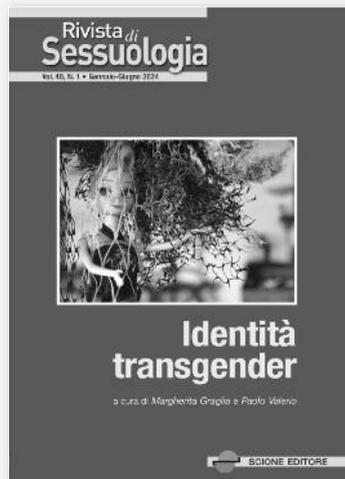


# Identità transgender

*a cura di*

Margherita Graglia  
e Paolo Valerio



L'immagine della copertina  
denominata "Gabbie di Genere" è stata  
gentilmente donata da Paolo Valerio.

Vol. 48, N. 1  
Gennaio-Giugno 2024

**DIREZIONE:**

Via degli Apuli, 36  
00185 Roma  
editore@scione.it

**REDAZIONE:**

Via Oreste Regnoli, 74  
40138 Bologna

*Direttore Responsabile:*

**Gennaro Scione**

*Coordinatore del Board:*

**Giada Mondini**

*Membri del Board:*

**Michele Frigieri,  
Federico Sandri,  
Gennaro Scione**

**Studi e  
Ricerche** a cura di  
**Valentina Cosmi**

Diritti riservati: SCIONE EDITORE

*Segreteria e Amministrazione (Administrative Office):*

Rosaria Argenta, Scione Editore  
Via degli Apuli, 36 - 00185 Roma, Italy  
cell. 328 9145071; e-mail: editore@scione.it

*Sede:* Via degli Apuli, 36  
00185 Roma

*Deposito:* Piazza Belvedere, 4  
81040 Camino - Rocca D'Evandro (CE)

[www.scione.it](http://www.scione.it)

© copyright Scione Editore Roma

*Prezzo del fascicolo:*

|                |         |
|----------------|---------|
| Numero singolo | € 20,00 |
| arretrato      | € 23,00 |
| Numero doppio  | € 25,00 |
| arretrato      | € 30,00 |

*Abbonamenti:*

|        |         |
|--------|---------|
| Italia | € 40,00 |
| Estero | € 75,00 |

*Comitato Scientifico:*

**Maria Cristina Florini  
Margherita Graglia  
Antonio La Torre  
Alba Mirabile  
Giada Mondini  
Gabriella Rifelli  
Gennaro Scione  
Federico Sandri  
Elena V. Longhi**

## Identità transgender

*a cura di Margherita Graglia e Paolo Valerio*

- 5** **Introduzione**  
*Margherita Graglia e Paolo Valerio*

### PRIMA PARTE

### Prospettive contemporanee

- 7** **L'incongruenza di Genere e soggettività emergenti**  
*Alessio Avellino, Richard Bourelly, Agostino Carbone, Paolo Valerio*
- 23** **Transnegatività: le microaggressioni nei confronti delle persone transgender**  
*Margherita Graglia*
- 31** **Tutela dell'identità di genere: un istituto giuridico in divenire**  
*Giovanni Guercio*
- 39** **La "carriera alias" nelle istituzioni scolastiche: una buona prassi d'inclusione**  
*Gianluca Dradi*
- 47** **Strumenti per la valutazione dell'identità di genere in ambito forense: variabili psicologiche, antropologiche e familiari**  
*Michele Frigieri, Vanessa Treccani, Silvia Girotti*
- 55** **Identità e transizione di genere nella scienza della nutrizione: dalla ricerca alla pratica clinica**  
*Valentino Osti*
- 63** **Accoglienza e presa in carico affermativa delle persone transgender - le procedure del SAT-Pink APS**  
*Giulia Giardina, Annalisa Zarbonati*

- 77** L'uso dei test nella disforia di genere in età evolutiva  
*Giulia Bresciani, Federico Sandri, Anna Roia, Marco Carrozzi, Gianluca Tornese*
- 87** Le pratiche non mediche di affermazione di genere negli adolescenti: il binding e il tucking  
*Federico Sandri, Giulia Bresciani, Anna Roia, Marco Carrozzi, Pierluigi Diana, Beatrice Belluzzi, Federica Corona, Gianluca Tornese*
- 96** Genitori con figli transessuali-transgender  
*Ermanno Marogna*

## SECONDA PARTE

### Atti del Convegno "Stato dell'arte e future prospettive per la presa in carico delle persone Transgender/Gender non conforming"

Napoli, 1 e 2 dicembre 2023

- 107** Discorso di introduzione. La bellezza della diversità  
*Esben Esther Pirelli Benestad*
- 111** Controversie in evoluzione nel trattamento dei minori con disforia/incongruenza di genere  
*Jack Drescher*
- 124** I SOC8 in età evolutiva. Una riflessione psicologica ed etica  
*Angela M. Caldarera, Elena Nave, Damiana Massara*
- 138** SOC8 al crocevia tra orientamento operatore e istanze delle soggettività *Transgender* e *Gender Diverse*. Lavori in corso senza sosta  
*Mary Nicotra*
- 146** Standard di cura per la salute delle persone transgender e gender diverse, versione 8: la sezione per il non binarismo  
*Marianna Coppola, Antonio Gnazzo, Giuseppe Masullo*
- 155** Repressione, produzione e performatività nella sfera sessuale  
*Elia Fabbri*
- 166** Identità, passing e sicurezza delle persone transgender e gender-diverse  
*Francesca Margherita De Falco*

# Introduzione

Margherita Graglia\*, Paolo Valerio\*\*

L'identità transgender è un tema che richiede una riflessione profonda e un impegno costante da parte della comunità scientifica, degli operatori sanitari e della società nel suo complesso. Nel corso degli ultimi decenni, si è assistito a una crescente consapevolezza e sensibilizzazione nei confronti delle esperienze e dei bisogni delle persone transgender, tuttavia, molto resta ancora da fare per garantire un'efficace presa in carico e un pieno rispetto dei loro diritti umani fondamentali.

La presente pubblicazione si propone di esplorare l'importanza di trattare i temi dell'identità transgender attraverso una lente multidisciplinare, fornendo una panoramica esaustiva delle sfide contemporanee e delle prospettive future per migliorare la qualità dell'assistenza e il benessere delle persone transgender.

La pubblicazione è strutturata in due parti distinte ma complementari. Nella prima parte, ci concentreremo sull'analisi dei temi contemporanei relativi all'identità transgender. Questa sezione fornirà una panoramica dei principali dibattiti, delle sfide e delle opportunità che caratterizzano il contesto attuale. Esploreremo le questioni legate alla salute mentale, all'accesso ai servizi sanitari, alla discriminazione e alla marginalizzazione sociale che spesso affliggono le persone transgender. Inoltre, esamineremo le recenti evoluzioni normative e sociali che stanno plasmando il modo in cui la società percepisce e accoglie le diverse identità di genere.

Nella seconda parte della pubblicazione verranno presentati gli atti del convegno tenutosi il 1 e 2 dicembre 2023 a Napoli, dal titolo "Stato dell'arte e future prospettive per la presa in carico delle persone Transgender/Gender Diverse" in occasione del quale sono stati presentati i nuovi SOC 8 della WPATH. Il Centro di Ateneo SInAPSi – Servizi per l'Inclusione Attiva e Partecipata degli Studenti dell'Università di

\* *Psicoterapeuta, formatrice e saggista. Consigliera CIS e ONIG.*

\*\* *Professore Onorario Psicologia Clinica e Presidente Onorario Centro SInAPSI Università di Napoli Federico II, presidente ONIG.*

Napoli Federico II, in collaborazione con l'Osservatorio Nazionale sull'Identità di Genere – ONIG ha organizzato un evento scientifico di rilevanza internazionale dedicato alla salute e al benessere delle persone Transgender e Gender-Diverse (TGD).

Il congresso ha affrontato le sfide e le prospettive avanzate nella cura e nell'assistenza alle persone TGD presentando la traduzione in italiano degli Standard di Cura 8 (SOC 8) della World Professional Association for Transgender Health (WPATH). Tra i relatori di spicco figurano esperti nazionale e internazionali, tra cui Mariela Castro, Direttrice del Centro Nacional de l'Educacion Sexual – CENESEX di Cuba, Jack Drescher, Clinical Professor of Psychiatry presso la Columbia University e Alain Giami, Vice presidente della World Association for Sexual Health – WAS. Il congresso ha rappresentato un importante momento di incontro e scambio tra professionisti del settore, attivisti, accademici e persone transgender stesse.

## L'incongruenza di genere e soggettività emergenti

Alessio Avellino\*, Richard Bourelly\*\*,  
Agostino Carbone\*\*\*, Paolo Valerio\*\*\*\*

**Sommario** - L'articolo presenta una definizione e una riflessione sull'Incongruenza di Genere, una condizione complessa che si verifica quando l'identità di genere di un individuo, il suo profondo senso interno di essere maschio, femmina, o al di là delle categorie binarie, non coincide con il sesso assegnato alla nascita. Questa disconnessione tra identità di genere e sesso biologico può causare disagio psicologico, le persone trans, che chi spesso sperimenta l'incongruenza di genere, possono affrontare discriminazione, ostracismo sociale e accesso limitato ai servizi sanitari comprendere l'incongruenza di genere è cruciale per una società inclusiva e rispettosa della diversità.

Questa condizione è stata spesso oggetto di una radicale medicalizzazione, connotandola spesso con aspetti psicopatologici e includendola entro la nosografia psichiatria. Questo processo ha lasciato negli ultimi tempi ampi margini ad una graduale deopatologizzazione di tale condizione, in particolar modo entro le recenti classificazioni ICD-11 e DSM-5 TR che sostituiscono le più stigmatizzanti diagnosi si "Disturbo dell'Identità di Genere" o la più recente "Disforia di Genere" con "Incongruenza di Genere".

Nell'ultima parte l'articolo delinea i tratti della lotta per i diritti delle persone transgender avvenuta in Italia negli ultimi decenni fino ad arrivare ai dibattiti contemporanei sul come promuovere maggiore giustizia sociale e introdurre leggi e politiche che proteggano le persone transgender dalla discriminazione e garantiscano loro il pieno accesso ai servizi e ai diritti umani fondamentali. Lo scritto si conclude sottolineando l'importanza di promuovere l'uguaglianza di genere e il rispetto per l'identità di genere di ciascun individuo come elemento essenziale per costruire una società più inclusiva.

**Parole chiave:** *identità di genere, non-binary, queer, deopatologizzazione, studi queer.*

### **Abstract** - Gender incongruence and emerging subjectivities

*The article presents a definition and reflection on Gender Incongruence, a complex condition that occurs when an individual's gender identity, their deep inner sense of being male, female, or beyond binary categories, does not align with their assigned sex at birth. This dissonance between gender identity and biological sex can cause psychological distress. Transgender individuals, who often experience gender incongruence, may face discrimination, social ostracism, and limited access to healthcare services. Understanding gender incongruence is crucial for building an inclusive and diversity-respecting society.*

*This condition has often been subject to radical medicalization, frequently associating it with psychopathological aspects and including it within psychiatric nosology. However, recent developments have seen a gradual deopathologization of this condition, particularly*

\* Dipartimento di Scienze Sociali e Statistiche, Università di Napoli Federico II.

\*\* Facoltà di Scienze Politiche, Sociologia, Comunicazione, Sapienza Università di Roma.

\*\*\* Facoltà di Medicina e Psicologia, Sapienza Università di Roma.

\*\*\*\* Centro Sinapsi Università di Napoli Federico II; Osservatorio Nazionale Identità di Genere - ONIG.

*in the recent ICD-11 and DSM-5 TR classifications. These newer classifications replace the more stigmatizing diagnoses of “Gender Identity Disorder” or the more recent “Gender Dysphoria” with “Gender Incongruence”.*

*In the final part of the article, it outlines the struggles for transgender rights in Italy over the past decades, leading to contemporary debates on promoting greater social justice and introducing laws and policies to protect transgender individuals from discrimination and ensure their full access to fundamental human rights and services. The article concludes by emphasizing the importance of promoting gender equality and respect for the gender identity of each individual as essential elements for building a more inclusive society.*

**Key words:** gender identity, non-binary, queer, depathologization, LGBTQ+ studies.

## 1. Incongruenza di genere: definizioni

Pensa ad una persona. Un essere umano. Un soggetto.

Come lo/la stai immaginando? Molto probabilmente stai pensando a un uomo o a una donna, non a un soggetto neutro. La prima informazione di cui sentiamo di avere bisogno per creare un’immagine di un essere umano nella nostra mente è il suo sesso, perché immaginare significa dare corpo a un pensiero e un corpo, per come siamo soliti immaginarlo, è prima di tutto sessualizzato: è il sesso la caratteristica preliminare richiesta dalla nostra capacità immaginativa per la raffigurazione mentale di una persona.

In realtà, a quella persona – che, sulla base dell’aspetto che mostra, immaginiamo essere un uomo, potrebbe non essere stato assegnato al sesso maschile alla nascita o al sesso femminile, se la immaginiamo come una donna. Questo perché, ciò che la nostra mente si raffigura è un corpo che ha fattezze maschili o fattezze femminili, ovvero, il modo con cui quella persona mostra se stessa. Ciò implica che, non possiamo dire che di un soggetto immaginiamo il suo sesso biologico, immaginiamo il modo in cui si rappresenta e si autodetermina. E sono quindi i concetti di “sesso biologico” e “identità di genere” (legata alla sua espressione) sono i primi da dover approfondire prima di potere comprendere a pieno l’incongruenza di genere.

Quando parliamo di incongruenza di genere facciamo riferimento ad un termine descrittivo generale che si riferisce al disagio che può accompagnare l’incorrispondenza tra il proprio genere vissuto o espresso e il proprio genere come è stato assegnato alla nascita (OMS, 2022).

Questo concetto sarà approfondito più avanti, al momento per restituire una visione quanto più comprensibile della complessità del tema è necessario proseguire per step partendo dalla macro dimensione identitaria che racchiude tutti gli altri concetti riguardanti il genere e le sue varianti. Il primo concetto che va definito è quello di identità sessuale che indica l’ampio insieme dei piani, delle dimensioni e degli aspetti con cui una persona si identifica in riferimento a questa specifica dimensioni dell’identità. Essa è composta da almeno quattro fattori: sesso biologico, identità di genere, dal ruolo/espressione di genere e l’orientamento sessuale, ed è il risultato di un complesso processo denotato dall’interazione tra aspetti biologici, psicologici, socioculturali ed educativi.

Il sesso biologico, ovvero la conformazione biologica del corpo, è definito dal patrimonio genetico, dai cromosomi sessuali (assetto cromosomico), dagli ormoni (assetto endocrino), caratteri sessuali primari (gonadi maschili e femminili) e dai caratteri sessuali secondari (peli, mammelle, grasso sottocutaneo, timbro della voce e sistema muscolo-scheletrico). Va, però segnalato che non basta il sesso biologico, per definire l'identità sessuale di una persona. Il sesso ha a che fare con la biologia dal momento che si riferisce ai corpi, all'anatomia, al corredo cromosomico tuttavia, non è sintetizzabile meramente nel sesso anatomico – preso in considerazione per assegnare il genere alla nascita. Questo introduce al concetto di identità di genere, che si riferisce alla percezione che ogni persona ha di sé e del proprio essere maschio o femmina.

Ci riferiamo, cioè, al senso intimo, profondo e soggettivo che ciascuno di noi ha di appartenere a un sesso e non all'altro. È un tratto permanente e stabile, solitamente fissato intorno ai tre anni e misurato attraverso la domanda: 'Sei/ti senti maschio o femmina?' (Stoller, 1968).

Difatti è il genere più del sesso a detenere un'importanza centrale all'interno della nostra vita ancora prima che arriviamo al mondo. Nel periodo di gestazione la curiosità di conoscere l'imminente esistenza della persona che sta per nascere si concretizza nella domanda: 'è un maschietto o una femminuccia?'. Perché non sta arrivando al mondo una persona ma un uomo o una donna; ed è nell'immaginario sessualizzato che prendono forma tutte le aspettative connesse al genere, quelle che siamo stati e siamo educati a rispettare prima ancora di esistere, secondo le norme sociali e culturali che prescrivono, nell'ottica del binarismo di genere, l'esistenza di soli due generi: maschile e femminile.

Nel caso specifico dell'incongruenza di genere descriviamo quelle situazioni in cui l'identità di genere di una persona non è congruente al sesso assegnato alla nascita. Facciamo, cioè, riferimento ad una persona che non presenta differenze nello sviluppo sessuale fisicamente rilevabili, ma sente di non identificarsi col genere assegnatole alla nascita. A tal proposito ricordiamo che l'identità di genere di ogni individuo può essere "congruente" con il sesso che gli è stato assegnato alla nascita, e in tal caso parliamo di persona cisgender, oppure "incongruente", in tal caso la persona sarà nominata transgender.

Il termine cisgender può essere considerato il contrario del termine transgender, che comprende un insieme di identità che "tra(n)sgrediscono" le norme di genere socialmente definite. Il termine trans con l'asterisco (*trans\**) è spesso usato nella forma scritta per identificare che ci si sta riferendo a questo ampio gruppo di persone che include, in particolare, tutte le persone che si identificano come non binarie, cioè persone che non si identificano strettamente nel genere maschile o femminile. Proseguendo nella definizione delle varie soggettività connesse con l'incongruenza di genere, può essere utile sottolineare che con l'espressione donna trans, ovvero AMAB (assigned male at birth), si indica una persona assegnata alla nascita come maschio e che si identifica nel genere femminile; con l'espressione uomo trans ovvero AFAB (assigned female at birth) si indica

una persona assegnata alla nascita come femmina e che si identifica nel genere maschile. A proposito del termine Transessuale, ricordiamo che questo, a differenza del termine transgender, non va considerato un termine ombrello: infatti, alcune persone transgender non si identificano come transessuali e, allo stesso tempo, alcune persone transessuali non si identificano come transgender. Il termine transessuale ha due definizioni ben distinte: in passato veniva utilizzato per le persone che avevano deciso, o erano state costrette per ottenere il cambio anagrafico sulla base della legge vigente a sottoporsi a una transizione medicalizzata tramite terapia ormonale e operazioni chirurgiche per l'affermazione di genere. Nell'ultimo decennio, invece, viene utilizzato da parte della comunità come termine che fa riferimento alle persone trans binarie, in contrapposizione a quelle non binarie, infatti, alcune identità di genere si strutturano come 'diverse' rispetto alle norme socio-culturali fondate sul binarismo di genere, ovvero su quel costrutto socio-culturale che presuppone e impone l'esistenza di due generi: maschile e femminile (M/F).

Con il termine non binario (*non-binary*) facciamo riferimento a un termine ombrello che racchiude numerose identità di genere, tra cui *genderfluid*, *bigender*, *genderqueer* e *agender*. Le persone non binarie possono identificarsi sia con il genere maschile che con quello femminile o non si riconoscono in nessuno dei generi basati sul codice binario M/F. Le persone *non-binary* spesso non richiedono l'assunzione di una terapia ormonale femminilizzante/mascolinizzante e/o non sentono il bisogno di sottoporsi a interventi chirurgici.

Come abbiamo avuto modo di rilevare fin ora, questa tematica presenta continue evoluzioni che si esprimono attraverso definizioni che riconoscono nuove soggettività, e a tal proposito facciamo presente che di recente, l'ultima e ottava edizione degli Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People (SOC-8) (Coleman *et al.*, 2022), introduce il termine gender diverse, al posto di gender non conforming, che in passato è stato ampiamente utilizzato per descrivere le persone di genere "non conforme". Tale proposta è stata pensata dalla task force che ha elaborato la SOC-8 per garantire una lettura meno patologizzante e stigmatizzante delle "varianze di genere" (gender variance) proponendo l'espressione "transgender e gender diverse", sintetizzata in TGD, per rendere più ampia e completa possibile la descrizione dei membri delle molte e varie comunità a livello globale di persone con identità o espressioni di genere che differiscono dal genere socialmente attribuito al sesso loro assegnato alla nascita. Ciò include le persone che hanno esperienze, identità o espressioni culturalmente specifiche e/o linguistiche e/o che non sono basate su o racchiuse da concettualizzazioni occidentali del genere o dal linguaggio utilizzato per descriverlo. Il termine evita un' enfasi eccessiva sul termine transgender, integrando più facilmente le identità ed esperienze di genere non binarie. Evitando il termine gender non conforming si conferisce un riconoscimento della natura mutevole del linguaggio, dal momento che ciò che è attuale ora può non essere così nei prossimi anni. Pertanto, il termine TGD è stato scelto con l'intento di essere più inclusivo possibile e di evi-

denziare le diverse identità di genere, le espressioni, le esperienze e i bisogni di assistenza sanitaria a loro relativi.

Si comprende che, se il sesso è quello definito biologicamente e si presenta attraverso un apparato e attributi esterni e interni, quando facciamo riferimento all'identità di genere, facciamo riferimento a una costruzione culturale sulla base della quale avviene il riconoscimento sociale e giuridico di un individuo.

Un altro fattore che costituisce l'identità sessuale è l'espressione di genere, ovvero la dimensione visibile ed esteriore del genere di un soggetto, cioè: *a)* l'insieme dei comportamenti, atteggiamenti e modalità di presentazione sociale riconosciuti, nell'ambito di uno specifico contesto socio-culturale, come tipicamente maschili o femminili) l'aspetto fisico (vestiario, capelli, trucco, ecc.) che fanno capire e comunicano agli altri quanto un individuo aderisca o meno alle norme sociali e alle aspettative culturali di come uomini e donne debbano essere.

Quando parliamo di "ruolo di genere", invece, facciamo riferimento: *a)* alla pressione sociale derivante dalle aspettative che in un dato contesto culturale e in un determinato periodo storico la società ha stabilito come un uomo o una donna debbano comportarsi e apparire; *b)* al grado di adattamento alle norme condivise su manierismi, adornamenti, tratti di personalità, vocabolario, interessi e abitudini. L'esempio più tipico è l'aspettativa sociale che una bambina giochi con le bambole e non sia coinvolta in giochi violenti.

Infatti, già prima di ricevere in ambito familiare o scolastico una diretta educazione di genere, siamo indirettamente esposti nei diversi contesti sociali a interiorizzare i modelli di genere, ovvero, siamo spinti ad apprendere fin dall'infanzia le norme sociali legate ai ruoli di genere: questo processo di socializzazione, tramite l'interiorizzazione di tali norme, contribuisce a creare il ruolo di genere soggettivo dell'individuo.

Per meglio comprendere questo concetto soffermiamoci sul potere simbolico che il nome detiene nella creazione identitaria di una persona. Il nostro nome è la prima categoria lessicale in cui ci abituiamo a esistere: un susseguirsi di lettere minuscole dopo una maiuscola che determinano chi siamo, pertanto, la nostra identità. Non siamo noi a sceglierlo eppure è ciò che più sentiamo nostro. Se siamo in una stanza e qualcuno fa il nostro nome, ci viene istintivo aumentare l'attenzione per verificare se stanno facendo riferimento a noi. Non l'abbiamo scelto eppure ci siamo abituati a riconoscerci e a essere identificati in quel nome: riconosciamo noi stessi nel suo suono, nella sua forma. Nella quasi totalità dei casi, a parte i pochissimi nomi neutri possibili in italiano, i nomi propri di persona sono divisi per genere: se sei un maschio, sarai dichiarato all'anagrafe con un nome maschile. Se sei una femmina, sarai dichiarata all'anagrafe con un nome femminile. Potrai essere Sandra o Sandro e non Sandr\* (l'asterisco viene spesso utilizzato per evitare di dare una connotazione di genere alle parole. Al suo posto possono essere utilizzati pure la desinenza in U e lo schwa ə (Manera, 2021), e in questo o quel nome saranno contenute le aspettative binarie che la società ripone su tutti noi.

L'ultimo fattore dell'identità sessuale è l'orientamento sessuale, che indica la direzione della sessualità e dell'affettività, al livello comportamentale o fantasmatico, verso persone: dello stesso genere (omosessuale), di genere opposto (eterosessuale), di due o più generi (bisessuale). Esistono poi persone che si definiscono asessuali, che non avvertono attrazione sessuale verso nessun genere, ovvero non provano alcun interesse verso la sfera sessuale (salvo alcune sfumature grigie dell'asessualità definite con la "demisessualità", orientamento di chi prova attrazione sessuale solo verso persone con cui ha stretto un forte legame ed un coinvolgimento emotivo).

È importante specificare che identità di genere e orientamento sessuale sono due concetti ben distinti tra loro. Infatti, un uomo trans attratto (solo) da donne è un uomo eterosessuale e se attratto (solo) da uomini è un uomo omosessuale, così come una donna trans attratta (solo) da uomini è una donna eterosessuale e se attratta (solo) da donne si identifica come una donna lesbica.

Illustrate le definizioni necessarie alla comprensione del testo e prima di provare a restituire i relativi passaggi da una narrazione scientifica patologizzante ad una che mette al centro l'autodeterminazione di genere, risulta funzionale all'adozione di un approccio depatologizzante riflettere sul fatto che l'identità transessuale nasce soltanto con la medicina occidentale e, prima ancora, con il modo in cui l'occidente ha imparato a guardare al corpo come a un oggetto, come ad altro da sé.

## 2. Dal disturbo dell'identità di genere alla disforia/incongruenza di genere

La classificazione diagnostica relativa alle questioni inerenti all'identità di genere ha subito numerose importanti trasformazioni negli ultimi decenni, cambiamenti che sono stati oggetto di profondi e lunghi dibattiti entro la comunità scientifica e all'interno delle task force impegnate nella ridefinizione dei principali sistemi di classificazione.

C'è subito da dire che la classificazione di una diagnosi è sempre fortemente in relazione alla sua concettualizzazione e al contesto storico-culturale entro cui è prodotta. Questo è vero in particolar modo per le diagnosi inerenti all'orientamento e all'identità di genere, che, come vedremo, sono fortemente legate a processi di legittimazione sociale e di avanzamento dei diritti LGBTQ+ a partire dagli anni '70. Vogliamo rendere consapevole il lettore che durante gli anni la terminologia ha subito frequenti mutamenti, frutto di un processo volto alla "normalizzazione" di tali categorizzazioni e quindi alla produzione di dispositivi linguistici maggiormente inclusivi. La trasformazione linguistica è qui il prodotto di un più profondo processo storico-culturale che ha, prima patologizzato le condizioni atipiche legate all'identità di genere, fino ad arrivare negli ultimissimi tempi, in cui sono stati effettuati numerosi sforzi volti alla depatologizzazione. Diversamente dall'omosessualità, la cui diagnosi è stata espunta dalle classificazioni diagnostiche, diagnosi ine-

renti a dimensioni atipiche del genere sono ancora presenti. Da una prospettiva storica, la classificazione delle diagnosi di identità di genere come disturbi mentali sembra fortuita, basata più sugli atteggiamenti sociali prevalenti della metà del XX secolo che sulle prove scientifiche disponibili.

La più aggiornata edizione del DSM-5-TR (2022) attualmente presenta una diagnosi di “disforia di genere”, diagnosi coniata entro il DSM-5 nel 2013 in sostituzione della più stigmatizzante diagnosi di “disturbo dell’identità di genere”. Il gruppo di lavoro del DSM-5 aveva inizialmente suggerito “l’incongruenza di genere” come sostituto del disturbo dell’identità di genere, tuttavia una serie di consultazioni pubbliche, principalmente con medici, ha portato a utilizzare “disforia di genere” (un termine che esisteva già in letteratura).

Diversamente per quanto riguarda l’ICD, quando il gruppo di lavoro dell’ICD-11 ha deciso di dare un nome alla diagnosi, si è optato per “incongruenza di genere” perché dal momento che la diagnosi era spostata al di fuori dalla sezione dei disturbi mentali dell’ICD, il termine “disforia” alludeva inesorabilmente troppo ad una dimensione psicopatologica.

Entrambi i gruppi di lavoro del DSM e dell’ICD hanno deciso che, nonostante lo stigma associato a una diagnosi, mantenere una diagnosi di genere in età adolescenziale e adulta fosse necessario per garantire alle persone che ne avvertono la necessità l’accesso alle terapie affermative del genere, soprattutto in quei contesti dove sono le assicurazioni a coprire, sulla base di una diagnosi che confermi l’identità di genere di una persona, le spese mediche e chirurgiche. Per quanto riguarda la diagnosi di genere infantile, data l’eterogeneità di questa popolazione clinica e considerando che la disforia di genere non persiste nella maggior parte dei bambini, dovrebbe essere mantenuta una diagnosi infantile di disforia di genere (DSM-5 TR) e incongruenza di genere (ICD-11) per facilitarne la valutazione continua e la gestione durante l’infanzia pur riconoscendo l’incertezza del risultato. Il trattamento dei bambini in età prepuberale rimane un argomento controverso poiché alcune ipotesi sottostanti dei medici curanti sono una questione di opinione piuttosto che di dati empirici (Drescher, 2015).

La diagnosi ICD-10 di transessualismo è stata inquadrata come una questione di diritti umani su cui l’OMS ha ricevuto notevoli comunicazioni e interesse dalle varie parti interessate. Molti sostenitori in diversi paesi, il Commissario per i diritti umani del Consiglio d’Europa e il Parlamento Europeo hanno preso posizioni forti sul fatto che le questioni relative all’identità transgender non dovessero essere classificate come disturbi mentali nell’ICD-11. Quest’ultimo “invita la Commissione e l’Organizzazione Mondiale della Sanità a non inserire i disturbi dell’identità di genere dall’elenco dei disturbi mentali e comportamentali e a garantire una riclassificazione non patologizzante nei negoziati sull’undicesima versione della Classificazione internazionale delle malattie (ICD-11)”.

Mentre i disturbi mentali sono stigmatizzanti, la stigmatizzazione combinata di essere transgender e di avere una diagnosi di disturbo mentale può creare una situazione doppiamente gravosa per i membri di questa popolazione che contri-

buisce negativamente al loro stato di salute e al loro benessere e al raggiungimento dei diritti umani. Ad esempio, è molto più probabile che alle persone transgender venga negata l'assistenza in strutture mediche generali o territoriali, data la percezione che debbano essere curate da specialisti psichiatrici, anche per condizioni che non hanno nulla a che fare con l'essere transgender.

Lo spostamento della disforia di genere dall'elenco dei disordini mentali alla tematica della salute sessuale ha lo scopo di eliminare lo stigma che grava su queste persone e di agevolare la possibilità di autodeterminazione, ad esempio, sulla scelta del nome da usare, situazione che, ad oggi, in molti stati, è ancora legata alla necessità di ottenere una diagnosi. È da precisare, però, che mentre la disforia di genere è ancora considerata una condizione di salute mentale nel Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, (DSM-5-TR) dell'APA, l'incongruenza di genere non è più vista come patologia o come disturbo mentale dall'OMS.

Tuttavia, anche se l'incongruenza di genere è riconosciuta solo come una "condizione" nell'ICD-11, a causa dello stigma storico e attuale, le persone TGD possono sperimentare ansiosità o disforia che possono essere affrontate con varie opzioni di trattamento di affermazione di genere.

### 2.1. *Stime della popolazione TGD e limiti dell'eziologia per l'incongruenza di genere*

All'interno degli Standards of Care versione 8 della WPATH (Coleman *et al.*, 2022) vengono analizzati diversi aspetti relativi alla valutazione delle dimensioni e della distribuzione della popolazione transgender e di genere diverso (TGD), sottolineando la necessità di evitare i termini "incidenza" e "prevalenza" per evitare una patologizzazione inappropriata delle persone TGD, raccomandando l'utilizzo di termini "numero" e "proporzione" per indicare la dimensione assoluta e relativa della popolazione TGD.

Un aspetto cruciale riguarda la definizione di TGD utilizzata negli studi: mentre alcuni si basano sul numero di diagnosi o consulenze, altri si basano su identità di genere auto-determinate. È importante in questi casi considerare la definizione utilizzata e la cornice di campionamento per ottenere stime accurate della popolazione TGD.

Nel documento della WPATH sono presentati gli studi in merito divisi in tre gruppi: quelli che stimano le proporzioni di persone TGD nei sistemi sanitari, quelli basati su indagini sulla popolazione di adulti e quelli che coinvolgono giovani nelle scuole. Gli studi basati sui sistemi sanitari negli Stati Uniti riportano percentuali tra lo 0,02% e lo 0,08% di persone TGD, mentre indagini basate su risposte auto-dichiarate mostrano stime più elevate, con circa lo 0,5% degli adulti negli Stati Uniti che si identificano come transgender. Gli studi condotti in Olanda e Belgio riportano percentuali di incongruenza di genere tra lo 0,6% e l'1,1%. Uno studio svedese ha identificato lo 0,5% degli adulti come persone TGD che richiedono terapie ormonali o interventi chirurgici per l'affermazione di genere.

Infine, vengono menzionati studi sulla popolazione TGD in Brasile, che riportano una percentuale dell'1,9%, e studi sulle proporzioni della popolazione TGD giovanile in Nuova Zelanda, con il 2,5% degli studenti delle scuole secondarie che si identificano come TGD.

Diversi studi condotti sugli adolescenti e sui bambini transgender (TGD) negli Stati Uniti riportano che le percentuali di persone TGD variano a seconda dello studio e del metodo di identificazione utilizzato.

Uno studio condotto in Minnesota nel 2016 ha rilevato che il 2,7% degli studenti intervistati tra la nona e l'undicesima classe si identificava come TGD. Un altro studio condotto su studenti delle scuole superiori tra la nona e la dodicesima classe in diversi stati statunitensi ha rilevato che l'1,8% si identificava come transgender, mentre l'1,6% non era sicuro della propria identità di genere.

Un altro studio condotto in Florida e in California nel 2015 ha rilevato che l'8,4% degli studenti si identificava come TGD, con differenze tra gli studenti assegnati maschi alla nascita (AMAB) e quelli assegnati femmine alla nascita (AFAB). Inoltre, uno studio condotto su studenti di età compresa tra l'11 e i 13 anni ha rilevato che l'1,3% si identificava come TGD.

È interessante notare come le percentuali di persone TGD negli studi basati su dati clinici o codici diagnostici variano tra 0,02% e 0,08% ma tuttavia, quando è stata utilizzata l'auto-identificazione come metodo di identificazione, le percentuali diventano più elevate, variando dall'0,3% al 0,5% negli adulti e dall'1,2% al 2,7% tra i bambini e gli adolescenti. Ampliando la definizione di TGD per includere altre forme di diversità di genere, come l'incongruenza di genere o l'ambivalenza di genere, le percentuali diventano ancora più alte.

Ci sono evidenze che la popolazione TGD sia in aumento nel tempo, sia in termini di dimensioni che di composizione e non si può escludere la presupposizione che la dimensione della popolazione TGD sia stata sottostimata negli studi precedenti a causa di errori metodologici.

Infine, è stato osservato un cambiamento nel rapporto tra le persone AMAB e AFAB, con una maggiore proporzione di persone AFAB che si identificano come TGD negli ultimi anni. Questo potrebbe essere influenzato da progressi sociopolitici, il migliore accesso all'assistenza sanitaria e alle informazioni mediche, alla riduzione dello stigma culturale e altri fattori.

Tuttavia, è importante notare che la letteratura disponibile risulta limitata e vi è ancora bisogno di ulteriori ricerche su questo argomento soprattutto al di fuori dell'Europa Occidentale e del Nord America.

Per quanto riguarda l'eziologia dell'incongruenza di genere – se ancora così si può declinare in un approccio depatologizzante – nel corso degli anni, sono state proposte diverse spiegazioni sull'origine dell'incongruenza di genere, inclusi fattori ormonali prenatali, dinamiche familiari e condizioni cliniche. Comprendere l'eziologia dell'incongruenza di genere può essere importante per guidare gli interventi adeguati e prevenire i rimpianti legati a una “medicalizzazione eccessiva e precipitosa” (Pazos Guerra *et al.*, 2020). Alcuni hanno proposto che l'incon-

gruenza di genere derivi da un'esposizione non normativa agli ormoni nell'utero. Secondo questa visione, l'eccesso di testosterone nella femmina, o il suo difetto nel maschio, potrebbe plasmare il cervello in modo insolito, inclinando questi soggetti verso la formazione di un'incongruenza di genere. Altri hanno ipotizzato che l'incongruenza di genere potrebbe essere indotta dal sistema familiare. Da questa prospettiva, l'incongruenza di genere sarebbe una risposta del bambino per risolvere un conflitto parentale inconscio, consentendo l'omeostasi del sistema. Ci sono anche alcuni teorici che ipotizzano l'incongruenza come conseguenza di una condizione clinica. Ad esempio, è stato ipotizzato che l'ossessività e la rigidità dei pazienti con disturbo dello spettro autistico (ASD) potrebbero portarli a una fissazione con questioni di genere, facilitata dalla loro difficoltà nel tollerare l'ambiguità. Infine, ci sono altre teorie che propongono che per sviluppare incongruenza di genere devono essere presenti molteplici fattori e che ogni caso possa essere configurato in modo singolare.

Ad oggi, la letteratura scientifica evidenzia che non esiste una causa unica per l'incongruenza di genere e che ogni caso può essere unico identificando correlazioni significative tra l'incongruenza di genere e fenomeni biologici, sociali e psicologici. Tuttavia, le revisioni della letteratura esistenti hanno alcune limitazioni, come la mancanza di un approccio sistematico e la mancata esplicitazione del livello di evidenza per i fattori proposti.

Per la prima volta, nonostante siano state pubblicate review sull'eziologia dell'incongruenza di genere in passato, questa viene portata avanti sistematicamente da Juan Pablo Rojas Saffie e Nicola's Eyzaguirre Bauerle in "Etiology of gender incongruence and its levels of evidence: A scoping review protocol". Il lavoro sottolinea l'importanza di rendere esplicito il livello di evidenza delle fonti per consentire una valutazione adeguata dello stato dell'arte.

Nel capitolo sugli adolescenti negli Standard di Cura per la Salute delle Persone TDG si afferma che il compito principale dei fornitori di assistenza è valutare la sfida della relazione tra salute mentale e comprensione di sé dell'adolescente riguardo alle necessità di cura legate al genere, sottolineando anche l'importanza di saper differenziare l'incongruenza di genere da altre manifestazioni della salute mentale.

La scoping review sottolinea che, sebbene il trattamento di prima linea per l'incongruenza di genere sia stato principalmente basato sulle cure mediche di affermazione di genere, negli ultimi due anni diverse autorità sanitarie internazionali stanno riconsiderando l'uso di ormoni come prima opzione e stanno privilegiando la psicoterapia sottolineando la necessità di un approccio individualizzato e di una valutazione approfondita di tutti gli aspetti dell'identità di genere e del funzionamento generale prima di prendere decisioni sul trattamento.

In conclusione, i risultati della recente review affermano che l'incongruenza di genere risponde a molteplici eziologie e che non tutte le persone traggono beneficio dalle cure mediche di "gender affirming" (affermazione di genere) come trattamento di prima linea. Pertanto, si sottolinea la necessità di una revisione si-

stematica sull'eziologia dell'incongruenza di genere per fornire una visione chiara delle cause, dei fattori correlati e del livello di evidenza delle fonti, al fine di identificare eventuali lacune nella letteratura scientifica e di orientare i professionisti nelle decisioni di trattamento.

### 3. Storia del Movimento Trans

La storia del movimento TGD può essere definita una “storia dal basso” che evidenzia diverse complessità che la storia *mainstream* non prende in considerazione. Solitamente, i moti di Stonewall (28 giugno 1969) vengono identificati simbolicamente come il punto di inizio per quello che sarà il movimento di liberazione omosessuale, e in generale LGBTQ+, in tutto il mondo. La rivolta, che prende il nome dallo storico locale Stonewall Inn, del Greenwich Village di New York, fece emergere tutta la rabbia per il modo in cui era stata trattata la comunità LGBTQ+ nei decenni precedenti – comunità in quel momento non ancora nata e mai veramente coesa. Ma l'inizio della lotta delle persone trans\* è antecedente a questo evento, infatti, nell'agosto del 1966 vi fu a San Francisco la sommossa della *Campston's Cafeteria* (Stryker, 2008). Questa sommossa fu la prima che portò dei cambiamenti per le persone TGD, tra cui un miglior trattamento da parte della polizia e la nascita di *Conversion Our Goal* nel 1967, il primo gruppo di supporto TGD *peer to peer* (ivi, p.75). Un altro gruppo di attivisti, insieme al dottor Joel Fort, aprirono nel Dipartimento di Salute Pubblica a San Francisco il *Center for Special Problems*, il quale diventò un punto di riferimento per le persone che avevano bisogno di counseling psicologico, terapia ormonale e operazioni per l'affermazione di genere. Inoltre, il Centro dava alle persone trans delle carte d'identità congruenti con il loro genere percepito, su cui veniva specificato che il soggetto era in cura per “transsessualismo”. I documenti specificanti l'identità trans della persona, davano loro la possibilità di vivere nella società nel loro genere esperito, ad esempio aprendo conti in banca e utilizzandoli per il lavoro.

Dopo i Moti di Stonewall e la creazione della *Gay Liberation Front*, la maggioranza formata da uomini cisgender bianchi e omosessuali cominciò a spingere le donne cisgender, le persone nere e le persone TGD sempre più ai margini. Questo portò a numerose divisioni interne e alla nascita di altre associazioni, tra cui quella di STAR (*Street Transvestite Action Revolutionaries*) da parte di Marsha P. Johnson e Sylvia Rivera, dopo che le istanze proposte dalle persone TGD furono eliminate dalle priorità delle associazioni gay (Stryker, 2008).

Così come negli Stati Uniti, negli anni '60 il contesto socioculturale italiano relegava la narrazione TGD nell'invisibilità, nell'indicibile sommerso, nascosta nell'ombra della notte, dall'altra parte della normalità, sui marciapiedi del quotidiano, ai margini della strada e fuori dai binari. Lo stigma e l'esclusione totale erano elementi costitutivi dell'identità trans.

Gran parte delle donne trans\* si determinava nell'emarginazione attraverso all'esercizio della prostituzione, talvolta la pratica principale della sopravvivenza

che ha influito nella creazione di pregiudizi e stereotipi ancora oggi persistenti nell'immaginario collettivo.

A Milano, nell'estate 1979, precisamente nella piscina comunale dell'Idroscalo, un folto gruppo di persone transgender che si erano sottoposte a interventi di mastoplastica additiva, capeggiate dalla siciliana Pina Bonanno, inscenarono una provocatoria protesta: si tolsero il reggiseno e rimasero con i seni al vento dichiarando: *«la nostra identità femminile non è riconosciuta e noi indossiamo il costume da uomo»*. Rimanere a seno nudo ed esibire la fisicità era il rappresentante di una chiara appartenenza di genere. Fu la prima protesta visibile e mediaticamente forte che fu capace di innescare la miccia e far dilagare reazioni e proteste in tutta Italia. Subito dopo nacque il Movimento Italiano Transessuale (MIT; oggi Movimento Identità Trans), la realtà associativa in cui convergevano tutte le persone trans\* che in quel momento erano visibili. La proposta di legge sul cambio anagrafico del sesso per le persone transessuali fu immediatamente successiva, risalendo infatti al 27 febbraio 1980. La prima manifestazione nazionale del neonato MIT avvenne il 30 ottobre 1980 a Roma, quando una delegazione dell'associazione incontrò Nilde Iotti. La presidente della Camera dei deputati espresse il suo impegno formale a portare all'attenzione del Parlamento la questione con la relativa proposta di legge presentata da Franco De Cataldo, esponente del Partito Radicale, sul cambio anagrafico dei documenti delle persone transessuali. Pochi mesi dopo, il MIT attuò una manifestazione pubblica – precisamente il 7 e l'8 dicembre 1980 – contemporaneamente al congresso regionale del Partito Radicale toscano presso l'hotel Michelangelo a Firenze. Si trattò di quello che venne definito dalla stampa e dalle esponenti del MIT “sciopero della prostituzione”, ovvero l'astensione e il rifiuto collettivo di quell'esercizio coatto imposto dalla condizione di emarginazione in cui versavano le donne transgender negli anni Ottanta. È nel gennaio del 1981 che avvenne la prima iniziativa formale, quando una delegazione fiorentina composta da Antoine Moschonas e Giorgio De Plato – entrambi afferenti al consiglio federale regionale del Partito Radicale – e da Roberta Anichini e Stefania Paschini – esponenti del MIT – venne ricevuta a Palazzo Vecchio dal sindaco Gabbuggiani. L'evento è storicamente rilevante perché per la prima volta un sindaco accettò di ricevere e accogliere le donne transgender presso un palazzo pubblico per discutere delle loro problematiche. Le richieste che la delegazione pose al sindaco furono essenzialmente tre: solidarietà e appoggio alla proposta di legge per il riconoscimento anagrafico delle persone che si sono sottoposte all'intervento ai caratteri sessuali primari per l'affermazione di genere; un intervento presso il prefetto e il questore affinché questi non applicassero le misure del Codice Rocco, che ponevano sullo stesso piano delinquenti, mafiosi e travestiti; infine, una pressione affinché anche in Italia fosse consentito intervenire chirurgicamente sul proprio corpo. L'incontro rappresentò un successo. Infatti, il sindaco si impegnò formalmente a accogliere le richieste delle donne transgender, a esaminare i loro reali problemi, a raccogliere le informazioni necessarie alla corretta analisi del tema e dei meccanismi legali che la regolano. La strategia del MIT era quella di avviare

colloqui e negoziazioni con il mondo politico istituzionale e al contempo rendere visibile la questione trans\*. Quel percorso portò all'approvazione il 14 aprile 1982 della Legge 164 denominata "Norme in materia di rettificazione di attribuzione di sesso". L'importanza di quella legge oltre all'opportunità di avere accesso agli interventi per l'affermazione di genere, andava ricercata nella possibilità giuridica di riconoscere alle persone, che erano già intervenute sul proprio corpo, la rettifica anagrafica, e pertanto l'ottenimento di documenti congruenti al proprio genere. Conquistato il diritto di esistere ed essere riconosciute come persone, bisognava, e bisogna ancora, conquistare i relativi diritti che avrebbero potuto dare forma e sostanza a tale principio. Ci riferiamo, cioè, al diritto al lavoro, alla casa, agli affetti, alla difesa dalla violenza e dalla sopraffazione, al riconoscimento anagrafico della propria identità senza l'obbligo di diagnosi di disforia di genere e al di là della terapia ormonale e dell'intervento chirurgico di affermazione di genere, alla salvaguardia della salute e del benessere nelle scuole, nelle università e a lavoro, così come nelle carceri e nei centri di accoglienza. Tutte questioni che hanno dato forma e vita al prezioso percorso di associazioni e movimenti che, oggi, oltre a essere osservatori attenti, difendono le conquiste e garantiscono i diritti.

### 3.1. *Gli ultimi avanzamenti in Italia*

Dopo la vittoria negli anni Ottanta, i cambiamenti nella giurisprudenza sono stati e sono tuttora lenti rispetto al resto dei paesi dell'Europa occidentale. Difatti, solamente nel 2015 la Cassazione ha affermato che non è necessario né intervenire chirurgicamente sui caratteri sessuali primari né sottoporsi forzatamente alla sterilizzazione per rettificare i documenti (n. 15138 del 20 luglio 2015). Mentre solo nel 2022, nello specifico il 7 marzo, è stata riconosciuta a una persona non binaria la rettifica anagrafica senza la costrizione della terapia ormonale dal Tribunale di Roma – senza che avesse patologie che le precludessero la terapia. Le passate interpretazioni della legge, oltre che patologizzanti sono ed erano contro il diritto all'autonomia e all'autodeterminazione di tutta la comunità trans\*. Nonostante ciò, la vittoria del 1982 ha per la prima volta posto alle istituzioni l'assunzione di responsabilità in merito al percorso medico-sanitario, creando le basi per la nascita di tutti quei centri specializzati o consultori che oggi garantiscono salute e benessere alla popolazione trans\*.

Ulteriori cambiamenti sono legati al mondo scolastico, universitario e lavorativo. Nell'anno accademico 2002/2003 all'Università di Torino fu introdotto il doppio libretto – un dispositivo nato con l'intento di dare alle persone trans\* la possibilità di frequentare l'università venendo riconosciute nel genere esperito, senza timore di essere umiliate e ridicolizzate dai loro colleghi e docenti durante le lezioni e gli esami. Mentre nel 2012, dopo la dematerializzazione del libretto universitario, sempre nell'Università di Torino, nacque la carriera alias (Russo e Valerio, 2019). L'ultima mappatura, avvenuta nel 2018, segnala come dei 68 atenei pubblici 32 offrono la carriera alias e 6 il doppio libretto (v. [universitrans.eu](http://universitrans.eu)).

Per le scuole si dovrà attendere all'anno scolastico 2018/2019, anno nel quale alcune scuole secondarie di secondo grado hanno introdotto la carriera alias per i loro studenti trans\*. Ad oggi, maggio 2023, sono 222 le scuole di ogni ordine e grado che hanno approvato e regolamentato la carriera alias (v. [agedonazionale.org](http://agedonazionale.org)).

Nonostante i numerosi passi in avanti per gli studenti trans\*, in molte scuole e molti atenei vi sono numerosi problemi legati a questi dispositivi, tra cui la necessità di ottenere una diagnosi di disforia/incongruenza di genere, l'invisibilizzazione delle persone non binarie e la quasi totale assenza di formazione del personale docente e non docente sul bullismo transfobico e, in generale, su come rispettare e supportare uno studente trans\* (Bourelly *et al.*, 2022). Alcuni atenei, come l'Alma Mater di Bologna, l'Università di Napoli Federico II e l'Università di Palermo, hanno cominciato a modificare i loro regolamenti per eliminare la necessità di diagnosi dopo numerose richieste da parte degli studenti, mentre nelle scuole queste modifiche, negli istituti che le richiedono, non sono ancora avvenute (*ibidem*).

Per quanto concerne il mondo del lavoro, vi sono alcune aziende, soprattutto quelle straniere (es. IKEA, Google e Microsoft), che hanno policy interne per i lavoratori LGBTQIA+ e danno la possibilità alle persone trans\* di lavorare usando il loro genere esperito e, ad esempio, avere accesso a bagni e uniformi conformi al loro genere. Mentre nel 2022, con il rinnovo del contratto per i dipendenti pubblici dei ministeri, agenzie fiscali ed enti non economici, è stato introdotto un articolo (n. 21) dedicato alla transizione di genere sul posto di lavoro, il quale, però, facendo riferimento alla transizione e alla legge 164/82 (Ministero della Giustizia, 2022) risulta, come nelle scuole e nelle università, patologizzante e inoltre attivabile solo da chi sente la necessità di effettuare una transizione di genere medicalizzata.

Per le persone trans alcune situazioni critiche restano legate sia al contesto sociale relativo all'impegno lavorativo in cui vivono che non è ancora pronto a riconoscere loro lo status di lavoratori, sia al basso livello di autostima e fiducia in sé stesse come mostrato dai 35 partecipanti ad uno studio empirico sull'impegno lavorativo delle persone transessuali: il lavoro sembra essere la risposta ai loro bisogni di sicurezza e inclusione sociale più che un mezzo per la loro realizzazione personale e professionale (Intorrella, Sprini, Dominici, 2008). I soggetti transgender appaiono come "trasgressori" della dicotomia e delle appartenenze di genere non disponendo, così come diffusamente avviene per altri soggetti, di conferme, validazioni e approvazioni da parte della collettività sociale nelle interazioni quotidiane (Namaste, 2000), dal momento che il rapporto tra i sessi è un principio ordinativo fondamentale all'interno dei processi sociali e si configura più precisamente come struttura sociale di genere (Saraceno, Naldini, 2001, pp. 79; Scott, 1986). All'interno delle organizzazioni improntate da una chiara e forte struttura di genere binaria come possono essere quelle militari o di polizia, la costruzione transidentitaria rompe ontologicamente gli schemi necessari alla perpetrazione

dell'ordine del potere verticale e orizzontale costitutivo di questi corpi, considerando il binarismo come categoria essenziale e preliminare alla struttura gerarchica così concepita.

