Gotovac, S., Mokashi, A., Feder, S., Raiche, J., Speechley, K. N., Temple Newhook, J., Ghosh, S., Sansfacon, A., Susset, F., & Lawson, M. & Trans Youth CAN! Research Team. (2021). Transgender youth referred to clinics forgender-affirming medical care in Canada. *Pediatrics*, *148* (5), e2020047266. https://doi.org/10.1542/peds.2020-047266.

Bauer, G. R., Scheim, A. I., Deutsch, M. B., & Massarella, C. (2014). Reported emergency department avoidance, use, and experiences of transgender persons in Ontario,Canada: Results from a respondent-driven sampling sur- vey. *Annals of Emergency Medicine*, *63*(6), 713–720. https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2013.09.027.

Bauer, G. R., Scheim, A. I., Pyne, J., Travers, R., & Hammond, R. (2015). Intervenable factors associated with suicide risk in transgender persons: a respondent driven sampling study in Ontario, Canada. *BMC Public Health*, *15*, 525. https://doi.org/10.1186/s12889-015-1867-2.

Beach, L. B., Elasy, T. A., & Gonzales, G. (2018). Prevalenceof self-reported diabetes by sexual orientation: Results from the 2014 Behavioral Risk Factor Surveillance System.*LGBT Health*, *5*(2), 121–130. https://doi.org/10.1089/ lgbt.2017.0091.

Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2019). *Principles of biomedical ethics* (8th ed.). Oxford University Press.

Becasen, J. S., Denard, C. L., Mullins, M. M., Higa, D. H.,& Sipe, T. A. (2018). Estimating the prevalence of HIVand sexual behaviors among the US transgender popu- lation: A systematic review and meta-analysis, 2006–2017. *American Journal of Public Health*, 109(1), e1–e8. https://doi.org/10.2105/AJPH.2018.304727.

Becerra-Culqui, T. A., Liu, Y., Nash, R., Cromwell, L., Flanders, W. D., Getahun, D., Giammattei, S. V., Hunkeler, E. M., Lash, T. L., Millman, A., Quinn, V. P., Robinson,B., Roblin, D., Sandberg, D. E., Silverberg, M. J.,Tangpricha, V., & Goodman, M. (2018). Mental healthof transgender and gender nonconforming youth com- pared with their peers. *Pediatrics*, *141*(5), e20173845. https://doi.org/10.1542/peds.2017-3845.

Beck, A. J. (2014). *Sexual victimization in prisons and jails reported by inmates*, *2011–12*. PREA Data Collection Activities

Becker, I., Auer, M., Barkmann, C., Fuss, J., Möller, B., Nieder, T. O., Fahrenkrug, S., Hildebrandt, T., & Richter-Appelt, H.(2018). A cross-sectional multicenter study of multidimen- sional body image in adolescents and adults with gender dysphoria before and after transition-related medical inter- ventions. *Archives of Sexual Behaviour*, *47*(8), 2335–2347. https://doi.org/10.1007/s10508-018-1278-4.

Becker-Hebly, I., Fahrenkrug, S., Campion, F., Richter-Appelt,H., Schulte-Markwort, M., & Barkmann, C. (2021). Psychosocial health in adolescents and young adults with gender dysphoria before and after gender-affirming med- ical interventions: A descriptive study from the Hamburg Gender Identity Service. *European Child & Adolescent Psychiatry*, *30*(11), 1755–1767. https://doi.org/10.1007/ s00787-020-01640-2.

Beek, T. F., Cohen-Kettenis, P. T., & Kreukels, B. P. (2016). Gender incongruence/gender dysphoria and its classifi- cation history. *International Review of Psychiatry 28*(1), 5–12. https://doi.org/10.3109/09540261.2015.1091293.

Beek, T. F., Kreukels, B. P. C., Cohen-Kettenis, P. T., & Steensma, T. D. (2015). Partial treatment requests and underlying motives of applicants for gender affirming interventions. *The Journal of Sexual Medicine*, *12*(11), 2201–2205. https://doi.org/10.1111/jsm.13033.

Bekeny, J. C., Zolper, E. G., Fan, K. L., & Del Corral, G. (2020). Breast augmentation for transfeminine patients: Methods, complications, and outcomes. *Gland Surgery*, *9*(3), 788–796. https://doi.org/10.21037/gs.2020.03.18.

Bellinga, R. J., Capitán, L., Simon, D., & Tenorio, T. (2017). Technical and clinical considerations for facial feminiza- tion surgery with rhinoplasty and related procedures. *JAMA Facial Plastic Surgery*, *19*(3), 175–181. https://doi. org/10.1001/jamafacial.2016.1572.

Belsky, J. (1993). Etiology of child maltreatment: A developmental-ecological analysis. *Psychological Bulletin*, *114*(3), 413–434. https://doi.org/10.1037/0033-2909.114.3.413.

Benedetti, M. G., Furlini, G., Zati, A., & Letizia Mauro, G. (2018). The effectiveness of physical exercise on bone density in osteoporotic patients. *Biomed Research International*, *2018*, 4840531. https://doi.org/10.1155/2018/4840531.

Benestad, E. E. P. (2010). From gender dysphoria to gender euphoria: An assisted journey. *Sexologies*, *19*(4), 225–231. https://doi.org/10.1016/j.sexol.2010.09.003.

Bennecke, E., Bernstein, S., Lee, P., van de Grift, T. C., Nordenskjöld, A., Rapp, M., Simmonds, M., Streuli, J. C., Thyen, U., & Wiesemann, C. (2021). Early genital surgery in disorders/differences of sex development: Patients' perspectives. *Archives of Sexual Behavior*. https:// doi.org/10.1007/s10508-021-01953-6.

Bentsianov, S., Gordon, L., Goldman, A., Jacobs, A., & Steever, J. (2018). Use of copper intrauterine device intransgender male adolescents. *Contraception*, *98*(1), 74–75. https://doi.org/10.1016/j.contraception.2018.02.010.

Berenbaum, S. A. (2018). Evidence needed to understandgender identity: Commentary on Turban & Ehrensaft (2018). *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, *59*(12), 1244–1247. https://doi. org/10.1111/jcpp.12997.

Berenbaum, S., Beltz, A., & Corley, R. (2015). The impor- tance of puberty for adolescent development: Conceptualization and measurement. *Advances in Child Development and Behavior*, *48*, 53–92. http://dx.doi. org/10.1016/bs.acdb.2014.11.002.

Berg, J. W., Appelbaum, P. S., Lidz, C. W., & Parker, L. (2001). *Informed consent: Legal theory and clinical prac- tice* (2nd ed.). Oxford University Press.

Berg, D & Edwards-Leeper, L. (2018). Child and family assessment. In C. E. Keo-Meier & D. E. Ehrensaft (Eds.), *The gender affirmative model: An interdisciplinary ap- proach to supporting transgender and gender expansive children* (pp.101–124). American Psychological Association. https://www.jstor.org/stable/j.ctv1chrwv9

Berger, I., & Mooney-Somers, J. (2017). Smoking cessation programs for lesbian, gay, bisexual, transgender, and in- tersex people: A content-based systematic review. *Nicotine & Tobacco Research*, *19*(12), 1408–1417. https://doi. org/10.1093/ntr/ntw216.

Berli, J. U., Knudson, G., Fraser, L., Tangpricha, V., Ettner, R., Ettner, F. M., Safer, J. D., Graham, J., Monstrey, S.,& Schechter, L. (2017). What surgeons need to know about gender confirmation surgery when providing care for transgender individuals: A review. *JAMA Surgery*, *152*(4), 394–400. https://doi.org/10.1001/jama- surg.2016.5549.

Berli, J. U., Monstrey, S., Safa, B., & Chen, M. (2021). Neourethra creation in gender phalloplasty: Differences in techniques and staging. *Plastic Reconstructive Surgery*, *147* (5), 801e–811e. https://doi.org/10.1097/ PRS.0000000000007898.

Bertalan, R., Lucas-Herald, A., Kolesinska, Z., Berra, M.,Cools, M., Balsamo, A., & Hiort, O. (2018). Evaluationof DSD training schools organized by cost action BM1303 "DSDnet." *Orphanet Journal of Rare Diseases*, *13*(1). https://doi.org/10.1186/s13023-018-0967-3.

Bertelloni, S., & Mul, D. (2008). Treatment of central pre- cocious puberty by GnRH analogs: Long-term outcomein men. *Asian Journal of Andrology*, *10*(4), 525–534. https://doi.org/10.1111/j.1745-7262.2008.00409.x.

Bertelloni, S., Baroncelli, G. I., Ferdeghini, M., Menchini-Fabris, F., & Saggese, G. (2000). Final height, gonadal function and bone mineral density of adolescent males with central precocious puberty after therapy with gonadotropin-releasing hormone analogues. *European Journal of Pediatrics*, *159*(5), 369–374. https://doi. org/10.1007/s004310051289.

Bertin, C., Abbas, R., Andrieu, V., Michard, F., Rioux, C., Descamps, V., & Bouscarat, F. (2019). Illicit massive sil- icone injections always induce chronic and definitive silicone blood diffusion with dermatologic complications. *Medicine*, *98*(4), e14143. https://doi.org/10.1097/ MD.0000000000014143.

Bertrand, B., Perchenet, A. S., Colson, T. R., Drai, D., & Casanova, D. (2017). Female-to-male transgender chest reconstruction: A retrospective study of patient satisfac- tion. *Annales de Chirurgie Plastique Esthétique*, *62*(4), 303–307. https://doi.org/10.1016/j.anplas.2017.05.005.

Bhattacharya, S., & Ghosh, D. (2020). Studying physical and mental health status among hijra, kothi and trans- gender community in Kolkata, India. *Social Science & Medicine*, 265, 113412. https://doi.org/10.1016/j. socscimed.2020.113412.

Bisbey, T. M., Reyes, D. L., Traylor, A. M., & Salas, E. (2019). Teams of psychologists helping teams: The evo- lution of the science of team training. *American Psychologist*, *74*(3), 278–289. https://doi.org/10.1037/ amp0000419.

Bishop, A. (2019). *Harmful treatment: the global reach of so-called conversion therapy*. Outright Action International. https://outrightinternational.org/sites/default/files/ ExecSumm_SinglePagesRandL.pdf

Bisson, J. R., Chan, K. J., & Safer, J. D. (2018). Prolactin levels do not rise among transgender women treated with estradiol and spironolactone. *Endocrine Practice*, *24*(7), 646–651. https://doi.org/10.4158/EP-2018-0101.

Bizic, M. R., Jeftovic, M., Pusica, S., Stojanovic, B., Duisin, D., Vujovic, S., Rakic, V., & Djordjevic, M. L. (2018). Gender Dysphoria: Bioethical aspects of medical treat- ment. *Biomed Research International*, *2018*, 9652305. https://doi.org/10.1155/2018/9652305.

Blackless, M., Charuvastra, A., Derryck, A., Fausto-Sterling, A., Lauzanne, K., & Lee, E. (2000). How sexually dimor-

phic are we? Review and synthesis. *American Journal ofHuman Biology*, *12*(2), 151. https://doi.org/10.1002/(sici)1520-6300(200003/04)12:2<151::aid-ajhb1>3.3.co;2-6.

Blecher, G. A., Christopher, N., & Ralph, D. J. (2019). Prosthetic placement after phalloplasty. *Urologic Clinicsof North America*, *46*(4), 591–603. https://doi.org/10.1016/j.ucl.2019.07.013.

Block, C. (2017). Making a case for transmasculine voiceand communication training. *Perspectives of the ASHA Special Interest Groups*, *2*(3), 33–41. https://doi. org/10.1044/persp2.SIG3.33.

Blondeel, K., de Vasconcelos, S., García-Moreno, C., Stephenson, R., Temmerman, M., & Toskin, I. (2018). Violence motivated by perception of sexual orientation and gender identity: A systematic review. *Bulletin of the World Health Organization*, *96*(1), 29–41L. https://doi. org/10.2471/BLT.17.197251.

Bloom, T. M., Nguyen, T. P., Lami, F., Pace, C. C., Poulakis, Z., Telfer, M., Taylor, A., Pang, K. C., & Tollit, M. A. (2021). Measurement tools for gender identity, gender expression, and gender dysphoria in transgender and gender-diverse children and adolescents: A systematic review. *The Lancet Child & Adolescent Health*. https://doi. org/10.1016/s2352-4642(21)00098-5.

Blosnich, J. R., Brown, G. R., Shipherd, J. C., Kauth, M., Piegari, R. I., & Bossarte, R. M. (2013). Prevalence of gender identity disorder and suicide risk among trans- gender veterans utilizing veterans health administration care. *American Journal of Public Health*, *103*(10), e27–e32.https://doi.org/10.2105/AJPH.2013.301507.

Bockting, W. O., Miner, M. H., Swinburne Romine, R. E., Hamilton, A., & Coleman, E. (2013). Stigma, mental health, and resilience in an online sample of the US transgender population. *American Journal of Public Health*, *103*(5), 943–951. https://doi.org/10.2105/ AJPH.2013.301241.

Bockting, W., & Coleman, E. (2016). *Developmental stagesof the transgender coming-out process: Toward an inte- grated identity*. In R. Ettner, S. Monstrey, & E. Coleman (Eds.), *Principles of transgender medicine and surgery* (pp.137–158). Routledge/Taylor & Francis Group.

Boedecker, A. L. (2011). *The transgender guidebook: Keysto a successful transition*. Boedecker.

Bonnington, A., Dianat, S., Kerns, J., Hastings, J., Hawkins, M., De Haan, G., & Obedin-Maliver, J. (2020). Society of family planning clinical recommendations: Contraceptive counseling for transgender and gender di- verse people who were female sex assigned at birth. *Contraception*, *102*(2), 70–82. https://doi.org/10.1016/j. contraception.2020.04.001.

Borgström, B., Fridström, M., Gustafsson, B., Ljungman, P., & Rodriguez-Wallberg, K. A. (2020). A prospective study on the long-term outcome of prepubertal and pubertal boys undergoing testicular biopsy for fertility preservation prior to hematologic stem cell transplantation. *Pediatric Blood Cancer*, *67*(9), e28507. https://doi.org/10.1002/pbc.28507.

Borghei-Razavi, H., Fragoza-Padilla, V., Hargus, G., Bakhti, S., & Schick, U. (2014). Meningioma: The unusual growth in a transsexual patient after estrogen-progesterone ther- apy. *SOJ Neurology*, *1*(1), 1–3. https://doi.org/10.15226/ 2374-6858/1/2/00109

Boskey, E. R., Taghinia, A. H., & Ganor, O. (2019). Association of surgical risk with exogenous hormone use in transgender patients: A systematic review. *JAMASurgery 154*(2), 159–169. https://doi.org/10.1001/jama-surg.2018.4598.

Boskey, E., Taghinia, A., & Ganor, O. (2018). Public ac- commodation laws and gender panic in clinical settings. *AMA Journal of Ethics*, *20*(11), 1067–1074. https://doi. org/10.1001/amajethics.2018.1067.

Bouman, M. B., van der Sluis, W. B., van Woudenberg Hamstra, L. E., Buncamper, M. E., Kreukels, B. P. C., Meijerink, W., & Mullender, M. G. (2016). Patient-reportedesthetic and functional outcomes of primary total lapa- roscopic intestinal vaginoplasty in transgender women with penoscrotal hypoplasia. *Journal of Sexual Medicine*, *13* (9), 1438–1444. https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.06.009.

Bouman, W. P., Claes, L., Brewin, N., Crawford, J. R., Millet,N., Fernandez-Aranda, F., & Arcelus, J. (2017). Transgender and anxiety: A comparative study betweentransgender people and the general population. *International Journal of Transgenderism*, *18*(1), 16–26. https://doi.org/10.1080/15532739.2016.1258352.

Bouman, W. P., Davey, A., Meyer, C., Witcomb, G. L., & Arcelus, J. (2016). Predictors of psychological well-being among treatment seeking transgender individuals. *Sexual and Relationship Therapy*, *31*(3), 359–375. https://doi.org /10.1080/14681994.2016.1184754.

Bouman, W. P., Richards, C., Addinall, R. M., Arango de Montis, I., Duisin, D., Estiva, I., Fisher, A., Harte, F., Khoury, B., Lu, Z., Marais, A., Mattila, A., Nayarana, R. D., Nieder, T. O., Robles-Garcia, R., Roque Guerra, A., Tereshkevich, D., T'Sjoen, G., & Wilson, D. (2014). Yes and yes again: Are standards of care which require two signatures for genital reconstructive surgery ethical? *Sex and Relationship Therapy*, *29*(4), 377–389. https://doi.org /10.1080/14681994.2014.954993.

Bouman, W. P., Schwend, A. S., Motmans, J., Smiley, A., Safer, J. D., Deutsch, M. B., Adams, N. J., & Winter, S. (2017). Language and trans health. *International Journal of Transgenderism*, *18*(1), 1–6. https://doi.org/10.1080/15 532739.2016.1262127.

Bowling, J., Baldwin, A., & Schnarrs, P. W. (2019). Influencesof health care access on resilience building among trans- gender and gender non-binary individuals. *International Journal of Transgenderism*, *20*(2–3), 205–217. https://doi. org/10.1080/15532739.2019.1595807.

Boyd, J. (2019). *Aging in place, caregiving, and long-term care for transgender adults*. In C. Hardacker, K. Ducheny, & M. Houlber (Eds), *Transgender and gender noncon-forming health and aging* (pp. 175–190). Springer.

Bradford, J., Reisner, S. L., Honnold, J. A., & Xavier, J.(2013). Experiences of transgender-related discrimination and implications for health: Results from the Virginia Transgender Health Initiative Study. *American Journal of*

Public Health, *103*(10), 1820–1829. https://doi.org/10.2105/AJPH.2012.300796.

Bradford, N. J., Rider, G. N., Catalpa, J. M., Morrow, Q. J., Berg, D. R., Spencer, K. G., & McGuire, J. K. (2018). Creating gender: A thematic analysis of genderqueer nar- ratives. *International Journal of Transgenderism*, *20*(2–3), 155–168. https://doi.org/10.1080/15532739.2018.1474516.

Brain, C. E., Creighton, S. M., Mushtaq, I., Carmichael, P. A., Barnicoat, A., Honour, J. W., Larcher, V., & Achermann, J. C. (2010). Holistic management of DSD. *Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism*, *24*(2), 335–354. https://doi.org/10.1016/j. beem.2010.01.006.

Branski, R. C., Verdolini, K., Sandulache, V., Rosen, C. A.,& Hebda, P. A. (2006). Vocal fold wound healing: A review for clinicians. *Journal of Voice*, *20*(3), 432–442. https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2005.08.005.

Bränström, R., & Pachankis, J. E. (2021). Country-level structural stigma, identity concealment, and day-to-day discrimination as determinants of transgender people's life satisfaction. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *56*(9), 1537–1545. https://doi.org/10.1007/ s00127-021-02036-6.

Bränström, R., Stormbom, I., Bergendal, M., & Pachanakis, J. (2022). Transgender-based disparities in suicidality: A population-based study of key predictions from four the- oretical models. *Suicide and Life-Threatening Behavior*,*52*, 401–412. https://doi.org/10.1111/sltb.12830.

Braun, H., Nash, R., Tangpricha, V., Brockman, J., Ward, K., & Goodman, M. (2017). Cancer in transgender peo-ple: Evidence and methodological considerations. *Epidemiologic Reviews*, *39*(1), 93–107. https://doi.org/10.1093/epirev/mxw003.

Braun, H., Zhang, Q., Getahun, D., Silverberg, M. J., Tangpricha, V., Goodman, M., & Yeung, H. (2021). Moderate-to-severe acne and mental health symptoms in transmasculine persons who have received testosterone. *JAMA Dermatology*, *157*(3), 344–346. https://doi.org/10.1001/jamadermatol.2020.5353.

Brennan, A. M., Barnsteiner, J., Siantz, M. L., Cotter, V. T.,& Everett, J. (2012). Lesbian, gay, bisexual, transgendered, or intersexed content for nursing curricula. *Journal of Professional Nursing*, *28*(2), 96–104. https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2011.11.004.

Brett, M. A., Roberts, L. F., Johnson, T. W., & Wassersug,R. J. (2007). Eunuchs in contemporary society: Expectations, consequences, and adjustments to castration (Part II). *The Journal of Sexual Medicine*, *4*(4), 946–955. https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2007.00522.x.

Brik, T., Vrouenraets, L., Schagen, S. E. E., Meissner, A., de Vries, M. C., & Hannema, S. E. (2019). Use of fer-tility preservation among a cohort of transgirls in the Netherlands. *Journal of Adolescent Health*, *64*(5), 589–593. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2018.11.008.

Brömdal, A., Clark, K. A., Hughto, J., Debattista, J., Phillips, T. M., Mullens, A. B., Gow, J., & Daken, K. (2019). Whole-incarceration-setting approaches to supporting and upholding the rights and health of incarcerated trans- gender people. *The International Journal of Transgenderism*,*20*(4), 341–350. https://doi.org/10.1080/15532739.2019.1651684.

Bronfenbrenner, U. (1979). Contexts of child rearing: Problems and prospects. *American Psychologist*, *34*(10), 844–850. https://doi.org/10.1037/0003-066X.34.10.844.

Brown, A., Lourenco, A. P., Niell, B. L., Cronin, B., Dibble, E. H., DiNome, M. L., Goel, M. S., Hansen, J., Heller, S. L., Jochelson, M. S., Karrington, B., Klein, K. A., Mehta, T. S., Newell, M. S., Schechter, L., Stuckey, A. R., Swain, M. E., Tseng, J., Tuscano, D. S., & Moy, L. (2021). ACR appropriateness criteria® transgender breast cancer screen- ing. *Journal of the American College of Radiology*, *18*(11s),S502–s515. https://doi.org/10.1016/j.jacr.2021.09.005.

Brown, E. & Mar, K. (2018). Culturally responsive practice with children of color. In Keo-Meier, C. and Ehrensaft,D., (Eds), *The gender affirmative model: An interdisciplin- ary approach to supporting transgender and gender ex- pansive children*. American Psychological Association.

Brown, G. R. (2009). Recommended revisions to the World Professional Association for Transgender Health's Standards of Care section on medical care for incarcer-ated persons with gender identity disorder. *International Journal of Transgenderism*, *11*(2), 133–139, https://doi.org/10.1080/15532730903008073.

Brown, G. R. (2010). Autocastration and autopenectomy as surgical self-treatment in incarcerated persons with gen-der identity disorder. *International Journal of Transgenderism*, *12* (1), 31–39. https://doi.org/10.1080/15532731003688970.

Brown, G. R. (2014). Qualitative analysis of transgender inmates' correspondence: Implications for departmentsof correction. *Journal of Correctional Health Care*, *20*(4), 334–342. https://doi.org/10.1177/1078345814541533.

Brown, G. R., & Jones, K. T. (2015). Health correlates of criminal justice involvement in 4,793 transgender veter- ans. *LGBT Health*, *2*(4), 297–305. https://doi.org/10.1089/lgbt.2015.0052.

Brown, G. R., & Jones, K. T. (2016). Mental health andmedical health disparities in 5135 transgender veterans receiving healthcare in the veterans health administration:A case-control study. *LGBT Health*, *3*(2), 122–131. https://doi.org/10.1089/lgbt.2015.0058.

Brown, G. R., & McDuffie, E. (2009). Health care policies addressing transgender inmates in prison systems in the United States. *Journal of Correctional Health Care*, *15*(4), 280–291. https://doi.org/10.1177/1078345809340423.

Brown, M., Perry, A., Cheesman, A. D., & Pring, T. (2000). Notes and discussion. Pitch change in male-to-female-transsexuals: Has phonosurgery a role to play? *International Journal of Language & Communication Disorders*, *35*(1), 129–136. https://doi.org/10.1080/136828200247296.

Brown, S. K., Chang, J., Hu, S., Sivakumar, G., Sataluri, M., Goldberg, L., Courey, M. S. (2021). Addition of Wendler glottoplasty to voice therapy improves trans female voice

outcomes. *Laryngoscope*, *131*(7), 1588–1593. https://doi.org/10.1002/lary.29050.

Brumbaugh-Johnson, S. M., & Hull, K. E. (2019). Coming out as transgender: Navigating the social implications of a trans- gender identity. *Journal of Homosexuality*, *66*(8), 1148–1177. https://doi.org/10.1080/00918369.2018.1493253.

Bryant, L., Damarin, A. K., & Marshall, Z. (2014). Tobacco control recommendations identified by LGBT Atlantansin a community-based research project. *Progress in Community Health Partnerships: Research, Education, and Action*, *8*(3), 259–260. https://doi.org/10.1353/ cpr.2014.0041.

Bryson, C., & Honig, S. C. (2019). Genitourinary compli-cations of gender-affirming surgery. *Current Urology Reports*, *20*(6). https://doi.org/10.1007/s11934-019-0894-4. Buchting, F. O., Emory, K. T., Kim, Y., Fagan, P., Vera, L.E., & Emery, S. (2017). Transgender use of cigarettes, cigars, and e-cigarettes in a national study. *American Journal of Preventive Medicine*, *53*(1), e1–e7. https://doi.org/10.1016/j.amepre.2016.11.022.

Buckley, D. P., Dahl, K. L., Cler, G. J., & Stepp, C. E. (2020). Transmasculine voice modification: A case study. *Journal of Voice*, *34*(6), 903–910. https://doi.org/10.1016/j.jvo- ice.2019.05.003.

Budge, S. L. (2013). Interpersonal psychotherapy with trans- gender clients. *Psychotherapy*, *50*(3), 356–359. https://doi.org/10.1037/a0032194.

Budge, S. L. (2015). Psychotherapists as gatekeepers: An evidence-based case study highlighting the role and pro- cess of letter writing for transgender clients. *Psychotherapy Theory Research Practice Training*, *52*(3), 287–297 https://doi.org/10.1037/pst0000034.

Budge, S. L., Adelson, J. L., & Howard, K. A. (2013). Anxiety and depression in transgender individuals: The roles of transition status, loss, social support, and coping. *Journal of Consult Clinical Psychology*, *81*(3), 545–557. https://doi.org/10.1037/a0031774.

Budge, S. L., Katz-Wise, S. L., Tebbe, E. N., Howard, K. A. S., Schneider, C. L., & Rodriguez, A. (2012). Transgender emotional and coping processes: Facilitative and avoidant coping throughout gender transitioning. *The Counseling Psychologist* , *41* (4), 601–647. https://doi.org/10.1177/0011000011432753.

Budge, S. L., Sinnard, M. T., & Hoyt, W. T. (2021). Longitudinal effects of psychotherapy with transgender and nonbinary clients: A randomized controlled pilot trial. *Psychotherapy (Chic.)*, *58*(1), 1–11. https://doi. org/10.1037/pst0000310.

Bultynck, C., Cosyns, M., T'Sjoen, G., Van Borsel, J., & Bonte, K. (2020). Thyroplasty type III to lower the vocal pitch in trans men. *Otolaryngology–Head and Neck Surgery*, *164*(1), 157–159. https://doi.org/10.1177/0194599820937675.

Buncamper, M. E., Honselaar, J. S., Bouman, M. B., Özer,M., Kreukels, B. P., & Mullender, M. G. (2015). Aesthetic and functional outcomes of neovaginoplasty using penile skin in male-to-female transsexuals. *Journal of Sexual Medicine*, *12*(7), 1626–1634. https://doi.org/10.1111/ jsm.12914.

Buncamper, M. E., van der Sluis, W. B., de Vries, M., Witte, B. I., Bouman, M. B., & Mullender, M. G. (2017). Penile inversion vaginoplasty with or without additional full-thickness skin graft: To graft or not to graft? *Plastic and Reconstructive Surgery*, *139*(3), 649e–656e. https:// doi.org/10.1097/PRS.0000000000003108.

Buncamper, M. E., van der Sluis, W. B., van der Pas, R. S.D., Özer, M., Smit, J. M., Witte, B. I., Bouman, M. B.,& Mullender, M. G. (2016). Surgical outcome after penile inversion vaginoplasty: A retrospective study of 475 transgender women. *Plastic and Reconstructive Surgery*, *138* (5), 999–1007. https://doi.org/10.1097/ PRS.0000000000002684.

Bungener, S. L., de Vries, A. L. C., Popma, A., & Steensma, T. D. (2020). Sexual experiences of young transgender persons during and after gender-affirmative treatment. *Pediatrics*, *146*(6), e20191411. https://doi.org/10.1542/ peds.2019-1411.

Bureau of Justice Assistance, United States. (2017). *PrisonRape Elimination Act of 2003*. U.S. G.P.O. https://www.prearesourcecenter.org/about/prison-rape-elimination-act.

Burgwal, A., Gvianishvili, N., Hård, V., Kata, J., Nieto, I.G., Orre, C., Smiley, A., Vidić, J., & Motmans, J. (2019). Health disparities between binary and non-binary trans people: A community-driven survey. *International Journal of Transgenderism*, *20*(2–3). https://doi.org/10.1080/1553 2739.2019.1629370.

Burgwal, A., Gvianishvili, N., Hård, V., Kata, J., Nieto, I.G., Orre, C., Smiley, A., Vidić, J., & Motmans, J. (2021). The impact of training in transgender care on healthcare providers competence and confidence: A cross-sectionalsurvey. *Healthcare*, *9*(8), 967. https://www.mdpi. com/2227-9032/9/8/967

Burgwal, A., & Motmans, J. (2021). Trans and gender di- verse people's experiences and evaluations with general and trans-specific healthcare services: A cross-sectional survey. *International Journal of Impotence Research*, *33*, 679–686. https://doi.org/10.1038/s41443-021-00432-9.

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. https://doi. org/10.1037/trm0000064.

Bustos, S. S., Bustos, V. P., Mascaro, A., Ciudad, P., Forte, A. J., Del Corral, G., & Manrique, O. J. (2021). Complications and patient-reported outcomes in trans- female vaginoplasty: An updated systematic review and meta-analysis. *Plastic and Reconstructive Surgery—Global Open* , *9* (3), e3510. https://doi.org/10.1097/GOX.0000000000003510.

Butler, J. (1993). *Bodies that matter. On the discursive lim-its of "sex"*. Routledge.

Butler, J., Anstrom, K. J., Felker, G. M., Givertz, M. M., Kalogeropoulos, A. P., Konstam, M. A., Mann, D. L., Margulies, K. B., McNulty, S. E., Mentz, R. J., Redfield, M. M., Tang, W. H. W., Whellan, D. J., Shah, M., Desvigne-Nickens, P., Hernandez, A. F., & Braunwald, E. (2017). Efficacy and safety of spironolactone in acute

heart failure. *JAMA Cardiology*, *2*(9), 950. https://doi.org/10.1001/jamacardio.2017.2198.

Byne, W., Bradley, S. J., Coleman, E., Eyler, A. E., Green, R., Menvielle, E. J., Meyer-Bahlburg, F. L., Pleak, R. R.,& Tompkins, D. A. (2012). Report of the American Psychiatric Association task force on treatment of gender identity disorder. *Archives of Sexual Behavior*, *41*(4), 759–796. https://doi.org/10.1007/s10508-012-9975-x.

Byne, W., Karasic, D. H., Coleman, E., Eyler, A. E., Kidd, J. D., Meyer-Bahlburg, H. F. L., Pleak, R. R., & Pula, J. (2018). Gender dysphoria in adults: An overview and primer for psychiatrists. *Transgender Health*, *3*(1), 57–70. https://doi.org/10.1089/trgh.2017.0053.

Caceres, B. A., Streed, C. G.Jr., Corliss, H. L., Lloyd-Jones, D. M., Matthews, P. A., Mukherjee, M., Poteat, T.,Rosendale, N., Ross, L. M., & American Heart Association Council on Cardiovascular and Stroke Nursing; Council on Hypertension; Council on Lifestyle and Cardiometabolic Health; Council on Peripheral Vascular Disease; and Stroke Council. (2020). Assessing and addressing cardio- vascular health in LGBTQ adults: A scientific statement *The American Heart Association. Circulation*, *142*(19), e321–e332. https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000914. Cai, X., Hughto, J. M., Reisner, S. L., Pachankis, J. E., &Levy, B. R. (2019). Benefit of gender-affirming medical treatment for transgender elders: Later-life alignment of mind and body. *LGBT Health*, *6*(1), 34–39. https://doi.org/10.1089/lgbt.2017.0262.

Callander, D., Wiggins, J., Rosenberg, S., Cornelisse, V. J., Duck-Chong, E., Holt, M., Pony, M., Vlahakis, E.,MacGibbon, J., & Cook, T. (2019). *The 2018 Australian trans and gender diverse sexual health survey: report of findings*. The Kirby Institute, University of New South Wales. https://genderrights.org.au/wp-content/up-loads/2020/03/ATGDSexualHealthSurveyReport_v7.pdf

Callen Lorde. (2020a). *Safer binding* http://callen-lorde.org/graphics/2018/09/Safer-Binding_2018_FINAL.pdf.

Callen Lorde. (2020b). *Safer tucking*. http://callen-lorde.org/graphics/2018/09/HOTT-Safer-Tucking_Final.pdf.

Callens, N., Kreukels, B. P. C., & van de Grift, T. C. (2021). Young voices: Sexual health and transition care needs in adolescents with intersex/differences of sex development—A pilot study. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, *34*(2), 176–189.e2. https://doi.org/10.1016/j.jpag.2020.11.001.

Callens, N., Van Kuyk, M., van Kuppenveld, J. H., Drop, S. L. S., Cohen-Kettenis, P. T., & Dessens, A. B. (2016). Recalled and current gender role behavior, gender iden-tity and sexual orientation in adults with disorders/dif- ferences of sex development. *Hormones and Behavior*, *86*, 8–20. https://doi.org/10.1016/j.yhbeh.2016.08.008.

Canner, J. K., Harfouch, O., Kodadek, L. M., Pelaez, D., Coon, D., Offodile, A. C., 2nd, Haider, A. H., & Lau, B. D. (2018). Temporal trends in gender-affirming surgery among trans-gender patients in the United States. *JAMA Surgery*, *153*(7),609–616. https://doi.org/10.1001/jamasurg.2017.6231.

Canonico, M., Oger, E., Plu-Bureau, G., Conard, J., Meyer, G., Lévesque, H., & Scarabin, P. Y. (2007). Hormone therapy and venous thromboembolism among postmeno- pausal women: Impact of the route of estrogen admin- istration and progestogens: The ESTHER study. *Circulation*,*115* (7), 840–845. https://doi .org/10.1161/CIRCULATIONAHA.106.642280.

Capitán, L., Gutierrez Santamaria, J., Simon, D., Coon, D., Bailon, C., Bellinga, R. J., Tenorio, T., & Capitán-Canadas, F. (2020). Facial gender confirmation surgery: A protocolfor diagnosis, surgical planning, and postoperative man- agement. *Plastic and Reconstructive Surgery*, *145*(4), 818e–828e. https://doi.org/10.1097/PRS.0000000000006686. Capitán, L., Simon, D., Kaye, K., & Tenorio, T. (2014).Facial feminization surgery: The forehead. Surgical tech- niques and analysis of results. *Plastic and Reconstructive Surgery*, *134*(4), 609–619. https://doi.org/10.1097/PRS.0000000000000545.

Capitán, L., Simon, D., Meyer, T., Alcaide, A., Wells, A., Bailon, C., Bellinga, R. J., Tenorio, T., & Capitán-Canadas, F. (2017). Facial feminization surgery: Simultaneous hair transplant during forehead reconstruction. *Plastic and Reconstructive Surgery*, *139*(3), 573–584. https://doi.org/10.1097/PRS.0000000000003149.

Cardoso da Silva, D. C., Schwarz, K., Fontanari, A. M., Costa, A. B., Massuda, R., Henriques, A. A., Salvador, J., Silveira, E., Rosito, T. E., & Rodrigues Lobato, M. I. (2016). WHOQOL-100 before and after sex reassignment surgery in Brazilian male-to-female transsexual individ- uals. *Journal of Sexual Medicine*, *13(*6), 988–993. https:// doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.03.370.

Carel, J. C., Eugster, E. A., Rogol, A., Ghizzoni, L., & Palmert, M. R. (2009). Consensus statement on the use of gonadotropin-releasing hormone analogs in children. *Pediatrics*, *123*(4), e752–e762. https://doi.org/10.1542/ peds.2008-1783.

CARES Foundation. (2020). *Statement on surgery*. https://www.caresfoudation.org/treatment/surgery.pdf

Carew, L., Dacakis, G., & Oates, J. (2007). The effectiveness of oral resonance therapy on the perception of feminin-ity of voice in male-to-female transsexuals. *Journal of Voice*, *21*(5), 591–603. https://doi.org/10.1016/j.jvo- ice.2006.05.005.

Carmichael, P., Butler, G., Masic, U., Cole, T. J., De Stavola, B. L., Davidson, S., Skageberg, E. M., Khadr, S., & Viner, R. M. (2021). Short-term outcomes of pubertal suppres- sion in a selected cohort of 12 to 15 year old young people with persistent gender dysphoria in the UK. *PLoS One*, *16*(2), e0243894. https://doi.org/10.1371/journal. pone.0243894.

Carpenter, M. (2018). Intersex variations, human rights, and the International Classification of Diseases. *Health and Human Rights Journal*, *20*(2), 205–214.

Carpenter, M. (2021). Intersex human rights, sexual orientation, gender identity, sex characteristics and the Yogyakarta Principles plus 10. *Culture, Health & Sexuality*, *23*(4), 516–532. https://doi.org/10.1080/13691058.2020.1781262.

Carpenter, C. S., Eppink, S. T., & Gonzales, G. (2020). Transgender status, gender identity, and socioeconomic

outcomes in the United States. *ILR Review*, *73*(3), 573– 599. https://doi.org/10.1177/0019793920902776.

Carpenter, W. T., Gold, J. M., Lahti, A. C., Queern, C. A., Conley, R. R., Bartko, J. J., Kovnik, J., & Applebaum, P. S. (2000). Decisional capacity for informed consent in schizophrenia research. *Archives of General Psychiatry*, *57*(6), 533–538. 10-1001/pubs.ArchGenPsychiatry- ISSN-0003-990x-57-6-yoa9156.

Carroll, L. (2017). Therapeutic issues with transgender el- ders. *Psychiatric Clinics of North America*, *40*(1), 127–140. https://psycnet.apa.org/doi/10.1016/j.psc.2016.10.004.

Carroll, L., Graff, C., Wicks, M., & Diaz Thomas, A. (2020). Living with an invisible illness: A qualitative study ex- ploring the lived experiences of female children with congenital adrenal hyperplasia. *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation*, *29*(3), 673–681. https://doi.org/10.1007/s11136-019-02350-2.

Carswell, J. M., & Roberts, A. L. (2017). Induction and maintenance of amenorrhea in transmasculine and non- binary adolescents. *Transgender Health*, *2*, 195–201. https://doi.org/10.1089/trgh.2017.0021.

Carter, H. B., Albertsen, P. C., Barry, M. J., Etzioni, R.,Freedland, S. J., Greene, K. L., Holmberg, L., Kantoff, P., Konety, B. R., Murad, M. H., Penson, D. F., & Zietman, A. L. (2013). Early detection of prostate cancer: AUA Guideline. *Journal of Urology*, *190*(2), 419–426. https://doi.org/10.1016/j.juro.2013.04.119.

Cartwright, C., Hughes, M., & Lienert, T. (2012). End-of-life care for gay, lesbian, bisexual and transgender people. *Culture, Health & Sexuality*, *14*(5), 537–548. https://doi.org/10.1080/13691058.2012.673639.

Casado, J. C., Rodríguez-Parra, M. J., & Adrián, J. A. (2017). Voice feminization in male-to-female transgendered cli- ents after Wendler's glottoplasty with vs. without voice therapy support. *European Archives of Oto-Rhino- Laryngology*, *274*(4), 2049–2058. https://doi.org/10.1007/ s00405-016-4420-8.

Castellano, E., Crespi, C., Dell'Aquila, C., Rosato, R., Catalano, C., Mineccia, V., Motta, G., Botto, E., & Manieri, C. (2015). Quality of life and hormones after sex reassignment surgery. *Journal of Endocrinological Investigation*, *38*(12), 1373–1381. https://doi.org/10.1007/ s40618-015-0398-0.

Catelan, R. F., Costa, A. B., & Lisboa, C. S. M. (2017).Psychological interventions for transgender persons: A scop- ing review. *International Journal of Sexual Health*, *29*(4), 325–337. https://doi.org/10.1080/19317611.2017.1360432.

Cauffman, E., & Steinberg, L. (2000). (Im)maturity of judg- ment in adolescence: Why adolescents may be less cul- pable than adults. *Behavioral Sciences & the Law*, *18*(6), 741–760. https://doi.org/10.1002/bsl.416.

Cavanaugh, T., Hopwood, R., & Lambert, C. (2016). Informed consent in the medical care of transgender and gender-nonconforming patients. *AMA Journal of Ethics*,*18*(11), 1147–1155. https://doi.org/10.1001/journalofeth- ics.2016.18.11.sect1-1611.

Celentano, D. D., & Szklo, M. (2019). *Gordis Epidemiology*. Elsevier.

Census Organization of India. (2015). *Population census 2011*. https://www.census2011.co.in

Center of Excellence for Transgender Health. (2016). *Guidelines for the primary and gender-affirming care of transgender and gender nonbinary people* (2nd ed.). Center of Excellence for Transgender Health, UCSF. https://tran- scare.ucsf.edu/guidelines.

Centers for Disease Control. (2020). *Transforming health: Patient-centered HIV prevention and care*. https://www. cdc.gov/hiv/clinicians/transforming-health/ health-care-providers/sexual-history.html.

Centers for Disease Control. (2021). Preexposure prophy- laxis for the prevention of HIV infection in the United States—2021 update clinical practice guideline. https:// www.cdc.gov/hiv/pdf/risk/prep/cdc-hiv-prep-guidelines-2021.pdf

Centers for Medicare and Medicaid Services. (2010). *Toolkit Part 11: Guidelines for translation.* https://www.cms.gov/ Outreach-and Education/Outreach/WrittenMaterialsToolkit/ToolkitPart11

Chadwick, S. B., Francisco, M., van Anders, S. M. (2019). When orgasms do not equal pleasure: Accounts of "bad" orgasm experiences during consensual sexual encounters. *Archives of Sexual Behavior*, *48*, 2435–2459. https://doi. org/10.1007/s10508-019-01527-7.

Chan, K. J., Liang J. J., Jolly, D., Weinand, J. D., & Safer J. D. (2018). Exogenous testosterone does not induce or exacerbate the metabolic features associated with PCOS among transgender men. *Endocrine Practice* *24*(6), 565– 572. https://doi.org/10.4158/EP-2017-0247.

Chang, J., Brown, S. K., Hu, S., Sivakumar, G., Sataluri, M., Goldberg, L., Courey, M. S. (2021). Effect of Wendlerglottoplasty on acoustic measures of voice. *Laryngoscope*. *131*(3), 583–586. https://doi.org/10.1002/lary.28764.

Chantrapanichkul, P., Stevenson, M. O., Suppakitjanusant, P., Goodman, M., & Tangpricha, V. (2021). Serum hor- mone concentrations in transgender individuals receiving gender-affirming hormone therapy: A longitudinal retro- spective cohort Study. *Endocrine Practice*, *27*(1), 27–33. https://doi.org/10.4158/EP-2020-0414.

Charter, R. (2018). The transgender parent: Experiences and constructions of pregnancy and parenthood for transgender men in Australia. *International Journal of Transgenderism*, *19*(1), 64–77. https://doi.org/10.1080/15532739.2017.1399496.

Chase, C. (2003). What is the agenda of the intersex patient advocacy movement? *The Endocrinologist*, *13*(3), 240–242. https://doi.org/10.1097/01.ten.0000081687.21823.d4.

Chen, D., Abrams, M., Clark, L., Ehrensaft, D., Tishelman, A. C., Chan, Y.-M., Garofalo, R., Olson-Kennedy, J., Rosenthal, S. M., & Hidalgo, M. A. (2021). Psychosocial characteristics of transgender youth seeking gender-affirming medical treatment: Baseline findingsfrom the trans youth care study. *Journal of AdolescentHealth*, *68*(6), 1104–1111. https://doi.org/10.1016/j. jadohealth.2020.07.033.

Chen, D., Hidalgo, M. A., Leibowitz, S., Leininger, J., Simons, L., Finlayson, C., & Garofalo, R. (2016). Multidisciplinary care for gender-diverse youth: A nar- rative review and unique model of gender-affirming care. *Transgender Health*, *1*(1), 117–123. https://doi.org/10.1089/trgh.2016.0009.

Chen, D., Kyweluk, M. A., Sajwani, A., Gordon, E. J., Johnson, E. K., Finlayson, C. A., & Woodruff, T. K. (2019). Factors affecting fertility decision-making among transgender adolescents and young adults. *LGBT Health*, *6*(3), 107–115. https://doi.org/10.1089/lgbt.2018.0250.

Chen, D., Matson, M., Macapagal, K., Johnson, E. K., Rosoklija, I., Finlayson, C., Fisher, C. B., & Mustanski, (2018). Attitudes toward fertility and reproductive health among transgender and gender-nonconforming adolescents. *Journal of Adolescent Health*. *63*(1), 62–68. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2017.11.306.

Chen, D., Simons, L., Johnson, E. K., Lockart, B. A., & Finlayson, C. (2017). Fertility preservation for transgen-der adolescents. *Journal of Adolescent Health 61*(1), 120– 123 https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2017.01.022.

Chen, D., Strang, J. F., Kolbuck, V. D., Rosenthal, S. M., Wallen,K., Waber, D. P., Steinberg, L., Sisk, C. L., Ross, J., Paus, T.,Mueller, S. C., McCarthy, M. M., Micevych, P. E., Martin, L., Kreukels, B. P. C., Kenworthy, L., Herting, M. M.,Herlitz, A., Haraldsen, I. R. J. H., & Dahl, R. (2020). Consensusparameter: Research methodologies to evaluate neurodevelopmental effects of pubertal suppression in trans-gender youth. *Transgender Health*, *5*(4), 246–257. https://doi.org/10.1089/trgh.2020.0006.

Chen, M., Fuqua, J., & Eugster, E. A. (2016). Characteristics of referrals for gender dysphoria over a 13-year period. *Journal of Adolescent Health*, *58*(3), 369–371. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2015.11.010.

Chen, S., & Loshak, H. (2020). *Primary care initiated gender-affirming therapy for gender dysphoria: A reviewof evidence based guidelines*. Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health. https://www.ncbi.nlm.nih. gov/books/NBK563451/.

Cheng, P. J., Pastuszak, A. W., Myers, J. B., Goodwin, I. A., & Hotaling, J. M. (2019). Fertility concerns of the trans- gender patient. *Translational Andrology and Urology*, *8*(3),209–218. https://doi.org/10.21037/tau.2019.05.09.

Cheung, A. S., Wynne, K., Erasmus, J., Murray, S., & Zajac, J. D. (2019). Position statement on the hormonal man-agement of adult transgender and gender diverse indi- viduals. *Medical Journal of Australia*. *211*(3):127–33. https://doi.org/10.5694/mja2.50259.

Chew, D., Anderson, J., Williams, K., May, T., & Pang, K. (2018). Hormonal treatment in young people with gender dysphoria: A systematic review. *Pediatrics*, *141*(4), e20173742. https://doi.org/10.1542/peds.2017-3742.

Chew, D., Tollit, M. A., Poulakis, Z., Zwickl, S., Cheung, A. S., & Pang, K. C. (2020). Youths with a non-binary gender identity: A review of their sociodemographic and clinical profile. *Lancet Child Adolescent Health* 4, 322–330. https://doi.org/10.1016/S2352-4642(19)30403-1.

Chiland, C., Clouet, A. M., Golse, B., Guinot, M., & Wolf, J. P. (2013). A new type of family: Transmen as fathers thanks to donor sperm insemination. A 12-year follow-up exploratory study of their children. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, *61*(6), 365–370. https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2013.07.001.

Chiniara, L. N., Viner, C., Palmert, M., & Bonifacio, H. (2019). Perspectives on fertility preservation and parent- hood among transgender youth and their parents. *Archives of Disease in Childhood*, *104*(8), 739–744. https://doi.org/10.1136/archdischild-2018-316080.

Chinn, P. (2013). Commentary lesbian, gay, bisexual and transgender health: Disparities we can change. *Nurse Educator*, *38*(3), 94–95. https://doi.org/10.1097/NNE.0b013e31828dc235.

Chipkin, S. R., & Kim, F. (2017). Ten most important things to know about caring for transgender patients. *American Journal of Medicine*, *130*(11), 1238–1245. https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2017.06.019.

Chisolm-Straker, M., Willging, C., Daul, A. D., McNamara, S., Sante, S. C., Shattuck, D. G., & Crandall, C. S. (2018). Transgender and gender-nonconforming patients in the emergency department: What physicians know, think, and do. *Annals of Emergency Medicine*, *71*(2), 183–188. https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2017.09.042.

Chlebowski, R. T., Anderson, G. L., Aragaki, A. K., Manson, J. E., Stefanick, M. L., Pan, K., Barrington, W., Kuller, L. H., Simon, M. S., Lane, D., Johnson, K. C., Rohan, T.E., Gass, M., Cauley, J. A., Paskett, E. D., Sattari, M., & Prentice, R. L. (2020). Association of menopausal hor- mone therapy with breast cancer incidence and mortal- ity during long-term follow-up of the women's health initiative randomized clinical trials. *JAMA*, *324*(4), 369– 380. https://doi.org/10.1001/jama.2020.9482.

Chrisler, J. C., Gorman, J. A., Manion, J., Murgo, M., Barney, A., Adams-Clark, A., Newton, J. R., & McGrath, M. (2016). Queer periods: Attitudes toward and experiences with menstruation in the masculine of centre and trans- gender community. *Culture, Health & Sexuality*, *18*(11), 1238–1250. https://doi.org/10.1080/13691058.2016.11826 45.

Chumakov, E. M., Ashenbrenner, Y. V., Petrova, N. N., Zastrozhin, M. S., Azarova, L. A., & Limankin, O. V.(2021). Anxiety and depression among transgender peo- ple: Findings from a cross-sectional online survey in Russia. *LGBT Health*, *8*(6), 412–419. https://doi. org/10.1089/lgbt.2020.0464.

Cipres, D., Seidman, D., Cloniger, C., 3rd, Nova, C., O'Shea, A., & Obedin-Maliver, J. (2017). Contraceptive use and pregnancy intentions among transgender men presentingto a clinic for sex workers and their families in San Francisco. *Contraception*, *95*(2), 186–189. https://doi.org/10.1016/j.contraception.2016.09.005.

Cirrincione, L. R., Senneker, T., Scarsi, K. K., & Tseng, A. (2020). Drug interactions with gender-affirming hormone therapy: Focus on antiretrovirals and direct acting anti-virals. *Expert Opinion on Drug Metabolism & Toxicology*,

16(7), 565–581. https://doi.org/10.1080/17425255.2020.1777278.

Claes, K. E. Y., D'Arpa, S., & Monstrey, S. J. (2018). Chest surgery for transgender and gender nonconforming in- dividuals. *Clinics in Plastic Surgery*, *45*(3), 369–380. https://doi.org/10.1016/j.cps.2018.03.010.

Claes, L., Bouman, W. P., Witcomb, G., Thurston, M., & Arcelus, J. (2015). Non-suicidal self-injury in transsexu- alism: Associations with psychological symptoms, victim- ization, interpersonal functioning and perceived social support. *Journal of Sexual Medicine*, *12*(1), 168–179. https://doi.org/10.1111/jsm.12711.

Clark, B. A., Marshall, S. K., & Saewyc, E. M. (2020). Hormone therapy decision-making processes: Transgender youth and parents. *Journal of Adolescence*, *79*, 136–147. https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2019.12.016.

Clark, B. A., Veale, J. F., Townsend, M., Frohard-Dourlent, H., & Saewyc, E. (2018). Non-binary youth: Access togender-affirming primary health care. *International Journal of Transgenderism*, *19*(2), 158–169, https://doi.or g/10.1080/15532739.2017.1394954.

Clark, K. A., White Hughto, J. M., & Pachankis, J. E. (2017). "What's the right thing to do?" Correctional healthcare providers' knowledge, attitudes and experiences caring for transgender inmates. *Social Science & Medicine (1982)*, *193*, 80–89. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.09.052. Clark, T. C., Lucassen, M. F., Bullen, P., Denny, S. J., Fleming, T. M., Robinson, E. M., & Rossen, F. V. (2014). The health and well-being of transgender high school students: Results from the New Zealand adolescent health survey (Youth'12). *Journal of Adolescent Health*, *55*(1), 93–99. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2013.11.008.

Clements-Nolle, K., Guzman, R., & Harris, S. G. (2008).Sex trade in a male-to-female transgender population: Psychosocial correlates of inconsistent condom use. *Sexual Health*, *5*(1), 49–54. https://doi.org/10.1071/SH07045.

Cocchetti, C., Ristori, J., Mazzoli, F., Prunas, A., Bertelloni, S., Magini, A., Vignozzi, L., Maggi, M., & Fisher, A. D. (2020). 5α-Reductase-2 deficiency: Is gender assignment recom- mended in infancy? Two case-reports and review of the literature. *Journal of Endocrinological Investigation*, *43*(8), 1131–1136. https://doi.org/10.1007/s40618-020-01193-w.

Cocchetti, C., Ristori, J., Romani, A., Maggi, M., & Fisher, A. D. (2020). Hormonal treatment strategies tailored tonon-binary transgender individuals. *Journal of Clinical Medicine*, *9*(6), 1609. https://doi.org/10.3390/jcm9061609. Cohanzad, S. (2016). Extensive metoidioplasty as a tech-nique capable of creating a compatible analogue to a natural penis in female transsexuals. *Aesthetics in Plastic Surgery*, *40*(1), 130–138. https://doi.org/10.1007/ s00266-015-0607-4.

Cohen-Kettenis, P. T. (2005). Gender change in 46,XY per- sons with 5α-reductase-2 deficiency and 17β-hydroxysteroid dehydrogenase-3 deficiency. *Archives of Sexual Behavior*, *34*(4), 399–410. https://doi.org/10.1007/s10508-005-4339-4.

Cohen-Kettenis, P. T., Owen, A., Kaijser, V. G., Bradley, S. J., & Zucker, K. J. (2003). Demographic characteristics, social competence, and behavior problems in children with genderidentity disorder: A cross-national, cross-clinic comparative analysis. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *31*(1), 41–53. https://doi.org/10.1023/a:1021769215342.

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. https://doi. org/10.1097/00004583-199702000-00017.

Colebunders, B., Brondeel, S., D'Arpa, S., Hoebeke, P., & Monstrey, S. (2017). An update on the surgical treatment for transgender patients. *Sexual Medicine Reviews*, *5*(1), 103–109. https://doi.org/10.1016/j.sxmr.2016.08.001.

Colebunders, B., T'Sjoen, G., Weyers, S., & Monstrey, S. (2014). Hormonal and surgical treatment in trans-women with BRCA1 mutations: A controversial topic. *Journal of Sexual Medicine*, *11*(10), 2496–2499. https://doi. org/10.1111/jsm.12628.

Coleman, E., Allen, M. P., & Ford, J. V. (2018). Gendervariance and sexual orientation among male spirit me- diums in Myanmar. *Archives of Sexual Behavior*, *47*(4), 987–998. https://doi.org/10.1007/s10508-018-1172-0.

Coleman, E., Bockting, W., Botzer, M., Cohen-Kettenis, P., DeCuypere, G., Feldman, J., Fraser, L., Green, J., Knudson,G., Meyer, W. J., Monstrey, S., Adler, R. K., Brown, G. R., Devor, A. H., Ehrbar, R., Ettner, R., Eyler, E., Garofalo, R., Karasic, D. H., Lev, A. I., Mayer, G., Meyer-Bahlburg, H., Hall, B. P., Pfaefflin, F., Rachlin, K., Robinson, B., Schechter, L. S., Tangpricha, V., van Trotsenburg, M., Vitale, A., Winter, S., Whittle, S., Wylie, K. R., & Zucker, K. (2012). Standards of care for the health of transsex-ual, transgender, and gender-nonconforming people, Version 7. *International Journal of Transgenderism*, *13*(4), 165–232. https://doi.org/10.1080/15532739.2011.700873.

Colizzi, M., Costa, R., & Todarello, O. (2014). Transsexual patients' psychiatric comorbidity and positive effect of cross-sex hormonal treatment on mental health: Resultsfrom a longitudinal study. *Psychoneuroendocrinology*, *39*, 65–73. https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2013.09.029.

Colizzi, M., Costa, R., & Todarello, O. (2015). Dissociative symptoms in individuals with gender dysphoria: Is the elevated prevalence real? *Psychiatry Research*, *226*(1), 173–180. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.12.045.

Collin, L., Reisner, S. L., Tangpricha, V., & Goodman, M. (2016). Prevalence of transgender depends on the "case" definition: A systematic review. *The Journal of Sexual Medicine*, *13*(4), 613–626. https://doi.org/10.1016/j. jsxm.2016.02.001.

Comite, F., Cutler, G. B., Jr., Rivier, J., Vale, W. W., Loriaux, D. L., & Crowley, W. F., Jr. (1981). Short-term treatmentof idiopathic precocious puberty with a long-acting an- alogue of luteinizing hormone-releasing hormone. A pre- liminary report. *New England Journal of Medicine*, *305* (26), 1546–1550. https://doi.org/10.1056/nejm198112243052602.

Comparison of State Correctional Policies in the United States. *Sexuality Research and Social Policy*, *16*(4), 393– 407. https://doi.org/10.1007/s13178-018-0354-9.

Conlin, S. E., Douglass, R. P., Larson-Konar, D. M., Gluck, M. S., Fiume, C., & Heesacker, M. (2019). Exploring nonbinary gender identities: A qualitative content anal- ysis. *Journal of LGBT Issues in Counseling*, *13*(2), 114–133. https://doi.org/10.1080/15538605.2019.1597818.

Connelly, P. J., Clark, A., Touyz, R. M., & Delles, C. (2021). Transgender adults, gender-affirming hormone therapy and blood pressure: A systematic review. *Journal of Hypertension*, *39*(2), 223–230. https://doi.org/10.1097/HJH.0000000000002632.

Connelly, P. J., Marie Freel, E., Perry, C., Ewan, J., Touyz, R. M., Currie, G., & Delles, C. (2019). Gender-affirming hormone therapy, vascular health and cardiovascular dis- ease in transgender adults. *Hypertension*, *74*(6), 1266– 1274. https://doi.org/10.1161/HYP ERTENSI ONAHA.119.13080.

Conron, K. J., Scott, G., Stowell, G. S., & Landers, S. J. (2012). Transgender health in Massachusetts: Results from a household probability sample of adults. *American Journal of Public Health*, *102*(1), 118–122. https://doi.org/10.2105/AJPH.2011.300315.

Cook-Daniels, L. (2016). *Understanding transgender elders*. In D. A. Harley, & P. B. Tester, *Handbook of LGBT elders* (pp. 285–308). Springer.