Il decreto 198 del 30 giugno 2003 ovvero il “Regolamento concernente i requisiti di idoneità fisica, psichica e attitudinale di cui devono essere in possesso i candidati ai concorsi per l'accesso ai ruoli del personale della Polizia di Stato e gli appartenenti ai predetti ruoli” ritroviamo, ai sensi dell'articolo 3 e 6, le “Cause di non idoneità per l'ammissione ai concorsi: il punto 8 della Tabella 1 esplicita le imperfezioni ed infermità dell'apparato neuro-psichico che ne comprometterebbero l'idoneità psicofisica in fase concorsuale elencando tra i disturbi mentali anche i “disturbi sessuali e i disturbi dell'identità di genere attuali o pregressi”. È evidente l'emergenza d'attenzione delle politiche pubbliche e dell'attuazione di interventi legislativi sulla concretezza della vita esperita delle persone transgender e transessuali che tendono a essere ignorate, “cancellate” (Namaste, 2000), le cui materialità e corporeità sono spesso trasfigurate in mero “feticcio”. La costruzione retorica, dis-scorporata e disincarnata dell'esperienza trans\* facilita una semplicistica (e persino banale, pericolosa) assimilazione delle persone transgender e transessuali a sovvertitori delle categorie, trasgressori, soggetti instabili che “risiedono fuori da ogni categoria”. Considerati puri devianti e devianti nonostante la realtà dei fatti rappresenti tutt'altro: sono diverse le persone in servizio che non sono state destituite dai diversi corpi di polizia e militari pur avendo effettuato un percorso di affermazione di genere come uno degli autori di questo capitolo, che nel 2022 per la prima volta ha ottenuto la rettifica anagrafica dei documenti ministeriali attraverso un mero iter amministrativo interno e non processuale. Ha scelto di rendersi visibile attraverso la presidenza dell'associazione per appartenenti alle forze armate e di polizia LGBTQ+ con l'obiettivo di spingere le istituzioni e la comunità a riflettere sul fatto che essere transgender implica la volontà di alcuni soggetti di posizionarsi verso forme di riconoscimento e non esclusivamente di contrapposizione. Questa prospettiva sovvertita, incoraggia a guardare al concetto stesso di transgender come espressione di “relazionalità”, e pertanto descrive «non semplicemente una identità ma una relazione tra persone», all'interno di una comunità o dentro legami intimi (Halberstam, 2005, p. 49).

## Bibliografia

- American Psychiatric Association (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5-TR. ed.). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Beek T., Cohen-Kettenis P.T., & Kreukels B.P. (2016). Gender incongruence/gender dysphoria and its classification history. *International Review of Psychiatry*, 28(1), 5-12.
- Bourelly R., Lorusso M.M., Mariotto M. (2022). Riconoscimento di studenti trans nel sistema educativo italiano: criticità e prassi per una buona scuola, in “Pedagogia delle differenze – Bollettino della Fondazione «Vito Fazio-Allmayer»”, LI, 2, 23-39.

- Cassazione Civile, sez. I, 20 luglio 2015, n. 15138.
- Coleman E., Radix A.E., Bouman W.P. *et al.*, (2022). Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8, *International Journal of Transgender Health*, 23:sup1, S1-S259.
- Drescher J. (2015). Queer diagnoses revisited: The past and future of homosexuality and gender diagnoses in DSM and ICD. *International review of psychiatry*, 27(5), 386-395.
- Halberstam Judith. (2005). In a Queer Time & Place: Transgender Bodies, Subcultural Lives. 10.18574/nyu/9780814790892.001.0001
- Intorrella S., Sprini G., Dominici T. (2008). “Risorsa Uomo”; 3, pp. 295-308.
- Legge del 14 aprile 1982, n. 164. Norme in materia di rettificazione di attribuzione di sesso.
- Manera M. (2021). La lingua che cambia. Rappresentare le identità di genere, creare gli immaginari, aprire lo spazio linguistico, Milano, Eris Edizioni.
- Ministero della Giustizia (2022), circolare 9 settembre 2022 - Attivazione e gestione di un'identità alias per persone in transizione di genere, recuperato il 21 maggio 2023 da [https://www.giustizia.it/giustizia/it/mg\\_1\\_8\\_1.page?facetNode\\_1=0\\_25&contentId=SDC397523&previousPage=mg\\_1\\_8#](https://www.giustizia.it/giustizia/it/mg_1_8_1.page?facetNode_1=0_25&contentId=SDC397523&previousPage=mg_1_8#)
- Pazos Guerra M., Gómez Balaguer M., Gomes Porras M., Hurtado Murillo F., Solá Izquierdo E., Morillas Ariño C. (2020). Transsexuality: Transitions, detransitions, and regrets in Spain. *Endocrinol Diabetes Nutr (Engl Ed)*. Nov; 67(9):562-7.
- Rojas Saffie J.P., Eyzaguirre Bäuerle N. (2023). Etiology of gender incongruence and its levels of evidence: A scoping review protocol. *PLoS ONE* 18(3): e0283011.
- Russo T. e Valerio P. (2019). Transgenderismo e identità di genere: dai manuali nosografici ai contesti. Un focus sulle università italiane. *Rivista sperimentale di freniatria*, 79-112.
- Stryker S. (2008). *Transgender history*, Berkeley, Seal Press.
- World Health Organization. (2022). *ICD-11: International classification of diseases* (11<sup>th</sup> revision). Retrieved from: <https://icd.who.int/>

# Transnegatività: le microaggressioni nei confronti delle persone transgender

Margherita Graglia\*

**Sommario** - L'ostilità sociale nei confronti delle persone transgender assume delle caratteristiche specifiche che se non riconosciute possono avere ripercussioni anche nel setting clinico. Dopo una rassegna delle forme di microaggressione nei confronti delle persone transgender e dell'impatto sulla salute dell'ostilità sociale si forniscono alcuni spunti di riflessione per la pratica clinica.

**Parole chiave:** *transgender, microaggressioni, transnegatività.*

**Abstract** - **Transnegativity: Microaggressions Towards Transgender People**

*Social hostility towards transgender individuals takes on specific characteristics that, if unrecognized, can have repercussions even in clinical settings. After reviewing the forms of microaggression against transgender individuals and the impact on health resulting from social hostility, some points for reflection are provided for clinical practice.*

**Key words:** *transgender, microaggressions, transnegativity.*

## Transnegatività

Il termine “transgender” si riferisce alle persone che non si riconoscono nel genere assegnato alla nascita e/o che esprimono un'identità di genere o un'espressione di genere non conforme. Si tratta pertanto di un termine cappello sotto cui trovano spazio varie definizioni identitarie e molteplici vissuti di genere. La parola “transnegatività” fa invece riferimento all'insieme di rappresentazioni culturali, pratiche sociali e atteggiamenti e comportamenti individuali che esprimono ostilità sociale nei confronti delle persone transgender (Graglia, 2012; 2019). Come rilevato dalle ricerche le persone trans subiscono vari tipi di ostilità sociale, sia quella perpetrata dagli individui sia quella esperita all'interno di sistemi cisnormativi che non considerano l'esistenza delle persone con identità di genere variante. L'indagine Istat (2011) ad esempio ha riportato una maggiore persistenza degli atteggiamenti negativi nei confronti delle persone trans rispetto a quelle omo/bisessuali. Sul fronte della transnegatività culturale e istituzionale il contesto italiano si distingue dalla maggior parte degli Stati europei per un basso livello di inclusività, come dalla mappatura fatta dall'Ilga.

Ogni anno a maggio l'Ilga (*International Lesbian Gay, Bisexual, Trans and Intersex Association*) pubblica un rapporto sul livello di inclusione raggiunto nei

\* *Psicoterapeuta, sessuologa clinica e formatrice. Consigliera Cis e ONIG.*

49 paesi del continente europeo. L'occasione è quella della ricorrenza del 17 maggio 1990, quando l'Organizzazione mondiale della sanità ha eliminato l'omosessualità dall'elenco dei disturbi mentali dichiarandola una variazione naturale dell'espressione affettiva e sessuale. Si tratta di una pietra miliare lungo la strada del pieno riconoscimento sociale delle identità LGBT, ma ancora tanto cammino rimane da fare. Lo capiamo chiaramente guardando la mappa del 2023 presentata dall'Ilga che fotografa la situazione nei vari Stati. L'associazione internazionale esamina le legislazioni e le politiche attraverso una serie di parametri che permettono di stilare un indice che va da zero (nessuna inclusività) a 100 (inclusività piena). Il range che va da zero a 100 viene rappresentato dalle sfumature del colore rosso fino ad arrivare a quelle del verde.

L'Italia raggiunge il 25% di inclusione, lontana dalla vicina Francia (63%) e dalla Spagna (74%), ma anche dalla Grecia (47%), molto più vicina invece ai paesi dell'Europa dell'Est, come ad esempio l'Ungheria (30%). Perché questa differenza con i paesi più vicini per geografia e anche per cultura?

Il vulnus italiano si situa su due livelli: normativo e di pratiche sociali. Prendiamo il caso delle leggi, a differenza della Francia e della Spagna, in Italia non esiste una legge contro l'omotransfobia, ossia una legge contro i crimini d'odio dettati dall'identità di genere o dall'orientamento sessuale. Così la legge - n.164 del 1982 - che norma il percorso di rettificazione del sesso per le persone transgender è oramai obsoleta e avrebbe bisogno di essere rivisitata in base ai cambiamenti sociali avvenuti nel corso del tempo e alle istanze emergenti delle persone transgender.

## Microaggressioni

Oltre a essere target di discriminazioni, violenze fisiche e abusi verbali le persone transgender possono subire forme più subdole di violenza, note come microaggressioni. Questo termine è stato introdotto dallo psichiatra americano Chester Pierce negli anni '70 in merito alle discriminazioni razziali e sviluppato successivamente da altri studiosi che lo hanno applicato a vari altri ambiti: le abilità fisiche, il genere, l'orientamento sessuale, ecc.

Le microaggressioni su base razziale sono state definite come “brevi e apparentemente insignificanti oltraggi quotidiani, a livello comportamentale o ambientale, intenzionali o non intenzionali, che comunicano offese e insulti razziali ostili, spregiativi o negativi nei confronti delle persone di colore” (Sue *et al.*, 2010, p. 271). In generale quindi le microaggressioni si caratterizzano per essere comunicazioni dal significato negativo, ostile, o dispregiativo verso le persone che appartengono a gruppi sociali stigmatizzati.

Come detto, le microaggressioni possono essere commenti verbali (ad es. sottili offese razziali), comportamenti (ad es. ignorare gli individui appartenenti a una minoranza) o riguardare le istituzioni (ad esempio nominare tutti gli edifici di un campus universitario con nomi di individui bianchi).

Le microaggressioni sono di solito, anche se non sempre, emesse inconsciamente dagli individui, e possono assumere diverse forme:

- *Verbale*: una microaggressione verbale è un’affermazione o una domanda che è offensiva o stigmatizzante per un determinato gruppo di persone emarginate.
- *Comportamentale*: una microaggressione comportamentale si verifica quando qualcuno si comporta in modo offensivo o discriminatorio nei confronti di un determinato gruppo di persone.
- *Ambientale*: una microaggressione ambientale riguarda i dispositivi sociali che non considerano l’esistenza delle persone transgender.

Lo psicologo Derald Wing Sue e colleghi hanno definito tre tipi di microaggressione:

- *Microaggressioni*: si parla di microaggressione quando una persona si comporta in modo discriminatorio senza voler essere offensivo. Un esempio di microaggressione è una persona che racconta una barzelletta razzista e poi dice: “Stavo solo scherzando”.
- *Microinsulti*: un microinsulto è un commento o un’azione che involontariamente offende l’identità della persona. Ad esempio, potrebbe essere una persona che dice a un medico indiano: “La tua gente deve essere così orgogliosa”.

Un altro esempio è un dipendente che chiede a un collega di colore come ha ottenuto il suo lavoro, sottintendendo che potrebbe averlo ottenuto attraverso un sistema di quote.

- *Microinvalidazioni*: una microinvalidazione si verifica quando il commento di una persona invalida o non considera le esperienze di un determinato gruppo di persone. Ad esempio una persona bianca che dice a una persona di colore che il razzismo non esiste nella società di oggi. O ancora quando le persone bianche chiedono a quelle di colore dove sono nate, trasmettendo il messaggio che sono perennemente straniere nella loro stessa terra.

Una delle caratteristiche principali delle microaggressioni è quella di essere spesso non esplicite, di essere sepolte nel linguaggio e quindi di passare sottotraccia, rendendole particolarmente difficili da riconoscere, per questo sono particolarmente insidiose. I destinatari delle microaggressioni possono subirle senza rendersene conto così gli autori possono non essere consapevoli dei sottintesi delle loro comunicazioni.

La ricerca ha scoperto che le microaggressioni possono avere impatti dannosi sulle popolazioni bersaglio che le sperimentano, vale a dire le persone di colore

(Pierce, Carew, Pierce-Gonzalez e Willis 1978; donne (Capodilupo *et al.*, 2010) e persone con disabilità (Keller, & Galgai, 2010). Ci sono stati anche studi che hanno sostenuto che le persone LGBT sperimentano microaggressioni nella loro vita quotidiana (Nadal, Issa *et al.*, 2011) e in terapia (Shelton, & Delgado-Romero, 2011).

Le microaggressioni fanno parte di un fenomeno più generale, il minority stress (Meyer,) che colpisce chi appartiene a un gruppo stigmatizzato. Lo stress da minoranza non è determinato solo dalle esperienze di discriminazioni, ma anche dal timore di poterle subire. Questa anticipazione innesca uno stato di attivazione e ipervigilanza che provoca uno stress cronico che impatta sulla salute. Le microaggressioni possono anch'esse provocare disagi di diverso tipo. Le persone appartenenti a gruppi stigmatizzati tendono infatti a ricevere nel tempo lo stesso tipo di microaggressione, il disagio provato è sì a bassa intensità ma continuativo. Lo psicologo Sue ad esempio racconta che fin da bambino veniva additato come persona "diversa" in quanto asiatica.

Nonostante la persona possa sentirsi insultata, non è sicura esattamente del perché, e l'autore non riconosce che qualcosa è successo perché non sa di essere stato offensivo. La persona può sentirsi in tal modo intrappolata: se affronta l'autore, questi negherà di avere avuto intenzioni negative. Allo stesso tempo la stessa persona che ha subito una microaggressione tende a chiedersi cosa sia realmente accaduto, se è ipersensibile, se è solo frutto della sua immaginazione. Ne consegue che la persona può provare confusione, rabbia, impotenza e un senso generale di avvilitamento e frustrazione.

## Microaggressioni nei confronti delle persone transgender

Nadal e colleghi hanno descritto la specificità delle microaggressioni nei confronti delle persone transgender, identificando alcuni temi peculiari:

- *Uso di un linguaggio transfobico o incoerente con il genere elettivo della persona.*

Il misgendering costituisce un esempio, ossia quando si usa un pronome che non corrisponde all'identità percepita dalla persona.

- *Universalizzazione delle esperienze transgender.*

Un classico esempio dello stereotipo più comune sulle persone transgender che le descrive, tutte, come dedite al sex work.

- *Oggettificazione.*

Le persone transgender possono essere trattate come oggetti e non individui.

- *Disapprovazione dell'esperienza transgender.*

Il biasimo può trasparire dagli atteggiamenti poco rispettosi.

- *Aspettative cisnormative.*

Le persone transgender descrivono molte situazioni in cui ci si aspetta che agiscano in modi conformi al sesso biologico e non al genere percepito.

- *Negazione dell'esistenza della transfobia sociale.*

Quando si minimizza o nega l'esistenza dell'ostilità sociale nei confronti delle persone transgender e si sottovaluta l'impatto sulla loro vita.

- *Assunzione di patologia o anormalità.*

Le persone transgender possono essere considerate affette da patologie fisiche (come l'HIV/AIDS) mentali o perversioni sessuali.

- *Minacce e molestie.*

Le persone transgender riportano spesso l'esperienza di molestie verbali e fisiche e di vivere in una condizione di perenne minaccia che queste possano accadere se le persone cisgender – familiari, vicini di casa, colleghi, estranei, forze dell'ordine, funzionari pubblici, ecc. – si rendono conto della loro identità atipica. Nella ricerca di Nadal alcune partecipanti trans hanno riportato un sentimento di rassegnazione rispetto alle molestie che possono subire. Una partecipante, ad esempio, ha dichiarato il timore di passeggiare per strada, timore che qualcuno possa osservarla insistentemente o additarla.

- *Negazione della transfobia individuale.*

Le percezioni delle persone transgender delle loro esperienze di pregiudizio sono spesso minimizzate o completamente invalidate e a volte le stesse persone trans vengono colpevolizzate per le microaggressioni ricevute.

- *Negazione dell'intimità corporea.*

Una partecipante racconta l'esperienza che ha vissuto a scuola, quando si è saputo che era transgender, alcuni studenti hanno iniziato a fissarla per capire di che sesso fosse, a fare commenti ad alta voce sul suo corpo "Non è un uomo, guarda ha il seno. Mi guardavano come se fossi un fenomeno da circo".

- *Microaggressioni familiari.*

Molti partecipanti hanno rivelato che il coming out in famiglia è stato difficile e che i genitori hanno reagito con aperta ostilità o rifiuto. Oltre a queste manifestazioni più dirette, le microaggressioni sono emerse con comunicazioni verbali e non verbali di disapprovazione.

- *Microaggressioni ambientali.*

Questi tipi di microaggressioni possono essere più insidiose perché questa ostilità sociale generalmente deriva da sistemi che è impossibile evitare.

Un esempio può essere costituito dal sistema sanitario, qualora il personale che vi lavora non sia stato adeguatamente formato, medici e infermieri possono risultare inefficaci e discriminatori nell'accogliere e offrire cure adeguate alle persone transgender.

Un partecipante trans alla ricerca rispetto ai contesti sanitari ha specificato: “Sono andato a farmi controllare i denti da un dentista e ho chiesto all’odontotecnico se poteva chiamarmi con il mio nome scelto perché all’epoca il mio nome non era legalmente cambiato... e lei ha ignorato quello che le avevo chiesto di fare... mi ha chiamato con il nome che è apparso sulla mia carta di identità”.

In tutti i casi qui presi in considerazione le persone transgender hanno ricevuto messaggi di svalutazione e invalidazione della loro esperienza.

## Spunti di riflessione per la pratica clinica

Per prevenire le microaggressioni transnegative occorre intervenire a tutti i livelli, sociali e istituzionali, al fine di promuovere una cultura delle differenze e del rispetto. È necessario che gli educatori, i professionisti della salute mentale, i medici, i dipendenti della pubblica amministrazione siano formati per essere competenti nel lavorare con le popolazioni transgender. Così come risulta fondamentale che le norme nazionali e locali proteggano le persone transgender da discriminazioni e aggressioni. Anche i media giocano un ruolo importante nel promuovere una comunicazione fondata sull’inclusione e sul rispetto.

Le persone transgender non si rivolgono solo agli psicologi-psicoterapeuti durante il percorso di affermazione di genere, ma richiedono consulenza e supporto per vari motivi, allo stesso modo delle persone cisgender. Pensiamo anche alle nuove generazioni di adolescenti e giovani adulti che si definiscono non binari e che portano istanze comuni ai loro pari cis, ma usano etichette identitarie che possono disorientare i professionisti non preparati. Anche i professionisti che non si occupano nello specifico di temi connessi all’identità di genere possono incontrare nel setting clinico pazienti/utenti transgender. Per questo è fondamentale che i professionisti siano preparati al fine di erogare servizi efficaci e competenti.

Le microaggressioni, come abbiamo visto, possono compromettere la salute psicosomatica delle persone transgender, in quanto feriscono l’identità, lesionano l’autostima e rischiano di pregiudicare il benessere generale della persona.

Le indicazioni cliniche per le persone transgender che subiscono microaggressioni possono variare a seconda delle circostanze e delle necessità individuali, ma generalmente includono:

- *Valutazione della salute mentale*: gli operatori sanitari devono essere pronti a valutare la salute mentale delle persone transgender che riportano microaggressioni. Potrebbero essere necessarie valutazioni psicologiche per identificare eventuali segni di stress, depressione, ansia o altri disturbi correlati alle esperienze di discriminazione.
- *Supporto emotivo*: fornire un ambiente sicuro e di sostegno in cui le persone transgender possano esprimere le loro esperienze e sentimenti è essenziale. Gli operatori sanitari devono essere empatici e comprensivi e possono indirizzare i pazienti a terapie o gruppi di sostegno specifici per le persone transgender.

- *Educazione e informazione*: gli operatori sanitari possono fornire informazioni e risorse sulle microaggressioni, sulla transnegatività e sui diritti delle persone transgender. Questo può aiutare i pazienti a comprendere meglio le dinamiche sociali e ad affrontare le situazioni discriminatorie.
- *Terapia o consulenza*: in alcuni casi, potrebbe essere necessaria la terapia individuale o la consulenza per affrontare le conseguenze psicologiche delle microaggressioni. I professionisti della salute mentale possono lavorare con i pazienti per sviluppare strategie di coping e migliorare la loro salute mentale complessiva.
- *Monitoraggio della salute fisica*: Le microaggressioni e l'ostilità sociale possono avere impatti fisici sulla salute delle persone transgender, come lo stress cronico. Gli operatori sanitari dovrebbero monitorare la salute fisica dei loro pazienti e fornire cure appropriate quando necessario.

In generale, l'approccio clinico dovrebbe essere centrato sulla persona e mirato a migliorare la salute generale e il benessere delle persone transgender che subiscono microaggressioni, affrontando sia gli aspetti fisici che psicologici delle loro esperienze.

L'identità di genere può toccare corde profonde, personali, per questo psicologi-psicoterapeuti non possono prescindere dalla decostruzione dei propri pregiudizi e dalla consapevolezza delle proprie reazioni emozionali. Come è stato scritto è importante tenere conto di come l'area dell'identità di genere tenda a sollecitare molto le opinioni, i sentimenti, delle persone rispetto a questo tema, anche da parte dei professionisti che se ne occupano (Miller e Davidson, 2019). Questo può portare ad una vera e propria polarizzazione delle diverse posizioni, per cui diventa difficile lavorare clinicamente in questo contesto. Gli autori suggeriscono che per superare questa polarizzazione ciascun professionista sia pronto a mettere in discussione il proprio pensiero, mantenendo una posizione curiosa e flessibile.

Come intervenire di fronte a una microaggressione?

Come abbiamo visto è importante innanzitutto riconoscerla e quindi trovare i modi di disinnescarla, affermando la propria identità. Come nella situazione in cui si trovò Sue quando a fine di una lezione uno studente si complimentò con lui e poi proseguì dicendo: «Comunque, parla molto bene l'inglese». Un apprezzamento che conteneva una microaggressione. Il professore intervenne dicendo che certo parlava bene inglese in quanto era statunitense. Questo un possibile intervento rispetto dalla prospettiva di chi subisce una microaggressione. Dalla prospettiva invece dello psicologo-psicoterapeuta risulta necessario conoscere i meccanismi delle microaggressioni, i loro effetti sulla salute e poiché nessuno può dirsi immune da stereotipi e pregiudizi, è auspicabile mantenere e coltivare un approccio autoriflessivo per riconoscere le assunzioni cismormative che possono interferire con l'accoglienza nel setting clinico delle persone transgender.

## Bibliografia

- Capodilupo C.M., Nadal K.L., Corman L., Hamit S., Lyons O., & Wein-Berg A. (2010). The manifestation of gender microaggressions. In D.W. Sue (Ed.), *Microaggressions and marginality: Manifestation, dynamics, and impact* (pp. 196-216). New York, NY: Wiley, & Sons.
- Graglia M. (2022). *Pratica sanitaria e identità transgender. Buone prassi per l'assistenza sanitaria agli/alle utenti transgender*, Ausl-IRCCS di Reggio Emilia.
- Graglia M. (2019). *Le differenze di sesso, genere e orientamento*. Buone prassi per l'inclusione. Carocci, Roma.
- Graglia M. (2012). *Omofobia. Strumenti di analisi e di intervento*. Carocci, Roma.
- Istat (2011), *La popolazione omosessuale nella società italiana. Report di ricerca*, Istat, Roma.
- Keller R.M., & Galgay C.E. (2010). Microaggressions experienced by people with disabilities in US society. In D.W. Sue (Ed.), *Microaggressions and marginality: Manifestation, dynamics, and impact* (pp. 241-268). New York, NY: Wiley, & Sons.
- Meyer I. H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin*, 129, 674-697. doi:10.1037/0033-2909.129.5.67
- Nadal K.L., Rivera D.P., & Corpus M.J.H. (2010) Sexual orientation and transgender microaggressions in everyday life: Experiences of lesbians, gays, bisexuals, and transgender individuals. In D. W. Sue (Ed.), *Microaggressions and marginality: Manifestation, dynamics, and impact* (pp. 217-240). New York, NY: Wiley, & Sons.
- Nadal K.L., Skolnik A., & Wong Y. (2012). Interpersonal and systemic microaggressions toward transgender people: Implications for counseling. *Journal of LGBTQ Issues in Counseling*, 6, 55-82. doi:10.1080/15538605.2012.648583
- Nadal K.L., Issa M.A., Leon J., Meterko V., Wideman M., & Wong Y. (2011). Sexual orientation microaggressions: "Death by a thousand cuts" for lesbian, gay, and bisexual youth. *Journal of LGBT Youth*, 8(3), 1-26. doi:10.1080/19361653.2011.584204
- Pierce C., Carew J., Pierce-Gonzalez D., & Willis D. (1978). An experiment in racism: TV commercials. In C. Pierce (Ed.), *Television and education* (pp. 68-88). Beverly Hills, CA: Sage.
- Shelton K., & Delgado-Romero E.A. (2011). Sexual orientation microaggressions: The experience of lesbian, gay, bisexual, and queer clients in psychotherapy. *Journal of Counseling Psychology*, 58(2), 210-221. doi:10.1037/a0022251

# Tutela dell'identità di genere: un istituto giuridico in divenire

Giovanni Guercio\*

**Sommario** - Il presente articolo si ripromette di presentare al lettore un breve excursus storico/giuridico del percorso di riassegnazione di sesso in Italia.

Come si avrà modo di constatare, dopo le avvisaglie già lanciate, soprattutto dagli attivisti, sin dagli anni '70 circa la necessità di regolamentare giuridicamente l'esistenza delle persone transgender (che all'epoca non avevano nemmeno un termine lessicale che le definisse... Si ricordi che le persone trans venivano addirittura mandate al confino...), l'esigenza si fece ancor più cogente stante il crescente numero di persone che si sottoponevano all'intervento chirurgico di riassegnazione all'estero e poi, rientrando in Italia, riportavano ancora delle generalità del sesso assegnato alla nascita, non più corrispondente, nemmeno fisicamente, alla persona in questione.

Dopo svariate peripezie venne quindi pubblicata la Legge 164/82 (di cui meglio nel prosieguo), come si vedrà una legge assolutamente all'avanguardia per i primi anni '80, ma del tutto superata oggi, malgrado ancora vigente e sostanzialmente invariata, superata solo grazie agli sforzi di una lungimirante giurisprudenza di cui, appunto, è oggetto il presente articolo.

**Parole chiave:** Legge 164/82, riassegnazione di sesso, transsexualismo, transgender.

## **Abstract - Protection of Gender Identity: An Evolving Legal Concept**

*This article intends to present the reader with a brief historical/juridical excursus of the process of sex reassignment in Italy. As you will be able to see, after the warnings already launched, especially by activists, since the 70s about the need to legally regulate the existence of transgender people (who at the time did not even have a lexical term that defined them... Remember that trans people were even sent into internal confinement...), the need became even more compelling given the growing number of people who underwent reassignment surgery abroad and then, returning to Italy, still reported of the generality of the sex assigned at birth, no longer corresponding, not even physically, to the person in question. After various vicissitudes, Law 164/82 was then published as will be seen, as an absolutely pioneering law for the early 1980s, but completely outdated today, despite still being in force and substantially unchanged, only outdated thanks to the efforts of a forward-looking jurisprudence of which, in fact, this article is the object.*

**Key words:** Law 164/82, sex reassignment, transsexual, transgender.

## **Legge 14 Aprile 1982 n. 164**

Il percorso di riattribuzione chirurgica ed anagrafica di sesso in Italia, per coloro che desiderano intraprenderlo, è regolamentato dalla Legge n.164 del 1982.

Secondo la predetta legge, in particolare ai sensi dell'art. 3, *“il Tribunale, quando risulta necessario un adeguamento dei caratteri sessuali da realizzare mediante trattamento medico-chirurgico, lo autorizza con sentenza”* ed *“in tal caso, accertata la effettuazione del trattamento autorizzato, dispone la rettificazione”*

\* Avvocato, Solicitor of England & Wales. Patrocinante in Cassazione.

anagrafica, appunto. In base a tale norma quindi, i presupposti affinché il Giudice possa emettere un ordine per l'ufficiale di stato civile di rettificare l'atto di nascita della persona interessata, potrebbero eventualmente sussistere solo se e quando sarà stato posto in essere l'intervento medico-chirurgico.

### **Successive modificazioni ex art. 31 D. Lgs. 1 Settembre 2011 n. 150**

Nulla di sostanzialmente nuovo ha introdotto il D. Lgs n.150 del 2011 (Disposizioni complementari al codice di procedura civile in materia di riduzione e semplificazione dei procedimenti civili di cognizione). La nuova disciplina infatti dispone che il processo debba seguire le regole dei giudizi ordinari di cognizione, anziché la più concentrata procedura prevista dalla L.164/82, il che, in poche parole, lungi dall'aver "semplificato" la rettificazione di sesso, ne ha determinato un allungamento dei tempi necessari ad ottenere la sentenza (oltre ad un aumento esponenziale dei costi vivi affrontati dalla persona interessata, passati da un contributo unificato di circa 80 euro ad uno di 518 euro).

Sul piano dei requisiti per ottenere la rettificazione di sesso, la legge del 1982 è infatti rimasta sostanzialmente invariata, avendo il legislatore lasciato al Tribunale il compito di analizzare ogni singola situazione (ad esempio, le condizioni psico-sessuali della persona, l'età, lo stato di salute): in sostanza il compito del Tribunale è rimasto, in tutto e per tutto, un giudizio di meritevolezza degli interessi del singolo. Così come senza risposta sono rimaste le sollecitazioni dottrinali, maturate negli anni, circa i chiarimenti su quali siano le condizioni per ritenere "necessario" l'intervento chirurgico né, analogamente, si è provveduto ad introdurre disposizioni che disciplinassero l'eventualità di una rettifica anagrafica in difetto di intervento chirurgico.

Ma avremo modo di approfondire tali aspetti una volta esaminata anche la giurisprudenza in materia, dalla quale quest'ultima è stata, di fatto e radicalmente, riorganizzata rispetto al dato testuale della norma e delle sue successive modifiche, come sopra illustrate, con ciò (fortunatamente...) operando una vera e propria attività di "supplenza" rispetto all'attività normativa parlamentare (Vaccaro).

### **Prima giurisprudenza senza nomina del C.T.U. in fase di autorizzazione agli interventi chirurgici ed in fase di rettifica anagrafica**

La legge 164/82, all'art. 2 comma 4, prevede la possibilità (non certo l'obbligo...) per il Giudice di nominare un consulente tecnico (C.T.U.) che attesti le condizioni psico-sessuali della persona interessata. La norma testualmente recita: *"Quando è necessario, il giudice istruttore dispone con ordinanza l'acquisizione di consulenza intesa ad accertare le condizioni psico-sessuali dell'interessato"*. Purtroppo quella che era una "possibilità", dal 1982 (anno di entrata in vigore della legge) e sino al 1996, è diventata la prassi in uso ai Tribunali italiani che hanno sempre e comunque nominato tale C.T.U. (consulenza tecnica d'ufficio)

senza chiedersi più di tanto se tale attività ausiliaria (dispendiosa in termini di tempo, di imbarazzo e, soprattutto, economici per la parte ricorrente) fosse effettivamente “necessaria”. Ma si dirà di più: nell’assoluto silenzio della norma in tal senso, i medesimi Tribunali hanno, sino ad allora, adottato la prassi di nominare una seconda C.T.U. anche dopo l’effettuazione dell’intervento chirurgico, al sol fine di accertare se tale intervento fosse stato effettivamente espletato (così raddoppiando quei tempi e, soprattutto, quei costi di cui sopra). Fortunatamente nel 1996 qualche avvocato volenteroso, insieme a giudici altrettanto zelanti, ha voluto porsi lo scrupolo di evidenziare che, in presenza di una relazione psico-sessuale giurata o, meglio, redatta da un pubblico nosocomio, non sussistesse “necessità” alcuna di nominare un altro perito che altro non avrebbe fatto se non confermare quanto colleghi, altrettanto se non più esperti in materia, avevano già certificato. Assolutamente inaccettabile era inoltre la nomina del secondo C.T.U. che doveva limitarsi a verificare che l’intervento chirurgico fosse stato effettuato quando, in atti, fossero già state depositate esaustive e complete cartelle cliniche, in copia conforme, attestanti tale effettuazione e costituenti, a tutti gli effetti, atti pubblici facenti fede fino a querela di falso. E fu così che, nel dicembre 1996, in accoglimento delle istanze dello scrivente, il Tribunale di Roma si pronunciò favorevolmente, evitando la nomina dei tanto temuti consulenti tecnici d’ufficio (non per sé stessi, quanto per i costi e le tempistiche da affrontare, interamente a carico del ricorrente) e costituendo un precedente giudiziario di fondamentale importanza, la cui successiva esibizione in casi analoghi, sia presso lo stesso Tribunale di Roma che presso altri Fori italiani, ha consentito lo sviluppo di una nuova prassi, questa volta virtuosa, grazie alla quale oggi la nomina del perito è divenuta ipotesi assolutamente residuale.

### **Giurisprudenza sulla rettifica anagrafica AFAB senza necessità della ricostruzione (falloplastica)**

Altro ostacolo da affrontare (anche questa volta nell’assoluto silenzio della norma in tal senso) ha costituito la ulteriore, errata interpretazione della legge 164/82 per le persone con genere femminile assegnato alla nascita (AFAB) in ordine alle quali i Tribunali, in assenza di totale ricostruzione degli organi genitali (nella fattispecie pene e testicoli), rifiutavano la rettifica anagrafica. Ancora una volta la normativa vigente è scarna; recita testualmente l’art. 3 comma 2 della L. 164/82: “...il Tribunale, accertata l’effettuazione del trattamento autorizzato, dispone la rettifica...”, ma non chiarisce in alcun modo quale fosse questo “trattamento autorizzato”. I Tribunali quindi hanno per lungo tempo concluso per il rigetto della domanda, sostanzialmente in quanto non risultava ricostruito l’organo sessuale maschile. Il problema quindi consisteva nello stabilire se la rettificazione anagrafica di cambiamento di sesso fosse consentita a seguito di isterectomia totale con annessiectomia bilaterale e mastectomia bilaterale, pur in mancanza di falloplastica.

A parere dello scrivente (fortunatamente condiviso dal Tribunale...), laddove il Tribunale abbia già accertato (peraltro autorizzandolo con sentenza) la sussistenza di una personalità maschile (cosiddetto sesso psicologico o comportamentale) opposta al sesso biologico di appartenenza e per tale ragione abbia acconsentito alla modifica dei caratteri sessuali di appartenenza, di tipo femminile, l'intervenuta eliminazione di questi ultimi è assolutamente sufficiente a giustificare la rettifica anagrafica con l'iscrizione del sesso maschile.

In tale contesto, la circostanza secondo la quale la persona interessata non si è ulteriormente sottoposta all'intervento di ricostruzione di un pene, appare di scarso rilievo al fine della richiesta rettifica di stato civile. Ed in tal senso si sono allora espressi i Tribunali di Roma, di Genova, di Torino di Milano e di Cagliari costituendo un orientamento giurisprudenziale altrettanto diffuso e convincente che la disciplina giuridica di riferimento iniziò a richiedere, al fine della rettifica dello stato civile, esclusivamente la modifica dei caratteri sessuali originari (nella fattispecie mammelle, utero e ovaie) e non la piena acquisizione delle caratteristiche dell'altro sesso (falloplastica), tenendo conto che trattasi di intervento di difficile realizzazione, non privo di rischi e, peraltro, non necessario al fine che ne occupa.

### Genesi della rettifica anagrafica senza intervento chirurgico

Ma non ci fermiamo qui. Seppur nella scarna rigidità della normativa vigente, come già detto, la giurisprudenza ha continuato a "supplire" alle lacune legislative, spingendosi oltre: la questione dell'idoneità delle condizioni psico-sessuali come condizione, autonoma e sufficiente, per ottenere una sentenza autorizzativa alla rettifica del sesso e del nome pur in assenza di qualsivoglia intervento chirurgico. La legge 164/82 del resto, ad una sua attenta lettura, "*non prevede il trattamento chirurgico di adeguamento degli organi sessuali come presupposto indispensabile per la rettifica, ma dispone solo che tale intervento debba essere autorizzato quando necessario*". Orbene, se consideriamo che l'attuale disciplina in materia di rettificazione dell'attribuzione di sesso debba obbedire ad esigenze di tutela della salute, quale diritto costituzionalmente garantito (Corte Cost. n. 161/1985 e n. 170/2014), risulta impossibile obbligare un soggetto a sottoporsi ad un intervento chirurgico qualora esso possa rivelarsi dannoso o, semplicemente, non desiderato o non necessario per il raggiungimento del benessere/salute psico-fisica di quel soggetto. La parola chiave risiede quindi in quel termine "necessario" indicato dalle norme di riferimento; e l'intervento chirurgico non è, appunto, necessario, ogniqualvolta la persona viva con equilibrio e soddisfazione la propria corporeità, indipendentemente dal proprio sesso psichico e/o comportamentale.

Malgrado le testate giornalistiche abbiano attribuito il carattere di assoluta "novità" a talune sentenze degli ultimi anni, grazie alle quali soggetti da loro definiti "transgender" sarebbero riusciti ad ottenere il mutamento del sesso all'anagrafe "*non facendosi operare nelle parti intime*" (sic!), in realtà tale orientamento, in un caso patrocinato dallo scrivente, risale addirittura al 1997.

In tale occasione, il Tribunale di Roma, con sentenza della Dott.ssa Campolongo del 18.10.1997, per la prima volta affermava il principio secondo il quale la legge n. 164/82 non prevede il trattamento chirurgico di adeguamento degli organi sessuali come presupposto indispensabile per la rettifica, ma dispone solo che tale intervento debba essere autorizzato, quando necessario: *“in caso si transessualismo accertato, il trattamento medico-chirurgico previsto dalla legge n. 164/82 è necessario nel solo caso in cui la discrepanza tra il sesso anatomico e la psico-sessualità, determini un atteggiamento conflittuale di rifiuto dei propri organi”*. Pertanto deve ritenersi che, nei casi in cui non sussista tale conflittualità non è necessario l'intervento chirurgico per consentire la rettifica anagrafica; in altri termini, la legge 164/82 non prevede il trattamento medico-chirurgico di adeguamento degli organi sessuali come presupposto indispensabile per la rettifica, ma dispone solo che tale intervento debba essere autorizzato, quando necessario. Ma, sfortunatamente, quello rimase per tanti anni un caso isolato.

Dello stesso avviso il Tribunale di Roma, con sentenza del 22.03.2011 (Giudice relatore Dott.ssa Colla): *“... si evince dalla documentazione in atti ... che lo stesso ha raggiunto un livello tale di integrazione dei propri organi genitali con la propria immagine corporea da poter vivere in modo soddisfacente sia a livello personale e sia nelle relazioni con gli altri”*; *“... viene affermata una nozione di identità sessuale che tiene conto non solo dei caratteri sessuali esterni, ma anche di elementi di carattere psicologico e sociale, derivandone una concezione del sesso come dato complesso della personalità, determinato da un insieme di fattori, dei quali deve essere agevolato o ricercato l'equilibrio, privilegiando il o i fattori dominanti”*.

La prima decisione che fa proprio questo indirizzo giurisprudenziale fuori dalla capitale è la sentenza emessa il 03.05.2013 dal Tribunale di Rovereto, e di identico avviso, solo qualche mese dopo (10.12.2013) è il Tribunale di Siena. Successivamente, anche il Tribunale di Messina si è interrogato sulla questione: le norme di riferimento (come già detto la L.164/82 ed il D.Lgs. 150/11), dispongono che quando risulta necessario un adeguamento dei caratteri sessuali da realizzare mediante trattamento medico-chirurgico, tale intervento viene autorizzato dal Tribunale con sentenza, ma solo quando risulta necessario. Il Tribunale di Messina, con sentenza del 04.11.2014, ha ritenuto la suddetta normativa *“eccessivamente concentrata sull'aspetto anagrafico e trascurante invece la narrazione intrinsecamente “umana” del percorso di transizione*.

Tali interpretazioni risultano del resto pienamente conformi alle raccomandazioni del Consiglio d'Europa (risoluzione del 29 aprile 2010), raccomandazioni cui altri paesi (Regno Unito, Spagna, Portogallo, Germania, Austria) si sono già da tempo uniformati ed ove il cambiamento di sesso anagrafico senza quello chirurgico è esplicitamente consentito dalla legge.

Quella che, per il momento, rappresenta l'ultima pagina di questa genesi è stata scritta dalla Corte di Cassazione il 20 luglio 2015 con la sentenza n. 15138/15, provvedimento che è stato definito di *“storica”* importanza contro l'obbligo di

“sterilizzazione forzata” delle persone transessuali. La Suprema Corte, infatti, ha suggellato, arricchendolo di contenuti e di peso giuridico pregnante, il principio formatosi nel corso degli anni grazie ai provvedimenti emessi dai Tribunali italiani prima menzionati: la non necessità di modificazione chirurgica dei caratteri sessuali primari per ottenere la rettifica anagrafica del sesso e del nome.

La stessa sentenza della Corte di Cassazione riconosce che il fenomeno del transessualismo ha subito mutamenti dall'entrata in vigore della legge 164/82 e sino ad oggi, evoluzione che, come abbiamo già detto, era peraltro già stata rilevata dalla Corte Costituzionale (sentenza n. 161/1985) la quale, quasi a presagire i successivi ed odierni sviluppi, aveva ritenuto che *“la legge n. 164 del 1982 si colloca nell'alveo di una civiltà giuridica in evoluzione, sempre più attenta ai valori di libertà e dignità della persona umana, che ricerca e tutela anche nelle situazioni minoritarie”*. In tale ottica la sentenza della Suprema Corte, in ordine al problema di identità di genere (DIG), con formula illuminante, interpreta la chirurgia non come la soluzione, ma solo come un eventuale ausilio, ove necessario, per il benessere della persona. Un'interpretazione che non tiene conto di tale evoluzione, secondo la Corte, *“finisce per tradire la ratio della legge”* e *“la scelta di sottoporsi alla modificazione chirurgica dei caratteri sessuali primari non può che essere una scelta espressiva dei diritti inviolabili della persona”*. Del resto, una differente interpretazione sarebbe in netto contrasto con il principio, costituzionalmente garantito, dell'impossibilità di imporre a chicchessia un qualsiasi trattamento sanitario che violi la dignità umana, in quanto non necessario o, semplicemente, non voluto. Se così, non fosse, secondo la normativa vigente, per godere pienamente del diritto all'identità personale sarebbe *“necessario sottoporsi ad un intervento chirurgico potenzialmente pericoloso”* ovvero, *“per tutelare la propria salute, sarebbe necessario sacrificare il diritto all'identità personale. L'intervento di adeguamento diverrebbe pertanto un trattamento sanitario obbligatorio laddove il diritto all'autodeterminazione è inviolabile e non può essere compresso neanche da uno dei tre poteri dello Stato, nel senso che alcuno potrà sostituirsi al ricorrente per stabilire se sia o meno opportuno modificare i propri caratteri sessuali primari al fine di vedere rispettata anche dai terzi la propria identità personale”*. Inoltre, interpretando l'art. 3 della L.164/82 nel senso di una indefettibile necessità a ricorrere all'intervento chirurgico per ottenere la rettificazione dei dati anagrafici, si violerebbe il diritto fondamentale alla salute, così come costituzionalmente garantito, in quanto, anzitutto, si imporrebbe alla persona *“un trattamento sanitario inumano e degradante, ove non sia necessario”* e si esporrebbe il soggetto interessato ad una possibile *“alterazione dell'equilibrio psicologico della persona”* non coincidendo il concetto di salute con quello di integrale benessere della persona.

La Corte di Cassazione, in conclusione, non ritenendo necessaria ai fini della rettificazione anagrafica la modificazione definitiva dei propri caratteri sessuali primari, con la suddetta sentenza ha accolto la rettificazione di sesso senza intervento chirurgico.

Come riporto anche nel titolo della mia relazione, e come la genesi che ho illustrato ha ampiamente dimostrato, la tutela dell'identità di genere è un istituto giuridico in divenire, che si fonda sulla evoluzione del sentire comune, nell'ambito di una tendenza storica in continua evoluzione. E ciò è confermato dal fatto che, nel 2020, trascorsi altri 5 anni dal predetto step decisivo, nulla è cambiato dal punto di vista legislativo, sussistendo a tutt'oggi ancora la L. 164/82, in nulla mutata o riformata, e per nulla al passo coi tempi.

Il sottoscritto, seguito da colleghi altrettanto volenterosi, ha continuato quindi ad utilizzare la giurisprudenza (cioè le sentenze mano a mano ottenute in tutti i Tribunali italiani) per supplire ad una carenza normativa, cercando di trasformare in estensiva l'interpretazione di una legge (la 164 del 1982 appunto) che verosimilmente aveva invece un significato restrittivo.

Si è riusciti infatti, nel corso di questi cinque anni e sulla falsariga della possibilità di una rettifica anagrafica senza intervento chirurgico, ad ottenere ormai in tutti i Fori nazionali l'emissione di sentenze che contestualmente autorizzano l'intervento di RCS (per chi vuole farlo) in uno alla rettifica del genere e del nome, così di fatto risparmiando all'utente un doppio "grado" di giudizio e riducendo enormemente i tempi dell'intero iter legale.

Ed è chiaro, a questo punto, che la legge, come fonte del diritto, è affiancata, o oserei dire superata, non solo dal ruolo di egregia "supplente" reso, come si è visto, dalla giurisprudenza ma anche di un'altra fonte, forse non menzionata dal sistema tecnico-giuridico, che è l'inevitabile evoluzione del costume e, soprattutto, del sentire collettivo.

### **Sentenza Corte Europea dei Diritti Umani 11.10.2018**

Questa sentenza ha un'importanza storica perché, per la prima volta, il nostro Paese viene condannato dalla Corte Europea dei Diritti Umani per la tutela di una persona Transgender.

Quando all'epoca (2008) era sempre richiesto l'intervento chirurgico di RCS per potere ottenere la rettifica del sesso e del nome, essendo di aspetto assolutamente femminile, la persona aveva richiesto (e non ottenuto) la possibilità di rettificare anagraficamente il proprio nome, senza doversi necessariamente operare. Aveva quindi dovuto sottoporsi forzatamente all'intervento chirurgico per potere rettificare le sue generalità anagrafiche.

Con il mio supporto legale, ha pertanto voluto portare avanti dinanzi alla Corte di Strasburgo (questa volta vincendo) la sua lotta per l'affermazione di un sacrosanto principio che le era stato negato: il diritto ad un nome che la qualificasse per quello che era: una donna.

### **Sentenza Tribunale di Roma 07.03.2022**

Pietra miliare: per conto di un giovane ragazzo trans non binario, ho ottenuto la prima rettifica anagrafica in Italia (sia del nome che del genere) per persona

non binaria che non si è sottoposta, e non desidera sottoporsi, per scelta e non per patologia, a nessuna terapia ormonale.

Per la prima volta, peraltro, la giudice (la Dott.ssa Cristina Cambi, della I Sezione del Tribunale Civile di Roma) introduce proprio la definizione “non binario”, virgolettandola nel corpo della sentenza, riferendosi alla persona in oggetto.

La sentenza in più autorizza contestualmente anche gli interventi chirurgici che la persona intenderà affrontare (nella fattispecie la sola mastectomia).

## Conclusioni

È anche buffo parlare di “conclusioni” in un processo in continua evoluzione, quale quello dell’identità di genere in un’ottica attenta ai suoi risvolti giuridici.

Sicuramente possiamo trarre le conclusioni a questo nostro articolo che si ripropone l’obiettivo di rendere al lettore un quadro, semplice e di facile comprensione, di fenomeni che sono invece assai tecnici e spesso ignoti ai più.

Dietro all’evoluzione dell’istituto, così come illustrato in questo articolo, ci sono anni di duro lavoro e di impegno profuso nel cercare di introdurre (devo dire con successo), anche giuridicamente, concetti (quali l’identità di genere, l’orientamento sessuale, la non binarietà) sui quali, in realtà, ci dovrebbe essere ben poco da discutere, rappresentando essi delle “condizioni”, dei “modi di essere” che, in quanto tali, meritano e meriterebbero solo autocoscienza ed autodeterminazione. Ma in un’ottica ancora troppo binaria della nostra società, sussiste (e purtroppo immagino sussisterà ancora a lungo) la necessità di tutelare in un’aula di tribunale il diritto di esistere...

# La “carriera alias” nelle istituzioni scolastiche: una buona prassi d’inclusione

Gianluca Dradi\*

**Sommario** - Nel presente intervento, partendo dall’esperienza di un progressivo incremento, in ambito scolastico, della presenza di studenti con varianza di genere, si evidenziano gli obblighi delle istituzioni scolastiche di favorire il benessere complessivo degli studenti e quindi si illustra la buona pratica dell’introduzione delle cosiddette “carriere alias”. Si evidenziano anche alcune problematiche giuridiche connesse a tale istituto, concludendo con l’illustrazione dei benefici che l’intera comunità scolastica può trarne dalla sua implementazione.

**Parole chiave:** *varianza di genere, carriera alias, inclusione.*

## **Abstract** - Alias in Educational Institutions: A Good Inclusion Practice

*In this article, starting from the experience of a gradual increase in the presence of students with gender variance in schools, we will highlight the obligations of educational institutions to promote the overall well-being of students, and then the good practice of introducing so-called “alias careers” will be illustrated. Some legal issues related to this institution will also be explored, concluding with an illustration of the benefits that the entire school community can gain from its implementation.*

**Key words:** *gender variance, alias careers, inclusion.*

*“Accolsero gli dei i suoi voti: i due corpi uniti  
si fondono annullandosi in un’unica figura.  
Come vedi saldarsi, mentre crescono, due rami e svilupparsi  
insieme, se li unisci sotto la medesima cortecchia,  
così, quando le loro membra si fusero in quel tenace abbraccio,  
non furono più due, ma un essere ambiguo che femmina non è  
o giovinetto, che ha l’aspetto di entrambi e di nessuno dei due”.*

(Ovidio, *Le Metamorfosi*, libro IV)

## Introduzione

Comportamenti varianti rispetto al genere sono sempre esistiti, ma nel corso dell’ultimo decennio la maggior consapevolezza di sé, la maggior attenzione ai diritti delle persone e la presenza di servizi dedicati, hanno probabilmente favorito il “coming out” delle persone transgender già in età preadolescenziale. Ed il fenomeno si registra ovviamente anche nel contesto scolastico, sin dalle scuole del primo ciclo.

Come riportato dalle “Linee Guida per la scuola: strategie di intervento e promozione del benessere dei bambini e degli adolescenti con varianza di genere”<sup>1</sup>,

\* *Dirigente scolastico. Avvocato.*

<sup>1</sup> Linee Guida elaborate con il logo dell’azienda ospedaliera San Camillo Forlanini, originariamente veicolate alle istituzioni scolastiche del Lazio dall’USR Lazio con nota 14568 del 14.05.2021, ma successivamente ritirate con nota 15008 del 18.05.2021 perché emerso che il redattore (Istituto Metafora) aveva utilizzato senza autorizzazione il logo dell’azienda ospedaliera.

la letteratura scientifica documenta come i giovani transgender presentino una maggiore vulnerabilità psicopatologica e l'incidenza di un maggior numero di problematiche comportamentali ed emozionali rispetto alla popolazione generale dei pari. I dati presenti in letteratura suggeriscono che gli adolescenti transgender hanno una probabilità più alta di sviluppare difficoltà psicologiche (come problematiche legate alla depressione e all'ansia, ritiro sociale ed isolamento), ma anche autolesionismo, abuso di sostanze e disturbi del comportamento alimentare.

Sempre nel documento citato si riferisce che i livelli di sofferenza ed ansia legati alla varianza di genere sono correlati, principalmente, a fattori sociali quali lo stigma, la transfobia, i pregiudizi, le discriminazioni, gli atti di bullismo e le minor relazioni col gruppo dei pari.

Prosegue il documento, affermando che *«le pressioni culturali a “normalizzarsi”, ad aderire ad una struttura patriarcale ed eteronormativa, assumono in quest’ottica la valenza di fattori di rischio importanti e predominanti nello sviluppo di psicopatologie nel bambino o adolescente transgender. A tal riguardo, si potrebbe affermare che il benessere psicologico delle persone transgender sia inversamente correlato all’intensità dell’intolleranza sociale percepita»*.

La correlazione tra benessere psico-fisico e reazione del contesto sociale al fenomeno è attestata anche dalla giurisprudenza. Infatti la Corte di Cassazione civile, nella sentenza n. 15138/2015, con la quale per la prima volta si è formulato il principio secondo cui per la rettifica anagrafica non è indispensabile l'intervento chirurgico di modifica dei caratteri sessuali primari, affrontando il tema della “disforia di genere”, ha affermato che *«l'apparenza fisica non può essere slegata dall'autopercezione e dalla relazione che si sviluppa con la società e con le sue norme comportamentali concernenti la sfera della sessualità in un'interazione costante tra cervello, corpo, esperienza. La più aggiornata concettualizzazione del transessualismo si richiama ad un paradigma complesso in base al quale l'interazione di fattori biologici, psicologici e sociali influenza la costruzione dell'identità di genere. La chirurgia in tale prospettiva non è la soluzione ma solo un eventuale ausilio per il benessere della persona»*.

Detta altrimenti, la radice del malessere psico-fisico dell'individuo affetto da disforia di genere non risiede necessariamente nel rifiuto della propria persona, ma si alimenta anche dal rifiuto che si esprime nel contesto sociale nel quale la persona vive, tanto da doverla portare, in alcuni casi, a richiedere un adeguamento degli atti anagrafici quale mezzo di riconoscimento sociale della propria identità di genere.

## Strategia di inclusione

A livello di istituzioni europee si registra da tempo un impegno nella promozione dell'uguaglianza delle persone Lgbt+. Si può citare la Comunicazione della Commissione al Parlamento europeo ed al Consiglio, denominata “Unione dell'uguaglianza: strategie per l'uguaglianza LGBTIQ 2020-2025”, che fissa una serie di obiettivi chiave, suddivisi in quattro pilastri da conseguire entro il 2025: combattere le discriminazioni nei confronti delle persone Lgbtiq, garantire la loro

incolumità, costruire società inclusive, guidare la lotta a favore dell’uguaglianza nel mondo.

Tali obiettivi si traducono in strategie nazionali e, per quanto riguarda il nostro paese, ciò è avvenuto con il documento “Strategia nazionale Lgbt+ 2022-2025”, adottato con decreto del Direttore Generale del Dipartimento Pari Opportunità del 6.10.2022.

In tale documento, tra le altre azioni, si indica «*l’elaborazione e diffusione di misure per l’inclusione e il benessere degli studenti e delle studentesse*» nonché la «*diffusione di buone prassi*».

Nel documento “Thematic Fiche: Education and Lgbtq Diversity”, redatto dal gruppo di lavoro ET 2020 sulla promozione dei valori comuni e dell’istruzione inclusiva, tra i messaggi relativi al rapporto tra persone Lgbt+ ed istruzione, si invitano gli Stati ad assumere iniziative al fine di proteggere e riconoscere l’orientamento sessuale, l’identità di genere e/o l’espressione di genere degli studenti.

Similmente l’Unesco, nel documento “Out in the open”, raccomanda l’introduzione di regolamenti che promuovano l’inclusione degli studenti transgender, ad esempio garantendo il rispetto dei nomi preferiti da tali studenti, le scelte di abbigliamento e di aspetto, nonché la salvaguardia della loro privacy<sup>2</sup>.

Le istituzioni scolastiche non possono pertanto rimanere indifferenti a tale problematica, *in primis* perché hanno nella loro mission il dovere di promuovere l’inclusione, come può ricavarsi, innanzitutto dagli artt. 2-3-34 della Costituzione.

Statuendo che “la scuola è aperta a tutti”, l’art. 34 pone un principio nel quale la basilare garanzia dei diritti inviolabili dell’uomo “nelle formazioni sociali dove si svolge la sua personalità”, apprestata dall’art. 2, trova espressione in riferimento a quella particolare formazione sociale che è la scuola.

L’art. 2 poi, si raccorda e si integra con il precetto contenuto al secondo comma dell’art. 3, che impone alle istituzioni di attivarsi per rimuovere gli ostacoli che si frappongono al pieno sviluppo delle persone e che limitano l’uguaglianza dei cittadini.

Le istituzioni scolastiche sono altresì chiamate a promuovere il rispetto delle differenze, valorizzare l’identità e prevenire la violenza di genere<sup>3</sup>, contrastare il bullismo<sup>4</sup>, promuovere la salute<sup>5</sup>, assicurare le condizioni per il successo scolastico<sup>6</sup>.

<sup>2</sup> A pag. 52 della pubblicazione si legge la seguente raccomandazione: «Introduce or amend regulations that promote inclusiveness for transgender students, for example, respect for transgender students’ preferred names, clothing and appearance choices, processes to safeguard the privacy of students who transition while in schools, and the confidentiality of students’ intersex status».

<sup>3</sup> Cfr. gli artt. 1 e 2 dello Statuto delle Studentesse e degli Studenti (DPR 249/1998); l’art. 1, comma 16, L. 107/2015; nonché le Linee Guida Miur “Educare al rispetto: per la parità tra i sessi, la prevenzione della violenza di genere e di tutte le forme di discriminazione”.

<sup>4</sup> Cfr. nota MIUR 2519 del 15.04.2015 e L. 71/2017 nonché le “Linee di orientamento per la prevenzione e il contrasto dei fenomeni di bullismo e cyberbullismo”, dove si sottolinea che «*la prima azione di contrasto al bullismo e cyberbullismo è la cura della relazione con l’Altro... accompagnata da una riflessione costante su ogni forma di discriminazione, attraverso la valorizzazione delle differenze...*».

<sup>5</sup> Cfr. “Indirizzi di policy integrate per la scuola che promuove salute”, documento elaborato dal Ministero della Salute e dal MIUR ed approvato dalla Conferenza Stato-Regioni il 17.01.2019. Vale la

Questo insieme di doveri istituzionali richiede quindi un atteggiamento proattivo per creare un ambiente accogliente, inclusivo, che favorisca il benessere psico-fisico e riduca il rischio di dispersione scolastica. Peraltro anche la Raccomandazione del Consiglio UE sui percorsi per il successo scolastico del 28.11.2022 correla la riduzione dell'abbandono scolastico con la creazione di ambienti inclusivi, suggerendo ai membri della comunità scolastica, tra le diverse misure preventive, di «*promuovere una cultura della scuola che valorizzi la diversità, favorisca il benessere dei discenti e il loro senso di appartenenza e crei un ambiente sicuro per il dialogo su questioni controverse*».

Con riferimento specifico alla tematica degli alunni con varianza di genere, l'introduzione della cosiddetta "carriera alias" può considerarsi, come afferma Antonio Rotelli, una buona pratica inscrivibile tra i "doveri di solidarietà sociale" previsti dall'art. 2 Cost., in quanto garantisce agli studenti, nella vita di relazione intra-scolastica, il diritto inviolabile di realizzare la propria identità di genere.

## Carriera alias

Con questo istituto si riconosce la possibilità, per gli studenti che vivono una situazione di varianza di genere, di poter utilizzare nei documenti interni alla scuola (in primis il registro e l'indirizzo di posta elettronica) il nome elettivo.

A ciò è opportuno aggiungere l'allestimento di bagni e spogliatoi non contrassegnati dal genere.

In tal modo si consente a questi studenti di vivere un contesto che li faccia sentire riconosciuti per come sono ed in molti casi si elimina la sofferenza rappresentata dal dover effettuare "coming out" non desiderati e di dover contrattare con i singoli docenti l'uso di un prenome (non conforme al sesso biologico) diverso da quello anagrafico.

Come noto non esiste né una legge né una disposizione ministeriale che preveda l'introduzione di questo istituto, tuttavia i documenti delle istituzioni europee e gli obblighi istituzionali prima richiamati, nonché la circostanza che l'autonomia scolastica è stata introdotta con lo scopo di modulare gli interventi formativi in relazione ai diversi contesti ed alla domanda delle famiglie (art. 1 DPR 275/1999)<sup>7</sup>, con conseguente trasferimento alle istituzioni scolastiche delle funzioni amministrative riguardanti la carriera scolastica e il rapporto con gli alunni (art. 14 DPR cit.), consentono di ritenere possibile l'introduzione di un "accomodamento ragionevole"<sup>8</sup>, ossia di un adattamento organizzativo che consenta a co-

---

pena sottolineare come il documento identifichi, tra i determinati della salute, anche l'ambiente sociale, costituito dalle relazioni, dal clima organizzativo, dalle regole ecc...

<sup>6</sup> Cfr. art. 1 DPR 275/1999.

<sup>7</sup> Come affermato da Cass. civ., SU, sent. n. 24414/2021, l'autonomia attribuisce alle istituzioni scolastiche «*margini di flessibilità e adattabilità ai diversi contesti, che l'uniformità normativa non garantisce*».

<sup>8</sup> Di "soluzioni ragionevoli" parla, per la prima volta, la Direttiva 2000/78/CE sulla parità di trattamento in materia di occupazione e condizioni di lavoro. Di "accomodamento ragionevole" parla

loro che sperimentano un’identità o un’espressione di genere non corrispondente al sesso biologico, di vivere la loro esperienza scolastica con meno disagio, contribuendo quindi a contrastare il maggior rischio di abbandono cui sono esposti.

Il Consiglio di Istituto è l’organo che, nell’ambito della propria potestà regolamentare<sup>9</sup>, può disciplinare le modalità attraverso le quali riconoscere il diritto degli studenti ad essere denominati con un nome di elezione (coerente con quella che viene percepita come la propria identità di genere) negli atti interni alla scuola, nonché decidere l’organizzazione di spazi (bagni e spogliatoi) che consentano a tali persone di sentirsi tutelate nel momento in cui la propria intimità è maggiormente esposta.

Con tale regolamento la scuola indicherà le modalità di accogliimento di una scelta educativa che compete ai genitori (art. 30 della Costituzione) e che, anche ai sensi della legge Moratti (art. 1 L. 53/2003), l’istituto scolastico è chiamato a rispettare.

L’attivazione del percorso, per gli studenti minorenni, dovrà avvenire sulla base della richiesta di entrambi i genitori, posto che, come prevede l’art. 316 del Codice Civile, la responsabilità genitoriale è esercitata da entrambi i genitori di comune accordo tra loro, peraltro «*tenendo conto delle capacità, delle inclinazioni naturali e delle aspirazioni del figlio*». Qualora accordo non vi sia, «*su questioni di particolare importanza ciascuno dei genitori può ricorrere senza formalità al giudice*» per l’adozione dei provvedimenti più idonei.

Ovviamente il regolamento scolastico non comporta la modifica dei dati anagrafici degli studenti, avendo l’adozione del nome elettivo efficacia meramente interna alle mura scolastiche. Mentre ogni documento (pagelle, polizze assicurative, convenzioni Pcto ecc...) avente valore verso l’esterno non potrà che riportare il nome ufficiale.

Come si diceva, si tratta di un’applicazione estensiva dell’istituto giuridico dell’accomodamento ragionevole, previsto anche dal D.Lgs. 216/2003 per evitare, negli ambienti di lavoro, forme di discriminazione, anche solo indiretta<sup>10</sup>, delle persone in conseguenza dell’orientamento sessuale.

Come statuito dalla Corte di Cassazione, a sezioni riunite, con la sentenza n. 24414 del 2021, l’accomodamento ragionevole – nel caso di specie applicato con riferimento alla libertà religiosa – «*è basato sulla capacità di ascolto e sul*

---

poi la Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità, del 2006. Con tale espressione di riferimento alle modifiche ed adattamenti necessari ed appropriati che non impongono un onere sproporzionato, adottati per garantire alle persone (con disabilità) il godimento e l’esercizio, su base di uguaglianza con gli altri, di tutti i diritti umani e delle libertà fondamentali.

<sup>9</sup> In base all’art. 10 del D.Lgs. 297/1994 il Consiglio di Istituto ha potere deliberante per quanto concerne l’organizzazione e la programmazione della vita e dell’attività della scuola, potendo adottare regolamenti interni.

<sup>10</sup> Si ha discriminazione indiretta, recita l’art. 2, quando “*una disposizione, un criterio, una prassi, un atto, un patto o un comportamento apparentemente neutri possono mettere le persone che professano una determinata religione o ideologia di altra natura, le persone portatrici di handicap, le persone di una particolare età o nazionalità o di un orientamento sessuale in una situazione di particolare svantaggio rispetto ad altre persone*”.

*linguaggio del bilanciamento e della flessibilità. Valorizza le differenze attraverso l'avvicinamento reciproco orientato all'integrazione. La dimensione che lo caratterizza è quella dello stare insieme improntata ad una logica dell'et et, non dell'aut aut».*

## Problematiche giuridiche

Le obiezioni che vengono avanzate nei confronti di questo istituto ruotano principalmente attorno a due concetti: l'utilizzo di un prenome diverso da quello anagrafico determinerebbe incertezza dei rapporti giuridici e disorientamento, imponendo alla collettività un mutamento dei tradizionali valori; l'utilizzo dell'alias in un documento pubblico, qual è il registro scolastico, integrerebbe il reato di falso in atto pubblico.

Quanto alla prima obiezione, basti citare la sentenza n. 185 emessa dalla Corte Costituzionale il 13.07.2017 (che ribadisce la non indispensabilità della modificazione chirurgica dei caratteri sessuali ai fini della rettificazione anagrafica), nella quale si afferma che *«la denunciata imposizione di un onere di adeguamento da parte della collettività non costituisce affatto una violazione dei doveri inderogabili di solidarietà, ma anzi ne riafferma la perdurante e generale valenza, la quale si manifesta proprio nell'accettazione e nella tutela di situazioni di diversità, anche "minoritarie ed anomale" (sentenza n. 161 del 1985)».*

Quanto al reato di falso, occorre precisare che seppure il registro scolastico sia considerato un atto pubblico, il bene giuridico tutelato dai reati di falso ideologico e/o materiale è, come recita il titolo VII del Libro II del Codice Penale, la "fede pubblica". Quindi, per integrare l'illecito, occorre che la *immutatio veri* sia idonea a ledere la fiducia che la collettività ripone nella veridicità dell'atto pubblico.

Inoltre l'atto pubblico, ai sensi degli artt. 2699 e 2700 c.c., è quel documento che fa piena prova *«delle dichiarazioni delle parti e degli altri fatti che il pubblico ufficiale attesta essere avvenuti in sua presenza o da lui compiuti».* I fatti che vengono attestati nel registro scolastico sono la presenza a scuola degli studenti, le attività compiute dal docente ed i voti assegnati agli alunni.

Certamente la presenza ed i voti verrebbero annotati in corrispondenza di un nome diverso da quello anagrafico ma, poiché ciò consegue ad una richiesta della famiglia e non ha valore verso terzi (per questo aspetto limitandosi, il registro, a "dialogare" con la famiglia), è del tutto evidente che il fatto materiale non corrisponde all'intenzione di alterare la verità nè appare idoneo a trarre in inganno i soggetti direttamente coinvolti nella redazione o consultazione del Registro. Manca dunque sia l'elemento psicologico che quello materiale del reato.

Come precisato dalla giurisprudenza *«In tema di falsità in atti, ricorre il cosiddetto "falso innocuo" nei casi in cui l'infedele attestazione (nel falso ideologico) o l'alterazione (nel falso materiale) siano del tutto irrilevanti ai fini del significato dell'atto e non esplicino effetti sulla sua funzione documentale»* (Cass. pen., sent. n. 5896/2020).

L’alterazione del nome, richiesta dalla famiglia ed accolta dalla scuola al fine di favorire l’inclusione ed il benessere dello studente, appare pertanto irrilevante per la finalità propria dell’atto, non modificandone né la funzione né il senso.

## Conclusioni

Occorre, infine, rammentare che la scuola, come recita l’art. 1 DPR 249/1998, «è una comunità di dialogo, di ricerca, di esperienza sociale, informata ai valori democratici e volta alla crescita della persona in tutte le sue dimensioni». È cioè una “palestra di società” nella quale si apprendono le competenze di cittadinanza e si realizza una socializzazione allargata rispetto a quella familiare. Ed è il luogo nel quale, per la prima volta, si introduce la dimensione pubblica e il senso di responsabilità nella vita dei giovani.

Vale allora la pena di citare il rapporto Unesco “Re-immaginare i nostri futuri insieme – un nuovo contratto sociale per l’educazione”, dove si evidenzia l’urgenza di ripensare gli obiettivi formativi della scuola nel XXI secolo al fine di costruire un nuovo contratto sociale fondato sui diritti umani e basato sui principi di non discriminazione, giustizia sociale, rispetto della vita, dignità umana e diversità culturale.

In questo contesto viene enfatizzato il ruolo delle “pedagogie della cooperazione e della solidarietà” che valorizzino le diversità ed il pluralismo come momento di arricchimento delle società e come veicolo di apprendimenti significativi.

A tal proposito si sostiene che «senza la valorizzazione delle diverse culture ed epistemologie, dei diversi modi di vivere e vedere il mondo, è impossibile costruire una pedagogia della solidarietà»<sup>11</sup> e pertanto è fondamentale che le scuole mettano «gli studenti e le studentesse in contatto con persone diverse da loro» per «passare dalla valorizzazione della diversità e del pluralismo al loro sostegno. L’insegnamento dovrebbe essere incentrato sul disimparare i pregiudizi, i preconcetti e le divisioni»<sup>12</sup>.

Appare allora evidente che la “legittimazione” degli studenti trans, attraverso l’introduzione della “carriera alias”, serve non solo a prendersi cura del benessere di queste persone, ma è utile a tutta la comunità scolastica perché offre a tutti l’occasione di confrontarsi con la molteplicità dei modi d’essere, dei punti di vista, dei linguaggi e delle soluzioni approntabili rispetto a situazioni problematiche.

Inoltre tutti beneficiano di un clima accogliente, collaborativo, dialogico, dove si possono esprimere le proprie identità senza timori, imparando a praticare il rispetto e la solidarietà.

Anche attraverso questo accorgimento si può dunque perseguire l’obiettivo di un sistema scolastico che miri a costruire, per dirla con Michel de Montaigne ed Edgar Morin, teste ben fatte e non semplicemente ben piene.

<sup>11</sup> Op.cit. pag. 55.

<sup>12</sup> Op cit. pag. 63.

## Bibliografia

- Commissione Europea (2020). Comunicazione della Commissione al Parlamento Europeo, al Consiglio, al Comitato Economico e Sociale Europeo e al Comitato delle Regioni, “Unione dell’uguaglianza: strategia per l’uguaglianza LGBTIQ 2020-2025”.  
Disponibile in: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/IT/TXT/?uri=CELEX%3A52020DC0698>
- Consiglio Europeo (2022). Raccomandazione del Consiglio del 28 novembre 2022 sui percorsi per il successo scolastico che sostituisce la raccomandazione del Consiglio, del 28 giugno 2011, sulle politiche di riduzione dell’abbandono scolastico.  
Disponibile in: [https://eur-lex.europa.eu/legal-content/IT/TXT/?uri=uriserv%3AOJ.C\\_.2022.469.01.0001.01.ITA&toc=OJ%3AC%3A2022%3A469%3AFULL](https://eur-lex.europa.eu/legal-content/IT/TXT/?uri=uriserv%3AOJ.C_.2022.469.01.0001.01.ITA&toc=OJ%3AC%3A2022%3A469%3AFULL)
- Dipartimento Pari Opportunità (2022). “Strategia nazionale Lgbt+ 2022-2025”.  
Disponibile in: [https://politichecoesione.governo.it/media/2968/strategia-nazionale-lgbtplus\\_2022-2025.pdf](https://politichecoesione.governo.it/media/2968/strategia-nazionale-lgbtplus_2022-2025.pdf)
- European Commission, Directorate-General for Education, Youth, Sport and Culture, Driel, B. (2021). “Education and LGBTIQ diversity: thematic fiche”.  
Disponibile in: <https://data.europa.eu/doi/10.2766/784287>
- Istituto Metafora - Centro Ricerca e Terapia della Famiglia, del Bambino e dell’Adolescente s.r.l. (2021).
- Linee Guida per la scuola: strategie di intervento e promozione del benessere dei bambini e degli adolescenti con varianza di genere. Pubblicato in allegato a circolare USR Lazio n. 14568 del 14.05.2021.
- MIUR (2017). “Educare al rispetto: per la parità tra i sessi, la prevenzione della violenza di genere e di tutte le forme di discriminazione”.  
Disponibile in: <https://www.miur.gov.it/documents/20182/0/Linee+guida+Comma+16+finale.pdf/>
- MIUR (2021). “Linee di orientamento per la prevenzione e il contrasto dei fenomeni di bullismo e cyberbullismo”.  
Disponibile in: <https://www.miur.gov.it/documents/20182/0/Linee+di+orientamento+per+la+prevenzione+e+il+contrasto+dei+fenomeni+di+bullismo+e+cyberbullismo-2021.pdf/37003208-7571-0e5f-7730-63fb0f86a0bd?version=1.0&t=1612883126202>
- Ministero Salute e Miur (2019). “Indirizzi di policy integrate per la scuola che promuove salute”.  
Disponibile in: [https://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_notizie\\_3607\\_listaFile\\_itemName\\_0\\_file.pdf](https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_notizie_3607_listaFile_itemName_0_file.pdf)
- Rotelli Antonio (2022). “Carriera alias, no alle diffide delle associazioni. Bene fanno le scuole, numerose sentenze sostengono il riconoscimento di tale diritto”.  
Disponibile in: <https://www.tecnicaldellascuola.it/carriera-alias-le-diffide-delle-associazioni-bene-fanno-le-scuole-numerose-sentenze-sostengono-il-riconoscimento-di-tale-diritto>
- Unesco (2016). “Out in the open”.  
Disponibile in: <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000244652>
- Unesco (2023). “Re-immaginare i nostri futuri insieme – un nuovo contratto sociale per l’educazione”, Unesco ed. Editrice La Scuola.

# Strumenti per la valutazione dell'identità di genere in ambito forense: variabili psicologiche, antropologiche e familiari

Michele Frigieri\*, Vanessa Treccani\*\*, Silvia Girotti\*\*\*

**Sommario** - L'identità di genere rappresenta un tema complesso e controverso, tale da evidenziare rilevanti differenze in ambito clinico, antropologico e forense. Il conflitto fra le diversità rischia di acuirsi nella valutazione, nei criteri psicodiagnostici che, talvolta, possono influenzare una decisione sul piano giuridico. Sono proposti alcuni spunti di riferimento metodologici per un'analisi integrata delle variabili psicologiche, culturali e del sistema relazionale familiare utili a cogliere la complessità del costrutto.

**Parole chiave:** *identità, genere, valutazione, psicodiagnostica, metodologia.*

## **Abstract** - Tools for Evaluating Gender Identity in Forensic Contexts: Psychological, Anthropological, and Familial Variables

*Gender identity is a complex and controversial issue, such as to highlight significant differences in the clinical, anthropological and forensic fields. Conflict between different approaches is likely to be exacerbated in the evaluation, mostly in the psychodiagnostic criteria which can influence a decision on the legal level. Some methodological reference points are proposed for an integrated analysis of the psychological, cultural and family relational variables useful to understand the complexity of the construct.*

**Key words:** *identity, gender, evaluation, psychodiagnosics, methodology.*

La costruzione dell'identità di genere indica il processo di costruzione del senso di sé, quindi la consapevolezza della coerenza e unità della propria identità come maschile, femminile o altro: nel proprio sviluppo implica complessi processi cognitivi e affettivi (Dèttore e Lambiase 2011). Egan e Perry (2001) hanno proposto una definizione di identità di genere che tiene conto di cinque componenti:

- *consapevolezza di appartenenza*: sapere a quale genere si appartiene;
- *tipicità di genere*: comprendere che alcune caratteristiche proprie sono simili ad altri appartenenti allo stesso genere;
- *contentezza di genere*: grado di soddisfazione del proprio genere;
- *pressione percepita*: percezione delle richieste di altri, o proprie, a conformarsi alle norme del gruppo di genere di appartenenza;
- *pregiudizio intergruppo*: convinzione che il proprio gruppo di genere sia superiore agli altri.

L'identità di genere rappresenta l'esperienza soggettiva e psicologica di appartenenza al genere maschile o femminile, indipendentemente dal sesso biologico

\* *Sessuologo clinico, Criminologo.*

\*\* *Psicoterapeuta.*

\*\*\* *Psicoterapeuta.*

e dal focus sui genitali (Panzeri, 2013). Nel corso del tempo si sono compresi altri scenari possibili, riconosciuti come ugualmente legittimi ed espressione di possibili realtà psichiche, piuttosto che varianti psicopatologiche: dal considerare ambivalente quanto non contenibile negli insiemi “maschile” e “femminile” (Money e Ehrhardt, 1972), si è giunti a riconoscere e denominare differenti categorie portatrici di specificità (Harris, 2003) come le identità intersessuali, transessuali e transgender (Panzeri, 2013).

Lo sviluppo dell'identità di genere è un processo complesso che inizia in epoca gestazionale, coinvolgendo direttamente l'attivazione dei genitori nelle loro rappresentazioni interne, nell'immaginarsi genitori ma anche con idealizzazioni e fantasie rispetto a chi nascerà. La scoperta del sesso biologico rappresenta un momento importante, inevitabilmente condizionante le immagini e riflessioni dei genitori su come il/la figlio/a sarà, si comporterà e che nome potrebbe avere. Questi processi psicologici e comportamentali influiscono, consciamente e inconsciamente, sullo sviluppo dell'identità di genere del nascituro. Fin dalla nascita, come dimostrato in numerosi studi (Tronick, & Weinberg, 1997; Tronick 2003), i neonati presentano competenze sul piano relazionale e sociale potendo interagire, adattarsi all'ambiente circostante e modificare i propri comportamenti. Nel corso dello sviluppo, se il contesto è sufficientemente sano, si acquisisce la capacità di capire le persone e comprenderne le emozioni: la “funzione riflessiva” (Fonagy, 1996) rappresenta un momento cruciale mediante l'acquisizione della distinzione tra sé e gli altri, la consapevolezza di avere un'identità separata attraverso il processo di separazione e rappresentazione di sé come struttura autoconsapevole e di cognizione sociale (Stern, 1985).

L'autoconsapevolezza inizia a 4-5 mesi quando il bambino risulta attratto dall'immagine degli altri riflessa nello specchio, ma è intorno ai 12-15 mesi che inizia a riconoscere la propria immagine percependola come stabile, continua nel tempo e nello spazio. Lo sviluppo dell'identità e la tipizzazione sessuale trae la propria base da questo processo: già a 9 mesi i bambini sembrano consapevoli che le persone si dividono in maschi e femmine, identificano le caratteristiche simili di sé e degli altri individui per poi creare categorie mentali che servono a orientarsi. Sulla base di queste categorie imparano a riconoscere la propria identità sessuale e comprendere i ruoli assegnati socialmente a maschi e femmine. La responsabilità della formazione di queste categorie si può ritrovare nell'ambiente e nei caregivers: come loro vestono, gestiscono e interagiscono con il/la bambino/a. Bandura (1991) parla di “apprendimento sociale”, ovvero di meccanismi di imitazione che si deducono dall'osservazione del comportamento degli adulti ma anche dall'esposizione a modelli sociali; le aree in cui si è notato vi sono più differenze sono nella scelta dei giochi, dei compagni e nello stile relazionale dei due gruppi (Auster, & Mansbach, 2012; Leaper C., Anderson K.J., & Sanders P., 1998).

Fin dal 1966 Kohlberg ha ipotizzato il concetto di “tipizzazione sessuale”, ovvero quel processo cognitivo attraverso il quale i bambini imparano a pensare per categorie: lo sviluppo della tipizzazione sessuale, secondo questo autore, racchiude in sé l'aver acquisito l'identità, la stabilità e la congruenza di genere. Lo svi-

luppo dell'identità ha un collegamento forte con lo sviluppo affettivo e relazionale, dunque con i legami di attaccamento (Bowlby, 1969) da cui originano in maniera automatica e non pensata i modelli operativi interni, che includono anche gli stereotipi di genere del contesto di appartenenza. Fin dai 3 anni il bambino riesce a categorizzare in maniera stabile l'appartenenza sociale maschi/femmine e a stabilire la propria identità di genere, tendenzialmente invariata nel corso della propria vita. Intorno ai 6-7 anni percepisce la congruenza di genere, ovvero che la differenza del genere è una caratteristica biologica interna e immodificabile, quindi che alle differenze fisiche si associno caratteristiche stabili del comportamento, funzioni e qualità.

Nelle culture occidentali, già dalla nascita i/le bambini/e sono indirizzati all'espressione dell'identità maschile o femminile attraverso l'uso di giochi, vestiti, comportamenti stereotipici, nome e linguaggio. La costruzione discorsiva del genere (Tannen, Hamilton e Schiffrin, 2015; Bucholtz, 2002), insieme alla molteplicità di parole e immagini, definisce e descrive la realtà potendo favorire e rassicurare nel riconoscersi parte di un gruppo, o creare ambivalenza e sofferenze, sentimenti di solitudine, quando le descrizioni della realtà non contemplano quella vissuta dal soggetto. Anche i comportamenti di consumo in età adulta seguono e confermano gli stereotipi, proponendo archetipi di genere che rinforzano un'identificazione e una scelta di prodotti socialmente aderenti alle caratteristiche binarie di maschile/femminile (Yaprak, Cleveland *et al.*, 2020). Queste modalità tipicamente occidentali non sono presenti in ogni contesto socio-culturale: alcuni antropologi hanno approfondito comportamenti ritualizzati e riti di passaggio (Van Gennep, 1960; Johnson, 1984) che non sono legati all'identità di genere e sessuale, quanto alla rappresentazione di una fase evolutiva o un aspetto nel proprio ciclo di vita: Kendall (1999), agli inizi del XX secolo, scoprì che nel Lesotho (Sudafrica) le relazioni erotiche intime di lungo termine tra donne erano regolate, conosciute pubblicamente e onorate.

L'ambiente relazionale è fondamentale per lo sviluppo dell'identità di genere e dei significati e comportamenti connessi alla sessualità. In una recente ricerca di Chowdhury e colleghi (2023) sono stati esaminati gli stili genitoriali percepiti (autoritario, autorevole e permissivo) e l'identità del ruolo di genere nei giovani adulti, oltre al modello dell'identità e ruolo di genere dei genitori. Gli autori utilizzano il termine "androginia", coniato da Sandra Bem, per descrivere quegli individui che non elaborano le informazioni in base al loro schema di genere e possono dimostrare una gamma di comportamenti diversi in base alla situazione: questi avrebbero maggiori risorse sia in termini di adattamento ambientale che relazionale e dotati di una più buona salute psicologica. Al contrario, gli individui tipizzati per sesso, cioè quelli che seguono schemi esclusivamente femminili o maschili, tendono ad avere un pensiero polarizzato che spesso rafforza la disuguaglianza di genere. Gli stili genitoriali avrebbero un peso importante nel determinare gli sviluppi futuri dei figli in merito alla loro identità di genere; il clima emotivo che caratterizza la relazione tra genitori e figli varia nel grado di calore e con-

trollo manifestati. Nella *genitorialità autorevole*, i genitori mostrano calore, hanno un controllo moderato e i bambini presentano una maggiore autostima. I *genitori autoritari* mostrano poco o nessun calore e hanno un alto controllo, mentre i *genitori permissivi* sono caratterizzati da un alto calore ma scarso controllo e disciplina. Negli stili relazionali i bambini sono incoraggiati dai genitori ad aderire ai ruoli di genere appropriati dalla società. I genitori che utilizzano uno stile genitoriale autorevole presentano caratteristiche di personalità che possono essere connesse al ruolo di genere androgino, i figli possono emulare queste caratteristiche nel loro comportamento attraverso il processo di modellamento: i risultati per il campione considerato mostrano che l'androginia era maggiormente rappresentata dai maschi, mentre per le femmine sembra esserci una maggiore adesione al genere femminile. Nelle madri, un tipo di genitorialità più permissivo è risultato connesso allo sviluppo di un'identità di ruolo di genere indifferenziata, mentre per i padri il permissivismo conduce a giovani adulti maggiormente sbilanciati verso un'identità e ruolo di genere maschile. È stata inoltre ottenuta una relazione direttamente proporzionale tra l'identità e ruolo di genere dei giovani adulti e quella dei loro genitori, in particolare nel caso di giovani adulti che si sono identificati come androgini.

Oltre allo stile, ai modelli genitoriali e alla cultura di appartenenza esiste un livello intermedio di fondamentale importanza, rappresentato dalla cultura familiare. Andolfi (2015) scrive *“nascere è come venire catapultati in un libro già popolato di personaggi e storie, è come stabilire un contatto con una realtà le cui regole sono già parzialmente scritte (...) non saremo in grado di separarci dalle pagine che precedono la nostra entrata in scena e saremo inevitabilmente influenzati da queste pagine”*. Ogni individuo quindi, pur essendo artefice della propria storia, partecipa al “copione familiare” investito da aspettative, valori e regole consapevoli e non, trasmesse attraverso le generazioni. Ognuno di noi nasce con un ruolo implicito: il copione familiare rappresenta la cultura della famiglia, l'insieme dei significati e valori tramandati attraverso ricordi, tradizioni, rituali, credenze, modelli: è una *“lettura degli eventi e della realtà”*. Sono i miti familiari che rappresentano risorse e limiti nelle esperienze soggettive, potendo aderire ai modelli del gruppo familiare di appartenenza, o rifiutarli e metterli in discussione. Un processo fondamentale e complesso che accompagna la vita di ogni individuo è quello orientato a trovare un equilibrio tra separazione e appartenenza dal proprio sistema familiare. Si tratta di due posizioni emotive differenti che, se ben equilibrate, consentono di riconciliarsi con perdite, traumi e vicende appartenenti alla storia familiare, rilevanti per un buon funzionamento relazionale ed emotivo.

I tre livelli di analisi nella costruzione dell'identità di genere consentono di cogliere la complessità del costruito. Tale complessità va tenuta conto non solo nello studio e nell'analisi di questo tema, ma anche in contesti valutativi, dove non si può prescindere da nessuno di essi, sia nella pratica clinica che giuridico-forense. In contesti valutativi forensi è fondamentale tenere presente, oltre alla dimensione individuale, quella familiare e culturale: prediligere strumenti culture

free, o meno rigidamente strutturati sui ruoli di genere, può aiutare a raccogliere informazioni più accurate e pertinenti. Per la valutazione individuale, il test di Rorschach propone stimoli non differenziati come maschile o femminile, ma in riferimento a categorie dove le percentuali di alcuni stimoli sono presenti nella popolazione maschile o femminile. I contenuti che possono esprimere difficoltà di identificazione sessuale possono essere: attribuzione arbitraria di alcune caratteristiche sessuali, (es. alcuni dettagli alla tav. I, tav. II o tav. VI interpretati come vagina, oppure alla Tav. IV o VII interpretare alcuni dettagli come pene). In generale la non definizione delle immagini, in cui il soggetto non riesce a identificare se è una persona o un animale, o il tipo di genere, può indicare una difficoltà nell'area identificatoria e di contatto con il proprio corpo (Passi Tognazzo, 2017).

Particolarmente liberi da stereotipi, non solo di genere ma anche culturali, sono i test del disegno della figura umana, famiglia e famiglia inventata. Sarà l'esaminatore a raccogliere tutti i dati relativi all'anamnesi del soggetto, a dover usare i pronomi corretti e a effettuare lo scoring tenendo conto dell'identità di genere e del contesto culturale e familiare espressa dall'esaminando. Rispetto al test del disegno della figura umana si possono individuare alcuni indici che possono richiamare aspetti riguardanti la difficoltà a definire la propria l'identità di genere (quando si interpretano alcuni indici è bene leggerli consapevoli della storia anamnestica del soggetto per evitare di fare inferenze non corrette e dalla convergenza di diversi indici). Per quanto riguarda il livello grafico, linee prevalentemente arrotondate e orizzontali in un soggetto biologicamente maschile possono far emergere tendenze alla femminilità, così come cancellature sull'intera figura o omissioni di alcune parti del corpo possono far emergere angoscia derivante dal contatto con la propria immagine corporea. Una figura vuota, priva di qualsiasi altro tratto, o trasparenze della specifica area sessuale possono indicare disturbi sessuali o difficoltà riguardo la propria identità. Se durante l'inchiesta il soggetto si rifiuta di dare un nome al personaggio disegnato, può indicare una difficoltà nel definire la propria identità. A livello di contenuto, il disegnare la testa più grande potrebbe indicare insoddisfazione rispetto al proprio aspetto corporeo, mentre il disegno della sola testa può indicare difficoltà ad accettare il proprio corpo (Castellazzi, 2012).

Nella valutazione del contesto relazionale e familiare, risulta particolarmente utile il Modello Triangolare (Cigoli, Scabini, Gennari e Tamanza, 2018) che consente di individuare e comprendere i diversi livelli delle relazioni e della struttura dei legami attraverso tre triangoli: *organizzativo*, *simbolico* e *dinamico*. I temi centrali del modello sono la *generatività*, *relazione* e *transizione*: il primo triangolo riguarda il *genere*, la *generazione* e la *stirpe*, tutto ciò che riguarda il rapporto generazionale e i significati trasmessi e tramandati; qui rientrano i pensieri e le rappresentazioni sul genere, sulla generatività e sulla famiglia. Il secondo triangolo riguarda i temi di *fiducia*, *speranza* e *giustizia* e il terzo il *dare*, *ricevere* e *ricambiare*. In ogni famiglia questi elementi circolano in modo unico, ed è per questo importante tenerli presente nella valutazione dell'identità di genere. Un ulteriore aspetto di particolare rilevanza è quello del *transfert*, ovvero *trasmettere*, *tramandare*, *trasgredire*. La prima azione riguarda l'eredità di beni materiali e in senso

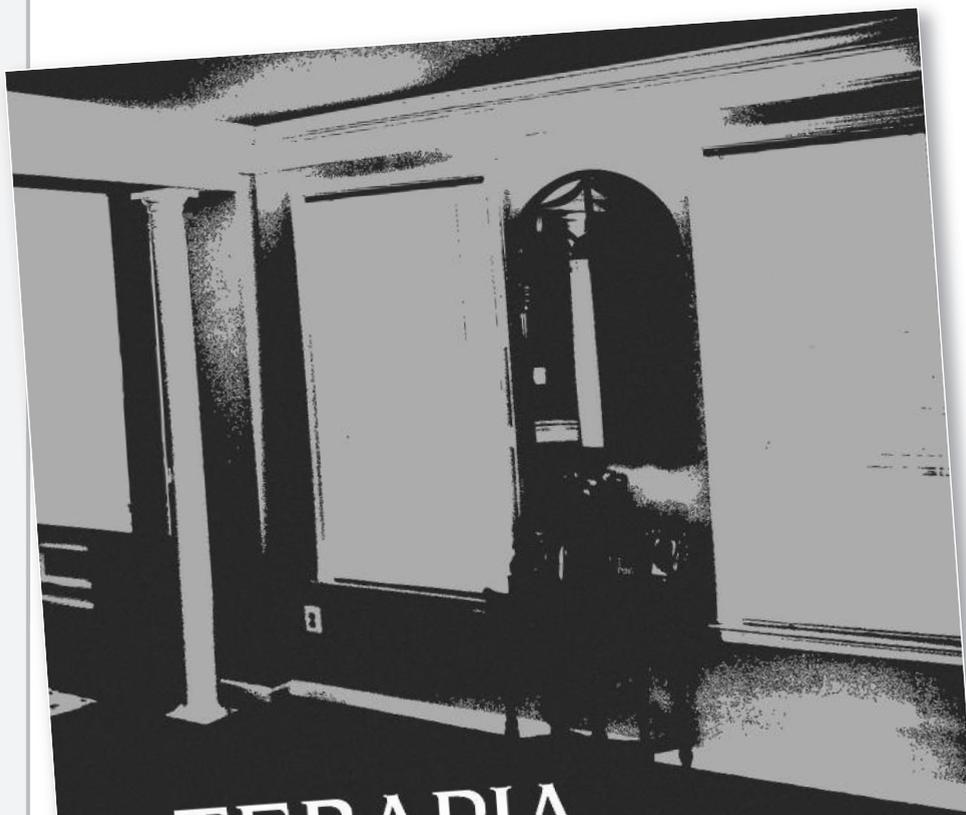
biologico-genetico; la seconda il nome, il sesso, i valori importanti nel vivere la vita, l'ordine di genitura, rapporti con antenati e componenti della famiglia allargata; la terza riguarda l'andare oltre ciò che è stato trasmesso e tramandato. Gli strumenti per la valutazione di questi temi sono il disegno congiunto della famiglia, il Family life space e l'intervista clinica generazionale. Il Disegno Congiunto della Famiglia è uno strumento grafico di tipo costruttivo-espressivo con caratteristiche differenti da quelle del disegno individuale: si richiede alla famiglia di disegnarsi mentre sta facendo qualcosa, senza porre regole particolari, se non quella di svolgere un compito insieme. Questo consentirà di osservare tempi e modi della decisione e di far emergere quindi il tipo e la qualità dei legami. Attraverso una griglia poi verranno valutati gli indicatori di prodotto (analisi del disegno) e di processo (analisi delle dinamiche e del percorso che ha portato alla realizzazione del disegno). La Family Life Space (FLS) è uno strumento grafico simbolico di natura interattiva che valuta in seguito attraverso un'analisi metrica il prodotto: si tratta di un cerchio disegnato su un foglio bianco, che rappresenta una metafora della famiglia, dove i componenti della famiglia dovranno collocare se stessi. Questo consente di comprendere dove essi si collocano tra interno ed esterno; è richiesto inoltre di inserire eventi e persone significative ed infine i legami tra loro. Rispetto all'analisi sull'identità di genere consente di comprendere aspetti culturali e relazionali del contesto al di fuori del nucleo e le relative influenze e dinamiche. L'intervista Clinica Generazionale (ICG), infine, si basa sul macro-costrutto della generatività familiare che indaga tre aree tematiche: le origini, la coppia, il passaggio e la trasmissione alla generazione successiva. È un valido strumento d'indagine che guida negli approfondimenti clinici sui contesti familiari e che consente, anche in ambito giuridico, di raccogliere informazioni utili attraverso le narrazioni (Cigoli, Scabini, Gennari e Tamanza, 2018).

La valutazione dell'identità di genere in ambito forense è anch'essa subordinata alle variabili culturali e sociali del paese di riferimento: in Scozia, Spagna e in Svizzera, ad esempio, non è richiesta alcuna diagnosi medica o valutazione psicologica per poter cambiare il proprio nome nei documenti e ricevere un riconoscimento, almeno socio-istituzionale, della propria identità di genere: è l'autodeterminazione del soggetto la variabile ritenuta utile soddisfacente per riconoscere alla persona il genere a cui sente di appartenere.

## **Bibliografia**

- Andolfi M. (2015). *La terapia familiare multigenerazionale*. Strumenti e risorse del terapeuta. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Auster C.J., Mansbach C.S. (2012). The Gender Marketing of Toys: An Analysis of Color and Type of Toy on the Disney Store Website. *Sex Role*, 67, 375-388.
- Bandura A. (1991). Social Cognitive Theory and Self Regulation. *Organizational behavior and human decision processes*, 50, 248-287.
- Bowlby J. (1969). *Attachment and loss: Attachment*. V. New York: Basic Books.

- Bucholtz M. (2002). *Genere/Gender*. Duranti, A. (a cura di), Culture e discorso. Un lessico per le scienze umane, Roma: Meltemi.
- Castellazzi V.L. (2012). Il test della figura umana. LAS: Roma.
- Chowdhury S., Bhattacharya S., Bhattacharya S., Bhattacharya A. (2023). *Role of Parents in the Gender Role Identity Formation of Offspring - An Exploratory Study*. Research Square.
- Cigoli V., Scabini E., Gennari M., Tamanza G. (2018). *Legami generazionali. Strumenti di assessment clinico*. Milano: Edra.
- Dèttore D., Lambiase E. (2011). *Fluidità sessuale*. Alpes Italia srl, Roma.
- Egan S.K., Perry D.G. (2001). *Gender identity: A multidimensional analysis iwth implications fors psycosocial adjustment*. *Developmental psychology*, 37, 451-463.
- Fonagy (1997). *Attachment and reflective function: Their role in self-organization*. *Development and psychopathology*, 9, 679-700.
- Hamilton H.E., Tannen D., Schiffrin D. (2015). *The handbook of discourse analysis*. Blackwell Publishers, 2001.
- Harris A. (2003). Identità di genere: un concetto “in restauro”. *Ricerca Psicoanalitica*, 14(1), 7-28.
- Kendall K.L. (1999). Women in Lesotho and the (Western) construction of homophobia. In E. Blackwood, & S.E. Wieringa (Eds.), *Female desires: Same-sex relations and transgender practices across cultures* (pp. 157-180). New York: Columbia University Press.
- Kohlber L. (1966). A cognitive developmental analysis of children’s sex-role concepnets and attitudes. In E.E. Maccoby (Ed.). *The development of sex differences*, pp. 82-172. Stanford CA: Stanford Univ. Press.
- Johnson N.B. (1984). *Sex, Color, and Rites of Passage in Ethnographic Research*. *Human Organization*, 43, 2.
- Leeper C., Anderson K.J., & Sanders P. (1998). Moderators of gender effects on parents’ talk to their children: A meta-analysis. *Developmental Psychology*, 34(1), 3-27.
- Money J., Ehrhardt A. (1972). *Man and Woman, Boy and Girl: The Differentiation and Dimorphism of Gender Identity from Development to Maturity*. Baltimore, MD: John Hopkins Press.
- Panzeri M. (2013). *Psicologia della sessualità*. Il Mulino Bologna.
- Passi Tognazzo D. (2017). Il metodo Rorschach. Manuale di psicodiagnostica su modelli di matrice europea. Firenze: Giunti Psychometrics.
- Stern D.N. (1985). *Il mondo interpersonale del bambino*, tr. It. Bollati Boringhieri, Torino, 1987.
- Tronick E.Z. (2003). *Things still to be done on the Still-Face effect*. *Infancy* 4(4), 475-482.
- Tronick E.Z., & Weinberg M.K. (1997). *Depressed mothers and infants: Failure to form dyadic states of consciousness*. In L. Murray, & P.J. Cooper (Eds.), *Postpartum depression and child development* (pp. 54-81). Guilford Press.
- Van Gennep A. (1960 (1909)). *The Rites of Passage*. Monika B. Vizedom and Gabriella L., Caffè translators. Chigaco: University of Chigago Press. (*Les Rites de Passage*. Paris E. Nouerry).



# TERAPIA FAMILIARE

Dal 1977 la Rivista per lo Studio,  
l'Intervento Relazionale  
e la Ricerca sulla Famiglia



ACCADEMIA  
DI PSICOTERAPIA  
DELLA FAMIGLIA

FrancoAngeli

# Identità e transizione di genere nella scienza della nutrizione: dalla ricerca alla pratica clinica

Valentino Osti\*

**Sommario** - Come altre branche della medicina, anche la scienza della nutrizione deve confrontarsi con nuovi paradigmi di concezione dello spettro della sessualità e dell'identità di genere. Quello che segue è un estratto della relazione dell'autore al Convegno regionale (sezione Emilia-Romagna) dell'ADI (Associazione Italiana di Dietetica e Nutrizione clinica), svoltosi a Rimini il 9 Settembre 2023, che ha posto le basi per valutare l'implementazione di servizi di cura nutrizionale nei processi assistenziali dedicati alla terapia di affermazione di genere. La scienza della nutrizione compie quindi un primo passo verso questo settore, in un cammino disseminato di criticità operative e teoriche su cui le professioniste della salute e della ricerca devono lavorare. Da una parte, nella pratica clinica la valutazione dei fabbisogni nutrizionali è inficiata dall'assenza di standard comparativi sensibili e specifici per persone che svolgono o hanno svolto percorsi medicalizzati di affermazione del genere. Dall'altra, nella ricerca in nutrizione l'adozione del metodo a 2-step per la raccolta dei dati relativi allo spettro del sesso e dell'identità di genere favoriscono la costruzione di studi sensibili e specifici rispetto alla tematica; inoltre, permette di incrementare la quantità dei dati da analizzare e di costruire modelli interpretativi più approfonditi. In base a come vengono strutturati il disegno di studio e il reporting dei risultati, un contributo scientifico può essere variabilmente classificato in termini di sensibilità al genere e/o al sesso. Tutti gli attori della clinica e della ricerca in nutrizione sono responsabili di una migliore gestione dei dati relativi al genere e al sesso, con l'obiettivo di contrastare la discriminazione e promuovere l'inclusione e l'estensione di identificazioni di genere e/o sesso non conformi, trasformate o fluide.

**Parole chiave:** *nutrizione, pratica clinica, sager, terapia di affermazione di genere, ricerca.*

## **Abstract - Identity and gender transition in nutrition science: from research to clinical practice**

*Like other branches of medicine, nutrition science too has to face new paradigms of understanding the spectrum of sexuality and gender identity. What follows is an extract of the author's lecture at the Emilia-Romagna ADI (Associazione Italiana di Dietetica e Nutrizione clinica) Congress, taken place in Rimini on Sept 9th, 2023, which laid the groundwork to evaluate the implementation of nutrition care plans in gender-affirming therapies.*

*Nutrition science is leaning towards this topic, but will have to face several operative and theoretical issues, which healthcare and research professionals will have to work on. On one hand, in clinical practice, the assessment of nutritional needs is affected by the absence of sensitive and specific comparative standards for people who have undergone or are undergoing a medicalized gender affirmation process. On the other hand, in nutrition research, the adoption of the 2-step method to collect data related to the spectrum of sex and gender identity favors the construction of sensitive and specific study designs on the subject; moreover, it allows to increase the amount of data in the statistical analysis plan and to construct more in-depth interpretative models. Depending on how the study design and reporting of results are structured, a scientific contribution can be variably classified in terms of sensitivity to gender and/or sex. All actors in nutrition practice and research are responsible for a better management of gender and sex-related data, with the aim of fighting discrimination and promoting inclusion and extension of non-conforming, transformed or fluid gender and/or sex identities.*

**Key words:** *nutrition, clinical practice, sager, gender-affirming therapy, research.*

\* Dietista con Master in Biostatistica per la ricerca clinica e la pubblicazione scientifica. U.A. Area DATeR Sanità Pubblica, U.O. Igiene Alimenti e Nutrizione, Azienda USL di Bologna.

## Introduzione

Clinica e ricerca vanno di pari passo: l'una influenza l'altra, in un processo che percepisce, in maniera relativamente responsiva, l'evoluzione dei paradigmi antropologici, culturali e sociali.

Questo articolo rappresenta l'estratto della relazione dell'autore al congresso regionale della sezione Emilia-Romagna dell'ADI (Associazione Italiana di Dietetica e Nutrizione clinica), svolto il 9 Settembre 2023 a Rimini.

All'evento, sono stati condivisi i risultati di un'indagine epidemiologica che ha visto coinvolta la comunità LGBTQ+, e in riferimento al gruppo rappresentato dalle persone transgender sono emersi tre risultati interessanti e critici: un'elevata prevalenza di Disturbi dell'Alimentazione e Nutrizione, importanti difficoltà ad accedere a strutture che erogano servizi di nutrizione con un approccio adatto all'utenza e la diffusione di schemi disfunzionali di comportamento alimentare come forma di manipolazione corporea.