Coolhart, D. (2018). Helping families move from distress to resilience. In C. E. Keo-Meier & D. E. Ehrensaft (Eds.), *The gender affirmative model: An interdisciplinary ap- proach to supporting transgender and gender expansive children*. American Psychological Association. https://www.jstor.org/stable/j.ctv1chrwv9

Coolhart, D., Ritenour, K., & Grodzinski, A. (2017). Experiences of ambiguous loss for parents of transgender male youth: A phenomenological exploration. *Contemporary Family Therapy*, *40*(1), 28–41. https://doi. org/10.1007/s10591-017-9426-x.

Coon, D., Tuffaha, S., Christensen, J., & Bonawitz, S. C. (2013). Plastic surgery and smoking: A prospective anal- ysis of incidence, compliance, and complications. *Plastic and Reconstructive Surgery*, *131*(2), 385–391. https://doi.org/10.1097/PRS.0b013e318277886a.

Cornwall, A., & Jolly, S. (2006). Introduction: Sexuality matters. *IDS Bulletin*, *37*(5), 1–11. https://doi.org/10.1111/j.1759-5436.2006.tb00295.x.

Corrective Services New South Wales. (2015). *Section 7.23 Management of transgender and intersex inmates*, Operations Procedures Manual, Sydney, NSW

Costa, A. B., da Rosa Filho, H. T., Pase, P. F., Fontanari, A. M. V., Catelan, R. F., Mueller, A., Cardoso, D., Soll, B., Schwarz, K., Schneider, M. A., Gagliotti, D. A. M., Saadeh, A., Lobato, M. I. R., Nard, H. C., & Koller, S. H. (2018). Healthcare needs of and access barriers for Brazilian transgender and gender diverse people. *Journalof Immigrant and Minority Health*, *20*(1), 115–123. https://doi.org/10.1007/s10903-016-0527-7.

Costa, L. B. F., Rosa-e-Silva, A. C. J. D. S., Medeiros, S. F. D., Nacul, A. P., Carvalho, B. R. D., Benetti-Pinto, C. L., Ylea, D. A., Maciel, G. A. R., Soares, J. M., & Maranhão, T. M. D. O. (2018). Recommendations for the use of testosterone in male transgender. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, *40*, 275–280. https://doi. org/10.1055/s-0038-1657788.

Costa, R., Carmichael, P., & Colizzi, M. (2016). To treat or not to treat: Puberty suppression in childhood-onset gen- der dysphoria. *Nature Reviews Urology*, *13*(8), 456–462. https://doi.org/10.1038/nrurol.2016.128.

Costa, R., Dunsford, M., Skagerberg, E., Holt, V., Carmichael, P., & Colizzi, M. (2015). Psychological support, puberty suppression, and psychosocial functioning in adolescents with gender dysphoria. *The Journal of Sexual Medicine*, *12*(11), 2206–2214. https://doi.org/10.1111/jsm.13034.

Cosyns, M., Van Borsel, J., Wierckx, K., Dedecker, D., Van de Peer, F., Daelman, T., Laenen, S., & T'Sjoen, G. (2014).Voice in female-to-male transsexual persons after long-term androgen therapy. *The Laryngoscope*, *124*(6), 1409–1414. https://doi.org/10.1002/lary.24480.

Craig, S. L., Austin, A., 2016. The AFFIRM open pilot feasibility study: A brief affirmative cognitive behavioral coping skills group intervention for sexual and gender minority youth. *Children and Youth Services Review 64*, 136–144. https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2016.02.022. Craig, S. L., Austin, A., Rashidi, M., & Adams, M. (2017).Fighting for survival: The experiences of lesbian, gay, bisexual, transgender, and questioning students in reli- gious colleges and universities. *Journal of Gay & Lesbian Social Services*, *29*(1), 1–24. https://doi.org/10.1080/1053 8720.2016.1260512.

Crerand, C. E., Kapa, H. M., Litteral, J. L., Nahata, L., Combs, B., Indyk, J. A., Jayanthi, V. R., Chan, Y. M. ., Tishelman, A. C., & Hansen-Moore, J. (2019). Parent perceptions of psychosocial care for children with differences of sex devel- opment. *Journal of Pediatric Urology*, *15*(5), 522.e1–522.e8. https://doi.org/10.1016/j.jpurol.2019.06.024.

Crissman, H. P., Berger, M. B., Graham, L. F., & Dalton, V. K. (2017). Transgender demographics: A household probability sample of US adults, 2014. *American Journalof Public Health*, *107*(2), 213–215. https://doi.org/10.2105/AJPH.2016.303571.

Crissman, H. P., Warner, L., Gardner, M., Carr, M., Schast, A., Quittner, A. L., Kogan, B., & Sandberg, D. E. (2011). Children with disorders of sex development: A qualitative study of early parental experience. *International Journal of Pediatric Endocrinology*, *2011*(1), 10. https://doi. org/10.1186/1687-9856-2011-10.

Crocetti, D., Monro, S., Vecchietti, V., & Yeadon-Lee, T. (2020). Towards an agency-based model of intersex, vari- ations of sex characteristics (VSC) and DSD/dsd health. *Culture, Health & Sexuality*, *23*(4), 500–515. https://doi.org/10.1080/13691058.2020.1825815.

Crouch, N. S., & Creighton, S. M. (2014). Transition of care for adolescents with disorders of sex development. *Nature Reviews Endocrinology*, *10*(7), 436–442. https://doi.org/10.1038/nrendo.2014.62.

Cull, M. L., & Simmonds, M. (2010). Importance of support groups for intersex (disorders of sex development) pa- tients, families and the medical profession. *Sexual Development*, *4*(4-5), 310–312. https://doi.org/10.1159/000313889.

D'Angelo, R., Syrulnik, E., Ayad, S., Marchiano, L., Kenny, D. T., & Clarke, P. (2021). One size does not fit all: In support of psychotherapy for gender dysphoria. *Archivesof Sexual Behavior*, *50*(1), 7–16. https://doi.org/10.1007/ s10508-020-01844-2.

Dacakis, G. (2000). Long-term maintenance of fundamental frequency increases in male-to-female transsexuals. *Journal of Voice*, *14*(4), 549–556. https://doi.org/10.1016/ s0892-1997(00)80010-7.

Dahlen, S., Connolly, D., Arif, I., Junejo, M. H., Bewley, S.,& Meads, C. (2021). International clinical practice guide- lines for gender minority/trans people: Systematic review and quality assessment. *BMJ Open*, *11*(4), e048943. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-048943.

Dalke, K. B., Baratz, A. B., & Greenberg, J. A. (2020). Protecting children with intersex traits: Legal, ethical, and human rights considerations. In M. Legato (Ed.), *The Plasticity of Sex* (pp. 207–224). Academic Press. https://doi.org/10.1016/b978-0-12-815968-2.00010-4.

Damrose, E. J. (2008). Quantifying the impact of androgen therapy on the female larynx. *Auris, Nasus, Larynx*, *36*(1), 110–112. https://doi.org/10.1016/j.anl.2008.03.002.

Danon, L. M., & Krämer, A. (2017). Between concealing and revealing intersexed bodies: Parental strategies. *Qualitative Health Research*, *27*(10), 1562–1574. https://doi.org/10.1177/1049732317697100.

Darwin, H. (2020). Challenging the cisgender/transgender binary: Nonbinary people and the transgender label. *Gender & Society*, *34*(3), 357–380. https://doi. org/10.1177/0891243220912256.

Davey, A., Arcelus, J., Meyer, C., & Bouman, W. P. (2016). Self-injury among trans individuals and matched controls: Prevalence and associated factors. *Health & Social Carein the Community*, *24*(4), 485–494. https://doi.org/10.1111/hsc.12239.

Davey, A., Bouman, W. P., Arcelus, J., Meyer, C. (2014). Social support and psychological wellbeing: A comparison of patients with gender dysphoria and matched controls. *Journal of Sexual Medicine*, *11*(12), 2976–2985. https:// doi.org/10.1111/jsm.12681.

Davey, A., Bouman, W. P., Meyer, C., & Arcelus, J. (2015). Interpersonal functioning among individuals with gender dysphoria. *Journal of Clinical Psychology*, *71*(12), 1173–1185. https://doi.org/10.1002/jclp.22209.

Davies, S., Papp, V. G., & Antoni, C. (2015). Voice and communication change for gender nonconforming indi- viduals: Giving voice to the person inside. *International Journal of Transgenderism*, *16*(3), 117–159. https://doi.org/10.1080/15532739.2015.1075931.

Davis, S. A., & Colton Meier, S. (2014). Effects of testos- terone treatment and chest reconstruction surgery on mental health and sexuality in female-to-male transgender people. *International Journal of Sexual Health*, *26*(2), 113–128. https://doi.org/10.1080/19317611.2013.833152.

Day, J. K., Perez-Brumer, A., & Russell, S. T. (2018). Safe schools? Transgender youth's school experiences and per- ceptions of school climate. *Journal of Youth and Adolescence*, *47*(8), 1731–1742. https://doi.org/10.1007/ s10964-018-0866-x.

de Blok, C. J. M., Dijkman, B. A. M., Wiepjes, C. M., Staphorsius, A. S., Timmermans, F. W., Smit, J. M., Dreijerink, K. M. A., & den Heijer, M. (2021). Sustained breast development and breast anthropometric changes in 3 years of gender-affirming hormone treatment. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, *106*(2), e782– e790. https://doi.org/10.1210/clinem/dgaa841.

de Blok, C. J. M., Staphorsius, A. S., Wiepjes, C. M., Smit, J. M., Nanayakkara, P. W. B., & den Heijer, M. (2020). Frequency, determinants, and satisfaction of breast aug-mentation in trans women receiving hormone treatment. *The Journal of Sexual Medicine*, *17*(2), 342–348. https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2019.10.021.

De Cuypere, G., & Vercruysse, H. (2009). Eligibility andreadiness criteria for sex reassignment surgery: Recommendations for revision of the WPATH standardsof care. *International Journal of Transgenderism*, *11*(3), 194–205. https://doi.org/10.1080/15532730903383781.

de Freitas, L. D., Leda-Rego, G., Bezerra-Filho, S., & Miranda-Scippa, A. (2020). Psychiatric disorders in in- dividuals diagnosed with gender dysphoria: A systemat-ic review. *Psychiatry Clinical Neuroscience*, *74*(2), 99–104.https://doi.org/10.1111/pcn.12947.

de Graaf, N. M., Carmichael, P., Steensma, T. D., & Zucker, K. J. (2018). Evidence for a change in the sex ratio of children referred for gender dysphoria: Data from the Gender Identity Development Service in London (2000– 2017). *The Journal of Sexual Medicine*, *15*(10), 1381–1383. https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2018.08.002.

de Graaf, N. M., Giovanardi, G., Zitz, C., & Carmichael, P. (2018). Sex ratio in children and adolescents referredto the Gender Identity Development Service in the UK (2009–2016). *Archives of Sexual Behavior*, *47*(5), 1301–1304. https://doi.org/10.1007/s10508-018-1204-9.

de Graaf, N. M., Steensma, T. D., Carmichael, P., VanderLaan, D. P., Aitken, M., Cohen-Kettenis, P. T., de Vries, A. L.C., Kreukels, B. P. C., Wasserman, L., Wood, H., & Zucker, K. J. (2020). Suicidality in clinic-referred trans- gender adolescents. *European Child & Adolescent Psychiatry*. https://doi.org/10.1007/s00787-020-01663-9.

De Los Reyes, A., Ohannessian, C. M., & Racz, S. J. (2019). Discrepancies between adolescent and parent reports about family relationships. *Child Development Perspectives*, *13*(1), 53–58. https://doi.org/10.1111/cdep.12306.

de Nie, I., Meißner, A., Kostelijk, E. H., Soufan, A. T., Voorn-de Warem, I. A. C., den Heijer, M., Huirne, J., &van Mello, N. M. (2020). Impaired semen quality in trans women: Prevalence and determinants. *Human Reproduction*, *35*(7), 1529–1536. https://doi.org/10.1093/humrep/deaa133.

de Oliveira, L., Carvalho, J., Sarikaya, S., Urkmez, A., Salonia, A., Russo, G. I., & EAU-YAU Men's Health Working group. (2021). Patterns of sexual behavior and psychological processes in asexual persons: A systematic review. *International Journal of Impotence Research*, *33*(6), 641–651. https://doi.org/10.1038/s41443-020-0336-3.

de Roo, C., Lierman, S., Tilleman, K., Peynshaert, K., Braeckmans, K., Caanen, M., Lambalk, C. B., Weyers, S., T'Sjoen, G., Cornelissen, R., & De Sutter, P. (2017). Ovarian tissue cryopreservation in female-to-male trans-gender people: Insights into ovarian histology and phys- iology after prolonged androgen treatment. *Reproductive Biomedicine Online*, *34*(6), 557–566. https://doi. org/10.1016/j.rbmo.2017.03.008.

de Roo, C., Tilleman, K., T'Sjoen, G., & De Sutter, P. (2016). Fertility options in transgender people. *International Review of Psychiatry*, *28*(1), 112–119. https://doi.org/10. 3109/09540261.2015.1084275.

De Sutter, P., Kira, K., Verschoor, A., & Hotimsky (2002). The desire to have children and the preservation of fer-tility in transsexual women: A survey. *International Journal of Transgenderism*, *6*(3), 3–97.

de Vries, A. L. C., & Cohen-Kettenis, P. T. (2012). Clinical management of gender dysphoria in children and ado- lescents: The Dutch approach. *Journal of Homosexuality*, *59*(3), 301–320. https://doi.org/10.1080/00918369.2012.65 3300.

de Vries, A. L. C., Doreleijers, T. A., & Cohen-Kettenis, P. T. (2007). Disorders of sex development and gender iden- tity outcome in adolescence and adulthood: Understanding gender identity development and its clinical implications. *Pediatric Endocrinology Reviews*, *4*(4), 343–351.

de Vries, A. L. C., Doreleijers, T. A. H., Steensma, T. D.,& Cohen-Kettenis, P. T. (2011). Psychiatric comorbidity in gender dysphoric adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *52*(11), 1195–1202. https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2011.02426.x.

de Vries, A. L. C., McGuire, J. K., Steensma, T. D., Wagenaar, E. C. F., Doreleijers, T. A. H., & Cohen-Kettenis, P. T. (2014). Young adult psychological outcome after puberty suppression and gender reassignment. *Pediatrics*, *134*(4), 696–704. https://doi.org/10.1542/peds.2013-2958.

de Vries, A. L. C., Noens, I. L. J., Cohen-Kettenis, P. T., van Berckelaer-Onnes, I. A., & Doreleijers, T. A. (2010). Autism spectrum disorders in gender dysphoric children and adolescents. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, *40*(8), 930–936. https://doi.org/10.1007/ s10803-010-0935-9.

de Vries, A. L. C., Richards, C., Tishelman, A. C., Motmans, J., Hannema, S. E., Green, J., & Rosenthal, S. M. (2021). Bell v Tavistock and Portman NHS Foundation Trust [2020] EWHC 3274: Weighing current knowledge and uncertainties in decisions about gender-related treatment for transgender adolescents. *International Journal of Transgender Health*, *22*(3), 1–8. https://doi.org/10.1080/2 6895269.2021.1904330.

de Vries, A. L. C., Roehle, R., Marshall, L., Frisén, L., vande Grift, T. C., Kreukels, B. P. C., Bouvattier, C., Köhler, B., Thyen, U., Nordenström, A., Rapp, M., & Cohen-Kettenis, P. T. (2019). Mental health of a large group of adults with disorders of sex development in six European countries. *Psychosomatic Medicine*, *81*(7), 629–640. https://doi.org/10.1097/psy.0000000000000718.

de Vries, A. L. C., Steensma, T. D., Cohen-Kettenis, P. T., VanderLaan, D. P., & Zucker, K. J. (2015). Poor peer relations predict parent- and self-reported behavioral and emotional problems of adolescents with gender dyspho- ria: A cross-national, cross-clinic comparative analysis. *European Child & Adolescent Psychiatry*, *25*(6), 579–588. https://doi.org/10.1007/s00787-015-0764-7.

de Vries, A. L. C., Steensma, T. D., Doreleijers, T. A., & Cohen-Kettenis, P. T. (2011). Puberty suppression in ad- olescents with gender identity disorder: A prospective follow-up study. *The Journal of Sexual Medicine*, *8*(8), 2276–2283. https://doi.org/10.1111/j.1743-6109. 2010.01943.x.

de Vries, E., Kathard, H., & Müller, A. (2020). Debate: Why should gender-affirming health care be included in health science curricula? *BMC Medical Education*, *20*(1), 51. https://doi.org/10.1186/s12909-020-1963-6.

Defreyne, J., Elaut, E., Kreukels, B., Fisher, A. D., Castellini, G., Staphorsius, A., & T'Sjoen, G. (2020). Sexual desire changes in transgender individuals upon initiation of hormone treatment: Results from the longitudinal European Network for the Investigation of Gender Incongruence. *The Journal of Sexual Medicine*, *17*(4), 812–825. https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2019.12.020.

Defreyne, J., Motmans, J., & T'Sjoen, G. (2017). Healthcare costs and quality of life outcomes following gender af-firming surgery in trans men: A review. *Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research*, *17*(6), 543–556. https://doi.org/10.1080/14737167.2017.1388164.

Defreyne, J., Nota, N., Pereira, C., Schreiner, T., Fisher, A. D., den Heijer, M., & T'Sjoen, G. (2017). Transient ele- vated serum prolactin in trans women is caused by Cyproterone Acetate treatment. *LGBT Health*, *4*(5), 328– 336. https://doi.org/10.1089/lgbt.2016.0190.

Defreyne, J., Van de Bruaene, L. D., Rietzschel, E., Van Schuylenbergh, J., & T'Sjoen, G. G. (2019). Effects ofgender-affirming hormones on lipid, metabolic, and car- diac surrogate blood markers in transgender persons. *Clinical Chemistry*, *65*(1), 119–134. https://doi.org/10.1373/clinchem.2018.288241.

Defreyne, J., Van Schuylenbergh, J., Motmans, J., Tilleman, K. L., & T'Sjoen, G. G. (2020). Parental desire and fer- tility preservation in assigned female at birth transgender people living in Belgium. *Fertility and Sterility 113*(1), 149–157. https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2019.09.002.

Defreyne, J., Vantomme, B., Van Caenegem, E., Wierckx, K., De Blok, C. J. M., Klaver, M., & T'Sjoen, G. (2018). Prospective evaluation of hematocrit in gender-affirming hormone treatment: Results from European Network forthe Investigation of Gender Incongruence. *Andrology*, *6*(3), 446–454. https://doi.org/10.1111/andr.12485.

Dekker, M. J., Wierckx, K., Van Caenegem, E., Klaver, M., Kreukels, B. P., Elaut, E., & T'Sjoen, G. (2016). A

European Network for the investigation of gender incon-gruence: Endocrine part. *The Journal of Sexual Medicine*,*13*(6), 994–999. https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.03.371. Delemarre-van de Waal, H. A., & Cohen-Kettenis, P. T.(2006). Clinical management of gender identity disorder in adolescents: A protocol on psychological and paedi- atric endocrinology aspects. *European Journal of Endocrinology*, *155*(Suppl. 1), S131–S137. https://doi.org/10.1530/eje.1.02231.

Delimata, N., Simmonds, M., O'Brien, M., Davis, G., Auchus, R., & Lin-Su, K. (2018). Evaluating the term 'disorders of sex development': A multidisciplinary debate. *Social Medicine*, *12*(1):98–107.

Delozier, A. M., Kamody, R. C., Rodgers, S., & Chen, D. (2020). Health disparities in transgender and gender ex- pansive adolescents: A topical review from a minority stress framework. *Journal of Pediatric Psychology*, *45*(8), 842–847. https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsaa040.

Demeestere, I., Simon, P., Dedeken, L., Moffa, F., Tsépélidis, S., Brachet, C., Delbaery, A., Devreker, A. F., & Ferster, A. (2015). Live birth after autograft of ovarian tissuecryopreserved during childhood. *Human Reproduction*, *30*(9), 2107–2109. https://doi.org/10.1093/humrep/dev128. Denby, K. J., Cho, L., Toljan, K., Patil, M., & Ferrando, C. A. (2021). Assessment of cardiovascular risk in transgen- der patients presenting for gender-affirming care. *The American Journal of Medicine*, *134*(8), 1002–1008. https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2021.02.031.

Department of Health and Human Services. Panel on Antiretroviral Guidelines for Adults and Adolescents. (2019) *Guidelines for the use of antiretroviral agents in adults and adolescents with HIV*. Transgender People and HI V. https://clinicalinfo.hiv.gov/en/guidelines/ adult-and-adolescent-arv/transgender-people-hiv

Dessens, A. B., Slijper, F. M. E., & Drop, S. L. S. (2005). Gender dysphoria and gender change in chromosomal females with congenital adrenal hyperplasia. *Archives of Sexual Behavior*, *34*(4), 389–397. https://doi.org/10.1007/ s10508-005-4338-5.

Deuster, D., Di Vincenzo, K., Szukaj, M., Am Zehnhoff-Dinnesen, A., & Dobel, C. (2016). Change of speech fundamental frequency explains the satisfaction with voice in response to testosterone therapy in female-to-male gender dysphoric individuals. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology*, *273*(8), 2127–2131. https://doi.org/10.1007/s00405-016-4043-0.

Deuster, D., Matulat, P., Knief, A., Zitzmann, M., Rosslau,K., Szukaj, M., Dinnesen, A., & Schmidt, C. M. (2016). Voice deepening under testosterone treatment in female-to-male gender dysphoric individuals. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology*, *273*(4), 959–965.https://doi.org/10.1007/s00405-015-3846-8.

Deutsch, M. B. (2011). Use of the informed consent mod-el in the provision of cross-sex hormone therapy: A sur-vey of the practices of selected clinics. *International Journal of Transgenderism*, *13*, 140–146. https://doi.org/10.1080/15532739.2011.675233.

Deutsch, M. B. (2016a). *Guidelines for the primary and gender-affirming care of transgender and gender nonbina- ry people* (2nd ed.). University of California, San Francisco, Department of Family and Community Medicine Center of Excellence for Transgender Health.https://transcare.ucsf.edu/guidelines

Deutsch, M. B. (2016b). Gender-affirming surgeries in theera of insurance coverage: Developing a framework for psychosocial support and care navigation in the periop-erative period. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, *27*(2), 386–391. https://doi.org/10.1353/ hpu.2016.0092.

Deutsch, M. B., Bhakri, K., & Kubicek, K. (2015). Effectsof cross-sex hormone treatment on transgender women and men. *Obstetric Gynecology*, *125*(3), 605–610. https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000000692.

Deutsch, M. B., Glidden, D. V., Sevelius. J., Keatley. J., McMahan, V., & Guanira. J., (2015). HIV pre-exposure prophylaxis in transgender women: A subgroup analysisof the iPrEx trial. *The Lancet HIV*, *2*(12), e512-e9. https:// doi.org/10.1016/S2352-3018(15)00206-4.

Devor, A. (2004). Witnessing and mirroring: A fourteen stage model of transsexual identity formation. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health*, *8*(1), 41–67. https://doi.org/10.1080/19359705.2004.9962366.

DeVita, T., Bishop, C., & Plankey, M. (2018). Queering medical education: Systematically assessing LGBTQI health competency and implementing reform. *Medical Education Online*, *23*(1), 1510703. https://doi.org/10.108 0/10872981.2018.1510703.

Dharma, C., Scheim, A. I., & Bauer, G. R. (2019). Exploratory factor analysis of two sexual health scales for transgender people: Trans-specific condom/barrier negotiation self-efficacy (T-barrier) and trans-specific sexual body image worries (T-worries). *Archives of Sexual Behavior*, *48*(5), 1563–1572. https://doi.org/10.1007/s10508-018-1383-4.

Dhejne, C., Lichtenstein, P., Boman, M., Johansson, A. L., Långström, N., & Landén, M. (2011). Long-term follow-up of transsexual persons undergoing sex reassignment sur- gery: Cohort study in Sweden. *PLoS One*, *6*(2), e16885. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0016885.

Dhejne, C., Van Vlerken, R., Heylens, G., & Arcelus, J. (2016). Mental health and gender dysphoria: A review of the literature. *International Review of Psychiatry*, *28*(1), 44–57. https://doi.org/10.3109/09540261.2015.1115753.

Dick, B., & Ferguson, B. J. (2015). Health for the world's adolescents: A second chance in the second decade. *Journal of Adolescent Health*, *56*(1), 3–6. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2014.10.260.

Dierckx, M., Mortelmans, D., & Motmans, J. (2019). Role ambiguity and role conflict among partners of trans peo- ple. *Journal of Family Issues*, *40*(1), 85–110. https://doi.org/10.1177/0192513X18800362.

Din-Dzietham, R., Nembhard, W. N., Collins, R., & Davis, S. K. (2004). Perceived stress following race-based dis-crimination at work is associated with hypertension in

African–Americans. The metro Atlanta heart disease study, 1999–2001. *Social Science & Medicine*, *58*(3), 449–461. https://doi.org/10.1016/S0277-9536(03)00211-9.

Dizon, D. S., Tejada-Berges, T., Koelliker, S., Steinhoff, M., & Granai, C. O. (2006). Ovarian cancer associated with testosterone supplementation in a female-to-male trans- sexual patient. *Gynecologic and Obstetric Investigation*,*62*(4), 226–228. https://doi.org/10.1159/000094097.

Djordjevic, M. L., Majstorovic, M., Stanojevic, D., Bizic, M., Ducic, S., Kojovic, V., & Perovic, S. (2008). One-stage repair of severe hypospadias using combined buccal mu- cosa graft and longitudinal dorsal skin flap. *European Journal of Pediatric Surgery*, *18*(6), 427–430. https://doi. org/10.1055/s-2008-1038929.

Do, T. T., Nguyen, T. V. A., Vu, X. T., & Nguyen, T. P. T. (2018). Seeking healthcare as a transgender woman in Vietnam: Access barriers and the situation of hormone use. *Regional Journal of Southeast Asian Studies*, *3*(2), 30–58. http://www.rjseas.org/journalview/5

Donnez, J., & Dolmans, M. M. (2015). Ovarian cortex trans- plantation: 60 reported live births brings the success and worldwide expansion of the technique towards routine clinical practice. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, *32*(8), 1167–1170. https://doi.org/10.1007/ s10815-015-0544-9.

Downing, J. M., & Przedworski, J. M. (2018). Health of transgender adults in the U.S., 2014–2016. *American Journal of Preventive Medicine*, *55*(3), 336–344. https:// doi.org/10.1016/j.amepre.2018.04.045.

Dragon, C. N., Guerino, P., Ewald, E., & Laffan, A. M. (2017). Transgender Medicare beneficiaries and chronic conditions: Exploring fee-for-service claims data. *LGBT Health*, *4*(6), 404–411. https://doi.org/10.1089/ lgbt.2016.0208.

Drescher, J., Cohen-Kettenis, P. T., & Reed, G. M. (2016). Gender incongruence of childhood in the ICD-11: Controversies, proposal, and rationale. *The Lancet Psychiatry*, *3*(3), 297–304. https://doi.org/10.1016/ S2215-0366(15)00586-6.

Drescher, J., Cohen-Kettenis, P., & Winter, S. (2012). Minding the body: situating gender identity diagnosesin the ICD-11. *International Review of Psychiatry*, *24*(6), 568–577. https://doi.org/10.3109/09540261.2012.741575.

Drummond, K. D., Bradley, S. J., Peterson-Badali, M., & Zucker, K. J. (2008). A follow-up study of girls with gender identity disorder. *Developmental Psychology*, *44*(1), 34–45. https://doi.org/10.1037/0012-1649.44.1.34.

DSD-TRN—Differences or Disorders of Sex Development Translational Research Network. (n.d.). http://dsdtrn.org/. Du Bois, S. N., Yoder, W., Guy, A. A., Manser, K., & Ramos, S. (2018). Examining associations between state-level transgender policies and transgender health. *Transgender Health*, *3*(1), 220–224. https://doi.org/10.1089/ trgh.2018.0031.

Dubin, S. N., Nolan, I. T., Streed, C. G.Jr., Greene, R. E., Radix, A. E., & Morrison, S. D. (2018). Transgender health care: improving medical students' and residents' training and awareness. *Advances in Medical Education and Practice*, *9*, 377–91. https://doi.org/10.2147/AMEP. S147183.

Dubin, S., Lane, M., Morrison, S., Radix, A., Belkind, U., Vercler, C., & Inwards-Breland, D. (2020). Medically as- sisted gender affirmation: When children and parents disagree. *Journal of Medical Ethics*, *46*(5), 295–299. https://doi.org/10.1136/medethics-2019-105567.

Duby, Z., Hartmann, M., Mahaka, I., Munaiwa, O., Nabukeera, J., Vilakazi, N., Mthembu, F., Colvin, C. J., Mensch, B., & van der Straten, A. (2015). Lost in Translation: Language, terminology, and understanding of penile–anal intercourse in an HIV prevention trial in South Africa, Uganda, and Zimbabwe. *The Journal of Sex Research*, *53*(9), 1096–1106. https://doi.org/10.1080/0022 4499.2015.1069784.

Duranteau, L., Rapp, M., van de Grift, T. C., Hirschberg, A. L., & Nordenskjöld, A. (2021). Participant- and clinician-reported long-term outcomes after surgery in individuals with complete androgen insensitivity syn- drome. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, *34*(2), 168–175. https://doi.org/10.1016/j.jpag.2020.11.012. Durwood, L., Eisner, L., Fladeboe, K., Ji, C. G., Barney, S.,McLaughlin, K. A., & Olson, K. R. (2021). Social support and internalizing psychopathology in transgender youth. *Journal of Youth and Adolescence*, 50(5), 841–854. https:// doi.org/10.1007/s10964-020-01391-y.

Durwood, L., McLaughlin, K. A., & Olson, K. R. (2017). Mental health and self-worth in socially transitioned transgender youth. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *56*(2), 116–123. https:// doi.org/10.1016/j.jaac.2016.10.016.

Dy, G. W., Granieri, M. A., Fu, B. C., Vanni, A. J., Voelzke, B., Rourke, K. F., Elliott, S. P., Nikolavsky, D., & Zhao, L. C. (2019). Presenting complications to a reconstructive urologist after masculinizing genital reconstructive sur- gery. *Urology*, *132*, 202–206. https://doi.org/10.1016/j. urology.2019.04.051.

Dyer, C. (2020). Children are "highly unlikely" to be ableto consent to taking puberty blockers, rules High Court. *BMJ*, m4699. https://doi.org/10.1136/bmj.m4699.

Ediati A., Juniarto, A. Z., Birnie, E., Okkerse, J., Wisniewski, A., Drop, S., Dessens, A. (2017). Ediati, A., Juniarto, A. Z., Birnie, E., Okkerse, J., Wisniewski, A., Drop, S., Faradz, S. M. H., & Dessens, A. (2017). Social stigmati- sation in late identified patients with disorders of sex development in Indonesia. *BMJ Paediatrics Open*, *1*(1), e000130. https://doi.org/10.1136/bmjpo-2017-000130.

Edmo v. Idaho Department of Corrections, Corizon, Inc. et al.; case number 1:17-cv-151-BLW, 2020.

Edwards-Leeper, L., Feldman, H. A., Lash, B. R., Shumer, D.E., & Tishelman, A. C. (2017). Psychological profile of the first sample of transgender youth presenting for medical intervention in a U.S. pediatric gender center. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, *4*(3), 374–382.

Edwards-Leeper, L., Leibowitz, S., & Sangganjanavanich, V. F. (2016). Affirmative practice with transgender and gen-

der nonconforming youth: Expanding the model. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, *3*(2), 165–172. https://doi.org/10.1037/sgd0000167.

Edwards-Leeper, L., & Spack, N. P. (2012). Psychological evaluation and medical treatment of transgender youth in an interdisciplinary "Gender Management Service" (GeMS) in a major pediatric center. *Journal of Homosexuality*, *59*(3), 321–336. https://doi.org/10.1080/0 0918369.2012.653302.

Efstathiou, E., Davis, J. W., Pisters, L., Li, W., Wen, S., McMullin, R. P., Gormley, M., Ricci, D., Titus, M., Hoang, A., Zurita, A. J., Tran, N., Peng, W., Kheoh, T., Molina, A., Troncoso, P., & Logothetis, C. J. (2019). Clinical and biological characterisation of localised high-risk prostate cancer: Results of a randomised pre- operative study of a luteinising hormone-releasing hor- mone agonist with or without abiraterone acetate plus prednisone. *European Urology*, *76*(4), 418–424. https://doi.org/10.1016/j.eururo.2019.05.010.

Eftekhar Ardebili, M., Janani, L., Khazaei, Z., Moradi, Y.,& Baradaran, H. R. (2020). Quality of life in people with transsexuality after surgery: A systematic review and meta-analysis. *Health and Quality of Life Outcomes*, *18*, 264. https://doi.org/10.1186/s12955-020-01510-0.

Ehrensaft, D. (2016). *The gender creative child: Pathways for nurturing and supporting children who live outside gender boxes*. The Experiment.

Ehrensaft, D. (2018). Exploring gender expansive expres- sions. In Keo-Meier, C., & Ehrensaft, D. (Eds), *The gen- der affirmative model*: *An interdisciplinary approach tosupporting transgender and gender expansive children*. American Psychological Association.

Ehrensaft, D., Giammattei, S. V., Storck, K., Tishelman, A.C., & Keo-Meier, C. (2018). Prepubertal social gender transitions: What we know; what we can learn—A view from a gender affirmative lens. *International Journal of Transgenderism*, *19*(2), 251–268. https://doi.org/10.1080/ 15532739.2017.1414649.

Eisenberg, M. E., Gower, A. L., McMorris, B. J., Rider, G.N., Shea, G., & Coleman, E. (2017). Risk and protective factors in the lives of transgender/gender nonconforming adolescents. *Journal of Adolescent Health*, *61*(4), 521–526. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2017.04.014.

Eisenberg, M. E., McMorris, B. J., Rider, G. N., Gower, A.L., & Coleman, E. (2020). "It's kind of hard to go to the doctor's office if you're hated there." A call for gender-affirming care from transgender and gender di- verse adolescents in the United States. *Health & Social Care in the Community*, *28*(3), 1082–1089. https://doi. org/10.1111/hsc.12941.

Elamin, M. B., Garcia, M. Z., Murad, M. H., Erwin, P. J., & Montori, V. M. (2010). Effect of sex steroid use on cardio- vascular risk in transsexual individuals: A systematic review and meta-analyses. *Clinical Endocrinology* , *72*(1), 1–10. https://doi.org/10.1111/j.1365-2265.2009.03632.x.

El-Hadi, H., Stone, J., Temple-Oberle, C., & Harrop, A. R. (2018). Gender-affirming surgery for transgender indi- viduals: Perceived satisfaction and barriers to care. *Plastic Surgery*, *26* (4), 263–268. https://doi.org/10.1177/2292550318767437.

Eliason, M. J., Dibble, S., & DeJoseph, J. (2010). Nursing's silence on lesbian, gay, bisexual, and transgender issues: The need for emancipatory efforts. *Advances in Nursing Science*, *33*(3), 206–218.218. https://doi.org/10.1097/ ANS.0b013e3181e63e49.

Ellens, R. E. H., Bakula, D. M., Mullins, A. J., Scott Reyes, K. J., Austin, P., Baskin, L., Bernabé, K., Cheng, E. Y., Fried, A., Frimberger, D., Galan, D., Gonzalez, L.,Greenfield, S., Kolon, T., Kropp, B., Lakshmanan, Y., Meyer, S., Meyer, T., Mullins, L. L., & Nokoff, N. J.(2017). Psychological adjustment of parents of children born with atypical genitalia 1 Year after genitoplasty. *Journal of Urology*, *198*(4), 914–920. https://doi.org/10.1016/j.juro.2017.05.035.

Ellis, S. A., Wojnar, D. M., & Pettinato, M. (2015). Conception, pregnancy, and birth experiences of male and gender variant gestational parents: It's how we could have a family. *Journal of Midwifery and Women's Health*, *60*(1), 62–69. https://doi.org/10.1111/jmwh.12213.

Ellis, S. J., Wakefield, C. E., McLoone, J. K., Robertson, E. G., & Cohn, R. J. (2016). Fertility concerns among child and adolescent cancer survivors and their parents: A qualitative analysis. *Journal of Psychosocial Oncology*, *34*(5), 347–362. https://doi.org/10.1080/07347332.2016.11 96806.

Embaye, N. (2006). Affirmative psychotherapy with bisex-ual transgender people. *Journal of Bisexuality*, *6*(1-2), 51–63. https://doi.org/10.1300/J159v06n01_04.

Emmer, P., Lowe, A., & Marshall, R. B. (2011). *This is a prison, glitter is not allowed : Experiences of trans and gender variant people in Pennsylvania's Prison Systems :A report by the hearts on a wire collective*. Hearts On A Wire Collective.

Endocrine Society, Pediatric Endocrine Society. (2020).*Position statement: Transgender health*. Endocrine Society. Ernst, M. E., Sandberg, D. E., Keegan, C., Quint, E. H.,Lossie, A. C., & Yashar, B. M. (2016). The lived experi- ence of MRKH: Sharing health information with peers. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, *29*(2), 154–158. https://doi.org/10.1016/j.jpag.2015.09.009.

Equality and Human Rights Commission. (2021) Guide on Article 8 of the European Convention on Human Rights (2021). *Right to respect for private and family life, home and correspondence.* https://www.equalityhumanrights. com/en/human-rights-act/article-8-respect-you r-private-and-family-life

Esmonde, N., Heston, A., Jedrzejewski, B., Ramly, E., Annen, A., Guerriero, J., Hansen, J., & Berli, J. (2019). What is "nonbinary" and what do I need to know? A primer for surgeons providing chest surgery for trans- gender patients. *Aesthetic Surgery Journal*, *39*(5), NP106– NP112. https://doi.org/10.1093/asj/sjy166.

Esteva de Antonio, I., Gómez-Gil, E., & GIDSEEN Group (2013). Coordination of healthcare for transsexual per-

sons: A multidisciplinary approach. *Current Opinions Endocrinology, Diabetes and* Obesity, *20*(6), 585–591. https://doi.org/10.1097/01.med.0000436182.42966.31.

Ethics Committee of the American Society for Reproductive Medicine. (2015). Access to fertility services by trans- gender persons: An Ethics Committee opinion. *Fertilityand Sterility*, *104*(5), 1111–1115. https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2015.08.021.

Ettner, R. (2013). Care of the elderly transgender patient.*Current Opinion in Endocrinology, Diabetes and Obesity*, *20* (6), 580–584. https://doi.org/10.1097/01.med.0000436183.34931.a5.

Ettner, R., & Wylie, K. (2013). Psychological and social adjustment in older transsexual people. *Maturitas*, *74*(3), 226–229. https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2012.11.011. Ettner, R., Monstrey, S., & Coleman, E. (2016). *Theories ofthe etiology of transgender identity*. In R. Ettner, S. Monstrey, & E. Coleman (Eds.), *Principles of Transgender Medicine and Surgery* (pp. 17–29). Routledge.

European Medicines Agency. (2020). *Restrictions in use of cyproterone due to meningioma risk*. https://www.ema.europa.eu/en/documents/referral/cyproterone-articl e-31-referral-restrictions-use-cyproterone-due-meningioma-risk_en-0.pdf

European Union Agency for Fundamental Rights. (2020). *EU-LGBTI II: A long way to go for LGBTI equality*. Publications Office of the European Union.

Evans, S., Crawley, J., Kane, D., & Edmunds, K. (2021). The process of transitioning for the transgender individual and the nursing imperative: A narrative review. *Journalof Advanced Nursing*, *77*(12), 4646–4660. https://doi. org/10.1111/jan.14943.

Ewald, E. R., Guerino, P., Dragon, C., Laffan, A. M., Goldstein, Z., & Streed, C. (2019). Identifying Medicare beneficiaries accessing transgender-related care in the eraof ICD-10. *LGBT Health*, *6*(4), 166–173. https://doi. org/10.1089/lgbt.2018.0175.

Expósito-Campos, P. (2021). A typology of gender detran- sition and its implications for healthcare providers. *Journal of Sex & Marital Therapy*, *47*(3), 270–280. https://doi.org/10.1080/0092623X.2020.1869126.

Eyssel, J., Koehler, A., Dekker, A., Sehner, S., & Nieder, T. O. (2017). Needs and concerns of transgender individu-als regarding interdisciplinary transgender healthcare: A non-clinical online survey. *PloS One*, *12*(8), e0183014. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0183014.

Fabbre, V. D., & Gaveras, E. (2020). The manifestation of multilevel stigma in the lived experiences of transgender and gender nonconforming older adults. *American Journal of Orthopsychiatry*, *90*(3), 350. https://doi.org/10.1037/ort0000440.

Fakin, R. M., Zimmermann, S., Kaye, K., Lunger, L., Weinforth, G., & Giovanoli, P. (2019). Long-term out- comes in breast augmentation in trans-women: A 20-year experience. *Aesthetic Surgery Journal*, *39*(4), 381–390. https://doi.org/10.1093/asj/sjy143.

Falcone, M., Garaffa, G., Gillo, A., Dente, D., Christopher, A. N., & Ralph, D. J. (2018). Outcomes of inflatable penile prosthesis insertion in 247 patients completing female to male gender reassignment surgery. *BJU International*, *121*(1), 139–144. https://doi.org/10.1111/ bju.14027.

Fast, A. A., & Olson, K. R. (2017). Gender development in transgender preschool children. *Child Development*, 89(2), 620–637. https://doi.org/10.1111/cdev.12758.

Fayne, R. A., Perper, M., Eber, A. E., Aldahan, A. S., & Nouri, K. (2018). Laser and light treatments for hair reduction in Fitzpatrick skin types IV–VI: A comprehen- sive review of the literature. *American Journal of Clinical Dermatology*, *19*(2), 237–252. https://doi.org/10.1007/ s40257-017-0316-7.

Fedele, D. A., Kirk, K., Wolfe-Christensen, C., Phillips, T. M., Mazur, T., Mullins, L. L., Chernausek, S. D., & Wisniewski, A. B. (2010). Primary caregivers of children affected by disorders of sex development: Mental healthand caregiver characteristics in the context of genital ambiguity and genitoplasty. *International Journal of Pediatric Endocrinology*, *2010*, 1–7. https://doi.org/10.1155/2010/690674.

Federal Bureau of Prisons. (2016). *Transgender clinical care.* https://www.bop.gov/resources/pdfs/trans_guide_dec_2016.pdf

Feinberg, L. (1996). *Transgender warriors; Making history from Joan of Arc to Marsha* P. *Johnson and Beyond*. Beacon Press.

Feldman, J., Brown, G. R., Deutsch, M. B., Hembree, W., Meyer, W., Meyer-Bahlburg, H. F., Tangpricha, V.,T'Sjoen, G., & Safer, J. D. (2016). Priorities for trans-gender medical and healthcare research. *Current Opinion in Endocrinology, Diabetes, and Obesity*, *23*(2), 180–187. https://doi.org/10.1097/MED.0000000000000231.

Ferguson, H. J., Brunsdon, V. E. A. & Bradford, E. E. F. (2021). The developmental trajectories of executive func- tion from adolescence to old age. *Science Reports*, *11*, 1382. https://doi.org/10.1038/s41598-020-80866-1.

Fernandez, A. A., França, K., Chacon, A. H., & Nouri, K. (2013). From flint razors to lasers: A timeline of hair removal methods. *Journal of Cosmetic Dermatology*, *12*(2), 153–162. https://doi.org/10.1111/jocd.12021.

Ferrando, C. A. (2020). Adverse events associated with gen- der affirming vaginoplasty surgery. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, *223*(2), 267.e1–267.e6. https://doi.org/10.1016/j.ajog.2020.05.033.

Fiani, C. N., & Han, H. J. (2019). Navigating identity: Experiences of binary and non-binary transgender and gender non-conforming (TGNC) adults. *International Journal of Transgenderism*, *20*(2-3), 181–194. https://doi.org/10.1080/15532739.2018.1426074.

Fielding, L. (Ed.). (2021). *Trans sex: Clinical approaches to trans sexualities and erotic embodiments* (Vol. 1). Routledge. https://doi.org/10.4324/9780429318290.

Finlayson, C., Johnson, E. K., Chen, D., Dabrowski, E., Gosiengfiao, Y., Campo-Engelstein, L., & Woodruff, T. K. (2016). Proceedings of the working group session on fertility preservation for individuals with gender and sex diversity. *Transgender Health*, *1*(1), 99–107. https://doi.org/10.1089/trgh.2016.0008.

Fischer, O. J. (2021). Non-binary reproduction: Stories ofconception, pregnancy, and birth. *International Journal of Transgender Health*, *22* (1–2), 77–88. https://doi.org/1 0.1080/26895269.2020.1838392.

Fisher, A. D., Castellini, G., Ristori, J., Casale, H., Cassioli, E., Sensi, C., & Maggi, M. (2016). Cross-sex hormone treatment and psychobiological changes in transsexual persons: Two-year follow-up data. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, *101*(11), 4260–4269. https://doi.org/10.1210/jc.2016-1276.

Fisher, A. D., Ristori, J., Fanni, E., Castellini, G., Forti, G.,& Maggi, M. (2016). Gender identity, gender assignment and reassignment in individuals with disorders of sex development: A major of dilemma. *Journal of Endocrinological Investigation*, *39*(11), 1207–1224. https://doi.org/10.1007/s40618-016-0482-0.

Fisher, C. M., Waling, A., Kerr, L., Bellamy, R., Ezer, P., & Mikolajczak, G. (2019). *6th National Survey of Australian Secondary Students and Sexual Health 2018* (ARCSHSMonograph Series No. 113). Australian Research Centrein Sex, Health & Society.

Fitzpatrick, L. A., Pace, C., Wiita, B. (2000). Comparisonof regimens containing oral micronized progesterone or medroxyprogesterone acetate on quality of life in post-menopausal women: A cross-sectional survey. *Journal of Womens Health & Gender-Based Medicine*. *9*(4), 381–387. https://doi.org/10.1089/15246090050020691.

Fix, L., Durden, M., Obedin-Maliver, J., Moseson, H., Hastings, J., Stoeffler, A., & Baum, S. E. (2020). Stakeholder perceptions and experiences regarding access to contraception and abortion for transgender, non-binary, and gender-expansive individuals assigned female at birth in the U.S. *Archives of Sexual Behaviour*, *49*(7), 2683–2702. https://doi.org/10.1007/s10508-020-01707-w.

Fleming, L., Knafl, K., & Van Riper, M. (2017). How the child's gender matters for families having a child withcongenital adrenal hyperplasia. *Journal of Family Nursing*, *23*(4), 516–533. https://doi.org/10.1177/1074840717735499.

Flentje, A., Heck, N. C., Brennan, J. M., & Meyer, I. H. (2020). The relationship between minority stress and bi- ological outcomes: A systematic review. *Journal of Behavioral Medicine*, *43*(5), 673–694. https://doi. org/10.1007/s10865-019-00120-6.

Fraser, L. (2009a). Psychotherapy in the world professional association for transgender health's standards of care: Background and recommendations. *International Journalof Transgenderism*, *11*(2), 110–126. https://doi. org/10.1080/15532730903008057.

Fraser, L. (2009b). Depth psychotherapy with transgender people. *Sex and Relationship Therapy*, *24*(2), 126–142. https://doi.org/10.1080/14681990903003878.

Frederick, M. J., Berhanu, A. E., & Bartlett, R. (2017). Chest surgery in female to male transgender individuals. *Annalsof Plastic Surgery*, *78*(3), 249–253. https://doi.org/10.1097/SAP.0000000000000882.

Frederick, N. N., Campbell, K., Kenney, L. B., Moss, K., Speckhart, A., & Bober, S. L. (2018). Barriers and facil- itators to sexual and reproductive health communication between pediatric oncology clinicians and adolescent and young adult patients: The clinician perspective. *Pediatric Blood and Cancer*, *65*(8), e27087. https://doi.org/10.1002/ pbc.27087.

Fredriksen-Goldsen, K. I. (2011). Resilience and disparities among lesbian, gay, bisexual, and transgender olderadults. *The Public Policy and Aging Report*, *21*(3), 3. https://doi.org/10.1093/ppar/21.3.3.

Fredriksen-Goldsen, K. I., Cook-Daniels, L., Kim, H. J., Erosheva, E. A., Emlet, C. A., Hoy-Ellis, C. P., Goldsen,J., & Muraco, A. (2014). Physical and mental health of transgender older adults: An at-risk and underserved population. *The Gerontologist*, *54*(3), 488–500. https://doi. org/10.1093/geront/gnt021.

Frey, J. D., Poudrier, G., Thomson, J. E., & Hazen, A. (2017).A historical review of gender-affirming medicine: Focuson genital reconstruction surgery. *Journal of SexualMedicine*, *14*(8), 991–1002. https://doi.org/10.1016/j. jsxm.2017.06.007.

Fung, R., Gallibois, C., Coutin, A., & Wright, S. (2020).Learning by chance: Investigating gaps in transgender care education amongst family medicine, endocrinology, psychiatry and urology residents. *Canadian Medical Education Journal*, *11*(4), e19–e28. https://doi. org/10.36834/cmej.53009.

Furtado, P. S., Moraes, F., Lago, R., Barros, L. O., Toralles, M. B., & Barroso, U. (2012). Gender dysphoria associated with disorders of sex development. *Nature Reviews Urology*,*9*(11), 620–627. https://doi.org/10.1038/nrurol.2012.182.

Gaither, T. W., Awad, M. A., Osterberg, E. C., Murphy, G.P., Romero, A., Bowers, M. L., & Breyer, B. N. (2018). Postoperative complications following primary penile in- version vaginoplasty among 330 male-to-female trans- gender patients. *Journal of Urology*, *199*(3), 760–765. https://doi.org/10.1016/j.juro.2017.10.013.

Galupo, M. P., Henise, S. B., & Mercer, N. L. (2016). "The labels don't work very well": Transgender individuals' conceptualizations of sexual orientation and sexual iden- tity. *International Journal of Transgenderism*, *17*(2), 93– 104. https://doi.org/10.1080/15532739.2016.1189373.

Galupo, M. P., Pulice-Farrow, L., Clements, Z. A., & Morris, E. R. (2019). "I love you as both and I love you as nei- ther": Romantic partners' affirmations of nonbinary trans individuals. *International Journal of Transgenderism*, *20*(2-3), 315–327. https://doi.org/10.1080/15532739.2018. 1496867.

Gamarel, K. E., Mereish, E. H., Manning, D., Iwamoto, M., Operario, D., & Nemoto, T. (2015). Minority stress, smoking patterns, and cessation attempts: Findings froma community-sample of transgender women in the San Francisco Bay area. *Nicotine & Tobacco Research*, *18*(3), 306–313. https://doi.org/10.1093/ntr/ntv066.

Gao, Y., Maurer, T., & Mirmirani, P. (2018). Understanding and addressing hair disorders in transgender individuals. *American Journal of Clinical Dermatology*, *19*(4), 517–527. https://doi.org/10.1007/s40257-018-0343-z.

Garaffa, G., Ralph, D. J., & Christopher, N. (2010). Total urethral construction with the radial artery-based forearm free flap in the transsexual. *BJU International*, *106*(8), 1206–1210. https://doi.org/10.1111/j.1464-410X.2010.09247.x.

Garcia, M. M. (2018). Sexual function after shallow and full-depth vaginoplasty: Challenges, clinical findings, and treatment strategies—Urologic perspectives. *Clinical Plastic Surgery*, *45*(3), 437–446. https://doi.org/10.1016/j. cps.2018.04.002.

Garcia, M. M. (2021). Decision-making in masculinizing surgery and feminizing surgery. In D. Nikolavsky & S. A. Blakely (Eds.), *Urological Care for the Transgender Patient: A Comprehensive Guide* (pp. 7–21). Springer.

Garcia, M. M., & Zaliznyak, M. (2020). Effects of feminiz- ing hormone therapy on sexual function of fransgender women. *Journal of Urology*, *203*(Suppl. 4), e672–e672. https://doi.org/10.1097/JU.0000000000000900.020.

Garcia, M. M., Christopher, N. A., De Luca, F., Spilotros, M., & Ralph, D. J. (2014). Overall satisfaction, sexual function, and the durability of neophallus dimensions following staged female to male genital gender confirm- ing surgery: The Institute of Urology, London U.K. ex- perience. *Translational Andrology and Urology*, *3*(2), 156–162. https://doi.org/10.3978/j.issn.2223-4683.2014.04.10.

Gardner, M., & Steinberg, L. (2005). Peer influence on risk taking, risk preference, and risky decision making in adolescence and adulthood: An experimental study. *Developmental Psychology*, *41(*4), 625–635. https://doi.org/10.1037/0012-1649.41.4.625.

Garrison, S. (2018). On the limits of "trans enough": Authenticating trans identity narratives. *Gender & Society*, *32*(5), 613–637. https://doi.org/10.1177/0891243218780299.

Gava, G., Cerpolini, S., Martelli, V., Battista, G., Seracchioli, R., & Meriggiola, M. C. (2016). Cyproterone acetate vs leuprolide acetate in combination with transdermal oes- tradiol in transwomen: A comparison of safety and ef-fectiveness. *Clinical Endocrinology*, *85*(2), 239–246. https://doi.org/10.1111/cen.13050.

Gava, G., Mancini, I., Alvisi, S., Seracchioli, R., & Meriggiola, M. C. (2020). A comparison of 5-year administration of cyproterone acetate or leuprolide acetate in combination with estradiol in transwomen. *European Journal of Endocrinology*, *183*(6), 561–569. https://doi.org/10.1530/EJE-20-0370.

Gava, G., Mancini, I., Cerpolini, S., Baldassarre, M., Seracchioli, R., & Meriggiola, M. C. (2018). Testosterone undecanoate and testosterone enanthate injections are both effective and safe in transmen over 5 years of ad- ministration. *Clinical Endocrinology*, *89*(6), 878–886. https://doi.org/10.1111/cen.13821.

Gelfer, M. P., & Tice, R. M. (2013). Perceptual and acous-tic outcomes of voice therapy for male-to-female trans- gender individuals immediately after therapy and 15 months later. *Journal of Voice*, *27*(3), 335–347. https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2012.07.009.

Geneid, A., Rihkanen, H., & Kinnari, T. J. (2015). Long-term outcome of endoscopic shortening and stiffening of the vocal folds to raise the pitch. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology*, *272*(12), 3751–3756. https://doi.org/10.1007/s00405-015-3721-7.

Gerritse, K., Hartman, L., Antonides, M. F., Wensing-Kruger, A., de Vries, A. L. C., & Molewijk, B. C. (2018). Moral challenges in transgender care: A thematic analysis based on a focused ethnography. *Archives of Sexual Behaviour*, *47*(8), 2319–2333. https://doi.org/10.1007/s10508-018-1287-3.

Getahun, D., Nash, R., Flanders, W. D., Baird, T. C., Becerra-Culqui, T. A., Cromwell, L., Hunkeler, E., Lash, T. L., Millman, A., Quinn, V. P., Robinson, B., Roblin,D., Silverberg, M. J., Safer, J., Slovis, J., Tangpricha, V.,& Goodman, M. (2018). Cross-sex hormones and acute cardiovascular events in transgender persons: A cohort study. *Annals of Internal Medicine*, *169*(4), 205–213. https://doi.org/10.7326/M17-2785.

Gezer, E., Piro, B., Cantürk, Z., Çetinarslan, B., Sözen, M., Selek, A., Işik, A. P., & Seal, L. J. (2021). The comparison of gender dysphoria, body image satisfaction and quali-ty of life between treatment-naive transgender males with and without polycystic ovary syndrome. *Transgender Health*. Advance online publication. https://doi. org/10.1089/trgh.2021.0061

Gibson, D. J., Glazier, J. J., Olson, K. R. (2021). Evaluationof anxiety and depression in a community sample of transgender youth. *JAMA Network Open* 4, e214739. https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.4739.

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. https://doi.org/10.10 80/26895269.2022.2028693.

Giffort, D. M., & Underman, K. (2016). The relationship between medical education and trans health disparities: A call to research. *Sociology Compass*, *10*(11), 999–1013. https://doi.org/10.1111/soc4.12432.

Gils, L., & Brewaeys, A. (2007). Surgical treatment of gen- der dysphoria in adults and adolescents: Recent devel- opments, effectiveness, and challenges. *Annual Review of Sex Research*, *18*, 178–184.

Giltay, E. J., & Gooren, L. J. (2000). Effects of sex steroid deprivation/administration on hair growth and skin se- bum production in transsexual males and females. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, *85*(8), 2913– 2921. https://doi.org/10.1210/jcem.85.8.6710.

Giltay, E. J., Gooren, L. J. G., Emeis, J. J., Kooistra, T., & Stehouwer, C. D. A. (2000). Oral, but not transdermal, administration of estrogens lowers tissue-type plasmino- gen activator levels in humans without affecting endo- thelial synthesis. *Arteriosclerosis, Thrombosis, and Vascular Biology*, *20*(5), 1396–1403. https://doi.org/10.1161/01. ATV.20.5.1396.

Giordano, S. (2008). Lives in a chiaroscuro. Should we suspend the puberty of children with gender identity disorder? *Journal of Medical Ethics*, *34*(8), 580–584. https://doi.org/10.1136/jme.2007.021097.

Giordano, S., & Holm, S. (2020). Is puberty delaying treat- ment 'experimental treatment'?. *International Journal of Transgender Health*, *21(*2), 113–121. https://doi.org/10.1080/26895269.2020.1747768.

Giovanardi, G., Mirabella, M., Di Giuseppe, M., Lombardo, F., Speranza, A. M., & Lingiardi, V. (2021). Defensive functioning of individuals diagnosed with gender dys- phoria at the beginning of their hormonal treatment. *Frontiers in Psychology*, *12*, 665547. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.665547.

Giovanardi, G., Vitelli, R., Maggiora Vergano, C., Fortunato, A., Chianura, L., Lingiardi, V., & Speranza, A. M. (2018). Attachment patterns and complex trauma in a sample of adults diagnosed with gender dysphoria. *Frontiers in Psychology*, *9*, 60. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00060.

GIRES, LGBT Foundation, Mermaids, Ozanne Foundation, and Stonewall. (2020). *Conversion therapy and gender identity survey.* Stonewall. https://www.stonewall.org.uk/system/files/2020_conversion_therapy_and_gender_identity_survey.pdf

Glaser, R. L. M. F., Newman, M. M., Parsons, M. M., Zava, D. P., & Glaser-Garbrick, D. (2009). Safety of maternal testosterone therapy during breast feeding. *International Journal of Pharmaceutical Compounding*, *13*(4), 314–317. Glaser, J., Nouri, S., Fernandez, A., Sudore, R. L., Schillinger,D., Klein-Fedyshin, M., & Schenker, Y. (2020). Interventions to improve patient comprehension in in- formed consent for medical and surgical procedures: An updated systematic review. *Medical Decision Making*, *40*(2), 119–143. https://doi.org/10.1177/0272989x19896348. Glick, J. C., Leamy, C., Molsberry, A. H., & Kerfeld, C. I.(2020). Moving toward equitable health care for lesbian, gay, bisexual, transgender, and queer patients: Education and training in physical therapy education. *Journal of Physical Therapy Education*, *34*(3), 192–197. 10.1097/JTE.0000000000000140.

Glidden, D., Bouman, W. P., Jones, B., & Arcelus, J. (2016). Autistic spectrum disorders and gender dysphoria: A systematic review. *Sexual Medicine Reviews*, *4*(1), 3–14. https://doi.org/10.1016/j.sxmr.2015.10.003.