I lavori condotti per garantire elevati standard educativi e formativi dell'evento, insieme ai risultati prodotti, hanno posto in essere un processo di rivalutazione dei processi assistenziali dedicati alla terapia di affermazione di genere, in un'ottica di integrazione ed implementazione di attività di monitoraggio nutrizionale e prevenzione selettiva per l'utenza coinvolta.

Individuare l'approccio più appropriato per valutare e gestire a livello nutrizionale l'utenza transgender non è semplice. Attualmente, la scienza della nutrizione in Italia è acerba da questo punto di vista, in quanto non ha ancora assorbito gli elementi di novità dell'impianto scientifico che oggi cerca di spiegare lo spettro dell'identità di genere, il sesso e i rapporti tra essi.

Il risultato è quindi la presenza di lacune conoscitive cui dovranno seguire, ad opera specialmente delle nuove generazioni di professionisti della nutrizione, delle importanti considerazioni di natura teorica e pratica:

- 1) Come si valuta lo stato nutrizionale di una persona che esprime un genere difforme dal sesso assegnato alla nascita? E quello di una persona che ha effettuato un percorso medicalizzato di affermazione di genere?
- 2) Come si dovrebbero raccogliere, gestire ed interpretare i dati relativi al genere e al sesso nella ricerca in nutrizione?
- 3) Come giudicare e migliorare la sensibilità degli studi e degli articoli di nutrizione rispetto alle tematiche del genere, del sesso e della transizione di genere?

## Genere e sesso nel processo di cura in nutrizione

Il *Nutrition Care Process* (NCP) rappresenta il processo di cura *evidence-based* dell'assistenza nutrizionale, volto a raggiungere gli obiettivi specifici di salute e assicurare la qualità e l'appropriatezza della Terapia Medico-Nutrizionale (TMN) fornita.

L’NCP si fonda su un linguaggio internazionale condiviso, è utilizzato dall’3 professionisti competenti per la corretta applicazione dell’alimentazione e nutrizione sul singolo e sulla collettività, ed è composto da quattro fasi: valutazione, diagnosi, intervento e monitoraggio.

Contestualmente a questa trattazione, la fase di valutazione risulta la più critica, essendo il momento in cui l’3 professionista incontra l’3 paziente e dal colloquio emergono le informazioni necessarie per formulare una diagnosi nutrizionale. Molti elementi della fase valutativa sono sesso-specifici nel senso storico del termine, ossia relativi al sesso assegnato alla nascita. Evidentemente, sussistono delle problematiche nell’individuare i criteri decisionali e i valori di riferimento per le persone che afferiscono al gruppo identificato come TGGD (*transgender and gender-diverse*): persone non binarie, o con un’identità di genere *queer* o fluida, o che intraprendono un percorso di affermazione del genere (Linsenmeyer *et al.*, 2022).

Quasi tutti i domini della fase di valutazione presentano dei descrittori per i quali la variabile binaria con gli attributi maschio-femmina rappresenta un input necessario: la stima dei fabbisogni calorici e micronutrizionali, lo status antropometrico-compartimentale, le curve di crescita dei soggetti in età evolutiva, alcuni parametri ematochimici ed esami strumentali come la densitometria ossea.

Un primo esempio è rappresentato dai fabbisogni energetici a riposo, che vengono misurati direttamente tramite calorimetria solo in contesti clinici di nicchia o in studi di ricerca con un budget considerevole: nella pratica professionale quotidiana, come anche in buona parte della ricerca nutrizionale, si adoperano delle equazioni predittive, quali la Harris-Benedict, la Mifflin-St. Jeor o la Schofield, che restituiscono l’output del dispendio energetico basale (in kcal o kJ) a partire da input quali età, peso, altezza e sesso inteso come sesso biologico. A parità di tutte le altre variabili, l’assegnazione di un sesso o l’altro comporta una differenza del ~ 10%, che risulta significativa anche in persone fisicamente attive o affette da patologie.

Un altro esempio sono gli indici compartimentali statici (BMI, *Body Mass Index*) e dinamici (percentile di crescita BMI-per-età) che vengono calcolati per valutare l’adeguatezza della distribuzione del peso lungo la superficie corporea in un dato istante nel tempo o durante la crescita. L’indice di massa corporea (BMI) si basa su una semplice equazione matematica elaborata da Lambert Adolphe Jacques Quetelet col fine di dare allo stato del Belgio un criterio per distribuire le derrate alimentari durante le carestie degli anni Trenta del XIX secolo; il modello matematico si fondava su un campione di soli uomini bianchi caucasici, decisamente lontano da una rappresentazione realistica della società. I percentili di crescita, a prescindere dal riferimento, sono distinti anzitutto per “sesso”: se un soggetto in età adolescenziale esprime un genere diverso da quello atteso assegnato alla nascita, assume una terapia di soppressione puberale o una terapia ormonale sostitutiva (TOS), o al termine di quest’ultima esprime un fenotipo intermedio tra quello maschile e quello femminile, non ci sono riferimenti

scientifici su quale curva adottare per la valutazione nutrizionale. Gli stessi enti che hanno prodotto le curve di crescita non si sono mai posti la questione dell'incongruenza tra il sesso assegnato alla nascita e il genere che la persona vuole esprimere.

Soltanto di recente sono state sviluppate delle curve di crescita gender-neutral, basate sui dati di quasi 40 mila giovani tra i 2 ed i 20 anni (campione per 2/3 bianco non ispanico): tali curve permetterebbero di valutare le traiettorie di sviluppo staturale e ponderale in giovani transgender in cui lo standard tradizionale "maschio vs femmina" non è l'ideale; tuttavia, non sono ancora state formalmente validate (Bomberg *et al.*, 2023).

Criticità analoghe si incontrano quando si valutano i fabbisogni di alcuni micronutrienti (ferro, zinco, selenio, rame, vitamina C, complesso B), il profilo lipidico o l'assetto marziale, i quali presentano dei range di riferimento sesso-specifici (sono liberamente disponibili i Livelli di Assunzione di Riferimento di Nutrienti ed energia della IV revisione della Società Italiana di Nutrizione Umana, 2015).

## La gestione nutrizionale dell'utenza transgender

Per la gestione nutrizionale delle persone TGGD, l'accademia statunitense di nutrizione e dietetica (*Academy of Nutrition and Dietetics*) non ha rilasciato delle vere e proprie raccomandazioni, non essendoci evidenze scientifiche significative, ma dei suggerimenti che rappresentano un primo passo verso l'estensione della valutazione nutrizionale a tale popolazione (Linsenmeyer *et al.*, 2021).

A prescindere dallo specifico scenario, i professionisti devono allineare l'NCP alla collocazione della persona nello spettro della sessualità e identità di genere, informandola adeguatamente delle motivazioni alla base della scelta di un determinato valore o range di riferimento (Rahman *et al.*, 2019). Questo è particolarmente importante in chi si sottopone a TOS per il percorso di affermazione di genere:

- per chi è nel primo semestre di TOS, o assume la terapia con un obiettivo fenotipico intermedio, è consigliabile esprimere i dati come intervalli tra i valori di riferimento maschile e femminile;
- per chi ha raggiunto il fenotipo desiderato, adottare gli standard comparativi congruenti con il genere raggiunto.

Per chi non si sottopone a TOS e per i adolescenti che assumono una terapia di soppressione puberale, è consigliato adottare gli intervalli di riferimento allineati con il sesso assegnato alla nascita. Finché non emergeranno prove scientifiche che supportano il contrario, tale considerazione sarebbe da applicarsi anche agli adulti che non hanno né assunto una TOS né effettuato una chirurgia di riassegnazione del sesso, anche se il genere da loro espresso risulta non binario o non conforme (Linsenmeyer *et al.*, 2020).

## Genere e sesso nella metodologia della ricerca

L'esigenza di riferimenti operativi nel trattamento dei dati relativi allo spettro della sessualità e identità di genere sussiste non solo nella pratica clinica ma anche nella ricerca in nutrizione (Hodson *et al.*, 2015).

Un perfezionamento metodologico in tal senso rappresenta non solo l'opportunità per gli attori della ricerca (sperimentatori, autori, investitori, editori) di fare la propria parte nella lotta alla discriminazione, ma anche per produrre strumenti di assessment demografici sufficientemente sensibili per fotografare trasversalmente elementi di identità ed espressione nella popolazione e tracciarne longitudinalmente l'esperienza all'interno dello spettro. L'adozione di un rigore sistematico aiuta a comprendere meglio i fenomeni epidemiologici, i determinanti della salute, nonché i fattori di rischio, protettivi e prognostici in un'ampia varietà di ambiti (Coleman *et al.*, 2022).

Proprio per motivazioni metodologiche, è difficile stimare la proporzione globale di persone TGGD.

I dati che abbiamo a disposizione provengono da indagini epidemiologiche in paesi europei e anglofoni svolte con la metodica della survey:

- Nelle persone adulte, emergono delle proporzioni di persone transgender dello 0.3 - 0.5% e persone TGGD dello 0.3 - 4.5%;
- Negli adolescenti, emergono delle proporzioni di persone transgender dell'1.2 - 2.7% e persone TGGD del 2.5 - 8.4%.

Le linee guida SAGER (*Sex And Gender Equity in Research*) sono state pubblicate nel 2016, dopo un lavoro durato 3 anni, da parte di una commissione multidisciplinare internazionale con l'intento di promuovere la dimensione scientifica del genere e del sesso all'interno dei disegni di studio e delle pubblicazioni scientifiche, nonché per fornire gli strumenti pragmatici per migliorarne gli aspetti comunicativi e disseminativi.

## La raccolta dei dati con il metodo a due step

Per raccogliere i dati relativi a genere e sesso, le SAGER raccomandano il ricorso ad un metodo a 2-step (Heidari *et al.*, 2016; Tate *et al.*, 2013), che prevede l'inserimento di due quesiti relativi all'identità di genere e al sesso assegnato alla nascita, come segue:

- Qual è la tua identità di genere?
  - i) Maschio
  - ii) Femmina
  - iii) Uomo trans/transgender
  - iv) Donna trans/transgender
  - v) Queer/non conforme
  - vi) Altro (specificare \_\_\_\_\_)
  - vii) Mi rifiuto di rispondere

- Qual era il tuo sesso assegnato alla nascita?
  - i) Maschio
  - ii) Femmina
  - iii) Mi rifiuto di rispondere

Da variabile binaria (“sesso”) con due attributi (“maschio”, “femmina”) il passaggio raccomandato è quello ad una matrice costituita dalle variabili “identità di genere” e “sesso assegnato alla nascita” che producono innumerevoli combinazioni, arricchendo i dati da estrarre e analizzare (Lindqvist *et al.*, 2020).

## Il reporting del genere e del sesso nella ricerca

Per raffinare e rendere più sensibile il *reporting* dei dati relativi a genere e sesso, vengono espresse delle raccomandazioni specifiche per ciascuna parte del disegno di studio e dell’articolo scientifico:

- Quando si disegna uno studio, tenere in considerazione importanti questioni etiche in relazione al genere e/o al sesso; adeguare la numerosità campionaria, il metodo di raccolta e il piano delle analisi statistiche affinché si riescano a catturare fattori predittivi basati sul genere e/o sul sesso e fattori correlati ad essi.
- Usare i concetti di genere e/o sesso in maniera precisa ed esplicita, e chiarire quali aspetti di essi sono stati esaminati nello studio. Se tali concetti non sono stati usati, ragionare su una possibile limitazione all’interpretazione dei risultati dello studio e, sulla base della letteratura, capire se si sarebbe dovuto considerare uno specifico genere e/o sesso.
- Se nello studio è incluso un solo sesso e/o genere, o i risultati vanno applicati solo ad uno di essi, titolo e *abstract* dovrebbero esplicitarlo.
- Nell’introduzione, gli autori dovrebbero riportare, laddove rilevante, se ci si possono attendere delle differenze sulla base del sesso e/o genere.
- Nella metodologia, si dovrebbe chiarire in che modo sesso e/o genere sono stati considerati nel disegno, se ci si è assicurati un’adeguata rappresentazione e giustificare l’esclusione di uno specifico sesso e/o genere.
- Quando si svolge una revisione della letteratura, citare gli studi che supportano l’esistenza (o la mancanza) di differenze significative sulla base del genere e/o sesso.
- Laddove appropriato, i risultati andrebbero presentati disaggregati per sesso e/o genere; l’analisi basata su tali variabili andrebbe riportata a prescindere da un esito negativo o positivo. Tutto questo, nel contesto dei trial clinici, vale anche per i dati sulle rinunce e sul *dropout*.
- Infine, andrebbero discusse le potenziali implicazioni di sesso e genere sui risultati e sull’analisi; se è questo il caso, si dovrebbe motivare perché non è stata svolta un’analisi basata sul sesso e/o sul genere, e discutere l’implicazione della sua assenza.

Editori e revisori hanno un ruolo chiave nella valutazione dell'adeguatezza del *reporting* di sesso e genere all'interno degli articoli scientifici: nei casi in cui i dati non siano stati riportati disaggregati rispetto a sesso o genere, nel disegno non vengano descritte le considerazioni su tali variabili o nella discussione non venga menzionata l'analisi basata su di essi (o la sua assenza), allora l'editore dovrebbe contattare l'autore per assicurarsi che queste criticità vengano risolte prima che l'articolo venga mandato in *peer reviewing*.

## Valutare la sensibilità degli studi al genere e al sesso: la scala GRAS riadattata

Con l'intento di proporre un *tool* di valutazione della sensibilità di uno studio rispetto al genere e al sesso, gli Istituti Canadesi di Ricerca sanitaria (CIHR, *Canada Institutes of Health Research*) hanno recentemente rielaborato la scala GRAS (*Gender-Responsive Assessment Scale*), elaborata dall'OMS nel 2011 per altre finalità. Sulla base di tale strumento, uno studio può essere classificato in *sex/gender-blind*, *sex/gender-sensitive*, *sex/gender-specific* e *gender-transformative*.

Uno studio con la massima responsività, come suggerisce il nome, ha una spiccata natura propositiva e trasformativa: analizza le norme di genere, i ruoli e le relazioni, le modalità con cui influenzano l'accesso alle risorse e come si possono trasformare quelle distruttive o potenzialmente pericolose; tiene in considerazione i bisogni delle persone di tutti i generi; si rivolge alle cause di disuguaglianze di salute basate sul genere; promuove l'uguaglianza dei generi e propone strategie per un cambiamento graduale.

## Note finali

Le strategie raccomandate per migliorare la raccolta dei dati e rendere più sensibili i contributi scientifici sono numerose, e in tal senso la ricerca nella scienza della nutrizione sta facendo dei piccoli passi in avanti rispetto alla pratica clinica di routine. È evidente, tuttavia, che i professionisti della nutrizione hanno ancora molto lavoro da fare per giungere alla formulazione di istruzioni operative appropriate per la valutazione nutrizionale nelle persone TGGD, costruire programmi di prevenzione selettiva per tale popolazione e fornire servizi alla cura personalizzati e sensibili.

## Bibliografia

- Bomberg E.M., Miller B.S., Addo O.Y., Rogol A.D., Jaber M.M., & Sarafoglou K. (2023). *Sex non-specific growth charts and potential clinical implications in the care of transgender youth*. *Frontiers in endocrinology*, 14, 1227886.
- Coleman E., Radix A.E., Bouman W.P., Brown G.R., de Vries A.L.C., Deutsch M.B., Ettner R., Fraser L., Goodman M., Green J., Hancock A.B., Johnson T.W., Karasic D.H.,

- Knudson G.A., Leibowitz S.F., Meyer-Bahlburg H.F.L., Monstrey S.J., Motmans J., Nahata L., Nieder T.O., ... Arcelus J. (2022). *Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8*. International journal of transgender health, 23(Suppl 1), S1-S259.
- Heidari S., Babor T.F., De Castro P., Tort S., & Curno M. (2016). *Sex and Gender Equity in Research: rationale for the SAGER guidelines and recommended use*. Research integrity and peer review, 1, 2.
- Hodson L., Sharma S., Lovegrove J., Lanham-New S. (2015). *Nutrition Research Methodologies (1st ed.)*. Wiley. Preso da <https://www.perlego.com/book/1002103/nutrition-research-methodologies-pdf>
- Laws C. (2023). *Logan Brown: 'I'm a pregnant trans man and I do exist. No matter what anyone says, I am literally living proof'*. Preso da: <https://www.glamourmagazine.co.uk/article/logan-brown-interview-2023>
- Linsenmeyer W., Drallmeier T., & Thomure M. (2020). *Towards gender-affirming nutrition assessment: a case series of adult transgender men with distinct nutrition considerations*. Nutrition journal, 19(1), 74.
- Linsenmeyer W., & Waters J. (2021). *Sex and gender differences in nutrition research: considerations with the transgender and gender nonconforming population*. Nutrition journal, 20(1), 6.
- Linsenmeyer W., Garwood S., & Waters J. (2022). *An Examination of the Sex-Specific Nature of Nutrition Assessment within the Nutrition Care Process: Considerations for Nutrition and Dietetics Practitioners Working with Transgender and Gender Diverse Clients*. Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics, 122(6), 1081-1086.
- Lindqvist A., Sendén M.G., & Renström E.A. (2021). *What is gender, anyway: a review of the options for operationalising gender*. Psychology and Sexuality, 12(4), 332-344.
- Rahman R., & Linsenmeyer W.R. (2019). *Caring for Transgender Patients and Clients: Nutrition-Related Clinical and Psychosocial Considerations*. Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics, 119(5), 727-732.
- Società Italiana di Nutrizione Umana. (2015). *Livelli di Assunzione di Riferimento di Nutrienti ed energia (IV Revisione)*. Preso da <https://sinu.it/tabelle-larn-2014/>
- Tate C.C., Ledbetter J.N., & Youssef C.P. (2013). *A two-question method for assessing gender categories in the social and medical sciences*. Journal of sex research, 50(8), 767-776.

# Accoglienza e presa in carico affermativa delle persone transgender

## - le procedure del SAT-Pink APS

Giulia Giardina\*, Annalisa Zabonati\*\*

**Sommario** - I percorsi di affermazione di genere in Italia sono attualmente retti da prassi professionali e modalità operative disomogenee, in una cornice normativa incline a rapidi aggiornamenti, a fronte di una progressiva evoluzione degli standard di cura per le persone transgender. Se la diversificazione delle procedure arricchisce la possibilità di scelta per le persone transgender, è, allo stesso tempo, responsabile di un'offerta non sempre rispondente alle necessità espresse, e troppo spesso caratterizzata da approcci patologizzanti. In questo panorama, l'autodeterminazione delle soggettività transgender risulta fortemente minacciata, e con essa le concrete opportunità di affermazione identitaria al di fuori di iter trans-cisnormati e trans-cisnormativi. Il presente articolo propone un modello per l'accoglienza e la presa in carico delle persone transgender, strutturato a partire dalle richieste dell'utenza, nel tentativo di mediazione con i gravi ostacoli ancora presenti all'affermazione di genere, come quelli legati alle aspettative di iter medicalizzati. Nel tentativo di compromesso e aggiornamento delle prassi professionali rigide e diffuse, la descrizione delle procedure del SAT-Pink APS mira a un confronto con i servizi esistenti, per l'impostazione e la diffusione di buone pratiche condivise ai vari servizi, nell'implementazione di accessibilità e autodeterminazione dei percorsi affermativi di genere.

**Parole chiave:** *Percorsi di affermazione di genere - Identità transgender - Procedure di lavoro con le persone transgender - Autodeterminazione - Linee guida - Standard di cura.*

### **Abstract** - Welcoming and Affirmative Care for Transgender Individuals - SAT-Pink APS Procedures

*Gender affirmation pathways in Italy are currently regulated by uneven professional practices and operational methods, in a normative framework prone to rapid updates, while a progressive evolution of the standards of care for transgender people are occurring. If diverse procedures enrich the range of choices for transgender people, it is, at the same time, responsible for services that are not always responsive to expressed needs, and too often characterized by pathologizing approaches. Against this backdrop, the self-determination of transgender subjectivities is severely threatened, and with it concrete opportunities for identity affirmation outside of trans-cisnormate and trans-cisnormative processes. This article proposes a model for the reception and care of transgender people, structured from the requests of the users, in an attempt to mediate with the serious obstacles still existent to gender affirmation, such as those related to the expectations of medicalized procedures. In an attempt to compromise and update rigid and widespread professional practices, the description of the SAT-Pink APS procedures aims at a comparison with existing services, for the creation and diffusion of best practices shared to the various services, in the implementation of accessibility and self-determination of gender affirmative pathways.*

**Key words:** *Gender affirmation pathways - Transgender identities - Procedures for working with transgender people - Self-determination - Guidelines - Standards of care.*

\* *Psicologa clinica. Sat Pink APS. Servizio di accoglienza trans.*

\*\* *Psicoterapeuta. Sat Pink APS. Servizio di accoglienza trans.*

## I percorsi di affermazione di genere: il contesto nazionale

I percorsi di affermazione di genere<sup>1</sup> consistono in un insieme di azioni di carattere affermativo attuate dalle persone transgender per esprimere la propria identità di genere (Coleman *et al.*, 2022). Possono comprendere interventi di natura psico-sociale, medico-chirurgica e legale, e ogni altra azione che permetta un'espressione genuina della propria identità di genere nei vari ambiti di vita (*ibid.*). Per quanto individualizzati, in Italia sono regolati dalla Legge n. 164 del 1982<sup>2</sup>, e dalle derivanti prassi professionali che ne dettano modalità e tempistiche, pertanto sono spesso riconducibili a un iter di massima (Crapanzano *et al.*, 2021; ISS).

Benché non tutte le persone transgender ricorrano a interventi di natura medico-chirurgica, gli iter affermativi di genere risentono ancora di aspettative legate a uno sguardo patologizzante, che ne riconosce la legittimità solo attraverso la loro collocazione in una dimensione di malattia (Giardina, & Zabonati, 2020; Crapanzano *et al.*, 2021; Dewey *et al.*, 2023). La risposta al modello medicalizzato e patologizzante da parte della comunità internazionale di attiviste e professioniste mira a rimuovere il controllo esercitato dall'ambito della salute mentale, e della medicina tutta, sull'affermazione di genere delle persone transgender (Dewey *et al.*, 2023). Concerne, inoltre, il tentativo di raggiungere un accordo sul trattamento delle persone transgender, sulla diffusione di approcci di cura *evidence-based*, e sui livelli minimi di formazione del personale socio-sanitario (*ibid.*).

In Italia la Legge 164/82 garantisce, “quando risulta necessario” (Art. 3), l'accesso a trattamenti medico-chirurgici specifici per il riallineamento del genere assegnato alla nascita con quello di identificazione, e la rettifica anagrafica e di genere. In anni recenti è stata soggetta a diverse interpretazioni, con un significativo impatto sulle caratteristiche dei percorsi intrapresi e sulla possibilità, per le persone transgender, di determinare più o meno liberamente la propria costruzione identitaria (Crapanzano *et al.*, 2021). Una diversa applicazione della norma, ad esempio, ha aperto dal 2015 alla possibilità di richiedere la rettifica anagrafica contestualmente alla richiesta di autorizzazione agli interventi chirurgici di riassegnazione del sesso, diversamente dal passato<sup>3</sup> (ISS). Altro esempio è dato dalla crescente richiesta di riconoscimento legale delle identità non binarie, che sta recentemente determinando, nei Tribunali, condotte oscillanti tra riconoscimenti parziali

---

<sup>1</sup> In questa sede l'espressione “percorsi di affermazione di genere” è preferita a “percorsi di transizione” o “transizione di genere” per enfatizzare l'ampiezza delle azioni e delle possibilità esistenti nell'affermare e nel vivere il proprio sé di genere. Il termine “transizione” sta cadendo in disuso per il riferimento a un iter contraddistinto dal cambiamento, piuttosto che dall'affermazione, spesso inteso in senso lineare, con un punto di partenza e un punto di arrivo definiti. Per ulteriori approfondimenti si rimanda all'indirizzo web: <https://www.transhub.org.au/101/gender-affirmation>.

<sup>2</sup> Per una consultazione del testo completo della legge, si rimanda all'indirizzo web: <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/1982/04/19/082U0164/sg>.

<sup>3</sup> Il riferimento è alle sentenze della Corte di Cassazione (n. 15138/2015) e della Corte Costituzionale (n. 221/2015) e alla sentenza n.180 della Corte Costituzionale del 2017.

e respingimenti, a causa di un'inesistente regolamentazione a riguardo (ILGA-Europe, 2023; Transgender Europe, 2023)<sup>4</sup>.

La Legge 164/82, tuttavia, non è l'unico elemento a disciplinare gli iter di affermazione di genere. Il loro svolgimento tende a essere adeguato anche a linee guida dedicate alla salute e alla presa in carico multidisciplinare delle persone transgender, e regolato da manuali diagnostici e di classificazione dei disturbi (Dewey *et al.*, 2023). Nonostante la loro continua evoluzione e revisione, nutrita dai più recenti sviluppi nell'ambito della ricerca, le linee guida non sono adottate in modo univoco, e la loro applicazione lascia ampio spazio all'autonomia professionale, constando di indicazioni non prescrittive in merito a numerosi aspetti della cura delle persone transgender (*ibid.*). Questo è il caso, ad esempio, degli *Standards of Care for the Health of Transgender, and Gender Diverse People* della *World Professional Association for Transgender Health* (WHO), di massimo rilievo a livello internazionale (Coleman *et al.*, 2022). L'elaborazione di linee guida flessibili come gli *SOC-8*, piuttosto che di rigidi protocolli di lavoro, è dettata dalla necessità di garantire la maggior inclusione possibile dell'ampio spettro delle casistiche, così come dalla volontà di preservare la loro applicabilità in contesti culturali anche molto diversi tra loro (*ibid.*). Ne segue che, pur in caso di adesione, figure professionali e servizi legati alla salute delle persone transgender agiscono in modo eterogeneo, ricorrendo a strumenti e modalità di lavoro diversi, benché non contravvenenti le ampie indicazioni fornite. Gli *SOC-8* raccomandano alle professioniste di evidenziare ogni distanza presa da esse, e di motivarne dettagliatamente la scelta (*ibid.*), tuttavia non sempre questo accade (Dewey *et al.*, 2023).

Da un lato, dunque, si comprende come la flessibilità delle linee guida esistenti e una normativa soggetta a re-interpretazioni possano tutelare l'autonomia professionale delle figure coinvolte, garantendo un'offerta di approcci diversificati; dall'altro, invece, tali presupposti possono minare l'autodeterminazione nella costruzione dell'affermazione di genere: tempi e prassi possono risultare onerosi, in termini psicologici ed economici, e, addirittura, coercitivi, laddove i servizi offrono iter non rispondenti a quanto auspicato (Dewey *et al.*, 2023). A ciò può, inoltre, aggiungersi un probabile senso di disorientamento insorgente dalle marcate differenze tra le procedure, quando comparate (*ibid.*).

Si può, dunque, affermare come oggi, in Italia, i percorsi di affermazione di genere siano fortemente legati alle modalità di lavoro di professioniste e servizi, e scanditi dalle – spesso limitate – opportunità disponibili su un dato territorio (Giardina, & Zabonati, 2020). L'autodeterminazione della persona transgender, in tal senso, appare relegata a un piano secondario, risentendo di quanto sancito dalla Legge e dalle prassi professionali, spesso costruite con una limitata, o nulla, partecipazione delle persone transgender (Movimento Identità Transgender, 2020).

<sup>4</sup> Per approfondimenti si veda quanto avvenuto con la sentenza del 7 Marzo 2023 del Tribunale di Roma, che ha autorizzato la rettifica anagrafica di una persona non binaria a seguito di un percorso non medicalizzato: <https://www.gay.it/sentenza-storica-tribunale-roma-riconosciuta-persona-identita-genere-non-binaria-intervista>.

In tal senso la realtà nazionale si differenzia in modo evidente da quanto accade in altri Paesi europei, dove il modello del consenso informato<sup>5</sup> presuppone l'avvio di ogni azione affermativa (Transgender Europe, 2023), svincolando le scelte di cura dalle singole condotte professionali e dalle relative minacce di patologizzazione (Cavanaugh *et al.*, 2016).

Ancora distanti da un sistema basato prevalentemente sul consenso informato, il modo eterogeneo in cui servizi e professioniste in Italia comprendono e applicano gli strumenti di intervento può essere ritenuto indicatore tanto della complessità del loro lavoro, quanto dell'impatto dei fattori individuali, sociali e culturali sul trattamento e sugli esiti di salute nei percorsi di affermazione di genere (Dewey *et al.*, 2023).

Date tali premesse, il presente articolo si propone di descrivere uno specifico modello di presa in carico delle persone transgender che intendono intraprendere un iter di adeguamento di genere, quello del SAT-Pink (Servizio Accoglienza Trans) APS. La condivisione e l'analisi delle procedure è atta a contribuire alla comprensione dei processi decisionali sottostanti gli iter di affermazione di genere realizzabili, evidenziando risorse e ostacoli emergenti nel panorama italiano attuale.

## SAT-Pink APS: la nascita e lo sviluppo del servizio

Il SAT-Pink APS nasce a Verona nel 2011 all'interno del Circolo Pink<sup>6</sup> con l'intento di rispondere ai vari bisogni delle persone transgender del Veneto. La vocazione si è presto definita come quella di un servizio, operante in forma di Associazione di Promozione Sociale, che potesse raccogliere richieste e re-indirizzare l'utenza a figure professionali competenti, quando richiesto. La fondazione del SAT-Pink APS è avvenuta per mano di persone transgender, LGBTQIA+ e alleate, militanti nell'attivismo sociale e professionale, con una natura politica prevalente per quanto concerne la rivendicazione dei diritti delle soggettività transgender.

Il servizio era stato ideato come sportello di bassa soglia, tuttavia il crescente numero di accessi e di richieste ha evidenziato la necessità di una maggiore strutturazione, integrando figure professionali in affiancamento a quelle volontarie, e sviluppando procedure condivise, e sempre più definite.

La crescita del SAT-Pink APS è avvenuta, inoltre, tramite la creazione e il progressivo ampliamento di una rete di collaborazioni con professionalità, realtà e servizi esperti di salute, benessere e tutela delle persone transgender. Il requisito

---

<sup>5</sup> Crapanzano e colleghi (2021) descrivono il modello del consenso informato come ciò che:

“consente ai clienti transgender di accedere a trattamenti ormonali e interventi chirurgici senza la necessità di sottoporsi a una valutazione della loro salute mentale o di ottenere un “invio” da parte di uno specialista in salute mentale. [...] Secondo tale modello, i pazienti transgender stessi sono in grado di decidere se sono pronti ad accedere ai servizi sanitari legati alla transizione”. (pag. 126)

<sup>6</sup> <http://www.circolopink.it/>.

fondamentale alla cooperazione consisteva, e consiste ancora oggi, nella condivisione dei suoi principi fondativi: di autodeterminazione, de-patologizzazione e affermazione delle identità transgender e dei loro bisogni. Rifiutando di offrire iter standardizzati e indifferenziati, si è proposto di mettere a disposizione il necessario allo svolgimento di percorsi quanto più possibile individualizzati, nel tentativo costante di coniugare le necessità dell'utenza con le indicazioni delle linee guida di riferimento, le prassi professionali esistenti, la cornice normativa, e le risorse disponibili. Lo sviluppo è stato continuo, e tarato sulle necessità rilevate, tenendo in considerazione i più recenti dati emergenti dalla ricerca, oltre che gli aggiornamenti in termini di diritti civili e sanitari. A tal proposito, il dialogo con le istituzioni e le altre realtà dei territori di riferimento è stato costante. Presupposto a ogni confronto è stato il principio dell'accesso alle cure per le persone transgender come diritto umano fondamentale, fondato sul riconoscimento della competenza delle persone transgender in merito alle proprie esperienze (Coleman *et al.*, 2022; Dewey *et al.*, 2023).

L'iniziale attitudine informativa è rimasta invariata, con l'intento di contrastare la diffusa difficoltà di reperimento di informazioni corrette e aggiornate sulle tematiche transgender. Anch'essa, infatti, è identificata dalla ricerca tra i maggiori impedimenti alla fruizione di trattamenti (Puckett *et al.*, 2018). Solo dal 2020 in Italia è disponibile una mappatura esaustiva dei servizi dedicati alla cura delle persone transgender: il 25 Maggio 2020 è stato lanciato il portale online *Infotrans*<sup>7</sup>, progetto dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS), che ha visto anche l'adesione del SAT-Pink APS dalle sue prime fasi.

Nel 2015 l'Associazione ha aperto un secondo punto a Padova, e una terza sede a Rovigo nel 2021. La crescente affluenza dell'utenza, proveniente anche da altre regioni del nord-est italiano, ha condotto alla fondazione di nuovi presidi con l'obiettivo di incontrarne le specifiche necessità e ampliare la propria rete di collaborazione. La ricerca ha ormai reso noto come tra i principali ostacoli all'affermazione identitaria delle persone transgender si annoverino i tempi di attesa (Pitts-Taylor, 2020), accentuati dall'emergenza sanitaria da Covid-19 (van der Miesen *et al.*, 2020), la scarsa distribuzione geografica di servizi specializzati, e le barriere di carattere finanziario (Puckett *et al.*, 2018). A tal proposito, il SAT-Pink APS ha mirato a una costante implementazione di opportunità e collaborazioni fruibili dall'utenza, quanto più possibile accessibili in termini geografici ed economici. Pertanto ha sottoscritto protocolli di convenzione con realtà del Servizio Sanitario Nazionale, tra cui l'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona (nel 2019), l'Azienda Socio-Sanitaria Territoriale degli Spedali Civili di Brescia (nel 2021), e l'Azienda Ospedaliera di Padova (nel 2022), oltre ad aver consolidato numerose collaborazioni in Veneto che mettessero a disposizione tariffe calmierate, e facilità di accesso. Tutte le cooperazioni in atto sono soggette

---

<sup>7</sup> <https://www.unar.it/portale/-/nasce-infotrans.it-il-primo-portale-istituzionale-in-europa-per-le-persone-transgender>.

a un continuo sistema di controllo grazie a questionari di qualità anonimi compilati dall'utenza, tavoli di discussione organizzati periodicamente, e aggiornamenti formativi costanti.

In ultimo, il SAT-Pink APS è stato co-fondatore del Centro Antidiscriminazioni LGBTQIA+ Maria Silvia Spolato<sup>8</sup> nel 2022, dove si sta occupando, tra le varie azioni, della tutela e del supporto all'affermazione di genere delle donne transgender operanti come *sex worker*, spesso ostacolate nella realizzazione dei propri percorsi affermativi da stigma e vulnerabilità legati alle intersezioni identitarie minoritarie (Nadal *et al.*, 2014).

## Le procedure di lavoro

Le procedure di lavoro del SAT-Pink APS sono state create collaborativamente, da persone transgender e alleate, a partire dal dato territoriale, mirando a offrire risposte inserite in una rete che lavora in modo coordinato e cooperativo. Credenza del gruppo di lavoro, derivante anche dalle linee guida di riferimento (Coleman *et al.*, 2022; ONIG), è che i percorsi di affermazione di genere traggano particolare beneficio dal dialogo tra le figure e le realtà coinvolte, in un progetto da realizzarsi tramite “una stretta integrazione di interventi” (ONIG), per facilitare l'accesso ai servizi e garantire standard di cura uniformi.

L'intento del SAT-Pink APS è di agevolare la costruzione di percorsi di affermazione di genere individualizzati, seppur nei vincoli dati alle prassi professionali e dalla cornice normativa italiana. La strutturazione delle procedure è avvenuta con l'obiettivo di allontanare il rischio di rinforzare la transnormatività<sup>9</sup> negli iter di affermazione di genere, che vede, generalmente, l'offerta di un ristretto numero di azioni perseguibili, secondo una rigida e invariabile prassi che riguarda tanto le tempistiche, quanto le modalità (Dewey *et al.*, 2023). Così come alcune linee guida di riferimento (Coleman *et al.*, 2022; ONIG), le procedure di lavoro del SAT-Pink APS vantano flessibilità, nonostante la loro definita struttura, e sono in aggiornamento costante. Un importante lavoro di revisione è stato operato negli ultimi anni, ad esempio, in risposta alle richieste provenienti dalla popolazione non binaria, e all'abbassamento dell'età media di primo accesso al servizio.

Le procedure di lavoro del SAT-Pink APS si propongono di perseguire quanto segue, in base alla domanda:

- attività dirette di supporto e orientamento alla popolazione transgender;
- sostegno alle realizzazione di percorsi di affermazione di genere;
- accoglienza e supporto a famiglie e partner di persone transgender, tramite proposte a loro dedicate;
- azioni di promozione e diffusione della cultura e dei diritti transgender;

<sup>8</sup> <https://www.centrospolato.it/>.

<sup>9</sup> Per una definizione e più ampia trattazione della *transnormatività* si rimanda a Jackson, 2021.

- eventi e interventi formativi e informativi sulle tematiche legate alle identità transgender;
- azioni di supporto lavorativo per le persone transgender.

Per quanto concerne, specificamente, i percorsi di affermazione di genere, la prassi prevede procedure per l'accoglienza e la presa in carico che constano di colloqui di accoglienza e di orientamento, una valutazione in équipe multidisciplinare e l'attivazione di uno o più tra i seguenti servizi, laddove si ritenga utile al benessere e alla tutela della persona:

- colloqui *peer-to-peer* (per persone transgender e genitori di persone transgender, svolti da operatore *peer* che mettono a disposizione la propria esperienza diretta);
- partecipazione a gruppi di auto-mutuo-aiuto (per persone transgender e familiari di persone transgender; sono condotti da coordinatori *peer*, che fungono da moderatori del gruppo, occasione di confronto e supporto reciproco, in un contenitore relazionale che mira a garantire sicurezza e intimità);
- presa in carico psicoclinica e/o psicoterapeutica<sup>10</sup>;
- presa in carico endocrinologica, andrologica e/o ginecologica (per l'avvio e il monitoraggio del trattamento ormonale sostitutivo cross-sex, volto alla modifica delle caratteristiche sessuali in senso femminilizzante o mascolinizzante);
- consulenza e supporto legale (per le richieste di autorizzazione alla rettificazione anagrafica e di genere, e di autorizzazione agli interventi di riassegnazione chirurgica del sesso, o in caso di discriminazione transfobica);
- chirurgia di riassegnazione del sesso (RCS), e/o chirurgia estetica (a carattere affermativo. Può includere, ma non limitarsi a, mastectomia, mastoplastica additiva, istero-annessiectomia, falloplastica, resezione del pomo d'adamo, chirurgia maxillo-facciale, etc.);
- percorsi logopedici e di *vocal coaching* (per la femminilizzazione o la mascolinizzazione della voce, o la sua rieducazione);
- interventi di medicina estetica (che possono comprendere, ma non limitarsi a, epilazione permanente, tatuaggi estetici, etc);
- orientamento lavorativo (per presentazione di curricula e lettere motivazionali di persone transgender; per la selezione di ambienti di lavoro sicuri e affermativi; per la comprensione dei diritti e dei doveri in materia dell'identità transgender sul luogo di lavoro);
- supporto affermativo sul luogo di lavoro o studio (con interventi formativi rivolti a personale o compagne, e/o creazione/attivazione della *Carriera/Identità Alias*<sup>11</sup>).

<sup>10</sup> Si veda il paragrafo 4.

<sup>11</sup> La *carriera alias* un profilo burocratico-amministrativo alternativo che permette l'utilizzo di nome e genere di elezione prima dell'avvenuta rettifica legale. Per ulteriori informazioni si rimanda all'indirizzo web: <https://www.genderlens.org/carriera-alias/>.

L'attivazione dei servizi avviene in base all'esigenza portata, e non segue un iter rigido. Le proposte di attivazione dei servizi e il loro coordinamento sono affidate all'équipe multidisciplinare del SAT-Pink APS, che individua la richiesta e le traiettorie percorribili a partire dai bisogni individuati durante il colloquio di accoglienza.

## Il colloquio di accoglienza

Il colloquio di accoglienza costituisce il primo contatto con l'utenza successivo alla richiesta di informazioni e appuntamento, ed è sempre necessario all'accesso agli altri servizi, salvo casistiche particolari. Ha finalità informativa e di orientamento: permette la discussione delle possibili azioni legate ai percorsi di affermazione di genere, e delle implicazioni e pratiche socio-sanitarie e legali.

L'accesso al colloquio di accoglienza avviene su richiesta dell'utente, e su appuntamento dedicato. La conduzione è affidata a una operatore formata che descrive i servizi disponibili e risponde alle domande sulle tematiche di interesse, raccogliendo a sua volta informazioni utili alla valutazione di un'eventuale presa in carico, o dell'invio a servizi interni o esterni al SAT-Pink APS.

Il colloquio è svolto secondo i principi di accoglienza, ascolto attivo e non giudicante (Sclavi, 2003; Lingiardi, & Nardelli, 2013). Risulta fondamentale all'analisi della domanda (Carli, & Paniccchia, 2003), che condurrà, unitamente ad altri elementi di carattere pratico-organizzativo (dislocazione geografica dei servizi, liste e tempi di attesa, etc.), alla formulazione di una restituzione da parte dell'équipe multidisciplinare contenente un'indicazione operativa.

## La valutazione in équipe multidisciplinare

La valutazione svolta dall'équipe multidisciplinare consiste in un approfondimento dell'analisi della domanda a partire dal report compilato a seguito del colloquio di accoglienza, e nella formulazione di una proposta per l'utente. Può essere descritta come una sintesi tra richiesta, caratteristiche dell'utente, e servizi disponibili, a partire dalle indicazioni dell'operatore che ha svolto il colloquio di accoglienza. I criteri adottati per identificare gli interventi ritenuti più appropriati hanno a che fare con la realizzabilità della richiesta e la sua sostenibilità nel tempo, a fronte delle specifiche circostanze di vita dell'utente, oltre alle caratteristiche della richiesta pervenuta.

L'équipe multidisciplinare interviene, come organo di orientamento e di monitoraggio dei servizi attivati, ogni qual volta l'utente formula una richiesta, anche nel caso di un percorso già avviato. Funge da connettore tra utente, professioniste e servizi interni ed esterni, agevolando la presa in carico multidisciplinare.

## La cornice di lavoro

Come anticipato, il SAT-Pink APS e le professioniste in collaborazione operano secondo principi di autodeterminazione e depatologizzazione delle soggettività transgender, in un processo di revisione costante delle proprie modalità operative. Si confrontano, inoltre, con linee guida e standard di cura, e con la cornice normativa e le prassi professionali esistenti – come quelle legate all’aspettativa di una formulazione diagnostica – tramite ICD-11 (WHO, 2018), DSM-5-TR (APA, 2022), e PDM-2 (Lingiardi, & McWilliams, 2017) – per l’accesso al trattamento ormonale sostitutivo (TOS), o per l’avvio dell’iter legale funzionale alla richiesta di rettifica anagrafica e di genere – nel tentativo di mediazione in ottica di depatologizzazione, e di aggiornamento delle stesse.

Di seguito si riporta un elenco dei riferimenti entro cui il servizio si muove nell’applicazione delle proprie procedure:

- la normativa vigente definita dalla L. 164/82 in materia di rettificazione di attribuzione di sesso, il D.Lgs. 150/2011, e successive integrazioni e sentenze (tra cui spiccano la sentenza della Corte Costituzionale nr. 221/2015 e della Corte Suprema di Cassazione nr. 15138/2015);
- gli *SOC-8 del Wpath (Standards of Care for the Health of Transgender, and Gender Diverse People - World Professional Association for Transgender Health)* (Coleman *et al.*, 2022);
- le indicazioni del *Gate - Global Action for Transgender Equality*, dal titolo *Gender is not an illness: How pathologizing trans people violates international human rights law* (Kara, & Grinspan, 2017);
- le linee guida *Yogyakarta Principles plus 10 (YP+10)* (Yogyakarta Principles, 2017);
- le valutazioni dello *World Health Organization – WHO* dal titolo *Sexual health, human rights and the law* (WHO, 2015);
- le risoluzioni delle *Guidelines for Psychological Practice with Transgender and Gender Nonconforming People* dell’*APA - American Psychological Association* (APA, 2015);
- l’orientamento fornito dalle *Guidelines for Psychologists Working with Gender, Sexuality and Relationship Diversity* della *British Psychological Society* (BPS, 2019);
- gli *Australian Standards of Care and Treatment Guide for Trans and Gender Diverse Children and Adolescents* (ASCTG) dell’*Australian Professional Association for Trans Health (AusPath)* (Telfer *et al.*, 2018);
- le indicazioni del *Human Rights Council* delle *United Nations* (A/HRC/ 44/53 del 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* (UN, 2020);
- gli *Standard sui percorsi di affermazione di genere nell’ambito della presa in carico delle persone transgender e gender nonconforming* (TGNC) dell’*ONIG*.

## Il lavoro psicoclinico

In alcuni casi, la valutazione svolta dall'équipe multidisciplinare pu formulare una proposta di presa in carico psicoclinica per l'utente, svolta da una professionista psicologa o psicologa psicoterapeuta (specializzata e formata) dell'équipe psicoclinica del SAT-Pink APS.

I colloqui psicoclinici hanno diverse caratteristiche, che possono essere sinteticamente riassunte come segue per quanto concerne i percorsi di affermazione di genere, seppur sempre declinate secondo la specifica casistica:

- supporto all'esplorazione delle dinamiche identitarie di genere, inserite nel pi ampio contesto di vita della persona;
- confronto ed elaborazione sulle modalit di svolgimento e implicazioni delle varie azioni affermative di genere;
- elaborazione ed esplorazione critiche delle forme identitarie normative di genere;
- sostegno alla costruzione di percorsi di affermazione di genere individualizzati;
- diagnosi differenziale, laddove necessaria, e trattamento degli eventuali sintomi di malessere psicoemotivo significativo che possono interferire con la capacit della persona di definire il proprio percorso di affermazione di genere;
- elaborazione di eventuali vissuti di sofferenza, o di Disforia di Genere (DSM-5-TR), legati all'esperienza di incongruenza di genere, e/o a obiettivi di adeguamento non ancora conseguiti;
- valutazione e sostegno al mantenimento o alla creazione dei sistemi di supporto e rete sociale;
- elaborazione dei vissuti connessi alle modificazioni somatiche determinate dalle terapie mediche e chirurgiche, ed esplorazione dei potenziali impatti psicosociali e di vita degli interventi di affermazione di genere;
- trattamento degli impatti del *minority stress*<sup>12</sup>.

Il lavoro psicoclinico  retto dal dato relativo al carattere non psicopatologico delle identit transgender, riassunto, come segue, dalla dichiarazione del *WPATH* del 2010:

*“L'espressione delle caratteristiche di genere – comprese le identit che non possono essere stereotipicamente associate al sesso assegnato a una persona alla nascita –  un fenomeno comune e dipendente dai diversi contesti culturali che non dovrebbe essere giudicato come intrinsecamente negativo o patologico”.*

<sup>12</sup> Per un approfondimento sul *minority stress* legato all'identit transgender si rimanda a Tan *et al.*, 2019.

Incoraggiando l'autodeterminazione nei personali percorsi di affermazione di genere, le procedure del lavoro psicoclinico del SAT-Pink APS applicano tali principi in virtù del benessere e del miglioramento della qualità di vita delle persone transgender, per evitare i rischi, in termini di ripercussioni sulla salute psichica e sulle relazioni sociali, derivanti dal mancato rispetto della loro affermazione identitaria.

A tal proposito l'équipe psicoclinica persegue un approccio affermativo, reputando le identità transgender come normali e sane varianti identitarie lungo il continuum di genere, e agendo in modo affermativo a sostegno della scoperta e dell'espressione dell'identità di genere di coloro che necessitano di un sostegno in tal senso (Singh, & Dickey, 2017). L'approccio affermativo, inoltre, riconosce all'individuo che richiede il trattamento piena capacità di comprensione delle proprie esperienze e di decisione sulle azioni più vantaggiose per la sua vita. Per questo restituisce alla persona transgender, protagonista del proprio percorso, il potere su di esso (Dewey *et al.*, 2023).

Ricorre, inoltre, allo strumento diagnostico solo in caso di effettiva necessità, per la rilevazione e il trattamento del malessere clinicamente significativo associato all'identità transgender, nel caso di Disforia di Genere (DSM-5-TR<sup>13</sup>, 2022). Diversamente, enfatizza il carattere di salute delle soggettività transgender riferendosi all'Incongruenza di Genere (PDM-2, 2017; ICD-11, 2018), inquadramento ritenuto preferibile, quando richiesto dalle prassi professionali, alle alternative che hanno un focus sulla patologia.

Il lavoro psicoclinico consta principalmente di percorsi individualizzati, che guardano anche al più ampio sistema familiare, in riguardo del benessere della persona nel suo ambiente relazionale. Per questo includono la possibilità di organizzare colloqui mirati con partner, genitori o figli, o l'attivazione di percorsi psicologici paralleli da svolgersi, su richiesta, per l'elaborazione delle modifiche prospettate o in atto.

In caso di disagio psichiatrico o co-occorrenza di neurodivergenza, l'équipe psicoclinica valuta l'attivazione di risorse esterne per una doppia presa in carico, assicurandosi che l'identità della persona transgender venga, in ogni ambito, rispettata, e che il percorso di affermazione di genere non subisca battute di arresto a causa di *bias* legati a eventuali condizioni psichiche altre, non ostative alla realizzazione dell'affermazione di genere (Coleman *et al.*, 2022).

La presa in carico psicoclinica viene effettuata per persone adulte, giovani adulte e adolescenti (mediamente dai 14 ai 18 anni), mentre in caso bambine ed età pre-puberale si provvede all'invio a centri che godono di protocolli specifici per l'età evolutiva.

---

<sup>13</sup> Nonostante le critiche mosse all'inquadramento diagnostico, nell'ultima edizione del DSM (la 5-TR) la "Disforia di genere" è stata riformulata in modo più ampio, con specifiche legate al ruolo dello stigma e della discriminazione come fattori impattanti l'esperienza di disforia, approfondimenti legati al linguaggio, e indicazioni relative al trattamento e alle possibili barriere alla cura. Per il testo completo si rimanda a: <https://www.psychiatry.org/patients-families/gender-dysphoria/what-is-gender-dysphoria>.

L'équipe psicoclinica elabora costantemente nuove strategie operative attivate dalle continue evoluzioni psico-sociali, culturali e politiche riguardo, ad esempio, all'uso delle terminologie impiegate dall'utenza, al tipo di approccio, sia affermativo che critico, del sapere psicologico tradizionale, nell'attuazione di un campo bipersonale (Barenger, & Barenger, 2010) nel setting clinico, grazie al modello di *diversity-mindfulness* (Landrine, & Russo, 2010). Lo spazio clinico diviene, quindi, una relazione egualitaria, in cui i due soggetti interagenti, clinico e utente/paziente, condividono le diverse *expertise*: da un lato quella professionale, e dall'altra quella esperienziale personale, divenendo insieme agenti del cambiamento. Tale approccio consente processi di destrutturazione e analisi dei ruoli sociali sessuali/sessuati e di genere, esplorando l'esercizio sociale del potere, e basandosi sul sapere situato (Haraway, 2018), quale luogo simbolico e concreto della presenza nel mondo, a partire dal corpo, dalla materia, dall'essere qui ed ora per evolvere in un percorso che consenta una connessione con il sé autentico.

## Conclusione

Nonostante i recenti aggiornamenti del DSM-5-TR e degli *SOC-8*, volti a depatologizzare l'esperienza delle persone transgender, la pratica dei trattamenti tende ad aderire a standard precedenti e obsoleti. Le decisioni di cura si reggono, ad oggi, più sull'autonomia professionale/del singolo servizio, che sull'adesione alle istanze della comunità transgender e ai dati della ricerca, andando a costituire un panorama fortemente eterogeneo, con differenze marcate nell'offerta. Attualmente in Italia esiste un solo standard di cura per l'accompagnamento delle persone transgender nella propria affermazione identitaria (ONIG), non adottato in modo unitario. In ottica di mediazione tra ostacoli e risorse intrinseche ai percorsi di affermazione di genere, il modello di lavoro del SAT-Pink APS, soggetto a continue revisioni e aggiornamenti, è introdotto come una proposta procedurale nata dal basso, dalle richieste dell'utenza e da un gruppo di lavoro dalla forte vocazione attivista, che favorisce non solo il coinvolgimento della persone transgender nel suo processo di affermazione, ma mira a una co-costruzione attiva del suo benessere. Il presente lavoro auspica, dunque, l'avvio di un dialogo tra servizi che guarda al futuro in senso di cooperazione, nella garanzia di standard di cura elevati, che restituiscano alle persone transgender dignità e potere rispetto alle decisioni sulla propria salute.