Glynn, T. R., Gamarel, K. E., Kahler, C. W., Iwamoto, M., Operario, D., & Nemoto, T. (2016). The role of gender affirmation in psychological well-being among transgen- der women. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, *3*(3), 336. https://doi.org/10.1037/sgd0000171.

Godfrey, L. M. (2021). Mental health outcomes among in- dividuals with 46,XY disorders of sex development: A systematic review. *Journal of Health Psychology*, *26*(1), 40–59. https://doi.org/10.1177/1359105320909863.

Goetz, T. G., & Arcomano, A. C. (2022). "X" marks the transgressive gender: A qualitative exploration of legal gender-affirmation. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health*, Advance online publication. https://doi.org/10.1080/19359705.2021.2008572.

Goldhammer, H., Marc, L. G., Psihopaidas, D., Chavis, N.S., Massaquoi, M., Cahill, S., Rebchook, G., Reisner, S., Mayer, K. A., Cohen, S. M., & Keuroghlian, A. S. (2022). HIV care continuum interventions for transgender women: A topical review. *Public Health Reports*, Advance online publication. https://doi.org/10.1177/00333549211065517.

Goldstein, Z., Khan, M., Reisman, T., & Safer, J. D. (2019). Managing the risk of venous thromboembolism in trans- gender adults undergoing hormone therapy. *Journal of Blood Medicine*, *10*, 209–216. https://doi.org/10.2147/JBM.S166780.

Golub, S. A., Fikslin, R. A., Starbuck, L., & Klein, A. (2019). High rates of PrEP eligibility but low rates of PrEP access among a national sample of transmasculine individuals.*Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, *82*(1), e1–e7. https://doi.org/10.1097/qai.0000000000002116.

Gomez, A. M., Đỗ, L., Ratliff, G. A., Crego, P. I., & Hastings, J. (2020). Contraceptive beliefs, needs, and care experi- ences among transgender and nonbinary young adults. *The Journal of Adolescent Health*, *67(*4), 597–602. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2020.03.003.

Gómez-Gil, E., Zubiaurre-Elorza, L., Esteva, I., Guillamon,A., Godás, T., Cruz Almaraz, M., & Salamero, M. (2012). Hormone-treated transsexuals report less social distress, anxiety and depression. *Psychoneuroendocrinology*, *37*(5), 662–670. https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2011.08.010. Gong, E. M., & Cheng, E. Y. (2017). Current challenges with proximal hypospadias: We have a long way to go. *Journal of Pediatric Urology*, *13*(5), 457–467. https://doi.org/10.1016/j.jpurol.2017.03.024.

Goodman, M., Adams, N., Corneil, T., Kreukels, B., Motmans, J., & Coleman, E. (2019). Size and distributionof transgender and gender nonconforming populations: A narrative review. *Endocrinology and Metabolism Clinics*, *48*(2), 303–321. https://doi.org/10.1016/j.ecl.2019.01.001.

Gooren, L. J., van Trotsenburg, M. A., Giltay, E. J., & van Diest, P. J. (2013). Breast cancer development in trans- sexual subjects receiving cross-sex hormone treatment. *The Journal of Sexual Medicine*, *10*(12), 3129–3134. https://doi.org/10.1111/jsm.12319.

Gooren, L. J., Wierckx, K., & Giltay, E. J. (2014). Cardiovascular disease in transsexual persons treated with cross-sex hormones: Reversal of the traditional sex dif-ference in cardiovascular disease pattern. *European Journal of Endocrinology*, *170*(6), 809–819. https://doi. org/10.1530/EJE-14-0011.

Gordon, A. R., Fish, J. N., Kiekens, W. J., Lightfoot, M., Frost, D. M., & Russell, S. T. (2021). Cigarette smoking and minority stress across age cohorts in a national sam-ple of sexual minorities: Results from the Generations Study. *Annals of Behavioral Medicine*, *55*(6), 530–542.https://doi.org/10.1093/abm/kaaa079.

Gorin-Lazard, A., Baumstarck, K., Boyer, L., Maquigneau,A., Gebleux, S., Penochet, J., Pringuey, D., Albarel, F., Morange, I., Loundou, A., Berbis, J., Auquier, P., Lançon, C., & Bonierbale, M. (2012). Is hormonal therapy associ- ated with better quality of life in transsexuals? A cross-sectional study. *The Journal of Sexual Medicine*, *9*(2), 531–541. https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2011.02564.x.

Gorin-Lazard, A., Baumstarck, K., Boyer, L., Maquigneau,A., Penochet, J. C., Pringuey, D., & Auquier, P. (2013).

Hormonal therapy is associated with better self-esteem, mood, and quality of life in transsexuals. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, *201*(11), 996–1000. https://doi.org/10.1097/nmd.0000000000000046.

Gourab, G., Khan, M. N. M., Hasan, A. M. R., Sarwar, G., Irfan, S. D., & Reza, M. M. (2019). The willingness to receive sexually transmitted infection services from pub-lic healthcare facilities among key populations at risk for human immunodeficiency virus infection in Bangladesh: Qualitative study. *PLOS One*, *14*(9), e0221637. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0221637.

Gower, A. L., Rider, G. N., Brown, C., McMorris, B. J., Coleman, E., Taliaferro, L. A., & Eisenberg, M. E. (2018). Supporting transgender and gender diverse youth: Protection against emotional distress and substance use.*American Journal of Preventive Medicine*, *55*(6), 787–794. https://doi.org/10.1016/j.amepre.2018.06.030.

Gower, A. L., Rider, G. N., Coleman, E., Brown, C., McMorris, B. J., & Eisenberg, M. E. (2018). Perceived gender presentation among transgender and gender di- verse youth: Approaches to analysis and associations with bullying victimization and emotional distress. *LGBT Health*, *5*(5), 312–319. https://doi.org/10.1089/ lgbt.2017.0176.

Graham, S. (2010). *Gender diversity in Indonesia: sexuality, Islam and queer selves*. Routledge.

Grannis, C., Leibowitz, S. F., Gahn, S., Nahata, L., Morningstar, M., Mattson, W. I., Chen, D., Strang, J. F.,& Nelson, E. E. (2021). Testosterone treatment, internal- izing symptoms, and body image dissatisfaction in trans- gender boys. *Psychoneuroendocrinology*, *132*, 105358. https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2021.105358.

Grant, J., Lisa, A., Mottet, J., Tanis, D., With, J., Harrison,J., Herman, M., & Keisling, M. H. (2011). *Injustice atevery turn: A report of the National Transgender Discrimination Survey*. https://transequality.org/sites/de-fault/files/docs/resources/NTDS_Report.pdf

Grant, J. M., Mottet, L. A., Tanis, J., Harrison, J., Herman, J. L., & Keisling, M. (2016). *Injustice at every turn: A report of the National Transgender Discrimination Survey 2011*. Washington, DC: National Center for Transgender Equality and National Gay and Lesbian Task Force. https://thetaskforce.org/static_html/downloads/reports/reports/Ntds_full.pdf

Grant, R. M., Pellegrini, M., Defechereux, P. A., Anderson, P. L., Yu, M., Glidden, D. V., O'Neal, J., Yager, J., Bhasin,S., Sevelius, J., & Deutsch, M. B. (2020). Sex hormone therapy and tenofovir diphosphate concentration in dried blood spots: Primary results of the interactions between antiretrovirals and transgender hormones study. *ClinicalInfectious Diseases*, *73*(7), e2117–e2123. https://doi. org/10.1093/cid/ciaa1160.

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. https://doi.org/10.2105/ajph.2020.305701.

Green, R., & Fleming, D. T. (1990). Transsexual surgeryfollow-up: Status in the 1990s. *Annual Review of Sex Research*, *1*(1), 163–174. https://doi.org/10.1080/10532528.1990.10559859.

Greenwald, P., Dubois, B., Lekovich, J., Pang, J. H., & Safer, J. D. (2021). Successful in vitro fertilization in a cisgen-der female carrier using oocytes retrieved from a trans- gender man maintained on testosterone. *AACE Clinical Case Reports*, *8*(1), 19–21. https://doi.org/10.1016/j. aace.2021.06.007.

Greytak, E. A., Kosciw, J. G., & Boesen, M. J. (2013). Putting the "T" in "Resource": The benefits ofLGBT-related school resources for transgender youth. *Journal of LGBT Youth*, *10*(1–2), 45–63. https://doi.org/1 0.1080/19361653.2012.718522.

Griffiths, D. A. (2018). Shifting syndromes: Sex chromosome variations and intersex classifications. *Social Studies of Science*, *48*(1), 125–148. https://doi.org/10.1177/0306312718757081.

Grimstad, F. W., Fowler, K. G., New, E. P., Ferrando, C. A., Pollard, R. R., Chapman, G., Gray, M., & Lobo, V. G. (2020). Ovarian histopathology in transmasculine persons on testosterone: A multicenter case series. *The Journal of Sexual Medicine*, *17*(9), 1807–1818. https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2020.05.029.

Grimstad, F., Fowler, K., New, E., Unger, C., Pollard, R., Chapman, G., Hochberg, L., Gomez-Lobo, V., Gray, M. (2018). Evaluation of uterine pathology in transgender men and gender nonbinary persons on testosterone. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, *31*(2), 217. https://doi.org/10.1016/j.jpag.2018.02.009.

Grimstad, F., Kremen, J., Streed, C. G., & Dalke, K. B. (2021). The health care of adults with differences in sex development or intersex traits is changing: Time to pre- pare clinicians and health systems. *LGBT Health*, *8*(7), 439–443. https://doi.org/10.1089/lgbt.2021.0018.

Grimstad, F., McLaren, H., & Gray, M. (2021). The gyne-cologic examination of the transfeminine person after penile inversion vaginoplasty. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, *224*(3), 266–273. https://doi.org/10.1016/j.ajog.2020.10.002.

Grootens-Wiegers, P., Hein, I. M., van den Broek, J. M., &de Vries, M. C. (2017). Medical decision-making in chil- dren and adolescents: Developmental and neuroscientif-ic aspects. *BMC Pediatrics*, *17*(1). https://doi.org/10.1186/ s12887-017-0869-x.

Gross, M. (1999). Pitch-raising surgery in male-to-female transsexuals. *Journal of Voice*, *13*(2), 246–250. https://doi.org/10.1016/s0892-1997(99)80028-9.

Grossman, A. H., & D'Augelli, A. R. (2006). Transgender youth: Invisible and vulnerable. *Journal of Homosexuality*, *51*(1), 111–128. https://doi.org/10.1300/J082v51n01_06.

Grossman, A. H., & D'Augelli, A. R. (2007). Transgender youth and life-threatening behaviors. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *37*(5), 527–537. https://doi.org/10.1521/suli.2007.37.5.527.

Grossman, A. H., D'Augelli, A. R., Howell, T. J., & Hubbard, S. (2005). Parent' reactions to transgender youth' gender

nonconforming expression and identity. *Journal of Gay& Lesbian Social Services*, *18*(1), 3–16. https://doi.org/10.1300/j041v18n01_02.

Grossman, A. H., Park, J. Y., Frank, J. A., & Russell, S. T. (2019). Parental responses to transgender and gender nonconforming youth: Associations with parent support, parental abuse, and youths' psychological adjustment. *Journal of Homosexuality*, *68*(8), 1–18. https://doi.org/10.1080/00918369.2019.1696103.

Grynberg, M., Fanchin, R., Dubost, G., Colau, J. C.,Bremont-Weil, C., Frydman, R., & Ayoubi, J. M. (2010). Histology of genital tract and breast tissue after long-term testosterone administration in a female-to-male transsex- ual population. *Reproductive Biomedicine Online*, *20*(4), 553–558. https://doi.org/10.1016/j.rbmo.2009.12.021.

Gunjawate, D. R., B. Kumar, R., Ravi, R., & Kunnath, L. S. (2020). Knowledge and attitudes toward transgender com- munity among speech-language pathologists in India: A questionnaire-based exploration. *International Journal of Transgender Health*, *21*(4), 455–462. https://doi.org/10.10 80/26895269.2020.1753135.

Guyatt, G., Oxman, A. D., Akl, E. A., Kunz, R., Vist, G., Brozek, J., Norris, S., Falck-Ytter, Y., Glasziou, P., & de- Beer, H. (2011). GRADE guidelines: 1. Introduction— GRADE evidence profiles and summary of findings tables. *Journal of Clinical Epidemiology*, *64*(4), 383–394. https:// doi.org/10.1016/j.jclinepi.2010.04.026.

Haas, A. P., Eliason, M., Mays, V. M., Mathy, R. M., Cochran, S. D., D'Augelli, A. R., Silverman, M. M., Fisher, P. W., Hughes, T., Rosario, M., Russell, S. T., Malley, E., Reed, J., Litts, D. A., Haller, E., Sell, R. L., Remafedi, G., Bradford, J., Beautrais, A. L., & Brown, G. K. (2010).Suicide and suicide risk in lesbian, gay, bisexual, and transgender populations: Review and recommendations. *Journal of Homosexuality*, 58(1), 10–51. https://doi.org/1 0.1080/00918369.2011.534038.

Hadj-Moussa, M., Agarwal, S., Ohl, D. A., & Kuzon, W. M. (2018). Masculinizing genital gender confirmation sur- gery. *Sexual Medicine Reviews*, 7(1), 141–155. https://doi.org/10.1016/j.sxmr.2018.06.004.

Hadj-Moussa, M., Ohl, D. A., & Kuzon, W. M., Jr.(2018). Feminizing genital gender-confirmation surgery. *Sexual Medicine Reviews*, *6*(3), 457–468.e452. https://doi.org/10.1016/j.sxmr.2017.11.005.

Hafford-Letchfield, T., Simpson, P., Willis, P. B., & Almack, K. (2018). Developing inclusive residential care for old-er lesbian, gay, bisexual and trans (LGBT) people: Anevaluation of the Care Home Challenge action researchproject. *Health & Social Care in the Community*, *26*(2), e312–e320. https://doi.org/10.1111/hsc.12521.

Hage, J. J., Dekker, J., Karim, R. B., Verheijen, R. H. M.,& Bloemena, E. (2000). Ovarian cancer in female-to-male transsexuals: Report of two cases. *Gynecologic Oncology*, *76*(3), 413–415. https://doi.org/10.1006/gyno.1999.5720.

Hagen, D. B., & Galupo, M. P. (2014). Trans* individuals' experiences of gendered language with health care pro- viders: Recommendations for practitioners. *International Journal of Transgenderism*, *15*(1), 16–34. https://doi.org/10.1080/15532739.2014.890560.

Hahn, M., Sheran, N., Weber, S., Cohan, D., &Obedin-Maliver, J. (2019). Providing patient-centered perinatal care for transgender men and gender-diverse individuals: A collaborative multidisciplinary team ap- proach. *Obstetrics and Gynecology*, *135*(5), 959–963. https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000003506.

Hall, R., Mitchell, L., & Sachdeva, J. (2021). Access to care and frequency of detransition among a cohort dischargedby a UK national adult gender identity clinic: Retrospective case-note review. *BJPsych Open*, *7*(6). https://doi.org/10.1192/bjo.2021.1022.

Hamada, A., Kingsberg, S., Wierckx, K., T'Sjoen, G., De Sutter, P., Knudson, G., & Agarwal, A. (2015). Semencharacteristics of transwomen referred for sperm banking before sex transition: A case series. *Andrologia*, *47*(7), 832–838. https://doi.org/10.1111/and.12330.

Hamm, J. A., & Nieder, T. O. (2021). Trans*-sexualität neu denken: Eine partizipative interviewstudie zu gelingender sexualität ohne genitalangleichung. *Zeitschrift für Sexualforschung* , *34* (02), 69–78. https://doi. org/10.1055/a-1477-0412.

Hancock, A. B. (2017). An ICF perspective on voice-related quality of life of American transgender women. *Journalof Voice*, *31*(1), 115.e1–115.e8. https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2016.03.013.

Hancock, A. B., Childs, K. D., & Irwig, M. S. (2017). Trans male voice in the first year of testosterone therapy: Make no assumptions. *Journal of Speech, Language, and HearingResearch* , *60* (9), 2472–2482. https://doi.org/10.1044/2017_JSLHR-S-16-0320.

Hancock, A. B., & Downs, S. C. (2021). Listening to gender-diverse people of color: Barriers to accessing voice and communication care. *American Journal of Speech-Language Pathology*. https://doi.org/10.1044/2021_AJSLP-20-00262.

Hancock, A. B., & Garabedian, L. M. (2013). Transgender voice and communication treatment: A retrospective chart review of 25 cases. *International Journal of Language & Communication Disorders*, *48*(1), 54–65. https://doi. org/10.1111/j.1460-6984.2012.00185.x.

Hancock, A., & Haskin, G. (2015). Speech-language pathol- ogists' knowledge and attitudes regarding lesbian, gay, bisexual, transgender, and queer (LGBTQ) populations. *American Journal of Speech-Language Pathology*, *24*(2), 206–221. https://doi.org/10.1044/2015_AJSLP-14-0095.

Hancock, A. B., Krissinger, J., & Owen, K. (2011). Voice perceptions and quality of life for transgender people. *Journal of Voice*, *25*(5), 553–558. https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2010.07.013.

Hancock, A. B., & Siegfriedt, L. L. (2020). *Transforming voiceand communication with transgender and gender-diverse peo-ple: An evidence-based process*. Plural Publishing.

Handy, A. B., Wassersug, R. J., Ketter, J. T. J., & Johnson, T. W. (2015). The sexual side of castration narratives: Fiction written by and for eunuchs and eunuch "wan-

nabes." *The Canadian Journal of Human Sexuality*, *24*(2), 151–159. https://doi.org/10.3138/cjhs.242-A4.

Hardacker, C. T., Chyten-Brennan, J., & Komar, A. (2019). Transgender physiology, anatomy, and aging: A provider's guide to gender-affirming surgeries. In C. Hardacker, K. Ducheny, & M. Houlberg (Eds.), *Transgender and gender nonconforming health and aging* (pp. 37–60). Springer.

Harden, K. P. (2014). A sex-positive framework for research on adolescent sexuality. *Perspectives on PsychologicalScience*, *9*(5), 455–469. https://doi.org/10.1177/1745691614535934.

Harris, K., Ferguson, J., & Hills, S. (2014). A comparative study of hair removal at an NHS hospital: Luminette intense pulsed light versus electrolysis. *Journal of Dermatological Treatment*, *25*(2), 169–173. https://doi.org/10.3109/09546634.2012.715239.

Havranek, E. P., Mujahid, M. S., Barr, D. A., Blair, I. V., Cohen, M. S., Cruz-Flores, S., Davey-Smith, G., Dennison-Himmelfarb, C. R., Lauer, M. S., Lockwood,
D. W., Rosal, M., & Yancy, C. W. (2015). American Heart Association Council on Quality of Care and Outcomes Research, Council on Epidemiology and Prevention, Council on Cardiovascular and Stroke Nursing, Councilon Lifestyle and Cardiometabolic Health, and Stroke Council. *Social Determinants of Risk and Outcomes for Cardiovascular Disease: A Scientific Statement From the American Heart Association. Circulation*, *132*(9), 873–898. https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000228.

Hay, M. (2021, February 20). Meet the men who risk it allto have their balls cut off. *The Daily Beast*. https://www.thedailybeast.com/inside-the-dangerous-global-network-o f-backstreet-castrators-cutters-and-eunuch-makers

Health Policy Project, Asia-Pacific Transgender Network and United Nations Development Program. (2015). *Blueprint for the provision of comprehensive care for trans people and trans communities*. https://weareaptn. org/2017/06/01/blueprint-for-the-provision-of-compreh ensive-care-for-trans-people/

Heck, N. C., Croot, L. C., & Robohm, J. S. (2015). Pilotinga psychotherapy group for transgender clients: Description and clinical considerations for practitioners. *Professional Psychology: Research and Practice*, *46*(1), 30–36. https://doi.org/10.1037/a0033134.

Hembree, W. C., Cohen-Kettenis, P., Delemarre-van de Waal, H. A., Gooren, L. J., Meyer, W. J., Spack, N. P., Tangpricha, V., & Montori, V. M. (2009). Endocrine treat- ment of transsexual persons: An endocrine society clin-ical practice guideline. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, *94*(9), 3132–3154. https:// doi.org/10.1210/jc.2009-0345.

Hembree, W. C., Cohen-Kettenis, P. T., Gooren, L., Hannema, S. E., Meyer, W.J, Hassan Murad, M, Rosenthal, S. M., Safer, J. D., Tangpricha, V., & 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. https://doi.org/10.1210/jc.2017-01658.

Hendricks, M. L., & Testa, R. J. (2012). A conceptual framework for clinical work with transgender and gender non-conforming clients: An adaptation of the Minority Stress Model. *Professional Psychology: Research and Practice*, *43*(5), 460–467. https://doi.org/10.1037/a0029597.

Henry, R. S., Perrin, P. B., Coston, B. M., & Witten, T. M. (2020). Transgender and gender non-conforming adult preparedness for aging: Concerns for aging, and famil- iarity with and engagement in planning behaviors. *International Journal of Transgender Health*, *21*(1), 58–69. https://doi.org/10.1080/15532739.2019.1690612.

Herdt, G. (1994). *Third sex, third gender. Beyond sexual dimorphism in culture and history*. The MIT Press.

Herman, J. L., Brown, T. N. T., & Haas, A. P. (2019). *Suicide thoughts and attempts among transgender adults. Findings from the 2015 US Transgender Survey. Williams Institute UCLA School of Law*. https://escholarship.org/content/qt1812g3hm/qt1812g3hm.pdf

Hermann, M., & Thorstenson, A. (2015). A rare case of male-to-eunuch gender dysphoria. *Sexual Medicine*, *3*(4), 331–333. https://doi.org/10.1002/sm2.81.

Hess, J., Henkel, A., Bohr, J., Rehme, C., Panic, A., Panic, L., Rossi Neto, R., Hadaschik, B., & Hess, Y. (2018). Sexuality after male-to-female gender affirmation surgery. *BioMed Research International*, *2018*, 1–7. https://doi.org/10.1155/2018/9037979.

Hess, J., Hess-Busch, Y., Kronier, J., Rubben, H., & Rossi Neto, R. (2016). Modified preparation of the neurovas-cular bundle in male to female transgender patients. *Urology International*, *96*(3), 354–359. https://doi. org/10.1159/000443281.

Heylens, G., Elaut, E., Kreukels, B. P. C., Paap, M. C. S., Cerwenka, S., Richter-Appelt, H., Cohen-Kettenis, P. T., Haraldsen, I. R., & De Cuypere, G. (2014). Psychiatric characteristics in transsexual individuals: Multicentre study in four European countries. *British Journal of Psychiatry*, *204*(2), 151–156. https://doi.org/10.1192/bjp. bp.112.121954.

Heylens, G., Verroken, C., De Cock, S., T'Sjoen, G., & De Cuypere, G. (2014). Effects of different steps in gender reassignment therapy on psychopathology: A prospective study of persons with a gender identity disorder. *The Journal of Sexual Medicine*, *11*(1), 119–126. https://doi. org/10.1111/jsm.12363.

Hidalgo, M. A., & Chen, D. (2019). Experiences of gender minority stress in cisgender parents of transgender/ gender-expansive prepubertal children: A qualitative study. *Journal of Family Issues*, 40(7), 865–886. https://doi.org/10.1177/0192513x19829502.

Hidalgo, M. A., Ehrensaft, D., Tishelman, A. C., Clark, L. F., Garofalo, R., Rosenthal, S. M., Spack, N. P., & Olson,
J. (2013). The gender affirmative model: What we know and what we aim to learn. *Human Development*, 56(5),285–290. https://doi.org/10.1159/000355235.

Hines, M., Constantinescu, M., & Spencer, D. (2015). Early androgen exposure and human gender development. *Biology of Sex Differences*, *6*(1). https://doi.org/10.1186/ s13293-015-0022-1.

Hiransuthikul, A., Janamnuaysook, R., Sungsing, T.,Jantarapakde, J., Trachunthong, D., Mills, S., & Phanuphak, N. (2019). High burden of chlamydia and gonorrhoea in pharyngeal, rectal and urethral sites among Thai trans- gender women: Implications for anatomical site selection for the screening of STI. *Sexually Transmitted Infections*, *95*(7), 534. https://doi.org/10.1136/sextrans-2018-053835. Hisle-Gorman, E., Landis, C. A., Susi, A., Schvey, N. A.,Gorman, G. H., Nylund, C. M., & Klein, D. A. (2019). Gender dysphoria in children with autism spectrum dis- order. *LGBT Health*, *6*(3), 95–100. https://doi.org/10.1089/ lgbt.2018.0252.

Hisle-Gorman, E., Schvey, N. A., Adirim, T. A., Rayne, A. K.,Susi, A., Roberts, T. A., & Klein, D. A. (2021). Mental health-care utilization of transgender youth before and after affirm- ing treatment. *The Journal of Sexual Medicine*, 18(8), 1444– 1454. https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2021.05.014.

Hoebeke, P., Selvaggi, G., Ceulemans, P., De Cuypere, G., T'Sjoen, G., Weyers, S., Decaestecker, K., & Monstrey, S. (2005). Impact of sex reassignment surgery on lower urinary tract function. *European Urology*, *47*(3), 398–402. https://doi.org/10.1016/j.eururo.2004.10.008.

Hoffkling, A., Obedin-Maliver, J., & Sevelius, J. (2017). Fromerasure to opportunity: A qualitative study of the expe- riences of transgender men around pregnancy and rec- ommendations for providers. *BMC Pregnancy Childbirth*, *17* (Suppl. 2), 332. https://doi.org/10.1186/ s12884-017-1491-5.

Hollenbach, A., Eckstrand, K., Dreger, A., & AAMC Advisory Committee on Sexual Orientation, Gender Identity, and Sex Development. (2014). *Implementing cur- ricular and institutional climate changes to improve health care for individuals who are LGBT, gender nonconforming,or born with DSD: A resource for medical educators*. Association of American Medical Colleges.

Holmberg, M., Arver, S., & Dhejne, C. (2019). Supporting sexuality and improving sexual function in transgender persons. *Nature Reviews Urology*, *16*(2), 121–139. https:// doi.org/10.1038/s41585-018-0108-8.

Hontscharuk, R., Alba, B., Hamidian Jahromi, A., & Schechter, L. (2021). Penile inversion vaginoplasty out-comes: Complications and satisfaction. *Andrology*, *9*(6), 1732–1743. https://doi.org/10.1111/andr.13030.

Hontscharuk, R., Alba, B., Manno, C., Pine, E., Deutsch, M. B., Coon, D., & Schechter, L. (2021). Perioperative transgender hormone management: Avoiding venous thromboembolism and other complications. *Plastic and Reconstructive Surgery*, *147*(4), 1008–1017. https://doi. org/10.1097/PRS.0000000000007786.

Hooton, T. M. (2012). Clinical practice. Uncomplicated uri- nary tract infection. *New England Journal of Medicine*,*366* (11), 1028–1037. https://doi.org/10.1056/NEJMcp1104429.

Horbach, S. E., Bouman, M. B., Smit, J. M., Ozer, M., Buncamper, M. E., & Mullender, M. G. (2015). Outcomeof vaginoplasty in male-to-female transgenders: A sys- tematic review of surgical techniques. *The Journal of Sexual Medicine*, *12*(6), 1499–1512. https://doi.org/10.1111/jsm.12868.

Horner, B., McManus, A., Comfort, J., Freijah, R., Lovelock, G., Hunter, M., & Tavener, M. (2012). How prepared is the retirement and residential aged care sector in Western Australia for older non-heterosexual people?. *Quality in Primary Care*, *20*(4), 263–274.

Hostiuc, S., Rusu, M. C., Negoi, I., & Drima, E. (2018).Testing decision-making competency of schizophrenia participants in clinical trials. A meta-analysis and meta-regression. *BMC Psychiatry*, *18*(1), 2. https://doi. org/10.1186/s12888-017-1580-z.

Horton, C. (2021). Parent advocacy groups for trans chil-dren. In A. Goldberg, & G. Beemyn (Eds.), *The SAGE encyclopedia of trans studies*. Sage.

Houk, C. P., & Lee, P. A. (2010). Approach to assigning gender in 46,XX Congenital Adrenal Hyperplasia with male external genitalia: Replacing dogmatism with prag- matism. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, *95*(10), 4501–4508. https://doi.org/10.1210/ jc.2010-0714.

Houlberg, M. (2019). Endocrinology, hormone replacement therapy (HRT), and aging. In *Transgender and gender nonconforming health and aging* (pp. 21–35). Springer.

House of Commons Women and Equalities Committee. (2015, December 8). *Transgender equality: First report of session 2015–2016*. https://publications.parliament.uk/pa/ cm201516/cmselect/cmwomeq/390/390.pdf

Hoy-Ellis, C. P., & Fredriksen-Goldsen, K. I. (2017). Depression among transgender older adults: General and minority stress. *American Journal of Community Psychology*, *59*(3–4), 295– 305. https://doi.org/10.1002/ajcp.12138.

Hughes, I. A. (2005). Consensus statement on managementof intersex disorders. *Archives of Disease in Childhood*, *91*(7), 554–563. https://doi.org/10.1136/adc.2006.098319. Hughes, I. A., Nihoul-Fékété, C., Thomas, B., &Cohen-Kettenis, P. T. (2007). Consequences of the ESPE/LWPES guidelines for diagnosis and treatment of disor- ders of sex development. *Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism*, *21*, 351–365. https://doi. org/10.1016/j.beem.2007.06.003.

Hughto, J. M. W., Gunn, H. A., Rood, B. A., & Pantalone, D. W. (2020). Social and medical gender affirmation ex- periences are inversely associated with mental health problems in a U.S. non-probability sample of transgender adults. *Archives of Sexual Behavior*. https://doi.org/10.1007/s10508-020-01655-5.

Hullmann, S. E., Fedele, D. A., Wolfe-Christensen, C., Mullins, L. L., & Wisniewski, A. B. (2011). Differencesin adjustment by child developmental stage among care- givers of children with disorders of sex development. *International Journal of Pediatric Endocrinology*, *2011*(1).https://doi.org/10.1186/1687-9856-2011-16.

Human Rights Campaign, (2018a). *Gender expansive youth report*. Human Rights Campaign, US.
Human Rights Campaign. (2018b). *LGBTQ youth report*. https://www.hrc.org/resources/2018_lgbtq-youth-report Human Rights Campaign Foundation. (2017). *Corporate equality index 2018: Rating workplaces on lesbian, gay, bisexual, transgender, and queer equality*. https://assets2.hrc.org/files/assets/resources/CEI-2018-FullReport.pdf
Human Rights Campaign Foundation. (2022). *Corporate equality index 2022: Rating workplaces on lesbian, gay, bisexual, transgender, and queer equality.* https://www.hrc.org/resources/corporate-equality-index
Human Rights Watch. (2014). "I'm scared to be a woman": Human rights abuses against transgender people in Malaysia. https://features.hrw.org/features/HRW_reports_2014/Im_Scared_to_Be_a_Woman/index.htm
Human Rights Watch. (2017). *"I want to be like nature made me": Medically unnecessary surgeries on intersex children in the U.S.* https://www.hrw.org/sites/default/files/report_pdf/lgbtintersex0717_web_0.pdf;
Hunt, J. (2014). An initial study of transgender people's experiences of seeking and receiving counselling or psychotherapy in the UK. *Counselling and Psychotherapy Research*, *14*(4), 288–296. https://doi.org/10.1080/14733145.2013.838597.
Iantaffi, A., & Bockting, W. O. (2011). Views from bothsides of the bridge? Gender, sexual legitimacy and trans- gender people's experiences of relationships. *Culture Health & Sexuality*, *13*(3), 355–370. https://doi.org/10.1080/13691058.2010.537770.
Idrus, N. I., & Hymans, T. D. (2014). Balancing benefitsand harm: Chemical use and bodily transformation among Indonesia's transgender waria. *International Journalof Drug Policy*, *25*(4), 789–797.
ILGA World. (2020a). *Trans legal mapping report 2019: recognition before the law*. https://ilga.org/downloads/ILGA_World_Trans_Legal_Mapping_Report_2019_EN.pdf
ILGA World. (2020b). *Curbing deception: a world survey on legal regulation of so-called "conversion therapies".* https://ilga.org/downloads/ILGA_World_Curbing_Deception_world_survey_legal_restrictions_conversion_therapy.pdf
Ingraham, N., Wingo, E., & Roberts, S. C. M. (2018). Inclusion of LGBTQ persons in research related to preg- nancy risk: A cognitive interview study. *BMJ Sexual & Reproductive Health* . https://doi.org/10.1136/bmjsrh-2018-200097.
International Commission of Jurists. (2007). *Yogyakarta principles—Principles on the application of international human rights law in relation to sexual orientation andgender identity*. www.yogyakartaprinciples.org
International Commission of Jurists. (2017). *The Yogyakarta Principles Plus 10—Additional principles and state obliga-tion on the application of International Human Rights Law in relation to sexual orientation, gender expression and sex characteristics to complement the Yogyakarta Principles*. http://yogyakartaprinciples.org/wp-content/uploads/2017/11/A5_yogyakartaWEB-2.pdf
Interprofessional Education Collaborative Expert Panel. (2011). *Core competencies for interprofessional collaborative practice: Report of an expert panel*. Interprofessional Education Collaborative.
Irwig, M. S. (2017). Testosterone therapy for transgender men. *The Lancet Diabetes & Endocrinology*, *5*, 301–311. https://doi.org/10.1016/S2213-8587(16)00036-X.
Irwig, M. S. (2018). Cardiovascular health in transgender people. *Reviews in Endocrine and Metabolic Disorders*, *19*(3), 243–251. https://doi.org/10.1007/s11154-018-9454-3.
Irwig, M. S., Childs, K., & Hancock, A. B. (2017). Effectsof testosterone on the transgender male voice. *Andrology*, 5(1), 107–112. https://doi.org/10.1111/andr.12278.
Irwig, M. S. (2021). Is there a role for 5α-reductase inhibitors in transgender individuals? *Andrology*, *9*(6), 1729– 1731. https://doi.org/10.1111/andr.12881.
Isaacson, D., Aghili, R., Wongwittava, N., & Garcia, M. (2017). How big is too big? The girth of bestselling in- sertive sex toys to guide maximal neophallus dimensions. *The Journal of Sexual Medicine*, 14(11), 1455–1461. https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2017.09.012.
Islam, N., Nash, R., Zhang, Q., Panagiotakopoulos, L., Daley,T., Bhasin, S., Getahun, D., Sonya Haw, J., McCracken,C., Silverberg, M. J., Tangpricha, V., Vupputuri, S., &Goodman, M. (2021). Is there a link between hormoneuse and diabetes incidence in transgender people? Datafrom the STRONG cohort. *The Journal of ClinicalEndocrinology & Metabolism*, *107*(4), e1549–e1557. https://doi.org/10.1210/clinem/dgab832.
Isshiki, N., Taira, T., & Tanabe, M. (1983). Surgical alteration of the vocal pitch. *The Journal of Otolaryngology*, *12*(5), 335–340. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6644864/ Iwamoto, S. J., Defreyne, J., Rothman, M. S., Van Schuylenbergh,J., Van de Bruaene, L., Motmans, J., & T'Sjoen, G. (2019).
Health considerations for transgender women and remaining unknowns: A narrative review. *Therapeutic Advances in Endocrinology and Metabolism*, *10*, 204201881987116. https://doi.org/10.1177/2042018819871166.
Iwamoto, S. J., Grimstad, F., Irwig, M. S., & Rothman, M. S. (2021). Routine screening for transgender and gender diverse adults taking gender-affirming hormone therapy:A narrative review. *Journal of General Internal Medicine*, *36*(5), 1380–1389. https://doi.org/10.1007/s11606-021- 06634-7.
Iwamoto, S. J., T'Sjoen, G., Safer, J. D., Davidge-Pitts, C.J., Wierman, M. E., Glodowski, M. B., & Rothman, M. S. (2019). Letter to the editor: "Progesterone is important for transgender women's therapy—Applying evidence for the benefits of progesterone in ciswomen". *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, *104*(8), 3127–3128. https://doi.org/10.1210/jc.2019-00249.
Jablonski, R. A., Vance, D. E., & Beattie, E. (2013). The invisible elderly: Lesbian, gay, bisexual, and transgender older adults. *Journal of Gerontological Nursing*, *39*(11), 46–52. https://doi.org/10.3928/00989134-20130916-0.
Jackowich, R. A., Vale, R., Vale, K., Wassersug, R. J., & Johnson, T. W. (2014). Voluntary genital ablations:

Contrasting the cutters and their clients. *Sexual Medicine*, *2*(3), 121–132. https://doi.org/10.1002/sm2.33.

Jackson Levin, N., Kattari, S. K., Piellusch, E. K., & Watson, E. (2020). "We just take care of each other": Navigating 'chosen family' in the context of health, illness, and the mutual provision of care amongst queer and transgender young adults. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *17*(19), 7346. https://doi. org/10.3390/ijerph17197346.

Jacobson, G. J., Niemira, J. C., & Violeta, K. J. (Eds.). (2019). *Sex, sexuality, and trans identities: Clinical guid- ance for psychotherapists and counselors*. Jessica Kingsley Publishers.

Jadoul, P., Guilmain, A., Squifflet, J., Luyckx, M., Votino, R., Wyns, C., & Dolmans, M. M. (2017). Efficacy of ovarian tissue cryopreservation for fertility preservation: Lessons learned from 545 cases. *Human Reproduction*, *32*(5), 1046–1054. https://doi.org/10.1093/humrep/dex040.

Jäggi, T., Jellestad, L., Corbisiero, S., Schaefer, D. J., Jenewein, J., Schneeberger, A., Kuhn, A., & Garcia Nuñez, D. (2018). Gender minority stress and depressive symptoms in transitioned Swiss transpersons. *BioMed Research International*, *2018*, 8639263. https://doi.org/10.1155/2018/8639263.

Jahromi, A. H., Horen, S. R., Dorafshar, A. H., Seu, M. L., Radix, A., Anderson, E., Green, J., Fraser, L., Johannesson, L., Testa, G., Schechter, L. S. M., & Schechter, L. (2021). Uterine transplantation and donation in transgender in- dividuals; Proof of concept. *International Journal of Transgender Health*, *22*(4), 349–359. https://doi.org/10.10 80/26895269.2021.1915635.

Jakomin, J. R., Ziegler, A., Rio, C., & Suddarth, R. (2020). Opportunities to learn transgender voice and communi- cation therapy in graduate speech-language pathology education: Preliminary e-survey findings. *Perspectives*, *5* (4), 876–883. https://doi.org/10.1044/2020_PERSP-20-00047.

James, S. E., Herman, J. L., Rankin, S., Keisling, M., Mottet, L, & Anafi, M. (2016). *The report of the 2015 U.S. Transgender Survey*. https://transequality.org/sites/default/ files/docs/usts/USTS-AIAN-Report-Dec17.pdf

James-Abra, S., Tarasoff, L., Green, D., Epstein, R., Anderson, S., Marvel, S., Steele, L. S., Ross, L. (2015). Trans people' sexperiences with assisted reproduction services: A qual- itative study. *Human Reproduction*, *30*(6), 1365–1374. https://doi.org/10.1093/humrep/dev087.

Jasuja, G. K., de Groot, A., Quinn, E. K., Ameli, O., Hughto, J. M., Dunbar, M., Deutsch, M., Streed, C. G., Paasche-Orlos, M., Wolfe, H. L., & Rose, A. J. (2020). Beyond gender iden-tity disorder diagnosis codes: An examination of additional methods to identify transgender individuals in administrative databases. *Medical Care*, *58*(10), 903. https://doi.org/10.1097/MLR.0000000000001362.

Javier, C., Crimston, C. R., & Barlow, F. K. (2022). Surgical satisfaction and quality of life outcomes reported by transgender men and women at least one year post gender-affirming surgery: A systematic literature review. *International Journal of Transgender Health*, *23*(3), 255– 273. https://doi.org/10.1080/26895269.2022.2038334.

Jazayeri, H. E., Lopez, J., Sluiter, E. C., O'Brien-Coon, D., Bluebond-Langner, R., Kuzon, W. M., Jr., Berli, J. U., Monstrey, S. J., Deschamps-Braly, J. C., Dorafshar, A. H., & Schechter, L. S. (2021). Discussion: Promoting centers for transgender care. *Journal of Oral and Maxillofacial Surger*, *79* (1), 3 – 4. https://doi.org/10.1016/j.joms.2020.09.027.

Jefford, M., & Moore, R. (2008). Improvement of informed consent and the quality of consent documents. *The Lancet. Oncology*, *9*(5), 485–493. https://doi.org/10.1016/ S1470-2045(08)70128-1.

Jenness, V., & Smyth, M. (2011). The passage and imple- mentation of the Prison Rape Elimination Act: Legal endogeneity and the uncertain road from symbolic law to instrumental effects. *Stanford Law & Policy Review*, *22*, 489. https://doi.org/10.1177/0891243215611856.

Jenness, V., & Fenstermaker, S. (2016). Forty years after Brownmiller: Prisons for men, transgender inmates, andthe rape of the feminine. *Gender & Society*, *30*(1), 14–29. https://doi.org/10.1177/0891243215611856.

Jessen, R. S., Waehre, A., David, L., & Stänicke, E. (2021). Negotiating gender in everyday life: Toward a conceptu-al model of gender dysphoria in adolescents. *Archives of Sexual Behavior*, *50(*8), 3489–3503. https://doi.org/10.1007/s10508-021-02024-6.

Jiang, D. D., Gallagher, S., Burchill, L., Berli, J., & Dugi, D., 3rd. (2019). Implementation of a pelvic floor physical therapy program for transgender women undergoing gender-affirming vaginoplasty. *Obstetrics and Gynecology*, *133* (5), 1003–1011. https://doi.org/10.1097/ AOG.0000000000003236.

Jiang, D., Witten, J., Berli, J., & Dugi, D., 3rd. (2018). Does depth matter? Factors affecting choice of vulvoplasty over vaginoplasty as gender-affirming genital surgery for trans- gender women. *The Journal of Sexual Medicine*, *15*(6), 902–906. https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2018.03.085.

Jindarak, S., Nilprapha, K., Atikankul, T., Angspatt, A., Pungrasmi, P., Iamphongsai, S., Promniyom, P., Suwajo, P., Scvaggi, G., & Tiewtranon, P. (2018). Spermatogenesis abnormalities following hormonal therapy in transwom- en. *Biomed Research International*, *2018*, 7919481. https:// doi.org/10.1155/2018/7919481.

Johns, M. M., Beltran, O., Armstrong, H. L., Jayne, P. E., & Barrios, L. C. (2018). Protective factors among trans- gender and gender variant youth: A systematic review by socioecological level. *The Journal of Primary Prevention*, *39*(3), 263–301. https://doi.org/10.1007/s10935-018-0508-9.

Johns, M. M., Lowry, R., Andrzejewski, J., Barrios, L. C., Demissie, Z., McManus, T., Rasberry, C. N., Robin, L., & Underwood, J. M. (2019). Transgender identity and experiences of violence victimization, substance use, sui- cide risk, and sexual risk behaviors among high schoolstudents—19 states and large urban school districts, 2017. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, *68*(3), 67. https:// doi.org/10.15585/mmwr.mm6803a3.

Johnson, E. K., Rosoklija, I., Finlayson, C., Chen, D., Yerkes, E. B., Madonna, M. B., Holl, J. L., Baratz, A. B., Davis,G., & Cheng, E. Y. (2017). Attitudes towards "disordersof sex development" nomenclature among affected indi- viduals. *Journal of Pediatric Urology*, *13*(6), 608.e1–608.e8. https://doi.org/10.1016/j.jpurol.2017.03.035.

Johnson, K. C., LeBlanc, A. J., Deardorff, J., Bockting, W. O. (2020). Invalidation experiences among non-binary adolescents. *Journal of Sex Researc*h, 57(2), 222–233. https://doi.org/10.1080/00224499.2019.1608422.

Johnson, L., & Federman, E. J. (2014). Training, experience, and attitudes of VA psychologists regarding LGBT issues: Relation to practice and competence. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, *1*(1). https://doi.org/10.1037/sgd0000019.

Johnson, T. W., & Irwig, M. S. (2014). The hidden worldof self-castration and testicular self-injury. *Nature Reviews Urology*, *11*(5), 297–300. https://doi.org/10.1038/nrurol.2014.84.

Johnson, T. W., & Wassersug, R. J. (2016). Recognition of gender variants outside the binary in WPATH Standardsof Care, Version 7.0. *International Journal of Transgenderism*, *17*(1), 1–3. https://doi.org/10.1080/15532739.2015.1114442.

Johnson, T. W., Brett, M. A., Roberts, L. F., & Wassersug,R. J. (2007). Eunuchs in contemporary society: Characterizing men who are voluntarily castrated (Part I). *The Journal of Sexual Medicine*, *4*(4), 930–945. https:// doi.org/10.1111/j.1743-6109.2007.00521.x.

Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). (2019). *UNAIDS Data 2019*. https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2019-UNAIDS-data_en.pdf

Joint, R., Chen, Z. E., & Cameron, S. (2018). Breast and reproductive cancers in the transgender population: A systematic review. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, *125*(12), 1505–1512. https://doi.org/10.1111/1471-0528.15258.

Jones, C. (2019). Intersex, infertility and the future: Early diagnoses and the imagined life course. *Sociology of Health & Illness*, *42*(1), 143–156. https://doi. org/10.1111/1467-9566.12990.

Jones, T., de Bolger, T., Dune, A., Lykins, A., & G.Hawkes. (2015). *Female-to-Male (FtM) transgender people's experiences in Australia: A national study*. Springer.Jones, B. A., Bouman, W. P., Haycraft, E., & Arcelus, J.(2019). Gender congruence and body satisfaction in non-binary transgender people: A case control study.*International Journal of Transgenderism*, *20*(2-3), 263–274. https://doi.org/10.1080/15532739.2018.1538840.

Jones, B. A., Bouman, W. P, Haycraft, E., & Arcelus, J.(2019). Mental health and quality of life in non-binary transgender adults: A case control study. *International Journal of Transgenderism*, *20*(2-3), 251–262. https://doi.org/10.1080/15532739.2019.1630346.

Jones, B. A., Brewin, N., Richards, C., Van Eijk, M., Stephenson-Allen, A., & Arcelus, J. (2017). Investigating the outcome of the initial assessment at a national trans- gender health service: Time to review the process?. *International Journal of Transgenderism*, *18*(4), 427–432. https://doi.org/10.1080/15532739.2017.1372838.

Jones, B. P., Rajamanoharan, A., Vali, S., Williams, N. J., Saso, S., Thum, M. Y., Ghaem-Maghami, S., Quiroga, I., Diaz-Garcia, C., Thomas, P., Wilkinson, S., Yazbek, J., & Smith, J. R. (2021). Perceptions and motivations for uter- us transplant in transgender women. *JAMA Network Open*, *4*(1), e2034561. https://doi.org/10.1001/jamanet-workopen.2020.34561.

Jones, R. K., Witwer, E., & Jerman, J. (2020). Transgender abortion patients and the provision of transgender-specific care at non-hospital facilities that provide abortions.*Contraception: X*, *2*, 100019. https://doi.org/10.1016/j. conx.2020.100019.

Jones, K., Wood, M., & Stephens, L. (2017). Contraception choices for transgender males. *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care*, *43*(3), 239–240. https://doi.org/10.1136/jfprhc-2017-101809.

Joseph, A. A., Kulshreshtha, B., Shabir, I., Marumudi, E., George, T. S., Sagar, R., Mehta, M., & Ammini, A. C. (2016). Gender issues and related social stigma affecting patients with a disorder of sex development in India. *Archives of Sexual Behavior*, *46*(2), 361–367. https://doi. org/10.1007/s10508-016-0841-0.

Julian, J. M., Salvetti, B., Held, J. I., Murray, P. M., Lara-Rojas, L., & Olson-Kennedy, J. (2021). The impact of chest bind- ing in transgender and gender diverse youth and young adults. *Journal of Adolescent Health*, *68*(6), 1129–1134. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2020.09.029.

Jung, A., & Schuppe, H. C. (2007). Influence of genital heat stress on semen quality in humans. *Andrologia*, *39*(6), 203–215. https://doi.org/10.1111/j.1439-0272.2007.00794.x.

Kailas, M., Lu, H. M. S., Rothman, E. F., & Safer, J. D. (2017). Prevalence and types of gender-affirming surgery among a sample of transgender endocrinology patients prior to state expansion of insurance coverage. *Endocrine Practice*, *23*(7), 780–786. https://doi.org/10.4158/EP161727.OR.

Kaltiala, R., Bergman, H., Carmichael, P., de Graaf, N. M., Egebjerg Rischel, K., Frisén, L., Schorkopf, M., Suomalainen, L., & Waehre, A. (2020). Time trends inreferrals to child and adolescent gender identity services: A study in four Nordic countries and in the UK. *Nordic Journal of Psychiatry*, *74*(1), 40–44. https://doi.org/10.10 80/08039488.2019.1667429.

Kaltiala, R., Heino, E., Työläjärvi, M., & Suomalainen, L. (2020). Adolescent development and psychosocial func-tioning after starting cross-sex hormones for gender dys- phoria. *Nordic Journal of Psychiatry*, *74*(3), 213–219. https://doi.org/10.1080/08039488.2019.1691260.

Kaltiala-Heino, R., Sumia, M., Työläjärvi, M., & Lindberg, N. (2015). Two years of gender identity service for mi- nors: Overrepresentation of natal girls with severe prob- lems in adolescent development. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, *9*(1). https://doi.org/10.1186/s13034-015-0042-y.

Kanagalingam, J., Georgalas, C., Wood, G. R., Ahluwalia, S., Sandhu, G., & Cheesman, A. D. (2005). Cricothyroid

approximation and subluxation in 21 male-to-female transsexuals. *The Laryngoscope*, *115*(4), 611–618. https://doi.org/10.1097/01.mlg.0000161357.12826.33.

Kang, A., Aizen, J. M., Cohen, A. J., Bales, G. T., & Pariser, J. J. (2019). Techniques and considerations of prosthetic surgery after phalloplasty in the transgender male. *Translational Andrological Urology*, *8*(3), 273–282. https://doi.org/10.21037/tau.2019.06.02.

Kanhai, R. C. (2016). Sensate vagina pedicled-spot for male-to-female transsexuals: The experience in the first 50 patients. *Aesthetic Plastic Surgery*, *40*(2), 284–287. https://doi.org/10.1007/s00266-016-0620-2.

Kanhai, R. C., Hage, J. J., Asscheman, H., & Mulder, J. W. (1999). Augmentation mammaplasty in male-to-female transsexuals. *Plastic and Reconstructive Surgery*, *104*(2), 542–549; discussion 550–541. https://doi.org/10.1097/00006534-199908000-00039.

Kanhai, R. C., Hage, J. J., Karim, R. B., & Mulder, J. W. (1999). Exceptional presenting conditions and outcome of augmentation mammaplasty in male-to-female trans- sexuals. *Annals of Plastic Surgery*, *43*(5), 476–483. https:// doi.org/10.1097/00000637-199911000-00003.

Kanhai, R. C., Hage, J. J., & Mulder, J. W. (2000). Long-term outcome of augmentation mammaplasty in male-to-fe- male transsexuals: A questionnaire survey of 107 patients. *British Journal of Plastic Surgery*, *53*(3), 209–211. https://doi.org/10.1054/bjps.1999.3298.

Kanis, J. A. (1994). Assessment of fracture risk and its application to screening for postmenopausal osteoporosis: Synopsis of a WHO report. *Osteoporosis International*, *4*(6), 368–381. https://doi.org/10.1007/BF01622200.

Kanj, R. V., Conard, L. A. E., Corathers, S. D., & Trotman, G. E. (2019). Hormonal contraceptive choices in a clinic-based series of transgender adolescents and young adults. *The International Journal of Transgenderism*, *20*(4), 413–420. https://doi.org/10.1080/15532739.2019. 1631929.

Karasic, D. H. (2016). Protecting transgender rights pro- motes transgender health. *LGBT Health*, *3*(4), 245–247. https://doi.org/10.1089/lgbt.2016.0072.

Kaoutzanis, C., Winocour, J., Gupta, V., Yeslev, M., GaneshKumar, N., Wormer, B., Grotting, J. C., & Higdon, K. K. (2019). The effect of smoking in the cosmetic surgery population: Analysis of 129,007 patients. *Aesthetic Surgery Journal*, *39*(1), 109–119. https://doi.org/10.1093/asj/sjy088 Karasic, D. H. (2019). Mental health care for the adult trans-gender patient. In C. A. Ferrando (Ed.), *Comprehensive care of the transgender patient* (pp. 8–11). Elsevier.

Karasic, D. H., & Fraser, L. (2018). Multidisciplinary careand the standards of care for transgender and gender nonconforming individuals. *Clinics in Plastic Surgery*, *45*(3), 295–299. https://doi.org/10.1016/j.cps.2018.03.016. Karkazis, K., Tamar-Mattis, A., & Kon, A. A. (2010). Genitalsurgery for disorders of sex development: Implementing a shared decision-making approach. *Journal of Pediatric Endocrinology and Metabolism*, *23*(8), 789–805. https://doi.org/10.1515/jpem.2010.129.

Kasianczuk, M., & Trofymenko, O. (2020). *Size estimation for transgender people in Ukraine/SE "Center of Social Expertises named fter Yu. Saenko" of the Institute of Sociology of the National Academy of Sciences of Ukraine.- Kyiv, 2020*. https://www.researchgate.net/publication/348325593_POPULATION_SIZE_ESTIMATION_FOR_TRANSGENDER_PEOPLE_IN_UKRAINE

Kattari, S. K., & Hasche, L. (2016). Differences across age groups in transgender and gender non-conforming peo- ple's experiences of health care discrimination, harass- ment, and victimization. *Journal of Aging and Health*, *28*(2), 285–306. https://doi.org/10.1177/0898264315590228.

Kattari, S. K., Walls, N. E., Speer, S. R., & Kattari, L. (2016). Exploring the relationship between transgender-inclusive providers and mental health outcomes among transgen- der/gender variant people. *Social Work in Health Care*, *55*(8), 635–650. https://doi.org/10.1080/00981389.2016.11 93099.

Katz-Wise, S. L., Budge, S. L., Fugate, E., Flanagan, K., Touloumtzis, C., Rood, B., Perez-Brumer, A., & Leibowitz, S. (2017). Transactional pathways of transgender identi-ty development in transgender and gender-nonconforming youth and caregiver perspectives from the Trans Youth Family Study. *International Journal of Transgenderism*, *18*(3), 243–263. https://doi.org/10.1080/15532739.2017.13 04312.

Kaufman, R. & Tishelman, A. C. (2018). Creating a network of professionals. In C. E. Keo-Meier & D. E. Ehrensaft (Eds.), *The gender affirmative model: An interdisciplinary approach to supporting transgender and gender expansive children*. American Psychological Association. https://www.jstor.org/stable/j.ctv1chrwv9

Kauth, M. R., Shipherd, J. C., Lindsay, J., Blosnich, J. R., Brown, G. R., & Jones, K. T. (2014). Access to care for transgender veterans in the Veterans Health Administration: 2006–2013. *American Journal of Public Health*, *104*(S4), S532–S534. https://doi.org/10.2105/ AJPH.2014.302086.

Kcomt, L., Gorey, K. M., Barrett, B. J., & McCabe, S. E. (2020). Healthcare avoidance due to anticipated discrim- ination among transgender people: A call to create trans-affirmative environments. *Elsevier*, *11*, 100608. https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2020.100608.

Kelly, S. J., & Ismail, M. (2015). Stress and type 2 diabetes:A review of how stress contributes to the developmentof type 2 diabetes. *Annual Review of Public Health*, *36*, 441–462. https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-031914-122921.

Kelly, V., Hertegård, S., Eriksson, J., Nygren, U., &Södersten, M. (2018). Effects of gender-confirming pitch-raising surgery in transgender women a long-term follow-up study of acoustic and patient-reported data. *Journal of Voice*, *33*(5), 781–791. https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2018.03.005.

Kelvin, J. F., Thom, B., Benedict, C., Carter, J., Corcoran,S., Dickler, M. N., Goodman, K. A., Margolies, A., Matasar, M. J., Noy, A & Goldfarb, S. B. (2016). Cancer

and fertility program improves patient satisfaction with information received. *Journal of Clinical Oncology*, *34*(15), 1780–1786. https://doi.org/10.1200/JCO.2015.64.5168.

Kennedy, E., & Thibeault, S. L. (2020). Voice-gender incongruence and voice health information-seeking behaviorsin the transgender community. *American Journal ofSpeech-Language Pathology*, *29*(3), 1563–1573. https://doi.org/10.1044/2020_AJSLP-19-00188.

Kennis, M., Duecker, F., T'Sjoen, G., Sack, A. T., & Dewitte, M. (2022). Sexual self-concept discrepancies mediate the relation between gender dysphoria sexual esteem and sexual attitudes in binary transgender individuals. *The Journal of Sex Research*, *59*(4), 524–536. https://doi.org/10.1080/00224499.2021.1951643.

Kent, M. A., Winoker, J. S., & Grotas, A. B. (2018). Effectsof feminizing hormones on sperm production and ma- lignant changes: Microscopic examination of post orchi- ectomy specimens in transwomen. *Urology*, *121*, 93–96. https://doi.org/10.1016/j.urology.2018.07.023.

Keohane v. Jones (Florida Department of Corrections), Case No.4:16-cv-511-MW-CAS, N. D. Fla, 2018.

Keo-Meier, C. L., & Ehrensaft, D. (2018). Introduction to the gender affirmative model. In C. Keo-Meier & D. Ehrensaft (Ed.), *The gender affirmative model: An inter- disciplinary approach to supporting transgender and gen- der expansive children* (pp. 3–19). Washington, DC: American Psychological Association.

Keo-Meier, C. L., & Fitzgerald, K. M. (2017). Affirmative psychological testing and neurocognitive assessment with transgender adults. *The Psychiatric Clinics of NorthAmerica*, *40*(1), 51–64. https://doi.org/10.1016/j. psc.2016.10.011.

Keo-Meier, C. L., Herman, L. I., Reisner, S. L., Pardo, S. T., Sharp, C., & Babcock, J. C. (2015). Testosterone treat- ment and MMPI-2 improvement in transgender men: Aprospective controlled study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *83*(1), 143–156. https://doi.org/10.1037/a0037599.

Kerckhof, M. E., Kreukels, B. P. C., Nieder, T. O., Becker-Hébly, I., van de Grift, T. C., Staphorsius, A. S., Elaut, E. (2019). Prevalence of sexual dysfunctions in transgender persons: Results from the ENIGI follow-upstudy. *The Journal of Sexual Medicine*, *16*(12), 2018–2029. https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2019.09.003.

Kerry, S. (2014). Sistergirls/brotherboys: The status of in- digenous transgender Australians. *International Journal of Transgender Health*, *15*(3–4), 173–186. https://doi.org /10.1080/15532739.2014.995262.

Khalili, J., Leung, L. B., & Diamant, A. L. (2015). Finding the perfect doctor: Identifying lesbian, gay, bisexual, and transgender–competent physicians. *American Journal of Public Health*, *105*(6), 1114–1119. https://doi.org/10.2105/AJPH.2014.302448.