## Bibliografia

- American Psychiatric Association (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition, text revision*. American Psychiatric Association.
- American Psychological Association (2015). Guidelines for psychological practice with transgender and gender nonconforming people. *American psychologist*, 70(9), 832-864.

- Baranger W., & Baranger M. (2011). *La situazione psicoanalitica come campo bipersonale*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- British Psychological Society (2019). Guidelines for psychologists working with gender, sexuality and relationship diversity. Leicester: British Psychological Society.
- Carli R., & Paniccia R.M. (2003). *Analisi della domanda: Teoria e tecnica dell'intervento in psicologia clinica*. Bologna: Il Mulino.
- 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.
- Coleman E., Radix A.E., Bouman W.P., Brown G.R., De Vries A.L.C., Deutsch M.B., ..., & Arcelus J. (2022). Standards of care for the health of transgender and gender diverse people, version 8. *International Journal of Transgender Health*, 23(sup1), S1-S259. Retrieved online from: <https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/26895269.2022.2100644> on May 2nd, 2023.
- Crapanzano A., Carpiniello B., & Pinna F. (2021). Approccio alla persona con disforia di genere: dal modello psichiatrico italiano al modello emergente basato sul consenso informato. *Rivista di Psichiatria*, 56(2), 120-128. Roma: Il Pensiero Scientifico.
- Dewey J.M., Oppenheim E.R., & Watson D.P. (2023). (Dis) Empowering Trans People: De-pathologization Through Treatment Guidelines and Provider Decision-Making. *Humanity & Society*.
- Galluzzo A.C. (2021). The Medicalisation of Gender Nonconformity through Language: a Keywords Analysis. *Sprinkle: an undergraduate journal of feminist and queer studies*, 14(1), 1-15.
- Giardina G., & Zabonati A. (2020). Le identità transgender tra espressioni e vincoli dei corpi. L'autodeterminazione nell'approccio medicalizzato alla transizione. *Scienza e Filosofia*, 23, 160-171.
- Haraway D.J. (2018). *Manifesto cyborg: donne, tecnologie e biopolitiche del corpo*. Milano: Feltrinelli Editore.
- ILGA-Europe (2023). *Rainbow Europe Map*. Retrieved online from: <https://www.rainbow-europe.org/#8640/0/0> on May 20<sup>th</sup>, 2023.
- IIS (2023). *Rassegna legislativa: La tutela dell'identità di genere nell'ordinamento italiano e internazionale*. Retrieved online from: [https://www.infotrans.it/it-schede-25-transgender\\_rassegna\\_legislativa](https://www.infotrans.it/it-schede-25-transgender_rassegna_legislativa) on May 4<sup>th</sup>, 2023.
- Jackson R. (2021). Transnormativity. In K.K. Strunk, & S.A. Shelton (Eds.), *Encyclopedia of Queer Studies in Education* (pp. 726-728). Brill.
- Kara S., & Grinspan M.C. (2017). *Gender is not an illness: How pathologizing trans people violates international human rights law*. Global Action for Trans Equality [GATE].
- Landrine H., & Russo N.F. (Eds.) (2009). *Handbook of diversity in feminist psychology*. Springer Publishing Company.
- Lingiardi V., & McWilliams N. (Eds.). (2017). *Psychodynamic diagnostic manual: PDM 2*. Guilford Publications.
- Lingiardi V., & Nardelli N. (2013). *Linee guida per la consulenza psicologica e la psicoterapia con persone lesbiche, gay e bisessuali*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- MIT (Movimento Identità Transgender). (2020). *Garantire la piena effettività del diritto all'identità di genere e all'espressione di genere: Punti programmatici per una proposta*

- di riforma della L. 164/1982 – “Norme in materia di rettificazione di attribuzione di sesso”. Retrieved online from: [https://mit-italia.it/wp-content/uploads/2020/02/Piattaforma-MIT\\_Rev1.pdf](https://mit-italia.it/wp-content/uploads/2020/02/Piattaforma-MIT_Rev1.pdf) on May 4<sup>th</sup>, 2023.
- Nadal K.L., Davidoff K.C., & Fujii-Doe W. (2014). Transgender women and the sex work industry: Roots in systemic, institutional, and interpersonal discrimination. *Journal of Trauma & Dissociation*, 15(2), 169-183.
- ONIG. *Standard sui percorsi di affermazione di genere nell'ambito della presa in carico delle persone transgender e gender nonconforming (tgnc)*. Retrieved online from: <https://www.onig.it/node/19> on May 12<sup>th</sup>, 2023.
- Pitts-Taylor V. (2020). “A slow and unrewarding and miserable pause in your life”: Waiting in medicalized gender transition. *Health*, 24(6), 646-664.
- 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, 48-59.
- Sclavi M. (2003). *Arte di ascoltare e mondi possibili. Come si esce dalle cornici di cui siamo parte*. Pearson Italia Spa.
- Singh A.A., & Dickey L.M. (Eds.). (2017). *Affirmative counseling and psychological practice with transgender and gender nonconforming clients*. American Psychological Association.
- Tan K.K., Treharne G.J., Ellis S.J., Schmidt J.M., & Veale J.F. (2019). *Gender minority stress: A critical review*. *Journal of homosexuality*, 67(10), 1471-1489.
- Telfer M.M., Tollit M.A., Pace C.C., & Pang K.C. (2018). Australian standards of care and treatment guidelines for transgender and gender diverse children and adolescents. *Medical Journal of Australia*, 209(3), 132-136.
- Transgender Europe (TGEU) (2023). *TRANS RIGHTS MAP: Europe & Central Asia 2023*. Retrieved online from: <https://transrightsmap.tgeu.org/> on May 24<sup>th</sup>, 2023.
- United Nations General Assembly (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, A/HRC/44/53*. Retrieved online from: <https://undocs.org/A/HRC/44/53> on May 14<sup>th</sup>, 2023.
- van der Miesen A.I., Raaijmakers D., & van de Grift T.C. (2020). “You have to wait a little longer”: Transgender (mental) health at risk as a consequence of deferring gender-affirming treatments during COVID-19. *Archives of Sexual Behavior*, 49(5), 1395-1399.
- World Health Organization (2015). *Sexual health, human rights and the law*. World Health Organization.
- World Health Organization (2018). *International Classification of Diseases*. World Health Organization.
- WPATH (2010). *De-Psycho-pathologisation Statement*. Retrieved online from: <https://www.wpath.org/policies> on May 13<sup>th</sup>, 2023.
- Yogyakarta Principles (2017). *The Yogyakarta Principles Plus 10: Additional Principles and State Obligations on the Application of International Human Rights Law in Relation to Sexual Orientation, Gender Identity, Gender Expression and Sex Characteristics, to Complement the Yogyakarta Principles*. Retrieved online from: <http://www.yogyakartaprinciples.org/principles-en/yp10/> on May 27<sup>th</sup>, 2023.

# L'uso dei test nella disforia di genere in età evolutiva

Giulia Bresciani\*, Federico Sandri\*, Anna Roia\*,  
Marco Carrozzi\*, Gianluca Tornese\* - \*\*

**Sommario** - Nel percorso di valutazione della Disforia di Genere (DG) in età evolutiva risulta di fondamentale importanza il ruolo di supporto ed orientamento svolto da una appropriata batteria testistica. Non essendoci linee guida esaustive rispetto all'uso dei test in questo ambito si è ragionato, sulla base della pluriennale esperienza maturata dall'ambulatorio APEVAGE, per descrivere gli strumenti psicometrici usati e riflettere sul loro uso descrivendone limiti e vantaggi. Il lavoro vuole essere uno spunto per i clinici che si avvicinano al tema della DG in età evolutiva nell'ambito del lavoro di diagnosi ed esplorazione clinica delle variabili in atto.

**Parole chiave:** *disforia di genere, età evolutiva, pediatria, identità, genere.*

## **Abstract** - The Use of Tests in Gender Dysphoria in Developmental Age

*In the assessment process of Gender Dysphoria (GD) in developmental age, the role of support and guidance played by an appropriate test battery is of fundamental importance. Since there are no exhaustive guidelines regarding the use of tests in this area, reflections have been made, based on the extensive experience gained by the APEVAGE clinic, to describe the psychometric tools used and to contemplate their usage by describing their limitations and advantages. This work aims to be a starting point for clinicians approaching the subject of GD in developmental age as part of the diagnostic work and clinical exploration of the variables in play.*

**Key words:** *gender dysphoria, developmental age, pediatrics, identity, gender.*

## Introduzione

Nell'ambito del percorso di valutazione della Disforia di genere (DG) nei bambini e adolescenti appare utile sia per i clinici più esperti che per chi si avvicina a questo tema – sempre più significativo nel panorama sociale, nazionale ed internazionale – l'uso competente dei test da coadiuvare alle valutazioni psicodiagnostiche. Il test di fatto, come definito anche dalle linee guida ordinistiche, manca talvolta della capacità di garantire al 100% la purezza di una diagnosi ed è pertanto necessario affiancare alla somministrazione testologica lo sguardo esperto del clinico che innanzi alle parole, all'espressività del disagio del bambino o del ragazzo, alla visione del problema portato dal minore e dalla famiglia, produca una diagnosi a cui i test sono da appoggio, sostegno, conferma.

## Discussione

L'APEVAGE (Ambulatorio Pediatrico per la Varianza di Genere) è un Servizio Specialistico all'interno dell'IRCCS Burlo Garofolo che dal 2015 si occupa della

\* IRCCS Burlo Garofalo Trieste.

\*\* Università degli Studi di Trieste.

presa in carico della DG; è costituito da una équipe multidisciplinare integrata, formata da un endocrinologo pediatra, da psicologi di diversi orientamenti psicoterapici, da neuropsichiatri infantili e da una bioeticista, con competenze specifiche rispetto alla DG e le relative problematiche familiari. Grazie alla collaborazione con la Neuropsichiatria Infantile (NPI) dell'Istituto, è stata definita una batteria testologica, alla luce di evidenze sociali, cliniche e diagnostiche, che permetta ai professionisti di effettuare una valutazione globale del benessere e del funzionamento della persona e del proprio sistema familiare. Il fenomeno che si va a valutare di fatto, come tutti i fenomeni del mondo psichico, non è scevro dai cambiamenti sociali, dalle idee di contesto, dagli effetti culturali e politici; nasce quindi la necessità di strutturare una batteria testistica duttile e completa che se da un lato va a cogliere alcuni elementi di carattere psicopatologico significativi (se presenti) dall'altro segnala aspetti biografici, storici e contestuali approfondibili poi durante i colloqui clinici individuali, familiari o con le istituzioni coinvolte. Per tutti questi motivi, e per l'acquisizione *in primis* di una certa competenza maturata negli anni, si propone di seguito una breve descrizione dei test utilizzati dando evidenza delle specificità nell'ambito della clinica della DG. Come si è detto nulla di ciò che viene qui descritto di seguito vuole essere una direttiva univoca piuttosto è una proposta passibile di cambiamenti e implementazioni anche critiche.

Nell'APEVAGE viene proposto un protocollo per la valutazione psicodiagnostica che prevede l'utilizzo di differenti test e questionari con cui si indaga la presenza di DG, ma anche di eventuali psicopatologie in comorbidità e del funzionamento psicologico generale. La batteria di test è differente a seconda dell'età del minore tuttavia nel presente lavoro abbiamo deciso di proporre gli strumenti utilizzati per l'assessment in adolescenza suddivisi in test personologici e di comorbidità clinica, test di valutazione globale e test specifici per la DG. Si ricorda tuttavia che tale suddivisione è puramente semplificativa poiché, come si può ben comprendere, ogni test interseca aspetti diagnostici, proiettivi, cognitivi e identitari; inoltre, nel corso della valutazione psicodiagnostica possono essere utilizzati anche altri strumenti testologici (ad es., test proiettivi e/o interviste) sulla base del giudizio clinico.

#### ■ *Test personologici e di comorbidità clinica*

Nell'ambito del percorso di valutazione e diagnosi della DG è di fondamentale importanza porre diagnosi differenziale o valutare elementi di comorbidità o psicopatologia maggiore che potrebbero essere alla base di un vissuto di disagio che trova nel corpo la sua rappresentazione. La letteratura presente ci informa che in alcuni casi la DG, non primaria, potrebbe essere il mezzo attraverso cui si esplicano ad esempio altri disagi che coinvolgono lo stato dell'umore, le relazioni, il corpo; in altri casi, la DG, primaria, potrebbe comunque essere una fra gli elementi di un sistema di segni e sintomi che richiedono una adeguata valutazione e una presa in carico integrata (de Freitas L.D., 2020).

– Il **Minnesota Multiphasic Personality Inventory – Adolescent (MMPI-A)** è un questionario utilizzato per l'assessment della personalità negli adolescenti ed è composto da 478 item con doppia alternativa (vero/falso) a seconda che l'affermazione sia prevalentemente vera o prevalentemente falsa. L'MMPI-A conta sei scale di validità, più un indicatore denominato "Non so", che indica il numero totale di item che la persona lascia in bianco o a cui risponde sia "vero" che "falso"; inoltre, è composto da dieci scale cliniche di base, quindici di contenuto e sei supplementari. Per dovere descrittivo ci sembra importante citare una fra le scale dell'MMPI-A che dovrebbe andare ad identificare le polarità maschili e femminili, la scala *Mf*. La scala *Mf* consta di 56 item che si riferiscono a situazioni di vita più o meno comuni; l'aspettativa degli autori del test è che le risposte agli item siano diverse a seconda che si tratti di maschi o di femmine. Da quanto si può evincere da precedenti studi in ambito clinico, è la scala meno ben definita e studiata tra le distinte scale cliniche dello stesso test. Citiamo la scala nonostante ci siano evidenti perplessità, già espresse da Costantinople (2005) circa il concetto basilare della unidimensionalità e della bipolarità riferite al concetto di genere e sesso. La scala *Mf* infatti presume che la mascolinità e la femminilità siano una dimensione singola bipolare che va dall'estrema mascolinità all'estrema femminilità, concetto che molti studi dimostrano maggiormente articolato e non dimensionabile anche secondo un limite temporale. Nell'ambito della DG l'uso dell'MMPI-A permette una lettura di base degli eventi psichici costellando un profilo utile anche in funzione dei trattamenti futuri (Miach P.P. *et al.*, 2000; Oda H., & Kinoshita T., 2017).

– Le **Scale Psichiatriche di Autosomministrazione per Fanciulli e Adolescenti (SAFA)** sono uno strumento di autosomministrazione che permette una preliminare ed esaustiva investigazione dei sintomi e degli stati psichici di tipo internalizzante. Il test è rivolto a soggetti fra gli 8 e i 18 anni ed è adattato a diversi livelli di comprensione in base all'età e scolarizzazione del bambino/ragazzo. In rapporto all'età la scala è organizzata in tre versioni: SAFA-e per 8-10 anni, SAFA-m per 11-13 anni, SAFA-s per 14 -18 anni. Le aree indagate e suddivise nelle diverse scale sono: l'ansia, la depressione, i sintomi ossessivo-compulsivi, i disturbi alimentari psicogeni, i sintomi somatici e l'ipocondria e la scala delle fobie. In generale, le scale SAFA permettono di avere un'immagine globale del benessere della persona, identificando possibili aree di fragilità. Molti studi dimostrano come i minori con DG possano manifestare le sintomatologie sopra citate provocate da una percezione di sé come diversa o non coerente rispetto a quelle che sono le aspettative del contesto di riferimento. L'effetto "Minority stress" chiaramente ha ricadute profonde su questo tipo di popolazione (Chodzen G. *et al.*, 2019).

I **Questionari Achenbach** sono scale in autosomministrazione che permettono di valutare le aree internalizzanti (ansia/depressione, ritiro/depressione e sintomi somatici) ed esternalizzanti (comportamenti di trasgressione delle regole e com-

portamenti aggressivi), oltre che l'area relativa ai disturbi del pensiero, ai disturbi attentivi e a quelli sociali. I questionari inoltre contengono, nella parte iniziale, delle domande di carattere descrittivo relative alle relazioni sociali e familiari, agli aspetti scolastici e di rendimento così come in merito alle attività extrascolastiche, come gli hobby e le attività sportive. All'interno dei questionari sono presenti item specifici che riguardano la sessualità e l'identità, che permettono da un lato di conoscere i bisogni e i desideri della persona con DG e dall'altro danno l'opportunità al clinico di iniziare a esplorare tali aspetti mettendo in luce differenze fra elementi immaginali ed elementi reali, aprendo a dialettiche che coinvolgono il presente del paziente, ma anche il futuro sognato o che si andrà a realizzare anche grazie all'uso della terapia ormonale e/o di una eventuale chirurgia (Busa S., Janssen A., & Lakshman M., 2018). All'interno della batteria utilizzata vengono somministrati i questionari sia ai genitori che alla persona. Per i genitori si utilizza la *Child Behavior Check List* (CBCL) adatta per bambini e ragazzi dai 6 ai 18 anni; per i ragazzi e le ragazze si utilizza lo *Youth Self Report* (YSR), un questionario self report indicato dagli 11 ai 18 anni.

#### ■ *Test di valutazione globale*

Nella valutazione globale del benessere e delle abilità della persona, sono stati inseriti anche questionari e test che permettano di approfondire aspetti che potrebbero inficiare anche i percorsi di cura e di sostegno delineati.

– Il **Questionario Multi – Attitude Suicide Tendency (MAST)** viene utilizzato per valutare l'atteggiamento verso la vita e verso la morte. La scala MAST valuta il rischio suicidario sulla base di un costrutto teorico ma non contiene domande dirette a rilevare ideazione, minacce e comportamenti suicidari. Viene svolta in autosomministrazione. La scala consiste di 30 item così suddivisi: item descrittivi della repulsione alla morte (RD), items per la attrazione alla vita (AL), repulsione alla vita (RL), attrazione alla morte (AD). Le quattro attitudini possono essere descritte come: l'attrazione verso la vita (AL) è influenzata dal senso di sicurezza nelle relazioni interpersonali, dalle relazioni di amore, dall'autostima; la repulsione verso la vita (RL) si riferisce ad esperienze come l'impossibilità di prevedere una risoluzione allo stato di pena, la perdita di persone amate e desiderio di autodistruzione; l'attrazione alla morte (AD) si riferisce ad un concetto di morte inteso come reversibile e come via di miglioramento; infine, la repulsione alla morte (RD) deriva dalla consapevolezza di come la morte sia inevitabilmente la fine della vita. Tale questionario risulta utile nell'approfondimento di tematiche delicate come quelle riferibili ai pensieri anticonservativi che talvolta trovano spazio soprattutto nelle menti degli adolescenti e che potrebbero essere riferibili specificatamente agli aspetti legati all'identità. Studi di letteratura mostrano come i pensieri anticonservativi possano essere maggiormente presenti nella popolazione degli adolescenti con DG (Peterson C.M., Matthews A., Copps-Smith E., & Conard L.A., 2017). (Liu R.T., & Mustanski B., 2012).

– Il **Test di Valutazione Multidimensionale dell'Autostima (TMA)** è un questionario di autosomministrazione con cui si valuta sei aree in cui l'autostima può venire suddivisa: l'area interpersonale che si riferisce a come la persona interpreta i rapporti sociali, con i pari e con gli adulti; l'area scolastica ovvero i successi o i fallimenti sperimentati a scuola; l'area emozionale che si rifà alla vita emotiva e alla capacità di controllare le emozioni negative; l'area familiare che indaga le relazioni nella famiglia, il grado in cui la persona si sente amata e valorizzata; l'area corporea che approfondisce l'immagine legata al suo aspetto, le capacità fisiche e sportive ed infine l'area della padronanza sull'ambiente ovvero la sensazione di essere in grado di dominare gli eventi della propria vita. Tale questionario risulta molto utile per conoscere le credenze che le persone con DG hanno di sé rispetto alle aree di vita, con particolare attenzione alla scala corporea. Di interesse, soprattutto nei minori va osservato il ruolo svolto dalla relazione con i pari e in particolare la sensazione di appartenenza o marginalizzazione. Lo strumento offre utili spunti anche qualora vi sia la necessità di portare un supporto anche nell'ambito scolastico dando evidenza degli elementi emergenti in quest'area (Austin A., & Goodman R., 2017) (Grossman A.H., D'augelli A.R., & Frank J.A., 2011).

– Le **Matrici progressive di Raven** misurano l'intelligenza non verbale indipendentemente dal livello culturale. Le Matrici di Raven che costituiscono uno degli strumenti più utilizzati per la misurazione dell'intelligenza "fluida" richiedono di analizzare fra loro una serie di figure con il fine ultimo di completare un modello più generale. Utilizzare test come le Matrici progressive di Raven risulta di fondamentale importanza per meglio conoscere la persona e poterne valorizzare i punti di forza conoscendo quelli di debolezza. L'uso delle matrici di Raven nell'ambito della clinica della DG può essere di supporto nel dare un inquadramento globale della situazione del minore ponendo attenzione al piano cognitivo e valutando concomitanti aspetti di fragilità che nel tempo dovranno essere approfonditi. Nei casi di soggetti particolarmente vulnerabili da un punto di vista cognitivo il test può rappresentare una prima indagine, poi da approfondire, per proporre misure di sostegno e supporti individualizzati tentando di limitare o contenere la marginalizzazione (Gavazzi G. *et al.*, 2022; Zupanič S. *et al.*, 2021).

#### ■ *Test specifici per la DG*

Infine, vengono utilizzati una serie di questionari in autosomministrazione che indagano specificatamente l'area del corpo e dell'identità. Anche in questo caso i test possono essere di aiuto per formulare, in seconda battuta, domande volte ad approfondire aree specifiche della DG. Alcuni dei questionari sono ripresi dal protocollo della ricerca "Italian Adolescents Gender Identity Research Group (IAGIR)" promosso dall'Azienda Ospedaliera Universitaria Careggi.

– Il **Body Uneasiness Test (BUT)** è un test volto alla valutazione dell'immagine corporea. Gli autori si sono basati sull'assunto che le persone con disturbi

dell'immagine corporea mostrano non solo l'insoddisfazione per particolari parti del corpo, forme o funzioni fisiologiche, ma che possono anche riportare sintomi di depersonalizzazione, condotte di evitamento o comportamenti compulsivi oltre che un disagio, più generale, meno specifico e spesso molto difficile da descrivere. Il test è suddiviso in due parti: la prima parte (BUT A) include 34 item e valuta la fobia del peso, la preoccupazione per l'immagine corporea, controllo compulsivo, condotte di evitamento e senso di distacco e depersonalizzazione verso il proprio corpo; la seconda parte (BUT B) include 37 item e valuta le preoccupazioni specifiche riguardanti varie parti del corpo e altri aspetti inerenti alla preoccupazione associata al proprio odore, all'arrossire, al sudore e ai rumori emessi dal proprio corpo. Il test si riferisce alla situazione attuale del soggetto. Il punteggio è distribuito su una scala Likert a 6 punti da 0 a 5, dove 0 corrisponde a mai e 5 a sempre, la media dei punteggi corrisponde al BUT totale: più il punteggio risulterà alto maggiore sarà la compromissione. Nell'ambito della DG il test permette di indagare se e quali sono gli attributi fisici che producono nella persona uno stato di disagio e se in particolare fra gli attributi quelli connessi al genere sono maggiormente arrecanti disagio rispetto agli altri (Turan Ş. *et al.*, 2018).

– Il **Gender Identity/Gender Dysphoria Questionnaire (GIDYQ-AA)** è un questionario composto da due versioni somministrabili a ragazze e ragazzi. È una misura composta da 27 item che indaga dimensionalmente l'identità di genere tra gli adolescenti e gli adulti e che valuta i comportamenti di genere e la percezione del proprio genere nei 12 mesi precedenti alla data di somministrazione (Deogracias J.J. *et al.*, 2007).

– Il **Recalled Gender Identity/Gender Role Questionnaire (RCGI)** è un questionario composto da due versioni, una per le ragazze e una per i ragazzi; è composto da 23 item ed è progettato per misurare il comportamento ricordato in base al genere facendo riferimento a quando si era bambini (indicativamente tra gli 0 e i 12 anni di età) e alla relativa vicinanza alla madre e al padre durante l'infanzia (Zucker K., Milhausen R.R., Sakaluk J.K., & Fisher T.D., 2019).

– La **Scala sull'immagine corporea**, esistente rispettivamente per ragazze e ragazzi, consente di indicare, su una scala Likert di soddisfazione che va da 1 (molto soddisfatto) e 5 (molto insoddisfatto), i propri vissuti rispetto alle singole parti del corpo e alle caratteristiche nominate. Inoltre, viene chiesto se la persona vorrebbe modificare tale parte del corpo con un trattamento medico. Rispetto al test BUT la scala dell'immagine corporea verifica attributi di genere in un dettaglio maggiore permettendo anche in sede successiva all'assunzione ormonale o a interventi chirurgici di produrre un confronto (Becker I. *et al.*, 2018).

– L'**Utrecht Gender Scale** è una misura di screening validata, composta da 12 item, per adulti e adolescenti, utilizzata ampiamente nelle cliniche di genere per valutare la DG. Anche tale scala esiste per entrambe le popolazioni di ragazze

e ragazzi. È presente una scala *Likert* da “totalmente d'accordo” a “totalmente in disaccordo” e contiene item specifici relativi alla propria identità e ai vissuti sociali in relazione ad essa (Schneider C., 2016).

– La **Visual Analog Scale** è uno strumento qualitativo che permette di confrontarsi insieme alla persona sull'identità di genere e sull'orientamento sessuale. Vengono poste tre domande: 1) *La sensazione di essere un maschio o una femmina non è uguale in ogni momento. Com'è questa sensazione per lei in questo momento* su una scala che va da 100% maschio a 100% femmina; 2) *Al momento attuale, quanto è soddisfatto della sua vita in generale?* Con “momento attuale” ci si riferisce agli ultimi 3 mesi, indicando su una scala che va da “totalmente soddisfatto” a “per niente soddisfatto”; 3) *Al momento attuale, da chi si sente attratto sessualmente?* Questa sensazione non è la stessa in ogni momento, con “in questo momento” ci si riferisce agli ultimi 3 mesi, su una scala dal 100% maschi a 100% femmine.

## Conclusioni

Globalmente il protocollo proposto risulta molto corposo in termini di tempo e di impegno richiesti al clinico e all'adolescente. Tale scelta deriva dalla necessità di riuscire a conoscere e ad approfondire la maggior parte degli aspetti che caratterizzano la vita di ognuno, non portando solamente l'attenzione sulle tematiche legate alla DG ma guardando al benessere della persona in maniera globale e individuando possibili punti di contatto tra problematiche che potrebbero sembrare derivanti da motivazioni diverse. Accompagnare gli adolescenti nel percorso di chiarificazione e di successiva transizione significa per il clinico essere consapevole dei punti di fragilità e di forza potendo così fornire le risorse e gli strumenti più adatti al percorso di crescita della persona. L'utilizzo di test in auto-somministrazione, inoltre, permette, soprattutto con la popolazione adolescente, di affrontare tematiche che altrimenti in forma verbale potrebbero portare imbarazzo e chiusura. I questionari garantiscono anche uno spazio di riflessione individuale favorendo la mentalizzazione di elementi ancora in fase di esplorazione e aumentando la consapevolezza sulle aspettative e sui dati reali inerenti il genere. Infine, utilizzare questionari validati permette ai clinici di poter avere dati quantitativi sull'andamento del percorso facendo emergere miglioramenti e/o peggioramenti nelle diverse aree indagate e potendo così intervenire in maniera mirata. Una ulteriore considerazione va fatta in merito alla tipologia di pazienti adolescenti: i questionari suggeriti devono essere letti alla luce di una considerazione clinica che tenga conto del fatto che tutti gli adolescenti vivono in modo conflittuale il proprio genere e pertanto diventa importante dirimere fra le condizioni cliniche reali, ovvero quelle che nel tempo non avranno una fase di remissione e quelle casistiche invece che, proprio in funzione di una DG primaria, vivono il disagio del corpo e del genere come significativo e saliente.

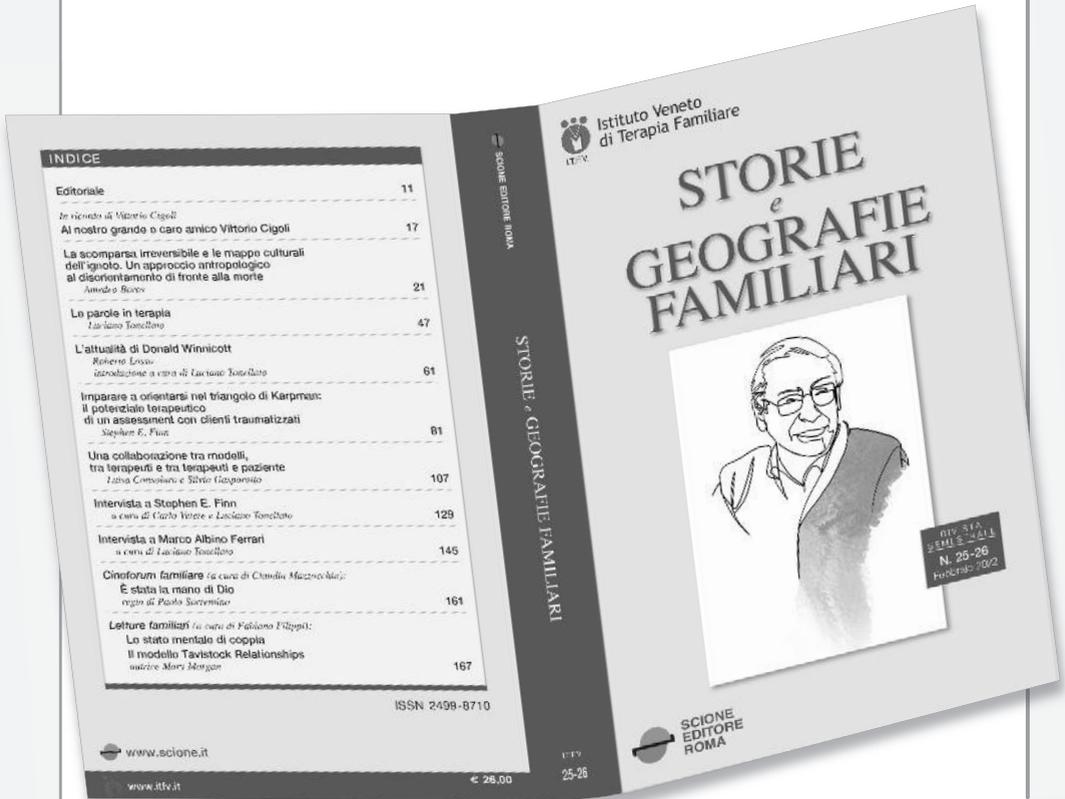
## Bibliografia

- Achenbach T. (2001). *Child Behavior Checklist for Ages 6-18 Italian Version*. Lecco: Istituto Scientifico "E. Medea".
- Archer R.P. (2005). *MMPI-A: Assessing Adolescent Psychopathology*, 3rd Edn. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, 1-451. doi: 10.4324/9781410612847
- Austin A., & Goodman R. (2017). The impact of social connectedness and internalized transphobic stigma on self-esteem among transgender and gender non-conforming adults. *Journal of homosexuality*, 64(6), 825-841.
- Becker I., Auer M., Barkmann C., Fuss J., Möller B., Nieder T.O., ..., & Richter-Appelt H. (2018). A cross-sectional multicenter study of multidimensional body image in adolescents and adults with gender dysphoria before and after transition-related medical interventions. *Archives of Sexual Behavior*, 47, 2335-2347.
- Busa S., Janssen A., & Lakshman M. (2018). A review of evidence based treatments for transgender youth diagnosed with social anxiety disorder. *Transgender Health*, 3(1), 27-33.
- Butcher J.N., Williams C.L., Graham J.R., Archer R.P., Tellegen A., Ben-Porath Y.S. *et al.*, (2001). *Minnesota Multiphasic Personality Inventory-Adolescent (MMPI-A) Italian version*. Firenze: Giunti O.S. Organizzazioni Speciali.
- Chodzen G., Hidalgo M.A., Chen D., & Garofalo R. (2019). Minority stress factors associated with depression and anxiety among transgender and gender-nonconforming youth. *Journal of Adolescent Health*, 64(4), 467-471.
- Cianchetti C., & Sannio Fascello G. (2001). *Scale Psichiatriche di Autosomministrazione per Fanciulli e Adolescenti (SAFA) Organizzazioni Speciali*. Milano, Italy.
- Constantinople A. (2005). 'Masculinity-Femininity: An Exception to a Famous Dictum?'. *Feminism & Psychology*, 15(4), 385-407.
- Cuzzolaro M., Vetrone G., Marano G., Garfinkel P.E. (2006). The Body Uneasiness Test (BUT): development and validation of a new body image assessment scale. *Eat Weight Disorder Mar*; 11(1):1-13.
- De Freitas L.D., Léda-Rêgo G., Bezerra-Filho S., & Miranda-Scippa Â. (2020). Psychiatric disorders in individuals diagnosed with gender dysphoria: A systematic review. *Psychiatry and clinical neurosciences*, 74(2), 99-104).
- Deogracias J.J., Johnson L.L., Meyer-Bahlburg H.F., Kessler S.J., Schober J.M., & Zucker K.J. (2007). The gender identity/gender dysphoria questionnaire for adolescents and adults. *Journal of sex research*, 44(4), 370-379.
- Gavazzi G., Fisher A.D., Orsolini S., Bianchi A., Romani A., Giganti F., ..., & Mascalchi M. (2022). The fMRI correlates of visuo-spatial abilities: sex differences and gender dysphoria. *Brain Imaging and Behavior*, 16(2), 955-964.
- Grossman A.H., D'augelli A.R., & Frank J.A. (2011). Aspects of psychological resilience among transgender youth. *Journal of LGBT youth*, 8(2), 103-115).
- Liu R.T., & Mustanski B. (2012). Suicidal ideation and self-harm in lesbian, gay, bisexual, and transgender youth. *American journal of preventive medicine*, 42(3), 221-228.

- McGuire J.K., Berg D., Catalpa J.M., Morrow Q.J., Fish J.N., Nic Rider G., ..., & Spencer K. (2020). Utrecht Gender Dysphoria Scale-Gender Spectrum (UGDS-GS): construct validity among transgender, nonbinary, and LGBQ samples. *International Journal of Transgender Health*, 21(2), 194-208.
- Miach P.P., Berah E.F., Butcher J.N., & Rouse S. (2000). Utility of the MMPI-2 in assessing gender dysphoric patients. *Journal of personality assessment*, 75(2), 268-279.
- Oda H., & Kinoshita T. (2017). Efficacy of hormonal and mental treatments with MMPI in FtM individuals: cross-sectional and longitudinal studies. *BMC psychiatry*, 17(1), 1-8.
- Peterson C.M., Matthews A., Cops-Smith E., & Conard L.A. (2017). Suicidality, self-harm, and body dissatisfaction in transgender adolescents and emerging adults with gender dysphoria. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 47(4), 475-482.
- Turan Ş., Aksoy Poyraz C., Usta Sağlam N.G., Demirel Ö.F., Haliloğlu Ö., Kadioğlu P., & Duran A. (2018). Alterations in body uneasiness, eating attitudes, and psychopathology before and after cross-sex hormonal treatment in patients with female-to-male gender dysphoria. *Archives of Sexual Behavior*, 47, 2349-2361.
- Prunas A., Mognetti M., Hartmann D., Bini M. (2013). La valutazione della disforia di genere: La versione italiana del gender identity/ gender dysphoria questionnaire for adolescents and adults (GIDYQ-AA). *RIVISTA DI SESSUOLOGIA CLINICA*, 20(1), 35-51.
- Raven J.C. (2008). *CPM Coloured Progressive Matrices*. Firenze: Giunti OS.
- Raven J.C., *SPM Matrici Progressive di Raven, Variazioni I*.
- Schneider C., Cerwenka S., Nieder T.O., Briken P., Cohen-Kettenis P.T., De Cuypere G., ..., & Richter-Appelt H. (2016). Measuring gender dysphoria: a multicenter examination and comparison of the Utrecht gender dysphoria scale and the gender identity/gender dysphoria questionnaire for adolescents and adults. *Archives of Sexual Behavior*, 45, 551-558.
- TMA. *Test di valutazione multidimensionale dell'autostima*. Trento: Edizioni Erickson; 1993.
- Zucker K., Milhausen R.R., Sakaluk J.K., & Fisher T.D. (2019). Recalled Childhood Gender Identity/Gender Role Questionnaire. *Handbook of Sexuality-Related Measures*, 335.
- Zupanič S., Kruljac I., Šoštarič Zvonar M., & Drobnič Radobuljac M. (2021). Case Report: Adolescent With Autism and Gender Dysphoria. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 671448.



Scione Editore



per ordinare contattare:  
editore@scione.it

www.scione.it

# Le pratiche non mediche di affermazione di genere negli adolescenti: il binding e il tucking

Federico Sandri\*, Giulia Bresciani\*, Anna Roia\*, Marco Carrozzi\*, Pierluigi Diana\*\*, Beatrice Belluzzi\*\*\*, Federica Corona\*\*\*, Gianluca Tornese\* - \*\*\*

**Sommario** - Gli adolescenti transgender sovente sperimentano un disagio correlato al corpo: in particolare il torace e l'anatomia genitale sono fra gli elementi che portano a una più severa incongruenza. Gli interventi di carattere non medico, come *binding* e *tucking*, sono pratiche reversibili e temporanee che favoriscono l'affermazione del genere e che possono aiutare ad alleviare un disagio prima degli interventi chirurgici. Oltre ai benefici per la salute psichica della persona, queste pratiche possono anche avere effetti collaterali fisici a lungo termine, specialmente quando non vengono eseguite correttamente. Solo pochi studi hanno analizzato i rischi e i benefici di queste pratiche e principalmente tra la popolazione adulta; si riscontra ancora una mancanza di dati in pediatria e quindi la necessità, visti anche gli aumenti del numero di richieste di presa in carico di adolescenti transgender, di un approfondimento e una proposta di intervento. Questo lavoro ha lo scopo di confrontare alcuni dati disponibili in letteratura per offrire informazioni corrette e consigli utili agli adolescenti che utilizzano o vogliono provare questi strumenti.

**Parole chiave:** *tucking, binding, transgender, adolescenza, pediatria.*

## **Abstract - Non-Medical Gender Affirmation Practices in Adolescents: Binding and Tucking**

*Transgender teenagers often experience discomfort related to their bodies, particularly concerning the chest and genital anatomy, which are among the elements leading to more severe incongruence. Non-medical interventions like binding and tucking are reversible, temporary practices that facilitate gender affirmation and can help alleviate discomfort before surgical interventions. Beyond the benefits for an individual's mental health, these practices can also have long-term physical side effects, especially when not done correctly. Only a few studies have analyzed the risks and benefits of these practices, primarily among the adult population; there is still a lack of data in pediatrics. Given the increasing number of requests for care of transgender teenagers, there is a need for more in-depth study and intervention proposals. This work aims to compare some available data in literature to provide accurate information and helpful advice to teenagers who are using or want to try these tools.*

**Key words:** *tucking, binding, transgender, adolescence, pediatrics.*

## Introduzione

Gli adolescenti transgender e di genere diverso da quello definito biologicamente appartengono ad una categoria che include anche chi si definisce non binario o fluido (o usa altre definizioni soggettive per definire un proprio disagio che

\* IRCCS Burlo Garofalo Trieste.

\*\* Università degli Studi di Parma.

\*\*\* Università degli Studi di Trieste

si colloca nell'area di intersezione fra corpo e mente): gli studi sulla prevalenza indicano che gli adolescenti che si identificano come transgender o che sperimentano un certo livello di diversità di genere rispetto a quello biologico sono dall'1,2% al 9% (Kidd *et al.*, 2021).

Come si osserva, tipicamente dalla posizione del clinico, i dati statistici non sempre sono in grado di rilevare un fenomeno così complesso che nasconde un sommerso inesplorato spesso caratterizzato da persone che non si definiscono in modo categoriale bensì in maniera fluida.

A causa dell'incongruenza sperimentata fra il genere assegnato e quello percepito i minori possono vivere un disagio per il proprio corpo e in particolare per alcune forme che esplicitano, anche involontariamente, l'appartenenza al genere. Le forme del torace e/o la morfologia dei genitali, in particolare sono, anche a giudicare dalle evidenze emergenti nei test che analizzano il corpo e gli effetti psichici che questo produce (si veda ad esempio nel The Body Uneasiness Test – BUT (Cuzzolaro *et al.*, 1999), gli elementi che più di altri generano attenzione e disagio nelle persone transgender.

Gli interventi di carattere non medico come fasciare o bendare il torace – *binding* – (Julian *et al.*, 2021) e il riposizionare i genitali maschili finalizzato a occultarne l'ingombro – *tucking* (Turley *et al.*, in press) sono pratiche sempre più comuni che hanno il carattere della reversibilità e della temporaneità e che possono contribuire all'affermazione del genere in persone che vivono una Incongruenza di Genere e che attendono di intraprendere un percorso chirurgico volto a definire in modo irreversibile una propria aderenza al genere percepito (Julian *et al.*, 2021).

Questo tipo di trattamenti, che chiaramente hanno una ricaduta positiva sul versante psicologico, possono tuttavia avere effetti negativi sul corpo quando non adeguatamente praticati soprattutto se vengono mantenute per un tempo eccessivamente lungo o se vengono realizzate in modo improprio. (Peitzmeier *et al.*, 2017).

La letteratura scientifica ha prodotto un limitato numero di articoli sulla tematica in oggetto. Stando alle fonti consultate, quelle che parlano di questo argomento spesso si concentrano su una popolazione adulta analizzando i rischi e i benefici connessi a questo tipo di pratiche.

È evidente che, per la fase di sviluppo dei minori – anche banalmente fisica – accortezze, moniti e riflessioni non possono essere gli stessi che vengono consigliati per la popolazione adulta; diventa, quindi, imprescindibile ragionare sul significato, anche psicologico, che questo tipo di pratiche ha in adolescenza, periodo in cui sono centrali tematiche che riguardano la ricerca dell'identità, la relazione tra corpo e mente, il confronto con i coetanei e con le figure di riferimento. Il nostro obiettivo è quello di proporre delle riflessioni e di fornire delle informazioni utili e corrette su alcune pratiche non mediche basandoci sui pochi dati presenti in letteratura e sulla documentata esperienza clinica.

## Il binding

Il *binding* (o bendaggio/fasciatura del torace) è una pratica utilizzata da alcune persone transgender AFAB (assegnate femmine alla nascita) per ottenere una definizione toracica più simile ad un modello stereotipicamente maschile. Questo tipo di pratica consiste nel comprimere il tessuto mammario (Coleman *et al.*, 2022) usando delle canotte o magliette speciali chiamate “*binder*”. In uno studio australiano (Peitzmeier *et al.*, 2017) è emerso che l’87% delle persone AFAB ha riferito l’uso consuetudinario del binder ed è chiaro dalle evidenze cliniche che tale uso si sta diffondendo sempre di più nella popolazione dei più giovani, anche grazie alla disponibilità di tali ausili ordinabili anche sui portali di vendita più usati (come ad esempio Amazon, Wish e altri).

Non è solo attraverso questo tipo di ausili che alcune persone cercano di mascherare la propria appartenenza di genere, ci sono altri metodi di *binding* meno convenzionali che includono l’uso di reggiseni sportivi/contenitivi o bende elastiche e che producono un effetto spesso correlato al volume della ghiandola che si desidera appiattire. Per alcune persone che desiderano una soluzione permanente questa tecnica è una strategia provvisoria prima della chirurgia plastica al seno. In alcuni casi questa pratica diventa una prassi qualora vi siano controindicazioni mediche al trattamento, ci sia un limite di accesso ai trattamenti chirurgici, anche banalmente economico, oppure ancora vi sia l’interesse nel mantenimento di una propria integrità biologica magari in funzione di idee sul genere, vi sia un vissuto di fluidità che presume una indefinitezza rispetto al futuro, emergano questioni progettuali che contemplino il seno, ad esempio in funzione all’allattamento di un figlio. Nei più giovani spesso questa pratica viene usata quando la persona è ancora in una fase di sperimentazione della propria identità di genere. In alcuni casi questa pratica perdura negli anni senza portare mai ad un intervento chirurgico.

Uno degli obiettivi riscontrati nelle persone AFAB è quello di identificarsi e farsi identificare, soprattutto negli spazi pubblici (Julian *et al.*, 2021), con il proprio genere psichico e limitare quindi il disagio soprattutto psicologico che l’eccesso di volume del petto produce; per questo motivo può accadere che alcuni effetti collaterali del *binding* non vengano tenuti in opportuna considerazione. Oltre infatti ai benefici psicologici sono stati riscontrati alcuni potenziali rischi negativi per la salute fisica. Peitzmeier *et al.*, (2017) hanno riscontrato che nel 97,2% dai casi le persone che praticano *binding* (l’età dei partecipanti variava da 18 a 66 anni) ha sofferto di almeno un sintomo fisico. I sintomi più comuni sono relativi a pelle e tessuti molli in cui si verificano stati infiammatori, infezioni, arrossamenti, escoriazioni; sintomi relativi al sistema muscolo scheletrico, in particolare mal di schiena (53,8%), dolore toracico (48,8%), mancanza di respiro (46,6%), prurito (44,9%), cattiva postura (40,3%) e dolore alle spalle (38,9%). Cicatrici e fratture costali sono rare, ma sono state segnalate in una minoranza dei casi e sono dovute ad un uso improprio del *binding*. Lo studio ci informa che la maggior parte di chi

indossa il *binder* ogni giorno lo usa con una media di 10 ore al giorno. Questa durata eccessiva è il fattore più importante associato ai rischi per la salute fisica. Nonostante questi effetti negativi la popolazione intervistata nello studio ha ammesso che i vantaggi che il *binding* produce dal punto di vista psicologico rendevano i problemi fisici tollerabili. Il *binding* infatti riduce l'ansia e la depressione connesse alla sensazione di svelamento non voluto del proprio genere e migliora il benessere emotivo generale.

Nello studio Julian *et al.*, (2021) su adolescenti transgender è emerso che il 95,9% di chi usa il *binding* ha riportato un sintomo (come dolore o problemi alla pelle), ma, nonostante il sintomo o il disagio correlato, tutti hanno affermato di voler continuare a utilizzarlo perché questa prassi riduce i casi di *misgendering* (ovvero la situazione che si verifica quando, intenzionalmente o meno, ci si riferisce a una persona transgender usando termini associati al sesso biologico, e non all'identità di genere in cui questa persona si riconosce), facendo sentire le persone più a loro agio. Se ci si avventura nei molti blog che si trovano sull'argomento si troverà conferma di questo poiché si riscontra frasi come ad esempio, «il dolore che mi provoca è minore di quello che sento quando mi prendono per femmina» o ancora «so che mi fa male ma io odio il mio petto». Sono descrizioni che parlano di un dolore fisico tollerato in funzione di un dolore emotivo invece intollerabile. Gli autori hanno dimostrato quindi che il *binding* migliora la soddisfazione nella vita in misura così significativa che gli effetti fisici negativi sono secondari o appaiono nella maggior parte dei casi trascurabili. Infine, lo studio mette in evidenza che i giovani transgender apprendono la pratica del *binding* dai loro pari nelle comunità online; ciò significa che potrebbero ricevere informazioni errate o dannose e che probabilmente non tengono conto degli effetti negativi, ma valorizzano solo quelli positivi. Come riportato nello studio australiano di Lee *et al.*, (2019), l'assenza di linee guida mediche chiare sul *binding* porta i ragazzi a seguire il loro "buon senso".

La maggior parte degli adulti transgender vorrebbe discutere dei problemi legati al *binding* con i propri medici, ma solo il 56,3% di loro si sente a proprio agio nel farlo (Jarrett *et al.*, 2018); è probabile che questa risposta derivi anche dal fatto che molte persone transgender percepiscono poco competenti i medici di medicina generale su temi così specifici. Non ci sono dati per i giovani transgender, ma gli operatori sanitari devono aiutare non solo i giovani individui, ma anche i loro genitori, dando le raccomandazioni per un *binding* sano (Peitzmeier *et al.*, 2017) che tuttavia tenga conto delle esigenze dei figli. Indossare un *binder* della taglia corretta, evitare l'uso di bende elastiche o pellicola di plastica, evitare di indossare due *binder* contemporaneamente, togliere il *binder* durante le ore di sonno o durante l'attività sportiva, limitare l'uso del *binder* a 6-8 ore al giorno, evitare di indossarlo quotidianamente, fare delle pause almeno due volte a settimana e praticare una buona igiene della pelle nelle aree interessate dal *binding* sono alcuni dei consigli che sembrano essere maggiormente utili per un primo apprendimento su questo tipo di pratica.

### DISIDRATAZIONE

- Non bere per evitare di urinare
- oltre ad aumentare il rischio di infezioni
- può portare, soprattutto in estate alla disidratazione che può causare svenimenti.



### TORSIONE DEL TESTICOLO

- Si tratta di una rara e seria condizione in cui il testicolo si ruota e i suoi vasi sanguigni vengono strangolati. Per risolverla è necessario un intervento chirurgico d'urgenza. Quindi, se il testicolo aumenta di volume e fa male, se non riesci più a toccarlo per il dolore, se hai nausea, vomito o febbre, recati subito in un pronto soccorso.

**Insomma, eseguire il tucking in maniera sicura è l'unico modo per lavorare CON (e non CONTRO) il tuo corpo!**

### Cos'è il "TUCKING"? e come eseguirlo in modo corretto

Tucking è un termine inglese (letteralmente "infilare") utilizzato per descrivere la pratica di riposizionamento di pene e testicoli in modo che non siano visibili sotto gli indumenti. Esistono diversi modi per eseguirlo, l'importante è trovare quello che più si adatta alle tue esigenze, ascoltando il tuo corpo, ma soprattutto praticandolo sempre in sicurezza.



### AMBULATORIO APEVAGE

Ambulatorio Pediatrico  
per la Varianza di Genere



### DIFFICOLTÀ A RESPIRARE

Con il binder non si comprime solo "il seno": costole e polmoni devono essere in grado di espandersi correttamente per svolgere il lavoro della respirazione. Ecco perché è molto importante non scegliere un binder troppo stretto. Se soffri di un problema respiratorio (come l'asma), fai ancora più attenzione. Riesci a respirare tranquillamente? È un buon segno! In caso contrario, togliilo immediatamente!

### MAL DI SCHIENA

Il binder riduce la capacità di movimento; questo potrebbe comportare una postura scorretta con conseguente dolore a spalle e schiena. Un buon programma di fisioterapia può essere molto utile anche per aiutarti a sapere come muoverti, respirare e far rilassare il corpo quando non indossi il binder.

**Insomma, eseguire il binding in maniera sicura è l'unico modo per lavorare CON (e non CONTRO) il tuo corpo!**

### Cos'è il "BINDING"? e come eseguirlo in modo corretto

Binding è un termine inglese (letteralmente "fasciare") utilizzato per descrivere la pratica di compressione del torace, utilizzando degli indumenti chiamati "binder".