Khatchadourian, K., Amed, S., & Metzger, D. L. (2014). Clinical management of youth with gender dysphoria in Vancouver. *The Journal of Pediatrics*, *164*(4), 906–911. https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2013.10.068.

Kidd, J. D., Dolezal, C., & Bockting, W. O. (2018). The relationship between tobacco use and legal document gender-marker change, hormone use, and gender-affirming surgery in a United States sample of trans-feminine and trans-masculine individuals: Implications for cardiovas- cular health. *LGBT Health*, *5*(7), 401–411. https://doi. org/10.1089/lgbt.2018.0103.

Kidd, K. M., Sequeira, G. M., Douglas, C., Paglisotti, T., Inwards-Breland, D. J., Miller, E., & Coulter, R. (2021). Prevalence of gender-diverse youth in an urban school district. *Pediatrics*, *147*(6), e2020049823. https://doi.org/10.1542/peds.2020-049823.

Kim, H. T. (2020) Vocal feminization for transgender wom- en: Current strategies and patient perspectives. *International Journal of General Medicine*, *13*, 43–52.https://doi.org/10.2147/IJGM.S205102.

Kim, H. T. (2017). A new conceptual approach for voice feminization: 12 years of experience. *The Laryngoscope*, *127*(5), 1102–1108. https://doi.org/10.1002/lary.26127.

Kirey-Sitnikova, Y. (2021). Prospects and challenges of gen- der neutralization in Russian. *Russian Linguistics*, *45*(2), 143–158. https://doi.org/10.1007/s11185-021-09241-6.

Kismödi, E., Corona, E., Maticka-Tyndale, E., Rubio-Aurioles, E., & Coleman, E. (2017). Sexual Rights as Human Rights: A guide for the WAS Declaration of Sexual Rights. *International Journal of Sexual Health*, *29*(Suppl 1), 1–92. https://doi.org/10.1080/19317611.2017.1353865.

Klaver, M., de Mutsert, R., van der Loos, M., Wiepjes, C. M., Twisk, J. W. R., den Heijer, M., & Klink, D. T. (2020). Hormonal treatment and cardiovascular risk profile in transgender adolescents. *Pediatrics*, *145*(3), e20190741. https://doi.org/10.1542/peds.2019-0741.

Klein, A., & Golub, S. A. (2016). Family rejection as a pre- dictor of suicide attempts and substance misuse among transgender and gender nonconforming adults. *LGBT Health*, *3*(3), 193–199. https://doi.org/10.1089/lgbt.2015.0111. Klein, C., & Gorzalka, B. B. (2009). Sexual functioning intranssexuals following hormone therapy and genital sur- gery: A review. *Journal of Sexual Medicine*, *6(*11), 2922–2939. https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2009.01370. Klein, D. A., Berry-Bibee, E. N., Baker, K. K., Malcolm, N. M., Rollison, J. M., & Frederiksen, B. N. (2018). Providing quality family planning services to LGBTQIA individuals: A systematic review. *Contraception*, *97*(5). https://doi.org/10.1016/j.contraception.2017.12.016.

Klein, D. A., Paradise, S. L., & Goodwin, E. T. (2018). Caring for transgender and gender-diverse persons: What clinicians should know. *AFP Journal*, *98*(11), 645–653. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30485050

Kleinplatz, P. J. (Ed.). (2012). *New directions in sex therapy: Innovations and alternatives* (2nd ed.). Routledge/Taylor& Francis Group.

Klimstra, T. A., Hale, W. W.III., Raaijmakers, Q. A. W.,Branje, S. J. T., & Meeus, W. H. J. (2009). Identity for- mation in adolescence: Change or stability? *Journal of Youth and Adolescence*, *39*(2), 150–162. https://doi. org/10.1007/s10964-009-9401-4.

Klink, D., Bokenkamp, A., Dekker, C., & Rotteveel, J. (2015). Arterial hypertension as a complication of trip-torelin treatment in adolescents with gender dysphoria. *Endocrinology and Metabolism International Journal*, *2*(1), 36–38. https://doi.org/10.15406/emij.2015.02.00008.

Klink, D., Caris, M., Heijboer, A., van Trotsenburg, M., & Rotteveel, J. (2015). Bone mass in young adulthood fol- lowing gonadotropin-releasing hormone analog treatment and cross-sex hormone treatment in adolescents with gender dysphoria. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, *100*(2), E270–E275. https://doi.org/10.1210/jc.2014-2439.

Kloer, C., Parker, A., Blasdel, G., Kaplan, S., Zhao, L., & Bluebond-Langner, R. (2021). Sexual health after vagino- plasty: A systematic review. *Andrology*, *9*(6), 1744–1764. https://doi.org/10.1111/andr.13022.

Klosky, J. L., Anderson, L. E., Russell, K. M., Huang, L., Zhang, H., Schover, L. R., Simmons, J. L., & Kutteh, W. H. (2017). Provider influences on sperm banking out- comes among adolescent males newly diagnosed with cancer. *Journal of Adolescent Health*, *60*(3), 277–283. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2016.10.020.

Klosky, J. L., Flynn, J. S., Lehmann, V., Russell, K. M., Wang, F., Hardin, R. N., Eddinger, J. R., Zhang, H., Schenck, L. A., & Schover, L. R. (2017). Parental influences on sperm bank-ing attempts among adolescent males newly diagnosed withcancer. *Fertility and Sterility*, *108*(6), 1043–1049. https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2017.08.039.

Klosky, J. L., Wang, F., Russell, K. M., Zhang, H., Flynn, J. S.,Huang, L., Wasilewaski-Masker, K., Landier, W., Leonard, M., Albritton, K. H., Gupta, A. A., Casilas, J., Colte, O., Kutteh, W. H., & Schover, L. R. (2017). Prevalence and predictors of sperm banking in adolescents newly diagnosedwith cancer: Examination of adolescent, parent, and provid-er factors influencing fertility preservation outcomes. *Journalof Clinical Oncology*, *35*(34), 3830–3865. https://doi.org/10.1200/JCO.2016.70.4767.

Knutson, D., Koch, J. M., & Goldbach, C. (2019). Recommended terminology, pronouns, and documenta- tion for work with transgender and non-binary popula- tions. *Practice Innovations*, *4*(4), 214–224. https://doi. org/10.1037/pri0000098.

Koçak, I., Akpınar, M. E., Cakır, Z. A., Doğan, M., Bengisu, S., & Celikoyar, M. M. (2010). Laser reduction glotto-plasty for managing androphonia after failed cricothyroid approximation surgery. *Journal of Voice*, *24*(6), 758–764. https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2009.06.004.

Kocan, S., & Gursoy, A. (2016). Body image of women with breast cancer after mastectomy: A qualitative research. *Journal of Breast Health*, *12*(4), 145–150. https://doi. org/10.5152/tjbh.2016.2913.

Koehler, A., Eyssel, J., & Nieder, T. O. (2018). Genders and individual treatment progress in (non-)binary trans in- dividuals. *The Journal of Sexual Medicine*, *15*(1), 102–113. https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2017.11.007.

Kohlberg, L. (1966). A cognitive-developmental analysis of children's sex-role concepts and attitudes. In E. E. Maccoby (Ed.), *The development of sex*. Tavistock Publications.

Kojima, T., Shoji, K., Isshiki, N., & Nakamura, K. (2008). Thyroplasty type III for treatment of voice problem in GID of female-to-male type. *Practica Oto-Rhino- Laryngologica*, *101*(1), 39–43. https://doi.org/10.5631/jibi- rin.101.39.

Kon, A. (2015). Ethical issues in decision-making for infants with disorders of sex development. *Hormone and Metabolic Research*, *47*(05), 340–343. https://doi. org/10.1055/s-0035-1547269.

Kornienko, O., Santos, C., Martin, C., & Granger, K. (2016). Peer influence on gender identity development in ado- lescence. *Developmental Psychology*, *52*(10), 1578–1592. https://doi.org/10.1037/dev0000200.

Korpaisarn, S., & Safer, J. D. (2018). Gaps in transgender medical education among healthcare providers: A major barrier to care for transgender persons. *Reviews in Endocrine and Metabolic Disorders*, *19*(3), 271–275. https://doi.org/10.1007/s11154-018-9452-5.

Kosilek v. Mass. Department of Corrections/ KathleenDennehy; Kosilek v. Spencer, 889 F.Supp.2d 190 (D. Mass.Sept. 4, 2012); "Kosilek II."

Kosilek v. Massachusetts, 221 F. Supp. 2d 156 (D Mass 2002).

Kozato, A., Fox, G. C., Yong, P. C., Shin, S. J., Avanessian, B. K., Ting, J., Yiwei, L., Subha, K., Safer, J. D., & Pang, J. H. (2021). No venous thromboembolism increase among transgender female patients remaining on estrogen for gender-affirming surgery. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, *106*(4), e1586–e1590. https://doi.org/10.1210/clinem/dgaa966.

Krege, S., Eckoldt, F., Richter-Unruh, A., Köhler, B.,Leuschner, I., Mentzel, H. J., Moss, A., Schweizer, K.,Stein, R., Werner-Rosen, K., Wieacker, P., Wiesemann,C., Wünsch, L., & Richter-Appelt, H. (2019). Variations of sex development: The first German interdisciplinary consensus paper. *Journal of Pediatric Urology*, *15*(2), 114–123. https://doi.org/10.1016/j.jpurol.2018.10.008.

Krempasky, C., Harris, M., Abern, L., & Grimstad, F. (2020). Contraception across the transmasculine spectrum. *American Journal of Obsterics and Gynecology*, *222*(2), 134–143. https://doi.org/10.1016/j.ajog.2019.07.043.

Kreukels, B. P. C., Köhler, B., Nordenström, A., Roehle, R., Thyen, U., Bouvattier, C., de Vries, A. L. C., Cohen-Kettenis, P. T., Köhler, B., Cohen-Kettenis, P., de Vries, A., Arlt, W., Wiesemann, C., Slowikowska-Hilczer, J., de la Perriere, A. B., Sultan, C., Paris, F., Bouvattier,C., Thyen, U., & Reisch, N. (2018). Gender dysphoria and gender change in disorders of sex development/in-tersex conditions: Results From the dsd-LIFE study. *The Journal of Sexual Medicine*, *15*(5), 777–785. https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2018.02.021.

Kreukels, B. P., & Cohen-Kettenis, P. T. (2011). Puberty suppression in gender identity disorder: the Amsterdamexperience. *Nature Reviews Endocrinology*, *7*(8), 466–472. https://doi.org/10.1038/nrendo.2011.78.

Krishnamurthy, R., VandeCreek, L., Kaslow, N. J., Tazeau, Y. N., Miville, M. L., Kerns, R., Stegman, R., Suzuki, L.,& Benton, S. A. (2004). Achieving competency in psy- chological assessment: Directions for education and train- ing. *Journal of Clinical Psychology*, 60(7), 725–739. https://doi.org/10.1002/jclp.20010.

Kunachak, S., Prakunhungsit, S., & Sujjalak, K. (2000). Thyroid cartilage and vocal fold reduction: A new phonosurgical method for male-to-female transsexuals. *The Annals of Otology, Rhinology, and Laryngology*, *109*(11), 1082–1086. https://doi.org/10.1177/000348940010901116.

Kuper, L. E., Adams, N., & Mustanski, B. S. (2018). Exploring cross-sectional predictors of suicide ideation, attempt, and risk in a large online sample of transgender and gender nonconforming youth and young adults. *LGBT Health*, *5*(7), 391–400. https://doi.org/10.1089/ lgbt.2017.0259.

Kuper, L. E., Lindley, L., & Lopez, X. (2019). Exploring the gender development histories of children and adolescents presenting for gender affirming medical care. *Clinical Practice in Pediatric Psychology*, *7*(3), 217–228. https://doi.org/10.1037/cpp0000290.

Kuper, L. E., Mathews, S., & Lau, M. (2019). Baseline men- tal health and psychosocial functioning of transgender adolescents seeking gender-affirming hormone therapy. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, *40*(8), 589–596. https://doi.org/10.1097/DBP.0000000000000697.

Kuper, L. E., Nussbaum, R., & Mustanski, B. (2012). Exploring the diversity of gender and sexual orientation identities in an online sample of transgender individuals. *Journal of Sex Research*, *49*(2-3), 244–254. https://doi.org/10.1080/00224499.2011.596954.

Kuper, L. E., Stewart, S., Preston, S., Lau, M., & Lopez, X. (2020). Body dissatisfaction and mental health outcomesof youth on gender-affirming hormone therapy. *Pediatrics*, *145*(4). https://doi.org/10.1542/peds.2019-3006.

Kuper, L. E., Wright, L., & Mustanski, B. (2014). Stud iden- tity among female-born youth of color: Joint conceptu-alizations of gender variance and same-sex sexuality. *Journal of Homosexuality*, *61*(5), 714–731. https://doi.org /10.1080/00918369.2014.870443.

Kuper, L. E., Wright, L., & Mustanski, B. (2018). Gender identity development among transgender and gender nonconforming emerging adults: An intersectional ap- proach. *International Journal of Transgenderism*, *19*(4), 436–455. https://doi.org/10.1080/15532739.2018.1443869.

Kuijpers, S., Wiepjes, C. M., Conemans, E. B., Fisher, A. D., T'Sjoen, G., & den Heijer, M. (2021). Toward a low-est effective dose of cyproterone acetate in trans women: Results from the ENIGI study. *The Journal of ClinicalEndocrinology & Metabolism*, *106*(10), e3936–e3945. https://doi.org/10.1210/clinem/dgab427.

Kuvalanka, K. A., Bellis, C., Goldberg, A. E., & McGuire, J. K. (2019). An exploratory study of custody challenges experienced by affirming mothers of transgender and gender-nonconforming children. *Family Court Review*, *57*(1), 54–71. https://doi.org/10.1111/fcre.12387.

Kuvalanka, K. A., Mahan, D. J., McGuire, J. K., & Hoffman, T. K. (2017). Perspectives of mothers of transgender and gender-nonconforming children with autism spectrum disorder. *Journal of Homosexuality*, *65*(9), 1167–1189. https://doi.org/10.1080/00918369.2017.1406221.

Kuyper, L., & Wijsen, C. (2014). Gender identities and gender dysphoria in the Netherlands. *Archives of Sexual Behavior*, *43*(2), 377–385. https://doi.org/10.1007/ s10508-013-0140-y.

Kvist, O., Luiza Dallora, A., Nilsson, O., Anderberg, P., Sanmartin Berglund, J., Flodmark, C. E., & Diaz, S. (2021). A cross-sectional magnetic resonance imaging study of factors influencing growth plate closure in ad- olescents and young adults. *Acta Paediatrica*, *110*(4), 1249–1256. https://doi.org/10.1111/apa.15617.

Kyinn, M., Banks, K., Leemaqz, S. Y., Sarkodie, E., Goldstein, D., & Irwig, M. S. (2021). Weight gain and obesity ratesin transgender and gender-diverse adults before and during hormone therapy. *International Journal of Obesity*, *45*(12), 2562–2569. https://doi.org/10.1038/s41366-021-00935-x.

Laan, E. T. M., Klein, V., Werner, M. A., van Lunsen, R. H. W., & Janssen, E. (2021). In pursuit of pleasure: A biopsychosocial perspective on sexual pleasure and gen- der. *International Journal of Sexual Health*, *33*(4), 516–536. https://doi.org/10.1080/19317611.2021.1965689.

Ladanyi, C., Mor, A., Christianson, M. S., Dhillon, N., & Segars, J. H. (2017). Recent advances in the field of ovar- ian tissue cryopreservation and opportunities for research. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, *34*(6), 709–722. https://doi.org/10.1007/s10815-017-0899-1.

Lampalzer, U., Briken, P., & Schweizer, K. (2021). Psychosocial care and support in the field of intersex/ diverse sex development (dsd): Counseling experiences,localization and needed improvements. *International Journal of Impotence Research*, *33*(2), 228–242.

Landén, M., Wålinder, J., Hambert, G., & Lundstrom, B.(1998). Factors predictive of regret in sex reassignment. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *97*(4), 284–289. https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1998.tb10001.x.

Langenderfer-Magruder, L., Whitfield, D. L., Walls, N. E., Kattari, S. K., & Ramos, D. (2014). Experiences of inti- mate partner violence and subsequent police reporting among lesbian, gay, bisexual, transgender, and queer adults in Colorado. *Journal of Interpersonal Violence*, *31*(5), 855–871. https://doi.org/10.1177/08862605145 56767.

Langley, R. E., Gilbert, D. C., Duong, T., Clarke, N. W., Nankivell, M., Rosen, S. D., Mangar, S., Macnair, A., Sundaram, S. K., Laniado, M. E., Dixit, S., Madaan, S., Manetta, C., Pope, A., Scrase, C. D., Mckay, S., Muazzam, I. A., Collins, G. N., Worlding, J., & Williams, S. T. (2021). Transdermal oestradiol for androgen suppressionin prostate cancer: Long-term cardiovascular outcomes from the randomised Prostate Adenocarcinoma Transcutaneous Hormone (PATCH) trial programme. *The Lancet*, *397*(10274), 581–591. https://doi.org/10.1016/ s0140-6736(21)00100-8.

Laron, Z., Zeev, Z., Kauli, R., Comaru-Schally, A., & Schally, A. (1981). D-Trp6-analogue of luteinising hormone re- leasing hormone in combination with cyproterone acetateto treat precocious puberty. *The Lancet*, *318*(8253), 955– 956. https://doi.org/10.1016/s0140-6736(81)91155-7.

Laube, J. S., Auer, M. K., Biedermann, S. V., Schröder, J., Hildebrandt, T., Nieder, T. O., Briken, P., & Fuss, J. (2020). Sexual behavior, desire, and psychosexual expe- rience in gynephilic and androphilic trans women: A cross-sectional multicenter study. *The Journal of Sexual Medicine*, *17*(6), 1182–1194. https://doi.org/10.1016/j. jsxm.2020.01.030.

Lawrence, A. A. (2003). Factors associated with satisfaction or regret following male-to-female sex reassignment sur- gery. *Archives of Sexual Behaviour*, *32*(4), 299–315. https:// doi.org/10.1023/a:1024086814364.

Lawrence, A. A. (2005). Sexuality after male-to-female sex reassignment surgery. *Archives of Sexual Behaviour*, *34*(2),147–166. https://doi.org/10.1007/s10508-005-1793-y.

LeBreton, M., Courtois, F., Journel, N. M., Beaulieu-Prevost, D., Belanger, M., Ruffion, A., & Terrier, J. E. (2017).Genital sensory detection thresholds and patient satis- faction with vaginoplasty in male-to-female transgender women. *Journal of Sexual Medicine*, *14*(2), 274–281. https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.12.005.

Ledesma, E., & Ford, C. L. (2020). Health implications of housing assignments for incarcerated transgender women. *American Journal of Public Health*, *110*(5), 650–654. https://doi.org/10.2105/ajph.2020.305565.

Lee, D. S., Marsh, L., Garcia-Altieri, M. A., Chiu, L. W., & Awad, S. S. (2016). Active mental illnesses adversely af- fect surgical outcomes. *The American Surgeon*, *82*(12), 1238–1243. https://doi.org/10.1177/000313481608201233.

Lee, H., Operario, D., van den Berg, J. J., Yi, H., Choo, S.,& Kim, S. S. (2020). Health disparities among transgen-der adults in South Korea. *Asia Pacific Journal of Public Health*, *32*(2-3), 103–110. https://doi.org/10.1177/1010539520912594.

Lee, J. Y., Finlayson, C., Olson-Kennedy, J., Garofalo, R., Chan, Y. M., Glidden, D. V., & Rosenthal, S. M. (2020). Low bone mineral density in early pubertal transgender/ gender diverse youth: Findings from the Trans Youth Care Study. *Journal of Endocrine Society*, *4*(9), https://doi.org/10.1210/jendso/bvaa065.

Lee, P. A., Houk, C. P., Ahmed, S. F., & Hughes, I. A.(2006). Consensus statement on management of intersex disorders. International Consensus Conference on Intersex. *Pediatrics*, *118*(2):e488-500. https://doi. org/10.1542/peds.2006-0738.

Lee, P. A., Nordenström, A., Houk, C. P., Ahmed, S. F.,Auchus, R., Baratz, A., Baratz Dalke, K., Liao, L. M.,Lin-Su, K., Looijenga, L. H. J.3rd, Mazur, T., Meyer-Bahlburg, H. F. L., Mouriquand, P., Quigley, C.A., Sandberg, D. E., Vilain, E., & Witchel, S. (2016). Global Disorders of sex development update since 2006: Perceptions, approach and care. *Hormone Research in Paediatrics*, *85*(3), 158–180. https://doi.org/10.1159/000442975.

Lefevor, G. T., Sprague, B. M., Boyd-Rogers, C. C., & Smack, A. C. P. (2018). How well do various types of support buffer psychological distress among transgender and gen- der nonconforming students? *International Journal of Transgenderism*, *20*(1), 39–48. https://doi.org/10.1080/15 532739.2018.1452172.

Lehmann, V., Keim, M. C., Nahata, L., Shultz, E. L., Klosky, J. L., Tuinman, M. A., & Gerhardt, C. A. (2017). Fertility-related knowledge and reproductive goals inchildhood cancer survivors: short communication. *Human Reproduction*, *32*(11), 2250–2253. https://doi.org/10.1093/ humrep/dex297.

Leibowitz, S., & de Vries, A. L. (2016). Gender dysphoriain adolescence. *International Review of Psychiatry*, *28*(1), 21–35. https://doi.org/10.3109/09540261.2015.1124844.

Lerner, J. E., Martin, J. I., & Gorsky, G. S. (2020). Morethan an apple a day: Factors associated with avoidanceof doctor visits among transgender, gender nonconform- ing, and nonbinary people in the USA. *Sexuality Research and Social Policy*, *18*(2), 409–426. https://doi.org/10.1007/ s13178-020-00469-3.

Leung, A., Sakkas, D., Pang, S., Thornton, K., & Resetkova, N. (2019). Assisted reproductive technology outcomes in female-to-male transgender patients compared with cis- gender patients: A new frontier in reproductive medicine. *Fertility and Sterility*, *112*(5), 858–865. https://doi. org/10.1016/j.fertnstert.2019.07.014.

Lev, A. I. & Wolf-Gould, C. (2018). Collaborative treatment across disciplines. In C. E. Keo-Meier & D. E. Ehrensaft (Eds.), *The gender affirmative model: An interdisciplinary approach to supporting transgender and gender expansive children*. American Psychological Association. https:// www.jstor.org/stable/j.ctv1chrwv9

Levine, S. B. (2009). Real-life test experience: Recommendations for revisions to the Standards of Care of the World Professional Association for Transgender Health. *International Journal of Transgenderism*, *11*(3), 186–193. https://doi.org/10.1080/15532730903383773.

Levine, S. B., Brown, G., Coleman, E., Cohen-Kettenis, P.T., Hage, J., Van Maasdam, J., Petersen, M., Pfafflin, F.,& Schaefer, L. C. (1998). The standards of care for gen- der identity disorders—Fifth edition. *International Journal of Transgenderism 2*, 2, http://www.symposion.com/ijt/ ijtc0405.htm

Levy, A., Crown, A., & Reid, R. (2003). Endocrine inter- vention for transsexuals. *Clinical Endocrinology*, *59*(4), 409–418. https://doi.org/10.1046/j.1365-2265.2003.01821.x.

Leyns, C., Papeleu, T., Tomassen, P., T'Sjoen, G., & D'haeseleer, E. (2021). Effects of speech therapy for trans- gender women: A systematic review. *International Journalof Transgender Health*, *22*(4), 360–380. https://doi.org/10 .1080/26895269.2021.1915224.

Liang, J. J., Gardner, I. H., Walker, J. A., & Safer, J. D. (2017). Observed deficiencies in medical student knowledge of transgender and intersex health. *Endocrine Practice*, *23*(8), 897–906. https://doi.org/10.4158/EP171758.O.

Liao, L, & Simmonds M. (2014). A values-driven and evidence-based health care psychology for diverse sex

development. *Psychology & Sexuality*, *5*(1), 83–101. https://doi.org/10.1080/19419899.2013.831217.

Lieberman, T. (2018). *Painting dragons: What storytellers need to know about writing Eunuch Villains*. Bogotá: Glyph Torrent.

Lierman, S., Tilleman, K., Braeckmans, K., Peynshaert, K., Weyers, S., T'Sjoen, G., & De Sutter, P. (2017). Fertility preservation for trans men: Frozen-thawed in vitro ma-tured oocytes collected at the time of ovarian tissue pro- cessing exhibit normal meiotic spindles. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, *34*(11), 1449–1456. https://doi.org/10.1007/s10815-017-0976-5.

Light, A. D., Obedin-Maliver, J., Sevelius, J. M., & Kerns, J. L. (2014). Transgender men who experienced pregnan-cy after female-to-male gender transitioning. *Obstetrics and Gynecology*, *124*(6), 1120–1127. https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000000540.

Light, A., Wang, L. F., Zeymo, A., & Gomez-Lobo, V. (2018). Family planning and contraception use in trans- gender men. *Contraception*, *98*(4), 266–269. https://doi.org/10.1016/j.contraception.2018.06.006.

Lightfoot, S., Kia, H., Vincent, A., Wright, D. K., & Vandyk, A. (2021). Trans-affirming care: An integrative review and concept analysis. *International Journal of Nursing Studies*, *123*, 104047. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2021.104047.

Lim, F., Johnson, M., & Eliason, M. (2015). A national surveyof faculty knowledge, experience, and readiness for teaching lesbian, gay, bisexual and transgender health in baccalaure-ate nursing programs. *Nursing Education Perspectives*, *36*(3),144–152. https://doi.org/10.5480/14-1355.

Lindley, L., Anzani, A., Prunas, A., & Galupo, M. P. (2021). Sexual satisfaction in trans masculine and nonbinary individuals: A qualitative investigation. *The Journal of Sex Research*, *58*(2), 222–234. https://doi.org/10.1080/00224499.2020.1799317.

Lindqvist, E. K., Sigurjonsson, H., Möllermark, C., Tinder,J., Farnebo, F., & Kalle Lundgren, T. (2017). Quality oflife improves early after gender reassignment surgery in transgender women. *European Journal of Plastic Surgery*, *40*, 223–226. https://doi.org/10.1007/s00238-016-1252-0.

Lin-Su, K., Lekarev, O., Poppas, D., & Vogiatzi, M. G. (2015). Congenital adrenal hyperplasia patient perception of 'disorders sex development' nomenclature. *International Journal of Pediatric Endocrinology*, *2015*(1), 9. https://doi.org/10.1186/s13633-015-0004-4.

Littman, L. (2018). Parent reports of adolescents and young adults perceived to show signs of a rapid onset of gender dysphoria. *PLoS One*, *13*(8), e0202330. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0202330.

Littman, L. (2021). Individuals treated for gender dysphoria with medical and/or surgical transition who subsequent- ly detransitioned: A survey of 100 detransitioners. *Archives of Sexual Behavior*, *50*(8), 3353–3369. https://doi.org/10.1007/s10508-021-02163-w.

Liu, Y., Xin, Y., Qi, J., Wang, H., Hong, T., Yang, X., Li, B., Change, X., Knudson, G., Zhao, Z., & Pan, B. (2020). The desire and status of gender-affirming hormone ther-apy and surgery in transgender men and women in China: A national population study. *The Journal of Sexual Medicine*, *17*(11), 2291–2298. https://doi.org/10.1177/1010539520912594.

Lopez, X., Marinkovic, M., Eimicke, T., Rosenthal, S. M.,& Olshan, J. S. (2017). Statement on gender-affirmative approach to care from the pediatric endocrine society special interest group on transgender health. *Current Opinion in Pediatrics*, *29*(4), 475–480. https://doi.org/10.1097/MOP.0000000000000516.

Lo Russo, G., Tanini, S., & Innocenti, M. (2017). Masculine chest-wall contouring in FtM transgender: A personal approach. *Aesthetic Plastic Surgery*, *41*(2), 369–374. https://doi.org/10.1007/s00266-017-0796-0.

Lowry, R., Johns, M. M., Gordon, A. R., Austin, S. B., Robin, L. E., & Kann, L. K. (2018). Nonconforming gen- der expression and associated mental distress and sub- stance use among high school students. *JAMA Pediatrics*, *172*(11), 1020–1028. https://doi.org/10.1001/jamapediat- rics.2018.2140.

Lundberg, T., Hegarty, P., & Roen, K. (2018). Making sense of 'Intersex' and 'DSD': How laypeople understand anduse terminology. *Psychology & Sexuality*, *9*(2), 161–173. https://doi.org/10.1080/19419899.2018.1453862.

Luz, P. M., Jalil, E. M., Castilho, J., Velasque, L., Ramos, M., Ferreira, A. C. G., Wilson, E. C., Valdilea, G., Veloso, B. D., Moodie, E. E. M., & Grinsztejn, B. (2022). Association of discrimination, violence, and resilience with depressive symptoms among transgender women in Rio de Janeiro, Brazil: A cross-sectional analysis. *Transgender Health*, *7*(1), 101–106. https://doi.org/10.1089/trgh.2020.0171.

Lynch, M., & CicchettI, D. (1998). An ecological-transactional analysis of children and contexts: The longitudinal inter- play among child maltreatment, community violence, and children's symptomatology. *Development and Psychopathology*, *10*(2), 235–257. https://doi.org/10.1017/ s095457949800159x.

MacDonald, T., Noel-Weiss, J., West, D., Walks, M., Biener, M., Kibbe, A., & Myler, E. (2016). Transmasculine indi-viduals' experiences with lactation, chestfeeding, and gender identity: A qualitative study. *BMC Pregnancy Childbirth*, *16*, 106–110. https://doi.org/10.1186/ s12884-016-0907-y.

MacKinnon, K. R., Ashley, F., Kia, H., Lam, J. S. H., Krakowsky, Y., & Ross, L. E. (2021). Preventing transition "regret": An institutional ethnography of gender-affirming medical care assessment practices in Canada. *SocialScience & Medicine*, *291*, 114477. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.114477.

MacKinnon, K. R., Ng, S. L., Grace, D., Sicchia, S. R., & Ross, L. E. (2019). Protocols as curriculum? Learning health advocacy skills by working with transgender pa-tients in the context of gender-affirming medicine. *Advances in Health Sciences Education*, *25*(1), 7–18. https://doi.org/10.1007/s10459-019-09899-0.

Madrigal-Borloz, V. (2021). *Report on gender: the law of inclusion and practices of exclusion. Report of the UN—*

Independent Expert on protection against violence and discrimination based on sexual orientation and gender identity, submitted to the 47th UN Human Rights Council and 76th UN General Assembly. https://www.ohchr.org/Documents/Issues/SexualOrientation/IESOGI/Reports_on_Gender_Final_Summary.pdf

Madrigal-Borloz, V. (2020). *Practices of so-called "conversion therapy"—Report of the UN independent expert on pro- tection against violence and discrimination based on sex- ual orientation and gender identity*, Submitted to the 44th session of the UN Human Rights Council. Geneva: United Nations Office of the High Commissioner for Human Rights. https://undocs.org/A/HRC/44/53

Maheux, A. J., Zhou, Y., Thoma, B. C., Salk, R. H., & Choukas-Bradley, S. (2021). Examining sexual behavior among U.S. transgender adolescents. *The Journal of Sex Research*, *58*(8), 1050–1060. https://doi.org/10.1080/00224499.2020.1855408.

Mahfouda, S., Moore, J. K., Siafarikas, A., Hewitt, T., Ganti, U., Lin, A., & Zepf, F. D. (2019). Gender-affirming hor- mones and surgery in transgender children and adoles- cents. *Lancet Diabetes Endocrinology*, *7*(6), 484–498. https://doi.org/10.1016/S2213-8587(18)30305-X.

Malhotra, A., Kort, S., Lauther, T., Mann, N., Skopicki, H.A., & Parikh, P. B. (2022). Prevalence and predictors of cardiovascular disease and risk factors in transgender persons in the United States. *Critical Pathways in Cardiology*, *21*(1), 42–46. https://doi.org/10.1097/ HPC.0000000000000271.

Malkin, M. L., & DeJong, C. (2018). Protections for trans- gender inmates under PREA: A comparison of state cor- rectional policies in the United States. *Sexuality Research and Social Policy*, *16*(4), 393–407. https://doi.org/10.1007/ s13178-018-0354-9.

Malpas, J., Glaeser, E., & Giammattei, S. V. (2018). Building resilience in transgender and gender expansive children, families, and communities: A multidimensional family approach. In C. Keo-Meier & D. Ehrensaft (Eds.), *The gender affirmative model: An interdisciplinary approach to supporting transgender and gender expansive children* (pp. 141–156). American Psychological Association. https://doi.org/10.1037/0000095-009.

Mamoojee, Y., Seal, L. J., & Quinton, R. (2017). Transgender hormone therapy: Understanding interna- tional variation in practice. *Lancet Diabetes & Endocrinology*, *5*(4), 243–246. https://doi.org/10.1016/ S2213-8587(17)30068-2.

Mancini, I., Rotilio, A., Coati, I., Seracchioli, R., Martelli,V., & Meriggiola, M. C. (2017). Presentation of a me- ningioma in a transwoman after nine years of cypro- terone acetate and estradiol intake: Case report and literature review. *Gynecological Endocrinology*, *34*(6), 456–459. https://doi.org/10.1080/09513590.2017.1395839.

Manero Vazquez, I., Garcia-Senosiain, O., Labanca, T., & Gómez-Gil, E. (2018). Aesthetic refinement in the cre- ation of the clitoris, its preputial hood, and labia mino-ra in male-to-female transsexual patients. *Annals of Plastic Surgery*, *81*(4), 393–397. https://doi.org/10.1097/SAP.0000000000001532.

Mann, R. (2006). The treatment of transgender prisoners, not just an American problem—Comparative analysis of American, Australian, and Canadian prison policies con- cerning the treatment of transgender prisoners and a "universal" recommendation to improve treatment. *Law & Sexuality: A Review Lesbian, Gay, Bisexual & Transgender Legal Issues*, *15*, 92–133.

Manrique, O. J., Sabbagh, M. D., Ciudad, P., Martinez-Jorge, J., Kiranantawat, K., Sitpahul, N., Nippoldt, T. B., Charafeddine, A., & Chen, H. C. (2018). Gender-confirmation surgery using the pedicle transverse colon flap for vaginal reconstruction: A clinical outcome and sexual function evaluation study. *Plastic and Reconstructive Surgery*, *141*(3), 767–771. https://doi.org/10.1097/PRS.0000000000004122.

Manson, J. E., Chlebowski, R. T., Stefanick, M. L., Aragaki, A.K., Rossouw, J. E., Prentice, R. L., Anderson, G., Howard, B. V., Thomson, C. A., LaCroix, A. Z., Wactawski-Wende, J., Jackson, R. D., Limacher, M., Margolis, K. L.,Wassertheil-Smoller, S., Beresford, S. A., Cauley, J. A., Eaton, C. B., Gass, M., …& Wallace, R. B. (2013). Menopausal hormone therapy and health outcomes during the interven- tion and extended poststopping phases of the Women'sHealth Initiative randomized trials. *The Journal of the American Medical Association*, *310*(13), 1353–1368.

Maraka, S., Singh Ospina, N., Rodriguez-Gutierrez, R., Davidge-Pitts, C. J., Nippoldt, T. B., Prokop, L. J., & Murad, M. H. (2017). Sex steroids and cardiovascular outcomes in transgender individuals: A systematic review and meta-analysis. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, *102*(11), 3914–3923. https://doi. org/10.1210/jc.2017-01643.

Margulies, I. G., Chuang, C., Travieso, R., Zhu, V., Persing, J. A., Steinbacher, D. M., & Zellner, E. G. (2021). Preferences of transgender and gender-nonconforming persons in gender-confirming surgical care: A cross-sectional study. *Annals of Plastic Surgery*, *86*(1), 82–88. https://doi.org/10.1097/SAP.0000000000002351.

Marinkovic, M., & Newfield, R. S. (2017). Chest reconstruc- tive surgeries in transmasculine youth: Experience fromone pediatric center. *International Journal of Transgenderism*, *18(*4), 376–381. https://doi.org/10.1080/15532739.2017.1349706.

Marks, D. H., Peebles, J. K., & Dommasch, E. (2019). Hair reduction for transgender persons: What dermatologists should know and how they can help. *JAMA Dermatology*, *155*(5), 525–526. https://doi.org/10.1001/jamaderma- tol.2019.0149.

Marsh, C., McCracken, M., Gray, M., Nangia, A., Gay, J.,& Roby, K. F. (2019). Low total motile sperm in trans- gender women seeking hormone therapy. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, *36*(8), 1639–1648. https://doi.org/10.1007/s10815-019-01504-y.

Marshall, W. A., & Tanner, J. M. (1969). Variations in pat- tern of pubertal changes in girls. *Archives of Disease in Childhood*, *44*(235), 291–303.

Masten, A. S., & Cicchetti, D. (2010). Developmental cascades. *Development and Psychopathology*, *22*(3), 491–495. https://doi.org/10.1017/s0954579410000222.

Martin, K. A., Chang, R. J., Ehrmann, D. A., Ibanez, L.,Lobo, R. A., Rosenfield, R. L., Shapiro, J., Montori, V. M.,& Swiglo, B. A. (2008). Evaluation and treatment of hirsutism in premenopausal women: An Endocrine Society clinical practice guideline. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, *93*(4), 1105–1120. https://doi.org/10.1210/jc.2007-2437.

Martinez, C., Rikhi, R., Haque, T., Fazal, A., Kolber, M., Hurwitz, B. E., Schneiderman, N., & Brown, T. T. (2020). Gender identity, hormone therapy, and cardiovascular disease risk. *Current Problems in Cardiology*, *45*(5), 100396. https://doi.org/10.1016/j.cpcardiol.2018.09.003.

Martinez, F., & International Society for Fertility Preservation–ESHRE–ASRM Expert Working Group. (2017). Update on fertility preservation from the Barcelona International Society for Fertility Preservation-ESHRE-ASRM 2015 expert meeting: Indications, results and future perspectives. *Fertility and Sterility*, *108*(3), 407–415.e11. https://doi.org/10.1016/j. fertnstert.2017.05.024.

Martins, R. S., Saleh, R., Kamal, H., Gillani, M., Merchant, A. A., Munir, M. M., Ifikar, H. K., Shah, Z., Hussain, M. H. Z., Azhar, M., Qadri, F., & Saleem, S. (2020). Theneed for transgender healthcare medical education in a developing country. *Advances in Medical Education and Practice*, *11*, 405. https://doi.org/10.2147/AMEP.S255483. Maruri, S. (2011). Hormone therapy for inmates: A metonym for transgender rights. *Cornell Journal of Law and Public Policy*, 20(3), 10.

Massie, J. P., Morrison, S. D., Van Maasdam, J., &Satterwhite, T. (2018). Predictors of patient satisfaction and postoperative complications in penile inversion vag- inoplasty. *Plastic and Reconstructive Surgery*, *141*(6), 911e- 921e. https://doi.org/10.1097/PRS.0000000000004427.

Mastronikolis, N. S., Remacle, M., Biagini, M., Kiagiadaki, D., & Lawson, G. (2013). Wendler glottoplasty: An ef- fective pitch raising surgery in male-to-female transsex- uals. *Journal of Voice*, *27*(4), 516–522. https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2013.04.004.

Matai, V., Cheesman, A. D., & Clarke, P. M. (2003). Cricothyroid approximation and thyroid chondroplasty: A patient survey. *Otolaryngology—Head and Neck Surgery*,*128* (6), 841–847. https://doi .org/10.1016/ S0194-5998(03)00462-5.

Matei, S., & Danino, M. A. (2015). Smoking and plasticsurgery: A Montreal perspective. *Annales de Chirurgie Plastique et Esthétique*, *60*(1), e71–e72. https://doi.org/10.1016/j.anplas.2014.09.012.

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. https://doi.org/10.1016/j.humpath.2018.03.007.

Matsuno, E. (2019). Nonbinary-affirming psychological interventions. *Cognitive and Behavioral Practice*, 26(4), 617–628. https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2018.09.003.

Matsuno, E., & Israel, T. (2018). Psychological interventions promoting resilience among transgender individuals: Transgender resilience intervention model (TRIM). *The Counseling Psychologist*, *46*(5), 632–655. https://doi.org/10.1177/0011000018787261.

Mattawanon, N., Charoenkwan, K., & Tangpricha, V. (2021). Sexual dysfunction in transgender people: A systematicreview. *Urology Clinics of North America*, *48*(4), 437–460. https://doi.org/10.1016/j.ucl.2021.06.004.

Mattawanon, N., Spencer, J. B., Schirmer, D. A., & Tangpricha, V. (2018). Fertility preservation options in transgender people: A review. *Reviews in Endocrine and Metabolic Disorders*, *19*(3), 231–242. https://doi. org/10.1007/s11154-018-9462-3.

Matthews, J. J., Olszewski, A., & Petereit, J. (2020).Knowledge, training, and attitudes of students and speech-language pathologists about providing communi- cation services to individuals who are transgender. *American Journal of Speech-Language Pathology*, *29*(2), 597–610. https://doi.org/10.1044/2020_AJSLP-19-00148.

Matthews, S. J., Picton, H., Ernst, E., & Andersen, C. Y. (2018). Successful pregnancy in a woman previously suf- fering from β-thalassemia following transplantation of ovarian tissue cryopreserved before puberty. *Minerva Obstetrics and Gynecology*, *70*(4), 432–435. https://doi. org/10.23736/S0026-4784.18.04240-5.

Maxwell, S., Noyes, N., Keefe, D., Berkeley, A. S., & Goldman, K. N. (2017). Pregnancy outcomes after fertil-ity preservation in transgender men. *Obstetrics and Gynecology*, *129*(6), 1031–1034. https://doi.org/10.1097/ AOG.0000000000002036.

Mayer, T. K., Koehler, A., Eyssel, J., & Nieder, T. O. (2019). How gender identity and treatment progress impact decision-making, psychotherapy and aftercare desires oftrans persons. *Journal of Clinical Medicine*, *8*(5), 749. https://doi.org/10.3390/jcm8050749.

Mazur, T., Cohen-Kettenis, P. T., Meyer, W. J., Meyer-Bahlburg, H. F., & Zucker, K. J. (2007). Survey of HBIGDA membership on treatment of disorders of sex development (DSD). *International Journal of Transgenderism* , *10* (2), 99–108. https://doi.org/10.1080/1553273080218227.

McCallion, S., Smith, S., Kyle, H., Shaikh, M. G., Wilkinson, G., & Kyriakou, A. (2021). An appraisal of current ser-vice delivery and future models of care for young people with gender dysphoria. *European Journal of Pediatrics*,*180* (9), 2969–2976. https://doi.org/10.1007/ s00431-021-04075-2.

McCauley, E., Eckstrand, K., Desta, B., Bouvier, B., Brockmann, B., & Brinkley-Rubenstein, L. (2017). Exploring healthcare experiences for incarcerated indi- viduals who identify as transgender in a southern jail. *Transgender Health*, *3*(1), 34–41. https://doi.org/10.1089/ trgh.2017.0046.

McConnell, E. A., Birkett, M. A., & Mustanski, B. (2015). Typologies of social support and associations with men-tal health outcomes among LGBT youth. *LGBT Health*, *2*(1), 55–61. https://doi.org/10.1089/lgbt.2014.0051.

McDowell, A., & Bower, K. M. (2016). Transgender health care for nurses: An innovative approach to diversifyingnursing curricula to address health inequities. *Journal of Nursing Education*, *55*(8). 476–479. https://doi. org/10.3928/01484834-20160715-11.

McDowell, A., Raifman, J., Progovac, A. M., & Rose, S. (2020). Association of nondiscrimination policies with mental health among gender minority individuals. *JAMA Psychiatry*, *77*(9), 952–958. https://doi.org/10.1001/jama- psychiatry.2020.0770.

McDowell, M. J., Hughto, J. M. W., & Reisner, S. L. (2019). Risk and protective factors for mental health morbidityin a community sample of female-to-male trans-masculine adults. *BMC Psychiatry*, *19*(1). https://doi.org/10.1186/ s12888-018-2008-0.

McFadden, S. H., Frankowski, S., Flick, H., & Witten, T. M. (2013). Resilience and multiple stigmatized identities:Lessons from transgender persons' reflections on aging. In J. D. Sinnott (Ed.), *Positive psychology: Advances in understanding adult motivation* (pp. 247–267). Springer. McGuire, J. K., Beek, T. F., Catalpa, J. M., & Steensma, T. D. (2018). The Genderqueer Identity (GQI) Scale: Measurement and validation of four distinct subscales with trans and LGBQ clinical and community samples in two countries. *International Journal of Transgenderism*, *20*(2–3), 289–304. https://doi.org/10.1080/15532739.2018 .1460735.

McGuire, J. K., Berg, D., Catalpa, J. M., Morrow, Q. J., Fish, J. N., Nic Rider, G., Steensma, T., Cohen-Kettenis, P. T., & Spencer, K. (2020). Utrecht Gender Dysphoria Scale— Gender Spectrum (UGDS-GS): Construct validity among transgender, nonbinary, and LGBQ samples. *International Journal of Transgender Health*, *21*(2), 194–208. https:// doi.org/10.1080/26895269.2020.1723460.

McInroy, L. B., Beaujolais, B., Craig, S. L., & Eaton, A. D. (2021). The self-identification, LGBTQ + identity develop- ment, and attraction and behavior of asexual youth: Potential implications for sexual health and internet-based service provision. *Archives of Sexual Behavior*, *50*(8), 3853–3863. https://doi.org/10.1007/s10508-021-02064-y.

McLachlan, C. (2019). Que(e)ring trans and gender diver-sity. *South African Journal of Psychology*, *49*(1), 10–13. Urology Clinics North America https://doi. org/10.1177/0081246318780774.

McLaughlin, R. J., & Sharp, R. N. (2018). Working with parents/guardians and caregivers when conflicts arise. In C. Keo-Meier & D. Ehrensaft (Eds.), *The gender affirma- tive model: An Interdisciplinary approach to supporting transgender and gender expansive children* (pp. 157–172). American Psychological Association. https://doi. org/10.1037/0000095-009

McNabb, C. (2017). *Nonbinary gender identities: History,culture, resources*. Rowman & Littlefield.

McNamara, C. (2007). Re-inhabiting an uninhabitable body: Interventions in voice production with transsexual men.*Research in Drama Education: The Journal of Applied Theatre and Performance*, *12*(2), 195–206. https://doi. org/10.1080/13569780701321070.

McNeil, J., Bailey, L., Ellis, S., & Regan, M. (2013). *Speakingfrom the margins: trans mental health and wellbeing in Ireland*. Transgender Equality Network Ireland (TENI). https://www.atlanticphilanthropies.org/wp-content/up- loads/2015/09/teni-speaking-from-the-margins-report.pdf McNeil, J., Bailey, L., Ellis, S., Morton, J., & Regan, M.(2012). *UK trans mental health study* 2012. Scottish Transgender Alliance, Trans Resource and Empowerment Centre, TransBareAll, Traverse Research, Sheffield Hallam University. Scottish Trans Alliance https://www.scottish- trans.org/wp-content/uploads/2013/03/trans_mh_study.pdf McNeill, E. J. M., Wilson, J. A., Clark, S., & Deakin, J.(2008). Perception of voice in the transgender client. *Journal of Voice*, *22*(6), 727–733. https://doi.org/10.1016/j. jvoice.2006.12.010.

McTernan, M., Yokoo, K., & Tong, W. (2020). A compari- son of gender-affirming chest surgery in nonbinary ver- sus transmasculine patients. *Annals of Plastic Surgery*, *84*(5S Suppl. 4), S323–S328. https://doi.org/10.1097/ SAP.0000000000002254.

Meeus, W., van de Schoot, R., Keijsers, L., & Branje, S. (2011). Identity statuses as developmental trajectories: A five-wave longitudinal study in early-to-middle and middle-to-late adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, *41*(8), 1008–1021. https://doi.org/10.1007/ s10964-011-9730-y.

Mehringer, J., & Dowshen, N. L. (2019). Sexual and repro- ductive health considerations among transgender and gender-expansive youth. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*, *49*(9), 100684. https://doi.org/10.1016/j.cppeds.2019.100684.

Mehringer, J. E., Harrison, J. B., Quain, K. M., Shea, J. A., Hawkins, L. A., & Dowshen, N. L. (2021). Experience of chest dysphoria and masculinizing chest surgery in trans- masculine youth. *Pediatrics*, *147*(3), e2020013300. https:// doi.org/10.1542/peds.2020-013300.

Meier, S. C., & Labuski, C. M. (2013). *The Demographicsof the Transgender Population*. In A. K. Baumle (Ed.), *International handbook on the demography of sexuality*(pp. 289–327). Springer.

Meier, S. C., Sharp, C., Michonski, J., Babcock, J. C., & Fitzgerald, K. (2013). Romantic relationships of female-to- male trans men: A descriptive study. *International Journal of Transgenderism*, *14*(2), 75–85. https://doi.org/10.1080/ 15532739.2013.791651.

Meijer, J. H., Eeckhout, G. M., van Vlerken, R. H., & de Vries, A. L. (2017). Gender dysphoria and co-existing psychosis: Review and four case examples of successful gender affirmative treatment. *LGBT Health*, *4*(2), 106–114. https://doi.org/10.1089/lgbt.2016.0133.

Meister, J., Hagen, R., Shehata-Dieler, W., Kühn, H., Kraus, F., & Kleinsasser, N. (2016). Pitch elevation in male-to-

female transgender persons—The Würzburg approach. *Journal of Voice*, *31*(2), 244.e7–244.e15. https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2016.07.018.

Mendoza, N., & Motos, M. A. (2013). Androgen insensi-tivity syndrome. *Gynecological Endocrinology*, *29*(1), 1–5. https://doi.org/10.3109/09513590.2012.705378.

Meriggiola, M. C., Armillotta, F., Costantino, A., Altieri, P., Saad, F., Kalhorn, T., & Pelusi, G. (2008). Effects of tes-tosterone undecanoate administered alone or in combi- nation with letrozole or dutasteride in female to male transsexuals. *The Journal of Sexual Medicine*, *5*(10), 2442–2453. https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2008.00909.x.

Mészáros, K., Vitéz, L. C., Szabolcs, I., Góth, M., Kovács, L., Görömbei, Z., & Hacki, T. (2005). Efficacy of conser- vative voice treatment in male-to-female transsexuals. *Folia Phoniatrica et Logopaedica*, *57*(2), 111–118. https://doi.org/10.1159/000083572.

Meyer, W.III., Bockting W., Cohen-Kettenis P., Coleman E., DiCeglie D., Devor H., Gooren L., Hage J., Kirk S., Kuiper B., Laub D., Lawrence A., Menard Y., Patton J., Schaefer L., Webb A., & Wheeler C. (2001). The stan- dards of care for gender identity disorders—Sixth version. *International Journal of Transgenderism*, 5(1). http://www.symposium.com/ijt/soc_01/index.htm

Meyer, I. H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: concep- tual issues and research evidence. *Psychological Bulletin*, *129*(5), 674–697. https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.5.674.

Meyer-Bahlburg, H. F. L. (2019). "Diagnosing" gender? Categorizing gender-identity variants in the Anthropocene. *Archives of Sexual Behavior 48*(7), 2027–2035. https://doi.org/10.1007/s10508-018-1349-6.

Meyer-Bahlburg, H. F. L. (2022). The timing of genital surgery in somatic intersexuality: Surveys of patients' preferences. *Hormone Research in Paediatrics*, 95, 12–20. https://doi.org/10.1159/000521958.

Meyer-Bahlburg, H. F. L., Baratz Dalke, K., Berenbaum, S. A., Cohen-Kettenis, P. T., Hines, M., & Schober, J. M. (2016). Gender assignment, reassignment and outcome in disorders of sex development: Update of the 2005 Consensus Conference. *Hormone Research in Paediatrics*, *85*(2), 112–118. https://doi.org/10.1159/000442386.

Meyer-Bahlburg, H. F. L., Khuri, J., Reyes-Portillo, J., &New, M. I. (2017). Stigma in medical settings as report- ed retrospectively by women with congenital adrenal hyperplasia (CAH) for their childhood and adolescence. *Journal of Pediatric Psychology*, *42*(5), 496–503. https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsw034.

Meyer-Bahlburg, H. F. L., Khuri, J., Reyes-Portillo, J., Ehrhardt, A. A., & New, M. I. (2018). Stigma associated with classical congenital adrenal hyperplasia in women's sexual lives. *Archives of Sexual Behavior*, *47*(4), 943–951. https://doi.org/10.1007/s10508-017-1003-8.

Meyer-Bahlburg, H. F. L., Reyes-Portillo, J. A., Khuri, J., Ehrhardt, A. A., & New, M. I. (2017). Syndrome-related stigma in the general social environment as reported by women with classical congenital adrenal hyperplasia.*Archives of Sexual Behavior*, *46*(2), 341–351. https://doi.org/10.1007/s10508-016-0862-8.

Mieusset, R., Bujan, L., Mansat, A., Pontonnier, F., & Grandjean, H. (1987). Effects of artificial cryptorchidismon sperm morphology. *Fertility and Sterility*, *47*(1), 150– 155. https://doi.org/10.1016/s0015-02821649951-6.

Mieusset, R., Grandjean, H., Mansat, A., & Pontonnier, F. (1985). Inhibiting effect of artificial cryptorchidism on spermatogenesis. *Fertility and Sterility*, *43*(4), 589–594. https://doi.org/10.1016/S0015-0282(16)48502-X.

Miller, L., Leeth, E. A., Johnson, E. K., Rosoklija, I., Chen, D., Aufox, S. A., & Finlayson, C. (2018). Attitudes to- wards 'disorders of sex development' nomenclature amongphysicians, genetic counselors, and mental health clini- cians. *Journal of Pediatric Urology*, *14*(5), 418.e1–418.e7. https://doi.org/10.1016/j.jpurol.2018.08.009.

Millet, N., Longworth, J., & Arcelus, J. (2017). Prevalenceof anxiety symptoms and disorders in the transgender population: A systematic review of the literature. *International Journal of Transgenderism*, *18*(1), 27–38. https://doi.org/10.1080/15532739.2016.1258353.

Millington, K., Liu, E., & Chan, Y. M. (2019). The utilityof potassium monitoring in gender-diverse adolescents taking spironolactone. *Journal of the Endocrine Society*, *3*(5), 1031–1038. https://doi.org/10.1210/js.2019-00030.

Millington, K., Schulmeister, C., Finlayson, C., Grabert, R., Olson-Kennedy, J., Garofalo, R., & Chan, Y. M. (2020). Physiological and metabolic characteristics of a cohort of transgender and gender-diverse youth in the United States. *Journal of Adolescent Health*, *67*(3), 376–383. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2020.03.028.

Mills, M., & Stoneham, G. (2017). *The voice book for trans and non-binary people*. Jessica Kingsley Publishers.

Mills, M., Stoneham, G., & Davies, S. (2019). Toward aprotocol for transmasculine voice: A service evaluation of the voice and communication therapy group program, including long-term follow-pp for trans men at the London Gender Identity Clinic. *Transgender Health*, *4*(1), 143–151. https://doi.org/10.1089/trgh.2019.0011.

Milrod, C., & Karasic, D. H. (2017). Age is just a number: WPATH-affiliated surgeons' experiences and attitudes toward vaginoplasty in transgender females under 18 years of age in the United States. *The Journal of Sexual Medicine*, *14*(4), 624–634. https://doi.org/10.1016/j. jsxm.2017.02.007.

Ming, J. M., Chua, M. E., Lopes, R. I., Maloney, A. M., Gupta, A. A., & Lorenzo, A. J. (2018). Cryopreservationof testicular tissue in pre-pubertal and adolescent boys at risk for infertility: A low risk procedure. *Journal of Pediatric Urology*, *14*(3), 274.e271–274.e275. https://doi.org/10.1016/j.jpurol.2018.02.016.

Ministry of Justice. (2016.) *Care and management of trans-gender offenders. (n.d.)*. GOV.UK. Retrieved May 31, 2022,from https://www.gov.uk/government/publications/care-an d-management-of-transgender-offenders

Mizock, L., & Lewis, T. K. (2008). Trauma in transgender populations: Risk, resilience, and clinical care. *Journal of*

Emotional Abuse, *8*(3), 335–354. https://doi.org/10.1080/10926790802262523.

Mollet, A. L. (2021). "It's easier just to say I'm queer": Asexual college students' strategic identity management. *Journal of Diversity in Higher Education*. Advance online publication. https://doi.org/10.1037/dhe0000210.

Money, J., & Lamacz, M. (1987). Genital examination and exposure experienced as nosocomial sexual abuse in childhood. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, *175*(12), 713–721. https://doi.org/10.1097/00005053-198712000-00002.

Monroe (aka Patterson) v. Baldwin, Illinois Department of Corrections et al, Case No. 1:19-cv-01060, 2019.

Monstrey, S., Hoebeke, P., Dhont, M., De Cuypere, G., Rubens, R., Moerman, M., Hamdi, M., Van Landuyt, K.,& Blondeel, P. (2001). Surgical therapy in transsexual patients: A multi-disciplinary approach. *Acta Chirurgica Belgica*, *101*(5), 200–209. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11758101

Monstrey, S., Hoebeke, P., Selvaggi, G., Ceulemans, P., Van Landuyt, K., Blondeel, P., Hamdi, M., Roche, N., Weyers, S., & De Cuypere, G. (2009). Penile reconstruction: Isthe radial forearm flap really the standard technique? *Plastic and Reconstructive Surgery*, *124*(2), 510–518. https://doi.org/10.1097/PRS.0b013e3181aeeb06.

Montejo, A. L., Montejo, L., & Navarro-Cremades, F. (2015).Sexual side-effects of antidepressant and antipsychotic drugs. *Current Opinion in Psychiatry*, *28*(6), 418–423. https://doi.org/10.1097/yco.0000000000000198.

Moody, C., Fuks, N., Peláez, S., & Smith, N. G. (2015)."Without this, I would for sure already be dead": A qual- itative inquiry regarding suicide protective factors among trans adults. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, *2*(3), 266. https://doi.org/10.1037/sgd0000130.

Mora, E., Cobeta, I., Becerra, A., & Lucio, M. J. (2018). Comparison of cricothyroid approximation and glotto- plasty for surgical voice feminization in male-to-female transsexuals. *The Laryngoscope*, *128*(9), 2101–2109. https://doi.org/10.1002/lary.27172.

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. https:// doi.org/10.1210/endocr/bqaa014.

Morenz, A. M., Goldhammer, H., Lambert, C. A., Hopwood, R., & Keuroghlian, A. S. (2020). A blueprint for planning and implementing a transgender health program. *Annalsof Family Medicine*, *18*(1), 73–79. https://doi.org/10.1370/ afm.2473.

Morrison, S. D., Capitán-Canadas, F., Sanchez-Garcia, A.,Ludwig, D. C., Massie, J. P., Nolan, I. T., Swanson, M., Rodriguez-Conesa, M., Friedrich, J. B., Cederna, P. S., Bellinga, R. J., Simon, D., Capitán, L., & Satterwhite, T. (2020). Prospective quality-of-life outcomes after facial feminization surgery: An international multicenter study. *Plastic and Reconstructive Surgery*, *145*(6), 1499–1509.https://doi.org/10.1097/PRS.0000000000006837.

Morrison, S. D., Satterwhite, T., Grant, D. W., Kirby, J.,Laub, D. R., Sr., & VanMaasdam, J. (2015). Long-term outcomes of rectosigmoid neocolporrhaphy in male-to- female gender reassignment surgery. *Plastic and Reconstructive Surgery*, *136*(2), 386–394. https://doi. org/10.1097/PRS.0000000000001459.

Morrison, S. D., Shakir, A., Vyas, K. S., Kirby, J., Crane, C. N., & Lee, G. K. (2016). Phalloplasty: A review of tech- niques and outcomes. *Plastic and Reconstructive Surgery*, *138* (3), 594–615. https://doi .org/10.1097/ PRS.0000000000002518.

Moser, C., & Devereux, M. (2019). Gender neutral pro- nouns: A modest proposal. *International Journal of Transgenderism*, *20*(2-3), 331–332. https://doi.org/10.108 0/15532739.2016.1217446.

Moseson, H., Fix, L., Hastings, J., Stoeffler, A., Lunn, M.R., Flentje, A., Lubensky, M. E., Capriotti, M. R., Ragosta, S., & Obedin-Maliver, J. (2020). Pregnancy intentions and outcomes among transgender, nonbinary, and gender-expansive people assigned female or intersex at birth in the United States: Results from a national, quan- titative survey. *International Journal of Transgender Health*, *22*(1–2), 30–41. https://doi.org/10.1080/26895269 .2020.1841058.

Moseson, H., Fix, L., Hastings, J., Stoeffler, A., Lunn, M.R., Flentje, A., Lubensky, M. E., Capriotti, M. R., Ragosta, S., Forsberg, H., & Obedin-Maliver, J. (2021). Pregnancy intentions and outcomes among transgender, nonbinary, and gender-expansive people assigned female or intersexat birth in the United States: Results from a national, quantitative survey. *International Journal of Transgender Health*, *22*(1-2), 30–41, https://doi.org/10.1080/26895269 .2020.1841058.

Moseson, H., Fix, L., Ragosta, S., Forsberg, H., Hastings,J., Stoeffler, A., Lunn, M. R., Flentje, A., Capriotti, M.R., Lubensky, M. E., & Obedin-Maliver, J. (2021). Abortion experiences and preferences of transgender, nonbinary, and gender-expansive people in the United States. *American Journal of Obstetrics and Gynecol*ogy, *224*(4), 376. https://doi.org/10.1016/j.ajog.2020.09.035.

Moseson, H., Lunn, M. R., Katz, A., Fix, L., Durden, M., Stoeffler, A., Hastings, J., Cudlitz, L., Goldberg, E., Lesser-Lee,B., Letcher, L., Reyes, A., Flentje, A., Capprotti, M., Lubensky, M. E., & Obedin-Maliver, J. (2020). Development of an affirming and customizable electronic survey of sexual and reproductive health experiences for transgender and gendernonbinary people. *PLoS One*, *15*(5), e0232154. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0232154.

Moseson, H., Zazanis, N., Goldberg, E., Fix, L., Durden, M., Stoeffler, A., Hastings, J., Cudlitz, L., Goldberg, E., Lesser-Lee, B., Letcher, L., Reyes, A., & Obedin-Maliver, J. (2020). The imperative for transgender and gender nonbinary inclusion: Beyond women's health. *Obstetrics and Gynecology*, *135*(5), 1059–1068. https://doi.org/10.1097/aog.0000000000003816.

Motmans, J., Meier, P., Ponnet, K., & T'Sjoen, G. (2012). Female and male transgender quality of life: Socioeconomic

and medical differences. *The Journal of Sexual Medicine*,*9* (3) , 743–750. https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2011.02569.x.

Motmans, J., Nieder, T. O., & Bouman, W. P. (2019). Transforming the paradigm of nonbinary transgenderhealth: A field in transition. *International Journal of Transgenderism*, *20*(2-3), 119–125. https://doi.org/10.1080/15532739.2019.1640514.

Motmans, J., Wyverkens, E., & Defreyne, J. (2017). *Being transgender in Belgium: Ten years later*. Institute for the Equality of Women and Men. https://igvm-iefh.belgium.be/sites/default/files/118_-_being_transgender_in_belgium.pdf

Motta, G., Marinelli, L., Barale, M., Brustio, P. R., Manieri, C., Ghigo, E., Procopio, M., & Lanfranco, F. (2020). Fracture risk assessment in an Italian group of transgen-der women after gender-confirming surgery. *Journal of Bone Mineral Metabolism*, *38*(6), 885–893. https://doi. org/10.1007/s00774-020-01127-9.

Mouriquand, P. D. E., Gorduza, D. B., Gay, C.-L., Meyer-Bahlburg, H. F. L., Baker, L., Baskin, L. S., Bouvattier, C., Braga, L. H., Caldamone, A. C., Duranteau, L., El Ghoneimi, A., Hensle, T. W., Hoebeke, P., Kaefer, M., Kalfa, N., Kolon, T. F., Manzoni, G., Mure, P.-Y., Nordenskjöld, A., & Pippi Salle, J. L. (2016). Surgery in disorders of sex development (DSD) with a gender issue:If (why), when, and how? *Journal of Pediatric Urology*,*12* (3), 139–149. https://doi.org/10.1016/j.jpu-rol.2016.04.001.

Movement Advancement Project. Conversion "Therapy"Bans. (2021). https://www.lgbtmap.org/equality-maps/conversion_therapy

Mujugira, A., Kasiita, V., Bagaya, M., Nakyanzi, A., Bambia,F., Nampewo, O., Kamusiime, B., Mugisha, J., Nalumansi, A., Twesigye, C. C., Muwonge, T. R., Baeten, J. M., Wyatt, M. A., Tsai, A. C., Ware, N. C., & Haberer, J. E. (2021). "You are not a man": A multi-method study of trans stigma and risk of HIV and sexually transmitted infec-tions among trans men in Uganda. *Journal of the International AIDS Society*, *24*(12), e25860. https://doi. org/10.1002/jia2.25860.

Mukhopadhyay, A., & Chowdhury, R. (2009). The eunuch patient. *Tropical Doctor*, *39*(1), 63–64. https://doi.org/10.1258/td.2008.080016.

Müller, A. (2017). Scrambling for access : Availability , accessibility , acceptability and quality of healthcare for lesbian , gay , bisexual and transgender people in South Africa. *BMC International Health and Human Rights*, *17*(1), 16. https://doi.org/10.1186/s12914-017-0124-4.

Müller, A., & Daskilewicz, K., & The Southern and EastAfrican Research Collective on Health (2019). '*Are wedoing alright? Realities of violence, mental health, andaccess to healthcare related to sexual orientation and gen- der identity and expression in eSwatini: Research report based on a community-led study in nine countries'*. COC Netherlands. https://eswatiniminorities.org/wp-content/uploads/2019/07/SOGIE-and-wellbeing_02_eSwatini.pdf

Mullins, E. S., Geer, R., Metcalf, M., Piccola, J., Lane, A., Conard, L. A. E., & Kowalcyk Mullins, T. L. (2021). Thrombosis risk in transgender adolescents receiving gender-affirming hormone therapy. *Paediatrics*, 147(4), e2020023549. https://doi.org/10.1542/peds.2020-023549.

Murad, M. H., Elamin, M. B., Garcia, M. Z., Mullan, R. J., Murad, A., Erwin, P. J., & Montori, V. M. (2010). Hormonal therapy and sex reassignment: A systematic review and meta-analysis of quality of life and psycho- social outcomes. *Clinical Endocrinology*, *72*(2), 214–231. https://doi.org/10.1111/j.1365-2265.2009.03625.x.

Murchison, G., Adkins, D., Conard, L. A., Ph, R., Ehrensaft, D., Elliott, T., Hawkins, L. A., Lopez, X., Newby, H., Ng, H., Vetters, R., Wolf-Gould, C., Brown, J., Hanneman,T., Kahn, E. (2016). *Supporting & caring for transgender children*. Human Rights Campaign.

Myers, S. C., & Safer, J. D. (2017). Increased rates of smok- ing cessation observed among transgender women re- ceiving hormone treatment. *Endocrine Practice*, *23*(1), 32–36. https://doi.org/10.4158/EP161438.OR.

Nahata, L., Chen, D., Moravek, M. B., Quinn, G. P., Sutter, M. E., Taylor, J., Tishelman, A. C., & Gomez-Lobo, V. (2019). Understudied and under-reported: Fertility issues in transgender youth—A narrative review. *Journal of Paediatrics*, *205*, 265–271. https://doi.org/10.1016/j. jpeds.2018.09.009.

Nahata, L., Curci, M. B., & Quinn, G. P. (2018). Exploring fertility preservation intentions among transgender youth. *Journal of Adolescent Health*, *62*(2), 123–125. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2017.11.288.

Nahata, L., Quinn, G. P., & Tishelman, A. C. (2018). Counseling in pediatric populations at risk for infertili- ty and/or sexual function concerns. *Pediatrics*, *142*(2), e20181435. https://doi.org/10.1542/peds.2018-1435.

Nahata, L., Tishelman, A. C., Caltabellotta, N. M., & Quinn, G. P. (2017). Low fertility preservation utilization among transgender youth. *Journal of Adolescent Health*, *61*(1),40–44. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2016.12.012.

Nanda, K., Stuart, G. S., Robinson, J., Gray, A. L., Tepper, N. K., & Gaffield, M. E. (2017). Drug interactions between hormonal contraceptives and antiretrovirals. *AIDS*, *31*(7), 917–952. https://doi.org/10.1097/QAD.0000000000001392.

Nanda, S. (2014). *Gender diversity: cross cultural variations* (2nd ed.). Waveland Press.

Narayan, S. K., Hontscharuk, R., Danker, S., Guerriero, J., Carter, A., Blasdel, G., Bluebond-Langner, R., Ettner, R., Radix, A., Schechter, L., & Berli, J. U. (2021). Guiding the conversation-types of regret after gender-affirming surgery and their associated etiologies. *Annals of Translational Medicine*, *9*(7), 605. https://doi.org/10.21037/atm-20-6204.

Nash, R., Ward, K. C., Jemal, A., Sandberg, D. E., Tangpricha, V., & Goodman, M. (2018). Frequency and distributionof primary site among gender minority cancer patients: An analysis of U.S. national surveillance data. *Cancer Epidemiology*, *54*, 1–6. https://doi.org/10.1016/j.canep.2018.02.008.

Nassiri, N., Maas, M., Basin, M., Cacciamani, G. E., & Doumanian, L. R. (2021). Urethral complications after gender reassignment surgery: A systematic review. *International Journal of Impotence Research*, *33*(8), 793– 800. https://doi.org/10.1038/s41443-020-0304-y.

National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. (2020). *Understanding the well-being of LGBTQI + popu- lations*. The National Academies Press. https://doi. org/10.17226/25877

National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research. (1979). *The Belmont report: Ethical principles and guidelines for the protection of human subjects of research*. U.S. Department of Health and Human Services.

National Commission on Correctional Heath Care. (2016). *Solitary confinement (isolation)*. https://www.ncchc.org/ solitary-confinement.

National LGBTQIA+ Health Education Center. (2020). *Affirming primary care for intersex people*. https://www.lgbtqiahealtheducation.org/publication/affirming-primar y-care-for-intersex-people-2020/

Nestle, J., Howell, C., & Wilchins, R. (Eds.). (2002). *Genderqueer. Voices from behind the sexual binary*. AlysonBooks.

Netshandama, V. O., Mavhandu-Mudzusi, A. H., & Matshideze, P. (2017). Deconstructing matula (taboo), a multi-stakeholder narrative about LGBTI. *South AfricanJournal of Higher Education*, *31*(4). https://doi. org/10.20853/31-4-1328.

Neumann, K., & Welzel, C. (2004). The importance of the voice in male-to-female transsexualism. *Journal of Voice*, *18*(1), 153–167. https://doi.org/10.1016/S0892-1997(03)00084-5.

Newcomb, M. E., Hill, R., Buehler, K., Ryan, D. T., Whitton, S. W., & Mustanski, B. (2020). High burden of mental health problems, substance use, violence, and related psychosocial factors in transgender, non-binary, and gen- der diverse youth and young adults. *Archives of Sexual Behavior*, *49*(2), 645–659. https://doi.org/10.1007/ s10508-019-01533-9.

Newfield, E., Hart, S., Dibble, S., & Kohler, L. (2006). Female-to-male transgender quality of life. *Quality of Life Research*, *15*(9), 1447–1457. https://doi.org/10.1007/ s11136-006-0002-3.

Neyman, A., Fuqua, J. S., & Eugster, E. A. (2019).Bicalutamide as an androgen blocker with secondary ef- fect of promoting feminization in male-to-female trans- gender adolescents. *The Journal of Adolescent Health*, *64*(4), 544–546. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2018.10.296.

Nguyen, H. B., Chavez, A. M., Lipner, E., Hantsoo, L., Kornfield, S. L., Davies, R. D., & Epperson, C. N. (2018). Gender-affirming hormone use in transgender individu- als: Impact on behavioral health and cognition. *Current Psychiatry Reports*, *20*(12), 1–9. https://doi.org/10.1007/s11920-018-0973-0.

Nieder, T. O., & Richter-Appelt, H. (2011). Tertium non datur– either/or reactions to transsexualism amongst health care professionals: the situation past and present,and its relevance to the future. *Psychology & Sexuality*, *2*(3), 224–243. https://doi.org/10.1080/19419899.2010.545955.

Nieder, T. O., Eyssel, J., & Köhler, A. (2020). Being trans without medical transition: Exploring characteristics of trans individuals from Germany not seeking gender-affirmative medical interventions. *Archives of Sexual Behavior*, *49*(7), 2661–2672. https://doi.org/10.1007/s10508-019-01559-z.

Nieder, T. O., Güldenring, A., Woellert, K., Briken, P., Mahler, L., & Mundle, G. (2020). Ethical aspects of men- tal health care for lesbian, gay, bi-, pan-, asexual, and transgender people: A case-based approach. *The Yale Journal of Biology and Medicine*, *93*(4), 593–602. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7513438/

Nieder, T. O., Mayer, T. K., Hinz, S., Fahrenkrug, S.,Herrmann, L., & Becker-Hebly, I. (2021). Individual treat- ment progress predicts satisfaction with transition-related care for youth with gender dysphoria: A prospective clinical cohort study. *The Journal of Sexual Medicine*, *18*(3), 632–645. https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2020.12.010. Nilsson, J., Jervaeus, A., Lampic, C., Eriksson, L. E.,Widmark, C., Armuand, G. M., Malmors, M., Heyman, M., & Wettergren, L. (2014). 'Will I be able to have a baby?' Results from online focus group discussions with childhood cancer survivors in Sweden. *Human Reproduction*, *29*(12), 2704–2711. https://doi.org/10.1093/humrep/deu280.

Nobili, A., Glazebrook, C., & Arcelus, J. (2018). Quality of life of treatment-seeking transgender adults: A systemat-ic review and meta-analysis. *Reviews in Endocrine and Metabolic Disorders*, *19*(3), 199–220. https://doi. org/10.1007/s11154-018-9459-y.

Nobili, A., Glazebrook, C., Bouman, W. P., Baron-Cohen,S., & Arcelus, J. (2020). The stability of autistic traits in transgender adults following cross-sex hormone treat- ment. *International Journal of Transgender Health*, *21*(4), 431–439. https://doi.org/10.1080/26895269.2020.1783738.

Nokoff, N. J., Scarbro, S., Juarez-Colunga, E., Morea, K.L.,& Kempe, A. (2018). Health and cardiometabolic dis- ease in transgender adults in the United States: Behavioral Risk Factor Surveillance System 2015. *Journal of the Endocrine Society*, *2*(4), 349–360. https://doi.org/10.1210/ js.2017-00465.

Nota, N. M., Wiepjes, C. M., de Blok, C. J. M., Gooren, L. J. G., Kreukels, B. P. C., & den Heijer, M. (2019). Occurrence of acute cardiovascular events in transgender individuals receiving hormone therapy. *Circulation*, *139*(11), 1461–1462. https://doi.org/10.1161/circulationa- ha.118.038584.

Nota, N. M., Wiepjes, C. M., de Blok, C. J. M., Gooren, L. J. G., Peerdeman, S. M., Kreukels, B. P. C., & den Heijer, M. (2018). The occurrence of benign brain tumours in transgender individuals during cross-sex hormone treat- ment. *Brain*, *141*(7), 2047–2054. https://doi.org/10.1093/brain/awy108.

Noureai, S. A., Randhawa, P., Andrews, P. J., & Saleh, H. A. (2007). The role of nasal feminization rhinoplasty in male-to-female gender reassignment. *Archives of FacialPlastic Surgery*, *9*(5), 318–320. https://doi.org/10.1001/ archfaci.9.5.318.

Nowotny, K. M., Rogers, R. G., & Boardman, J. D. (2017). Racial disparities in health conditions among prisoners compared with the general population. *SSM—Population Health*, *3*, 487–496. https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2017.05.011.

Nuttbrock, L., Bockting, W., Rosenblum, A., Hwahng, S., Mason, M., Macri, M., & Becker, J. (2014). Gender abuse, depressive symptoms, and substance use among trans- gender women: A 3-year prospective study. *American Journal of Public Health*, *104*(11), 2199–2206. https://doi.org/10.2105/AJPH.2014.302106.

Nuttbrock, L., Hwahng, S., Bockting, W., Rosenblum, A., Mason, M., Macri, M., & Becker, J. (2010). Psychiatric impact of gender-related abuse across the life course of male-to-female transgender persons. *Journal of Sex Research*, *47*(1), 12–23. https://doi.org/10.1080/0022 4490903062258.

Nuyen, B. A., Qian, Z. J., Campbell R. D., Erickson-DiRenzo E., Thomas J., & Sung C. K. (2022) Feminization laryngoplasty: 17-year review on long-term outcomes, safety, and technique. *Otolaryngology—Head and Neck Surgery*, *167*(1),112–117. https://doi.org/10.1177/01945998211036870.

Nygren, U., Nordenskjöld, A., Arver, S., & Södersten, M. (2016). Effects on voice fundamental frequency and satisfaction with voice in trans men during testosterone treatment—A longitudinal study. *Journal of Voice*, *30*(6), 766.e23–766.e34. https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2015.10.016.

Oates, J. (2019). *Evidence-based practice in voice training for transwomen*. In R. K. Adler, S. Hirsch, & J. Pickering (Eds.), *Voice and communication therapy for the trans- gender/Gender Diverse client: A comprehensive clinicalguide* (pp. 87–103). Plural Publishing.

Oates, J. M. & Dacakis, G. (1983). Speech pathology considerations in the management of transsexualism—A review. *British Journal of Disorders of Communication*.*18*(3), 139–151. https://doi.org/10.3109/13682 828309012237.

O'Bryant, C. L., Flaig, T. W., & Utz, K. J. (2008). Bicalutamide-associated fulminant hepatotoxicity. *Pharmacotherapy*, *28*(8), 1071–1075. https://doi.org/10.1592/phco.28.8.1071.

Obedin-Maliver, J. (2015). Time for OBGYNs to care for people of all genders. *Journal of Women's Health (Larchmt)*,*24*(2), 109–111. https://doi.org/10.1089/jwh.2015.1518.

Obedin-Maliver, J., & Makadon, H. (2016). Transgender men and pregnancy. *Obstetric Medicine*, *9*(1), 4–8. https://doi.org/10.1177/1753495X15612658.

Obedin-Maliver, J., Goldsmith, E. S., Stewart, L., White, W., Tran, E., Brenman, S., & Lunn, M. R. (2011). Lesbian,gay, bisexual, and transgender-related content in under- graduate medical education. *The Journal of the American Medical Association*, *306*(9), 971–977. https://doi.org/10.1001/jama.2011.1255.

OECD. (2019). *Health at a glance 2019: OECD indicators*. OECD Publishing. https://doi.org/10.1787/4dd50c09-en.

Oğuz, Ö., Ayran, B., & Yelken, K. (2020). Clinical considerations in speech and language therapy in Turkish trans- gender population. *Journal of Voice*, *35*(4), 662.e9–662. e13. https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2019.12.011.

OHCHR, ILO, UNDP, UNESCO, UNFPA, UNHCR, & UNAIDS. (2016). *Ending violence and discrimination against lesbian, gay, bisexual, transgender and intersex people*. https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Discrimination/Joint_LGBTI_Statement_ENG.PDF

Øien, R. A., Cicchetti, D. V., & Nordahl-Hansen, A. (2018). Gender dysphoria, sexuality and autism spectrum disor-ders: A systematic map review. *Journal of Autism andDevelopmental Disorders*, *48*(12), 4028–4037. https://doi. org/10.1007/s10803-018-3686-7.

Oktay, K., Buyuk, E., Rodriguez-Wallberg, K. A., & Sahin, G. (2010). In vitro maturation improves oocyte or em-bryo cryopreservation outcome in breast cancer patientsundergoing ovarian stimulation for fertility preservation. *Reproductive Biomedicine Online*, *20*(5), 634–638. https://doi.org/10.1016/j.rbmo.2010.01.012.

Olde Dubbelink, L. M. E., & Geurts, H. M. (2017). Planning skills in autism spectrum disorder across the lifespan: A meta-analysis and meta-regression. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, *47*(4), 1148–1165. https://doi.org/10.1007/s10803-016-3013-0.

Olezeski, C. L., Pariseau, E. M., Bamatter, W. P., & Tishelman, A. C. (2020,). Assessing gender in young children: Constructs and considerations. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, *7*(3), 293–303. https://doi.org/10.1037/sgd0000381.

Oliphant, J., Veale, J., Macdonald, J., Carroll, R., Johnson, R., Harte, M., Stephenson, C., & Bullock, J. (2018). *Guidelines for gender affirming healthcare for gender di- verse and transgender children, young people and adultsin Aotearoa, New Zealand*. Transgender Health Research Lab. https://patha.nz/Guidelines

Olivier, S., & Thurasukam, O. (2018). *Lesbian, gay, transgender, bisexual, intersex and queer (LGBTIQ+) youth in Thailand*. Save the Children Fund. https://resourcecentre.savethechildren.net/node/13480/pdf/lgbtiqyouth_in_thailand_save_the_children_2018.pdf

Olson, K. R., Blotner, C., Alonso, D., Lewis, K., Edwards, D., Durwood, L., 2019. Family discussions of early child- hood social transitions. *Clinical Practice in Pediatric Psychology 7*, 229–240. https://doi.org/10.1037/cpp0000289. Olson, K. R., Durwood, L., DeMeules, M., McLaughlin, K.A., 2016. Mental health of transgender children who are supported in their identities. *Pediatrics*, *137*, e20153223. https://doi.org/10.1542/peds.2015-3223.

Olson, K. R., Durwood, L., Horton, R., Gallagher, N. M.,& Devor, A. (2022). Gender identity 5 years after social transition. *Pediatrics*. Advance Online Publication. https://doi.org/10.1542/peds.2021-056082.

Olson, K. R., Gülgöz, S., 2018. Early findings from the TransYouth Project: Gender development in transgender children. *Child Development Perspectives*, *12*, 93–97. https://doi.org/10.1111/cdep.12268.

Olson-Kennedy, J., Chan, Y. M., Rosenthal, S., Hidalgo, M. A., Chen, D., Clark, L., & Garofalo, R. (2019). Creatingthe Trans Youth Research Network: A collaborative re- search endeavor. *Transgender Health*, *4*(1), 304–312. https://doi.org/10.1089/trgh.2019.0024.

Olson-Kennedy, J., Chan, Y.-M., Garofalo, R., Spack, N.,Chen, D., Clark, L., Ehrensaft, D., Hidalgo, M., Tishelman, A., & Rosenthal, S. (2019). Impact of early medical treatment for transgender youth: Protocol for the longitudinal, observational Trans Youth Care Study. *JMIR Research Protocols*, *8*(7), e14434. https://doi.org/10.2196/14434.

Olson-Kennedy, J., Cohen-Kettenis, P. T., Kreukels, B. P. C., Meyer-Bahlburg, H. F. L., Garofalo, R., Meyer, W., &Rosenthal, S. M. (2016). Research priorities for gender nonconforming/transgender youth. *Current Opinion in Endocrinology & Diabetes and Obesity*, *23*(2), 172–179. https://doi.org/10.1097/MED.0000000000000236.

Olson-Kennedy, J., Rosenthal, S. M., Hastings, J., & Wesp, L. (2018). *Health considerations for gender non-conformingchildren and transgender adolescents*. Guidelines for the primary care of transgender and gender nonbinary peo- ple. http://transhealth.ucsf.edu/guidelines/youth

Olson-Kennedy, J., Warus, J., Okonta, V., Belzer, M., & Clark, L. F. (2018). Chest reconstruction and chest dys- phoria in transmasculine minors and young adults: Comparisons of nonsurgical and postsurgical cohorts. *JAMA Pediatrics*, *172*(5), 431–436. https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2017.5440.

Olyslager, F., & Conway, L. (2008). Transseksualiteit komt vaker voor dan u denkt. Een nieuwe kijk op de preval-entie van transseksualiteit in Nederland en België. *Tijdschrift voor Genderstudies*, *11*(2), 39–51.

Oparah, J. (2012). Feminism and the (trans)gender entrap- ment of gender nonconforming prisoners. *UCLA Women's Law Journal*, 18(2), 239–271. https://doi.org/10.5070/ L3182017822.

Orel, N. A., & Fruhauf, C. A. (2015). *The lives of LGBTolder adults: Understanding challenges and resilience* (p. 256). American Psychological Association.

Orloff, L. A., Mann, A. P., Damrose, J. F., & Goldman, S. N. (2006). Laser-assisted voice adjustment (LAVA) in transsexuals. *The Laryngoscope*, *116*(4), 655–660. https://doi.org/10.1097/01.mlg.0000205198.65797.59.

Ott, J., Kaufmann, U., Bentz, E. K., Huber, J. C., & Tempfer, C. B. (2010). Incidence of thrombophilia and venous thrombosis in transsexuals under cross-sex hormone ther- apy. *Fertility and Sterility*, *93*(4), 1267–1272. https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2008.12.017.

Owen, K., & Hancock, A. B. (2010). The role of self- and listener perceptions of femininity in voice therapy. *International Journal of Transgenderism*, *12*(4), 272–284. https://doi.org/10.1080/15532739.2010.550767.

Owen-Smith, A. A., Gerth, J., Sineath, R. C., Barzilay, J., Becerra-Culqui, T. A., Getahun, D., Giammattei, S., Hunkeler, E., Lash, T. L., Millman, A., Nash, R., Quinn, V. P., Robinson, B., Roblin, D., Sanchez, T., Silverberg, M. J., Tangpricha, V., Valentine, C., Winter, S., Woodyatt, C., Song, Y., & Goodman, M. (2018). Association between gender confirmation treatments and perceived gender congruence, body image satisfaction, and mental health in a cohort of transgender individuals. *The Journal of Sexual Medicine*, *15*(4), 591–600. https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2018.01.017.

Özer, M., Toulabi, S. P., Fisher, A. D., T'Sjoen, G., Buncamper, M. E., Monstrey, S., Bizic, M. R., Djordjevic, M., Falcone, M., Christopher, N. A., Simon, D., Capitán,L., & Motmans, J. (2022). ESSM position statement "Sexual Wellbeing After Gender Affirming Surgery." *Sexual Medicine*, *10*(1), 100471. https://doi.org/10.1016/j. esxm.2021.100471.

Özkan, Ö., Çinpolat, A., Dogˇan, N. U., Bektaş, G., Dolay,K., Gürkan, A., Arıcı, C., & Dogˇan, S. (2018). Vaginal reconstruction with the modified rectosigmoid colon: Surgical technique, long-term results and sexual out- comes. *Journal of Plastic Surgery and Hand Surgery*, *52*(4), 210–216. https://doi.org/10.1080/20006512486X.2018.1444616.

Padilla, J. A., Feng, J. E., Anoushiravani, A. A., Hozack, W. J., Schwarzkopf, R., & Macaulay, W. B. (2019). Modifyingpatient expectations can enhance total hip arthroplasty postoperative satisfaction. *Journal of Arthroplasty*, *34*(7s), S209–s214. https://doi.org/10.1016/j.arth.2018.12.038.

PAHO. (2014). *Blueprint for the provision of comprehensive care for trans persons and their communities in the Caribbean and other anglophone countries.* John Snow, Inc. https://iris.paho.org/handle/10665.2/31360

Palmer, D., Dietsch, A., & Searl, J. (2011). Endoscopic and stroboscopic presentation of the larynx in male-to-female transsexual persons. *Journal of Voice*, *26*(1), 117–126. https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2010.10.014.

Palmert, M. R., & Dunkel, L. (2012). Delayed puberty. *New England Journal of Medicine*, *366*(5), 443–453. https://doi.org/10.1056/NEJMcp1109290.

Pan, S., & Honig, S. C. (2018). Gender-affirming surgery: Current concepts. *Current Urology Reports*, *19*(8), 62. https://doi.org/10.1007/s11934-018-0809-9.

Panel on Antiretroviral Guidelines for Adults and Adolescents. (2019). *Guidelines for the use of antiretrovi- ral agents in adults and adolescents with HIV: Transgender people with HIV*. Department of Health and Human Services: https://clinicalinfo.hiv.gov/en/guidelines/ adult-and-adolescent-arv/transgender-people-hiv.

Pang, C., Gutman, G., & de Vries, B. (2019). Later life care planning and concerns of transgender older adults in Canada. *The International Journal of Aging and Human Development*, *89*(1), 39–56. https://doi .org/10.1177/0091415019843520.

Pang, K. C., de Graaf, N. M., Chew, D., Hoq, M., Keith, D. R., Carmichael, P., & Steensma, T. D. (2020).

Association of media coverage of transgender and gender diverse issues with rates of referral of transgender chil-dren and adolescents to specialist gender clinics in the UK and Australia. *JAMA Network Open*, *3*(7), e2011161-e2011161. https://doi.org/10.1001/jamanet- workopen.2020.11161.

Papadopulos, N. A., Lelle, J. D., Zavlin, D., Herschbach, P., Henrich, G., Kovacs, L., Ehrenberger, B., Kluger, A. K., Machens, H. G., & Schaff, J. (2017). Quality of life and patient satisfaction following male-to-female sex reassign- ment surgery. *The Journal of Sexual Medicine*, *14*(5), 721–730. https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2017.01.022.

Papadopulos, N. A., Zavlin, D., Lelle, J. D., Herschbach, P., Henrich, G., Kovacs, L., Ehrenberger, B., Machens, H.G., & Schaff, J. (2017). Male-to-female sex reassignment surgery using the combined technique leads to increased quality of life in a prospective study. *Plastic and Reconstructive Surgery*, *140*(2), 286–294. https://doi.org/10.1097/PRS.0000000000003529.

Parameshwaran, V., Cockbain, B. C., Hillyard, M., & Price, J. R. (2017). Is the lack of specific lesbian, gay, bisex-ual, transgender and queer/questioning (LGBTQ) health care education in medical school a cause for concern? Evidence from a survey of knowledge and practice among UK medical students. *Journal of Homosexuality*, *64*(3), 367–381. https://doi.org/10.1080/00918369.2016.1 190218.

Paré, F. (2020). *Outlawing trans reparative therapy*. EScholarship@McGill. https://escholarship.mcgill.ca/con-cern/theses/wh246x33v

Paredes, A. Z., Hyer, J. M., Diaz, A., Tsilimigras, D. I., & Pawlik, T. M. (2020). The impact of mental illness on postoperative outcomes among Medicare beneficiaries: A missed opportunity to help surgical patients? *Annals of Surgery*, *272*(3), 419–425. https://doi.org/10.1097/SLA.0000000000004118.

Pariseau, E. M., Chevalier, L., Long, K. A., Clapham, R., Edwards-Leeper, L., & Tishelman, A. C. (2019). The re-lationship between family acceptance-rejection and trans-gender youth psychosocial functioning. *Clinical Practicein Pediatric Psychology*, *7*(3), 267. https://doi.org/10.1037/cpp0000291.

Park, C., Brown, S., & Courey, M. (2021). Trans woman voice questionnaire scores highlight specific benefits of adjunctive glottoplasty with voice therapy in treating voice feminization. *Journal of Voice*. https://doi.org/10.1016/jvoice.2021.07.017.

Parkes, G., & Hall, I. (2006). Gender dysphoria and cross-dressing in people with intellectual disability: A literature review. *Mental Retardation*, *44*(4), 260–271. https://doi.org/10.1352/0047-6765(2006)44[260:G-DACIP]2.0.CO;2.

Parker, E., & Davis-McCabe, C. (2021). The sibling expe-rience: Growing up with a trans sibling. *AustralianJournal of Psychology*, *73*(2), 188–199.

Pasricha, N., Dacakis, G., & Oates, J. (2008). Communicative satisfaction of male-to-female transsexuals. *Logopedics, Phoniatrics, Vocology*, *33*(1), 25–34. https://doi.org/10.1080/14015430701514500.

Pasterski, V., Mastroyannopoulou, K., Wright, D., Zucker, K. J., & Hughes, I. A. (2014). Predictors of posttraumat-ic stress in parents of children diagnosed with a disorderof sex development. *Archives of Sexual Behavior*, *43*(4), 369–375. https://doi.org/10.1007/s10508-013-0196-8.

Pasterski, V., Prentice, P., & Hughes, I. A. (2010). Consequences of the Chicago consensus on disorders ofsex development (DSD): Current practices in Europe. *Archives of Disease in Childhood*, *95*(8):618. https://doi.org/10.1136/adc.2009.163840.

Pasterski, V., Zucker, K. J., Hindmarsh, P. C., Hughes, I. A., Acerini, C., Spencer, D., Neufeld, S., & Hines, M. (2015). Increased cross-gender identification independent of gen- der role behavior in girls with congenital adrenal hyper- plasia: Results from a standardized assessment of 4- to 11-year-old children. *Archives of Sexual Behavior*, *44*(5), 1363–1375. https://doi.org/10.1007/s10508-014-0385-0.

Payer, A. F., Meyer, W. J., 3rd, & Walker, P. A. (1979). The ultrastructural response of human Leydig cells to exog-enous estrogens. *Andrologia*, *11*(6), 423–436. https://doi.org/10.1111/j.1439-0272.1979.tb02232.x.

Pediatric Endocrine Society (PES). (2020). *Position statementon genital surgery in individuals with differences of sex development (DSD)/intersex traits*. https://pedsendo.org/clinical-resource/position-statement-on-genital-surgery-i n-individuals-with-differences-of-sex-development -dsd-intersex-traits/.

Peitzmeier, S., Gardner, I., Weinand, J., Corbet, A., & Acevedo, K. (2016). Health impact of chest binding among transgender adults: A community-engaged, cross-sectional study. *Culture, Health & Sexuality*, *19*(1), 64–75. https://doi.org/10.1080/13691058.2016.1191675.

Peitzmeier, S. M., Reisner, S. L., Harigopal, P., & Potter, J. (2014). Female-to-male patients have high prevalence of unsatisfactory Paps compared to non-transgender females: Implications for cervical cancer screening. *Journal of General Internal Medicine*, *29*(5), 778–784. https://doi.org/10.1007/s11606-013-2753-1.

Peletz, M. (2009). *Gender pluralism: southeast Asia since early modern times*. Routledge.

Pelusi, C., Costantino, A., Martelli, V., Lambertini, M., Bazzocchi, A., Ponti, F., & Meriggiola, M. C. (2014). Effects of three different testosterone formulations in female-to-male transsexual persons. *The Journal of Sexual Medicine*, *11*(12), 3002–3011. https://doi.org/10.1111/ jsm.12698.

Peng, K., Zhu, X., Gillespie, A., Wang, Y., Gao, Y., Xin, Y., Qi, J., Ou, J., Zhong, S., Zhao, L., Liu, J., Wang, C., & Chen, R. (2019). Self-reported rates of abuse, neglect, and bullying experienced by transgender and gender-nonbinary adolescents in China. *JAMA Network Open*, *2*(9), e1911058. https://doi.org/10.1001/jamanet-workopen.2019.11058.

Perez-Brumer, A., Hatzenbuehler, M. L., Oldenburg, C. E.,& Bockting, W. (2015). Individual-and structural-level

risk factors for suicide attempts among transgender adults. *Behavioral Medicine*, *41*(3), 164–171. https://doi.org/10.1080/08964289.2015.1028322.

Perrone, A. M., Cerpolini, S., Maria Salfi, N. C., Ceccarelli, C., De Giorgi, L. B., Formelli, G., & Meriggiola, M. C. (2009). Effect of long-term testosterone administration on the endometrium of female-to-male (FtM) transsex- uals. *The Journal of Sexual Medicine*, *6*(11), 3193–3200. https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2009.01380.x.

Perry, D., & Pauletti, R. (2011). Gender and adolescent development. *Journal of Research on Adolescence*, *21*(1), 61–74. https://doi.org/10.1111/j.1532-7795.2010.00715.x.

Peterson, A. L., Bender, A. M., Sullivan, B., & Karver, M. S. (2021). Ambient discrimination, victimization, and suicidality in a non-probability US sample of LGBTQ adults. *Archives of Sexual Behavior*, *50*(3), 1003–1014. https://doi.org/10.1007/s10508-020-01888-4.

Pfäfflin, F., & Junge, A. (1998). *Sex reassignment: thirty years of international follow-up studies after sex reassignment surgery: a comprehensive review, 1961–1991* (Translated from German into American English by Roberta B. Jacobson and Alf B. Meier). Symposion Publishing http://web.archive.org/web/20070503090247/http:/www.sympo-sion.com/ijt/pfaefflin/1000.htm

Pflum, S. R., Testa, R. J., Balsam, K. F., Goldblum, P. B., & Bongar, B. (2015). Social support, trans community con- nectedness, and mental health symptoms among trans- gender and gender nonconforming adults. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, *2*(3), 281–286. https://doi.org/10.1037/sgd0000122.

Philpott, A., Knerr, W., & Boydell, V. (2006). Pleasure and prevention: When good sex is safer sex. *Reproductive Health Matters*, *14*(28), 23–31. https://doi.org/10.1016/ S0968-8080(06)28254-5.

Pickuth, D., Brandt, S., Neumann, K., Berghaus, A., Spielmann, R. P., & Heywang-Köbrunner, S. H. (2000). Value of spiral CT in patients with cricothyroid approx- imation. *The British Journal of Radiology*, *73*(872), 840– 842. https://doi.org/10.1259/bjr.73.872.11026858.

Picton, H. M., Wyns, C., Anderson, R. A., Goossens, E.,Jahnukainen, K., Kliesch, S., Mitchell, R. T., Pennings,G., Rives, N., Tournaye, H., van Pelt, A. M. M., & Schlatt, S. (2015). A European perspective on testicular tissue cryopreservation for fertility preservation in prepubertal and adolescent boys. *Human Reproduction*, *30*(11), 2463– 2475. https://doi.org/10.1093/humrep/dev190.

Piepoli, M. F., Abreu, A., Albus, C., Ambrosetti, M., Brotons,C., Catapano, A. L. Corra. U., Cosyns, B., Deatong, C., Graham. I., Hoes, A., Lochen,. M., Matrone, B., Redon,J., Sattar, Y., & Tiberi, M. (2020). Update on cardiovas- cular prevention in clinical practice: A position paper ofthe European Association of Preventive Cardiology of the European Society of Cardiology. *European Journal of Preventive Cardiology*, *27*(2), 181–205. https://doi. org/10.1177/2047487319893035.

Pitasi, M. A., Kerani, R. P., Kohn, R., Murphy, R. D., Pathela, P., Schumacher, C. M., Tabidze, I., & Llata, E. (2019). Chlamydia, Gonorrhea, and Human Immunodeficiency Virus infection among transgenderwomen and transgender men attending clinics that pro- vide sexually transmitted disease services in six US cities. *Sexually Transmitted Diseases*, *46*(2), 112–117. https://doi.org/10.1097/olq.0000000000000917.

Pluvy, I., Garrido, I., Pauchot, J., Saboye, J., Chavoin, J. P., Tropet, Y., Grolleau, J. L., & Chaput, B. (2015). Smoking and plastic surgery, part I. Pathophysiological aspects: Update and proposed recommendations. *Annales de Chirurgie Plastique Esthétique*, *60*(1), e3–e13. https://doi. org/10.1016/j.anplas.2014.06.011.

Pluvy, I., Panouillères, M., Garrido, I., Pauchot, J., Saboye,J., Chavoin, J. P., Tropet, Y., Grolleau, J. L., & Chaput, B. (2015). Smoking and plastic surgery, part II. Clinical implications: A systematic review with meta-analysis. *Annales de Chirurgie Plastique Esthétique*, *60*(1), e15–e49. https://doi.org/10.1016/j.anplas.2014.09.011.

Pope, K. S., & Vasquez, M. J. T. (2016). *Ethics in psycho- therapy and counseling: A practical guide*. Wiley.

Poquiz, J. L., Coyne, C. A., Garofalo, R., & Chen, D. (2021). Comparison of gender minority stress and resilience among transmasculine, transfeminine, and nonbinary adolescents and young adults. *Journal of Adolescent Health*, *68*(3), 615–618. https://doi.org/10.1016/j. jadohealth.2020.06.014.

Porter, K. E., Brennan-Ing, M., Chang, S. C., Dickey, L. M., Singh, A. A., Bower, K. L., & Witten, T. M. (2016). Providing competent and affirming services for transgen- der and gender nonconforming older adults. *Clinical Gerontologist*, *39*(5), 366–388. https://doi.org/10.1080/07317115.2016.1203383.

Poteat, T. C., Divsalar, S., Streed, C. G., Feldman, J. L.,Bockting, W. O., & Meyer, I. H. (2021). Cardiovascular disease in a population-based sample of transgender and cisgender adults. *American Journal of Preventive Medicine*, *61*(6), 804–811. https://doi.org/10.1016/j.ame- pre.2021.05.019.

Poteat, T., German, D., & Kerrigan, D. (2013). Managing uncertainty: A grounded theory of stigma in transgen- der health care encounters. *Social Science & Medicine*, *84*, 22–29, https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.02.019.

Poteat, T., Scheim, A., Xavier, J., Reisner, S., & Baral, S. (2016). Global epidemiology of HIV infection and relat-ed syndemics affecting transgender people. *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, *72*, S210–S219. https://doi.org/10.1097/QAI.0000000000001087.

Poteat, T., Wirtz, A. L., Radix, A., Borquez, A., Silva-Santisteban, A., Deutsch, M. B., & Operario, D. (2015). HIV risk and preventive interventions in trans- gender women sex workers. *The Lancet*, *385*(9964), 274– 286. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60833-3.

Potter, J., Peitzmeier, S. M., Bernstein, I., Reisner, S. L.,Alizaga, N. M., Agénor, M., & Pardee, D. J. (2015). Cervical cancer screening for patients on the female-to- male spectrum: A narrative review and guide for clini- cians. *Journal of General Internal Medicine*, *30*(12), 1857– 1864. https://doi.org/10.1007/s11606-015-3462-8.

Poudrier, G., Nolan, I. T., Cook, T. E., Saia, W., Motosko, C. C., Stranix, J. T., Thomson, J. E., Gothard, M. D., & Hazen, A. (2019). Assessing quality of life and patient-reported satisfaction with masculinizing top sur- gery: A mixed-methods descriptive survey study. *Plastic and Reconstructive Surgery*, *143*(1), 272–279. https://doi.org/10.1097/PRS.0000000000005113.

Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. (2019). Fertility preservation in patients un- dergoing gonadotoxic therapy or gonadectomy: A com-mittee opinion. *Fertility and Sterility*, *112*(6), 1022–1033. https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2013.08.012.

Pradhan, S., & Gomez-Lobo, V. (2019). Hormonal contra-ceptives, intrauterine devices, gonadotropin-releasing hormone analogues and testosterone: Menstrual suppres- sion in special adolescent populations. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, *32*(5S), S23–S29. https://doi.org/10.1016/j.jpag.2019.04.007.

Pratt-Chapman, M. L. (2020). Implementation of sexual and gender minority health curricula in health care profes- sional schools: A qualitative study. *BMC Medical Education*, *20*, 1–14. https://doi.org/10.1186/ s12909-020-02045-0.

Précoma, D. B., Oliveira, G., Simão, A. F., Dutra, O. P., Coelho, O. R., Izar, M., Póvoa, R., Giuliano, I., Alencar Filho, A. C., Machado, C. A., Scherr, C., Fonseca, F., Santos Filho, R., Carvalho, T., Avezum, Á., Jr., Esporcatte, R., Nascimento, B. R., Brasil, D. P., Soares,

G. P., Villela, P. B., … Mourilhe-Rocha, R. (2019). Updated cardiovascular prevention guideline of the Brazilian Society of Cardiology—2019. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, *113*(4), 787–891. https://doi. org/10.5935/abc.20190204.

Prince, J. C. J., & Safer, J. D. (2020). Endocrine treatmentof transgender individuals: Current guidelines and strat- egies. *Expert Review of Endocrinology & Metabolism*, *15*(6), 395–403. https://doi.org/10.1080/17446651.2020.18 25075.

Prison systems in the United States. *Journal of Correctional Health Care : The Official Journal of the National Commission on Correctional Health Care*, *15*(4), 280–291. https://doi.org/10.1177/1078345809340423-hi.

Przeworski, A., Peterson, E., & Piedra, A. (2021). A sys- tematic review of the efficacy, harmful effects, and eth-ical issues related to sexual orientation change efforts. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *28*(1), 81–100. https://doi.org/10.1111/cpsp.12377.

Puckett, J. A., Cleary, P., Rossman, K., Mustanski, B., & Newcomb, M. E. (2018). Barriers to gender-affirming care for transgender and gender nonconforming individuals. *Sexuality Research and Social Policy*, *15*(1), 48–59. https://doi.org/10.1007/s13178-017-0295-8.

Puckett, J. A., Matsuno, E., Dyar, C., Mustanski, B., & Newcomb, M. E. (2019). Mental health and resilience in transgender individuals: What type of support makes a difference? *Journal of Family Psychology*, *33*(8), 954. https://doi.org/10.1037/fam0000561.

Pullen Sansfaçon, A., Kirichenko, V., Holmes, C., Feder, S., Lawson, M. L., Ghosh, S., Ducharme, J., Temple Newhook,J., Suerich-Gulick, F. (2019). Parents/guardians' journeys to acceptance and support of gender-diverse and trans children and youth. *Journal of Family Issues*, *41*(8), 1214– 1236. https://doi.org/10.1177/0192513X19888779.

Pullen Sansfaçon, A., Robichaud, M.-J., & Dumais-Michaud, A.-A. (2015). The experience of parents who sup- port their children's gender variance. *Journal of LGBT Youth*, *12*, 39–63. https://doi.org/10.1080/19361653.2014. 935555.

Quain, K. M., Kyweluk, M. A., Sajwani, A., Gruschow, S., Finlayson, C., Gordon, E. J., Johnson, E. K., Persky, R., Dowshen, N., & Chen, D. (2021). Timing and deliveryof fertility preservation information to transgender ado-lescents, young adults, and their parents. *The Journal of Adolescent Health*, *68(*3), 619–622. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2020.06.044.

Quinn, G. P., Tishelman, A. C., Chen, D., & Nahata, L. (2021). Reproductive health risks and clinician practices with gender diverse adolescents and young adults. *Andrology*, *9*(6), 1689–1697. https://doi.org/10.1111/ andr.13026.

Quinn, V. P., Nash, R., Hunkeler, E., Contreras, R., Cromwell, L., Becerra-Culqui, T. A., Getahun, D., Giammattei, S., Lash, T. L., Millman, A., Robinson, B., Roblin, D., Silverberg, M. J., Slovis, J., Tangpricha, V., Tolsma, D., Valentine, C., Wads, K., Winter, S., & Goodman, M. (2017). Cohort profile: Study of Transition, Outcomes and Gender (STRONG) to assess health status of trans- gender people. *BMJ Open*, *7*(12), e018121. https://doi. org/10.1136/bmjopen-2017-018121.

Radix, A. E., Harris, A. B., & Goldstein, Z. G. (2020). How can we improve uptake of oral HIV pre-exposure pro- phylaxis for transgender individuals? *Expert Review of Anti-infective Therapy*, *18*(9), 835–838. https://doi.org/10 .1080/14787210.2020.1759418.

Radix, A., & Eisfeld, J. (2014). Informierte zustimmung in der trans*-gesundheitsversorgung. *Zeitschrift für Sexualforschung* , *27* (01), 31–43. https://doi.org/10.1055/s-0034-1366129.

Rae, J. R., Gülgöz, S., Durwood, L., DeMeules, M., Lowe, R., Lindquist, G., & Olson, K. R. (2019). Predicting early-childhood gender transitions. *Psychological Science*, 30(5), 669–681. https://doi.org/10.1177/0956797619830649.

Rael, C. T., Martinez, M., Giguere, R., Bockting, W., MacCrate, C., Mellman, W., Valente, P., Greene, G. J., Sherman, S. G., Footer, K. H. A., D'Aquila, R. T., Carballo-Diéguez, A., & Hope, T. J. (2019). Transgender women's concerns and preferences on potential future long-acting biomedical HIV prevention strategies: The case of injections and implanted medication delivery de- vices (IMDDs). *AIDS and Behavior*, *24*(5), 1452–1462.https://doi.org/10.1007/s10461-019-02703-5.

Raffaini, M., Magri, A. S., & Agostini, T. (2016). Full facial feminization surgery: Patient satisfaction assessment based on 180 procedures involving 33 consecutive pa-

tients. *Plastic and Reconstructive Surgery*, *137*(2), 438–448. https://doi.org/10.1097/01.prs.0000475754.71333.f6.

Rafferty, J., & Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health. (2018). Ensuring comprehensive care and support for transgender and gender-diverse childrenand adolescents. *Pediatrics*, *142*(4), e20182162. https:// doi.org/10.1542/peds.2018-2162.

Raigosa, M., Avvedimento, S., Yoon, T. S., Cruz-Gimeno,J., Rodriguez, G., & Fontdevila, J. (2015). Male-to-female genital reassignment surgery: A retrospective review ofsurgical technique and complications in 60 patients. *The Journal of Sexual Medicine*, *12*(8), 1837–1845. https://doi. org/10.1111/jsm.12936.

Rapp, M., Duranteau, L., van de Grift, T. C., Schober, J., Hirschberg, A. L., Krege, S., & DSD- Life group. (2021). Self- and proxy-reported outcomes after surgery in peo- ple with disorders/differences of sex development (DSD)in Europe (dsd-LIFE). *Journal of Pediatric Urology*, *17*(3), 353–365. https://doi.org/10.1016/j.jpurol.2020. 12.007.

Rashid, A., Afiqah, S. N., & Iguchi, Y. (2022). Use of hor- mones among trans women in the west coast of penin-sular Malaysia: A mixed methods study. *Transgender Health*, 7(3), 242–249. https://doi.org/10.1089/ trgh.2020.0119.

RCGP. (2019). *The role of the GP in caring for gender-questioning and transgender patients: RCGP Position Statement*. https://www.rcgp.org.uk/-/media/Files/ Policy/A-Z-policy/2019/RCGP-position-statement- providing-care-for-gender-transgender-patients-june-2019. ashx?la=en

Rebbeck, T. R., Friebel, T., Wagner, T., Lynch, H. T., Garber, J. E., Daly, M. B., Isaacs, C., Olopade, O. I., Neuhausen, S. L., van ′t Veer, L., Eeles, R., Evans, D. G., Tomlinson, G., Matloff, E., Narod, S. A., Eisen, A., Domchek, S.,Armstrong, K., & Weber, B. L. (2005). Effect of short-termhormone replacement therapy on breast cancer risk re- duction after bilateral prophylactic oophorectomy in BRCA1 and BRCA2 mutation carriers: The PROSE study group. *Journal of Clinical Oncology*, *23*(31), 7804–7810. https://doi.org/10.1200/JCO.2004.00.8151.

Reed, G. M., Drescher, J., Krueger, R. B., Atalla, E., Cochran, S. D., First, M. B., Cohen-Kettenis, P. T., Arango-de Montis, I., Parish, S. J., Cottler, S., Briken, P., & Saxena, S. (2016). Disorders related to sexuality and gender iden- tity in the ICD-11: Revising the ICD-10 classification based on current scientific evidence, best clinical prac- tices, and human rights considerations. *World Psychiatry*, *15*(3), 205–221. https://doi.org/10.1002/wps.20354.

Rees, S. N., Crowe, M., & Harris, S. (2021). The lesbian,gay, bisexual and transgender communities' mental health care needs and experiences of mental health services: An integrative review of qualitative studies. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, *28*(4), 578–589. https://doi.org/10.1111/jpm.12720.

Regmi, P. R., van Teijlingen, E., & Neupane, S. R. (2021). Silicone use among Nepali transgender women: The haz- ards of beauty. *Journal of Health Research*, *35*(2) 160–171. https://doi.org/10.1108/JHR-08-2019-0192.

Reisman, T., Dacarett-Galeano, D., & Goldstein, Z. (2019). Transgender care and medical education. In L. Poretsky& W. C. Hembree (Eds.), *Transgender Medicine* (pp. 283–292). Humana Press, Cham. https://doi. org/10.1007/978-3-030-05683-4_14.

Reisman, T., & Goldstein, Z. (2018). Case report: Induced lactation in a transgender woman. *Transgender Health*, *3*(1), 24–26. https://doi.org/10.1089/trgh.2017.0044.

Reisner, S. L., & Murchison, G. R. (2016). A global research synthesis of HIV and STI biobehavioural risks in female-to-male transgender adults. *Global Public Health*, *11*(7-8), 866–887. https://doi.org/10.1080/17441692.2015.1134613.

Reisner, S. L., Bradford, J., Hopwood, R., Gonzalez, A., Makadon, H., Todisco, D., Cavanaugh, T., VanDerwarker, R., Grasso, C., Zaslow, S., Boswell, S. L., & Mayer, K. (2015). Comprehensive transgender healthcare: The gen- der affirming clinical and public health model of Fenway Health. *Journal of Urban Health*, *92*(3), 584–592. https:// doi.org/10.1007/s11524-015-9947-2.

Reisner, S. L., Deutsch, M. B., Peitzmeier, S. M., White Hughto, J. M., Cavanaugh, T. P., Pardee, D. J., McLean, S. A., Panther, L. A., Gelman, M., Mirmiaga, M. J., & Potter, J. E. (2018). Test performance and acceptability of self- versus provider-collected swabs for high-risk HPV DNA testing in female-to-male trans masculine patients. *PLoS One*, *13*(3), e0190172. https://doi.org/10.1371/jour- nal.pone.0190172.

Reisner, S. L., Greytak, E. A., Parsons, J. T., & Ybarra, M. L. (2015). Gender minority social stress in adolescence: Disparities in adolescent bullying and substance use by gender identity. *Journal of Sex Research*, *52*(3), 243–256. https://doi.org/10.1080/00224499.2014.886321.

Reisner, S. L., Moore, C. S., Asquith, A., Pardee, D. J., Sarvet, A., Mayer, G., & Mayer, K. H. (2019). High risk and low uptake of pre-exposure prophylaxis to prevent HIV acquisition in a national online sample of transgen-der men who have sex with men in the United States.*Journal of the International AIDS Society*, *22*(9), e25391. https://doi.org/10.1002/jia2.25391.

Reisner, S. L., Poteat, T., Keatley, J., Cabral, M., Mothopeng, T., Dunham, E., Holland, C. E., & Baral, S. D. (2016). Global health burden and needs of transgender popula-tions: A review. *Lancet* *388*(10042), 412–436. https://doi. org/10.1016/S0140-6736(16)00684-X.

Reisner, S. L., Radix, A., & Deutsch, M. B. (2016). Integratedand gender-affirming transgender clinical care and re- search. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*,*72* , S2 35– S2 42 . https://doi.org/10.1097/QAI.0000000000001088.

Reisner, S. L., Vetters, R., Leclerc, M., Zaslow, S., Wolfrum, S., Shumer, D., & Mimiaga, M. J. (2015). Mental health of transgender youth in care at an adolescent urban com- munity health center: A matched retrospective cohort study. *The Journal of Adolescent Health*, 56(3), 274–279. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2014.10.264.

Reisner, S. L., Silva-Santisteban, A., Salazar, X., Vilela, J., D'Amico, L., & Perez-Brumer, A. (2021). "Existimos":Health and social needs of transgender men in Lima, Peru. *PLoS One*, *16*(8), e0254494. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0254494.

Remacle, M., Matar, N., Morsomme, D., Veduyckt, I., & Lawson, G. (2011). Glottoplasty for male-to-female transsexualism: Voice results. *Journal of Voice*, *25*(1), 120–123. https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2009.07.004.

Remington, A. C., Morrison, S. D., Massie, J. P., Crowe, C. S., Shakir, A., Wilson, S. C., Vyas, K. S., Lee, G. K., & Friedrich, J. B. (2018). Outcomes after phalloplasty. *Plastic and Reconstructive Surgery*, *141*(2), 220e–229e. https://doi.org/10.1097/PRS.0000000000004061.

Rew, L., Young, C. C., Monge, M., & Bogucka, R. (2021). Puberty blockers for transgender and gender diverse youth—A critical review of the literature. *Child and Adolescent Mental Health*, *26*(1), 3–14. https://doi. org/10.1111/camh.12437.

Rich, A., Scheim, A., Koehoorn, M., & Poteat, T. (2020). Non-HIV chronic disease burden among transgender populations globally: A systematic review and narrativesynthesis. *Preventive Medicine Reports*, *20*, 101259. https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2020.101259.

Richards, C. (2021). *Trans and sexuality: An existentially-informed inquiry with implications for coun- selling psychology*. Routledge.

Richards, C., & Barrett, J. (2020). *Trans and non-binary gender healthcare for psychiatrists, psychologists, and oth-er mental health professionals*. Royal College of Psychiatrists/Cambridge University Press.

Richards, C., Barker, M. J., Lenihan, P., & Iantaffi, A. (2014). Who watches the watchmen? A critical perspective on the theorization of trans people and clinicians. *Feminism & Psycholog y*, *4*, 248–258. https://doi.org/10.1177/0959353514526220.

Richards, C., Bouman, W. P., & Barker, M.-J. (2017). *Genderqueer and non-binary genders*. Palgrave MacMillan. https://doi.org/10.1057/978-1-137-51053-2.

Richards, C., Bouman, W. P., Seal, L., Barker, M. J., Nieder, T. O., & T'Sjoen, G. (2016). Non-binary or genderqueer genders. *International Review of Psychiatry*, *28*(1), 95–102. https://doi.org/10.3109/09540261.2015.1106446.

Richards, E. G., Farrell, R. M., Ricci, S., Perni, U., Quintini, C., Tzakis, A., & Falcone, T. (2021). Uterus transplanta- tion: State of the art in 2021. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, *38*(9), 2251–2259. https://doi. org/10.1007/s10815-021-02245-7.

Richards, R. N., & Meharg, G. E. (1995). Electrolysis: Observations from 13 years and 140,000hours of experience. *Journal of the American Academy of Dermatology*, *33*(4), 662–666. https://doi.org/10.1016/0190-9622(95)91290-8.