### AMBULATORIO APEVAGE

Ambulatorio Pediatrico  
per la Varianza di Genere



## Il *tucking*

Il *tucking* è la procedura di riposizionamento del pene e dei testicoli per ridurre l'aspetto visibile di un rigonfiamento genitale (Coleman *et al.*, 2022) rendendolo stereotipicamente più simile ad un assetto femminile. Il 70% delle persone AMAB (assegnati maschi alla nascita) riporta di nascondere i genitali attraverso questa pratica che viene svolta con modalità differenti ma utilizzata abitualmente. I giovani transgender possono ottenere diversi benefici, come una migliore percezione del proprio corpo o un sollievo dalla disforia di genere, una maggiore comodità nell'indossare pantaloncini, gonne e costumi da bagno, e un miglioramento generale della fiducia in sé stessi nella vita quotidiana (HOTT, s.d.). Come si è detto precedentemente per il *binding*, anche in questo caso, soprattutto in riferimento alla popolazione adolescente, i vantaggi psicologici vengono sovrastimati, mentre gli svantaggi vengono sottovalutati, anche in funzione della fase di vita che queste persone vivono. Il corpo diventa terreno di una guerra in cui la psiche riconfigura aspetti indesiderabili in funzione di un bisogno che ha carattere di urgenza.

Ci sono due modi principali per realizzare questo tipo di pratica (Coleman *et al.*, 2022): i testicoli possono essere nascosti all'interno del canale inguinale, mentre il pene e lo scroto svuotato vengono spinti indietro tra le gambe e posizionati nella zona del perineo; oppure sia il pene che i testicoli vengono nascosti tra le gambe e mantenuti in posizione dalla biancheria intima o da un dispositivo apposito chiamato "gaff". Attualmente, sono stati condotti solo pochi studi sulla popolazione adulta sui rischi specifici e sui vantaggi del nascondere i genitali e nessuno è stato fatto su giovani. Nel loro studio caso-controllo, Marsh *et al.*, hanno riportato un numero inferiore di spermatozoi nelle persone AMAB che è stato correlato all'aumento della temperatura dello scroto causato dal *tucking* (Marsh *et al.*, 2019; Jung *et al.*, 2007; Mieusset *et al.*, 1985).

Uno studio del 2020 (Debarbo, 2020) ha evidenziato il rischio di torsione testicolare in chi pratica il *tucking*. Come precedentemente discusso riguardo al *binding*, anche il nascondere i genitali può essere associato a problemi della pelle (arrossamenti, escoriazioni, infiammazioni, infezioni). Come riportato da Poteat *et al.*, (2018), il 28% di chi fa *tucking* ha sperimentato prurito alla pelle, eruzioni cutanee e infezioni che si devono al mantenimento di una umidità eccessiva dei tessuti, a un uso improprio dello scotch che è usato per trattenere il pene e lo scroto in posizione.

È importante notare che prurito, eruzioni cutanee e dolore ai testicoli sono stati segnalati come gli effetti sulla salute più frequenti del nascondere i genitali negli adulti (Malik *et al.*, in stampa). Accanto a questi effetti documentati si è potuto osservare, in particolare nella clinica, che spesso l'uso di ausili impropri, come scotch telato per pacchi, o la sovrapposizione di più slip contenitivi che limitano la traspirazione della pelle, nasce dalla paura di trovarsi in situazioni sociali a dover riposizionare i genitali. In molti casi viene segnalata la paura che ci sia una

## ESEGUIRE IL TUCKING

- Il metodo del canale inguinale prevede di posizionare i testicoli nel canale inguinale, un condotto che attraversa l'addome in entrambi i lati (e che serve durante la vita fetale per permettere la discesa dei testicoli nello scroto). Mettiti a pancia in su e con due dita guida lentamente ciascun testicolo indietro nel proprio canale inguinale. A questo punto puoi infilare tra le gambe il pene e lo scroto ormai svuotato. Eventualmente puoi fissarli usando nastro adesivo di tipo medico.

- C'è chi preferisce non usare il metodo del canale inguinale: in questo caso non sarà necessario spingere i testicoli verso l'alto, ma basterà tirarli con cautela indietro, posizionandoli assieme al pene tra le gambe. Il fissaggio può essere ottenuto attraverso del nastro adesivo di tipo medico o indossando un gaff.

### COSA SONO I GAFF?

Sono mutande specifiche per il tucking: si portano come biancheria intima, ma sono in materiale elastico altamente contenitivo

### CHE TIPO DI NASTRO ADESIVO?

- Il nastro adesivo deve sempre essere di tipo medico per evitare traumi, permettere la traspirazione e ridurre l'irritazione della pelle.



## COME FARE L'UNTUCKING?

- Il nastro adesivo di tipo medico, se applicato, deve essere rimosso con delicatezza, bagnandolo con acqua calda. In caso di cute particolarmente delicata o irritata, si possono utilizzare prodotti specifici (salviette o spray) che sciolgono la colla dell'adesivo e non irritano. Lo scroto e il pene vengono riportati lentamente in posizione; se necessario, i testicoli possono essere fatti ridiscendere con l'aiuto delle dita.

### FATTORE LUOGO

- Pratica il tucking in un luogo sicuro e dove puoi sospendere la manovra in caso di fastidio/dolore.



### FATTORE TEMPO

- Effettuare il tucking per più di 4-8 ore causa irritazioni, fastidio e anche dolore mentre si urina. Non eseguire mai il tucking 24 ore al giorno, 7 giorni alla settimana. Fai delle pause ogni volta che puoi. Quando dormi lascia liberi i tuoi genitali nella posizione originaria, anche considerando la possibilità di erezioni spontanee durante la notte. Facendo attenzione a evitare gli effetti collaterali, eviterai di dover restare a lungo senza poter effettuare il tucking!

### COME FARE CON LE EREZIONI?

- Se hai praticato il tucking correttamente, in caso di erezioni potrai avvertire un fastidio o una strana sensazione di scomodità, ma il rischio di untucking è minimo.

## I PRINCIPALI RISCHI

### PROBLEMI ALLA PELLE

- Quando fai untucking, controlla la tua pelle: assicurati che non sia arrossata e che non presenti pus o sangue; lava tutte le parti per ridurre la presenza di germi favoriti dal sudore. Rasare la zona facilita il tucking ma per evitare irritazioni non effettuare la rasatura subito prima del tucking! Usa sempre un rasoio nuovo e crema o sapone.

### FASTIDIO/DOLORE

- Il tucking non dovrebbe mai comportare più di un lieve fastidio, frequente soprattutto durante i primi tentativi. È essenziale sospendere la manovra in caso di dolore!

### INFEZIONE ALLE VIE URINARIE

- La posizione in cui vengono messi i genitali aumenta il rischio di infezioni delle vie urinarie. Avvolgi il glande con un po' di garza prima di far scivolare il pene tra le gambe: questo proteggerà dal passaggio di germi dall'esterno all'interno delle vie urinarie. Inoltre ricordati sempre di urinare prima di eseguire il tucking (anche perché devi avere il tempo di effettuare l'untucking prima di poter urinare) e di non trattenere troppo le urine.

### RIDOTTA FERTILITÀ

- Agli spermatozoi non piacciono le alte temperature, come quelle a cui sono sottoposti i testicoli durante il tucking. Per questo è possibile che si riduca di molto la possibilità di essere fertili.

## ESEGUIRE IL BINDING

### QUALE TAGLIA SCEGLIERE

È molto importante scegliere il binder più appropriato al proprio corpo, non solo perché deve essere comodo e confortevole, ma soprattutto perché non deve essere pericoloso per la salute. Sia che tu abbia un torace grande, che uno piccolo, è rischioso indossare un binder troppo stretto rispetto alla tua corporatura: eserciteresti una pressione "extra" pericolosa e inutile per l'appiattimento del torace. Se ti ritrovi proprio tra 2 taglie, solitamente è preferibile utilizzare la taglia più grande!

### PERCHÉ NON UN TOP SPORTIVO?

Se hai un torace piccolo puoi provare con un top sportivo, prima di acquistare un binder. Potrebbe essere un'ottima soluzione perché è efficace, non causa danni, è più economico e facile da acquistare.

### COME INDOSSARLO NEL MODO CORRETTO

Coloro che hanno un torace grande non sempre riescono a infilarsi il binder facilmente. In questi casi, prova con altre tecniche, facendo passare prima le braccia, poi la testa e quindi successivamente regolarlo. Potrebbe essere necessario sistemarlo più volte durante il giorno, a seconda magari dell'attività svolta e della posizione assunta. Inoltre, per coloro che hanno problemi di mobilità, esistono binder con cerniere anteriori, molto più semplici da indossare.



### FATTORE TEMPO

Non dovrebbe essere usato per più di 6-8 ore al giorno, evitando di indossarlo mentre si dorme o si pratica sport. Si potrebbe iniziare per 1-2 ore al giorno, per poi rimuoverlo per almeno un'ora per verificare eventuali fastidi o dolori. Nei giorni seguenti si possono aumentare gradualmente le ore così da abituare il corpo. Inoltre, è fondamentale concedersi delle pause "extra" sia durante la giornata, trovando dei luoghi confortevoli anche fuori casa, che durante la settimana, ad esempio decidendo di non indossarlo nel week-end.



### MAI DUE BINDER INSIEME!

Soprattutto chi ha un torace più grande potrebbe avere la tentazione di indossare due binder contemporaneamente. Non farlo mai, è rischioso!

## I PRINCIPALI RISCHI

### PROBLEMI ALLA PELLE

Ogni volta che togli il binder, controlla sempre la tua pelle: assicurati che la cute a contatto con il binder non sia arrossata e che non presenti pus o sangue; potrebbero essere segni di un binder troppo stretto. Ricordati che con il binder si suda di più, e troppo sudore può causare comparsa di acne o eczema.

Cerca di mantenere la zona più fresca - soprattutto d'estate - applicando borotalco, indossando sotto una maglietta o semplicemente facendo più pause "extra" quando fa molto caldo, così da mantenere la pelle più asciutta possibile. In estate potrebbe tornare utile usare lo swim binder.



erezione anche spontanea che sposti i genitali dalla zona di posizionamento rendendoli evidenti e provocando un disagio vissuto come intollerabile. Per i motivi sopra citati si evidenzia in molti pazienti la tendenza, soprattutto quando devono affrontare situazioni sociali, ad evitare o limitare l'assunzione di liquidi, per limitare la minzione che chiaramente determinerebbe la necessità di rifare il *tucking* in un contesto percepito come poco sicuro o disagiata.

## Conclusioni

Le pratiche non mediche di affermazione di genere rappresentano un comportamento comune nella popolazione di giovani transgender che vive una doppia questione che ha a che fare con il corpo: non è solo il corpo adolescente che abita i contrasti comuni in cui si percepisce inopportuno, eccedente, difettoso, ma è anche il corpo sessuato che incarna un genere, o meglio il genere indesiderato, che necessita di essere occultato, cambiato, frainteso.

Alla luce di quanto si è detto, degli effetti sia benefici sul piano psichico che di quelli avversi sul piano di salute fisica, diventa importante proporre una giusta informazione e una corretta alfabetizzazione su questo tipo di pratiche rivolta agli adolescenti, alle loro famiglie, agli operatori medici perché tutti possano avere delle informazioni corrette sia da un punto di vista pratico che su un livello semantico. Avere dati opportuni significa dare le giuste risposte, non demonizzare e non aumentare l'ansia di chi pone domande, di chi apre questioni, di chi giustamente si interroga e viene spesso edotto in modo ingenuo dalle informazioni che viaggiano in rete.

Ci sembra opportuno fare anche una riflessione che riguarda il portare attenzione ai significati sottesi a questo tipo di pratiche: non è solo il corpo che viene rinegoziato, ma sono anche il dolore e la sofferenza che trovano valori diversi e diventano forme attraverso cui il corpo viene regolamentato e disciplinato. Come spesso può capitare in adolescenza il dolore fisico diventa un mezzo per attenuare una sofferenza emotiva intollerabile.

Alla luce di quanto è emerso nella pratica clinica e di quanto si è osservato dalla seppur scarsa letteratura presente sul tema, abbiamo deciso di elaborare dei volantini che si basano su alcuni dati presenti in letteratura e che si integrano con l'esperienza clinica; sono dedicati a persone, famiglie, clinici e a chi, in modo consapevole, vuole approcciarsi a queste pratiche.

## Bibliografia

- Coleman E., Radix A.E., Bouman W.P., Brown G.R., de Vries A.L.C., Deutsch M.B., Ettner R., Fraser L., Goodman M., Green J., Hancock A.B., Johnson T.W., Karasic D.H., Knudson G.A., Leibowitz S.F., Meyer-Bahlburg H.F.L., Monstrey S.J., Motmans J., Nahata L., Nieder T.O., ..., Arcelus J. (2022). Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8. *International Journal of Transgender Health*, 23(Suppl 1), S1–S259. <https://doi.org/10.1080/26895269.2022.2100644>
- Cuzzolaro M., Vetrone G., Marano G., Garfinkel P.E. (2006). The Body Uneasiness Test (BUT): development and validation of a new body image assessment scale. *Eat Weight Disorder Mar*; 11(1):1-13.
- HOTT (Health Outreach to Teens). (n.d.) *Safer tucking*. [https://callen-lorde.org/graphics/2018/09/HOTT-Safer-Tucking\\_Final.pdf](https://callen-lorde.org/graphics/2018/09/HOTT-Safer-Tucking_Final.pdf)
- Jarrett B.A., Corbet A.L., Gardner I.H., Weinand J.D., & Peitzmeier S.M. (2018). Chest Binding and Care Seeking Among Transmasculine Adults: A Cross-Sectional Study. *Transgender Health*, 3(1), 170-178. <https://doi.org/10.1089/trgh.2018.0017>
- Julian J.M., Salvetti B., Held J.I., Murray P.M., Lara-Rojas L., & Olson-Kennedy J. (2021). The Impact of Chest Binding in Transgender and Gender Diverse Youth and Young Adults. *Journal of Adolescent Health*, 68(6), 1129-34. <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), 203-15. <https://doi.org/10.1111/j.1439-0272.2007.00794.x>
- Lee A., Simpson P., & Haire B. (2019). The binding practices of transgender and gender-diverse adults in Sydney, Australia. *Culture, Health & Sexuality*, 21(9), 969-84. <https://doi.org/10.1080/13691058.2018.1529335>
- Malik M., Cooney E.E., Brevelle J.-M., & Poteat T. (in press) Tucking Practices and Attributed Health Effects in Transfeminine Individuals. *Transgender Health*, <https://doi.org/10.1089/trgh.2022.0064>
- Marsh C., McCracken M., Gray M., Nangia A., Gay J., & Roby K.F. (2019). Low total motile sperm in transgender women seeking hormone therapy. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, 36(8), 1639-48. <https://doi.org/10.1007/s10815-019-01504-y>
- Mieusset R., Grandjean H., Mansat A., & Pontonnier F. (1985). Inhibiting effect of artificial cryptorchidism on spermatogenesis. *Fertility and Sterility*, 43(4), 589-94. [https://doi.org/10.1016/s0015-0282\(16\)48502-x](https://doi.org/10.1016/s0015-0282(16)48502-x)
- Peitzmeier S., Gardner I., Weinand J., Corbet A., & Acevedo K. (2017). 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>
- Poteat T., Malik M., & Cooney E. (2018). Understanding the health effects of binding and tucking for gender affirmation. *Journal of Clinical and Translational Science*, 2(Suppl 1), 76. <https://doi.org/10.1017/cts.2018.268>
- Turley R., & Potdar N. (in press). A Case of Oligoasthenoatozoospermia Following Genital Tucking: Transgender Fertility Preservation. *Reprod. Sci.* <https://doi.org/10.1007/s43032-023-01168-1>

# Genitori con figli transessuali-transgender

Ermanno Marogna\*

**Sommario** - Questo articolo esplora le sfide affrontate dai genitori di figli transgender e le modalità attraverso cui affrontano la transizione dei loro figli. Con l'emergere del transgenderismo, la società si è confrontata con nuove sfide legate all'identità di genere. I genitori spesso si trovano impreparati e affrontano sensazioni di estraneità e paura per il futuro dei loro figli. I gruppi di auto-mutuo-aiuto (AMA) offrono un supporto prezioso, permettendo ai genitori di condividere le proprie esperienze e affrontare il processo di transizione non solo dei loro figli, ma anche il proprio.

**Parole chiave:** *Binarismo di genere, Transgender, Transizione, Gruppi auto-mutuo aiuto.*

## **Abstract - Parents of transgender children**

*This article explores the challenges faced by parents of transgender children and how they navigate their children's transition. The emerging issue of transgenderism has faced new challenges related to gender identity. Parents often find themselves unprepared and face feelings of estrangement and fear for their children's future. Self-help groups (AMA) offer valuable support, allowing parents to share their experiences and navigate not only their children's transition process, but their own as well.*

**Key words:** Gender binarism, Transition, Mutual self-help groups, Parents of transgender children.

## Introduzione

Dopo secoli di oscurantismo e di completo immobilismo culturale, sulla questione LGBTQI+ - lesbica, gay, bisessuale, transessuale/transgender, queer, intersessuale e la considerazione delle persone "diverse", dagli anni '70 ha iniziato a cambiare in tutto il mondo e, a partire dagli anni 2000, la loro visibilità si è manifestata diffusamente in molteplici contesti.

Le persone transessuali/transgender hanno iniziato a non essere più sole e isolate e hanno trovato modo di esprimersi in quanto tali, con la possibilità di scegliere come essere e/o come diventare.

Oggi è possibile fare un percorso di transizione (cambio di sesso) parziale o totale, oppure scegliere di collocarsi al di fuori della logica del binarismo di genere (o maschio o femmina), per raggiungere un'armonia nella percezione della propria identità e nel rapporto con sé stessi. Queste nuove libertà però, hanno gravi ripercussioni sui genitori, del tutto impreparati ad accogliere e ad accettare un figlio/una figlia diverso/a.

La nostra cultura è stata per millenni centrata sul binarismo di genere, senza prevedere in alcun modo altre possibilità.

\* *Counselor e Mediatore Familiare.*

Fin dal concepimento i genitori si domandano: “sarà maschio o sarà femmina?”.

Alle visite dal ginecologo viene posta molta attenzione all’area genitale per vedere il sesso.

Il genitore che si aspettava o il maschio o la femmina e questo arriva esulta e festeggia, e si immagina le cose che potrà fare col figlio o con la figlia quando sarà grande. I padri che hanno figli maschi si immaginano che insieme andranno allo stadio, che faranno cose da maschi, e lo stesso per le femmine.

Alla nascita viene posto fuori di casa il *fiocco rosa*, oppure il *fiocco azzurro*, e di nuovo l’identità del bambino o della bambina viene ben dichiarata agli occhi del mondo esterno. Poi seguono tutti gli abitini che saranno rigorosamente rosa per le femminucce e azzurro per i maschietti; guai invertire l’ordine.

Stessa cosa per i giochi che poi verranno donati ai bambini e così via, per il resto della vita.

Questo rigido *binarismo di genere* ha creato un altrettanto rigido schema, dal quale non sembra esserci via d’uscita.

I genitori che si trovano ad avere un figlio o una figlia che mette in discussione il binarismo rigido e apparentemente intoccabile, così da non esserci solo più l’*azzurro* o il *rosa*, ma altri, vari e diversi colori, sono travolti da una grande crisi e vivono molte difficoltà.

## Cenni storici – la comunicazione inclusiva – la transizione

Il fenomeno dell’emersione della transessualità, o meglio del transgenderismo per usare un termine più attuale, nelle persone è abbastanza recente nella nostra cultura, almeno come fenomeno diffuso.

Come l’omosessualità, anche la transessualità, ha iniziato ad emergere e a manifestarsi sempre più a partire dagli anni ’70-’80, sebbene casi isolati di transessualità siano storicamente presenti. L’omosessualità e la transessualità erano spesso confuse tra di loro, nell’opinione pubblica e nell’ambiente medico. Anche all’interno del movimento LGBTQI+ non era chiara la distinzione tra orientamento sessuale, cioè attrazione per un sesso o per l’altro o entrambi oppure nessuno, e l’identità di genere, cioè l’identificarsi col genere maschile o col genere femminile o, come sta sempre più emergendo, con nessuno dei due, oppure con entrambi.

Nel 1982 in Italia è stata introdotta la legge 164 che permetteva alle persone transessuali di effettuare il percorso di “cambio di sesso”, oggi definita con il termine “transizione”: oltre al percorso di riassegnazione del genere tramite trattamento ormonale e intervento chirurgico, era previsto anche il cambio di nome sui documenti. In precedenza la transessualità era considerata una patologia da correggere, da reprimere, poiché l’imperativo era forzare le persone a riallinearsi col genere attribuito alla nascita, utilizzando talvolta metodi come l’elettroschok oppure trattamenti molto invasivi.

Con gli anni '80 si avverte un cambio di rotta significativo: l'intervento medico specialistico non è più repressivo, ma uno dei modi di accompagnare le persone transessuali a raggiungere il genere desiderato.

Per lungo tempo la transessualità veniva vista all'interno del *binarismo di genere*. L'individuo nato come maschio, che si sentiva femmina, transitava dal genere maschile al genere femminile, e quello che prima "era un uomo" poi "diventava una donna" (passaggio da un sesso all'altro). L'individuo nato come femmina, che si sentiva maschio, specularmente "era una donna" che "diventava un uomo". Col passare del tempo la logica del *binarismo di genere* si è rivelata inadeguata e non rispondente alle esigenze di tutte le persone transgender.

Un numero crescente di persone ha iniziato infatti a non riconoscersi necessariamente in un genere o nell'altro, ma in entrambi o in nessuno dei due. Oggi non è più possibile parlare solo di maschio o femmina, ma è necessaria una visione più ampia che consideri l'identità e le condizioni di vita al di fuori e oltre il genere maschile e femminile.

La parola transessuale risulta dunque non più adatta ed è stata sostituita con la parola transgender, termine ombrello che include sia le persone transessuali nel senso visto sopra, sia le persone che non si riconoscono in nessuno o entrambi i generi. Un altro termine che viene utilizzato è "non binario" (non binary), che rimanda al non allineamento col genere maschile o femminile.

Molte persone transgender o non binarie oggi scelgono di effettuare una transizione parziale e non desiderano fare un percorso di transizione netto, ma arrivare ad assumere l'aspetto desiderato, che spesso non rientra in nessuno dei generi codificati. Talune persone transgender non fanno nessuna modifica al loro corpo, tuttavia scelgono una identità di genere che è oltre il genere, e che può prevedere il cambio del nome e la scelta di usare pronomi del sesso opposto o una forma neutra per rivolgersi a sé stessi.

Le persone transgender sono quasi "costrette" a prendere una decisione fondante del proprio nuovo sé, cioè scegliere il nome e i pronomi con cui si riferiscono a sé stesse e con cui desiderano essere chiamate.

Mentre la persona omosessuale visibile o meno che sia, accettata o meno, rimane sempre un uomo o una donna e si riferisce a sé con lo stesso nome, pronomi e genere grammaticale, la persona transgender arriverà ad un punto in cui vorrà compiere una "metamorfosi", un cambio di aspetto, del modo di vestirsi e di presentarsi al mondo esterno. In quel momento sceglierà un nome in linea col genere desiderato e allo stesso modo si riferirà a sé con pronomi del genere desiderato.

Per ipotesi, una persona assegnata alla nascita come femmina e registrata come tale all'anagrafe, ad esempio Antonella, poi sceglierà di cambiare nome, e si chiamerà forse Antonello, oppure Roberto, o altro, e si riferirà a sé con pronomi maschili.

Le persone non binarie o transgender che non si identificano in nessuno dei due generi codificati, di solito scelgono nomi neutri o stranieri/neutri che non prevedano una connotazione nel genere maschile o femminile. Per quanto riguarda

l'uso dei pronomi, risulta più difficile la scelta di una forma neutra, perché la lingua italiana ci obbliga a declinare al maschile o al femminile, non essendo disponibile una forma neutra. Per soddisfare questo aspetto molte persone transgender nel parlato omettono la vocale finale "a" oppure "o" quando questa declina la forma maschile o femminile. Una formula usata può essere: "Ieri sono stat" dove la parola si tronca sulla lettera "t", omettendo la "a" che connoterebbe il femminile o la "o" che connoterebbe il maschile. Nello scritto invece al posto delle vocali "a" o "o" talvolta si pone il segno asterisco "\*" per cui la frase diventa: "Ieri sono stat\*".

È un modo di comunicare nuovo che può sembrare complicato e farraginoso, ma vuole rispettare il genere percepito dalle persone non binarie, che altrimenti non si sentirebbero rispettate nella loro sensibilità.

La "metamorfosi" o meglio la transizione porta la persona transgender a sentirsi a proprio agio rispetto al genere che sente suo, ma il cambiamento circa la sua condizione provoca ripercussioni molto forti nei diversi contesti in cui la persona vive, soprattutto in famiglia.

Un altro elemento che caratterizza la condizione delle persone transgender, quando decidono di effettuare una transizione, è che si devono attivare per cambiare la loro condizione di sofferenza, destinata a non cambiare *sua sponte*.

Mentre la persona omosessuale in linea di principio non deve cambiare nulla, se non l'atteggiamento verso di sé per la piena accettazione della propria omosessualità, la persona transgender che desidera fare la transizione deve attivarsi per realizzare il cambiamento che vuole ottenere.

Rivolgersi ad un centro specializzato, iniziare un percorso psicologico, medico (endocrinologico) che prevede l'assunzione di ormoni, intraprendere un percorso legale, cioè trovare un avvocato che presenti al tribunale la richiesta di cambio del nome, ecc. Quindi "il fare" per attuare il cambiamento necessario implica grande dispendio di tempo, impegno e anche un grosso sacrificio economico. Se la persona transgender non è autonoma economicamente, l'aiuto e il sostegno della famiglia è di fondamentale importanza, e anche da un punto di vista psicologico ed umano sarebbe indispensabile.

Fino a 20 o 30 anni fa le persone transessuali spesso venivano cacciate da casa poiché causa di vergogna e imbarazzo. Le famiglie vedevano la scelta del figlio o della figlia come un atto provocatorio, incomprensibile, malato e folle e comunque inaccettabile. Le persone transgender si trovavano così da sole ad affrontare un mondo intollerante e molto transfobico.

La nostra cultura è fortemente eteronormata, cioè presume che ogni persona sia eterosessuale e cisgender, ovvero allineata col genere assegnato alla nascita, e nessuno viene educato alla possibilità di poter essere eterosessuale, omosessuale, cisgender, transgender o non binario.

Quindi i figli crescono "impostati" in modo eteronormato, eterosessuale e cisgender, se si troveranno ad accorgersi che la loro natura è diversa, dovranno fare più fatica a riconoscersi e ad accettarsi e, per le persone transgender, attivarsi per attuare i cambiamenti per loro necessari.

Allo stesso modo i genitori nemmeno concepiscono il fatto che potranno avere dei figli omosessuali o transgender: quando accade, soprattutto se il figlio/la figlia è transgender, si pone un problema molto grosso che la famiglia non è pronta ad affrontare.

Molti genitori oggi supportano i figli, li aiutano nel difficile e complesso percorso di transizione, tuttavia si trovano spesso senza strumenti e impreparati, non solo nei confronti del figlio e del percorso che deve fare, ma anche impotenti nell'affrontare la società, spesso poco accettante se non ostile.

Così come le persone transessuali hanno bisogno di un sostegno anche psicologico per effettuare il proprio percorso di transizione, anche i genitori hanno bisogno di aiuto e di sostegno per reggere la fatica di accettare la transizione del figlio o della figlia.

### **I gruppi AMA (auto mutuo aiuto)**

Le origini dei gruppi AMA, almeno per come li conosciamo oggi, si possono far risalire agli anni '30 del XX secolo, con la comparsa dei gruppi "Alcolisti Anonimi" (AA) negli Stati Uniti.

Rappresentano un modello di supporto reciproco valido per affrontare molte situazioni problematiche, e sono caratterizzati da un approccio collaborativo tra persone che condividono esperienze simili come la dipendenza, la malattia mentale, situazioni di vita difficili o qualsiasi altra sfida personale.

Personalmente ritengo efficace integrare i principi e i metodi di lavoro dei gruppi AMA con le modalità di intervento ideate da Carl Rogers (1902-1987), figura chiave nello sviluppo della psicologia centrata sulla persona, anche nei contesti di gruppo.

Rogers pone alla base delle relazioni umane l'ascolto empatico e l'accettazione incondizionata. È indispensabile creare un ambiente in cui ogni individuo si senta ascoltato, compreso e accettato per quello che è, senza giudizio e pregiudizio. Questo tipo di ambiente favorisce la crescita personale e il cambiamento, poiché permette ai partecipanti di esplorare liberamente i propri pensieri e sentimenti in uno spazio sicuro. L'approccio non direttivo di Rogers vede il facilitatore come una figura che favorisce il processo di crescita, e non come esperto che fornisce soluzioni.

### **Esperienza del gruppo "Gruppo genitori LGBT Rainbow"**

Il primo gruppo allargato di genitori che ho fondato a Verona risale al 2009, rivolto sia a genitori di figli omosessuali e transessuali/transgender, sia a genitori omosessuali che possono aver avuto figli in precedenti relazioni eterosessuali o in altro modo.

Inizialmente la scelta di creare un gruppo che includesse genitori con esperienze diverse, è stata un azzardo: l'eterogeneità dei partecipanti poteva essere un ostacolo poiché le differenze apparivano troppo marcate.

In realtà nel tempo si è manifestato come un elemento di grande valore e di arricchimento per tutti.

Se il gruppo si incontra con uno spirito di accoglienza e rispetto di tutte le diversità e situazioni, e se ci si pone al di fuori della logica di “giusto/sbagliato”, ne deriva un luogo aperto e accogliente, dove non è importante che l’esperienza sia uguale, simile, o diversa, ma che ci sia la condivisione delle emozioni.

La paura di fare *coming out* dei figli omosessuali o transgender con i genitori, è la stessa paura che i genitori omosessuali hanno nel *fare coming out* con i loro figli, quando ad un certo punto della loro vita si accorgono e/o accettano di essere omosessuali o transgender, e devono scegliere se rivelarsi o no.

Le emozioni condivise e comuni sono la paura di causare dolore, di non essere accettati e magari respinti, di perdere la stima e il senso di fiducia.

Ad esempio, la paura di fare *coming out* dei figli omosessuali o transgender con i genitori, è la stessa che i genitori omosessuali hanno per fare *coming out* con i loro figli, quando ad un certo punto della loro vita si accorgono e/o accettano di essere omosessuali o transgender, e devono scegliere se rivelarsi o no.

Nel gruppo la presenza di genitori di figli transessuali è stata una presenza costante e molto interessante, stimolante per il gruppo.

## La modalità di conduzione

Di solito i gruppi AMA hanno un facilitatore, che è spesso una persona con esperienza personale nella situazione condivisa dal gruppo, ma non necessariamente.

Il facilitatore non è un terapeuta e il suo ruolo è “facilitare” il buon svolgimento dell’incontro. Il facilitatore aiuta nel mantenere un clima di supporto, incoraggiando la partecipazione di tutti e assicurandosi che vengano rispettate le regole del gruppo.

Il gruppo segue delle regole di base per garantire un ambiente sicuro e rispettoso, linee guida che costituiscono un “corrimano”, una strada da seguire affinché il gruppo possa funzionare.

Le linee guida sono le seguenti:

a) *Il rispetto della riservatezza*; ogni partecipante si impegna a non parlare al di fuori del gruppo di persone o fatti riconducibili a persone. Ogni partecipante deve avere la certezza che nulla di quanto condivide nel gruppo possa essere riferito all’esterno. Se non ci fosse questa condizione i partecipanti non si fiderebbero e non si affiderebbero al gruppo.

b) *Sospensione del giudizio in ogni forma*; nessuno può giudicare un compagno e possibilmente nemmeno sé stesso. Tutti i partecipanti sono invitati a comunicare attraverso il “Messaggio IO” ed evitare il “Messaggio TU”. Ognuno parla di sé stesso e non degli altri. Questa modalità di interagire è una garanzia rispetto alla possibilità di giudicare o anche solo commentare i compagni col rischio che passi una forma anche involontaria di giudizio. Se nel gruppo fosse presente a

qualche livello anche una vaga forma di giudizio, i partecipanti non si sentirebbero liberi di parlare e scatterebbero atteggiamenti di difesa e di fuga.

c) *Centralità di chi parla*; chi parla è importante che abbia la sensazione di essere centrale in quel momento e che abbia dunque l'attenzione di tutti gli altri. È uno degli elementi che rende particolarmente coeso il gruppo. Le persone che si aprono e si affidano al gruppo hanno una netta impressione che quello che dicono è importante e che viene colto da tutti.

e) *I consigli sono banditi*; questa linea guida non è condivisa da tutti i gruppi AMA, in alcuni sono ammessi, basati solitamente sulla propria esperienza proposta agli altri come stimolo. Tuttavia il consigliare non è il focus, che invece è più sull'essere presenti e supportarsi a vicenda.

I consigli pur posti in buona fede, veicolano l'idea che il destinatario del consiglio sia incapace da solo a trovare una soluzione. Inoltre non è detto che la soluzione proposta possa andar bene a tutti, poiché tutte le situazioni sono diverse. Nei miei gruppi i consigli sono banditi poiché trovo molto più efficace e stimolante seguire questa via.

f) *Evitare la modalità "chiacchiera"*; scivolare nella modalità "chiacchierata", dove si parla del più o del meno, è un rischio molto elevato per qualsiasi gruppo. I partecipanti sono perciò invitati a non parlare di argomenti generici che rimandano a "ideologie", opinioni potenzialmente divisive, e a non avere l'atteggiamento di stabilire quello che è "giusto o sbagliato", in quanto modalità che attiva molto la parte cognitiva.

L'invito per tutti è di raccontare un'esperienza di vita.

g) *La puntualità*; la linea guida non è intesa come imposizione o come formalità, ma per il fatto che chi non la rispetta incide sul gruppo come fattore di disturbo, nel caso interrompa un momento particolarmente intenso.

In molti gruppi c'è molta flessibilità, i ritardatari possono entrare anche con grande ritardo, mentre in altri è richiesto un certo rigore, dopo l'inizio dell'attività non sono ammessi accessi.

Accettare o meno i ritardatari dopo l'inizio del gruppo, è una questione che ha un peso in ogni caso.

Non accogliere il ritardatario può mortificarlo, oppure la preclusione può essere percepita come una forma punitiva e questo può essere controproducente.

Dall'altra parte, far accedere un ritardatario quando l'attività è nel pieno, quando cioè la condivisione tra i partecipanti è avviata e molto intensa rompe l'atmosfera, generando una "doccia fredda" che si riversa sul gruppo e soprattutto sulla persona che in quel momento si sta narrando. Inoltre il ritardatario non ha vissuto la parte precedente per cui ha difficoltà a sintonizzarsi col gruppo e rischia di sentirsi estraneo, escluso.

Credo che sia ragionevole dare un termine di 10/15 minuti entro il quale le persone possono arrivare, poiché in quei primi minuti di solito il gruppo è ancora nella fase di avvio, e la dimensione emotiva profonda ancora non è stata attivata.

**Strutturazione di un incontro tipo:** Ogni incontro inizia con un giro in cui ogni partecipante è invitato a dire qualcosa su di sé: nome, stato d'animo del momento e se hanno qualcosa da dire rispetto all'incontro precedente. Se ci sono persone nuove sono invitate a presentarsi e a dire che cosa si aspettano dal gruppo. I partecipanti storici omaggiano sempre i nuovi concedendo loro spazio e attenzione particolari perché i nuovi portano nuova linfa, nuova energia e sono sempre da stimolo per tutti.

Nel corso dell'incontro i partecipanti a turno raccontano la propria storia. Il facilitatore aiuta i partecipanti ad esprimere gli eventi più significativi della vicenda e poi ad esprimere vissuti e stati d'animo.

Il facilitatore via via che i partecipanti condividono, fa delle domande che servono da stimolo per ampliare e approfondire, come ad esempio: "*Cos'hai provato in quel momento?*", "*Cosa provi adesso che hai condiviso con i compagni?*".

I compagni ascoltano senza interrompere e senza commentare in alcun modo. Una volta che il primo ha terminato di raccontarsi, gli altri restituiscono la propria esperienza personale e di nuovo il facilitatore li aiuta ad esprimere le sensazioni e le emozioni provate. Di nuovo tutti i partecipanti ascoltano e accolgono anche il secondo partecipante finché non ha terminato di parlare, poi subentra il terzo che a sua volta fa la stessa cosa.

Grazie alla sospensione del giudizio e all'accoglienza rispettosa, si crea un ambiente fortemente accogliente ed empatico dove a turno tutti si narrano e mettono in condivisione esperienze e vissuti: questo produce un elevato senso di vicinanza, di prossimità e un elevato senso di empatia condivisa.

Ogni incontro si conclude con un giro in cui ogni partecipante è invitato a dire una parola o una frase che rappresenti in quel momento la conclusione dell'esperienza.

## Il vissuto dei genitori di figli transgender

I genitori di figli transgender portano vissuti molto profondi che spesso fanno fatica ad esplicitare al di fuori del gruppo. Nel gruppo sentono di potersi fidare e possono condividere in modo libero.

Vediamoli di seguito:

**Paure:** Temono che il figlio possa subire angherie e discriminazioni nel loro futuro. Paure del tutto legittime, poiché spesso le persone transgender subiscono ritorsioni e violenze sia fisiche che psicologiche.

**Senso di estraneità:** Talvolta i genitori esprimono un forte senso di estraneità come se non riconoscessero più il figlio; anche questa è una sensazione fondata, poiché stanno scoprendo una parte del figlio che non avevano mai conosciuto prima.

**Senso di fastidio e disgusto:** Sentono un elevato senso di fastidio e talvolta di disgusto vedendo il figlio, o immaginandolo, nelle vesti del genere desiderato che spesso è il genere opposto.

**Senso di smarrimento e angoscia:** Portano vissuti di profonda angoscia e senso di smarrimento perché non sanno come affrontare la situazione che per loro era inaspettata e per la quale non erano preparati.

**Conflitto:** Vivono una grande difficoltà ad accettare la condizione del figlio. Da un lato avvertono il desiderio di accoglierlo per com'è e dall'altra avvertono una parte che si oppone e che non accetta.

**Sensazione di perdita e di "lutto":** La transizione del figlio che prevede il cambio del nome, dell'aspetto e dell'identità, produce un vero e proprio senso di perdita.

Ad esempio il figlio maschio "smette di esistere" perché subentra una figlia femmina. Quel figlio maschio che si chiamava ad esempio Antonio, poi diventa Lucia e ciò comporta che Antonio non esiste più.

**Vergogna e imbarazzo:** Un altro vissuto che viene spesso espresso è il senso di vergogna e imbarazzo che i genitori percepiscono nel momento in cui il figlio viene presentato al mondo esterno, al di fuori della famiglia. Quando si creano le condizioni dove si incontrano parenti, amici, o colleghi di lavoro e il figlio appare con una identità diversa.

**Paura del giudizio:** Temono che il figlio venga giudicato come malato o sbagliato. Loro stessi temono di essere visti come genitori che hanno sbagliato qualcosa.

**Sensazione di solitudine e isolamento:** Un altro vissuto molto diffuso è il senso di solitudine e di isolamento. Fanno fatica per questo a condividere la loro esperienza e i loro vissuti con persone che conoscono perché temono i giudizi o comunque perché non si sentono capiti.

**Desiderio di conoscere persone simili:** I genitori che arrivano nel gruppo esprimono il desiderio di conoscere altri genitori come loro, per capire come questi hanno affrontato la sfida della transizione.

In realtà l'aspetto più complesso è affrontare non solo agli aspetti pratici, ma come altri genitori vivono la transizione del figlio.

**Senso di fiducia ed entusiasmo:** I genitori quando arrivano nel gruppo, poco dopo tempo, raggiungono un elevato senso di fiducia e di entusiasmo. Il gruppo AMA è una grande occasione per genitori di questo tipo, perché si sentono accolti, non giudicati, rispettati, ascoltati ed hanno modo di conoscere persone simili a loro.

## Effetti del gruppo sui singoli genitori

Molti partecipanti parlano del gruppo come di un "luogo magico", oppure di un luogo dove si "sentono a casa" pur non frequentandosi per nulla al di fuori del gruppo stesso (auspicabile), pur vedendosi magari solo 2 o 3 volte.

I partecipanti attendono con molta ansia e desiderio il gruppo e quando a causa di festività o altro i tempi di incontro si allungano, manifestano dispiacere poiché trovano il gruppo come un momento molto particolare e utile per loro.

La frequentazione del gruppo nel tempo produce un visibile miglioramento in tutti i partecipanti. Si osserva in loro una maggiore rilassatezza, sia nella postura e sia nelle espressioni del viso. Se all'inizio sono molto tesi, contratti ed agitati, via via che frequentano il gruppo, cambiano postura ed anche espressione del viso, che diventano più distese e rilassate.

Il fatto di sentirsi completamente liberi di raccontarsi, permette loro di liberarsi di fardelli e di pesi che altrimenti si portavano sulle spalle, da cui risultavano appesantiti. La condivisione aiuta molto i partecipanti in questo senso.

Le esperienze raccontate, che sono diverse poiché nessuna situazione è uguale ad un'altra, rappresentano per tutti dei "consigli indiretti", o meglio rappresentano varie possibilità di soluzioni che altre persone hanno adottato. Il consiglio non viene dato, però un partecipante può riconoscersi in una storia e come questa è stata affrontata e risolta e al contrario può non riconoscersi in un'altra. Quindi ognuno apprende attraverso le esperienze degli altri delle possibili soluzioni da seguire.

## La transizione nei genitori

Un elemento di fondamentale importanza nei genitori di figli transgender è che alla transizione dei figli, deve corrispondere una transizione nei genitori.

Anche i genitori dunque, al loro interno, devono fare una transizione rispetto al figlio che in qualche modo "cambia genere".

Se i genitori di Antonio, che diventa attraverso la transizione Antonella, non fanno al loro interno una transizione per cui Antonio diventa Antonella, resterà un senso di sospeso, una sensazione di incompletezza. Se nei genitori permane all'interno la figura di Antonio, la figura di Antonella non sarà accolta e sarà vista come estranea e lontana. Sarà una figura negata e non riconosciuta.

Molti genitori compiono la loro transizione quando comprendono che Antonio di fatto è sempre stato Antonella, soltanto che non era mai emersa, e che è emersa solo grazie alla transizione.

Soltanto quando anche i genitori fanno assieme al figlio o alla figlia la loro transizione, ci sarà un perfetto allineamento tra la transizione fatta dal figlio e quella fatta dai genitori.

Il gruppo in questo senso costituisce un traino, un mezzo che permette alle persone di apprendere come altri hanno affrontato la loro transizione interiore per arrivare a loro volta a raggiungere questo traguardo.

Un gruppo AMA utilizza una modalità di interagire e di vivere il gruppo che è "altamente democratica" perché rispetta ogni individualità e ogni modo di vivere il gruppo. Non verranno in alcun modo date ingiunzioni, consegne, interpretazioni, ma permetterà ad ognuno la completa esplorazione della propria storia e dei propri vissuti in modo libero dove il risultato finale non sarà "risolvere" un problema nella direzione scelta dal facilitatore o dal gruppo, ma sarà un'occasione dove ognuno comprenderà come meglio trovare il miglior equilibrio possibile per sé stesso.

## Conclusioni

Nell'articolato e complesso ambito dell'identità di genere e dell'orientamento sessuale, è di fondamentale importanza aiutare i genitori a comprendere che oltre ai colori *azzurro* (maschio) e *rosa* (femmina) possono esserci altri colori, tutti degnamente rappresentativi dell'identità del figlio o della figlia. I colori rosa e azzurro, inoltre, possono essere entrambi presenti e insieme e possono rappresentare in toto l'identità del figlio o della figlia.

Lo scopo dell'aiuto ai genitori, è il riconoscimento del figlio come una "persona normale", uguale a tutte le altre sia che cambi sesso in modo netto, passando da un genere all'altro e sia che scelga un'altra identità, al di fuori del *binarismo di genere*. Per ottenere questo risultato è importante che a livello socio culturale, collettivamente, questi genitori vengano aiutati a cambiare modo di vedere le cose, con l'acquisizione di una mentalità meno rigida, più ampia, in grado di riconoscere le identità di genere delle persone e nello specifico dei propri figli.

## Bibliografia

- Aldrich Robert (2007). *Vita e Cultura Gay – Storia universale dell'omosessualità dall'antichità a oggi*. Cicero.
- Berlinguer Bianca (2019). *Storia di Marcella che fu Marcello*. Milano, La nave di Teseo.
- Broggi Elena e Ragaglia Enrico Maria (2022). *Sei sempre tu – Guida informativa su omosessualità e varianza di genere*. Trento, Erickson.
- Cadoret Anne (2008). *Genitori come gli altri*. Milano, Feltrinelli.
- Dall'Orto Paola e Dall'Orto Giovanni (1991). *Figli diversi*. Milano, Sonda.
- Graglia Margherita (2019). *Le differenze di sesso, genere e orientamento. Buone prassi per l'inclusione*. Roma, Carocci.
- Marogna Ermanno (2023). *Genitori con figli LGBTQI+*. Autoprodotto.
- Messina Cinzia (2020). *Io sono io*. Cesena, Il Ponte Vecchio.
- Paterlini Piergiorgio (2006). *Matrimoni Gay*. Torino, Einaudi.

# Atti del Convegno “Stato dell’arte e future prospettive per la presa in carico delle persone Transgender/Gender non conforming”

Napoli, 1 e 2 dicembre 2023

## Discorso di introduzione. La bellezza della diversità

Esben Esther Pirelli Benestad\*

Traduzione Tiziana Liccardo\*\*

Nessuno riesce a vedere i dettagli, le insidie, i pericoli e neanche lo splendore di ogni paesaggio se si pone in una prospettiva che è al di sopra di alcune migliaia di piedi.

Per conoscere davvero un paesaggio o meglio tutti i paesaggi della diversità umana devi aver frequentato il campo insieme a chi vive il territorio.

Non basta una volta, neanche due, devi aver percorso e ripercorso quei luoghi molte volte.

E comunque devi sempre renderti conto che ogni volta, di una persona ci può essere rivelato un nuovo aspetto, una nuova percezione di sé, un nuovo modo di essere eroticamente eccitata.

Quando ci confrontiamo con la rivelazione di ciò che è insolito, specialmente quando ciò riguarda il sesso e il genere è necessario che il terapeuta e la persona che si rivolge a lui stabiliscano una relazione di fiducia basata su una solida alleanza.

Quando ciò accade, questo, rappresenta un dono che la persona offre a un terapeuta che si mostra degno di profonda fiducia.

Noi persone transgender gender diverse - TGD, ci percepiamo in modi molto differenti per quanto riguarda il genere, per quanto riguarda l’aspetto biologico connesso ai genitali, per quanto riguarda i cervelli che raccontano storie diverse

\* *Physician, family therapist IAP. Specialist in clinical sexology NACS. Professor emerit in sexology UIA. President elect European Federation for Sexology. Associate secretary World Association for Sexual Health.*

\*\* *Psicologa e Psicoterapeuta Centro di Ateneo SInAPSi (PhD Student).*

da quelle che raccontano gli organi sessuali, in quanto siamo persone che esprimono in modo differente l'amore e in quanto assumiamo modalità personali per raggiungere il piacere erotico.

Purtroppo nessun progetto di educazione alla salute sessuale in nessun luogo tiene conto di questa immensa e variopinta ricchezza umana. Al contrario, il pensiero cis ed etero normativo ha dominato i mari, lasciando troppe persone con il cuore spezzato e l'umore a pezzi, facendole vergognare di se stesse e costringendole a subire traumi ripetuti.

Molte persone TGD hanno vissuto e molte vivono ancora in un costante stato di allarme, temendo i diversi tipi di giudizi emessi nei loro confronti, non vedendo riconosciuta la propria identità o essendo definite malate, disturbate, depravate.

Essere costretto a reprimere desideri e bisogni di tale importanza è pericoloso per qualsiasi essere umano.

È grande e molto attuale la sfida per chiunque affermi di essere terapeuta e, chiunque voglia affrontare i mondi abitati dal sesso, dal gender e dall'erotismo, deve farlo con grande umiltà.

Quelli che non si comportano in tal modo dovrebbero dichiararsi non idonei a lavorare con clienti dotati dei "talenti" che rientrano nell'ambito di questo discorso.

Nella piramide dei bisogni di Maslow, l'amore e l'appartenenza sono in cima alla classifica. Noi sappiamo molto sull'amore, ma sappiamo cosa è l'appartenenza?

Molto spesso, le persone che si rivolgono a me mi dicono che sentono di non appartenere a un luogo specifico, o che si vergognano di ciò che provano e che hanno il senso di essere costrette ad appartenere a "luoghi" in cui non vogliono essere collocate. Queste persone sono di regola, persone che sperimentano incongruenza di genere, cioè persone Transgender Gender Diverse.

La maggior parte dei neonati sperimenta il privilegio di sentirsi ben accolti nel mondo. Man mano che il bambino cresce e si confronta con la propria appartenenza al genere, il contesto può cambiare passando dalla naturale curiosità, attraverso lo sconcerto, fino ad arrivare all'ostilità.

Questo accade quando il bambino in un modo o nell'altro esprime la propria appartenenza a un genere secondo modalità che non sono congruenti con il genere assegnato alla nascita.

Per genitori pronti a cercare, consapevolmente o inconsapevolmente, un aiuto dal mondo esterno, è disponibile un supporto perché siano aiutati ad affrontare l'ostilità che avvertono nei confronti del genere percepito dal proprio figlio/a, bambino o adolescente, e possono chiedere consigli a chi è più competente per

essere rassicurati rispetto al bisogno del proprio figlio/a di essere riconosciuto/a come appartenente ad genere percepito.

Infatti, l'appartenenza a un genere si consolida quando quelli intorno a noi percepiscono il nostro genere allo stesso modo in cui lo percepiamo noi stessi. Questa appartenenza risulta positiva quando al genere percepito viene attribuito un valore positivo.

Una società che si basa sull'ostilità, sulla patologizzazione o sulla colpevolizzazione non può favorire lo sviluppo positivo di una appartenenza al genere, tanto meno può farlo un sistema sanitario organizzato in modo che l'operatore sanitario abbia la facoltà di non riconoscere quella che il cliente sente come la propria identità di genere. In questi casi l'asimmetria di potere tra cliente e terapeuta è incompatibile con una buona alleanza ed è un maggiore ostacolo nel sostenere in modo positivo l'appartenenza di genere. Per le persone non binarie, gender queer i messaggi provenienti dalla società sono di vitale importanza per quel che riguarda la possibilità che esse hanno di sperimentare la propria appartenenza di genere in maniera positiva. Ciò dà origine a un sentimento di “*euforia di genere*” in contrapposizione alla “*disforia di genere*”.

L'appartenenza di genere positiva si lascia alle spalle la disforia. In questo regno del pensiero e della comprensione, la persona transgender diventa un “talento”. Quando quel talento viene accolto dalle singole persone e dalla società, diventa un dono: le persone trans-talentuose diventano trans-dotate. Oggi, alcune persone trans-dotate cercano di non essere percepite come persone cis-gender. Piuttosto, hanno a cuore l'estetica trans, qualificando la bellezza multiforme dell'androgenia.

Purtroppo gli attivisti dell'estrema destra e della più retriva cristianità sono riusciti nel condizionare molte società, spostandole verso l'ostilità per quel che riguarda la prospettiva dell'identità di genere. Questo è estremamente dannoso per la popolazione delle persone TGD, rendendo ciascuna società uno spazio non accogliente.

La sfida per tutti gli operatori sanitari empatici e competenti è proprio questa: quella di offrire uno spazio in cui essi percepiscono come positiva l'appartenenza al genere di tutte le persone che esprimono le varie pluralità identitarie presenti nel ricco panorama della diversità umana.

Restiamo uniti nell'impresa contro i crociati anti-trans. Affinché genitori, adolescenti e adulti siano accolti e riconosciuti per quello che sono.

### Versi di Esben:

Mi è stato detto che vivo nel peccato  
da coloro che pretendono di sapere.  
Dovrei obbedire a ciò che i miei genitali  
affermano che io sono.

*I have been told I live a sin  
By those who claim to know.  
I should obey what I am in  
Just be my genitals somehow.*

La mia infanzia non è stata capita  
Mi hanno quasi tolto la sanità mentale  
Mi hanno fatto sentire come se in me  
non ci fosse niente di buono  
Finché non giunse bel giorno di sole.

*My childhood was not understood  
They almost took my sanity away  
They made me feel like nothing good  
Until one shiny day!*

Il giorno in cui, coloro che dicevano  
falsità intorno a me  
Coloro che cantavano canzoni  
che mi facevano provare sofferenza  
Coloro che mi rendevano difficile  
essere me stessa,  
Furono smentiti.

*When those who had told lies of me  
Who sang the sickening song  
Who made I hard for me to be  
They had been proven wrong.*

Ne so qualcosa del loro rimorso?  
No, purtroppo non ne so nulla!  
Naturalmente dovrebbero scusarsi  
E sta a loro portarmele (le scuse).

*So, do I know of their remorse?  
No, not one single thing!  
They should apologize, of course  
But that's for them to bring.*

Io andrò avanti senza tradire me stessa  
Diamo spazio all'amore e alla bellezza  
E per quel che riguarda coloro  
che non sono d'accordo  
Sono loro a commettere  
un terribile peccato!

*I shall go on and live as me  
Let love and beauty in.  
And those who still might disagree  
THEY make an awful sin!*

# Controversie in evoluzione nel trattamento dei minori con disforia/incongruenza di genere

Jack Drescher\*

**Sommario** - L'adozione diffusa dei trattamenti di affermazione di genere ha scatenato dibattiti controversi sulla loro somministrazione ai minori. Da un lato, sostenitori vedono questi trattamenti come mezzi per alleviare la sofferenza mentale e migliorare la qualità della vita, mentre dall'altro, oppositori esprimono preoccupazioni riguardo agli effetti a lungo termine dei trattamenti ormonali e chirurgici. Questo articolo offre riflessioni personali e opinioni sull'evoluzione di tali controversie nel trattamento dei bambini e degli adolescenti con diagnosi di disforia di genere (DG) o incongruenza di genere (IG) nei sistemi di classificazione quali il DSM-5-TR e l'ICD-11. Lo studio si basa su una panoramica storica delle diagnosi di genere nei giovani e sugli approcci clinici adottati nel tempo. Si discute della distinzione tra orientamento sessuale e identità di genere e dei cambiamenti nelle diagnosi nel corso delle edizioni del DSM e dell'ICD. In particolare, vengono esplorati tre approcci al trattamento della DG/GI nei bambini: terapia di conversione, approccio olandese e affermazione del genere. Il testo passa quindi a esaminare le controversie emerse in questi dibattiti, che sono state amplificate dalla mancanza di prove definitive riguardo alle cause e agli esiti della DG/IG. Si discute dei divieti legislativi sulla terapia di conversione e sui trattamenti di transizione di genere per i minori, evidenziando le tensioni tra la protezione dei diritti individuali e preoccupazioni etiche. Il caso della Tavistock Clinic nel Regno Unito è citato come esempio delle controversie emerse riguardo alla somministrazione dei trattamenti di affermazione di genere. Si descrive il processo di chiusura della clinica in seguito alle critiche riguardanti le sue pratiche e alle azioni legali intraprese da ex pazienti. Infine, vengono sollevate domande riguardo all'uso dei bloccanti della pubertà nei giovani con DG/IG, evidenziando le divergenze di opinioni all'interno della comunità medica e la necessità di ulteriori ricerche. L'autore conclude che il trattamento della DG/IG nei giovani è un compito complesso che richiede valutazioni individualizzate e un processo decisionale guidato da dati scientifici. Sottolinea l'importanza di consentire ai medici di esercitare il loro giudizio professionale, collaborando con i genitori, per decidere se fornire trattamenti di affermazione di genere ai giovani che ne trarranno beneficio.

**Parole chiave:** *trattamenti di affermazione del genere, DSM-5-TR, valutazione clinica, regolamentazioni sanitarie, terapia di conversione, ICD-11.*

## **Abstract - Emerging Controversies in the Treatment of Minors with Gender Dysphoria/Incongruence**

*The widespread adoption of gender affirmation treatments has sparked contentious debates over their application to minors. On one hand, proponents view these treatments as means to alleviate mental distress and enhance quality of life, while on the other hand, opponents express concerns regarding the long-term effects of hormonal and surgical interventions. This article offers personal reflections and insights on the evolution of such controversies in the treatment of children and adolescents diagnosed with gender dysphoria (GD) or gender incongruence (GI) in classification systems such as the DSM-5-TR and ICD-11. The study is based on a historical overview of gender diagnoses in youth and the clinical approaches adop-*

\* È Professore di Psichiatria e membro della facoltà della Divisione di genere, sessualità e salute della Columbia University. Ha fatto parte dei gruppi di lavoro che hanno rivisto il DSM-5 e l'ICD-11. Più recentemente, è stato redattore della sezione del capitolo del DSM-5-TR sulla disforia di genere. È autore di numerose pubblicazioni, ha ricevuto il Sigourney Award 2022 per il suo lavoro sul genere e sulla sessualità.

*ted over time. Discussion revolves around the distinction between sexual orientation and gender identity and changes in diagnoses across editions of the DSM and ICD. In particular, three approaches to treating GD/GI in children are explored: conversion therapy, the Dutch approach, and gender affirmation. The text then examines the controversies that have arisen in these debates, amplified by the lack of definitive evidence regarding the causes and outcomes of GD/GI. Legislative bans on conversion therapy and gender transition treatments for minors are discussed, highlighting tensions between protecting individual rights and ethical concerns. The case of the Tavistock Clinic in the UK is cited as an example of controversies arising regarding the administration of gender affirmation treatments. The process of the clinic's closure following criticisms of its practices and legal actions taken by former patients is described. Finally, questions are raised regarding the use of puberty blockers in youth with GD/GI, highlighting divergent opinions within the medical community and the need for further research. The author concludes that treating GD/GI in youth is a complex task requiring individualized assessments and decision-making processes guided by scientific data. Emphasis is placed on the importance of allowing physicians to exercise their professional judgment, collaborating with parents, to decide whether to provide gender affirmation treatments to youth who will benefit from them.*

**Key words:** gender affirmation treatments, DSM-5-TR, clinical evaluation, healthcare regulations, conversion therapy, ICD-11

## Introduzione

Dato che i trattamenti di affermazione di genere sono diventati più comuni, non sorprende che siano sorte controversie sulla somministrazione di tali cure ai giovani e giovanissimi. Per semplificare, da un lato ci sono coloro che riconoscono che tale trattamento possa alleviare la sofferenza mentale, migliorare la vita e talvolta persino salvarla, all'angolo opposto ci sono invece coloro che si oppongono al trattamento per una serie di ragioni, compresi gli effetti sconosciuti dei trattamenti ormonali e chirurgici a lungo termine. Di seguito sono riportati alcuni riflessioni personali, pensieri e opinioni sull'evoluzione di queste controversie nel trattamento di bambini e adolescenti con diagnosi di disforia di genere (DG) nel *DSM-5-TR* o di incongruenza di genere (IG) nell'*ICD-11* (OMS). Per cominciare, sono uno psichiatra e psicoanalista degli adulti e non tratto bambini e adolescenti più piccoli. Tuttavia, ho cominciato ad incuriosirmi per la prima volta riguardo ai trattamenti infantili durante il processo di sviluppo *del DSM-5* (2007-2013) e, insieme al mio collega William Byne, MD, Ph.D., ho iniziato a conoscere alcune delle questioni sollevate da questi trattamenti. Non sapevamo che una questione clinica relativamente oscura, anche se a volte sensazionalistica, avrebbe poi portato a importanti notizie sui media popolari, cause legali contro la Tavistock Clinic del Regno Unito che avrebbero portato alla decisione del 2022 di chiuderla e, negli Stati Uniti, alla legislazione prevenire i servizi di transizione per i minori in un numero crescente di Stati.

## Storia delle diagnosi di genere nei bambini e negli adolescenti

Fino alla metà del XX secolo, i concetti di orientamento sessuale e identità di genere venivano abitualmente confusi. Oggi, i concetti sono spesso confusi nel

discorso popolare e anche nei documenti legali. Tuttavia, gli approcci scientifici a questi argomenti distinguono tra i due. Detto in breve, da chi si è attratti (il proprio orientamento sessuale) non è necessariamente un indicatore della propria identità di genere (se ci si identifica come maschio, femmina o qualche altro genere). Nonostante una crescente consapevolezza scientifica delle diverse identità di genere a partire dal XIX secolo, né la prima né la seconda edizione del *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali* dell'APA (1952, 1968) contenevano diagnosi di genere. Nel 1980, un *DSM-III* recentemente riconcettualizzato abbandonò le formulazioni psicodinamiche che informavano le prime due edizioni del *DSM* e adottò invece un quadro neo-Kraepeliano, descrittivo e basato sui sintomi, attingendo ai risultati della ricerca contemporanea dell'epoca. Nel compiere questo cambiamento, un crescente corpus di ricerche sulle variazioni dell'identità di genere di bambini, adolescenti e adulti ha trovato spazio nel manuale.

Nel *DSM-5* (2013) e più recentemente nel *DSM-5-TR* (2022), la diagnosi *DSM-IV* del disturbo dell'identità di genere nell'infanzia è stata ribattezzata *disforia di genere nei bambini*. Allo stesso modo, il disturbo dell'identità di genere nell'adolescenza e nell'età adulta è stato ribattezzato *disforia di genere negli adolescenti e negli adulti*. Parallelamente, l'ICD-11 ha sostituito la diagnosi di transsessualismo dell'ICD-10 con l'incongruenza di genere dell'adolescenza o dell'età adulta, e il disturbo dell'identità di genere dell'infanzia è stato sostituito dall'incongruenza di genere dell'infanzia. Inoltre, cosa più significativa, queste diagnosi ICD sono state spostate dalla sezione dei disturbi mentali in un nuovo capitolo chiamato "Condizioni correlate alla salute sessuale". Ciò significa che oggi, in un paese che utilizza l'ICD-11, una persona a cui è stata diagnosticata un'incongruenza di genere non è più considerata affetta da un disturbo mentale per quella condizione, ma può comunque accedere alle cure. Tuttavia, gli Stati Uniti utilizzano ancora l'ICD-10, approvato per la prima volta nel 1990.

## Una storia di due diagnosi

| ICD Gender Identity Diagnoses |                                     |   |
|-------------------------------|-------------------------------------|---|
| ICD Edition (Year)            | Parent Category                     | Diagnosis Name  |
| ICD-6 (1948)                  | N/A                                 | N/A   |
| ICD-7 (1955)                  | N/A                                 | N/A   |
| ICD-8 (1965)                  | Sexual deviations                   | Transvestitism  |
| ICD-9 (1975)                  | Sexual deviations                   | Transvestism<br>Transsexualism  |
| ICD-10 (1990)                 | Gender identity disorders           | Transsexualism<br>Dual-role transvestism<br>Gender identity disorder of childhood<br>Other gender identity disorders<br>Gender identity disorder, unspecified |
| ICD-11 (2019)                 | Conditions related to sexual health | Gender incongruence of adolescents and adults<br>Gender incongruence of children  |

Source: Jack Drescher, M.D.

Dalla pubblicazione del *DSM-III* nel 1980, ci sono state almeno due distinte diagnosi di genere: una per i bambini in età prepuberale e una per gli adolescenti/adulti. Tali distinzioni persistono nelle attuali iterazioni di *DSM* e *ICD*. Uno dei motivi per fare questa distinzione era che si pensava che i bambini con diagnosi di GD/GI fossero (e molti credono ancora che lo siano) una popolazione clinica diversa dagli adolescenti e dagli adulti. Un fattore che ha portato a fare queste distinzioni sono stati gli 11 studi condotti a partire dagli anni '70 che hanno seguito in modo prospettico i bambini in età prepuberale che si presentavano a cliniche specializzate in genere con GD/GI: hanno dimostrato che la maggior parte di questi bambini crescendo sono gay e cisgender, non transgender (vedi a commento del 2018 di James Cantor, Ph.D.). Nel linguaggio di quella ricerca, il loro GD/GI *desistette*. Per la minoranza di bambini in età prepuberale in quegli studi di ricerca il cui GD/GI è continuato nell'adolescenza e successivamente, il loro GD/GI è *persistente*.

### DSM Gender Identity Diagnoses

| DSM Edition (Year)              | Parent Category   | Diagnosis Name   |
|---------------------------------|---|--|
| DSM-I (1952)                    | N/A   | N/A  |
| DSM-II (1968)                   | Sexual deviations   | Transvestitism   |
| DSM-III (1980)                  | Psychosexual disorders  | Transsexualism<br>Gender identity disorder of childhood  |
| DSM-III-R (1987)                | Disorders usually first evident in infancy, childhood, or adolescence | Transsexualism<br>Gender identity disorder of childhood<br>Gender identity disorder of adolescence and adulthood, non-transsexual type |
| DSM-IV (1994)                   | Sexual and gender identity disorders                                  | Gender identity disorder in adolescents or adults<br>Gender identity disorder in children  |
| DSM-IV-TR (2000)                | Sexual and gender identity disorders                                  | Gender identity disorder in adolescents or adults<br>Gender identity disorder in children  |
| DSM-5 (2013)<br>DSM-5-TR (2022) | Gender dysphoria  | Gender dysphoria in adolescents or adults<br>Gender dysphoria in children  |

Source: Jack Drescher, M.D.

Al contrario, si pensava che la diagnosi di GD/GI per adolescenti e adulti avesse una traiettoria diversa. Ad esempio, nella maggior parte degli individui (ad eccezione dei bambini con GD/GI diagnosticabile che persisteva nell'adolescenza) l'esordio di GD/GI nell'adolescenza o nell'età adulta non è stato preceduto da GD/GI nell'infanzia. Sebbene molti adolescenti e adulti con diagnosi di GD/GI possano retrospettivamente affermare di aver avuto sentimenti disforici/incongruenti di genere durante l'infanzia, in genere i loro sentimenti (e comportamenti) non erano percepiti come di tale entità da essere portati all'attenzione clinica.

Inoltre, sebbene ciò non sia mai stato affermato direttamente né nel *DSM* né nell'*ICD*, storicamente, la GD/GI emersa nell'adolescenza o nell'età adulta era, nella maggior parte dei casi, solitamente ritenuta permanente. Tuttavia, le preoccupazioni circa la possibilità di errori o "rimpianti" legati alla transizione di genere hanno portato all'introduzione di garanzie cliniche. Ad esempio, a partire dal

*DSM-III*, i manuali hanno offerto diagnosi differenziali che potrebbero apparire al medico inesperto come GD/GI. Questi dovevano essere esclusi per fare una diagnosi. Inoltre, la World Professional Association for Transgender Health, un organismo internazionale di medici esperti, raccomanda valutazioni diagnostiche seguite da un approccio graduale per fornire servizi di transizione (medici o chirurgici). Ancora una volta, il desiderio di evitare rimpianti riguardo alla transizione sembra fondamentale in queste raccomandazioni.

## Controversie risalenti a dieci anni fa

Come notato in precedenza, il dottor Byne e io abbiamo iniziato a studiare il problema dei bambini affetti da GD/GI più di dieci anni fa. Nel 2008, il dottor Byne è stato nominato presidente della Task Force dell'APA sul trattamento del disturbo dell'identità di genere, come veniva chiamata la diagnosi in quel momento, e il rapporto delle deliberazioni della task force è stato pubblicato nel 2012. La task force, tuttavia, non è stato in grado di raggiungere un consenso sull'approccio migliore per il trattamento dei bambini in età prepuberale e ha delineato tre approcci al trattamento.

Il primo approccio è stato quello di lavorare con i bambini e gli operatori sanitari per cercare di ridurre la GD/GI e i comportamenti e le identificazioni di genere atipici. Il presupposto era che questo approccio diminuisse la probabilità che la GD/GI persistesse nell'adolescenza e la necessità di servizi di transizione medici o chirurgici più avanti nella vita. Alcuni si riferiscono a questo approccio come "terapia di conversione" o sforzi di conversione dell'identità di genere.

Un secondo approccio, spesso definito approccio olandese in quanto avviato nei Paesi Bassi, non ha fatto alcuno sforzo diretto per ridurre i comportamenti GD/GI o atipici di genere. Questo approccio si basava sulla scoperta della ricerca che il GID diagnosticato nell'infanzia di solito non persisteva nell'adolescenza e oltre e sulla mancanza di marcatori affidabili per prevedere in chi sarebbe o meno persistente. Questo approccio era neutrale rispetto all'eventuale identità di genere del bambino e non aveva obiettivi terapeutici rispetto all'esito dell'identità di genere.

Il terzo e ultimo approccio delineato dalla task force dell'APA, a volte indicato come l'approccio di "affermazione del genere", sosteneva l'affermazione dell'identificazione di genere incrociato di un bambino sia da parte dei professionisti della salute mentale che dei membri della famiglia. In questo approccio, un bambino in età prepuberale è stato supportato nella transizione verso il ruolo e l'espressione di genere desiderati, con la possibilità di un trattamento endocrino per ritardare e persino sospendere la pubertà per sopprimere lo sviluppo di eventuali caratteristiche sessuali secondarie indesiderate se la GD/GI persisteva nella pubertà.

Per comprendere meglio questi approcci clinici, il dottor Byne e io abbiamo prima invitato i medici a spiegare i loro approcci in modo più dettagliato e successivamente abbiamo organizzato un simposio scientifico al meeting annuale del-

l'APA del 2014 dove avrebbero potuto spiegare le loro differenze a un pubblico più ampio. Jack Pula, MD, e io abbiamo anche valutato alcune delle questioni etiche sollevate dai diversi approcci in un rapporto dell'Hastings Center.

## **Dalla controversia clinica alle politiche pubbliche**

Il numero di controversie generate dalla questione se e come trattare i bambini e gli adolescenti affetti da GD/GI potrebbe riempire un intero volume. Le controversie sono, in parte, alimentate dalla mancanza di prove scientifiche definitive riguardo alle "cause" della GD/IG; cosa significa avere GD/GI per le persone che si presentano in questo modo; mancanza di chiarezza riguardo alle diagnosi differenziali; e la mancanza di chiarezza nel determinare chi esprimerà e chi non esprimerà rimpianti dopo la transizione, per citarne alcuni. Inoltre, come illustrato di seguito, come rispondere ai minori affetti da GD/GI è diventata una questione di guerra culturale.

## **Divieti della terapia di conversione**

A partire dalla California nel 2012, 22 stati e il Distretto di Columbia hanno approvato una legislazione per rendere gli sforzi per il cambiamento dell'orientamento sessuale (SOCE) e gli sforzi per il cambiamento dell'identità di genere (GICE) per i minori di 18 anni una questione di condotta non professionale. Ciò significava che qualsiasi operatore sanitario autorizzato che tentasse di modificare l'orientamento sessuale, l'identità di genere o l'espressione di genere di un minore poteva affrontare una censura professionale da parte degli organismi preposti al rilascio delle licenze, che poteva includere anche la perdita della licenza per esercitare. Negli stati senza divieti, molti comuni hanno approvato divieti locali. Inoltre, le azioni legali per revocare i divieti statali non hanno avuto successo. Secondo un rapporto delle Nazioni Unite del 2020, divieti simili sono stati approvati e vengono presi in considerazione in tutto il mondo.

Poco dopo che nel 2015 in Ontario è stato promulgato il divieto della terapia di conversione per i minori, il capo della clinica di genere CAMH di Toronto da molti anni è stato licenziato dal suo incarico e la clinica ha chiuso. (CAMH sta per Center for Addiction and Mental Health.) Successivamente ha citato in giudizio CAMH e nel 2018 ha ricevuto scuse, danni monetari e spese legali dall'istituzione per aver travisato il suo comportamento e il suo lavoro in una recensione pubblica tre anni prima. Tuttavia, mentre il CAMH offre cure agli adulti affetti da GD/GI, la clinica dedicata al genere infantile rimane chiusa.

## **Divieti di transizione di genere per i minori**

Mentre c'è stato un movimento crescente in tutto il mondo per proteggere i diritti degli individui con disforia di genere o incongruenti ad accedere alle cure e

ricevere un trattamento rispettoso, c'è stato anche un movimento recente e crescente nella destra politica statunitense volto a vietare il trattamento di affermazione di genere dei pazienti. GD/GI nei minori.

Nel 2021, l'Arkansas ha approvato il Save Adolescents from Experimentation (SAFE) Act, rendendolo il primo stato a introdurre il divieto per i medici di somministrare ormoni o farmaci ritardanti la pubertà a chiunque abbia GD/GI sotto i 18 anni. I medici che forniscono tali cure possono perdere le loro licenze professionali ed essere denunciati per negligenza medica. Sebbene il governatore dello stato abbia posto il veto al disegno di legge ritenendolo un'inutile intrusione nel rapporto medico-paziente, l'assemblea legislativa dello stato controllata dai repubblicani ha votato per annullare il veto. La legge è stata contestata nei tribunali dalle principali organizzazioni sanitarie e di salute mentale, inclusa l'APA. Nel 2023 un giudice federale ha dichiarato la legge incostituzionale. Nondimeno, progetti di legge simili sono stati introdotti in altre legislature di altri stati degli USA.

Nel 2022 in Texas, il governatore repubblicano ha emesso una direttiva per indagare sui genitori che mettono a disposizione dei loro figli transgender cure di affermazione di genere. Un certo numero di famiglie è stato indagato per potenziali abusi sui minori da parte del Dipartimento della famiglia e dei servizi di protezione del Texas per aver cercato e consentito cure di affermazione di genere per i loro bambini transgender. Questa direttiva viene impugnata anche nei tribunali. A partire dal febbraio 2024, i giudici federali statunitensi hanno bloccato le leggi statali che vietano l'assistenza sanitaria basata sull'affermazione del genere in Alabama, Florida, Idaho e Montana. Tuttavia, i giudici federali di Oklahoma, Indiana e Tennessee hanno consentito che i divieti venissero mantenuti. Ciò significa che la decisione sulla costituzionalità dei divieti spetterà alla Corte Suprema degli Stati Uniti.

## La Tavistock Clinic del Regno Unito

Nel luglio 2022 il New York Times ha riferito: "Il Servizio sanitario nazionale [NHS] [del Regno Unito] sta chiudendo l'unica clinica inglese per i giovani sul genere, che era stata criticata per i lunghi tempi di attesa e i servizi inadeguati". Questo annuncio è stato il culmine di una serie di eventi iniziati nel 2019, quando diversi ex membri dello staff hanno criticato pubblicamente le pratiche del Gender Identity Development Service (GIDS) della Tavistock Clinic nel trattamento dei bambini affetti da GD/GI o altre presentazioni di genere atipiche. Ciò ha portato, nel 2020, al lancio da parte del NHS di una revisione indipendente sui servizi di identità di genere del Tavistock per bambini e giovani.

All'inizio dello stesso anno, a gennaio, un ex paziente di 23 anni della clinica che aveva effettuato la "detransizione" dopo aver ricevuto un trattamento di transizione ha citato in giudizio la clinica e il servizio sanitario nazionale. Assegnata alla nascita come femmina, aveva ricevuto bloccanti della pubertà all'età di 16 anni, le erano stati prescritti ormoni mascolinizzanti all'età di 17 anni e aveva subito una

doppia mastectomia all'età di 20 anni. Tuttavia, all'età di 22 anni, la sua GD/GI era diminuita e lei era tornata a identificare e presentarsi come donna in pubblico.

È stato chiesto a un tribunale di grado inferiore di determinare se un bambino fosse legalmente competente a dare un consenso valido al trattamento per la transizione di genere. La corte ha ritenuto che il consenso al trattamento fosse possibile solo per gli adolescenti di età pari o superiore a 16 anni. Tuttavia, tale decisione è stata annullata dalla Corte d'Appello, che ha concluso che “era inappropriato per la Divisional [di grado inferiore] fornire indicazioni su quando un ricorso giudiziario sarà appropriato e raggiungere conclusioni generali legate all'età sulla probabilità o probabilità che diversi gruppi di bambini siano in grado di dare il consenso”. La Corte Suprema del Regno Unito ha poi rifiutato di accogliere il ricorso.

Tuttavia, la revisione iniziata nel 2020 e presieduta dalla dottoressa Hillary Cass è stata pubblicata nel 2022, prima con un rapporto provvisorio seguito da una lettera “ulteriori consigli” al Servizio Sanitario Nazionale. Il rapporto e il follow-up raccomandavano la chiusura del servizio GICD della Tavistock. “Per soddisfare la domanda attuale e fornire un approccio più olistico e localizzato all'assistenza, i servizi di identità di genere per bambini e giovani devono passare da un unico fornitore nazionale a un modello regionale”, ha scritto nella lettera. Ciò comporterebbe la creazione di “centri regionali” e “servizi specialistici locali designati”. Il rapporto formula raccomandazioni riguardanti la necessità di valutazioni complete per l'ampia gamma di pazienti che potrebbero richiedere servizi con il nuovo sistema. Ha richiesto l'istituzione di “un fornitore nazionale formale che collabori con una rete di ricerca integrale [per riunire] rappresentanti clinici e accademici dei centri regionali”.

La lettera prosegue mettendo in guardia sull'uso dei bloccanti della pubertà: “Non comprendiamo appieno il ruolo degli ormoni sessuali adolescenziali nel guidare lo sviluppo sia della sessualità che dell'identità di genere durante i primi anni dell'adolescenza, quindi per estensione non possiamo essere sicuri del loro effetto” e dell'impatto dell'arresto di questi picchi ormonali sulla maturazione psicosessuale e di genere. Non abbiamo quindi modo di sapere se, invece di guadagnare tempo per prendere una decisione, i bloccanti della pubertà potrebbero interrompere quel processo decisionale”. Il rapporto affermava poi che “la maturazione del cervello può essere temporaneamente o permanentemente interrotta dai bloccanti della pubertà, il che potrebbe avere un impatto significativo sulla capacità di prendere decisioni complesse e cariche di rischi, nonché possibili conseguenze neuropsicologiche a lungo termine. Ad oggi, la ricerca sull'impatto a breve, medio o lungo termine dei bloccanti della pubertà sullo sviluppo neurocognitivo è stata molto limitata”.

Sebbene il rapporto richieda ulteriori ricerche in quest'area, data la ricerca condotta fino ad oggi, le probabilità sembrano improbabili che gli impatti deleteri a lungo termine su tali funzioni cognitive sarebbero passati inosservati. Tutto ciò solleva la questione se verranno resi disponibili i finanziamenti per qualcuna delle raccomandazioni del rapporto.

## Bandiere rosse e bloccanti della pubertà?

Esiste un numero crescente di articoli che citano i rischi e i pericoli derivanti dall'uso di bloccanti della pubertà per il trattamento di bambini e adolescenti affetti da GD/GI (cfr. Bell, 2020; Evans, 2021; Schwartz, 2021; Levine *et al.*, 2022). Ed è vero, come ha osservato Cass, che è necessario fare più ricerca in questo settore.

Tuttavia, nei miei sforzi per comprendere meglio il panico che circonda l'uso dei bloccanti della pubertà nei bambini e negli adolescenti con GD/GI, mi sono ritrovato ad approfondire la letteratura sì di un'altra popolazione di pazienti per la quale l'uso dei bloccanti della pubertà è uno standard di cura piuttosto incontrovertibile: la pubertà precoce centrale.

In un articolo del 2019 su *Acta Biomedica*, Vincenzo De Sanctis M.D. *et al.*, hanno scritto che dal 1981 gli analoghi dell'ormone di rilascio delle gonadotropine sono stati il trattamento standard per la pubertà precoce centrale. "Questo trattamento è generalmente considerato sicuro e ben tollerato nei bambini e negli adolescenti. Le reazioni al farmaco più comunemente riportate sono state dolore, gonfiore e orticaria nel sito di iniezione. La maggior parte degli eventi sono stati lievi e non vi è stata alcuna interruzione nelle procedure dello studio a causa di queste RAF [reazioni avverse al farmaco]. Tuttavia, qualunque sia la frequenza di questi effetti collaterali, i medici che utilizzano questi trattamenti dovrebbero essere consapevoli della possibilità di significative RAF locali e generali che possono portare alla sospensione del trattamento nei casi più gravi". Altre pubblicazioni recenti sono state altrettanto ottimiste riguardo all'uso dei bloccanti della pubertà negli ultimi 40 anni.

Non presumo di conoscere le ragioni per cui la soppressione della pubertà come trattamento per la pubertà precoce non solleva nella comunità medica gli stessi segnali di pericolo di quelli che vengono sollevati quando gli stessi farmaci vengono utilizzati per bambini e adolescenti con GD/GI. Forse la convinzione è che, poiché la pubertà precoce è una condizione neuroendocrina, dovrebbe essere trattata con un intervento endocrino, e coloro che percepiscono la disforia di genere come un problema psicologico potrebbero credere che dovrebbe essere affrontata con interventi psicologici. Tuttavia, poiché risposte insensate di molte persone sull'esistenza stessa delle identità transgender non sono insolite, ciò mi porta a concludere che i pregiudizi personali stanno giocando un ruolo importante negli sforzi per legiferare sui giudizi medici che coinvolgono i giovani GD/GI. Chiaramente sono necessarie ulteriori ricerche.

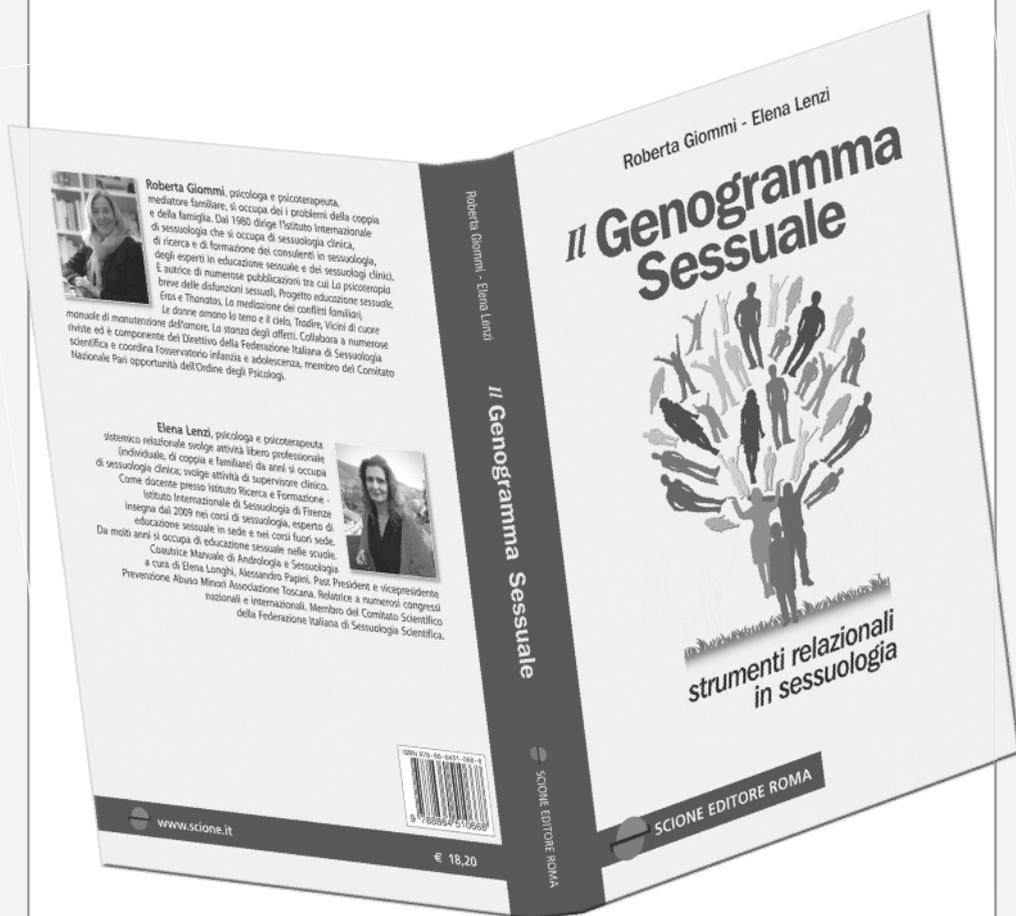
Il trattamento dei giovani disforici di genere è un compito clinico complesso. Sulla base di quanto noto dopo oltre 30 anni di ricerca, alcuni giovani trarranno beneficio dagli interventi medici; altri, tuttavia, potrebbero non farlo. Quando e come i medici scelgono di intervenire in questi casi, idealmente, dovrebbe richiedere un processo di valutazione complesso e individualizzato. Nel frattempo, i medici ben formati ed esperti non dovrebbero essere ostacolati dall'usare il loro miglior giudizio e dal collaborare con i genitori per decidere se fornire cure di affermazione di genere ai minori che trarranno beneficio da tale trattamento.

## Bibliografia

- American Psychiatric Association (1952). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-I)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (1968). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 2<sup>nd</sup> edition (DSM-II)*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3<sup>rd</sup> edition (DSM-III)*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3<sup>rd</sup> edition-Revised (DSM-III-R)*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- American Psychiatric Association (2022). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5<sup>th</sup> edition, Text Revision (DSM-5-TR)*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Bazon E. (2022). The battle over gender therapy. *New York Times Sunday Magazine*, June 19, p. 30. Published online June 15.
- Benjamin H. (1966). *The Transsexual Phenomenon: A Scientific Report on Transsexualism and Sex Conversion in the Human Male and Female*. New York: Julian Press.
- Bell D. (2020). First do no harm. *International J Psycho-analysis*, 2020, Vol. 101 - No. 5, 1031-1038.
- Byne W., Bradley S.J., Coleman E., Eyler A.E., Green R., Menvielle E.J., Meyer-Bahlburg, H.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.
- Cantor J. American Academy of Pediatrics policy and trans-kids: fact-checking. *Sexology Today!* Oct 17, 2018.
- Cass H. (2022a): The Cass review: Independent review of gender identity services for children and young people: Interim report. February. Accessed online July 31, 2022.
- Cass H. (2022b). Letter to NHS: Independent review of gender identity services for children and young people-further advice. July 19. Accessed online July 31, 2022.
- Court of Appeal (2021). Quincy Bell and Mrs. A v. The Tavistock and Portman NHS Foundation Trust, Appeal No. C1/2020/2142, Case No: CO/60/2020: Judgement, September 17, Accessed online July 31, 2022.
- De Sanctis V., Soliman A.T., Di Maio S., Soliman N., & Elsedfy H. (2019). Long-term effects and significant adverse drug reactions (ADRs) associated with the use of gonadotropin-releasing hormone analogs (GnRH $\alpha$ ) for central precocious puberty: A brief review of literature. *Acta Biomedica*, 90(3): 345-359.
- de Vries A.L., & Cohen-Kettenis P.T. (2012). Clinical management of gender dysphoria in children and adolescents: The Dutch approach. *J Homosexuality*, 59(3):301-20.
- Drescher J. (2010). Queer diagnoses: Parallels and contrasts in the history of homosexuality, gender variance, and the Diagnostic and Statistical Manual (DSM). *Archives of Sexual Behavior*, 39:427-460.
- Drescher J., Cohen-Kettenis P.T., & Winter S. (2012). Minding the body: Situating gender diagnoses in the ICD-11. *International Review of Psychiatry*, 24(6): 568-577.
- Drescher J., & Byne W., eds. (2013). *Treating Transgender Children and Adolescents: An Interdisciplinary Discussion*. New York: Routledge.

- Drescher J., & Byne W. (2014). Controversies in the Treatment of Transgender Children and Adolescents. Scientific Symposium, Annual Meeting of the American Psychiatric Association, New York, NY, May 5.
- Drescher J., & Pula J. (2014). Ethical issues raised by the treatment of gender variant pre-pubescent children. *The Hastings Center Report*, 44(Suppl 4):S17-22.
- Drescher J. (2015). Queer diagnoses revisited: the past and future of homosexuality and gender diagnoses in DSM and ICD. *International Review of Psychiatry*, 27(5):386-395.
- Drescher J. (2016). Gender diagnoses in DSM and ICD. *Psychiatric Annals*, 46(6):350-354.
- Drescher J., Cohen-Kettenis P.T., & Reed G.M. (2016). Gender incongruence of childhood in the ICD-11: Controversies, proposal, and rationale. *Lancet Psychiatry*, 3(3):297-304.
- Drescher J. (2022a). Is it really about freedom of thought?: A response to Marcus Evans' "Freedom to Think". *BJPsych Bull*, Mar 2, pp. 1-3. doi: 10.1192/bjb.2022.9
- Drescher J. (2022b). Informed consent or scare tactics? A response to Levine et al.'s "Reconsidering informed consent for trans-identified children, adolescents, and young adults". *J Sex, & Marital Therapy*, Published Online June 1. doi: 10.1080/0092623 X.2022.2080780
- Drescher J., & Byne W. (in press). Gender identity, gender variance and gender dysphoria/incongruence. In: Kaplan and Sadock's *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 11<sup>th</sup> Edition, eds. R. Boland, & M. Verduin. Philadelphia, PA: Wolters Kluwer.
- Ehrensaft D. (2012). From gender identity disorder to gender identity creativity: True gender self child therapy. *J Homosexuality*, 59(3):337-356.
- Eugster E.A. (2019). Treatment of central precocious puberty. *Journal of the Endocrine Society*, 3(5):965-972.
- Evans M. (2021). Freedom to think: The need for thorough assessment and treatment of gender dysphoric children. *British J Psychiatry Bulletin*, 45(5):285-290.
- Ghorayshi A. (2022). England overhauls medical care for transgender youth. *New York Times*, July 29, Section A, Page 5. Published online July 28.
- Green R. (1987). *The "Sissy Boy Syndrome" and the Development of Homosexuality*. New Haven, CT: Yale University Press.
- Hamburger C., Stürup G.K., & Dahl-Iversen E. (1953). Transvestism: Hormonal, psychiatric, and surgical treatment. *JAMA*, 12(6):391-396.
- Hayes M. (2018). Doctor fired from gender identity clinic says he feels 'vindicated' after CAMH apology, settlement. *The Globe and Mail (Toronto)*, October 7. Accessed online July 31, 2022.
- Hirschfeld M. (1923). Die intersexuelle Konstitution. *Jahrbuch für Sexuelle Zwischenstufen*, 23:3-27.
- Jorgensen C. (1967). *Christine Jorgensen: A Personal Autobiography*. New York: Paul S. Erickson, Inc.
- Klibanoff E. (2022). More families of trans teens sue to stop Texas child abuse investigations. *The Texas Tribune*, June 8. Accessed online on July 31, 2022.
- Krafft-Ebing R. (1886). *Psychopathia Sexualis*, trans. H. Wedeck. New York: Putnam, 1965.
- Levine S.B., Abbruzzese E., & Mason J.W. (2022). Reconsidering Informed Consent for Trans-Identified Children, Adolescents, and Young Adults. *J. Sex, & Marital Therapy*, Online April 6.

- Reardon S. (2021). New Arkansas law - and similar bills - endanger transgender youth, research shows. *Scientific American*, April 19.
- Saunders J. (2022). 'Conversion therapy' bans remain blocked. Florida News Service, July 20. Accessed online on July 31, 2022.
- Schwartz D. (2021). Clinical and ethical considerations in the treatment of gender dysphoric children and adolescents: When doing less is helping more. *J Infant, Child, & Adolescent Psychotherapy*, 20(4):439-449.
- Steensma T.D., & Cohen-Kettenis P.T. (2018). A critical commentary on follow-up studies and "desistance" theories about transgender and gender non-conforming children. *International Journal of Transgenderism*, 19(1):225-230.
- Sultan C., Gaspari L., Maimoun L., Kalfa N., & Paris F. (2018). Disorders of puberty. *Best Practice, & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology* 48:62-89.
- 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(1): 212-224.
- United Nations (2020). Report on Conversion Therapy by Independent Expert on protection against violence and discrimination based on sexual orientation and gender identity. Accessed online on July 23, 2022.
- World Health Organization (1975). *International Classification of Diseases and Related Health Problems, 9<sup>th</sup> Revision (ICD-9)*. Geneva, Switzerland.
- World Health Organization (1992). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10<sup>th</sup> Revision (ICD-10)*. Geneva.
- World Health Organization (2019). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 11<sup>th</sup> Revision (ICD-11)*. Geneva.
- World Professional Association for Transgender Health (WPATH) (2023). *Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender and Gender Non-Conforming People, 8<sup>th</sup> Version*. Retrieved March 20, 2024.
- Zucker K.J., & Spitzer R.L. (2005). Was the Gender Identity Disorder of Childhood diagnosis introduced into DSM-III as a backdoor maneuver to replace homosexuality? A historical note. *J. Sex, & Marital Therapy*, 31:31-42.
- Zucker K.J., Wood H., Singh D., & Bradley S.J. (2012). A developmental, biopsychosocial model for the treatment of children with gender identity disorder. *J Homosexuality*, 59(3):369-397.
- Zucker K.J. (2018). The myth of persistence: Response to "A critical commentary on follow-up studies and 'desistance' theories about transgender and gender non-conforming children" by Temple Newhook *et al.*, *International Journal of Transgenderism*, 19(1):231-245.



**Roberta Giommi**, psicologa e psicoterapeuta, mediatrice familiare, si occupa dei problemi della coppia e della famiglia. Dal 1980 dirige l'Istituto Internazionale di sessuologia che si occupa di sessuologia clinica, di ricerca e di formazione dei consulenti in sessuologia, degli esperti in educazione sessuale e dei sessuologi clinici. È autrice di numerose pubblicazioni tra cui *La psicoterapia Erotica e Transizionale*, *Progetto educazione sessuale. Le donne amano lo sperma e il cielo*, *Troiane*, *Vicini di cuore* (riviste ed è componente del Direttivo della Federazione Italiana di Sessuologia Scientifica e coordina l'Osservatorio Infanzia e Adolescenza, membro del Comitato Nazionale Pari opportunità dell'Ordine degli Psicologi).

**Elena Lenzi**, psicologa e psicoterapeuta sistemico relazionale svolge attività libero professionale (individuale, di coppia e familiare) da anni si occupa di sessuologia clinica, svolge attività di supervisione clinica. Come docente presso Istituto Ricerca e Formazione - Istituto Internazionale di Sessuologia di Firenze



Insegna dal 2009 nei corsi di Sessuologia di Firenze educazione sessuale in sede e nei corsi fuori sede. Da molti anni si occupa di educazione sessuale nelle scuole. *Coautrice Manuale di Andrologia e Sessuologia* a cura di Elena Lenzi, Alessandro Papini, Past. Presidenti e Vicepresidente Prevenzione Abuso Minori Associazione Toscana, Relatrice a numerosi congressi nazionali e internazionali. Membro del Comitato Scientifico della Federazione Italiana di Sessuologia Scientifica.



€ 18,20

[www.scione.it](http://www.scione.it)

SCIONE EDITORE ROMA

SCIONE EDITORE ROMA

per ordinare contattare:  
**editore@scione.it**

# I SOC8 in età evolutiva. Una riflessione psicologica ed etica

Angela M. Calderera\*, Elena Nave\*\*,  
Damiana Massara\*\*\*

**Sommario** - I SOC8 hanno portato notevoli cambiamenti rispetto alla precedente versione (v. 7) specie per l'età evolutiva per cui sono stati introdotti due capitoli: uno dedicato all3 bambinz, e uno all3 adolescenti. Il capitolo 7 è dedicato ai bambini gender diverse in età prepuberale e si focalizza sulle pratiche psicosociali e gli approcci psicoterapeutici appropriati all'età. Il capitolo 6 dedicato all3 adolescenti è nato a seguito (1) della crescita esponenziale del numero di adolescenti che si rivolgono ai centri specializzati, (2) dell'aumento del numero di studi scientifici specificamente focalizzati sull'assistenza sanitaria della gender diversity in adolescenza, e (3) delle questioni specifiche, legate allo sviluppo e agli interventi di affermazione di genere.

A partire dagli Statements principali di ciascun capitolo, si forniranno indicazioni clinico-operative per la promozione della salute nelle persone TGD in età evolutiva e per gli interventi affermativi di genere, sviluppate a partire dalle evidenze scientifiche e dal consenso tra esperti, secondo un approccio ecologico, che tiene conto del contesto di crescita di bambinz e adolescent3 TGD (la famiglia, la scuola, e il mondo dei pari) che inciderà in modo significativo sulla salute se potranno costituire contesti di benessere e supporto.

Parallelamente alle indicazioni clinico-operative saranno affrontate alcune delle questioni etiche con le quali membri delle famiglie e operatric3 sanitariz sono chiamati a misurarsi. Dopo aver indicato cosa si intenda per "questione etica", se ne esamineranno le principali legate al contesto della promozione della salute degli individui TGD in età evolutiva. Tra esse spiccano: (1) Il coinvolgimento del minore nelle decisioni che riguardano il suo corpo, la sua salute, la sua vita, e il valore da attribuire a tale coinvolgimento (la sua volontà dovrebbe o non dovrebbe essere vincolante?); e (2) La somministrazione di bloccanti puberali.

Nell'affrontare il tema dell'*autodeterminazione del minore d'età* si mostrerà la difficoltà pratica che i SOC8 hanno dovuto affrontare nel tentativo di fornire uno standard internazionale per l'assistenza e la cura rivolte alle persone che non hanno raggiunto la maggiore età.

In conclusione si sottolineerà come sia essenziale, sul piano etico e clinico, la partecipazione attiva dell'adolescente al processo di decision-making sugli interventi medici. I SOC8 evidenziano che la capacità di comprendere le implicazioni e le conseguenze a lungo termine di tali decisioni non appare necessariamente ad una età specifica, ma può variare in funzione di differenze evolutive e condizioni di salute mentale, così come in relazione alle opportunità che la persona adolescente ha avuto di praticare tale capacità "allenandola". In relazione a ciò, si forniranno alcuni cenni ai più recenti contributi di ricerca pubblicati sull'autonomia decisionale e sul processo del prestare il consenso informato alle cure dell3 adolescent3 TGD.

**Parole chiave:** *disforia di genere, incongruenza di genere, infanzia, adolescenza, transgender, gender diverse.*

\* *Psicologa, Psicoterapeuta, Dottore di Ricerca. Divisione di Neuropsichiatria Infantile (Ambulatorio per la varianza di genere in età evolutiva), Dipartimento di Scienze della Sanità Pubblica e Pediatriche, Università di Torino. SC Psicologia Clinica, Dip. Integrato Salute Mentale e Dipendenze, ASL I Imperiese.*

\*\* *Insegnante, Eticista, Dottore di Ricerca. IC Via Sidoli, Torino. Centro regionale per la disforia in età evolutiva, Ospedale Infantile Regina Margherita, Torino.*

\*\*\* *Psicologa, Psicoterapeuta. SC Psicologia Asl TO5. CIDIGEM, Città della Salute e della Scienza di Torino.*

**Abstract - The Standards of Care in developmental age.  
Psychological and ethical considerations**

*The SOC8 brought considerable changes with respect to the previous version (v.7), especially regarding developmental age, for which two chapters were introduced: one specific for children, and the other for adolescents. Chapter 7 is dedicated to gender diverse children in prepubertal age, and addresses developmentally appropriate psychosocial practices and therapeutic approaches. Chapter 6 looks at adolescents, and was developed as a result of (1) the exponential growth in the number of adolescents referred to specialized gender care centers, (2) the increasing number of studies specifically focused on adolescent gender diversity-related care, and (3) the specific issues related to development and gender affirming care.*

*Starting from the Statements included in each chapter, we will outline some clinical indications for the health care and promotion of transgender and gender diverse (TGD) people in developmental age, and for gender affirming care, based on scientific evidence and consensus-based expert opinion, according to an ecological approach, taking into account the growth environment of TGD children and adolescents (family, school, and peers). Such environment will significantly impact children's and adolescents' health, depending on the extent to which a context of wellbeing and support is.*

*In parallel with these clinical indications, we will address some ethical issues with which family members and healthcare professionals have to deal with. After describing what is meant by "ethical issues", we will examine the most relevant to health promotion of TGD people in developmental age. Among such issues, particularly important are: (1) the involvement of the minors in the decisions regarding their body, their health, their life and the value that has to be acknowledged to such involvement (should their will be binding or not?); and (2) the administration of puberty blockers.*

*While dealing with the issue of self-determination of the minor of age, we will delineate the practical difficulties that the SOC8 faced in the effort to offer an international standard for the gender-related care of people who have not reached the age of majority.*

*In conclusion, we will underline the importance, at an ethical and clinical level, of the adolescent's active participation in the medical decision-making process. The SOC8 highlight that the capacity to understand the implications and the long-term consequences of such decisions does not appear at specific ages: rather, it may vary according to developmental differences and mental health presentations, and in relation to the opportunities the adolescent has had to practice this skill. Regarding these issues, we will outline the main findings from recent research on autonomy in decision making and on the TGD adolescent's informed consent/assent to gender affirming medical interventions.*

**Key words:** gender dysphoria, gender incongruence, childhood, adolescence, transgender, gender diverse.

## Introduzione

I SOC8 hanno portato notevoli cambiamenti rispetto alla precedente versione (v.7). Uno dei più importanti riguarda l'età evolutiva, infatti, se nella settima edizione vi era un unico capitolo dedicato a infanzia e adolescenza, nell'ottava sono presenti due capitoli separati: uno dedicato ai bambini (cap. 7), e uno agli adolescenti (cap. 6). I SOC8, inclusi i capitoli citati, sono stati sviluppati sulla base delle evidenze tratte dalla revisione sistematica della letteratura scientifica, e del consenso dei professionisti esperti e degli stakeholder in ambito internazionale. Le raccomandazioni sono quindi il risultato di un'analisi delle prove disponibili a sostegno degli interventi, della attenta considerazione dei possibili rischi connessi all'attuazione e alla non attuazione delle raccomandazioni. Gli Autori ribadiscono

che i SOC8 sono linee guida cliniche che richiedono un approccio individualizzato in relazione delle specifiche caratteristiche ed esigenze della persona e che devono essere adattate ai diversi contesti nazionali.

Nel presente contributo, a partire dagli Statements principali di ciascun capitolo, si forniranno indicazioni clinico-operative finalizzate alla promozione della salute delle persone TGD in età evolutiva e degli interventi affermativi di genere. Parallelamente alle indicazioni clinico-operative saranno sottolineate le numerose implicazioni etiche con le quali i membri delle famiglie e gli/le operatrici/ori sanitarie/i sono chiamati a misurarsi nella pratica clinica. Si metterà inoltre in luce come nel capitolo dedicato alle persone adolescenti sia richiamata l'attenzione sulla complessa questione di fornire uno standard internazionale di assistenza e cura sanitaria rivolta alle persone che non hanno raggiunto la maggiore età.

## **Bambin3 (cap. 7)**

Il capitolo 7 è dedicato a bambini gender diverse in età prepuberale e focalizzato sulle pratiche psicosociali e gli approcci psicoterapeutici appropriati all'età. Le indicazioni del capitolo dedicato all'infanzia (v. Riquadro 1) sono sviluppate secondo un approccio ecologico (Bronfenbrenner, 1979): tengono conto quindi del contesto di crescita de3 bambin3 TGD, come la famiglia, la scuola, e il mondo dei pari, che incide in modo significativo sulla loro salute nella misura in cui costituiscono contesti di benessere e supporto, o invece divengano cause di minority stress.

Si sintetizzano di seguito alcuni concetti necessari ad una corretta interpretazione delle linee guida.

- L3 bambin3 gender diverse in età prepuberale non accedono a interventi medici (Pediatric Endocrine Society, 2020); pertanto, quando si cerca un supporto professionale, è più probabile che questo provenga da personale specializzato nel sostegno allo sviluppo dell'identità di genere di tipo psicosociale.
- Si utilizza la locuzione “gender diverse”, dato che le traiettorie di genere nell3 bambin3 in età prepuberale non sono prevedibili e possono evolvere nel corso del tempo: alcun3 bambin3 rimarranno stabili nell'identità di genere diversa dal genere assegnato alla nascita, altr3, nell'arco della vita, potranno variare la loro percezione ed identificazione.
- La locuzione “gender diverse” include l3 bambin3 transgender con identificazione sia binaria che non binaria.
- Si riconosce sempre priorità alla promozione del benessere e della qualità della vita dell3 bambin3 durante tutto lo sviluppo.
- 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: si raccomanda quindi di agire, sempre in accordo con i SOC, con le risorse disponibili, dandopriorità al miglior interesse dell3 bambin3.