Rider, G. N., McMorris, B. J., Gower, A. L., Coleman, E., Brown, C., & Eisenberg, M. E. (2019). Perspectives from nurses and physicians on training needs and comfort working with transgender and gender-diverse youth. *Journal of Pediatric Health Care*, *33*(4), 379–385. https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2018.11.003.

Rider, G. N., Vencill, J. A., Berg, D. R., Becker-Warner, R., Candelario-Pérez, L., & Spencer, K. G. (2019). The gen- der affirmative lifespan approach (GALA): A framework for competent clinical care with nonbinary clients. *International Journal of Transgenderism*, *20*(2-3), 275–288. https://doi.org/10.1080/15532739.2018.1485069.

Riggs, D. W., & Treharne, G. J. (2016). Decompensation: A novel approach to accounting for stress arising from the effects of ideology and social norms. *Journal of Homosexuality*, *64*(5), 592–605. https://doi.org/10.1080/0 0918369.2016.1194116.

Riggs, D. W., & Bartholomaeus, C. (2016). Australian men- tal health nurses and transgender clients: Attitudes and knowledge. *Journal of Research in Nursing*, *21*(3), 212– 222. https://doi.org/10.1177/1744987115624483.

Riggs, D. W., & Bartholomaeus, C. (2018a). Fertility pres- ervation decision making amongst Australian transgender and non-binary adults. *Reproductive Health*, *15*(1), 181. https://doi.org/10.1186/s12978-018-0627-z.

Riggs, D. W., & Bartholomaeus, C. (2018b). Gaslighting in the context of clinical interactions with parents of transgender children. *Sexual and Relationship Therapy*, *33*(4), 382–394. https://doi.org/10.1080/14681994.2018.1 444274.

Riggs, D. W., Bartholomaeus, C., & Sansfaçon, A. P. (2019). "If they didn't support me, I most likely wouldn't be here": Transgender young people and their parents ne- gotiating medical treatment in Australia. *International Journal of Transgender Health*, 21(1), 3–15. https://doi.org/10.1080/15532739.2019.1692751.

Ristori, J., & Steensma, T. D. (2016). Gender dysphoria in childhood. *International Review of Psychiatry*, *28*(1), 13–20. https://doi.org/10.3109/09540261.2015.1115754.

Ristori, J., Fisher, A. D., Castellini, G., Sensi, C., Cipriani, A., Ricca, V., & Maggi, M. (2019). Gender dysphoria and anorexia nervosa symptoms in two adolescents. *Archivesof Sexual Behavior*, *48*(5), 1625–1631. https://doi.org/10.1007/s10508-019-1396-7.

Ristori, J., Rossi, E., Cocchetti, C., Mazzoli, F., Castellini, G., Vignozzi, L., Ricca, V., Maggi, M., & Fisher, A. D. (2021). Sexual habits among Italian transgender adoles-cents: A cross-sectional study. *International Journal of Impotence Research*, *33*(7), 687–693. https://doi. org/10.1038/s41443-021-00427-6.

Roberts, A. L., Rosario, M., Corliss, H. L., Koenen, K. C.,& Austin, S. B. (2012). Childhood gender nonconformi-ty: A risk indicator for childhood abuse and posttrau- matic stress in youth. *Pediatrics*, 129(3), 410–417. https://doi.org/10.1542/peds.2011-1804.

Roberts, A. L., Rosario, M., Slopen, N., Calzo, J. P., & Austin, S. B. (2014). Childhood gender nonconformity, bullying victimization, and depressive symptoms across adolescence and early adulthood: An 11-year longitudinal study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *52*(2), 143–152. https://doi. org/10.1016/j.jaac.2012.11.006.

Roberts, C. M., Sharkey, C. M., Bakula, D. M., Perez, M. N., Delozier, A. J., Austin, P. F., Baskin, L. S., Chan, Y.-

M., Cheng, E. Y., Diamond, D. A., Fried, A. J., Kropp, B., Lakshmanan, Y., Meyer, S. Z., Meyer, T., Nokoff, N.J., Palmer, B. W., Paradis, A., Reyes, K. J. S., & Tishelman, A. (2020). Illness uncertainty longitudinally predicts dis- tress among caregivers of children born with DSD. *Journal of Pediatric Psychology*, *45*(9), 1053–1062. https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsaa069.

Roberts, L. F., Brett, M. A., Johnson, T. W., & Wassersug, R. J. (2008). A passion for castration: Characterizing men who are fascinated with castration, but have not been castrated. *The Journal of Sexual Medicine*, *5*(7), 1669– 1680. https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2007.00636.x.

Roberts, S. A., & Kaiser, U. B. (2020). Genetics in endo- crinology: Genetic etiologies of central precocious pu- berty and the role of imprinted genes. *European Journal of Endocrinology*, *183*(4), R107–R117. https://doi. org/10.1530/EJE-20-0103.

Robles, R., Fresán, A., Vega-Ramírez, H., Cruz-Islas, J., Rodríguez-Pérez, V., Domínguez-Martínez, T., & Reed, G. M. (2016). Removing transgender identity from the classification of mental disorders: A Mexican field studyfor ICD-11. *The Lancet Psychiatry*, *3*(9), 850–859. https:// doi.org/10.1016/s2215-0366(16)30165-1.

Rochlin, D. H., Brazio, P., Wapnir, I., & Nguyen, D. (2020). Immediate targeted nipple-areolar complex reinnervation: Improving outcomes in gender-affirming mastectomy. *Plastic and Reconstructive Surgery—Global Open*, *8*(3), e2719. https://doi.org/10.1097/gox.0000000000002719.

Rodriguez-Wallberg, K. A., Häljestig, J., Arver, S., Johansson, A. L. V., & Lundberg, F. E. (2021). Sperm quality in transgender women before or after gender affirming hor- mone therapy—A prospective cohort study. *Andrology*, *9*(6), 1773–1780. https://doi.org/10.1111/andr.12999.

Rodriguez-Wallberg, K. A., Marklund, A., Lundberg, F., Wikander, I., Milenkovic, M., Anastacio, A., Seryounitis, F., Wanggren, K., Ekengren, T. L., Lind, T., & Borgström, B. (2019). A prospective study of women and girls un- dergoing fertility preservation due to oncologic and non-oncologic indications in Sweden–Trends in patients' choices and benefit of the chosen methods after long-term follow up. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, *98*(5), 604–615. https://doi.org/10.1111/aogs.13559.

Rodriguez-Wallberg, K. A., Milenkovic, M., Papaikonomou, K., Keros, V., Gustafsson, B., Sergouniotis, F., Wikander, I., Perot, R., Borgström, B., Ljungman, P., & Barbany, G. (2021). Successful pregnancies after transplantation of ovarian tissue retrieved and cryopreserved at time of childhood acute lymphoblastic leukemia—A case report. *Haematologica*, *106*(10), 2783–2787. https://doi.org/10.3324/haematol.2021.278828.

Roen, K. (2019). Intersex or diverse sex development: Critical review of psychosocial health care research and indications for practice. *Journal of Sex Research*, *56*(4–5), 511–528. https://doi.org/10.1080/00224499.2019.1578331.

Rolston, A. M., Gardner, M., Vilain, E., & Sandberg, D. E. (2015). Parental reports of stigma associated with child's disorder of sex development. *International Journal of Endocrinology*, *2015*, 980121. https://doi.org/10.1155/2015/980121.

Rondahl, G. (2009). Students' inadequate knowledge about lesbian, gay, bisexual and transgender persons. *International Journal of Nursing Education Scholarship*, *6*(1), 11. https://doi.org/10.2202/1548-923X.1718.

Rood, B. A., Puckett, J. A., Pantalone, D. W., & Bradford, J. B. (2015). Predictors of suicidal ideation in a statewide sample of transgender individuals. *LGBT Health*, *2*(3), 270–275. https://doi.org/10.1089/lgbt.2013.0048.

Rood, B. A., Reisner, S. L., Puckett, J. A., Surace, F. I.,Berman, A. K., & Pantalone, D. W. (2017). Internalized transphobia: Exploring perceptions of social messages in transgender and gender-nonconforming adults. *International Journal of Transgenderism*, *18*(4), 411–426. https://doi.org/10.1080/15532739.2017.1329048.

Rosen, H. N., Hamnvik, O. R., Jaisamrarn, U., Malabanan, A. O., Safer, J. D., Tangpricha, V., Wattanachanya, L., & Yeap, S. S. (2019). Bone densitometry in transgender and gender non-conforming (TGNC) individuals: 2019 ISCD official position. *Journal of Clinical Densitometry*, *22*(4), 544–553. https://doi.org/10.1016/j.jocd.2019.07.004.

Rosenthal, S. M. (2014). Approach to the patient: Transgender youth: endocrine considerations. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, *99*(12), 4379– 4389. https://doi.org/10.1210/jc.2014-1919.

Rosenthal, S. M. (2016). Transgender youth: Current concepts. *Annals of Pediatric Endocrinology & Metabolism*, *21*(4), 185–192. https://doi.org/10.6065/apem.2016.21.4.185.

Rosenthal, S. M. (2021). Challenges in the care of trans-gender youth: An endocrinologist's view. *Nature Reviews Endocrinology*, *17*(10), 581–591 https://doi.org/10.1038/ s41574-021-00535-9.

Rosenwohl-Mack, A., Tamar-Mattis, S., Baratz, A. B., Dalke, K. B., Ittelson, A., Zieselman, K., & Flatt, J. D. (2020).A national study on the physical and mental health of intersex adults in the U.S. *PLoS One*, *15*(10), e0240088. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0240088.

Ross, A. (2017). *Gender confirmation surgeries rise 20% in first ever report*. American Society of Plastic Surgeons, Press Releases.

Rothblum, E. D., Krueger, E. A., Kittle, K. R., & Meyer, I. H. (2020). Asexual and non-asexual respondents from a U.S. population-based study of sexual minorities. *Archives of Sexual Behavior*, *49*(2), 757–767. https://doi.org/10.1007/s10508-019-01485-0.

Rothenberg, S. S., Witchel, S. F., & Menke, M. N. (2019). Oocyte cryopreservation in a transgender male adoles- cent. *New England Journal of Medicine*, *380*(9), 886–887. https://doi.org/10.1056/NEJMc1813275.

Routh, D., Abess, G., Makin, D., Stohr, M. K., Hemmens,C., & Yoo, J. (2015). Transgender inmates in prisons. *International Journal of Offender Therapy and ComparativeCriminology*, *61*(6), 645–666. https://doi.org/10.1177/030 6624x15603745.

Rowniak, S., Bolt, L., & Sharifi, C. (2019). Effect of cross-sex hormones on the quality of life, depression and anxiety

of transgender individuals: A quantitative systematic re- view. *JBI Evidence Synthesis*, *17*(9), 1826–1854. https://doi.org/10.11124/JBISRIR-2017-003869.

Royal College of General Practitioners. (2019). *The role of the GP in caring for gender-questioning and transgender patients: RCGP position statement*. https://www.rcgp.org.uk/policy/rcgp-policy-areas/transgender-care.aspx

Russell, A. M., Galvin, K. M., Harper, M. M., & Clayman, M. L. (2016). A comparison of heterosexual and LGBTQ cancer survivors' outlooks on relationships, family build- ing, possible infertility, and patient-doctor fertility risk communication. *Journal of Cancer Survivorship*, *10*(5), 935–942. https://doi.org/10.1007/s11764-016-0524-9.

Russell, M. R., & Abrams, M. (2019). Transgender and non-binary adolescents: The role of voice and communication therapy. *Perspectives of the ASHA Special Interest Groups*, *4*(6), 1298–1305. https://doi.org/10.1044/2019_PERSP-19-00034.

Russell, S. T., Pollitt, A. M., Li, G., & Grossman, A. H. (2018). Chosen name use is linked to reduced depres- sive symptoms, suicidal ideation, and suicidal behavior among transgender youth. *Journal of Adolescent Health*,*63* (4), 503–505. https://doi .org/10.1016/j.jadohealth.2018.02.003.

Ryan, C. (2009). *Supportive families, healthy children: Helping families with lesbian, gay, bisexual & transgender (LGBT) children*. http://familyproject.sfsu.edu

Ryan, C., Huebner, D., Diaz, R. M., & Sanchez, J. (2009). Family rejection as a predictor of negative health out- comes in white and Latino lesbian, gay, and bisexual young adults. *Pediatrics*, *123*(1), 346–352. https://doi.org/10.1542/peds.2007-3524.

Ryan, C., Russell, S. T., Huebner, D., Diaz, R., & Sanchez, J. (2010). Family acceptance in adolescence and the health of LGBT young adults. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, *23*(4), 205–213. https://doi.org/10.1111/j.1744-6171.2010.00246.x.

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. https://doi.org/10.1080/00918369.2018.1538407.

Saeed, A., Mughal, U., & Farooq, S. (2017). It's complicat- ed: Sociocultural factors and the disclosure decision of transgender individuals in Pakistan. *Journal of Homosexuality*, *65*(8), 1051–1070. https://doi.org/10.1080/00918369.2017.1368766.

Safer, J. D. (2021). Research gaps in medical treatment of trans-gender/nonbinary people. *The Journal of Clinical Investigation*, *131*(4), e142029. https://doi.org/10.1172/JCI142029.

Safer, J. D., & Tangpricha, V. (2019). Care of the transgen- der patient. *Annals of Internal Medicine*, *171*(1), ITC1– ITC16. https://doi.org/10.7326/aitc201907020.

Safer, J. D., Coleman, E., Feldman, J., Garofalo, R., Hembree, W., Radix, A., & Sevelius, J. (2016). Barriers to healthcare for transgender individuals. *Current Opinion in Endocrinology & Diabetes and Obesity*, *23*(2), 168–171. https://doi.org/10.1097/med.0000000000000227.

Salgado, C. J., Nugent, A., Kuhn, J., Janette, M., & Bahna, H. (2018). Primary sigmoid vaginoplasty in transwomen: Technique and outcomes. *Biomed Research International*, *2018*, 4907208. https://doi.org/10.1155/2018/4907208.

Salibian, A. A., Axelrod, D. M., Smith, J. A., Fischer, B. A., Agarwal, C., & Bluebond-Langner, R. (2021). Oncologic considerations for safe gender-affirming mastectomy: Preoperative imaging, pathologic evaluation, counseling, and long-term screening. *Plastic and Reconstructing Surgery*, *147*(2), 213e–221e. https://doi.org/10.1097/PRS.0000000000007589.

Salway, T., Ferlatte, O., Gesink, D., & Lachowsky, N. J. (2020). Prevalence of exposure to sexual orientation change efforts and associated sociodemographic characteristics and psycho-social health outcomes among Canadian sexual minority men. *The Canadian Journal of Psychiatry*, *65*(7), 502–509. https://doi.org/10.1177/0706743720902629.

Sandberg, D. E., & Gardner, M. (2022). Differences/disordersof sex development: Medical conditions at the intersec-tion of sex and gender. *Annual Review of Clinical Psychology*, *18*, 201–231. https://doi.org/10.1146/ annurev-clinpsy-081219-101412.

Sandberg, D. E., & Mazur, T. (2014). A noncategorical ap-proach to the psychosocial care of persons with DSD and their families. In B. P. C. Kreukels, T. D. Steensma,& A. L. C. de Vries (Eds.), *Gender dysphoria and disor- ders of sex development: Progress in care and knowledge* (pp. 93–114). Springer. https://doi.org/10.1007/978-1- 4614-7441-8_5.

Sandberg, D. E., Gardner, M., Kopec, K., Urbanski, M., Callens, N., Keegan, C. E., Yashar, B. M., Fechner, P. Y., Shnorhavorian, M., Vilain, E., Timmermans, S., & Siminoff, L. A. (2019). Development of a decision support tool in pediatric differences/disorders of sex development. *Seminars in Pediatric Surgery*, *28*(5), 150838. https://doi.org/10.1016/j.sempedsurg.2019.150838.

Sanders, R. A. (2013). Adolescent psychosocial, social, and cognitive development. *Pediatrics in Review*, *34*(8), 354– 359. https://doi.org/10.1542/pir.34-8-354.

Santucci, R. A. (2018). Urethral complications after trans-gender phalloplasty: Strategies to treat them and mini- mize their occurrence. *Journal of Clinical Anatomy*, *31*(2), 187–190. https://doi.org/10.1002/ca.23021.

Sawyer, J., Perry, J. L., & Dobbins-Scaramelli, A. (2014). A survey of the awareness of speech services among trans- gender and transsexual individuals and speech-language pathologists. *International Journal of Transgenderism*, *15*(3–4), 146–163. https://doi.org/10.1080/15532739.2014.995260.

Sawyer, W. (2020). *Visualizing the racial disparities in mass incarceration*. Prison Policy Initiative.

Scandurra, C., Amodeo, A. L., Valerio, P., Bochicchio, V.,& Frost, D. M. (2017). Minority stress, resilience, and mental health: A study of Italian transgender people. *Journal of Social Issues*, *73*(3), 563–585. https://doi. org/10.1111/josi.12232.

Scandurra, C., Mezza, F., Maldonato, N. M., Bottone, M., Bochicchio, V., Valerio, P., & Vitelli, R. (2019). Health

of non-binary and genderqueer people: A systematic re- view. *Frontiers in Psychology*, *10*, 1453.

Schagen, S. E. E., Wouters, F. M., Cohen-Kettenis, P. T., Gooren, L. J., & Hannema, S. E. (2020). Bone develop- ment in transgender adolescents treated with GnRH an- alogues and subsequent gender-affirming hormones. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, *105*(12).https://doi.org/10.1210/clinem/dgaa604.

Schagen, S. E., Cohen-Kettenis, P., Delemarre-van de Waal, H. A., & Hannema, S. E. (2016). Efficacy and safety of gonadotropin-releasing hormone agonist treatment to suppress puberty in gender dysphoric adolescents. *The Journal of Sexual Medicine*, *13* (7), 1125–1132. https:// doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.05.004.

Schardein, J. N., Zhao, L. C., & Nikolavsky, D. (2019). Management of vaginoplasty and phalloplasty complica- tions. *Urology Clinics of North America*, *46*(4), 605–618. https://doi.org/10.1016/j.ucl.2019.07.012.

Schechter, L. S., & Safa, B. (2018). Introduction to phal-loplasty. *Clinics in Plastic Surgery*, *45*(3), 387–389. https:// doi.org/10.1016/j.cps.2018.03.014.

Schechter, L. S., & Schechter, R. B. (2019). Training sur- geons in gender confirmation surgery. *Journal of Craniofacial Surgery*, *30*(5), 1380–1382. https://doi. org/10.1097/SCS.0000000000005477.

Schechter, L. S., D'Arpa, S., Cohen, M. N., Kocjancic, E., Claes, K. E. Y., & Monstrey, S. (2017). Gender confir- mation surgery: Guiding principles. *The Journal of Sexual Medicine*, *14*(6), 852–856. https://doi.org/10.1016/j. jsxm.2017.04.001.

Scheim, A. I., & Travers, R. (2017). Barriers and facilitatorsto HIV and sexually transmitted infections testing for gay, bisexual, and other transgender men who have sexwith men. *AIDS Care*, *29*(8), 990–995. https://doi.org/10 .1080/09540121.2016.1271937.

Scheim, A. I., Bauer, G. R., & Travers, R. (2017). HIV-relatedsexual risk among transgender men who are gay, bisex-ual, or have sex with men. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, *74*(4), e89–e96. https://doi. org/10.1097/qai.0000000000001222.

Scheim, A. I., Perez-Brumer, A. G., & Bauer, G. R. (2020). Gender-concordant identity documents and mental health among transgender adults in the USA: A cross-sectional study. *The Lancet Public Health*, *5*(4), e196–e203. https:// doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30032-3.

Schneider, F., Kliesch, S., Schlatt, S., & Neuhaus, N. (2017). Andrology of male-to-female transsexuals: Influence of cross-sex hormone therapy on testicular function. *Andrology*, *5*(5), 873–880. https://doi.org/10.1111/andr.12405.

Schneider, F., Neuhaus, N., Wistuba, J., Zitzmann, M., Heß, J., Mahler, D., & Kliesch, S. (2015). Testicular functions and clinical characterization of patients with gender dys- phoria (GD) undergoing sex reassignment surgery (SRS). *Journal of Sexual Medicine*, *12*(11), 2190–2200. https:// doi.org/10.1111/jsm.13022.

Schubert, F. D., & Carey, J. M. (2020). Data unclear onpregnancy risk in transmasculine individuals on testos- terone. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*,*222*(4), 393–394. https://doi.org/10.1016/j.ajog.2019.12.014. Schützmann, K., Brinkmann, L., Schacht, M., & Richter-Appelt, H. (2007). Psychological distress, self-harming behavior, and suicidal tendencies in adults with disorders of sex develop- ment. *Archives of Sexual Behavior*, *38*(1), 16–33. https://doi. org/10.1007/s10508-007-9241-9.

Schwartz, A. R., Russell, K., & Gray, B. A. (2019). Approaches to vaginal bleeding and contraceptive coun- seling in transgender and gender nonbinary patients. *Obstetrics and Gynecology*, *134*(1), 81–90. https://doi. org/10.1097/aog.0000000000003308.

Schweizer, K., Brunner, F., Gedrose, B., Handford, C., &Richter-Appelt, H. (2016). Coping with diverse sex de- velopment: Treatment experiences and psychosocial sup- port during childhood and adolescence and adult well-being. *Journal of Pediatric Psychology*, *42*(5), 504–519. https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsw058.

Scott, S. (2013). "One is not born, but becomes a woman":A fourteenth amendment argument in support of hous- ing male-to female transgender inmates in female facil- ities. *University of Pennsylvania Journal of Constitutional Law*, *15*(4), 1259–1297. https://scholarship.law.upenn.edu/ jcl/vol15/iss4/6

Seal, L. (2017). Adult endocrinology. In C. Richards, W. P. Bouman, & M.-J. Barker (Eds.), *Genderqueer and non-binary genders* (pp. 183–223). Palgrave MacMillan.

Seal, L. J., Franklin, S., Richards, C., Shishkareva, A., Sinclaire, C., & Barrett, J. (2012). Predictive markers for mammoplasty and a comparison of side effect profiles in transwomen taking various hormonal regimens. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, *97*(12), 4422–4428. https://doi.org/10.1210/jc.2012-2030.

Seelman, K. L. (2016). Transgender adults' access to college bathrooms and housing and the relationship to suicidal- ity. *Journal of Homosexuality*, *63*(10), 1378–1399. https:// doi.org/10.1080/00918369.2016.1157998.

Seelman, K. L., Colón-Diaz, M. J., LeCroix, R. H., Xavier-Brier, M., & Kattari, L. (2017). Transgender non- inclusive healthcare and delaying care because of fear: Connections to general health and mental health among transgender adults. *Transgender Health*, *2*(1), 17–28.https://doi.org/10.1089/trgh.2016.0024.

Segev-Becker, A., Israeli, G., Elkon-Tamir, E., Perl, L., Sekler,O., Amir, H., Interator, H., Dayan, S. C., Chorna, E., Weintrob, N., & Oren, A. (2020). Children and adoles- cents with gender dysphoria in Israel: Increasing referral and fertility preservation rates. *Endocrine Practice*, *26*(4), 423–428. https://doi.org/10.4158/EP-2019-0418.

Sequeira, G. M., Ray, K. N., Miller, E., & Coulter, R. W. S. (2020). Transgender youth's disclosure of gender identityto providers outside of specialized gender centers. *Journal of Adolescent Health*, *66*(6), 691–698. https://doi. org/10.1016/j.jadohealth.2019.12.010.

Serafin, J., Smith, G. B., & Keltz, T. (2013). Lesbian, gay, bisex-ual, and transgender (LGBT) elders in nursing homes: It's time to clean out the closet. *Geriatric Nursing*, *34*(1), 81–83.

Sermondade, N., Benaloun, E., Berthaut, I., Moreau, E.,Prades, M., Béranger, A., Chabbert-Buffet, N., Johnson, N., Lévy, R., & Dupont, C. (2021). Reproductive functions and fertility preservation in transgender women: A French case series. *Reproductive BioMedicine Online*, *43*(2), 339–345. https://doi.org/10.1016/j.rbmo.2021.04.016. Sevelius, J., & Jenness, V. (2017). Challenges and opportu-nities for gender-affirming healthcare for transgender women in prison. *International Journal of Prisoner Health*, *13*(1), 32–40. https://doi.org/10.1108/ijph-08-2016-0046.

Sevelius, J. M., Chakravarty, D., Dilworth, S. E., Rebchook, G., & Neilands, T. B. (2020). Gender affirmation through correct pronoun usage: Development and validation of the trans- gender women's importance of pronouns (TW-IP) scale. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *17*(24), 9525. https://doi.org/10.3390/ijerph17249525. Sevelius, J. M., Deutsch, M. B., & Grant, R. (2016). Thefuture of PrEP among transgender women: The critical role of gender affirmation in research and clinical prac- tices. *Journal of the International AIDS Society*, *19*(7S6), 21105. https://doi.org/10.7448/IAS.19.7.21105.

Seyed-Forootan, K., Karimi, H., & Seyed-Forootan, N. S. (2018). Autologous fibroblast-seeded amnion for recon-struction of neo-vagina in male-to-female reassignment surgery. *Aesthetic Plastic Surgery*, *42*(2), 491–497. https://doi.org/10.1007/s00266-018-1088-z.

Shen, J. K., Seebacher, N. A., & Morrison, S. D. (2019). Global interest in gender affirmation surgery: A Google trends analysis. *Plastic and Reconstructive Surgery*, *143*(1), 254e–256e. https://doi.org/10.1097/PRS.0000000000005160.

Shepherd, S. M. (2018). Cultural Awareness training forhealth professionals may have unintended consequences. *The British Medical Journal Opinion*. https://blogs.bmj.com/bmj/2018/01/22/stephane-m-shepherd-cultural-awarenesstraining-

Shepherd, S. M. (2019). Cultural awareness workshops: lim-itations and practical consequences. *BMC Medical Education*, *19*(1), 1–10. https://doi.org/10.1186/ s12909-018-1450-5.

Shepherd, S. M. (2022). Introducing an integrated model of cross-cultural assessment. *Australasian Psychiatry*, https://doi.org/10.1177/10398562211068373.

Sheppard, M., & Mayo, J. B.Jr. (2013). The social construc- tion of gender and sexuality: Learning from two spirit traditions. *The Social Studies*, *104*(6), 259–270. https://doi.org/10.1080/00377996.2013.788472.

Sherrard, J., Wilson, J., Donders, G., Mendling, W., & Jensen, J. S. (2018). 2018 European (IUSTI/WHO) International Union against sexually transmitted infec- tions (IUSTI) World Health Organisation (WHO) guide- line on the management of vaginal discharge. *International Journal of STD and AIDS*, *29*(13), 1258–1272. https://doi. org/10.1177/0956462418785451.

Shieh, E., Marzinke, M. A., Fuchs, E. J., Hamlin, A., Bakshi, R., Aung, W., Breakey, J., Poteat, T., Brown, T., Bumpus, N. N., & Hendrix, C. W. (2019). Transgender women on oral HIV pre-exposure prophylaxis have significantly low- er tenofovir and emtricitabine concentrations when also taking oestrogen when compared to cisgender men. *Journal of the International AIDS Society*, *22*:e25405. https://doi.org/10.1002/jia2.25405.

Shields, J. P., Cohen, R., Glassman, J. R., Whitaker, K., Franks, H., & Bertolini, I. (2013). Estimating population size and demographic characteristics of lesbian, gay, bi- sexual, and transgender youth in middle school. *Journalof Adolescent Health*, *52*(2), 248–250. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2012.06.016.

Shipherd, J. C., Berke, D., & Livingston, N. A. (2019).Trauma recovery in the transgender and gender diverse community: extensions of the minority stress model for treatment planning. *Cognitive and Behavioral Practice*, *26*(4), 629–646. https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2019.06.001. Shires, D. A., & Jaffee, K. D. (2016). Structural discrimina-tion is associated with smoking status among a national sample of transgender individuals. *Nicotine & Tobacco Research*, *18*(6), 1502–1508. https://doi.org/10.1093/ntr/ntv221.

Shires, D. A., Stroumsa, D., Jaffee, K. D., & Woodford, M. R. (2017). Primary care providers' willingness to contin-ue gender-affirming hormone therapy for transgender patients. *Family Practice*, *35*(5), 576–581. https://doi.org/10.1093/fampra/cmx119.

Shonkoff, J. P., Garner, A. S., Siegel, B. S., Dobbins, M. I., Earls, M. F., Garner, A. S., McGuinn, L., Pascoe, J., & Wood, D. L. (2011). The lifelong effects of early child- hood adversity and toxic stress. *Pediatrics*, *129*(1), e232– e246. https://doi.org/10.1542/peds.2011-2663.

Shnorhavorian, M., Kroon, L., Jeffries, H., & Johnson, R. (2012). Creating a standardized process to offer the stan- dard of care: continuous process improvement method- ology is associated with increased rates of sperm cryo- preservation among adolescent and young adult males with cancer. *Junior of Pediatric and Hematology/Oncology*, *34* (8), e315–319. https://doi .org/10.1097/MPH.0b013e3182678e3a.

Shumer, D. E., & Tishelman, A. C. (2015). The role of assent in the treatment of transgender adolescents. *International Journal of Transgenderism*, *16*(2), 97–102. https://doi.org/10.1080/15532739.2015.1075929.

Shumer, D. E., Nokoff, N. J., & Spack, N. P. (2016). Advancesin the care of transgender children and adolescents. *Advances in Pediatrics*, *63*(1), 79–102. https://doi.org/10.1016/j.yapd.2016.04.018.

Siboni, L., Rucco, D., Prunas, A., & Anzani, A. (2022). "We faced every change together". Couple's intimacy and sex- uality experiences from the perspectives of transgender and non-binary individuals' partners. *Journal of Sex & Marital Therapy*, *48*(1), 23–46. https://doi.org/10.1080/00 92623x.2021.1957733.

Sigurjonsson, H., Mollermark, C., Rinder, J., Farnebo, F., & Lundgren, T. K. (2017). Long-term sensitivity and patient-reported functionality of the neoclitoris after gen- der reassignment surgery. *Journal of Sexual Medicine*, *14*(2), 269–273. https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.12.003. Silverberg, M. J., Nash, R., Becerra-Culqui, T. A., Cromwell,L., Getahun, D., Hunkeler, E., & Goodman, M. (2017).

Cohort study of cancer risk among insured transgender people. *Annals of Epidemiology*, *27*(8), 499–501. https://doi.org/10.1016/j.annepidem.2017.07.007.

Siminoff, L., & Sandberg, D. (2015). Promoting shared decision making in disorders of sex development (DSD): Decision aids and support tools. *Hormone and Metabolic Research*, *47*(05), 335–339. https://doi.org/10.1055/s-0035-1545302.

Simon, D., Capitán, L., Bailón, C., Bellinga, R. J., Gutiérrez Santamaría, J., Tenório, T., Sánchez-García, A., & Capitán-Cañadas, F. (2022). Facial gender confirmation surgery: The lower jaw. Description of surgical techniques and presentation of results. *Plastic and Reconstructive Surgery*, *149*(4), 755e–766e. https://doi.org/10.1097/ prs.0000000000008969.

Simons, L., Schrager, S. M., Clark, L. F., Belzer, M., &Olson, J. (2013). Parental support and mental health among transgender adolescents. *Journal of Adolescent Health*, *53*(6), 791–793. https://doi.org/10.1016/j. jadohealth.2013.07.019.

Simonsen, R. K., Giraldi, A., Kristensen, E., & Hald, G. M. (2016). Long-term follow-up of individuals undergoing sex reassignment surgery: Psychiatric morbidity and mor- tality. *Nordic Journal of Psychiatry*, *70*(4), 241–247. https://doi.org/10.3109/08039488.2015.1081405.

Simopoulos, E. F., & Khin Khin, E. (2014). Fundamentalprinciples inherent in the comprehensive care of trans- gender inmates. *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, *42*(1), 26–36. http://jaapl.org/ content/42/1/26

Singh, D., Bradley, S. J., & Zucker, K. J. (2021). A follow-up study of boys with gender identity disorder. *Frontiers in Psychiatry*, *12*, 632784. https://doi.org/10.3389/fp- syt.2021.632784.

Singh-Ospina, N., Maraka, S., Rodriguez-Gutierrez, R., Davidge-Pitts, C., Nippoldt, T. B., Prokop, L. J., & Murad, M. H. (2017). Effect of sex steroids on the bone healthof transgender individuals: A systematic review and meta-analysis. *Journal Clinical Endocrinology and Metabolism*, *102*(11), 3904–3913. https://doi.org/10.1210/ jc.2017-01642.

Smith, A. J., Hallum-Montes, R., Nevin, K., Zenker, R., Sutherland, B., Reagor, S., & Brennan, J. M. (2018). Determinants of transgender individuals' well-being, men- tal health, and suicidality in a rural state. *Journal of Rural Mental Health*, *42(*2), 116. https://doi.org/10.1037/ rmh0000089.

Smith, P. (2006). The effects of solitary confinement on prison inmates: A brief history and review of the liter-ature. *Crime and Justice*, *34*(1), 441–528. https://doi. org/10.1086/500626.

Smith, N. L., Blondon, M., Wiggins, K. L., Harrington, L.B/, van Hylckama Vlieg, A., Floyd, J. S., Hwang, M., Bis, J. C., McKnight, B., Rice, K.M, Lumley, T., Rosendaal, F.R., Heckbert, S. R., & Psaty, B. M. (2014). Lower risk of cardiovascular events in postmenopausal women taking oral estradiol compared with oral conjugated equine es- trogens. *JAMA Internal Medicine*, *174*(1), 25–31. https:// doi.org/10.1001/jamainternmed.2013.11074.

Smith, Y. L., van Goozen, S. H., & Cohen-Kettenis, P. T. (2001). Adolescents with gender identity disorder who were accepted or rejected for sex reassignment surgery:A prospective follow-up study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *40*(4), 472– 481. https://doi.org/10.1097/00004583-200104000-00017.

Smith, Y. L., Van Goozen, S. H., Kuiper, A. J., &Cohen-Kettenis, P. T. (2005). Sex reassignment: Outcomes and predictors of treatment for adolescent and adult transsexuals. *Psychological Medicine*, *35*(1), 89–99. https://doi.org/10.1017/s0033291704002776.

Snowden, J. M., Guise, J., & Kzhimannil, K. B. (2018).Promoting inclusive and person-centered care: Starting with birth. *Birth*, *45*, 232–235. https://doi.org/10.1111/birt.12351. Söderpalm, E., Larsson, A., & Almquist, S. A. (2004). Evaluation of a consecutive group of transsexual individ- uals referred for vocal intervention in the west of Sweden.

Logopedics, Phoniatrics, Vocology, *29*(1), 18–30. https://doi.org/10.1080/14015430310021618.

Södersten, M., Nygren, U., Hertegård, S., & Dhejne, C.(2015). Interdisciplinary program in Sweden related to transgender voice. *Perspectives on Voice and Voice Disorders*, *25*(2). 87–97. https://doi.org/10.1044/vvd25.2.87. Sofer, Y., Yaish, I., Yaron, M., Bach, M. Y., Stern, N., &Greenman, Y. (2020). Differential endocrine and meta- bolic effects of testosterone suppressive agents in trans- gender women. *Endocrine Practice*, *26*(8), 883–890.

https://doi.org/10.4158/EP-2020-0032.

Song, T. E., & Jiang, N. (2017). Transgender phonosurgery:A systematic review and meta-analysis. *Otolaryngology— Head and Neck Surgery*, *156*(5), 803–808. https://doi.org/10.1177/0194599817697050.

Sonnenblick, E. B., Shah, A. D., Goldstein, Z., & Reisman, T. (2018). Breast imaging of transgender individuals: A review. *Current Radiology Reports*, *6*(1), 1. https://doi.org/10.1007/s40134-018-0260-1.

Sood, R., Chen, D., Muldoon, A. L., Chen, L., Kwasny, M.J., Simons, L. K., Gangopadhyay, N., Corcoran, J. F., & Jordan, S. W. (2021). Association of chest dysphoria with anxiety and depression in transmasculine and nonbinary adolescents seeking gender-affirming care. *Journal of Adolescent Health*, *68*(6), 1135–1141. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2021.02.024.

Sorbara, J. C., Chiniara, L. N., Thompson, S., & Palmert, M. R. (2020). Mental health and timing of gender-affirmingcare. *Pediatrics*, *146*(4), e20193600. https://doi.org/10.1542/peds.2019-3600.

Spack, N. P., Edwards-Leeper, L., Feldman, H. A., Leibowitz,S., Mandel, F., Diamond, D. A., & Vance, S. R. (2012). Children and adolescents with gender identity disorder referred to a pediatric medical center. *Pediatrics*, *129*(3), 418–425. https://doi.org/10.1542/peds.2011-0907.

Spanos, C., Bretherton, I., Zajac, J. D., & Cheung, A. S.(2020). Effects of gender-affirming hormone therapy on insulin resistance and body composition in transgender individuals: A systematic review. *World Journal of Diabetes*, *11*(3), 66–77. https://doi.org/10.4239/wjd.v11. i3.66.

Spanos, C., Grace, J. A., Leemaqz, S. Y., Brownhill, A., Cundill, P., Locke, P., Wong, P., Zajac, J. D., & Cheung,
A. S. (2021). The informed consent model of care for accessing gender-affirming hormone therapy is associat-ed with high patient satisfaction. *Journal of SexualMedicine*, *18*(1), 201–208. https://doi.org/10.1016/j. jsxm.2020.20.020.

Spatz, E. S., Krumholz, H. M., & Moulton, B. W. (2016). The new era of informed consent: Getting to a reasonable-patient standard through shared decision mak- ing. *The Journal of the American Medical Association*, *315* (19), 2063–2064. https://doi.org/10.1001/jama.2016.3070.

Speiser, P. W., Arlt, W., Auchus, R. J., Baskin, L. S., Conway,
G. S., Merke, D. P., Meyer-Bahlburg, H. F. L., Miller, W. L., Murad, M. H., Oberfield, S. E., & White, P. C. (2018). Congenital adrenal hyperplasia due to steroid 21-hydroxylase deficiency: An Endocrine Society* ClinicalPractice Guideline. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, *103*(11), 4043–4088. https://doi.org/10.1210/jc.2018-01865.

Spencer, K. G., Berg, D. R., Bradford, N. J., Vencill, J. A., Tellawi, G., & Rider, G. N. (2021). The gender-affirmative life span approach: A developmental model for clinicalwork with transgender and gender-diverse children, ad- olescents, and adults. *Psychotherapy*, *58*(1), 37–49. https://doi.org/10.1037/pst0000363.

Spivey, L. A., & Edwards-Leeper, L. (2019). Future directionsin affirmative psychological interventions with transgen- der children and adolescents. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, *48*, 343–356. https://doi.org/10.1080/15374416.2018.1534207.

Spizzirri, G., Eufrásio, R., Lima, M. C. P., de Carvalho Nunes, H. R., Kreukels, B. P., Steensma, T. D., & Abdo,
C. H. N. (2021). Proportion of people identified as trans-gender and non-binary gender in Brazil. *Scientific Reports*, *11*(1), 2240. https://doi.org/10.1038/s41598-021-81411-4.

Sprager, L., & O. N. Martinez, Jr. (2015). Beyond translation: Promoting a new national standard for equity in health materials translated from English. *NAM Perspectives*. https://doi.org/10.31478/201509b.

Spruill, T. M. (2010). Chronic psychosocial stress and hy-pertension. *Current Hypertension Reports*, *12*(1), 10–16. https://doi.org/10.1007/s11906-009-0084-8.

Srinath, S., Jacob, P., Sharma, E., & Gautam, A. (2019).Clinical practice guidelines for assessment of children and adolescents. *Indian Journal of Psychiatry*, *61*(Suppl. 2), 158–175. https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_580_18.

Staples, J. M., Bird, E. R., Gregg, J. J., & George, W. (2020). Improving the gender-affirmation process for transgender and gender-nonconforming individuals: Associations among time since transition began, body satisfaction, and sexual distress. *The Journal of Sex Research*, *57*(3), 375– 383. https://doi.org/10.1080/00224499.2019.1617829.

Stark, T., Shoag, J. E., & Poppas, D. P. (2019). Eliminating early surgery for disorders of sex development: Risking adverse outcomes in 46, XX CAH. *Journal of Urology*,*201* (5), 871–873. https://doi .org/10.1097/ju.0000000000000023.

Statistics Canada. (2022). *Census of population Canada*. https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/220427/dq220427b-eng.htm

Steensma, T. D., Biemond, R., de Boer, F., & Cohen-Kettenis,
P. T. (2011). Desisting and persisting gender dysphoriaafter childhood: A qualitative follow-up study. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, *16*(4), 499–516. https://doi.org/10.1177/1359104510378303.

Steensma, T. D., & Cohen-Kettenis, P. T. (2011). Gender transitioning before puberty? *Archives of Sexual Behavior*, *40*(4), 649–650. https://doi.org/10.1007/s10508-011-9752-2.

Steensma, T. D., Cohen-Kettenis, P. T., & Zucker, K. J. (2018). Evidence for a change in the sex ratio of children referred for gender dysphoria: Data from the center of expertise on gender dysphoria in Amsterdam (1988– 2016). *Journal of Sex & Marital Therapy*, *44*(7), 713–715. https://doi.org/10.1080/0092623X.2018.1437580.

Steensma, T. D., Kreukels, B. P., de Vries, A. L., & Cohen-Kettenis, P. T. (2013). Gender identity development in adolescence. *Hormones and Behavior*, *64*, 288–297. https://doi.org/10.1016/j.yhbeh.2013.02.020.

Steensma, T. D., McGuire, J. K., Kreukels, B. P., Beekman,
A. J., & Cohen-Kettenis, P. T. (2013). Factors associatedwith desistence and persistence of childhood gender dys- phoria: A quantitative follow-up study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *52*(6), 582–590. https://doi.org/10.1016/j.jaac.2013.03.016. Steensma, T. D., & Wensing-Kruger, S. A. (2019). Genderdysphoria. In T. H. Ollendick, S. W. White, & B. A.
White (Eds), *The Oxford handbook of clinical child and adolescent psychology*. Oxford Library of Psychology

Steensma, T. D., Zucker, K. J., Kreukels, B. P. C., VanderLaan,
D. P., Wood, H., Fuentes, A., & Cohen-Kettenis, P. T. (2013). Behavioral and emotional problems on the teach- er's report form: A cross-national, cross-clinic compara- tive analysis of gender dysphoric children and adoles- cents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *42*(4), 635–647. https://doi.org/10.1007/s10802-013-9804-2.

Stein, G. L. (2020) Experiences of lesbian, gay, bisexual,and transgender patients and families in hospice and palliative care: Perspectives of the palliative care team.*Journal of Palliative Medicine*, *23*(6), 817–824. https://doi.org/10.1089/jpm.2019.0542.

Steinberg, L. (2009). Should the science of adolescent brain development inform public policy? *American Psychologist*, *64*(8), 739–750. https://doi.org/10.1037/0003-066x.64.8.739.

Stephenson, R., Riley, E., Rogers, E., Suarez, N., Metheny, N., Senda, J., Saylor, K. M., & Bauermeister, J. A. (2017). The sexual health of transgender men: A scoping review. *The Journal of Sex Research*, *54*(4-5), 424–445. https://doi.org/10.1080/00224499.2016.1271863.

Sterling, J., & Garcia, M. M. (2020a). Cancer screening in the transgender population: A review of current guide- lines, best practices, and a proposed care model.

Translational Andrological Urology, *9*(6), 2771–2785. https://doi.org/10.21037/tau-20-954.

Sterling, J., & Garcia, M. M. (2020b). Fertility preservation options for transgender individuals. *Translational Andrological Urology*, *9*(Suppl. 2), S215–S226. https://doi.org/10.21037/tau.2019.09.28.

Stohr, M. K. (2015). The Hundred Years' war: The etiology and status of assaults on transgender women in men's prisons. *Women & Criminal Justice*, *25*(1-2), 120–129. https://doi.org/10.1080/08974454.2015.1026154.

Stojanovic, B., Bizic, M., Bencic, M., Kojovic, V., Majstorovic, M., Jeftovic, M., Stanojevic, D., & Djordjevic, M. L. (2017). One-stage gender-confirmation surgery as a via-ble surgical procedure for female-to-male transsexuals. *Translational Andrological Urology*, *14*(5), 741–746. https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2017.03.256.

Stonewall. (2018). *LGBT in Britain: Work report*. https://www.stonewall.org.uk/system/files/lgbt_in_britain_work_report.pdf

Strang, J. F., Jarin, J., Call, D., Clark, B., Wallace, G. L., Anthony, L. G., Kenworthy, L., & Gomez-Lobo, V. (2018).Transgender Youth Fertility Attitudes Questionnaire: Measure development in nonautistic and autistic trans- gender youth and their parents. *Journal of Adolescent Health*, *62*(2), 128–135. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2017.07.022.

Strang, J. F., Meagher, H., Kenworthy, L., de Vries, A. L., Menvielle, E., Leibowitz, S., Janssen, A., Cohen-Kettenis, P., Shumer, D., Edwards-Leeper, L., Pleak, R., Spack, N., Karasic, D., Schreier, H., Balleur, A., Tishelman, A., Ehrensaft, D., Rodnan, L., Kuschner, E. ,… Caretto, A., Lewis, H., & Anthony, L. (2018). Initial clinical guidelines for co-occurring Autism Spectrum Disorder and Gender Dysphoria or Incongruence in adolescents. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, *47*(1), 105–115. https://doi.org/10.1080/15374416.2016.1228462.

Strang, J. F., Powers, M. D., Knauss, M., Sibarium, E., Leibowitz, S. F., Kenworthy, L., Sadikova, E., Wyss, S., Willing, L., Caplan, R., Pervez, N., Nowak, J., Gohari, D., Gomez-Lobo, V., Call, D., & Anthony, L. G. (2018). "They thought it was an obsession": Trajectories and perspectives of autistic trans- gender and gender-diverse adolescents. *Journal of Autism Developmental Disorders*, *48*(12), 4039–4055. https://doi. org/10.1007/s10803-018-3723-6.

Strang, J. F., Knauss, M., van der Miesen, A., McGuire, J.K., Kenworthy, L., Caplan, R., Freeman, A., Sadikova, E., Zaks, Z., Pervez, N., Balleur, A., Rowlands, D. W., Sibarium, E., Willing, L., McCool, M. A., Ehrbar, R. D., Wyss, S. E., Wimms, H., Tobing, J., & Thomas, J. (2021). A clinical program for transgender and gender-diverse neurodiverse/autistic adolescents developed through community-based participatory design. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, *50*(6), 730–745. https://doi.org/10.1080/15374416.2020.1731817.

Strauss, P., Cook, A., Winter, S., Watson, V., Wright Toussaint, D., & Lin, A. (2017). *Trans Pathways: the men-tal health experiences and care pathways of trans young people*. *Summary of results*. Telethon Kids Institute https://www.telethonkids.org.au/globalassets/media/documents/ brain--behaviour/trans-pathwayreport-web.pdf

Streed, C. G., Beach, L. B., Caceres, B. A., Dowshen, N. L., Moreau, K. L., Mukherjee, M., Poteat, T., Radix, A., Reisner, S. L., & Singh, V. (2021). Assessing and address- ing cardiovascular health in people who are transgenderand gender diverse: A scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*, *144*(6). https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000001003.

Stroumsa, D., & Wu, J. P. (2018). Welcoming transgenderand nonbinary patients: Expanding the language of "women's health". *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, *219*(6), 585.e581–585.e585. https://doi. org/10.1016/j.ajog.2018.09.018.

Stübler, M. L., & Becker-Hebly, I. (2019). [Sexual experi- ences and sexual orientation among transgender adoles-cents]. *Zeitschrift für Sexualforschung*, *32*(01), 5–16.https://doi.org/10.1055/a-0838-8965.

Stutterheim, S. E., van Dijk, M., Wang, H., & Jonas. K. J. (2021) The worldwide burden of HIV in transgender individuals: An updated systematic review and meta-analysis. *PLoS One*, *16(*12): e0260063. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0260063.

Subramanian, T., Chakrapani, V., Selvaraj, V., Noronha, E., Narang, A., & Mehendale, S. (2016). Mapping and size estimation of hijras and other trans-women in 17 statesof India: First level findings. *International Journal of Health Sciences and Research*, *6*(4), 345–353. https://www.ijhsr.org/IJHSR_Vol.6_Issue.4_April2016/48.pdf

Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2015). *Ending conversion therapy: Supporting and affirm-ing LGBTQ youth*. HHS Publications.

Suchak, T., Hussey, J., Takhar, M., & Bellringer, J. (2015). Postoperative trans women in sexual health clinics: Managing common problems after vaginoplasty. *Journalof Family Planning and Reproductive Health Care*, *41*(4), 245–247. https://doi.org/10.1136/jfprhc-2014-101091.

Suen, Y. T., Chan, R. C. H., & Wong, E. M. Y. (2018). Mental health of transgender people in Hong Kong: A community-driven, large-scale quantitative study docu- menting demographics and correlates of quality of life and suicidality. *Journal of Homosexuality*, *65*(8), 1093– 1113. https://doi.org/10.1080/00918369.2017.1368772.

Sundstrom and Fields v. Frank USDC D WI, Case No. 06-C-112, 2011.

Taliaferro, L. A., McMorris, B. J., Rider, G. N., & Eisenberg, M. E. (2019). Risk and protective factors for self-harmin a population-based sample of transgender youth. *Archives of Suicide Research*, *23*(2), 203–221. https://doi.org/10.1080/13811118.2018.1430639.

Tamar-Mattis, S., Gamarel, K. E., Kantor, A., Baratz, A.,Tamar-Mattis, A., & Operario, D. (2018). Identifying and counting individuals with differences of sex development conditions in population health research. *LGBT Health*, *5*(5), 320–324. https://doi.org/10.1089/lgbt.2017.0180.

Tan, K. K. H., Treharne, G. J., Ellis, S. J., Schmidt, J. M., & Veale, J. F. (2021). Enacted stigma experiences and protectivefactors are strongly associated with mental health outcomes

of transgender people in Aotearoa/New Zealand. *International Journal of Transgender Health*, *22*(3), 269–280. https://doi.org/10.1080/15532739.2020.1819504.

Tangpricha, V., & den Heijer, M. (2017). Oestrogen and anti-androgen therapy for transgender women. *Lancet Diabetes & Endocrinology*, *5*(4), 291–300. https://doi. org/10.1016/S2213-8587(16)30319-9.

Tatum, A. K., Catalpa, J., Bradford, N. J., Kovic, A., & Berg, D. R. (2020). Examining identity development and tran- sition differences among binary transgender and gender- queer nonbinary (GQNB) individuals. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, *7*(4), 379–385. https://doi.org/10.1037/sgd0000377.

Taub, R. L., Ellis, S. A., Neal-Perry, G., Magaret, A. S.,Prager, S. W., & Micks, E. A. (2020). The effect of tes-tosterone on ovulatory function in transmasculine indi- viduals. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, *223*(2), 229–e1. https://doi.org/10.1016/j.ajog.2020.01.059. Tavakkoli Tabassi, K., Djavan, B., Hosseini, J., Ghoreifi, A., Ershadi, M., & Hosseini, E. (2015). Fold-back perineo- scrotal flap plus penile inversion vaginoplasty for male-to- female gender reassignment surgery in circumcised sub- jects. *European Journal of Plastic Surgery*, *38*(1), 43–48. https://doi.org/10.1007/s00238-014-1038-1.

Taylor, A. K., Condry, H., and Cahill, D. (2018). Implementation of teaching on LGBT health care. *Clinical Teacher*, *15*(2),141–144. https://doi.org/10.1111/tct.12647.

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 clin- ic in the United Kingdom. *International Journal of Transgenderism*, *20*(2-3), 195–204. https://doi.org/10.1080/15532739.2018.1445056.

Telfer, M. M., Tollit, M. A., Pace, C. C., & Pang, K. C. (2018). Australian standards of care and treatment guide- lines for transgender and gender diverse children and adolescents. *Medical Journal of Australia*, *209*(3), 132–136. https://doi.org/10.5694/mja17.01044.

Telfer, M. M., Tollit, M. A., Pace, C. C., & Pang, K. C. (2020). *Australian standards of care and treatment guidelines for transand gender diverse children and adolescents, Version 1.3*. TheRoyal Children's Hospital. https://www.rch.org.au/uploaded-Files/Main/Content/adolescent-medicine/australian-standard s-o f-c are-a nd-t re a t m e n t-g u i d e lin es-f o r-t r a n s -and-gender-diverse-children-and-adolescents.pdf

Temple Newhook, J., Pyne, J., Winters, K., Feder, S., Holmes, C., Tosh, J., Sinnott, M.-L., Jamieson, A., & Pickett, S. (2018). A critical commentary on follow-up studies and "desistance" theories about transgender and gender-nonconforming children. *International Journal of Transgenderism*, *19*(2), 212–224. https://doi.org/10.1080/15532739.2018.1456390.

Ter Wengel, P. V., Martin, E., Gooren, L., Den Heijer, M.,& Peerdeman, S. M. (2016). Meningiomas in threemale-to-female transgender subjects using oestrogens/progestogens and review of the literature. *Andrologia*, *48*(10), 1130–1137. https://doi.org/10.1111/and.12550.

Testa, R. J., Michaels, M. S., Bliss, W., Rogers, M. L., Balsam, K. F., & Joiner, T. (2017). Suicidal ideation in transgender people: Gender minority stress and interper- sonal theory factors. *Journal of Abnormal Psychology*, *126*(1), 125–136. https://doi.org/10.1037/abn0000234.

Testa, R. J., Sciacca, L. M., Wang, F., Hendricks, M. L., Goldblum, P., Bradford, J., & Bongar, B. (2012). Effectsof violence on transgender people. *Professional Psychology: Research and Practice*, *43*(5), 452. https://doi.org/10.1037/a0029604.

TGEU. (2017). *Overdiagnosed but underserved. Trans healthcarein Georgia, Poland, Serbia, Spain, and Sweden: trans health survey*. Transgender Europe. https://tgeu.org/healthcare/

TGEU. (2021). *Trans rights map 2021*. Transgender Europe. https://transrightsmap.tgeu.org/home/

Thalaivirithan, B. M., Sethu, M., Ramachandran, D. K., Kandasamy, M., & Janardhanam, J. (2018). Applicationof embryonic equivalents in male-to-female sex reassign- ment surgery. *India Journal of Plastic Surgery*, *51*(2), 155–166. https://doi.org/10.4103/ijps.IJPS_62_18.

The Institute of Medicine. (2011). *The health of lesbian, gay, bisexual, and transgender people: Building a foundationfor better understanding*. http://www.nationalacademies.o rg /h m d/ R e p o r t s /2 0 1 1 /T h e - He a l t h - o f - L e s b i an-Gay-Bisexual-and-Transgender-People.aspx

The Joint Commission. (2011). *Advancing effective commu- nication, cultural competence, and patient- and family-centered care for the lesbian, gay, bisexual and transgender (LGBT) community* [Field Guide]. https://www.jointcommission.org/assets/1/18/LGBTFieldGuide_WEB_LINKED_VER.pdf

The Yogyakarta Principles. (2017). *The Yogyakarta Principles Plus 10: Additional principles and state obligations on the application of international human rights law in relationto sexual orientation, gender identity, gender expression, and sex characteristics to complement the Yogyakarta Principles*. http://yogyakartaprinciples.org/wp-content/up-loads/2017/11/A5_yogyakartaWEB-2.pdf

Therell, B. L. (2001). Newborn screening for congenital adrenal hyperplasia. *Endocrinology and Metabolism Clinics of North America*, *30*(1), 15–30. https://doi.org/10.1016/ s0889-8529(08)70017-3.

Theron, L., & Collier, K. L. (2013). Experiences of female partners of masculine-identifying trans persons. *Culture, Health & Sexuality*, *15*, 62–75. https://doi.org/10.1080/13691058.2013.788214.

Thomas, J. P., & Macmillan, C. (2013). Feminization laryn- goplasty: Assessment of surgical pitch elevation. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology*, *270*(10), 2695–2700. https://doi.org/10.1007/s00405-013-2511-3.

Thoreson, N., Marks, D. H., Peebles, J. K., King, D. S., & Dommasch, E. (2020) Health insurance coverage of per- manent hair removal in transgender and gender-minority patients. *JAMA Dermatology*. *2156*(5), 561–565. https://doi.org/10.1001/jamadermatol.2020.0480.

Thorne, N., Witcomb, G. L., Nieder, T., Nixon, E., Yip, A.,& Arcelus, J. (2019). A comparison of mental health

symptomatology and levels of social support in young treatment seeking transgender individuals who identify as binary and non-binary *International Journal of Transgenderism*, *20*(2-3), 241–250. https://doi.org/10.108 0/15532739.2018.1452660.

Thorne, N., Yip, A. K.-T., Bouman, W. P., Marshall, E., & Arcelus, J. (2019). The terminology of identities between, outside and beyond the gender binary—A systematic review. *The International Journal of Transgenderism*, *20*(2-3), 138–154. https://doi.org/10.1080/15532739.2019. 1640654.

Thurston, M. D., & Allan, S. (2018). Sexuality and sexual experiences during gender transition: A thematic synthe- sis. *Clinical Psychological Review*, *66*, 39–50. https://doi. org/10.1016/j.cpr.2017.11.008.

Thyen, U., Ittermann, T., Flessa, S., Muehlan, H., Birnbaum, W., Rapp, M., Marshall, L., Szarras-Capnik, M., Bouvattier,C., Kreukels, B. P. C., Nordenstroem, A., Roehle, R., & Koehler, B. (2018). Quality of health care in adolescents and adults with disorders/differences of sex development (DSD) in six European countries (dsd-LIFE). *BMC Health Services Research*, *18*(1). https://doi.org/10.1186/ s12913-018-3342-0.

Thyen, U., Richter-Appelt, H., Wiesemann, C., Holterhus,P.-M., & Hiort, O. (2005). Deciding on gender in children with intersex conditions. *Treatments in Endocrinology*, *4*(1), 1–8. https://doi.org/10.2165/00024677-200504010-00001.

Timmermans, S., Yang, A., Gardner, M., Keegan, C. E., Yashar, B. M., Fechner, P. Y., Shnorhavorian, M., Vilain, E., Siminoff, L. A., & Sandberg, D. E. (2018). Does patient-centered carechange genital surgery decisions? The strategic use of clin- ical uncertainty in disorders of sex development clinics. *Journal of Health and Social Behavior*, *59*(4), 520–535. https:// doi.org/10.1177/0022146518802460.

Timmermans, S., Yang, A., Gardner, M., Keegan, C. E., Yashar, B. M., Fechner, P. Y., Shnorhavorian, M., Vilain, E., Siminoff, L. A., & Sandberg, D. E. (2019). Genderdestinies: Assigning gender in disorders of sex develop- ment—Intersex clinics. *Sociology of Health & Illness*, *41*(8), 1520–1534. https://doi.org/10.1111/1467-9566.12974.

Tirapegui, F. I., Acar, Ö., & Kocjancic, E. (2020). Sexual function after gender-affirming genital reconstruction. *Current Sexual Health Reports*, *12*(4), 411–420. https:// doi.org/10.1007/s11930-020-00294-0.

Tiryaki, S., Tekin, A., Yagmur, İ., Őzen, S., Őzbaran, B., Gökşen, D., … Avanoğlu, A. (2018). Parental perceptionof terminology of disorders of sex development in Western Turkey. *Journal of Clinical Research in Pediatric Endocrinology*, *10*(3), 216–222. https://doi.org/10.4274/ jcrpe.0007.

Tishelman, A. C., Shumer, D. E., Nahata, L. (2017).Disorders of sex development: Pediatric psychology and the genital exam. *Journal of Pediatric Psychology*, *42*(5), 530–543. https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsw015.

Tishelman, A. C., Haney, P., Greenwald O'Brien, J., & Blaustein, M. E. (2010). A framework for school-based psychological evaluations: Utilizing a "trauma lens." *Journal of Child & Adolescent Trauma*, *3*(4), 279–302. https://doi.org/10.1080/19361521.2010.523062.

Tishelman, A. C., Kaufman, R., Edwards-Leeper, L., Mandel, F. H., Shumer, D. E., & Spack, N. P. (2015). Servingtransgender youth: Challenges, dilemmas, and clinical examples. *Professional Psychology: Research and Practice*, *46*(1), 37–45. https://doi.org/10.1037/a0037490.

Tishelman, A. C., Sutter, M. E., Chen, D., Sampson, A., Nahata, L., Kolbuck, V. D., & Quinn, G. P. (2019). Health care provider perceptions of fertility preservation barriers and challenges with transgender patients and families: Qualitative responses to an international survey. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, *36*(3), 579–588. https://doi.org/10.1007/s10815-018-1395-y.

Tishelman, A., & Neumann-Mascis, A. (2018). *Gender-related trauma*. In *The gender affirmative model: An interdisci- plinary approach to supporting transgender and gender expansive children* (pp. 85–100). American Psychological Association.

Tollemache, N., Shrewsbury, D., & Llewellyn, C. (2021).Que (e) rying undergraduate medical curricula: A cross-sectional online survey of lesbian, gay, bisexual, transgender, and queer content inclusion in UK under- graduate medical education. *BMC Medical Education*, *21*(1), 100. https://doi.org/10.1186/s12909-021-02532-y.

Tollinche, L. E., Walters, C. B., Radix, A., Long, M., Galante,L., Goldstein, Z. G., Kapinos, Y., & Yeoh, C. (2018). The perioperative care of the transgender patient. *Anesthesia and Analgesia*, *127*(2), 359–366. https://doi.org/10.1213/ ANE.0000000000003371.

Tollit, M. A., Feldman, D., McKie, G., & Telfer, M. M.(2018). Patient and parent experiences of care at a pe- diatric gender service. *Transgender Health*, *3*(1), 251–256. https://doi.org/10.1089/trgh.2018.0016.

Tollit, M. A., Pace, C. C., Telfer, M., Hoq, M., Bryson, J., Fulkoski, N., Cooper, C., & Pang, K. C. (2019). Whatare the health outcomes of trans and gender diverse young people in Australia? Study protocol for the Trans20 longitudinal cohort study. *BMJ Open*, *9*(11), e032151. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-032151.

Tomson, A., McLachlan, C., Wattrus, C., Adams, K.,Addinall, R., Bothma, R., Jankelowitz, L., Kotze, E., Luvuno, Z., Madlala, N., Matyila, S., Padavatan, A., Pillay,M., Rakumakoe, M. D., Tomson-Myburgh, M., Venter, W. D. F., & De Vries, E. (2021). Southern African HIV clinicians society gender-affirming healthcare guideline for South Africa. *Southern African Journal of HIV Medicine*, *22*(1). https://doi.org/10.4102/sajhivmed. v22i1.1299.

Toomey, R. B., Ryan, C., Diaz, R. M., Card, N. A., & Russell, S. T. (2010). Gender-nonconforming lesbian, gay, bisexual, and transgender youth: School victimization and young adult psychosocial adjustment. *Developmental Psychology*, *46*(6), 1580–1589. https://doi.org/10.1037/a0020705.

Toorians, A. W. F. T., Thomassen, M. C. L. G. D., Zweegman,S., Magdeleyns, E. J. P., Tans, G., Gooren, L. J. G., & Rosing,

J. (2003). Venous thrombosis and changes of hemostatic variables during cross-sex hormone treatment in transsexu- al people. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*,*88*(12), 5723–5729. https://doi.org/10.1210/jc.2003-030520.

Top, H., & Balta, S. (2017). Transsexual mastectomy: Selection of appropriate technique according to breast characteristics. *Balkan Medical Journal*, *34*(2), 147–155. https://doi.org/10.4274/balkanmedj.2016.0093.

Topolewska-Siedzik, E., & Cieciuch, J. (2018). Trajectoriesof identity formation modes and their personality context in adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, *47*(4), 775–792. https://doi.org/10.1007/s10964-018-0824-7.

Tordoff, D. M., Wanta, J. W., Collin, A., Stepney, C., Inwards-Breland, D. J., & Ahrens, K. (2022). Mental health outcomes in transgender and nonbinary youths receiving gender-affirming care. *JAMA Network Open*, *5(*2), e220978. https://doi.org/10.1001/jamanetworko- pen.2022.0978.

Tornello, S. L., & Bos, H. (2017). Parenting intentions among transgender individuals. *LGBT Health*, *4*(2), 115– 120. https://doi.org/10.1089/lgbt.2016.0153.

Tosun, N. L., Fieberg, A. M., Eberly, L. E., Harrison, K. A., Tipp, A. R., Allen, A. M., & Allen, S. S. (2019). Exogenous progesterone for smoking cessation in men and women:A pilot double-blind, placebo-controlled randomized clin- ical trial. *Addiction*, *114*(10), 1800–1813. https://doi.org/10.1111/add.14645.

TransCare. (2020). *Bind, pack and tuck*. http://www.phsa.ca/transcarebc/care-support/transitioning/bind-pack- tuck-pad

Travers, R., Bauer, G., Pyne, J., Bradley, K., Gale, L., & Papadimitriou, M. (2012). *Impacts of strong parental sup- port for trans youth: A report prepared for Children's Aid Society of Toronto and Delisle Youth Services*. Trans Pulse Project. https://transpulseproject.ca/wp-content/up- lo ad s/2012/10/Impacts-of-Strong-Parental-Support-for-Trans-Youth-vFINAL.pdf.

Trevor Project. (2021). *The mental health and well-being of LGBTQ Youth who are Intersex*. https://www.thetrevor- project.org/wp-content/uploads/2021/12/Intersex-Youth-Mental-Health-Report.pdf

Trispiotis, I., & Purshouse, C. (2022). 'Conversion therapy'as degrading treatment. *Oxford Journal of Legal Studies*, *42*(1), 104–132. https://doi.org/10.1093/ojls/gqab024.

Trujillo, M. A., Perrin, P. B., Sutter, M., Tabaac, A., & Benotsch, E. G. (2017). The buffering role of social sup- port on the associations among discrimination, mental health, and suicidality in a transgender sample. *International Journal of Transgenderism*, *18*(1), 39–52. https://doi.org/10.1080/15532739.2016.1247405.

Tschan, S., Honegger, F., & Storck, C. (2016). Cricothyroid joint anatomy as a predicting factor for success of cricoid-thyroid approximation in transwomen. *The Laryngoscope*, *126*(6), 1380–1384. https://doi.org/10.1002/lary.25518.

T'Sjoen, G., Arcelus, G., Gooren, L., Klink, D. T., & Tangpricha, V. (2019). Endocrinology of transgender medicine. *Endocrine Reviews*, 40(1), 97–117.https://doi.org/10.1210/er.2018-00011.

T'Sjoen, G., Arcelus, J., De Vries, A. L. C., Fisher, A. D., Nieder, T. O., Özer, M., & Motmans, J. (2020). European Society for Sexual Medicine position statement "Assessment and hormonal management in adolescent and adult trans people, with attention for sexual function and satisfaction." *The Journal of Sexual Medicine*, *17*(4), 570–584. https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2020.01.012.

T'Sjoen, G. G., Beguin, Y., Feyen, E., Rubens, R., Kaufman, J. M., & Gooren, L. (2005). Influence of exogenous oestrogenor (anti-) androgen administration on soluble transferrin receptor in human plasma. *Journal of Endocrinology*, *186*(1), 61–67. https://doi.org/10.1677/joe.1.06112.

Turban, J. L., Beckwith, N., Reisner, S. L., & Keuroghlian, A. S. (2020). Association between recalled exposure togender identity conversion efforts and psychological dis- tress and suicide attempts among transgender adults. *JAMA Psychiatry*, *77*(1), 68–76. https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2019.2285.

Turban, J. L., Carswell, J., & Keuroghlian, A. S. (2018). Understanding pediatric patients who discontinue gender-affirming hormonal interventions. *JAMA Pediatrics*, *172*(10), 903–904. https://doi.org/10.1001/jamapediat- rics.2018.1817.

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

Turban, J. L., King, D., Kobe, J., Reisner, S. L., & Keuroghlian, A. S. (2022). Access to gender-affirming hormones during adolescence and mental health outcomes among trans- gender adults. *PLoS One*, *17*(1), e0261039. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0261039.

Turban, J. L., King, D., Reisner, S. L., Keuroghlian, A. S. (2019). Psychological attempts to change a person's gen- der identity from transgender to cisgender: Estimated prevalence across US States, 2015. *American Journal of Public Health* 109, 1452–1454. https://doi.org/10.2105/ AJPH.2019.305237.

Turban, J. L., King, D., Li, J. J., & Keuroghlian, A. S. (2021). Timing of social transition for transgender and gender diverse youth, K-12 harassment, and adult mental health outcomes. *Journal of Adolescent Health*, *69*(6), 991–998. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2021.06.001.

Turban, J. L., Loo, S. S., Almazan, A. N., & Keuroghlian, A. S. (2021). Factors leading to "detransition" among transgender and gender diverse people in the United States: A mixed-methods analysis. *LGBT Health*, *8*(4), 273–280. https://doi.org/10.1089/lgbt.2020.0437.

Tuzun, Z., Başar, K., & Akgul, S. (2022). Social connect- edness matters: Depression and anxiety in transgender youth during the COVID-19 pandemic. *The Journal of Sexual Medicine*, *19*(4), 650–660. https://doi.org/10.1016/j.sxm.2022.01.522.

Twist, J., & de Graaf, N. (2019). Gender diversity and non-binary presentations in young people attending the

United Kingdom's national Gender Identity Development Service. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, *24*(2), 277–290. https://doi.org/10.1177/1359104518804311.

UN Human Rights Council. (2020). *Practices of so-called "conversion therapy": Report of the Independent Expert on protection against violence and discrimination based on sexual orientation and gender identity*. https://doi. org/10.1163/2210-7975_HRD-9970-2016149.

UNDP & APTN. (2017). *Legal gender recognition: amulti-country legal and policy review in Asia*. Asia-Pacific Transgender Network. https://weareaptn.org/resource/ legal-gender-recognition-a-multi-country-legal-and -policy-review-in-asia/

UNDP, IRGT. (2016). *Implementing comprehensive HIV and STI programmes with transgender people: Practical guid- ance for collaborative interventions*. United Nations Development Programme. https://www.unfpa.org/sites/ default/files/pub-pdf/TRANSIT_report_UNFPA.pdf

United Nations Population Fund. (2014). *Reproductive rights are human rights: A handbook for national human rights institutions*. https://www.ohchr.org/documents/publica- tions/nhrihandbook.pdf

United Nations. (1948). Universal Declaration of Human Rights. Retrieved from http://www.un.org/en/ universal-declaration-human-rights/

United Nations. (2015). *The United Nations standard min- imum rules for the treatment of prisoners*. https://www. unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/ GA-RESOLUTION/E_ebook.pdf

United States Department of Health and Human Services.(2013). *Lesbian, gay, bisexual and transgender health*. https://www.healthypeople.gov/2020/topics-objectives/top-ic/lesbian-gay-bisexual-and-transgender-health

Valashany, B. T., & Janghorbani, M. (2018). Quality of lifeof men and women with gender identity disorder. *Health and Quality of Life Outcomes*, *16*(1), 167. https://doi. org/10.1186/s12955-018-0995-7.

Vale, K., Siemens, I., Johnson, T. W., & Wassersug, R. J. (2013). Religiosity, childhood abuse, and other risk fac-tors correlated with voluntary genital ablation. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue Canadienne Des Sciences Du Comportement*, *45*(3), 230–237. https://doi.org/10.1037/a0031122.

Valentine, V. (2016). *Non-binary people's experiences of us- ing UK gender identity clinics*. S. T. E. Network. https:// www.scottishtrans.org/wp-content/uploads/2016/11/ Non-binary-GIC-mini-report.pdf

Van Batavia, J. P., & Kolon, T. F. (2016). Fertility in disor- ders of sex development: A review. *Journal of Pediatric Urology*,*12*(6), 418–425. https://doi.org/10.1016/j.jpu- rol.2016.09.015.

Van Boerum, M. S., Salibian, A. A., Bluebond-Langner, R.,& Agarwal, C. (2019). Chest and facial surgery for the transgender patient. *Translational Andrology and Urology*, *8*(3), 219–227. https://doi.org/10.21037/tau.2019.06.18.

Van Borsel, J., De Cuypere, G., Rubens, R., & Destaerke, B. (2000). Voice problems in female-to-male transsexuals. *International Journal of Language & CommunicationDisorders*, *35* (3), 427–442. https://doi . org/10.1080/136828200410672.

Van Borsel, J., Van Eynde, E., De Cuypere, G., & Bonte, K. (2008). Feminine after cricothyroid approximation? *Journal of Voice*, *22*(3), 379–384. https://doi.org/10.1016/j. jvoice.2006.11.001.

Van Caenegem, E., Taes, Y., Wierckx, K., Vandewalle, S., Toye, K., Kaufman, J. M., Schreiner, T., Haraldsen, I., & T'Sjoen, G. (2013). Low bone mass is prevalent in male-to-female transsexual persons before the start of cross-sex hormonal therapy and gonadectomy. *Bone*, *54*(1), 92–97. https://doi.org/10.1016/j.bone.2013.01.039.

Van Caenegem, E., Verhaeghe, E., Taes, Y., Wierckx, K., Toye, K., Goemaere, S., Zmierczak, H. G., Hoebeke, P., Monstrey, S., & T'Sjoen, G. (2013). Long-term evaluation of donor-site morbidity after radial forearm flap phal- loplasty for transsexual men. *The Journal of Sexual Medicine*, *10*(6), 1644–1651. https://doi.org/10.1111/ jsm.12121.

Van Caenegem, E., Wierckx, K., Elaut, E., Buysse, A., Dewaele, A., Van Nieuwerburgh, F., De Cuypere, G., & T'Sjoen, G. (2015). Prevalence of gender nonconformity in Flanders, Belgium. *Archives of Sexual Behavior*, *44*(5), 1281–1287. https://doi.org/10.1007/s10508-014-0452-6.

Van Caenegem, E., Wierckx, K., Taes, Y., Schreiner, T., Vandewalle, S., Toye, K., Lapauw, B., Lapauw, J. M., & T'Sjoen, G. (2015). Body composition, bone turnover, and bone mass in trans men during testosterone treat- ment: 1-year follow-up data from a prospective case-controlled study (ENIGI). *European Journal of Endocrinology*, *172*(2), 163–171. https://doi.org/10.1530/EJE-14-0586.

Van de Grift, T. C., Cohen-Kettenis, P. T., de Vries, A. L.C., & Kreukels, B. P. C.; on behalf of dsd-LIFE. (2018). Body image and self-esteem in disorders of sex develop- ment: A European multicenter study. *Health Psychology*, *37*(4), 334–343. https://doi.org/10.1037/hea0000600.

Van de Grift, T. C., Elaut, E., Cerwenka, S. C., Cohen-Kettenis, P. T., De Cuypere, G., Richter-Appelt, H., & Kreukels, B. P. C. (2017). Effects of medical inter- ventions on gender dysphoria and body image: A follow-up study. *Psychosomatic Medicine*, *79*(7), 815–823. https://doi.org/10.1097/PSY.0000000000000465.

Van de Grift, T. C., Elaut, E., Cerwenka, S. C., Cohen-Kettenis, P. T., & Kreukels, B. P. C. (2018). Surgical satisfaction, quality of life, and their association after gender-affirming surgery: A follow-up study. *Journal of Sexual and Marital Therapy*, *44*(2), 138–148. https:// doi.org/10.1080/0092623X.2017.1326190.

Van de Grift, T. C., Elfering, L., Greijdanus, M., Smit, J. M., Bouman, M. B., Klassen, A. F., & Mullender, M. G. (2018). Subcutaneous mastectomy improves satisfaction with body and psychosocial function in trans men: Findings of a cross-sectional study using the BODY-Q chest module. *Plastic Reconstructive Surgery*, *142*(5), 1125–1132. https://doi. org/10.1097/PRS.0000000000004827.

Van de Grift, T. C., Kreukels, B. P. C., Elfering, L., Özer, M., Bouman, M.-B., Buncamper, M. E., Smit, J. M., & Mullender, M. G. (2016). Body image in transmen: Multidimensional measurement and the fffects of mas- tectomy. *The Journal of Sexual Medicine*, *13*(11), 1778– 1786. https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.09.003.

Van de Grift, T. C., Pigot, G. L. S., Boudhan, S., Elfering, L., Kreukels, B. P. C., Gijs, L., Buncamper, M. E., Ozer, M., van der Sluis, W., Meuleman, E. J. H., Bouman, M.B., & Mullender, M. G. (2017). A longitudinal study of motivations before and psychosexual outcomes after gen- ital gender-confirming surgery in transmen. *Journal of Sexual Medicine*, *14*(12), 1621–1628. https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2017.10.064.

Van de Grift, T., Van Gelder, Z., Mullender, M., Steensma, T., de Vries, ALC., & Bouman, M. (2020). Timing ofpuberty suppression and surgical options for transgender youth. *Pediatrics*, *146*(5), e20193653. https://doi.org/10.1542/peds.2019-3653.

Van Der Miesen, A. I., Hurley, H., & De Vries, A. L. (2016). Gender dysphoria and autism spectrum disorder: A nar- rative review. *International Review of Psychiatry*, *28*(1), 70–80. https://doi.org/10.3109/09540261.2015.1111199.

Van der Miesen, A., Steensma, T. D., de Vries, A., Bos, H.,& Popma, A. (2020). Psychological functioning in trans- gender adolescents before and after gender-affirmative care compared with cisgender general population peers. *The Journal of Adolescent Health*, *66*(6), 699–704. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2019.12.018.

Van der Sluis, W. B., de Haseth, K. B., Elfering, L., Özer, M., Smit, J. M., Budding, A. E., van Bodegraven, A. A., Buncamper, M. E., de Boer, N. K. H., Mullender, M. G.,& Bouman, M. B. (2020). Neovaginal discharge in trans- gender women after vaginoplasty: A diagnostic and treat- ment algorithm. *International Journal of Transgender Health*, *21*(4), 367–372. https://doi.org/10.1080/26895269.2020.1725710.

Van der Sluis, W. B., Smit, J. M., Pigot, G. L. S., Buncamper, M. E., Winters, H. A. H., Mullender, M. G., & Bouman, M. B. (2017). Double flap phalloplasty in transgender men: Surgical technique and outcome of pedicled anterolateral thigh flap phalloplasty combined with radi-al forearm free flap urethral reconstruction. *Microsurgery*, *37*(8), 917–923. https://doi.org/10.1002/micr.30190.

Van Dijk, D., Dekker, M., Conemans, E. B., Wiepjes, C.M., de Goeij, E. G. M., Overbeek, K. A., & T'Sjoen, G. (2019). Explorative prospective evaluation of short-term subjective effects of hormonal treatment in trans peo- ple—Results from the European Network for the Investigation of Gender Incongruence. *The Journal of Sexual Medicine*, *16*(8), 1297–1309. https://doi. org/10.1016/j.jsxm.2019.05.009.

Van Gerwen, O. T., Aryanpour, Z., Selph, J. P., & Muzny, C. A. (2021). Anatomical and sexual health considerations among transfeminine individuals who have undergone vaginoplasty: A review. *International Journal of STD and AIDS*, *33*(2), 106–113. https://doi.org/10.1177/09564624211046997.

Van Kesteren, P. J., Asscheman, H., Megens, J. A., & Gooren, L. J. (1997). Mortality and morbidity in transsexual sub- jects treated with cross-sex hormones. *Clinical Endocrinology*, *47*(3), 337–342. https://doi.org/10.1046/ j.1365-2265.1997.2601068.x.

Van Leijenhorst, L., Zanolie, K., Van Meel, C. S., Westenberg, P. M., Rombouts, S. A. R. B., & Crone, E. A. (2009).What motivates the adolescent? Brain regions mediating reward sensitivity across adolescence. *Cerebral Cortex*, *20*(1), 61–69. https://doi.org/10.1093/cercor/bhp078.

Vandenbussche, E. (2021). Detransition-related needs and support: A cross-sectional online survey. *Journal of Homosexuality*, *69*(9), 1602–1620. https://doi.org/10.1080/00918369.2021.1919479.

Vanderburgh, R. (2009). Appropriate therapeutic care for families with pre-pubescent transgender/gender-dissonant children. *Child Adolescent Social Work Journal*, *26*, 135– 154. https://doi.org/10.1007/s10560-008-0158-5.

Various. (2019). *Memorandum of understanding on conver- sion therapy in the UK. Version 2, Revision* A. BritishAssociation of Counselling and Psychotherapy. https://www.bacp.co.uk/events-and-resources/ethics-and-standards/mou/

Various. (2021). *U. S. joint statement on ending conversion therapy*. https://usjs.org/usjs-current-draft/

Veale, J., Byrne, J., Tan, K., Guy, S., Yee, A., Nopera, T., & Bentham, R. (2019). *Counting ourselves: The health and well-being of trans and non-binary people in Aotearoa, New Zealand*. https://countingourselves.nz/wp-content/uploads/2020/01/Counting-Ourselves_Report-Dec-19-Online.pdf

Veerman, H., de Rooij, F. P. W., Al-Tamimi, M., Ronkes, B. L., Mullender, M. G., M, B. B., van der Sluis, W. B.,& Pigot, G. L. S. (2020). Functional outcomes and uro- logical complications after genital gender affirming sur- gery with urethral lengthening in transgender men. *Journal of Urology*, *204*(1), 104–109. https://doi.org/10.1097/JU.0000000000000795.

Vereecke, G., Defreyne, J., Van Saen, D., Collect, S., Van Dorpe, J., T'Sjoen, G., & Gooseens, E. l. (2021). Characterisation of testicular function and spermatogen-esis in transgender women. *Human Reproduction*, *36*(1), 5–15. https://doi.org/10.1093/humrep/deaa254.

Vermeir, E., Jackson, L. A., & Marshall, E. G. (2018). Improving healthcare providers' interactions with trans patients: Recommendations to promote cultural compe- tence. *Healthcare Policy*, *14*(1), 11–18. https://doi.org/10.12927/hcpol.2018.25552.

Vincent, B. (2018). *Transgender Health: A Practitioner's Guide to Binary and Non-Binary Trans Patient Care*. Jessica Kingsley Publishers.

Vincent, B. (2019). Breaking down barriers and binaries in trans healthcare: The validation of non-binary people. *International Journal of Transgenderism*, *20*(2-3), 132–137. https://doi.org/10.1080/15532739.2018.1534075.

Vincent, B. (2020). *Non-binary genders: Navigating commu- nities, identities, and healthcare*. Policy Press.
Vincent, B., & Manzano, A. (2017). History and CulturalDiversity. In C. Richards, W. P. Bouman, & M. J. Barker (Eds.), *Genderqueer and non-binary genders*. Palgrave Macmillan.
Vinogradova, Y., Coupland, C., & Hippisley-Cox, J. (2019). Use of hormone replacement therapy and risk of venous thromboembolism: Nested case-control studies using the QResearch and CPRD databases. *British Medical Journal*, *364*, k4810. https://doi.org/10.1136/bmj.k4810.
Vlot, M. C., Klink, D. T., den Heijer, M., Blankenstein, M.A., Rotteveel, J., & Heijboer, A. C. (2017). Effect of pu- bertal suppression and cross-sex hormone therapy on bone turnover markers and bone mineral apparent den- sity (BMAD) in transgender adolescents. *Bone*, *95*, 11–19. https://doi.org/10.1016/j.bone.2016.11.008.
Von Doussa, H., Power, J., & Riggs, D. (2015). Imagining parenthood: The possibilities and experiences of parent- hood among transgender people. *Culture Health & Sexuality*, *17*(9), 1119–1131. https://doi.org/10.1080/1369 1058.2015.1042919.
Vrouenraets, L. J. J. J., de Vries, A. L. C., de Vries, M. C.,van der Miesen, A. I. R., & Hein, I. M. (2021). Assessing medical decision-making competence in transgender youth. *Pediatrics*, *148*(6). https://doi.org/10.1542/ peds.2020-049643.
Vukadinovic, V., Stojanovic, B., Majstorovic, M., & Milosevic, A. (2014). The role of clitoral anatomy in female to male sex reassignment surgery. *Scientific World Journal*, *2014*, 437378. https://doi.org/10.1155/2014/437378.
Vyas, N., Douglas, C. R., Mann, C., Weimer, A. K., & Quinn, M. M. (2021). Access, barriers, and decisional regret in pursuit of fertility preservation among trans- gender and gender-diverse individuals. *Fertility and Sterility*, *115*(4), 1029–1034. https://doi.org/10.1016/j. fertnstert.2020.09.007.
Waal, H. A. D., & Cohen-Kettenis, P. T. (2006). Clinical management of gender identity disorder in adolescents: A protocol on psychological and paediatric endocrinol- ogy aspects. *European Journal of Endocrinology*, *155*(1), S131–S137. https://doi.org/10.1530/eje.1.02231.
Wagner, I., Fugain, C., Monneron-Girard, L., Cordier, B., & Chabolle, F. (2003). Pitch-raising surgery in fourteen male-to-female transsexuals. *The Laryngoscope*, *113*(7), 1157–1165. https://doi.org/10.1097/00005537-200307000-00011.
Wagner, S., Panagiotakopoulos, L., Nash, R., Bradlyn, A., Getahun, D., Lash, T. L., Roblin, D., Silverberg, M. J., Tangpricha, V., Vupputuri, S., & Goodman, M. (2021). Progression of gender dysphoria in children and adoles- cents: A longitudinal study. *Pediatrics*, *148*(1), e2020027722. https://doi.org/10.1542/peds.2020-027722.
Walker, R. V., Powers, S. M., & Witten, T. M. (2017). Impactof anticipated bias from healthcare professionals on per- ceived successful aging among transgender and gender nonconforming older adults. *LGBT Health*, 4(6), 427–433. https://doi.org/10.1089/lgbt.2016.0165.
Wallien, M. S. C., & Cohen-Kettenis, P. T. (2008). Psychosexual outcome of gender-dysphoric children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *47*(12), 1413–1423. https://doi.org/10.1097/ CHI.0b013e31818956b9.
Walton, M. T., Lykins, A. D., & Bhullar, N. (2016). Beyond heterosexual, bisexual, and homosexual: A diversity in sex-ual identity expression. *Archives of Sexual Behavior*, *45*(7),1591–1597. https://doi.org/10.1007/s10508-016-0778-3.
Wang, Y., Yu, H., Yang, Y., Drescher, J., Li, R., Yin, W., Yu, R., Wang, S., Deng, W., Jia, Q., Zucker, K. J., & Chen, R. (2020). Mental health status of cisgender and gender-diverse secondary school students in China. *JAMA Network Open*, *3*(10), e2022796. https://doi.org/10.1001/ jamanetworkopen.2020.22796.
Warwick, R. M., Araya, A. C., Shumer, D. E., & Selkie, E. M. (2022). Transgender youths' sexual health and edu-cation: A qualitative analysis. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, *35*(2), 138–146. https://doi. org/10.1016/j.jpag.2021.09.011.
Wassersug, R. J., & Johnson, T. W. (2007). Modern-day Eunuchs: Motivations for and consequences of contem-porary castration. *Perspectives in Biology and Medicine*, *50*(4), 544–556. https://doi.org/10.1353/pbm.2007.0058.
Wassersug, R. J., & Lieberman, T. (2010). Contemporary cas-tration: why the modern day eunuch remains invisible. *BMJ*,*341*(2), c4509–c4509. https://doi.org/10.1136/bmj.c4509.
Wassersug, R. J., Walker, L. M., & Robinson, J. W. (2018). *Androgen deprivation therapy : an essential guide for pros- tate cancer patients and their loved ones*. Demos Health.Watson, R. J., Wheldon, C. W., & Puhl, R. M. (2020). Evidence of diverse identities in a large national sampleof sexual and gender minority adolescents. *Journal of Research on Adolescence*, *30*(S2), 431–442. https://doi. org/10.1111/jora.12488.
Watt, S. O., Tskhay, K. O., & Rule, N. O. (2018). Masculine voices predict well-being in female-to-male transgender individuals. *Archives of Sexual Behavior*, *47*(4), 963–972. https://doi.org/10.1007/s10508-017-1095-1.
Weaver, C. M., Alexander, D. D., Boushey, C. J., Dawson-Hughes, B., Lappe, J. M., LeBoff, M. S., Liu, S., Looker, A. C., Wallace, T. C., & Wang, D. D. (2016). Calcium plus vitamin D supplementation and risk of fractures: An updated meta-analysis from the National Osteoporosis Foundation. *Osteoporosis International*, *27*(1), 367–376. https://doi.org/10.1007/s00198-015-3386-5.
Webb, H., Free, N., Oates, J., & Paddle, P. (2020). The useof vocal fold injection augmentation in a transmasculine patient unsatisfied with voice following testosterone ther- apy and voice training. *Journal of Voice*, *36*(4), 588.e1– 588.e6. S0892-1997(20)30298-8. https://doi.org/10.1016/j. jvoice.2020.08.011.
Wei, S. Y., Li, F. Y., Li, Q., Li, S. K., Zhou, C. D., Zhou, Y., Cao, Y. J., Zhang, S. Y., & Zhao, Y. (2018). Autologousbuccal micro-mucosa free graft combined with posterior scrotal flap transfer for vaginoplasty in male-to-female transsexuals: A pilot study. *Aesthetic Plastic Surgery*,

42(1), 188–196. https://doi.org/10.1007/s00266-017-0977-x.

Weidler, E. M., Baratz, A., Muscarella, M., Hernandez, S.J., & van Leeuwen, K. (2019). A shared decision-making tool for individuals living with complete androgen in- sensitivity syndrome. *Seminars in Pediatric Surgery*, *28*(5), 150844. https://doi.org/10.1016/j.semped-surg.2019.150844.

Weidler, E. M., & Peterson, K. E. (2019). The impact of culture on disclosure in differences of sex development. *Seminars in Pediatric Surgery*, *28*(5), 150840. https://doi.org/10.1016/j.sempedsurg.2019.150840.

Weigert, R., Frison, E., Sessiecq, Q., Al Mutairi, K., & Casoli, V. (2013). Patient satisfaction with breasts and psychosocial, sexual, and physical well-being after breast augmentation in male-to-female transsexuals. *Plastic Reconstructive Surgery*, *132*(6), 1421–1429. https://doi.org/10.1097/01.prs.0000434415.70711.49.

Weill, A., Nguyen, P., Labidi, M., Cadier, B., Passeri, T., Duranteau, L., Bernat, A. L., Yoldjian, I., Fontanel, S.,Froelich, S., & Coste, J. (2021). Use of high dose cypro- terone acetate and risk of intracranial meningioma in women: Cohort study. *British Medical Journal (Clinical Research Edition.)*, *372*, n37. https://doi.org/10.1136/bmj. n37.

Weinand, J. D., & Safer, J. D. (2015). Hormone therapy in transgender adults is safe with provider supervision; A review of hormone therapy sequelae for transgender in- dividuals. *Journal of Clinical and Translational Endocrinology*, *2*(2):55–60. https://doi.org/10.1016/j. jcte.2015.02.003.

Weinhardt, L. S., Stevens, P., Xie, H., Wesp, L. M., John, S. A., Apchemengich, I., Kioko, D., Chavez-Korell, S., Cochran, K. M., Watjen, J. M., & Lambrou, N. H. (2017). Transgender and gender nonconforming youths' public facilities use and psychological well-being: A mixed-method study. *Transgender Health*, *2*(1), 140–150. https://doi.org/10.1089/trgh.2017.0020.

Weissler, J. M., Chang, B. L., Carney, M. J., Rengifo, D., Messa, C. A. t., Sarwer, D. B., & Percec, I. (2018). Gender-affirming surgery in persons with gender dys- phoria. *Plastic Reconstructive Surgery*, *141*(3), 388e-396e. https://doi.org/10.1097/PRS.0000000000004123.

Wendler, J. (1990). *Vocal pitch elevation after transsexualism male to female*. In: Proceedings of the Union of the European Phoniatricians, Salsomaggiore.

Wesp, L. (2016). *Transgender patients and the physical ex-amination, gender affirming health program, UCSF*. https://transcare.ucsf.edu/guidelines/physical-examination

Weyers, S., Elaut, E., De Sutter, P., Gerris, J., T'Sjoen, G., Heylens, G., De Cuypere, G., & Verstraelen, H. (2009). Long-term assessment of the physical, mental, and sex-ual health among transsexual women. *The Journal of Sexual Medicine*, *6*(3), 752–760. https://doi. org/10.1111/j.1743-6109.2008.01082.x.

Weyers, S., Villeirs, G., Vanherreweghe, E., Verstraelen, H., Monstrey, S., Van den Broecke, R., & Gerris, J. (2010). Mammography and breast sonography in transsexual women. *European Journal of Radiology*, *74*(3), 508–513. https://doi.org/10.1016/j.ejrad.2009.03.018.

White Hughto, J. M., & Reisner, S. L. (2016). A systemat-ic review of the effects of hormone therapy on psycho- logical functioning and quality of life in transgender individuals. *Transgender Health*, 1(1), 21–31. https://doi.org/10.1089/trgh.2015.0008.

White Hughto, J. M., & Reisner, S. L. (2018). Social context of depressive distress in aging transgender adults. *Journal of Applied Gerontology*, *37*(12), 1517–1539. https://doi.org/10.1177/0733464816675819.

White Hughto, J. M., Reisner, S. L., & Pachankis, J. E. (2015). Transgender stigma and health: A critical reviewof stigma determinants, mechanisms, and interventions. *Social Science & Medicine*, *147*, 222–231. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.11.010.

Whyatt-Sames, J. (2017). Being brave: Negotiating the pathof social transition with a transgender child in foster care. *Journal of GLBT Family Studies*, *13*(4), 309–332. https://doi.org/10.1080/1550428X.2016.1241167.

Wibowo, E., Johnson, T., & Wassersug, R. (2016). Infertility, impotence, and emasculation—Psychosocial contexts for abandoning reproduction. *Asian Journal of Andrology*, *18*(3), 403. https://doi.org/10.4103/1008-682x.173937.

Wibowo, E., Wassersug, R., Warkentin, K., Walker, L., Robinson, J., Brotto, L., & Johnson, T. (2012). Impact of androgen deprivation therapy on sexual function: A re-sponse. *Asian Journal of Andrology*, *14*(5), 793–794. https://doi.org/10.1038/aja.2012.60.

Wibowo, E., Wong, S. T. S., Wassersug, R. J., & Johnson, T. W. (2021). Sexual function after voluntary castration. *Archives of Sexual Behavior*, *50*(8), 3889–3899. https://doi.org/10.1007/s10508-021-02094-6.

Wiepjes, C. M., de Blok, C. J., Staphorsius, A. S., Nota, N. M., Vlot, M. C., de Jongh, R. T., & den Heijer, M. (2020). Fracture risk in trans women and trans men using long-term gender-affirming hormonal treatment: A na- tionwide cohort study. *Journal of the American Society for Bone and Mineral Research*, *35(*1), 64–70. https://doi. org/10.1002/jbmr.3862.

Wiepjes, C. M., den Heijer, M., & T'Sjoen, G. G. (2019). Bone health in adult trans persons: An update of the literature. *Current Opinion in Endocrinology, Diabetes andObesity*, *26*(6), 296–300. https://doi.org/10.1097/ MED.0000000000000502.

Wiepjes, C. M., Nota, N. M., de Blok, C. J. M., Klaver, M.,de Vries, A. L. C., Wensing-Kruger, S. A., de Jongh, R.T., Bouman, M. B., Steensma, T. D., Cohen-Kettenis, P., Gooren, L. J. G., Kreukels, B. P. C., & den Heijer, M. (2018). The Amsterdam cohort of Gender Dysphoria study (1972-2015): Trends in prevalence, treatment, and regrets. *Journal of Sexual Medicine*, *15*(4), 582–590. https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2018.01.016.

Wiepjes, C. M., Vlot, M. C., Klaver, M., Nota, N. M., de Blok, C. J., de Jongh, R. T., Lips, P., Heijboer, A. C., Fisher, A. D., Schreiner, T., T'Sjoen, G., & den Heijer, M. (2017). Bone mineral density increases in trans persons after 1 year of hormonal treatment: A multicenter prospective

observational study. *Journal of Bone Mineral Research*, *32*(6), 1252–1260. https://doi.org/10.1002/jbmr.3102.
Wierckx, K., Elaut, E., Declercq, E., Heylens, G., De Cuypere, G., Taes, Y., Kaufman, J. M., & T'Sjoen, G. (2013). Prevalence of cardiovascular disease and cancerduring cross-sex hormone therapy in a large cohort of trans persons: A case-control study. *European Journal of Endocrinology*, *169*(4), 471–478. https://doi.org/10.1530/EJE-13-0493.
Wierckx, K., Elaut, E., Van Caenegem, E., Van De Peer, F., Dedecker, D., Van Houdenhove, E., & T'Sjoen, G. (2011). Sexual desire in female-to-male transsexual persons: Exploration of the role of testosterone administration. *European Journal of Endocrinology*, *165(*2), 331–337. https://doi.org/10.1530/EJE-11-0250.
Wierckx, K., Elaut, E., Van Hoorde, B., Heylens, G., DeCuypere, G., Monstrey, S., Weyers, S., Hoebeke, P., & T'Sjoen, G. (2014). Sexual desire in trans persons: Associations with sex reassignment treatment. *The Journal of Sexual Medicine*,*11*(1), 107–118. https://doi.org/10.1111/jsm.12365.
Wierckx, K., Mueller, S., Weyers, S., Van Caenegem, E.,Roef, G., Heylens, G., & T'Sjoen, G. (2012). Long-term evaluation of cross-sex hormone treatment in transsex- ual persons. *Journal of Sexual Medicine*, *9*(10), 2641–2651. https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2012.02876.x.
Wierckx, K., Stuyver, I., Weyers, S., Hamada, A., Agarwal, A., De Sutter, P., & T'Sjoen, G. (2012). Sperm freezingin transsexual women. *Archives of Sexual Behaviour*, *41*(5), 1069–1071. https://doi.org/10.1007/s10508-012-0012-x.
Wierckx, K., Van Caenegem, E., Elaut, E., Dedecker, D.,Van de Peer, F., Toye, K.,T'Sjoen, G. (2011). Quality of life and sexual health after sex reassignment surgery in transsexual men. *Journal of Sexual Medicine*, *8*(12), 3379– 3388. https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2011.02348.x.
Wierckx, K., Van Caenegem, E., Pennings, G., Elaut, E.,Dedecker, D., Van de Peer, F., Weyers, S., De Sutter, P.,& T'Sjoen, G. (2012). Reproductive wish in transsexual men. *Human Reproduction*, *27*(2), 483–487. https://doi. org/10.1093/humrep/der406.
Wierckx, K., Van Caenegem, E., Schreiner, T., Haraldsen,I., Fisher, A. D., Toye, K., Kaufman, J. M., & T'Sjoen, G. (2014). Cross-sex hormone therapy in trans persons is safe and effective at short-time follow-up: Results from the European network for the investigation of gender incongruence. *Journal of Sexual Medicine*, *11*(8), 1999– 2011. https://doi.org/10.1111/jsm.12571.
Wierckx, K., Van de Peer, F., Verhaeghe, E., Dedecker, D., Van Caenegem, E., Toye, K., & T'Sjoen, G. (2014). Short- and long-term clinical skin effects of testosterone treat-ment in trans men. *Journal of Sexual Medicine*, *11*(1), 222–229. https://doi.org/10.1111/jsm.12366.
Wilchins, R. A. (1995). A note from your Editrix. *In YourFace: Political Activism against Gender Oppression*, *1*(1), 4. Williams, A. J., Jones, C., Arcelus, J., Townsend, E.,Lazaridou, A., & Michail, M. (2021). A systematic review and meta-analysis of victimisation and mental health prevalence among LGBTQ + young people with experi-ences of self-harm and suicide. *PLoS One*, *16*(1), 1–26 https://doi.org/10.1371/journal.pone.0245268.
Wilson, B. D., & Meyer, I. H. (2021). *Nonbinary LGBTQ Adults in the United States*. UCLA School of Law WilliamsInstitute.
Wilson, D., Marais, A., de Villiers, A., Addinall, R., & Campbell, M. M. (2014). Transgender issues in South Africa, with particular reference to the Groote Schuur Hospital Transgender Unit. *South African Medical Journal*, *104*(6), 449. https://doi.org/10.7196/SAMJ.8392.
Wilson, E. C., Chen, Y. H., Arayasirikul, S., Raymond, H.F., & McFarland, W. (2016). The impact of discrimination on the mental health of trans* female youth and the protective effect of parental support. *AIDS Behavior*, *20* (10), 2203–2211. https://doi.org/10.1007/ s10461-016-1409-7.
Wilson, E. C., Chen, Y. H., Arayasirikul, S., Wenzel, C., & Raymond, H. F. (2015). Connecting the dots: Examining transgender women's utilization of transition-related med- ical care and associations with mental health, substanceuse, and HIV. *Journal of Urban Health*, *92*(1), 182–192. https://doi.org/10.1007/s11524-014-9921-4.
Wilson, E. C., Turner, C. M., Sanz-Rodriguez, C., Arayasirikul, S., Gagliano, J., Woods, T., Palafox, E., Halfin, J., Martinez, L., Makoni, B., Eskman, Z. (2021). Expanding the pie–differentiated PrEP delivery models to improve PrEP uptake in the San Francisco Bay area. *Journal of Acquired Immune Deficiency* Syndromes, *88*(1), S39–S48. https://doi.org/10.1097/QAI.0000000000002809.
Wilson, L. M., Baker, K. E., Sharma, R., Dukhanin, V., McArthur, K., & Robinson, K. A. (2020). Effects of an- tiandrogens on prolactin levels among transgender wom-en on estrogen therapy: A systematic review. *International Journal of Transgender Health*, *21*(4), 391–402. https:// doi.org/10.1080/15532739.2020.1819505.
Wimalawansa, S. M., Fox, J. P., & Johnson, R. M. (2014).The measurable cost of complications for outpatient cos- metic surgery in patients with mental health diagnoses. *Aesthetic Surgery Journal*, *34*(2), 306–316. https://doi.org /10.1177/1090820X13519100.
Winter, S., & Doussantousse, S. (2009). Trans people, hor- mones, and health risks in Southeast Asia: A Lao study. *International Journal of Sexual Health*, *21*(1), 35–48. https://doi.org/10.1080/19317610802554141.
Winter, S., Diamond, M., Green, J., Karasic, D., Reed, T., Whittle, S., & Wylie, K. (2016). Transgender people: Health at the margins of society. *The Lancet*, *388*(10042), 390–400. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00683-8.
Winter, S., Settle, E., Wylie, K., Reisner, S., Cabral, M.,Knudson, G., & Baral, S. (2016). Synergies in health and human rights: A call to action to improve transgender health. *The Lancet*, *388(*10042), 318–321. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30653-5.
Winters, K., & Ehrbar, R. D. (2010). Beyond conundrum: Strategies for diagnostic harm reduction. *Journal of Gay*

& Lesbian Mental Health, *14*(2), 130–138. https://doi.org/10.1080/19359701003609922.

Winters, K., Temple Newhook, J., Pyne, J., Feder, S., Jamieson, A., Holmes, C., Sinnott, M.-L., Pickett, S., & Tosh, J. (2018). Learning to listen to trans and gender diverse children: A Response to Zucker (2018) and Steensma and Cohen-Kettenis (2018). *InternationalJournal of Transgenderism*, *19*(2), 246–250. https://doi.or g/10.1080/15532739.2018.1471767.

Wisniewski, A. B, & Sandberg, D. E. (2015). Parenting children with disorders of sex development (DSD): A developmental perspective beyond gender. *Hormone and Metabolic Research*, *47*(5), 375–379. https://doi. org/10.1055/s-0034-1398561.

Witcomb, G. L., Bouman, W. P., Claes, L., Brewin, N., Crawford, J., & Arcelus, J. (2018). Levels of depressionin transgender people and its predictors: Results of a large matched control study with transgender people ac- cessing clinical services. *Journal of Affective Disorders*,*235*, 308–315. https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.02.051.

Witcomb, G. L., Claes, L., Bouman, W. P., Nixon, E., Motmans, J., & Arcelus, J. (2019). Experiences and psy- chological wellbeing outcomes associated with bullying in treatment-seeking transgender and gender-diverse youth. *LGBT Health*, *6*(5), 216–226. https://doi. org/10.1089/lgbt.2018.0179.

Witten, T. M., & Eyler, E. (2016). *Care of aging transgender and Gender Nonconforming Patients*. In R. Ettner, S.Monstrey, & E. Coleman (Eds.), *Principles of transgender medicine and surgery* (2nd ed., pp. 344–378). Routledge. Witten, T. M. (2014). It's not all darkness: Robustness, re-silience, and successful transgender aging. *LGBT Health*, *1*(1), 24–33. https://doi.org/10.1089/lgbt.2013.0017.

Witten, T. M. (2017). Health and well-being of transgender elders. *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*, *37*(1), 27–41. https://doi.org/10.1891/0198-8794.37.27.

Wolfe-Christensen, C., Wisniewski, A. B., Mullins, A. J.,Reyes, K. J., Austin, P., Baskin, L., Bernabé, K., Cheng,E., Fried, A., Frimberger, D., Galan, D., Gonzalez, L., Greenfield, S., Kolon, T., Kropp, B., Lakshmanan, Y., Meyer, S., Meyer, T., Nokoff, N. J., & Palmer, B. (2017). Changes in levels of parental distress after their child with atypical genitalia undergoes genitoplasty. *Journal of Pediatric Urology*, *13*(1), 32.e1–32.e6. https://doi.org/10.1016/j.jpurol.2016.10.024.

Wolfe-Roubatis, E., & Spatz, D. L. (2015). Transgender men and lactation: What nurses need to know. *MCN American Journal of Maternal/Child Nursing*, *40*(1), 32–38. https://doi.org/10.1097/nmc.0000000000000097.

Wolter, A., Diedrichson, J., Scholz, T., Arens-Landwehr, A., & Liebau, J. (2015). Sexual reassignment surgery in female-to-male transsexuals: an algorithm for subcutane- ous mastectomy. *Journal of Plastic and Reconstructive Aesthetic Surgery*, *68*(2), 184–191. https://doi.org/10.1016/j.bjps.2014.10.016.

Wolter, A., Scholz, T., Pluto, N., Diedrichson, J., Arens-Landwehr, A., & Liebau, J. (2018). Subcutaneous mastectomy in female-to-male transsexuals: Optimizing perioperative and operative management in 8 years clin- ical experience. *Journal of Plastic Reconstructive Aesthetic & Surgery*, *71*(3), 344–352. https://doi.org/10.1016/j.bjps.2017.09.003.

Wong, W. I., van der Miesen, A. I. R., Li, T. G. F., MacMullin, L. N., & VanderLaan, D. P. (2019). Childhood social gender transition and psychosocial well-being: A comparison to cisgender gender variant children. *Clinical Practice in Pediatric Psychology*, *7*(3), 241–253. https://doi.org/10.1037/cpp0000295.

Workowski, K. A., Bachmann, L. H., Chan, P. A., Johnston, C. M., Muzny, C. A., Park, I., Reno, H., Zenilman, J. M.,& Bolan, G. A. (2021). Sexually transmitted infectionstreatment guidelines, 2021. *Morbidity and Mortality Weekly Report Recommendations and Reports*, *70*(4). https://doi.org/10.15585/mmwr.rr7004a1.

World Bank Group. (2018). Life on the margins: Survey results of the experiences of LGBTI people in Southeastern Europe. http://documents.worldbank.org/curated/en/123651538514203449/pdf/130420-REPLACEMENT-PUBLIC-FINAL-WEB-Life-on-the-Margins-Survey-Results- of-the-Experiences-of-LGBTI-People-in-Southeastern-Europe.pdf

World Health Organization. (1992). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* (10th revision). World Health organization.

World Health Organization. (2006). *Defining sexual health: Report of a technical consultation on sexual health*. World Health Organization

World Health Organization. (2007). *Prevention of cardio-vascular disease: guidelines for assessment and manage- ment of total cardiovascular risk*. World Health Organization.

World Health Organization. (2010). *Developing sexual health programmes: A framework for action*. World Health Organization. https://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/rhr_hrp_10_22/en/

World Health Organization. (2015a). *Brief sexuality-related com-munication: recommendations for a public health approach* World Health Organisation. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/170251/9789241549004_eng.pdf.

World Health Organisation. (2015b). *Sexual health, human rights and the law*. World Health Organisation. https://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/sexual-health-human-rights-law/en/

World Health Organisation. (2016). *Consolidated guidelineson HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations: 2016 update*. World Health Organisation. https://www.who.int/publications/i/item/9789241511124 World Health Organization. (2018). *ICD-11—Mortality andmorbidity statistics*. World Health Organization. https://icd.who.int/browse11/l-m/en

World Health Organization. (2019a). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* (11th ed.). World Health Organization. https://icd.who.int/browse11/lm/en#/http://id.who.int/icd/entity/90875286

World Health Organization. (2019b). *Consolidated guidelineson HIV testing services*, https://www.who.int/publica- tions/i/item/978-92-4-155058-1

World Health Organization. (2019c). *What's the 2 + 1+1? Event-driven oral pre-exposure prophylaxis to prevent HIVfor men who have sex with men: Update to WHO's rec- ommendation on oral PrEP*. World Health Organization. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/325955/ WHO-CDS-HIV-19.8-eng.pdf?ua=1

World Health Organization. (2019d). *WHO global report on traditional and complementary medicine*. World Health Organization. https://apps.w ho.int/iris/han-dle/10665/312342.

World Health Organization. (2020). Tobacco. http://www.who.int/health-topics/tobacco#tab=tab_1

World Health Organization. (2021a). *Consolidated guidelines on HIV prevention, testing, treatment, service delivery and monitoring: recommendations for a public health approach*. World Health Organization https://www.who.int/publica-tions/i/item/9789240031593

World Health Organization. (2021b). *Consolidated guideline on self-care interventions for health and wellbeing, Version 2.3*. World Health Organization. https://app.magicapp.org/#/guideline/Lr21gL

WPATH. (2016). *Position statement on medical necessity of treatment, sex reassignment, and insurance coverage in the U.S.A.* https://www.wpath.org/media/cms/Documents/Web%20Transfer/Policies/WPATH-Position-on-Medica l-Necessity-12-21-2016.pdf

WPATH. (2017). *WPATH identity recognition statement*. https://www.wpath.org/media/cms/Documents/Web%20Transfer/Policies/WPATH%20Identity%20Recognition%20Statement%2011.15.17.pdf

WPATH. (2019). *WPATH statement on Yogyakarta PrinciplesPlus 10 and healthcare delivery*. https://www.wpath.org/media/cms/Documents/Public%20Policies/2019/WPATH%20Statement%20on%20 Yog y karta%20 Principles%20Plus%2010.pdf

WPATH Position Statement. (2018). *WPATH position on "Rapid Onset Gender Dysphoria (ROGD)."* https://www. wp a t h.o r g/m e di a/cm s/D o c um ents/Pu b lic%20 Policies/2018/9_Sept/WPATH%20Position%20on%20 Rapid-Onset%20Gender%20Dysphoria_9-4-2018.pdf

Wu, L. J., Qi, J., Cai, Y., Liu, S. Y., Zhu, M., Zhong, P. P., Xin, Y., & Feng, S. Q. (2017). *Chinese transgender pop- ulation general survey report*. LGBT Center and Department of Sociology, Peking University. https://chi- nadevelopmentbrief.cn/wp-content/uploads/2020/04/ 2017-Chinese-Transgender-Population-General-Survey- Report.pd

Wylie, K. (2008). Are the criteria for the 'real-life experience'(R-LE) stage of assessment for GID useful to patients and cli- nicians? *International Journal of Transgenderism*, *10*(3–4), 121–131. https://doi.org/10.1080/15532730802297314.

Wylie, K., Knudson, G., Khan, S. I., Bonierbale, M., Watanyusakul, S., & Baral, S. (2016). Serving transgender people: Clinical care considerations and service delivery models in transgender health. *The Lancet*, *388*(10042), 401–411.

Xavier, J. M., Robbin, M., Singer, B., & Budd, E. (2005). A needs assessment of transgendered people of color living in Washington, DC. In W. O. Bockting, & E. Avery (Eds.), *Transgender health and HIV prevention: Needs assessment studies from transgender communities across the United States* (pp. 31–47). The Haworth Medical Press. https://doi.org/10.1300/J485v08n02_04

Yadegarfard, M., Meinhold-Bergmann, M. E., & Ho, R. (2014). Family rejection, social isolation, and loneliness as predictors of negative health outcomes (depression, suicidal ideation, and sexual risk behavior) among Thai male-to-female trans- gender adolescents. *Journal of LGBT Youth*, *11*(4), 347–363. https://doi.org/10.1080/19361653.2014.910483.

Yager, J. L., & Anderson, P. L. (2020). Pharmacology and drug interactions with HIV PrEP in transgender persons receiving gender affirming hormone therapy. *Expert Opinion on Drug Metabolism & Toxicology*, *16*(6), 463– 474. https://doi.org/10.1080/17425255.2020.1752662.

Yanagi, Y., Ishikawa, Y., Nakamura, K., Komazawa, D., & Watanabe, Y. (2015). Voice changes over time in a female-to-male transsexual receiving hormone therapy. *The Japan Journal of Logopedics and Phoniatrics*, *56*(3), 250–256. https://doi.org/10.5112/jjlp.56.250.

Yang, C. Y., Palmer, A. D., Murray, K. D., Meltzer, T. R.,& Cohen, J. I. (2002). Cricothyroid approximation to elevate vocal pitch in male-to-female transsexuals: Results of surgery. *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology*,*1 1 1* (6) , 4 7 7 – 4 8 5 . h t t p s : / / d o i . org/10.1177/000348940211100602.

Yang, J. H., Baskin, L. S., & DiSandro, M. (2010) Gender identity in disorders of sex development: review article. *Urology*,*75*(1):153–159. https://doi.org/10.1016/j.urolo-gy.2009.07.1286.

Yang, X., Wang, L., Gu, Y., Song, W., Hao, C., Zhou, J., Zhang, Q., & Zhao, Q. (2016). A cross-sectional studyof associations between casual partner, friend discrimi- nation, social support and anxiety symptoms amongChinese transgender women. *Journal of Affective Disorders*, *203*, 22–29. https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.05.051.

Yang, X., Zhao, L., Wang, L., Hao, C., Gu, Y., Song, W., Zhao, Q., & Wang, X. (2016). Quality of life of trans- gender women from China and associated factors: A cross-sectional study. *Journal of Sexual Medicine*, *13*(6), 977–987. https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.03.369.

Yeung, H., Ragmanauskaite, L., Zhang, Q., Kim, J., Tangpricha, V., Getahun, D., & Goodman, M. (2020). Prevalence of moderate to severe acne in transgender adults: A cross-sectional survey. *Journal of the American Academy of Dermatology*, *83*(5), 1450–1452. https://doi. org/10.1016/j.jaad.2020.02.053.

Yogyakarta Principles.org. (2007). *Yogyakarta principles*. https://yogyakarta.org

Yona, L., & Katri, I. (2020). The limits of transgender in-carceration reform. *Yale Journal of Law and Feminism*, *31*(2), 201–246. http://hdl.handle.net/20.500.13051/7128

Yoong, S. L., Tursan d'Espaignet, E., Wiggers, J., St Claire, S., Mellin-Olsen, J., & Grady Aet al. (2020). *Tobacco and postsurgical outcomes: WHO tobacco knowledge summaries*. World Health Organization

Yuan, N., Chung, T., Ray, E. C., Sioni, C., Jimenez-Eichelberger,A., & Garcia, M. M. (2021). Requirement of mental health referral letters for staged and revision genital gender-affirming surgeries: An unsanctioned barrier to care. *Andrology*, *9*(6), 1765–1772. https://doi.org/10.1111/ andr.13028.

Yule, M. A., Brotto, L. A., & Gorzalka, B. B. (2015). A validated measure of no sexual attraction: The Asexuality Identification Scale. *Psychological Assessment*, *27*(1), 148–160. https://doi.org/10.1037/a0038196.

Zanghellini, A. (2020). Philosophical problems with the gender-critical feminist argument against trans inclusion. *Sage Open*, *10*(2), 2158244020927029. https://doi.org/10.1177/2158244020927029.

Zavlin, D., Schaff, J., Lelle, J. D., Jubbal, K. T., Herschbach, P., Henrich, G., Ehrenberger, B., Kovacs, L., Machens, H. G., & Papadopulos, N. A. (2018). Male-to-female sex reassignment surgery using the combined vaginoplasty technique: Satisfaction of transgender patients with aesthetic, functional, and sexual outcomes. *Aesthetic Plastic Surgery*, *42*(1), 178–187. https://doi.org/10.1007/s00266-017-1003-z.

Zelin, N. S., Hastings, C., Beaulieu-Jones, B. R., Scott, C., Rodriguez-Villa, A., Duarte, C., Calahan, C., & Adami, A. J. (2018). Sexual and gender minority health in medical curricula in new England: A pilot study of medical student comfort, competence and perception of curricula. *Medical Education Online*, *23*(1), 1461513. https://doi.org/10.1080/10872981.2018.1461513.

Zielinski, D. S., & Bradshaw, C. P. (2006). Ecological influences on the sequelae of child maltreatment: A review of the literature. *Child Maltreatment*, *11*(1), 49–62. https://doi.org/10.1177/1077559505283591.

Zhang, Q., Goodman, M., Adams, N., Corneil, T., Hashemi, L., Kreukels, B., Motmans, J., Snyder, R., & Coleman, E. (2020). Epidemiological considerations in transgender health: A systematic review with focus on higher quality data. *International Journal of Transgender Health*, *21*(2), 125–137. https://doi.org/10.1080/26895269.2020.1753136.

Zhang, Q., Rechler, W., Bradlyn, A., Flanders, W. D., Getahun, D., Lash, T. L., McCracken, C., Nash, R., Panagiotakopoulous, L., Roblin, D., Sandberg, D., Silverberg, M., Tangpricha, V., Vupputuri, S., & Goodman, M. (2021). Changes in size and demographic compositionof transgender and gender nonbinary population receiv- ing care at integrated health systems. *Endocrine Practice*,*27*(5), 390–395. https://doi.org/10.1016/j.eprac.2020.11.016. Zhang, W. R., Garrett, G. L., Arron, S. T., & Garcia, M. M. (2016). Laser hair removal for genital gender affirming surgery. *Translational Andrology and Urology*, *5*(3), 381–387. https://doi.org/10.21037/tau.2016.03.27.

Zhang, Y. F., Liu, C. Y., Qu, C. Y., Lu, L. X., Liu, A. T., Zhu, L., Wang, H., Lin, Z. H., Zhao, Y. Z., Zhu, X. H., & Hua, J. (2015). Is vaginal mucosal graft the excellent substitute material for urethral reconstruction in female-to-male transsexuals? *World Journal of Urology*, *33*(12), 2115–2123.https://doi.org/10.1007/s00345-015-1562-z.

Zhou, Y., Furutani, M., Athurupana, R., & Nakatsuka, M. (2021). Relation between identity disclosure to family members and mental health in Japanese transgender people. *Acta Medica Okayama*, *75*(5), 611–623. https://doi.org/10.18926/AMO/62227.

Zhu, J., & Chan, Y. M. (2017). Adult consequences of self-limited delayed puberty. *Pediatrics*, *139*(6). https://doi.org/10.1542/peds.2016-3177.

Ziegler, A., Henke, T., Wiedrick, J., & Helou, L. B. (2018). Effectiveness of testosterone therapy for masculinizing voice in transgender patients: A meta-analytic review. *International Journal of Transgenderism*, *19*(1), 25–45. https://doi.org/10.1080/15532739.2017.1411857.

Zimman, L. (2020). Transgender language, transgender moment: Toward a trans linguistics. In K. Hall, & R. Barrett, (Eds.), *The Oxford handbook of language and sexuality* (pp. 1–23). Oxford University Press. http://lalzimman.org/PDFs/Zimman2020TransLanguageTransMoment.pdf

Zucker, K. J., Cohen-Kettenis, P. T., Drescher, J., Meyer-Bahlburg, H. F. L., Pfäfflin, F., & Womack, W. M. (2013). Memo outlining evidence for change for gender identity disorder in the DSM-5. *Archives of SexualBehavior*, *42*(5), 901–914. https://doi.org/10.1007/ s10508-013-0139-4.

Appendice A
Metodologia

1. Introduzione

Questa versione degli Standard di Cura (*SOC-8*), rispetto alle versioni precedenti, si basa su un approccio più rigoroso e con una metodologia *evidence-based*. Queste evidenze non si fondano solo sulla letteratura scientifica (sia *direct* che *background evidence*), ma anche sull'opinione di esperti. Le linee guida comprendono raccomandazioni volte a ottimizzare la cura dellə pazientə e si fondano su una revisione sistematica delle evidenze scientifiche e un *assessment* dei benefici e dei danni delle opzioni di cura. La ricerca *evidence-based* fornisce la base per linee guida e raccomandazioni di pratica clinica, ma deve essere bilanciata dalla realtà e dalla possibilità dell'assistenza in contesti diversi. Il processo di sviluppo dei *SOC-8* ha incorporato le raccomandazioni sullo sviluppo di linee guida di pratica clinica delle *National Academies of Medicine* e dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, che riguardano la trasparenza, le *policy* sul conflitto di interessi, la composizione del comitato e il processo di gruppo (*Institute of Medicine Committee on Standards for Developing Trustworthy Clinical Practice*, 2011; *World Health Organization*, 2014).

Il comitato di revisione dei *SOC-8* era multidisciplinare e composto da esperts in materia, operators sanitars , ricercators e *stakeholder* con diverse prospettive e rappresentanza geografica. Tutti i membri del comitato hanno firmato le dichiarazioni relative al conflitto di interessi[122].

Un metodologo di linee guida ha partecipato alla pianificazione e allo sviluppo dei quesiti, mentre un gruppo indipendente ha svolto revisioni sistematiche che sono state utilizzate per alcune delle dichiarazioni di raccomandazione. Un ulteriore contributo alle linee guida è stato fornito da un comitato consultivo internazionale, da esperti legali e dal riscontro ricevuto durante il *public comment period*. Le raccomandazioni dei *SOC-8* si basano sulle prove disponibili a sostegno degli interventi, su una valutazione dei rischi e dei danni, nonché sulla possibilità e sull'accettabilità in contesti e Paesi diversi. L'approvazione delle raccomandazioni finali è stata raggiunta utilizzando un *processo Delphi*, che ha coinvolto tutti i membri del comitato per la revisione degli Standard di Cura e ha richiesto l'approvazione delle raccomandazioni da parte del 75% dei membri. I testi e le spiegazioni delle evidenze scientifiche relative alle affermazioni sono stati scritti dalls autors dei rispettivi capitoli. Le bozze dei capitoli sono state riviste dal Presidente e dai co-presidenti del Comitato di revisione degli standard di cura per garantire che il formato fosse coerente, che le evidenze scientifiche fossero fornite correttamente e che le raccomandazioni fossero coerenti tra i capitoli. Un gruppo indipendente ha controllato i riferimenti utilizzati nei *SOC-8* prima che le linee guida fossero completamente revisionate da un unico professionistə. Una panoramica dettagliata della metodologia dei *SOC-8* è descritta di seguito.

2. Differenze tra la metodologia dei SOC-8 e le edizioni precedenti

Le principali differenze nella metodologia dei *SOC-8* rispetto alle altre versioni dei SOC sono:

1. il coinvolgimento di un gruppo più ampio di professionists provenienti da tutto il mondo;

2. un processo di selezione trasparente per sviluppare il Comitato direttivo delle linee

[122] Il capitolo sulla formazione originariamente doveva trattare sia la formazione che l'etica. Si è deciso di creare un Comitato separato per scrivere un capitolo sull'etica. Nel corso della stesura del capitolo, si è poi stabilito che l'argomento dell'etica era meglio collocato al di fuori dei *SOC-8* e che richiedeva un ulteriore approfondimento delle considerazioni etiche relative alla salute delle persone *transgender*.

guida e per selezionare i responsabili e i membri dei capitoli;

3. l'inclusione di diversi *stakeholder* nello sviluppo dei *SOC-8*;

4. gestione dei conflitti di interesse;

5. l'uso di un *processo Delphi* per raggiungere un accordo sulle raccomandazioni tra i membri del comitato dei *SOC-8*;

6. coinvolgimento di un Organismo indipendente di un'Università rinomata per contribuire allo sviluppo della metodologia e intraprendere, ove possibile, revisioni sistematiche indipendenti della letteratura;

7. le raccomandazioni sono state classificate come "raccomandate" o "suggerite" in base alla loro forza;

8. il coinvolgimento di un gruppo indipendente di accademic3 clinic3 per la revisione delle citazioni;

9. il coinvolgimento di Organizzazioni internazionali che lavorano con la comunità *transgender e gender diverse* (TGD), di membri del WPATH e di altre Organizzazioni professionali, nonché del pubblico in generale, il che ha fornito un riscontro sui *SOC-8* attraverso un *public comment period.*

3. Panoramica del processo di sviluppo dei SOC-8

Le fasi per l'aggiornamento degli Standard di cura sono riassunte di seguito:

1. Istituzione del Comitato direttivo delle linee guida, compresi il Presidente e i Copresidenti (19 luglio 2017);

2. Stabilire i diversi capitoli (obiettivi delle linee guida);

3. Selezione dei membri del capitolo in base alle competenze (marzo 2018);

4. Selezione del gruppo di revisione delle evidenze scientifiche: Università John Hopkins (maggio 2018);

5. Affinare gli argomenti inclusi nei *SOC-8* e le domande di revisione per le revisioni sistematiche;

6. Conduzione di revisioni sistematiche (marzo 2019);

7. Redazione delle dichiarazioni di raccomandazione;

8. Votazione delle dichiarazioni di raccomandazione tramite un *processo Delphi* (settembre 2019 - febbraio 2022);

9. Valutazione delle dichiarazioni di raccomandazione;

10. Stesura del testo a supporto delle affermazioni;

11. Convalida in modo indipendente dei riferimenti utilizzati nel testo di supporto;

12. Finalizzazione di una bozza dei *SOC-8* (1° dicembre 2021);

13. *Feedback* sulle dichiarazioni del Comitato consultivo internazionale;

14. *Feedback* sull'intera bozza del *SOC-8* durante *public comment period* (novembre 2021 - gennaio 2022);

15. Revisione della bozza finale sulla base dei commenti (gennaio 2022-maggio 2022);

16. Approvazione della bozza finale da parte del Presidente e dei Co-presidenti (10 giugno 2022);

17. Approvazione da parte del Consiglio di amministrazione del WPATH;

18. Pubblicazione dei *SOC-8;*

19. Diffusione e traduzione dei *SOC-8*.

3.1. Creazione del Comitato direttivo della linea guida

Il Comitato direttivo del WPATH ha supervisionato il processo di sviluppo delle linee guida per tutti i capitoli degli standard di cura. Ad eccezione del Presidente (Eli Coleman), nominato dal Consiglio di amministrazione del WPATH per mantenere la continuità con le precedenti edizioni dei *SOC*, i membri del Comitato direttivo delle linee guida sono stati selezionati dal Consiglio di amministrazione della WPATH tra i membri della WPATH che si sono candidati per queste posizioni. Sono state sviluppate descrizioni delle mansioni per le posizioni di

co-presidente, responsabile di capitolo, membro di capitolo e *stakeholder*. I membri WPATH potevano candidarsi compilando un modulo di candidatura e inviando il proprio CV. Il Consiglio di amministrazione del WPATH ha votato per la posizione di co-presidente (un membro del Consiglio di amministrazione non ha partecipato per conflitto di interessi). I presidenti e i co-presidenti hanno selezionato i responsabili dei capitoli e i membri (nonché gli *stakeholder*) sulla base del modulo di candidatura e dei CV.

Il Comitato direttivo della linea guida per gli standard di cura 8th Version è composto da:

- Eli Coleman, PhD (Presidente)[123];
- Asa Radix, MD, PhD, MPH (copresidente)[124];
- Jon Arcelus, MD, PhD (copresidente)[125];
- Karen A. Robinson, PhD (Responsabile del Gruppo di Revisione)[126].

3.2. Decisione sugli argomenti dei capitoli

Il Comitato Direttivo della linea guida ha determinato quali capitoli includere negli Standard di cura esaminando la letteratura e la precedente edizione dei *SOC*. I capitoli degli Standard di Cura 8th Versione sono:

1. Terminologia
2. Applicabilità globale
3. Stime sulla popolazione
4. Formazione
5. *Assessment dell3 adult3*
6. Adolescenti
7. Bambin3
8. Persone *Non-binary*
9. Persone eunuche
10. Persone *intersex*
11. Ambienti istituzionali
12. Terapia ormonale
13. Interventi chirurgici e cure post-operatorie
14. Voce e comunicazione
15. Cure primarie
16. Salute riproduttiva
17. Salute sessuale
18. Salute mentale

3.3. Selezione dell3 autor3 dei Capitoli

È stato inviato ai membri della WPATH un invito a presentare candidature per far parte del Comitato di revisione dei *SOC-8* (responsabile del capitolo o contributore). I presidenti del Comitato Direttivo delle linee guida hanno nominato i membri per ogni capitolo, assicurando che vi fosse varietà in termini di discipline e prospettive.

I responsabili del capitolo e i contributori dovevano essere membri effettivi della WPATH in regola con i pagamenti, ed esperti sulla salute delle persone *transgender*, anche per quanto concerne almeno uno degli argomenti dei capitoli. I responsabili dei capitoli rispondevano al Comitato direttivo delle linee guida ed erano responsabili del coordinamento della partecipazione dell3 contributor3. L3 contributor3 dei capitoli relazionavano direttamente i responsabili dei capitoli.

Ogni capitolo ha incluso come contributori anche gli *stakeholder* in quanto membri che offrono prospettive di *advocacy* sulla salute della popolazione *transgender* di lavoro nella comunità, o in quanto membri di una famiglia con unə figliə, unə

[123] Professore, Direttore e Presidente Accademico dell'Istituto per la Salute Sessuale e di Genere, Dipartimento di Medicina di Famiglia e Salute della Comunità, Scuola di Medicina dell'Università del Minnesota (USA).

[124] Direttore Senior, Ricerca e Formazione del *Callen-Lorde Community Health Center*. Professore Associato di Medicina della *New York University*, USA.

[125] Professore di Salute Mentale e Benessere dell'Università di Nottingham, Regno Unito. Consulente Onorario in Salute *Transgender.*

[126] Professoressa di Medicina, Epidemiologia e Politica e Gestione Sanitaria. *Università Johns Hopkins*, USA.

sorella/fratello/*sibling*, unə partner, un genitore *transgender*, ecc. Gli *stakeholder* non dovevano essere membri a pieno titolo della WPATH.

I contributori dei capitoli erano tenuti a:

- partecipare allo sviluppo e al perfezionamento delle domande di revisione;
- leggere e fornire commenti su tutti i materiali del gruppo che si è occupato della revisione delle evidenze scientifiche;
- esaminare criticamente le bozze dei documenti, compresa la bozza del rapporto sulle evidenze scientifiche;
- esaminare e valutare le evidenze scientifiche e redigere le raccomandazioni;
- partecipare al *processo Delphi;*
- sviluppare il testo a sostegno delle raccomandazioni;
- valutare ogni affermazione per descrivere la forza della raccomandazione;
- esaminare e rispondere ai commenti dei presidenti (*chair*) durante l'intero processo;
- sviluppare il contenuto dei capitoli;
- esaminare i commenti del pubblico e contribuire allo sviluppo di una revisione delle linee guida;
- fornire *input* e partecipare alla diffusione delle linee guida.

Sono stati organizzati corsi di formazione e orientamento per lɜ responsabili dei capitoli e per lɜ contributorɜ, a seconda delle necessità. La formazione ha incluso contributi quali: la formulazione e il perfezionamento dei quesiti (ad esempio, l'uso del PICO), la revisione delle evidenze, lo sviluppo delle raccomandazioni, la valutazione delle evidenze e delle raccomandazioni, e le informazioni sul programma e sul processo di sviluppo delle linee guida.

Sono stati nominatɜ 26 responsabili dei capitoli (alcuni capitoli richiedevano dei co-leader), 77 contributrorɜ e 16 *stakeholder*. In totale sono stati selezionatɜ 127 partecipanti. Durante il processo otto persone hanno abbandonato il progetto per problemi personali o di lavoro. Pertanto, lɜ autorɜ finali dei *SOC-8* sono statɜ 119.

3.4. Selezione del gruppo di revisione delle evidenze scientifiche

La Commissione del WPATH ha pubblicato una richiesta di candidatura per diventare membri del gruppo responsabile delle revisioni delle evidenze scientifiche. Per la versione 8 degli *Standard of Care* la Commissione della WPATH ha coinvolto il gruppo di revisione delle evidenze scientifiche dell'Università *Johns Hopkins*, sotto la guida di Karen A. Robinson[127].

La dottoressa Robison ha inoltre guidato il Comitato direttivo nello sviluppo dei *SOC-8*, fornendo consulenza e formazione per lo sviluppo delle domande PICO, affermazioni e *processo Delphi*, oltre a intraprendere una revisione sistematica molto rigorosa della letteratura laddove erano disponibili prove dirette.

Ai membri del Comitato direttivo delle linee guida, allɜ responsabili dei capitoli, allɜ contributorɜ dei capitoli e ai membri del gruppo di revisione delle evidenze scientifiche è stato chiesto di dichiarare eventuali conflitti di interesse. Oltre ai potenziali interessi o conflitti finanziari e concorrenti, sono stati segnalati anche i rapporti personali o di parentela diretta con un presidente, un co-presidente o un membro del Consiglio di amministrazione della WPATH o il fatto di ricoprire una posizione nel Consiglio di amministrazione della WPATH.

[127] Professoressa di Medicina, Epidemiologia e Politica e Gestione Sanitaria – Università Johns Hopkins, USA.

3.5. Affinamento degli argomenti e revisione delle domande

Il *team* di revisione delle evidenze scientifiche ha estratto le raccomandazioni dalla versione precedente degli Standard di cura. Con il contributo del gruppo di revisione delle evidenze, il Comitato direttivo delle linee guida e i responsabili dei capitoli hanno delineato:

- raccomandazioni da aggiornare;
- nuove aree che richiedono raccomandazioni.

3.6. Conduzione delle revisioni sistematiche

L3 contributor3 dei capitoli hanno sviluppato domande per aiutare a elaborare le raccomandazioni. Per le domande determinate come ammissibili per la revisione sistematica, il gruppo di revisione delle evidenze ha redatto i quesiti di revisione, specificando la popolazione, gli interventi, i confronti e gli *outcome* (elementi PICO). Le revisioni sistematiche sono state condotte dal gruppo di revisione delle evidenze scientifiche. Il gruppo ha presentato le tabelle delle evidenze e gli altri risultati delle revisioni sistematiche ai membri del capitolo pertinente per ottenere un *feedback*.

3.6.1. Protocollo

Per ogni domanda di revisione o argomento, a seconda dei casi, è stato sviluppato un protocollo di revisione sistematica dettagliato e separato. Ogni protocollo è stato registrato su PROSPERO.

3.6.2. Ricerca della letteratura

Il gruppo di revisione delle evidenze ha sviluppato una strategia di ricerca *ad hoc* per ciascun quesito di ricerca, includendo *MEDLINE®*, *Embase™* e il *Cochrane Central Register of Controlled Trials* (CENTRAL). Il gruppo di revisione delle evidenze ha cercato in altri *database*, se ritenuto appropriato per il quesito di ricerca. La strategia di ricerca comprendeva termini MeSH (*Medical Subject Headings*) e testuali, e non era sottoposto a limitazioni dettate dalla lingua della pubblicazione o dalla data di pubblicazione.

Il gruppo di revisione delle evidenze ha cercato manualmente negli elenchi di riferimento di tutti gli articoli inclusi e nelle revisioni sistematiche più recenti e pertinenti. Il gruppo di revisione delle evidenze ha cercato su *ClinicalTrials.gov* eventuali altri studi pertinenti.

Le ricerche sono state aggiornate durante il processo di *peer review*.

La letteratura inclusa nella revisione sistematica era per lo più basata su studi quantitativi condotti in Europa, Stati Uniti o Australia. Pertanto, riconosciamo un pregiudizio a favore delle prospettive del Nord globale, che non presta sufficiente attenzione alla diversità delle esperienze vissute e delle prospettive delle comunità *transgender e gender diverse* (TGD) in tutto il mondo. Questo squilibrio di visibilità nella letteratura indica una lacuna nella ricerca e nella pratica che deve essere affrontata in futuro da chi fa ricerca e dall3 operator3 per rendere giustizia ai bisogni di tutte le persone TGD a prescindere dall'identificazione di genere.

3.6.3. Selezione degli articoli scientifici

Il gruppo di revisione delle evidenze, con il contributo dell3 responsabili dei gruppi di lavoro dei capitoli, ha definito *ex ante* i criteri di ammissibilità per ogni domanda di ricerca.

Due revisori del Gruppo di Revisione delle evidenze hanno esaminato in modo indipendente titoli, *abstract* e testo integrale degli articoli scientifici per verificarne l'ammissibilità. Per essere esclusi, entrambi i revisori dovevano concordare sul fatto che lo

studio soddisfacesse almeno uno dei criteri di esclusione. I revisori hanno risolto le divergenze di opinioni sull'ammissibilità degli articoli scientifici attraverso la discussione.

3.6.4. Estrazione dei dati

Il gruppo di revisione delle evidenze ha utilizzato moduli standardizzati per estrarre i dati sulle caratteristiche generali degli studi, sulle caratteristiche dell3 partecipanti, sugli interventi e sugli *outcome*. Un revisore ha estratto i dati e un secondo revisore ha confermato i dati estratti.

3.6.5. Assessment del rischio di **bias**

Due revisori del gruppo di revisione hanno valutato in modo indipendente il rischio di *bias* per ogni studio selezionato. Per gli studi controllati randomizzati è stato utilizzato lo *Cochrane Risk of Bias*. Per gli studi osservazionali, invece, è stato utilizzato il *Risk of Bias in Non-Randomized Studies - of Interventions* (ROBINS-I). Laddove ritenuto appropriato, sono state prese in considerazione le revisioni sistematiche recenti e valutate con *ROBIS*.

3.6.6. Sintesi e analisi dei dati

Il Gruppo di Revisione ha creato tabelle di evidenza che descrivono in dettaglio i dati estratti dagli studi presi in considerazione. Le tabelle sono state esaminate e commentate dai membri dei gruppi di lavoro dei capitoli.

3.6.7. Valutazione delle evidenze

Il Gruppo di Revisione delle evidenze ha assegnato i gradi di evidenza utilizzando la metodologia GRADE *(Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluations)*. La forza delle evidenze è stata ottenuta utilizzando *outcome* critici predefiniti per ogni domanda e valutando le limitazioni in termini di qualità dei singoli studi/rischio di *bias*, consistenza, immediatezza, precisione e *reporting bias*.

3.7. Scrittura delle raccomandazioni

L3 responsabili dei capitoli e i membri che hanno contribuito alla loro stesura hanno redatto le raccomandazioni. Le dichiarazioni sono state elaborate in modo da essere fattibili, attuabili e misurabili.

Le raccomandazioni *evidence-based* si sono basate sui risultati delle *systematic e background literature review* e sulle opinioni di esperts basate sul consenso scientifico.

Il presidente, i co-presidenti e l3 responsabili dei capitoli hanno rivisto e approvato tutte le raccomandazioni per verificarne la chiarezza e la coerenza di formulazione. Durante questa revisione e nel corso del processo sono state discusse anche le eventuali sovrapposizioni tematiche tra i capitoli.

Per molti capitoli, i gruppi di lavoro hanno dovuto lavorare a stretto contatto per garantire la coerenza delle loro raccomandazioni. Ad esempio, poiché ora esistono capitoli separati per l'infanzia e l'adolescenza, per garantire la coerenza tra i due capitoli, alcun3 autor3 hanno lavorato su entrambi. Per un motivo simile, quando è stato necessario, il gruppo di lavoro ha collaborato con altri gruppi di lavoro su argomenti condivisi tra i capitoli (ad esempio, *"Assessment dell3 adult3", "Bambin3", "Terapia ormonale", "Interventi chirurgici e cure post-operatorie" e "Salute riproduttiva"*).

3.8. Approvazione delle raccomandazioni con il **processo Delphi**

Il consenso formale per tutte le affermazioni è stato ottenuto utilizzando il

processo Delphi (una sollecitazione strutturata di giudizi di esperti in tre turni). Affinché una raccomandazione fosse approvata, è stato necessario che almeno il 75% delle persone votanti approvasse la dichiarazione. Almeno il 65% dei membri dei *SOC-8* doveva partecipare al *processo Delphi* per ogni affermazione. Le persone che non approvavano l'affermazione dovevano fornire informazioni sulle ragioni della loro disapprovazione, in modo che l'affermazione potesse essere modificata (o rimossa) in base a questo *feedback*. Una volta modificata, l'affermazione veniva sottoposta nuovamente al *processo Delphi*. Se dopo tre *round* la dichiarazione non veniva approvata, essa veniva rimossa dai *SOC*. Ogni membro dei *SOC* ha votato per ogni affermazione. Il tasso di risposta alle affermazioni è stato tra il 74,79% e il 94,96%.

3.9. Criteri di valutazione delle dichiarazioni

Una volta che le affermazioni avevano superato il *processo Delphi*, i membri del capitolo valutavano ogni affermazione utilizzando un processo adattato dal *framework Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluations* (GRADE). Si tratta di un *framework* trasparente per lo sviluppo e la presentazione di sintesi delle evidenze scientifiche e fornisce un approccio sistematico per la formulazione di raccomandazioni di pratica clinica (Guyatt *et al.*, 2011). Le affermazioni sono state classificate in base a fattori quali:

- l'equilibrio dei potenziali rischi e benefici;
- fiducia nell'equilibrio o nella qualità delle evidenze;
- valori e preferenze del personale sanitario e pazienti;
- utilizzo e disponibilità delle risorse.

Le dichiarazioni sono state classificate come:

- Le raccomandazioni forti ("raccomandiamo") sono per quegli interventi/terapie/strategie in cui:
  - le evidenze sono di alta qualità;
  - vi sono stime sull'effetto di un intervento/ terapia/ strategia (ossia, vi è un alto grado di certezza che gli effetti saranno raggiunti in pratica);
  - vi sono pochi lati negativi della terapia/ intervento/strategia;
  - vi è un alto grado di accettazione da parte di operatori e pazienti o le persone a cui si applica la raccomandazione;
- Le raccomandazioni deboli ("suggeriamo") sono per quegli interventi/terapie/strategie in cui:
  - vi sono debolezze nella base di evidenza;
  - vi è un certo grado di dubbio sull'entità dell'effetto ottenibile nella pratica;
  - è necessario bilanciare i potenziali lati positivi e negativi degli interventi/terapie/strategie;
  - è probabile che vi siano diversi gradi di accettazione tra operatori e pazienti o le persone a cui si applica la raccomandazione.

3.10. Scrittura del testo a supporto delle affermazioni

Dopo la classificazione delle affermazioni, i gruppi di lavoro di ciascun capitolo hanno scritto il testo che fornisce il razionale o la motivazione della raccomandazione. Questo include la presentazione delle evidenze disponibili, i dettagli sui potenziali rischi e benefici, la descrizione delle incertezze e le informazioni sull'implementazione della raccomandazione, comprese le eventuali barriere o le sfide previste. I riferimenti bibliografici per supportare le informazioni contenute nel testo utilizzano lo stile APA. Vengono forniti anche i link alle risorse, quando ritenuto appropriato. Il testo, compresa la forza delle raccomandazioni (forti o deboli), è stato rivisto e approvato dal presidente e dai co-presidenti.

3.11. Convalida esterna dei riferimenti utilizzati a supporto delle dichiarazioni

Un gruppo di accademic3 clinic3 indipendenti, che lavora nel campo della salute delle persone *transgender*, ha esaminato i riferimenti bibliografici utilizzati in ogni capitolo per verificare che fossero utilizzati in modo appropriato a sostegno del testo. Tutte le domande riguardanti i riferimenti bibliografici sono state inviate ai gruppi di lavoro dei capitoli per la revisione.

3.12. Finalizzazione di una bozza dei SOC-8

Una bozza finale dei *SOC-8* è stata resa disponibile per eventuali commenti.

3.13. Distribuzione degli Standard di cura per la revisione da parte di consulenti internazionali

Le dichiarazioni delle raccomandazioni degli *Standards of Care 8th* sono state diffuse tra il Comitato per la revisione degli standard di cura e il Gruppo consultivo internazionale della WPATH, il quale include l'*Asia Pacific Transgender Network* (APTN), la *Global Action for Transgender Equality* (GATE), l'*International Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, Intersex Association* (ILGA) e *Transgender Europe* (TGEU).

3.14. Periodo di commento pubblico

La versione riveduta della bozza del documento sugli Standard di cura è stata pubblicata online sul sito web della WPATH per ricevere commenti dal pubblico, compresi i membri della WPATH. È stato possibile inviare commenti per un periodo di sei settimane. In totale, 1.279 persone hanno commentato la bozza, lasciando un totale di 2.688 commenti.

3.15. Revisione della bozza finale sulla base dei commenti

L3 responsabili dei capitoli e il Comitato direttivo delle linee guida hanno preso in considerazione i *feedback* e hanno apportato le revisioni necessarie. Tutti i commenti del pubblico sono stati letti e, ove appropriato, integrati nel testo.

Nell'ambito di questo processo, sono state sviluppate tre nuove *dichiarazioni Delphi* e due sono state modificate in modo tale da richiedere una nuova votazione da parte del comitato dei *SOC-8*. Ciò ha comportato l'avvio di un nuovo *processo Delphi* nel gennaio 2022. I risultati di questo *processo Delphi* sono stati accettati dal Gruppo di lavoro dei capitoli e le nuove dichiarazioni sono state aggiunte o modificate di conseguenza. Inoltre, è stato aggiunto il nuovo testo a loro supporto.

Tutte le nuove versioni dei capitoli sono state riesaminate dal presidente e dai co-presidenti e sono state suggerite modifiche o cambiamenti. Infine, una volta che i presidenti e i membri del gruppo di lavoro dei capitoli erano soddisfatti della bozza, il capitolo è stato concluso.

Tutti i nuovi riferimenti bibliografici sono stati controllati due volte da un membro indipendente.

3.16. Approvazione della bozza finale da parte del presidente e dei copresidenti.

Le modifiche sono state esaminate dai presidenti e da loro accettate.

3.17. Approvazione da parte del consiglio di amministrazione della WPATH

Il documento finale è stato presentato al Consiglio di amministrazione della WPATH per l'approvazione; esso è stato approvato il 20 giugno 2022.

3.18. Pubblicazione dei **SOC-8** *e diffusione degli Standard di cura*

Gli Standard di cura sono stati diffusi in diverse sedi e in diversi formati, tra cui la pubblicazione sull'*International Journal of Transgender Health* (la rivista scientifica ufficiale della WPATH).

4. Piani di aggiornamento

Una nuova edizione dei *SOC* (*SOC-9*) sarà sviluppata in futuro, quando vi saranno nuove evidenze e/o cambiamenti significativi nel campo che richiederanno una nuova edizione[128]

[128] Lo sviluppo dei *SOC-8* è stato un processo complesso tenutosi in un periodo di incertezze politiche e COVID-19 in molte parti del mondo. I membri dei *SOC-8* hanno lavorato ai *SOC-8* in aggiunta al loro lavoro quotidiano. La maggior parte delle riunioni si sono svolte al di fuori del loro orario di lavoro e durante i fine settimana via *Zoom*. Vi sono stati pochissimi incontri faccia a faccia, la maggior parte dei quali legati alle conferenze WPATH, USPATH o EPATH. I membri del comitato *SOC-8* non sono stati retribuiti nell'ambito di questo processo.

Appendice B

GLOSSARIO

Affermazione di genere: termine con cui ci si riferisce al riconoscimento o all'affermazione dell'identità di genere di una persona. Di solito è descritta con dimensioni sociali, psicologiche, mediche e legali. "Affermazione di genere" è un termine che viene utilizzato al posto di "transizione" (come nel caso di "affermazione di genere dal punto di vista medico") o può essere usato come aggettivo (come in "cura per l'affermazione di genere").

Binarismo di genere si riferisce all'idea che vi siano due e solo due generi, uomini e donne; ossia l'aspettativa che tutti debbano essere l'uno o l'altro e che tutti gli uomini siano maschi e tutte le donne siano femmine.

Chirurgia per l'affermazione di genere (GAS) è un termine utilizzato per descrivere l'intervento chirurgico volto a modificare le caratteristiche sessuali primarie e/o secondarie per affermare l'identità di genere di una persona.

Cisgender si riferisce a persone la cui attuale identità di genere corrisponde al sesso che è stato loro assegnato alla nascita.

Detransizione è un termine utilizzato per descrivere la ritransizione di un individuo al genere stereotipicamente associato al sesso assegnatogli alla nascita.

Disforia di genere descrive uno stato di angoscia o disagio che può essere sperimentato se l'identità di genere di una persona differisce da quella fisicamente e/o socialmente attribuita al sesso assegnato alla nascita. La disforia di genere è anche una definizione diagnostica del *DSM-5* che indica un'incongruenza tra il sesso assegnato alla nascita e il genere vissuto, accompagnata da disagio. Non tutte le persone *transgender e gender diverse* sperimentano la disforia di genere.

Donne transgender /donne trans/ donne con esperienza trans sono persone che hanno un'identità di genere femminile e che sono state assegnate al sesso maschile alla nascita. Possono o meno aver intrapreso una transizione sociale, ormonale o chirurgica. MTF o *Male-to-Female* sono termini vecchi che stanno cadendo in disuso[129].

Endosex si riferisce a persone che non sono *intersex*.

Espressione di genere si riferisce al modo in cui una persona mette in atto o esprime il proprio genere nella vita quotidiana e nel contesto della propria cultura e società. L'espressione del genere attraverso l'aspetto fisico può includere abiti, acconciature, accessori, cosmetici, interventi ormonali e chirurgici, nonché manierismi, modi di parlare, modelli comportamentali e nomi. L'espressione di genere di una persona può essere o meno conforme alla sua identità di genere.

Eunuco si riferisce a un individuo assegnato al sesso maschile alla nascita, i cui testicoli sono stati rimossi chirurgicamente o resi non funzionali e che si identifica come persona eunuca. Questa definizione differisce dalla definizione medica standard, in quanto esclude coloro che non si identificano come individui eunuchi.

Eunuch-identified: un individuo che ritiene che il suo vero sé sia espresso al meglio dal termine eunuco. Gli individui che si identificano come eunuchi generalmente desiderano che i loro organi riproduttivi siano rimossi chirurgicamente o resi non funzionali.

Gender diverse è un termine usato per descrivere persone con identità e/o espressioni di genere diverse dalle aspettative sociali e culturali attribuite al sesso loro assegnato alla nascita. Questo può includere, tra le tante identità culturalmente diverse, persone che si identificano come non binarie, *gender*

[129] N.d.T. Soprattutto nei Paesi anglofoni.

expansive, *gender nonconforming* e altre che non si identificano come *cisgender*.

Gender expansive: è un aggettivo spesso usato per descrivere persone che si identificano o si esprimono in modi che ampliano i comportamenti o le credenze socialmente e culturalmente definite associate a un particolare sesso. A volte si usa anche il termine *gender creative*. Il termine *gender variant* è stato usato in passato e sta scomparendo dall'uso professionale a causa delle connotazioni negative ad esso associate.

Genere: A seconda del contesto, il genere può riferirsi all'identità di genere, all'espressione di genere e/o al ruolo di genere, compresi i concetti e le aspettative culturalmente legati alle persone a cui è stato assegnato il sesso maschile o femminile alla nascita. Identità di genere diverse da quelle di "uomo" e "donna" (che possono essere sia *cisgender* che *transgender*) comprendono, tra le altre, le identità *transgender*, non binarie, *genderqueer*, *gender neutral*, *agender*, *gender fluid* e "terzo" genere. Molti altri generi sono riconosciuti in tutto il mondo.

Identità di genere si riferisce al senso profondo, interno e intrinseco che una persona ha del proprio genere.

Incongruenza di genere è un termine diagnostico utilizzato nell'*ICD-11* che descrive l'esperienza marcata e persistente di una persona di un'incongruenza tra la sua identità di genere e il genere che ci si aspetta da lei in base al sesso/genere assegnatole alla nascita.

Intersex si riferisce a persone nate con caratteristiche sessuali o riproduttive che non rientrano nelle definizioni binarie di femmina o maschio.

Misgendering si intende l'uso di un linguaggio che non riflette correttamente il genere con cui una persona si identifica. Può trattarsi di un pronome (*he/him/his, her/her/hers, they/them/theirs* in inglese e lui, lei, ləi in italiano) o modi per rivolgersi alle persone (ad es. i titoli di cortesia *Sir, Mr, Mrs* in inglese, o ad esempio signore e signora in italiano, ma anche termini quali "ragazzo" e "ragazza").

Non binary (non binario)[130] si riferisce a coloro che hanno un'identità di genere che fuoriesce del binarismo di genere. Le persone con identità di genere non binarie possono identificarsi in parte come uomo e in parte come donna, o identificarsi a volte come uomo e a volte come donna, o identificarsi in un genere diverso da uomo o donna, o non avere alcun genere. Le persone non binarie possono usare i pronomi *they/them/theirs* in lingua inglese al posto di *he/him/his* o *she/her/hers*[131] Alcune persone non binarie si considerano *transgender* o trans; altre non lo fanno perché considerano il termine *transgender* come parte del binarismo di genere. Talvolta le persone non binarie utilizzano le abbreviazioni "NB" o "enby" al posto di *non binary*. Esempi di identità di genere non binarie sono *genderqueer*, *gender diverse*, *genderfluid*, *demigender*, *bigender* e *agender*.

Orientamento sessuale si riferisce all'identità sessuale, alle attrazioni e ai comportamenti di una persona sulla base del proprio sesso o caratteristiche sessuali e di quelle dell3 eventuali *partner*. Orientamento sessuale e identità di genere non sono sinonimi, ma concetti ben distinti.

Ritransizione si riferisce alla seconda o successiva transizione di genere, che sia essa sociale, medica o legale. La ritransizione può avvenire da un genere binario o non binario a un altro genere binario o non binario. Le persone possono effettuare la ritransizione più di una volta. La ritransizione può avvenire per molte ragioni, tra cui l'evoluzione dell'identità

[130] N.d.T.: In italiano, il termine "non binario" è maschile da un punto di vista grammaticale. Pertanto, è necessario utilizzare lo schwa, la U, la X o l'asterisco in molti casi per evitare il *misgendering*, o utilizzare il termine in lingua inglese *"non binary"*. Ad esempio, "Alex e Max sono non binar3".

[131] N.d.T.: In Italia molte persone non binarie utilizzano lo *schwa* ə nella forma singolare e 3 nella forma plurale. Altre persone utilizzano la desinenza in U, in X o l'asterisco * (Manera, 2021).

di genere, problemi di salute, problemi familiari/sociali e problemi economici.

Il termine *sesso assegnato alla nascita* si riferisce allo *status* di maschio, femmina o *intersex* di una persona in base alle sue caratteristiche fisiche. Il sesso viene solitamente assegnato alla nascita in base all'aspetto dei genitali esterni. AFAB è l'abbreviazione di "*assigned female at birth*"; AMAB è l'abbreviazione di "*assigned male at birth*".

Transgender, *trans o trans** sono termini usati per descrivere persone la cui identità di genere e/o espressione di genere non è quella tipicamente prevista per il sesso a cui sono state assegnate alla nascita. Questi termini vanno sempre usati come aggettivi (persone trans), mai come sostantivi (i *transgender*) e mai come verbi (in inglese "*transgendered*").

Transizione si intende il processo tramite il quale le persone passano dall'espressione di genere associata al sesso loro assegnato alla nascita a un'altra espressione di genere che corrisponde meglio alla loro identità di genere. La transizione sociale può avvenire con metodi quali il cambiamento del nome, del pronome, dell'abbigliamento, dell'acconciatura e/o del modo di muoversi e di parlare. La transizione può comportare o meno l'uso di ormoni e/o interventi chirurgici per modificare il corpo. Il termine "transizione" può essere usato per descrivere il processo di cambiamento della propria espressione di genere da un genere qualsiasi a un altro. Le persone possono effettuare la transizione più di una volta nel corso della loro vita.

Transfobia si riferisce ad atteggiamenti, convinzioni e azioni negative nei confronti delle persone *transgender e gender diverse* in quanto persone TGD. La transfobia può manifestarsi in politiche e pratiche discriminatorie a livello strutturale o in modi molto specifici e personali. La transfobia può anche essere interiorizzata, quando le persone *transgender e gender diverse* accettano e riflettono tali pregiudizi su sé stesse o su altre persone TGD. Nonostante la transfobia possa essere il risultato di un'ignoranza involontaria piuttosto che di un'ostilità diretta, i suoi effetti non sono mai benigni. Alcuni usano il termine *anti-transgender bias* al posto di transfobia.

Uomini transgender/ uomini trans/ uomini con esperienza trans sono persone che hanno un'identità di genere maschile e che sono stati assegnati al sesso femminile alla nascita. Possono o meno aver intrapreso una transizione sociale, ormonale o chirurgica. FTM o *Female-to-Male* sono termini vecchi ormai in disuso[132].

[132] N.d.T. Soprattutto nei Paesi anglofoni.

APPENDICE C
TRATTAMENTI ORMONALI PER L'AFFERMAZIONE DEL GENERE

Tabella 1. Decorso temporale previsto per i cambiamenti fisici in risposta alla terapia ormonale per l'affermazione del genere (Fonte: Hembree *et al.,* 2017).

Terapia con testosterone		
Effetto	**Insorgenza**	**Massimo**
Untuosità della pelle/acne	1-6 mesi	1-2 anni
Crescita dei peli sul viso e sul corpo	6-12 mesi	> 5 anni
Perdita dei capelli	6-12 mesi	> 5 anni
Aumento della massa/forza muscolare	6-12 mesi	2-5 anni
Ridistribuzione del grasso corporeo	1-6 mesi	2-5 anni
Interruzione delle mestruazioni	1-6 mesi	1-2 anni
Ingrandimento del clitoride	1-6 mesi	1-2 anni
Atrofia vaginale	1-6 mesi	1-2 anni
Mascolinizzazione della voce	1-6 mesi	1-2 anni

Terapia con estrogeni e per la riduzione del testosterone		
Effetto	**Insorgenza**	**Massimo**
Ridistribuzione del grasso corporeo	3-6 mesi	2-5 anni
Diminuzione della massa e forza muscolare	3-6 mesi	1-2 anni
Ammorbidimento della pelle/diminuzione dell'untuosità	3-6 mesi	Sconosciuto
Diminuzione del desiderio sessuale	1-3 mesi	Sconosciuto
Diminuzione delle erezioni spontanee	1-3 mesi	3-6 mesi
Diminuzione della produzione di sperma	Sconosciuto	2 anni
Crescita mammaria	3-6 mesi	2-5 anni
Diminuzione del volume testicolare	3-6 mesi	Variabile
Diminuzione della crescita dei peli terminali	6-12 mesi	>3 anni
Aumento dei capelli	Variabile	Variabile
Variazione della voce	Nessuna	

Tabella 2. Rischi associati alla terapia ormonale per l'affermazione del genere[133*](Fonte: Aggiornata dai *SOC-7*).

[133*] Le voci in grassetto sono clinicamente significative.

LIVELLO DI RISCHIO	Terapie a base di estrogeni	Terapie a base di testosterone
Probabile aumento del rischio	**Tromboembolismo venoso** **Infertilità** Iperkaliemia[S] Ipertrigliceridemia Aumento del peso	**Policitemia** **Infertilità** Acne Alopecia androgenetica Ipertensione Apnee notturne Aumento del peso Diminuzione del colesterolo HDL e aumento del colesterolo LDL
Probabile aumento del rischio con la presenza di fattori di rischio addizionali	Malattie cardiovascolari Malattie cerebrovascolari Meningioma[C] Poliuria/Disidratazione[s] Colelitiasi	Malattie cardiovascolari Ipertrigliceridemia
Possibile aumento del rischio	Ipertensione Disfunzione erettile	
Possibile aumento del rischio con la presenza di fattori di rischio addizionali	Diabete di tipo 2 Bassa massa ossea/osteoporosi Iperprolattinemia	Diabete di tipo 2 Malattie cardiovascolari
Nessun aumento del rischio o inconcludente	Cancro mammario e prostatico	Bassa massa ossea/osteoporosi Cancro alle mammelle, alla cervice, alle ovaie e all'utero

[C] Terapia con ciproterone
[S] Terapia con spironolattone

Tabella 3. Terapia ormonale per l'affermazione del genere in giovani *transgender e gender diverse* (Adattata dalle Linee guida della Endocrine Society) (Fonte: Hembree *et al*., 2017).

Induzione della pubertà femminile (terapia a base di estrogeni) con 17ß-estradiolo orale

Iniziare con 5 μg/kg/*die* e aumentare ogni 6 mesi di 5 μg/kg/*die* fino a 20 μg/kg/*die* in base ai livelli di estradiolo.

Posologia per adult3 = 2-6 mg/*die*.

In adolescenti TGD postpuberali, la posologia di 17ß-estradiolo può essere aumentata più rapidamente:

1 mg/*die* per 6 mesi, seguito da 2 mg/*die* e oltre, in base ai livelli di estradiolo.

Induzione della pubertà femminile (terapia a base di estrogeni) con 17ß-estradiolo transdermico

Posologia iniziale 6,25-12,5 μg/24 h (tagliando il cerotto da 24 g a ¼ e poi a ½).

Titolare ogni 6 mesi di 12,5 μg/24 h in base ai livelli di estradiolo.

Posologia per adult3 = 50-200 μg/24 h.

Per le alternative una volta raggiunta la posologia per adult3 v. Tabella 4.

Induzione della pubertà maschile (terapia a base di testosterone) con esteri di testosterone

25 mg/m^2 /2 settimane (o in alternativa metà della posologia se settimanale).

Aumentare di 25 mg/m^2 /2 settimane ogni 6 mesi fino al raggiungimento della posologia per adult3 e dei livelli *target* di testosterone. Per le alternative per il testosterone v. Tabella 4.

Tabella 4. Regimi ormonali in adultɜ *transgender e gender diverse*[134*]

Terapia a base di estrogeni (femminilizzante)	
Estrogeni	
Orale o sublinguale	
Estradiolo	2,0-6,0 mg/*die*
Transdermico	
Estradiolo cerotto transdermico	0,025-0,2 mg/*die*
Estradiolo gel	‡Ogni giorno sulla pelle
Parenterale	
Estradiolo valerato o cipionato	5-30 mg IM ogni 2 settimane
	2-10 IM ogni settimana
Antiandrogeni	
Spironolattone	100 - 300 mg/*die*
Ciproterone acetato	10 mg/*die*[135**]
Agonista del GnRH	3,75- 7,50 mg sc/IM mensili
Agonista depot del GnRH	11,25/22,5 mg sc/IM ogni 3/6 mesi

‡ La quantità applicata varia a seconda della formulazione e della concentrazione

Terapia a base di testosterone (mascolinizzante)	
Testosterone	
Parenterale	
Testosterone enantato/cipionato	50 - 100 IM/sc settimanali o
	100 - 200 IM ogni 2 settimane
Testosterone undecanoato	1000 mg IM ogni 12 settimane o
	750 mg IM ogni 10 settimane
Testosterone transdermico	
Testosterone gel	50-100 mg /*die*
Cerotto transdermico di testosterone	2,5 - 7,5 mg/*die*.

Tabella 5. Monitoraggio ormonale delle persone *transgender e gender diverse* in terapia ormonale per l'affermazione del genere (Adattata dalle Linee guida della Endocrine Society).

Uomini transgender o persone che desiderano la mascolinizzazione (comprese le persone *gender diverse*/non binarie)

1. Valutare lə paziente ogni 3 mesi (con modifiche della posologia) nel primo anno e successivamente da 1 a 2 volte l'anno per monitorare i cambiamenti fisici appropriati in risposta al testosterone.
2. Misurare il testosterone totale sierico ogni 3 mesi (con modifiche della posologia) finché i livelli non raggiungono l'obiettivo.
    a. Per il testosterone parenterale, il testosterone totale sierico deve essere misurato a metà tra le iniezioni. Il livello target è 400-700 ng/dL. In alternativa, si possono

---

[134*] Le posologie vengono aumentate o ridotte fino a quando i livelli di ormoni steroidei sessuali non rientrano nell'intervallo terapeutico. I regimi ormonali non riflettono tutte le formulazioni disponibili in tutte le farmacie del mondo. È possibile che i regimi ormonali debbano essere adattati a ciò che è disponibile nelle farmacie locali.

[135**] Vedi Kuijpers *et al*. (2021).

misurare i picchi e i picchi di caduta per assicurarsi che i livelli rimangano nell'intervallo maschile di riferimento.

b. Per il testosterone undecanoato parenterale, il testosterone deve essere misurato appena prima dell'iniezione. Se il livello è < 400 ng/dL, regolare l'intervallo di posologia.

c. Per il testosterone transdermico, il livello di testosterone può essere misurato non prima di 1 settimana di applicazione quotidiana (almeno 2 ore dopo l'applicazione del prodotto).

3. Misurare l'ematocrito o la concentrazione di emoglobina al momento iniziale e a circa 3 mesi (con le modifiche della posologia) per il primo anno e poi una o due volte l'anno.

Donne transgender o persone che desiderano la femminilizzazione (comprese le persone gender diverse/non binarie)

1. Valutare lə paziente ogni 3 mesi circa (con modifiche della posologia) nel primo anno e successivamente una o due volte l'anno per monitorare i cambiamenti fisici appropriati in risposta agli estrogeni.
    a. I livelli di testosterone sierico devono essere inferiori a 50 ng/dL.
    b. L'estradiolo sierico dovrebbe rientrare nell'intervallo di 100-200 pg/mL.
2. Per i soggetti che ricevono spironolattone è necessario monitorare gli elettroliti sierici, in particolare il potassio, e la funzionalità renale, in particolare la creatinina.
3. Seguire lo *screening* delle cure primarie secondo le raccomandazioni del capitolo sulle cure primarie.

APPENDICE D

SOMMARIO DEI CRITERI PER I TRATTAMENTI ORMONALI E CHIRURGICI PER PERSONE ADULTE E ADOLESCENTI

Le *Linee guida SOC-8* sono state concepite per essere flessibili al fine di soddisfare le diverse esigenze di assistenza sanitaria delle persone TGD a livello globale. Pur essendo adattabili, offrono *standard* basati sul consenso e derivano dalle migliori evidenze scientifiche disponibili per promuovere un'assistenza sanitaria ottimale e guidare il trattamento delle persone che vivono un'incongruenza di genere. Come in tutte le precedenti versioni dei *SOC*, i criteri esposti in questo documento per gli interventi per l'affermazione del genere sono linee guida cliniche; esse possono essere modificate dall3 singol3 professionist3 e programmi sanitari, in consultazione con la persona TGD. Gli scostamenti clinici dai *SOC* possono verificarsi a causa della situazione anatomica, sociale o psicologica unica di una persona TGD; dell'evoluzione del metodo di gestione di una situazione comune da parte di unə professionistə sanitariə espertə; di un protocollo di ricerca; della mancanza di risorse in varie parti del mondo; o della necessità di strategie specifiche di riduzione del danno. Questi scostamenti devono essere riconosciuti come tali, discussi con la persona TGD e documentati. Questa documentazione è preziosa anche per l'ottenimento di nuovi dati, che possono essere esaminati retrospettivamente per consentire l'evoluzione dell'assistenza sanitaria e dei *SOC*. Questi criteri riassuntivi devono essere letti insieme ai capitoli pertinenti (si vedano i capitoli "Valutazione dell3 adult3" e "Adolescenti").

1. Sintesi dei criteri per l3 adult3

In relazione al processo di assessment

- L3 operator3 sanitar3 che fanno l'*assessment* di adult3 *transgender e gender diverse* che richiedono un trattamento per l'affermazione del genere devono mettersi in contatto con professionist3 di diverse discipline nell'ambito della salute delle persone *trans* per consultazioni e invii, se necessario[136].
- Se è richiesta una documentazione scritta o una lettera per raccomandare un trattamento medico e chirurgico per l'affermazione del genere (GAMST), è necessaria solo una lettera di valutazione da parte di unə professionistə sanitariə che abbia competenze nella valutazione delle persone *transgender e gender diverse*.

Criteri per gli ormoni

a) L'incongruenza di genere è marcata e persistente;
b) Soddisfa i criteri diagnostici per l'incongruenza di genere prima del trattamento ormonale di affermazione di genere nelle Nazioni nelle quali la diagnosi è necessaria per accedere all'assistenza sanitaria;
c) Dimostra di essere in grado di acconsentire al trattamento ormonale specifico per l'affermazione del genere;
d) Sono state identificate ed escluse altre possibili cause di apparente incongruenza di genere;
e) Sono state valutate le condizioni fisiche e di salute mentale che potrebbero influire negativamente sull'esito del trattamento e sono stati discussi i rischi e i benefici;
f) Comprende l'effetto del trattamento ormonale per l'affermazione del genere sulla riproduzione e ha esplorato le opzioni riproduttive.

Criteri per l'intervento chirurgico

[136] Questi sono stati classificati come criteri suggeriti.

a) L'incongruenza di genere è marcata e persistente;
b) Soddisfa i criteri diagnostici per l'incongruenza di genere prima dell'intervento chirurgico per l'affermazione del genere nelle Nazioni nelle quali la diagnosi è necessaria per accedere all'assistenza sanitaria;
c) Dimostra di essere in grado di acconsentire all'intervento chirurgico specifico per l'affermazione del genere;
d) Comprende l'effetto dell'intervento chirurgico per l'affermazione del genere sulla riproduzione e ha esplorato le opzioni riproduttive;
e) Sono state identificate ed escluse altre possibili cause di apparente incongruenza di genere;
f) Sono state valutate le condizioni fisiche e di salute mentale che potrebbero influire negativamente sull'esito dell'intervento chirurgico per l'affermazione del genere e sono stati discussi i rischi e i benefici;
g) Assumono in maniera stabile la terapia ormonale per l'affermazione del genere (che può includere almeno 6 mesi di trattamento ormonale o un periodo più lungo se necessario per ottenere il risultato chirurgico desiderato, a meno che la terapia ormonale non sia desiderata o sia controindicata da un punto di vista medico)[137]. *

2. Sintesi dei criteri per l3 adolescenti

In relazione al processo di assessment

- Una valutazione biopsicosociale completa con la partecipazione di professionist3 della salute mentale e medic3;
- Coinvolgimento dei genitori/tutor3 nel processo di *assessment*, a meno che il loro coinvolgimento non sia ritenuto dannoso per l'adolescente o non sia possibile;
- Se è richiesta una documentazione scritta o una lettera per raccomandare un trattamento medico e chirurgico per l'affermazione del genere (GAMST), è necessaria solo una lettera di valutazione da parte di un membro dell'*équipe* multidisciplinare. Questa lettera deve riflettere la valutazione e l'opinione dell'*équipe,* che coinvolge sia medic3 che professionist3 della salute mentale.

Bloccanti della pubertà

a) La diversità/incongruenza di genere è marcata e persistente nel tempo;
b) Soddisfa i criteri diagnostici di incongruenza di genere in situazioni in cui la diagnosi è necessaria per accedere all'assistenza sanitaria;
c) Dimostra la maturità emotiva e cognitiva necessaria per fornire un consenso/assenso informato al trattamento;
d) Sono stati affrontati i problemi di salute psicologica (se presenti) che possono interferire con la chiarezza diagnostica, la capacità di dare il proprio consenso e le terapie mediche di affermazione di genere; in modo sufficiente affinché le terapie mediche di affermazione di genere possano essere fornite in modo ottimale.
e) Informati sugli effetti riproduttivi, compresa la potenziale perdita di fertilità e le opzioni disponibili per preservare la fertilità;
f) Raggiunto lo stadio 2 di Tanner.

Trattamenti ormonali

a) La diversità/incongruenza di genere è marcata e persistente nel tempo;
b) Soddisfa i criteri diagnostici di incongruenza di genere in situazioni in cui la diagnosi è necessaria per accedere all'assistenza sanitaria;

[137] Questi sono stati classificati come criteri suggeriti.

c) Dimostra la maturità emotiva e cognitiva necessaria per fornire un consenso/assenso informato al trattamento;
d) Sono stati affrontati i problemi di salute psicologica (se presenti) che possono interferire con la chiarezza diagnostica, la capacità di dare il proprio consenso e le terapie mediche per l'affermazione del genere; in modo sufficiente affinché le terapie mediche per l'affermazione del genere possano essere fornite in modo ottimale.
e) Informatə sugli effetti riproduttivi, compresa la potenziale perdita di fertilità e le opzioni disponibili per preservare la fertilità;
f) Raggiunto lo stadio 2 di Tanner.

Chirurgia

a) La diversità/incongruenza di genere è marcata e persistente nel tempo;
b) Soddisfa i criteri diagnostici di incongruenza di genere in situazioni in cui la diagnosi è necessaria per accedere all'assistenza sanitaria;
c) Dimostra la maturità emotiva e cognitiva necessaria per fornire un consenso/assenso informato al trattamento;
d) Sono stati affrontati i problemi di salute psicologica (se presenti) che possono interferire con la chiarezza diagnostica, la capacità di dare il proprio consenso e le terapie mediche per l'affermazione del genere; in modo sufficiente affinché le terapie mediche per l'affermazione del genere possano essere fornite in modo ottimale.
e) Informatə sugli effetti riproduttivi, compresa la potenziale perdita di fertilità e le opzioni disponibili per preservare la fertilità;
f) Almeno 12 mesi (o più se necessario) di terapia ormonale per l'affermazione del genere per ottenere il risultato chirurgico desiderato per le procedure per l'affermazione del genere, incluse la mastoplastica additiva, l'orchiectomia, la vaginoplastica, l'isterectomia, la falloplastica, la metoidioplastica e la chirurgia al viso nell'ambito del trattamento per l'affermazione del genere, a meno che la terapia ormonale non sia desiderata o sia controindicata dal punto di vista medico.

APPENDICE E
TRATTAMENTI CHIRURGICI DI AFFERMAZIONE DI GENERE

Con l'espandersi della comprensione delle numerose sfaccettature dell'incongruenza di genere e con lo sviluppo di tecnologie che consentono ulteriori trattamenti, è imperativo comprendere che questo elenco non è da considerarsi esaustivo. Ciò è particolarmente importante se si considerano i lunghi periodi di tempo che intercorrono tra un aggiornamento e l'altro dei *SOC*, durante i quali possono verificarsi evoluzioni nella comprensione e nelle modalità di trattamento.

Chirurgia al volto	
Sopracciglio	• Riduzione del sopracciglio • Aumento del sopracciglio • Sollevamento del sopracciglio
Avanzamento dell'attaccatura dei capelli/ Trapianto di capelli	
Lifting del viso/lifting medio del viso (in seguito ad alterazione delle strutture scheletriche sottostanti)	
Lifting del viso/lifting medio del viso (in seguito ad alterazione delle strutture scheletriche sottostanti)	• Plastimoplastica
Blefaroplastica	• Lipofilling
Rinoplastica (+/-filler)	
Guancia	• Impianto • Lipofilling
Labbro	• Accorciamento del labbro superiore • Aumento delle labbra (include autologhi e non autologhi)
Mascella	• Riduzione dell'angolo mandibolare • Aumento
Rimodellamento del mento	• Osteoplastico • Alloplastico (su impianti)
Condrolaringoplastica	• Chirurgia delle corde vocali (v. Capitolo sulla voce)
Chirurgia mammaria/torace	
Mastectomia	• Mastectomia con conservazione/ ricostruzione del capezzolo-areola, secondo quanto ritenuto necessario dal punto di vista medico per lə paziente. • Mastectomia senza conservazione/ ricostruzione del capezzolo-areola, secondo quanto ritenuto necessario dal punto di vista medico per lə paziente.
Liposuzione	
Mastoplastica additiva	• Impianto e/o espansore tissutale. • Autologa (include lembi e lipofilling)
Chirurgia genitale	

Falloplastica (con/senza scrotoplastica)	● Con/senza allungamento dell'uretra ● Con/senza protesi (peniena e/o testicolare) ● Con/senza colpectomia/colpocleisi
Metoidioplastica (con/senza scrotoplastica)	● Con/senza allungamento uretrale ● Con/senza protesi (peniena e/o testicolare) ● Con/senza colpectomia/colpocleisi
Vaginoplastica (inversione, peritoneale, colon)	● Può includere la conservazione del pene e/o del testicolo
Vulvoplastica	● Può includere procedure descritte come gonadectomia "a fronte piatta".
Orchiectomia	
Isterectomia e/o salpingo-ovariectomia	
Rimodellamento del corpo	
Liposuzione	
Lipofilling	
Impianti	Pettorali, anca, glutei, polpacci
Monsplastica /mons riduzione	
Procedure aggiuntive	
Epilazione: epilazione del viso, del corpo e delle aree genitali per l'affermazione di genere o come parte di un processo di preparazione preoperatoria. (v. Dichiarazione 15.14 sull'epilazione)	● Elettrolisi ● Epilazione laser
Tatuaggio (es. areola, capezzolo)	
Trapianto di utero	
Trapianto di pene	