Il capitolo inizia con la specificazione di cinque principi generali fondamentali (p. S67):

- 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 disturbo della salute mentale (Endocrine Society and Pediatric Endocrine Society, 2020);
- 3) non si può presumere che le diverse espressioni di genere nell3 bambinz si sviluppino sempre con un'identità transgender o un'incongruenza di genere in età adulta (Ehrensaft, 2018);
- 4) l'intervento dei professionisti della salute mentale espertipuo essere utile per sostenere un adattamento positivo dell3 bambinz e la comprensione dei bisogni legati al genere nel corso del tempo (APA, 2015; Ehrensaft, 2018; Telfer *et al.*, 2018);
- 5) un approccio di conversione della diversità di genere nell3 bambinz (ossia, 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 se ne ripudia l'uso? (APA, 2021; Ashley, 2019; SAMHSA, 2015; Telfer *et al.*, 2018; Consiglio per i diritti umani delle Nazioni Unite, 2020).

Gli Autori specificano che il termine "assessment" può essere usato in diversi contesti, con diverse funzioni, e che in questo contesto si fa riferimento ad un *assessment* globale, volto a comprendere i bisogni e gli obiettivi dellə bambinə e della famiglia (APA, 2015; Steensma e Wensing-Kruger, 2019). Questo tipo di *assessment* psicosociale **non è necessario per tutti i bambinz *gender diverse*, ma può essere richiesto per vari motivi**: ad esempio quando sia opportuno avviare un percorso di supporto per unə bambinə *gender diverse* e la sua famiglia, nel caso in cui lə bambinə *gender diverse* ne abbia beneficio a supporto della genitorialità, oppure quando richiesti da una famiglia che chiede una piena comprensione del genere dellə bambinə e dei suoi bisogni di salute mentale nell'ambito della diversità di genere. In questi casi, gli Autori sottolineano l'opportunità di prendere in considerazione le dinamiche famigliari, i contesti sociali e culturali, l'eventuale presenza di sofferenze mentali nei membri della famiglia, di osservare i diversi aspetti dell'identità religiosi, geografici, socio economici inclusi quelli etnici e l'eventuale presenza dello status di immigrato/rifugiato allo scopo di mantenere una posizione rispettosa e sensibile al contesto culturale (Barrow, & Apostle, 2018; Cohen-Kettenis *et al.*, 2003; Hendricks, & Testa, 2012; Kaufman, & Tishelman, 2018).

La diversità di genere nell3 bambinz in età prepuberale può, per alcun3, essere fluida; i bisogni legati al genere di unə particolare bambinə possono variare nel corso della sua infanzia. L'invito ai professionisti è quindi di accompagnare l3 bambinz e le famiglie nel corso del tempo offrendo supporto, tenendo conto che

tutti i bambini hanno bisogno di sentirsi al sicuro, e che bisogna avere cura che questo accada in tutti gli ambienti che frequentano.

Alla luce di tutte le considerazioni soprariportate, è imprescindibile un approccio clinico individualizzato, che prenda in considerazione tutte le sfumature nella valutazione del genere, in linea con le linee guida e la letteratura scientifica.

#### Riquadro 1 - Raccomandazioni fornite dagli *Statements* nel capitolo dedicato all'infanzia

##### **Raccomandiamo:**

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

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

7.3 che il personale sanitario che lavora con bambini gender diverse riceva una formazione e sviluppi **competenze** sui disturbi dello spettro autistico e su altre **neurodiversità o che collabori con una/un esperta/o** quando lavora con bambini gender diverse autistici/neurodivergenti.

7.4 che il personale sanitario che lavora con bambini gender diverse si impegni in una **formazione continua** relativa a bambini gender diverse e le loro famiglie.

7.5 al personale sanitario che valuta bambini gender diverse di acquisire e integrare le **informazioni provenienti da più fonti nell'assessment.**

7.6 al personale sanitario che valuta bambini gender diverse di considerare i fattori di sviluppo rilevanti, il funzionamento neurocognitivo e le competenze linguistiche.

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

7.8 al personale sanitario di prendere in considerazione le attività di **consultazione, la psicoterapia o entrambe** per un bambino gender diverse e per la famiglia/caregiver quando le famiglie e il personale sanitario ritengono che ciò possa giovare al benessere e allo sviluppo del bambino e/o della famiglia.

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

7.10 al personale sanitario che offre consulenze, psicoterapia o entrambi a bambini 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.**

7.11 che il personale sanitario, **quando il bambino si avvicina alla pubertà, fornisca informazioni** ai bambini gender diverse e alle loro famiglie/caregiver sui **potenziali interventi medici di affermazione del genere**, sugli effetti di questi trattamenti sulla fertilità e sulle opzioni per la conservazione della fertilità.

7.12 ai(i) genitori/caregiver e al personale sanitario di **rispondere in modo supportivo al desiderio** ai bambini di essere riconosciuti secondo il loro genere esperito.

7.13 al personale sanitario e ai(i) genitori/caregiver di **sostenere i bambini affinché continuino, indipendentemente dalla transizione sociale, a esplorare il loro genere durante gli anni prepuberali.**

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

7.15 al personale sanitario di considerare la possibilità di **collaborare con altre/i professioniste/i e organizzazioni per promuovere il benessere dei bambini gender diverse e ridurre al minimo le avversità a cui potrebbero andare incontro.**

### ■ *Riflessioni etiche*

La stesura dei capitoli dei SOC8 relativi agli individui minori d'età è il frutto di un lavoro impegnativo nel quale sono convogliate conoscenze di molte discipline, non ultime quelle relative all'etica medica e alla prospettiva dei diritti umani (SOC8 7.5, p. 62). Se, in via generale, le "questioni etiche" vengono sollevate quando nelle scelte, nelle condotte e nei giudizi ci si interroga su cosa sia "bene" e "giusto" in senso morale, nel contesto medico pediatrico italiano la riflessione etica si confronta con alcuni problemi specifici, costitutivi. In tale ambito, infatti, si vive un'annosa difficoltà: gli individui a cui si rivolgono cure e assistenza non sono considerati capaci di decidere per sé, per questo qualcun altro si assume la responsabilità di stabilire cosa sia o non sia in grado di perseguire il loro bene. In termini fattuali la prima difficoltà si incontra nel constatare che l'insieme "minori d'età" è formato da individui molto diversi tra loro. I neonati e i diciassettenni sono essere umani che differiscono parecchio, e fornire loro assistenza corrisponde a rispondere a bisogni in parte diversi.

La presenza, nei SOC8, di due distinti capitoli per bambini e adolescenti consente di fornire considerazioni specifiche, tenendo sempre conto del fatto che le varie fasi della vita si susseguono in un continuum, e che i livelli di consapevolezza e responsabilità personale che si raggiungono nelle varie età differisce in termini individuali.

Il tema dell'affermazione di genere nell3 bambini è molto controverso e più di altri può determinare conflitti interiori e disaccordi interpersonali. In un'epoca di pluralismo morale è possibile che le persone adulte e capaci, coinvolte a vario titolo nella vita dell3 minori (genitori rappresentanti legali, professionisti sanitari, insegnanti e così via) identifichino il raggiungimento del loro *best interest* in scelte e azioni diverse. Allo stesso modo, questi agenti morali potrebbero essere confusi nel tentativo di determinare quale sia l'iter che, più di altri, favorisca il perseguimento del bene dell3 minori.

Come già indicato in precedenza, il Capitolo 7, Bambini è meno controverso dal punto di vista etico perché i SOC8 non prevedono la possibilità di intervento medico in età infantile: a differenza dell3 giovani puberi e dell3 adulti, i bambini gender diverse non possono accedere a trattamenti sanitari che modifichino lo spontaneo sviluppo puberale.

Non si modifica l'integrità corporea, non si assumono farmaci e non si interviene sul funzionamento dell'organismo. Fonte di conflitti e disaccordi, nel contesto infantile, è la transizione sociale. Alla domanda "È nell'interesse dell3 bambini consentir loro di esprimersi ed essere civilmente riconosciuti secondo il genere che esperimento e affermano?". Gli adulti responsabili di quell3 minori potrebbero fornire risposte diverse.

L'aiuto che si può offrire prende le forme di pratiche psicosociali appropriate, nelle quali professionisti preparati e competenti affiancano i bambini rispondendo al loro bisogno di riconoscimento.

## Adolescents (cap. 6)

Il capitolo sull'adolescenza è stato distinto da quello sull'infanzia in relazione alla crescita esponenziale del numero di adolescenti che si rivolgono ai centri specializzati, all'aumento del numero di studi scientifici focalizzati sull'assistenza sanitaria relativa alla gender diversity in adolescenza, e alle questioni specifiche legate allo sviluppo e agli interventi di affermazione di genere. Il capitolo fornisce raccomandazioni sul processo di *assessment* degli adolescenti che necessitano degli interventi medici affermativi di genere e sul lavoro con i giovani TGD e le loro famiglie. Gli autori sottolineano fin dalla parte introduttiva la natura evolutiva dell'adolescenza e la necessità, quando possibile, del coinvolgimento della famiglia. Altrettanto importante è considerata la formazione continua e specialistica dei professionisti e l'educazione alla salute per i adolescenti TGD. Le raccomandazioni invitano ripetutamente ad un approccio individualizzato, chiedono di tenere conto delle declinazioni delle identità non binarie e che il supporto e l'accompagnamento siano garantiti sino al passaggio dai servizi per minorenni ai servizi per adulti.

Come nel capitolo sull'infanzia, la parte introduttiva specifica importanti premesse:

- L'adolescenza è un periodo dello sviluppo caratterizzato da una maturazione fisica e psicologica relativamente rapida, a cavallo tra l'infanzia e l'età adulta. In questa fase 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 tutti nello stesso momento, né si verificano alla stessa età per tutte le persone. Pertanto il periodo adolescenziale ha contorni indefiniti, e non può essere descritto esclusivamente in base all'età. Ad esempio, i cambiamenti fisici puberali possono iniziare nella tarda infanzia e i sistemi neuronali di controllo esecutivo continuano a svilupparsi fino alla prima metà dei 20 anni.
- La comprensione dello sviluppo dell'identità di genere nell'adolescenza è in continua evoluzione, un approccio individualizzato all'assistenza clinica è quindi considerato etico e necessario.
- Non c'è uniformità nel modo in cui i Paesi e i Governi definiscono la maggiore età (ossia, la capacità giuridica di prendere decisioni).
- Quando si prendono in considerazione i trattamenti, le famiglie possono porre domande sullo sviluppo dell'identità di genere dello loro adolescente e potrebbero chiedere se è possibile che il genere esperito persista nel corso del tempo. Le conclusioni tratte dalla ricerca non possono e non devono essere applicate universalmente a tutti i adolescenti per cui non è opportuno esprimere previsioni in questo senso. Anche se la ricerca futura contribuirà

a far progredire la comprensione scientifica dello sviluppo dell'identità di genere, potrebbero permanere lacune e aree di incertezza.

- In ogni modo, data l'etica dell'autodeterminazione nell'assistenza, queste lacune non dovrebbero lasciare l'adolescente TGD senza cure importanti e necessarie.

Gli Statements, data la natura evolutiva e flessibile dell'adolescenza, sottolineano l'importanza di effettuare un assessment biopsicosociale approfondito, mantenendo un approccio collaborativo e supportivo con i3 adolescenti che desiderano accedere agli interventi medici affermativi di genere, favorendo il coinvolgimento della famiglia. Rispetto all'avvio delle terapie mediche affermative, lo Statement 6.12, esplicita 7 indicazioni specifiche (v. Riquadro 2), inclusa la necessità di porre attenzione al fatto che la diversità/incongruenza di genere sia marcata e costante nel tempo, che siano state approfondite eventuali condizioni di sofferenza mentale concomitante e che l'adolescente sia nella condizione di maturità emotiva e cognitiva per prestare il consenso/assenso informato, avendo ricevuto informazioni esaustive sugli effetti delle terapie sulla salute riproduttiva e sulle opzioni disponibili per preservare la fertilità

Uno spazio centrale assume quest'ultimo tema del consenso informato, come processo che deve promuovere la comprensione delle scelte che si vogliono compiere e della consapevolezza dell'impatto futuro delle terapie mediche affermative di genere. È noto che per le persone minorenni è il genitore o il tutore legale a fornire il consenso, ma i SOC8 ribadiscono più volte la necessità che l'adolescente sia coinvolto personalmente nel processo, verificando che sia nella condizione di maturità emotiva e cognitiva di fornire il proprio assenso, avendo ricevuto informazioni esaustive sugli effetti delle terapie sulla salute riproduttiva e sulle opzioni disponibili per preservare la fertilità, nell'ottica della promozione dell'autonomia dell'adolescente nel processo di decision-making medico.

Alla luce delle più recenti ricerche, il punto 6.12c specifica che prestare il consenso/assenso alle cure mediche prevede 4 abilità:

- 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;
- 4) comunicare la propria scelta (Grootens-Wiegers *et al.*, 2017).

Infatti:

*Nel caso di trattamenti medici per l'affermazione del genere, una giovane dovrebbe essere ben informata 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. (p. S61)*

Riquadro 2 - Raccomandazioni fornite dagli *Statements* nel capitolo dedicato all'adolescenza**Raccomandiamo:**

- 6.1. 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 che sviluppi competenze sulla salute mentale della bambina, 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 nell'3 bambin3 e nell'3 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 sui disturbi dello spettro autistico e altri disturbi di sviluppo neurologico, o collabori con una/un esperta/o di disabilità dello sviluppo quando lavora con adolescenti autistic3/neurodivergent3 *gender diverse*;
  - 6.1.e. continui a formarsi in tutte le aree rilevanti per l'3 bambin3 e l'3 adolescent3 *gender diverse* e le loro famiglie.
- 6.2. 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. al personale sanitario che lavora con adolescenti *gender diverse* di condurre un *assessment* biopsicosociale approfondito dell'3 adolescent3 che si presentano con preoccupazioni legate all'identità di genere e che richiedono cure mediche/chirurgiche per la transizione, e che questo sia effettuato in modo collaborativo e supportivo.
- 6.4. 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. **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. al personale sanitario di fornire all'3 adolescenti TGD un'educazione sanitaria sul binding e sul tucking, compresa una descrizione dei rischi e dei benefici.
- 6.7. al personale sanitario di mantenere un rapporto stabile con l'adolescente TGD e ogni adulto 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.
- 6.8. al personale sanitario di mantenere un rapporto stabile con l'adolescente TGD e caregiver fino all'età adulta, così da sostenere l'adolescente per tutta la durata dei trattamenti di soppressione della pubertà, ormonali e chirurgici.
- 6.9. al personale sanitario di utilizzare un **approccio multidisciplinare** per decidere se il blocco della pubertà, le cure ormonali o la chirurgia siano appropriate per l'adolescente TGD.
- 6.10. al personale sanitario di **informare l'adolescente TGD, prima che inizi il trattamento medico**, degli 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. che, quando i trattamenti medici o chirurgici per l'affermazione del genere sono indicati per l'3 adolescenti, il personale sanitario che lavora con adolescenti TGD coinvolga i genitori/tutori 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 conferma del genere (tutti 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. Possono essere utilizzati altri criteri diagnostici, anche se è necessario utilizzare 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 assenso informato al trattamento;
- 6.12.d. sono stati approfonditi i sintomi di sofferenza mentale dell'adolescente (se presenti) che possono interferire con la chiarezza diagnostica e la capacità di dare il consenso.
- 6.12.e. l'adolescente è stato informato 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 stato sottoposto ad almeno 12 mesi di terapia ormonale per ottenere il risultato chirurgico desiderato – tra cui la mastoplastica additiva, l'orchiectomia, la vaginoplastica, l'istero-annessotomia, 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.

Come sottolineano i SOC questa capacità non emerge a specifiche età, ma che può variare in base alle differenze di sviluppo e di salute mentale e dipende dalle opportunità che un giovane ha avuto di “allenarsi” a usare queste abilità (Alderson, 2007). Si sottolinea anche la necessità di condurre l'assessment per ogni decisione di trattamento (Vrouenraets *et al.*, 2021) e nei diversi passaggi da un intervento medico all'altro.

Per i giovani con neurodiversità e/o da alcuni tipi di condizioni di salute mentale, le capacità di pensare al futuro, alla situazione nel suo complesso possono essere meno sviluppate, così come la capacità di pianificare, di riflettere su di sé (Dubbelink e Geurts, 2017). In questi casi i SOC dichiarano che può essere necessario un approccio più attento al consenso e all'assenso, che può includere tempo aggiuntivo e opportunità strutturate per il giovane di sviluppare le abilità necessarie a prendere decisioni mediche.

Negli anni successivi alla redazione dei SOC8 sono state pubblicate diverse ricerche su questo tema, di cui due sono di particolare interesse.

Lo studio qualitativo di Vrouenraets e colleghi (2023) è stato svolto intervistando 14 adolescenti e 12 genitori. I risultati dell'analisi tematica evidenziano l'importanza per genitori e figli di avere uno spazio dedicato alla comprensione degli effetti e delle conseguenze dell'utilizzo dei bloccanti dello sviluppo puberale. Lo studio ha confermato l'importanza del supporto dei genitori all'figlio nel processo decisionale. È stata messa in evidenza infine la complessità dell'assessment, sottolineando l'impossibilità di individuare un unico modo adatto per tutte le situazioni. Gerritse e colleghi (2023), in un altro studio qualitativo confermano che vi sono molte differenze nei meccanismi decisionali e nei sistemi di valore di ciascuna giovane e di ogni famiglia, per cui il processo decisionale dovrà necessariamente essere tagliato su misura, rendendo chiari i sistemi normativi e il funzionamento decisionale della specifica persona in un processo di comprensione condiviso e costruito. Gli stessi autori stanno mettendo a punto uno strumento di supporto etico volto a incoraggiare dialogo e riflessione, che guidino un processo condiviso di decisione nelle cure mediche gender-affirming (*Gender Journey*, Gerritse *et al.*, 2023b).

### ■ *Riflessioni etiche*

Il capitolo 6 “Adolescenti” dei SOC8 introduce subito la maggiore complicità nel fornire, in via generale, uno standard internazionale per l’assistenza e le cure sanitarie rivolte agli individui minori d’età: coloro che formano l’insieme “minori d’età” variano a seconda di quale sia la soglia anagrafica stabilita dai vari Stati per accedere alla maggiore età (per la maggioranza è 18 anni, in alcuni casi 15, in altri 21).

Lo status legale che possiedono non è il medesimo nel mondo. In alcuni casi il potere di prendere decisioni in merito al proprio corpo e alla propria salute è loro conferito – e i minori possono firmare il consenso informato. In altri casi, come in Italia, non possono decidere per sé e titolari del consenso informato sono i rappresentanti legali (in questo caso si parla di “*proxy consent*”). L’opinione dei minori d’età viene presa in considerazione nella pratica formale di “assenso” alle cure, che accompagna il consenso informato dei rappresentanti legali (di norma i genitori) (*Raccomandazione 7.12.c*).

In termini etici due sono gli aspetti più discussi della presa in carico assistenziale-sanitaria per adolescenti TGD:

- 1) Il coinvolgimento dei minori nelle decisioni che riguardano il suo corpo, la sua salute, la sua vita, e il valore da attribuire a tale coinvolgimento (la sua volontà dovrebbe o non dovrebbe essere vincolante?)
- 2) La somministrazione di bloccanti puberali (paragrafo 6.4)

Riguardo la prima questione, il documento richiama in modo esplicito l’importanza di indagare la capacità decisionale (*decision making capacity*) dei minori, e di sostenerli durante il suo esercizio (*Raccomandazione 7.7*). Poiché quanto richiesto dal consenso informato è un compito *task-oriented*, ossia l’esercizio di una capacità specifica – quella di prendere decisioni – i SOC8 sottolineano l’importanza di valutarla per poter definire quale valore attribuire alla volontà del minore nei paesi in cui il minore non può prendere le sue proprie decisioni sanitarie. Al momento, in Italia, l’espressione della volontà del minore non è vincolante. La legge prevede solo che sia presa in considerazione la sua opinione<sup>1</sup>.

Se l’applicazione del criterio presuntivo della maggiore età obbliga ad attribuire la capacità decisionale agli individui che hanno raggiunto la soglia anagrafica stabilita per legge, la scelta di indagare la capacità decisionale dei minori ha un importante significato (e dovrebbe avere importanti ripercussioni e conseguenze). Da una prospettiva etica, se un individuo risulta capace di prendere le sue proprie decisioni non si vede perché glielo si dovrebbe impedire, attribuendo

<sup>1</sup> Art. 3, Minori e incapaci - Legge 22 dicembre 2017, n. 219. Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento, (GU Serie Generale n. 12 del 16-01-2018). Entrata in vigore del provvedimento: 31/01/2018.

a qualcun altro il potere e il diritto di decidere. Anche quando le decisioni riguardano l'affermazione di genere.

In modo speculare, l'importanza della capacità decisionale dell3 minor3 è sottolineata nei SOC8 richiedendo che il personale sanitario: *6.1.c. riceva formazione e sviluppi competenze sullo sviluppo dell'identità di genere, sulla diversità di genere nell3 bambinz 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;*

Riguardo la seconda questione, l'uso dei bloccanti puberali, dopo aver messo in evidenza (paragrafo 6.5.) che in termini etici "azione" e "omissione" sono ugualmente oggetto di responsabilità morale, la conclusione a cui i SOC8 pervengono in termini di evidenza di ricerca è la seguente:

*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 adolescent3 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 adolescent3 transgender che richiedono questi trattamenti.*

## Conclusioni

Il presente contributo si è proposto di offrire una sintesi delle indicazioni dei SOC8 in merito all'infanzia e all'adolescenza, mettendo in risalto le implicazioni cliniche ed etiche.

In particolare rispetto all'adolescenza si evidenzia la necessità di temperare la promozione dell'autonomia decisionale dell'adolescente, con la tutela della sua salute e con le numerose differenze individuali non solo da una persona all'altra, ma anche da un sistema-famiglia all'altro.

I SOC8 sono quindi uno strumento utile e flessibile che fornisce indicazioni preziose su come navigare in questo processo, ma è necessario, come indicato negli Standard stessi, che si prosegua nelle attività di ricerca e che gli operatori restino in un processo di formazione continua. Come ci auguriamo sia emerso nel testo, una tematica così articolata non può essere "risolta" in modo esaustivo in questa sede: l'obiettivo di questo contributo è stato di fornire alcuni spunti che possano portare al necessario approfondimento. Non solo l'infanzia e l'adolescenza hanno un carattere evolutivo, ma anche le conoscenze cliniche e scientifiche sono in costante evoluzione e richiedono di mantenersi costantemente aggiornat3.

## Bibliografia

- Alderson P. (2007). Competent children? Minors' consent to health care treatment and research. *Social Science, & Medicine*, 65(11), 2272-2283.  
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.08.005>
- 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 resolution on gender identity change efforts*.  
<https://www.apa.org/about/policy/resolution-gender-identity-change-efforts.pdf>
- Ashley F. (2019b). Homophobia, conversion therapy, and care models for trans youth: Defending the gender-affirmative approach. *Journal of LGBT Youth*, 17(4), 361-383.  
<https://doi.org/10.1080/19361653.2019.1665610>
- 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>
- 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>
- 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 gender identity disorder: A cross-national, cross-clinic comparative analysis. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 31(1), 41-53.  
<https://doi.org/10.1023/a:1021769215342>
- Coleman E., Radix A.E., Bouman W.P., Brown G.R., de Vries A.L.C., Deutsch M.B., Ettner R., Fraser L., Goodman M., Green J., Hancock A.B., Johnson T.W., Karasic D.H., Knudson G.A., Leibowitz S.F., Meyer-Bahlburg H.F.L., Monstrey S.J., Motmans J., Nahata L., Nieder T.O., ... Arcelus J. (2022). Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8. *International journal of transgender health*, 23(Suppl 1), S1-S259.  
<https://doi.org/10.1080/26895269.2022.2100644>
- Ehrensaft D. (2018). Exploring gender expansive expressions. In Keo-Meier C., & Ehrensaft D. (Eds), *The gender affirmative model: An interdisciplinary approach to supporting transgender and gender expansive children*. American Psychological Association.
- Endocrine Society, Pediatric Endocrine Society. (2020). *Position statement: Transgender health*. Endocrine Society.
- Gerritse K., Martens C., Bremmer M.A., Kreukels B.P.C., de Boer F., & Molewijk B.C. (2023a). "I Should've Been Able to Decide for Myself, but I Didn't Want to Be Left Alone". A Qualitative Interview Study of Clients' Ethical Challenges and Norms Regarding Decision-Making in Gender-Affirming Medical Care. *Journal of homosexuality*, 1-25. Advance online publication.  
<https://doi.org/10.1080/00918369.2023.2201972>

- Gerritse K., Martens C., Bremmer M.A., Kreukels B.P.C., de Vries A.L.C., & Molewijk B.C. (2023b). GenderJourney: Participatory development of an ethics support tool to foster dialogue and reflection on shared decision-making in gender-affirming medical care. *Patient education and counseling*, 114, 107854.  
<https://doi.org/10.1016/j.pec.2023.107854>
- Grootens-Wiegers P., Hein I.M., van den Broek J.M., & de Vries M.C. (2017). Medical decision-making in children and adolescents: Developmental and neuroscientific aspects. *BMC Pediatrics*, 17(1).  
<https://doi.org/10.1186/s12887-017-0869-x>
- Hendricks M.L., & Test, R.J. (2012). A conceptual framework for clinical work with transgender and gender nonconforming clients: An adaptation of the Minority Stress Model. *Professional Psychology: Research and Practice*, 43(5), 460-467.  
<https://doi.org/10.1037/a0029597>
- 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>
- 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>
- Steensma T.D., & Wensing-Kruger S.A. (2019). Gender dysphoria. In T.H. Ollendick, S.W. White, & B.A. White (Eds), *The Oxford handbook of clinical child and adolescent psychology*. Oxford Library of Psychology.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (2015). *Ending conversion therapy: Supporting and affirming LGBTQ youth*. HHS Publications.
- Telfer M.M., Tollit M.A., Pace C.C., & Pang K.C. (2018). Australian standards of care and treatment guidelines for transgender and gender diverse children and adolescents. *Medical Journal of Australia*, 209(3), 132-136.  
<https://doi.org/10.5694/mja17.01044>
- 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](https://doi.org/10.1163/2210-7975_HRD-9970-2016149)
- Vrouenraets L.J.J.J., de Vries A.L., Arnoldussen M., Hannema S.E., Lindauer R.J., de Vries M.C., & Hein I.M. (2023). Medical decision-making competence regarding puberty suppression: perceptions of transgender adolescents, their parents and clinicians. *European Child, & Adolescent Psychiatry*, 32(11), 2343-2361.
- 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>

# SOC8 al crocevia tra orientamento operator e istanze delle soggettività *Transgender* e *Gender Diverse*. Lavori in corso senza sosta

Mary Nicotra\*

**Sommario** - Scopo di questo articolo è di mettere in rilievo l'importanza e l'impatto che può produrre l'utilizzo dei SOC nelle istituzioni italiane che si occupano di soggetti che desiderano avviare percorsi di affermazione di genere. Se da un lato gli Standard sono necessari alle operatori sanitari per porre anche un limite a una arbitrarietà singolare che inevitabilmente rischia di essere agita, dall'altro possono rappresentare un elemento di disturbo per le soggettività *Transgender* e *Gender Diverse* che desiderano potersi auto-determinare rispetto alle scelte singolari che ciascuno compie rispetto al proprio genere. Le persone *Transgender* e *Gender Diverse* sono però costrette a sottoporsi per tutto il corso della loro vita a una medicalizzazione dovuta all'assunzione degli ormoni. Questa condizione rende necessaria la creazione di un linguaggio ampio e pratiche orientate dal desiderio di limitare il *minority stress* che inevitabilmente tocca le vite delle persone *Trans* e *Gender Diverse* nelle nostre società. L'ONIG che dal 1998 opera come riferimento per molte istituzioni italiane, professionisti e associazioni di attivisti ha dimostrato nel tempo di riuscire a rimodellarsi sui bisogni e le istanze della popolazione T. Un ponte sul quale possono metaforicamente passeggiare insieme persone T e professionisti della salute si è creato e ha preso corpo anche nella traduzione dei SOC8. Infatti, il Prof. Paolo Valerio, presidente dell'ONIG, per la traduzione dei SOC8 ha scelto di implicare in un lavoro collettaneo di traduzione e di verifica soprattutto attivisti che si sono resi garanti del linguaggio ampio e rappresentativo del loro modo di essere come soggetti *Transgender* o *Gender Diverse*. Nel congresso che si è svolto a Napoli l'1 e 2 dicembre 2023<sup>1</sup> si è discusso sulle pratiche e ci si è confrontati sui nodi nevralgici che possono sorgere. Molti interrogativi restano aperti e rappresentano i lavori in corso necessari affinché gli standard non diventino dei protocolli rigidi ma bensì si confermino come linee guida per le operatori nel loro delicato lavoro di accompagnamento delle persone *Transgender* e *Gender Diverse*, ciascuna, una per una, nella propria singolarità.

**Parole chiave:** edizione italiana SOC-8, *transgender*, *gender diverse*, ONIG, *psicoanalisi lacaniana*.

**Abstract** - SOC8 is at the intersection of operator orientation and inclusivity for transgender and gender diverse subjectivities. Work is ongoing without interruption

*The purpose of this paper is to highlight the importance and the impact that the use of SOC8 can have in Italian institutions dealing with individuals who wish to initiate gender affirmation paths. Although the Standards are essential for health professionals to establish a limit on a singular arbitrariness that may undoubtedly be acted upon, they can also pose a potential source of disruption for Transgender and Gender Diverse subjectivities, who desire to self-determine regarding the distinct choices that each individual makes based on their gender. Transgender and Gender Diverse people are forced to undergo a necessary medicalization through the intake of hormones during their lives. This condition requires the creation of broad language and practices oriented by the desire to limit Mi-*

\* *Psicoterapeuta Spo.t, Maurice Torino. Psicoanalista, membro della Scuola Lacaniana di Psicoanalisi e dell'Associazione Mondiale di Psicoanalisi, Docente dell'insegnamento Nuove sessualità presso Istituto Psicoanalitico di Orientamento Lacaniano (IPOL).*

<sup>1</sup> *Stato dell'arte e future prospettive per la presa in carico delle persone Transgender/Gender-Diverse 1-2 dicembre 2023 - Complesso dei SS. Marcellino e Festo Università degli Studi di Napoli Federico II Largo S. Marcellino 10 - Napoli.*

*nority Stress that inevitably touches the lives of Transgender and Gender Diverse people in our societies. The ONIG has demonstrated that it is capable of reshaping itself and its goals to meet the needs and demands of the Transgender and Gender Diverse population. A bridge on which T people and health professionals can metaphorically walk together has been created and has also taken shape in the translation of SOC8. Prof. Paolo Valerio, the president of ONIG, has decided to involve activists in a collaborative effort to translate and verify SOC8. The choice has made activists themselves guarantors of inclusive languages representatives of their way of being Transgender or Gender Diverse subjects. The congress held in Naples on 1-2 December 2023<sup>1</sup> discussed the practices and discussed the key issues that may arise. Many questions remain open and represent the ongoing work needed to ensure that standards do not become rigid protocols but are confirmed as guidelines for operators in their delicate work of accompanying people Transgender and Gender Diverse, each, one by one, in each one singularity.*

**Key words:** Italian edition SOC8, transgender, gender diverse, ONIG, lacanian psychoanalysis.

## Introduzione

Quando si incontra una persona per la prima volta è possibile non ricordarne il nome, l'abbigliamento, il colore degli occhi o dei capelli ma difficilmente è possibile dimenticare a quale genere sembra appartenere. Allo stesso modo quando un nuovo individuo nasce, la sua identità sessuale trova una presupposta risposta nei primissimi minuti di vita. È maschio o femmina? Uno sguardo sommario ai genitali permette ai medici di confermare ciò che era già stato rilevato in ecografia con una prima attribuzione del sesso. La catena significativa ha già così il suo primo anello, a cui si aggiunge il secondo qualche ora dopo con la registrazione del nome, e altri anelli ancora, nel prosieguo delle settimane, mesi, anni, il significante maschio o femmina sarà, da ora in poi per il nuovo soggetto, portatore di potenti significati dei quali e con i quali, comunque decida di con/vivere, non potrà più non tenere conto.

Cosa vuol dire questo? L'iscrizione simbolica precede il soggetto. Per dirla con Lacan, l'essere umano è segnato da un trauma, questo trauma è il linguaggio. Si nasce in un mondo in cui il linguaggio ci preesiste, un mondo fatto prima di tutto di parole segna inevitabilmente ogni essere umano sottraendolo a un ipotetico stato di natura in cui sarebbe guidato senza errori dagli istinti e introducendolo in un mondo imperfetto in cui non abbiamo che il linguaggio per dare forma all'esperienza ma dove il linguaggio si rivela al tempo stesso equivoco e imperfetto.

## Il dibattito scientifico intorno alla questione dei generi

Negli ultimi sessant'anni sono state svolte moltissime ricerche intorno alle questioni dei generi. Effettivamente non c'è nulla che metta più al lavoro sul piano culturale, sociale e scientifico delle questioni legate all'identità e a una sua connotazione sessuata riconducibile all'assioma dei due sessi maschio – femmina e dei due generi uomo – donna. Va ricordato che nell'analisi del fenomeno transgender e gender diverse, la letteratura scientifica fissa come punto di partenza la

dissonanza percettiva del soggetto tra il proprio sesso biologico e l'identificazione con il genere opposto. Con il passaggio dalla diagnosi di *Disturbo dell'identità di genere* (DIG), introdotta dal DSM-4 del 1990, e l'introduzione della diagnosi di *Disforia di genere* nel DSM-5, (American Psychiatric Association, 2013), è possibile testimoniare gli avanzamenti sul piano del linguaggio, essendo stata eliminata la parola *Disturbo*, ed essendo stata svincolata, tale condizione, dalla *parafilia* e dai disturbi sessuali, sebbene il dibattito continui ad essere acceso. Alcune realtà associative di professionisti a livello mondiale e locale si sono costituite con lo scopo di mantenere vivo questo dibattito. La *World Professional Association for Transgender Health* (WPATH), conosciuta formalmente come *Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association* (HBIGDA) e in Italia, dal 1998 l'*Osservatorio Nazionale sull'Identità di Genere* (ONIG) e dal 2021 la *Società Italiana Genere, Identità, Salute* (SIGIS). Alcune interessanti riflessioni provenivano già nel 2004 dal gruppo di lavoro che opera presso l'Unità di Psicologia Clinica e Psicoanalisi Applicata del Dipartimento di Neuroscienze e di Scienze del Comportamento dell'Università degli Studi di Napoli *Federico II* che ben evidenziano alcune questioni cruciali rispetto alla prassi così come organizzata. (M. Bottone, P. Valerio, D. Vitelli, 2004). Si pone l'accento sui problemi istituzionali connessi all'attività clinica e si interrogano i presupposti che sono alla base della pratica secondo la quale la richiesta dei colloqui psicologici proviene sistematicamente da un soggetto altro dal paziente, e in particolare da un soggetto istituzionale quale è il corpo medico. In effetti spesso il primo interlocutore di una persona che si interroga rispetto alla propria posizione sessuata è il medico che, all'interno di unità operative specializzate richiede all'è psichiatra o psicologò o psicoterapeuta di accertare la condizione transessuale, prima di procedere con gli interventi chirurgici. All'individuo viene dunque richiesto di sottoporsi ad un percorso obbligatorio e strutturato in un dato tempo, e a seconda di quanto previsto dal protocollo, a colloqui, e test e che hanno la funzione di stabilire se esistono le condizioni per diagnosticare una *disforia di genere*.

L'è psicologò assume dunque un ruolo che ha più che fare con un accertamento che con la possibilità per il soggetto di elaborare e riflettere rispetto ad una sua posizione soggettiva, e per quanto si possa nutrire l'illusione di riuscire a costruire con il soggetto un'alleanza terapeutica e un rapporto di fiducia, tale da far sentire la persona in uno spazio protetto dove può elaborare contraddizioni e angosce, l'impresa è ardua e difficile dal momento che la domanda di colloqui psicologici non è una domanda sorta spontaneamente a livello soggettivo, ma è una domanda di tipo istituzionale che ingabbia il soggetto in una procedura di accertamento. Per una persona *Transgender* o *Gender Diverse* effettivamente si tratta di percorrere una strada spesso non richiesta, non voluta, obbligatoria per poter accedere alla terapia ormonale in primis. Una strada che rappresenta una strettoia necessaria per poter trovare un proprio posto nel mondo se non si vuole rimanere fuori dal discorso sociale, ai margini proprio perché quel significante maschio-femmina non ha trovato una collocazione adeguata alla norma.

Così Luciano descrive questo passaggio (M. Nicotra, 2006):

È iniziata la terapia ormonale, l'angoscia mi sale, mi sale dentro. Io non so cosa fare perché non riesco a confessarla, ho paura che se confesso mi facciano smettere gli ormoni. Perché, purtroppo, noi andiamo tutti dalla psicologa per iniziare gli ormoni, per poter fare gli interventi, quindi tu devi essere all'altezza. Non si va dalla psicologa dicendo "dottorressa mi aiuti", si va dalla psicologa dicendo "dottorressa, le dimostrerò che sono veramente così, mi lasci andare". E questo è terribile perché ti impedisce di chiedere aiuto. Tu non puoi chiedere aiuto a questa persona, tu devi dimostrare a questa persona che stai bene. Questa persona sa benissimo che tu non stai bene, ma il muro che c'è tra di voi devi superarlo tu, non lo può superarlo lei perché tu non glielo puoi permettere. E tu non lo puoi superare perché tu non te lo puoi permettere. E quindi io sento l'angoscia che si fa sempre più grande.

Si pongono, dunque, anche questioni etiche. Cosa succede, dunque, quando il soggetto si ribella e si rifiuta di abitare il proprio sesso biologico? Quale posto per le soggettività *transgender*, *gender diverse*? Alcuni studiosi offrono letture articolate e divergenti del fenomeno *transgender* e *gender diverse*. Kate Bornstein, a sua volta donna *transgender*, sostiene che i soggetti *transgender* non sono intrapolati nel corpo sbagliato ma sono persone che combinano i concetti di maschile e femminile in un nuovo modo. Ritiene che la medicalizzazione e il processo di (ri)assegnazione di sesso, che incoraggia la maggior parte dei *Transgender* a transizionare con il proprio corpo da una categoria di genere all'altra è fonte di dolore e sofferenza, e li allontana dal proprio desiderio, creando distorsioni significative nelle loro storie (Califia, 2003). Jay Prosser, invece, nel suo libro *Second Skins* (1998), sottolinea che i transgender, non sono alla ricerca costante di sovversione delle categorie di genere, ma piuttosto alla ricerca di una casa/corpo sufficientemente sicura e stabile (Prosser, 1998). La questione è dunque molto complessa e probabilmente ciò che sostiene Kate Bornstein incontra il consenso di alcuna, e ciò che sostiene Jay Prosser di altrà. Già perché generalizzare è sempre riduttivo, ma far circolare discorsi permette alle persone di riconoscersi, per approssimazione, in uno o l'altro discorso.

## Linguaggio ampio nei SOC8, quali effetti?

In un momento così delicato in Italia dove lo scenario attuale è caratterizzato da una tensione sociale, culturale e politica che prende forma nella società civile a partire dalla richiesta sempre più crescente di giovani adolescenti di attraversare le barriere di genere la traduzione dei SOC8 è ancora più preziosa perché permette a professionisti della salute di disporre di linee guida che aiutano ciascuno ad imparare una sorta di galateo e dunque utilizzare un linguaggio ampio<sup>2</sup> (V. Gheno,

<sup>2</sup> Secondo gli autori, l'uso del termine di linguaggio ampio si propone come superamento del concetto di inclusività in quanto suppone che il gruppo che include sia più potente o migliore di quello che viene incluso. È un atto che viene concesso e quindi può anche essere interrotto o revocato, sottolineando che il potere di accogliere le minoranze (e le condizioni a cui vengono eventualmente accolte) è nelle mani di chi include.

P. Dalponte, F. Acanfora, 2022) affinché nella loro pratica clinica possano tenere conto del linguaggio non genderizzato che prende forma nelle narrative soprattutto delle persone Gender Diverse per dire ciò che vivono e attraversano con il proprio sentire nel proprio corpo. Per la traduzione in italiano dei SOC8, il Prof. Paolo Valerio, presidente dell'ONIG, ha scelto di implicare in un lavoro collettaneo di traduzione e di verifica soprattutto attivisti che si sono resi garanti del linguaggio ampio rappresentativo del loro modo di dirsi come soggetti Transgender o Gender Diverse. Ciò permette innanzitutto di limitare l'inevitabile dimensione di *minority stress* a cui le persone *Transgender* e *Gender Diverse* si sentono sottoposte nel momento in cui vengono chiamate con il loro *dead name*<sup>3</sup>, o non riconosciute nell'uso dei termini rispetto al loro desiderio di *affermazione di genere*. Le operatori sanitari non possono non tenere conto che le metafore descrittive della condizione T sono cambiate nel tempo. Se dieci anni si incontravano persone che principalmente si riconoscevano nel modello binario uomo-donna e chiedevano di poter transitare da un genere all'altro accedendo alle cure ormonali e alla chirurgia, a partire da una certezza indiscutibile che era rappresentata dalla metafora *sono intrappolata nel corpo sbagliato*, oggi sempre più si incontrano persone abitate da un'inquietudine esistenziale che riguarda una sintomatologia che gira intorno ad un corpo che si vorrebbe diverso dall'attribuzione di sesso avuta alla nascita<sup>4</sup>. Le nuove formulazioni AFAB e AMAB mettono in discussione l'idea che ci sia un errore o un equivoco di partenza ancorato all'identità sessuale determinata dalla biologia, la stessa idea che nel DSM-4 era nei presupposti che determinavano la denominazione di *Disturbo dell'identità di genere*.

Pensare che ci sia un errore ha come fondamento il presupporre che ci sia una identità sessuale primaria. Dove si situa questa identità? Nei geni e nelle caratteristiche biologiche dell'organismo? Nei caratteri sessuali secondari? Nella messa in discussione di questo fondamento viene sottolineato con queste formulazioni (AFAB e AMAB) che l'assegnazione alla nascita dell'identità sessuale come bambino o bambina proviene dall'Altro del linguaggio che è presente sin dall'inizio per marciare l'organismo con i significanti come ci insegna la psicoanalisi con Lacan.

J. Lacan conia il neologismo conia il neologismo *parlessere per* condensare in una parola la relazione indissolubile tra essere umano e linguaggio. Si nasce immersi nel linguaggio e l'essere umano non coincide con l'organismo naturale, biologico, è piuttosto corpo parlato, segnato dal linguaggio sin da subito. Questa iscrizione simbolica che precede il soggetto dell'inconscio, che avviene nel campo dell'Altro, è una strettoia con la quale il soggetto si trova a dover fare fin da subito. Uno degli effetti del linguaggio è di separare il corpo dal soggetto e il corpo si costruisce come effetto della parola. Per tutta la questione della sessualità prende sfumature e connotazioni che richiedono degli aggiustamenti rispetto al simbolico. Freud impara dalle sue pazienti isteriche che tra il corpo e l'essere c'è un difetto

<sup>3</sup> Nome attribuito alla nascita.

<sup>4</sup> AFAB (assigned female at birth) – AMAB (assigned male at birth).

di identificazione e il corpo, con i suoi sintomi somatici, non fa che mostrare l'impossibilità strutturale di ricucire questa faglia. In questa faglia dell'identificazione, dove il corpo è estraneo all'essere perché il rapporto del soggetto con il corpo è dell'ordine dell'avere il soggetto può costruire un sapere particolare e unico sul proprio corpo. Un corpo che oltre ad essere assoggettato al linguaggio, dunque al simbolico, dovrà fare i conti anche con il reale<sup>5</sup> del godimento, cioè con ciò che resta quell'impasto pulsionale che non è così circoscrivibile dal simbolico, dicibile, addomesticabile. Quando nell'attualità si incontrano soggetti che dicono di voler *affermare il proprio genere* e che vivono episodi di *disforia di genere* nel proprio corpo mettono in rilievo proprio questo: il rifiuto dell'attribuzione simbolica di genere ricevuta alla nascita e la disforia è lì a testimoniare di quell'impasto pulsionale inevitabile, fuori controllo, dal quale il corpo è attraversato.

Dunque, la biologia può solo dirci cosa è un organismo e con Lacan possiamo affermare che il corpo dell'essere umano non coincide con l'organismo poiché è marchiato dal linguaggio. Per ciascuna *parlessere* si produce così il dirsi uomo, donna ma anche per alcune persone: *donna trans, uomo trans, transgender, gender diverse, no binary, ecc.*

La mia pratica clinica nell'incontro con soggetti *Transgender, Gender Diverse* che hanno trovato un modo di godimento singolare per annodare i registri del simbolico, dell'immaginario e del reale, mi ha costretto, come *psi*<sup>6</sup> a superare ogni possibile supposizione di sapere presupposto. Il sapere è sempre dalla parte del soggetto. Si tratta di lasciarsi insegnare dalla singolarità di un soggetto, poiché ogni volta che non ci si assume il rischio della singolarità, si scivola, fosse pure senza accorgersene, nella logica della massificazione.

Il rigetto della dimensione singolare di ciascun essere umano, il tentativo di universalizzare i soggetti, di agevolare l'adeguamento a un modello unico a scapito delle differenze, non si rivelano nuove forme di controllo sociale? Da questo punto di vista l'utilizzo dei SOC8 deve essere preso da professionisti come uno strumento utile, un terzo attore che possa regolare la relazione tra professionista e utente, che, come abbiamo già detto, è più obbligata che voluta.

In Italia si chiede ancora alle persone che svolgono una funzione come psicoterapeuta di farsi garanti di un passaggio come esperto del trattamento in caso di richiesta di affermazione del genere. Per lo più, si è interpellato dalle persone *Transgender e Gender Diverse* non per trattare la propria sofferenza, ma come esperto da convincere per poter passare da una sembianza all'altra con l'assunzione di ormoni e l'aiuto della chirurgia estetica, da un nome all'altro per ottenere una nuova identità anagrafica, da una rettifica degli organi sessuali attraverso la chirurgia.

<sup>5</sup> Jacques Lacan, negli anni '70, ha elaborato la teoria dei nodi dove i tre registri Immaginario – Simbolico e Reale nel loro intreccio sono costitutivi dell'esperienza umana. Il Reale tra i tre registri è quello che ha a che fare con ciò che non è spiegabile, è fuori senso, cioè fuori dalla presa dell'immagine e del simbolo, il reale è l'impossibile da sopportare.

<sup>6</sup> Utilizzo *psi* per includere nel suffisso, senza declinarli uno per uno: psicologo, psicoterapeuta, psicoanalista.

L'incontro con la psicologa o psicoterapeuta è la prima strettoia sulla via del transitare. La strettoia si può rovesciare però, se chi si trova ad essere chiamato nella posizione di *psi*, non usa il potere che la sua posizione potrebbe conferirle, ma si lascia orientare da ciò che si produce nel discorso del soggetto. Ecco che i SOC8 posso assumere dunque una funzione non protocollare ma piuttosto rappresentare delle preziose linee guida per orientare l'operatore, per regolare la relazione tra *psi* e utente con la finalità di fare posto alle singolarità delle persone che lo interpellano.

## Conclusioni

Nell'ultimo decennio, il paradigma della divisione binaria dei sessi traballa sempre più, vibra come un diapason, oscilla, sborda. La messa in questione della posizione sessuata buca la cornice dicotomica uomo-donna, e sempre più persone, anche giovanissime, sono toccate da questa questione. Ne sono testimonianza le narrative delle persone *Transgender*, *Gender Diverse*, che nel rendere conto del proprio disagio nel corpo non utilizzano più l'enunciazione principe che era *essere intrappolata nel corpo sbagliato*, circoscritta e collocabile nella binarietà dei due sessi. Utilizzano un'altra enunciazione: *disforia di genere*, che è più enigmatica. Cosa vuol dire *disforia di genere*? Se non la si prende non nella sua dimensione universale *passpartout*, ma piuttosto nella sua dimensione singolare ciascuno ne offre una sua declinazione: è un'oscillazione, un perturbamento nel corpo, è una distorsione dell'immagine allo specchio che crea malessere e che si produce ogni tanto, è il rigetto dei propri genitali, ecc. Ciò che è auspicabile è che per ciascuna possano prodursi le condizioni affinché quel passaggio si declini in modo singolare, come risultato di un annodamento dei tre registri simbolico, immaginario e reale in modo che ciascuna possa costruire le proprie invenzioni. Va inoltre precisato che se da un lato i SOC sono necessari all'operatore sanitario per porre anche un limite a una arbitrarietà singolare che inevitabilmente rischia di essere agita, dall'altro possono rappresentare un elemento di disturbo per le soggettività *Transgender* e *Gender Diverse* che desiderano potersi autodeterminare rispetto alle scelte singolari che ciascuno compie rispetto al proprio genere. Le persone *Transgender* e *Gender Diverse* sono anche costrette a sottoporsi a una medicalizzazione durante il corso di tutta la vita a causa dell'assunzione degli ormoni. Ecco perché si rende necessaria la creazione di un linguaggio ampio e di pratiche orientate dal desiderio di limitare il *minority stress* che inevitabilmente tocca le vite delle persone *Transgender* e *Gender Diverse* nelle nostre società. Mi sembra di poter dire che se l'operatore della salute sapranno utilizzare ciò che i SOC8 propongono non come uno scudo protettivo da applicare attraverso gli standard, ma come strumento dialettico da interpretare che permette loro di orientarsi nell'accompagnare le soggettività *Transgender* e *Gender Diverse* nel loro percorso, prese una per una, in modo singolare, allora, sarà anche possibile un piccolo salto di paradigma nella politica delle cure anche in Italia.

## Bibliografia

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: 5<sup>th</sup> Edition*. Arlington: American Psychiatric Publishing.
- Ballarin C., Padovano R. (a cura di) (2013). *Equimesi in amazzonia, dialoghi intorno alla depatologizzazione della transessualità*. Udine: Mimesis.
- Bottone M., Valerio P., Vitelli D. (a cura di) (2004). *L'enigma del transessualismo*. Milano: Franco Angeli.
- Califia P. (2013). *Sex Changes. The Politics of Transgenderism*. San Francisco: Cleis Press.
- Gheno V., Dalponte P., Acanfora F. (2022). *Chiamami così. Normalità, diversità e tutte le parole nel mezzo*. Trento: Il Margine.
- Graglia M. (2019). *Le differenze di sesso, genere e orientamento. Buone prassi per l'inclusione*. Roma: Carocci.
- Graglia M. (2022). *Pratica sanitaria e identità transgender. Buone prassi per l'assistenza sanitaria agli/alle utenti transgender*. Reggio Emilia: Ausl-IRCSS.
- Lacan J. (2006). "Il simbolico, l'immaginario e il reale (1953)" in *Dei Nomi-del-Padre*. Torino: Einaudi.
- Lacan J. (2011). *Il seminario Libro XX., Ancora, (1972-1973)*. Torino: Einaudi.
- Lacan J. *Il seminario Libro XXIII, Il sinthomo, (1975-1976)*. Torino: Einaudi.
- Nicotra M. (2006). *TransAzioni*. Milano: Il dito e luna.
- Nicotra M. (2019). *Il canto dei sireni, invenzioni trans/singolari e psicoanalisi lacaniana*. Napoli: Ed. Scientifica.
- Prosser J. (1998). *Second skin*. New York: Columbia University Press.
- Valerio P., Vitelli R. (a cura di) (2012). *Sesso e genere. Uno sguardo tra storia e nuove prospettive*. Napoli: Liguor.

# Standard di cura per la salute delle persone transgender e gender diverse, versione 8: la sezione per il non binarismo

Marianna Coppola\*, Antonio Gnazzo\*\*, Giuseppe Masullo\*\*\*

**Sommario** - Il presente lavoro ha come obiettivo la disamina di quelle che sono le raccomandazioni proposte agli operatori sanitari che si trovano a seguire percorsi di affermazione di genere di persone non binarie. Le persone non binarie, partendo dal concetto di varianza di genere e quindi di incongruenza tra il genere assegnato alla nascita e la propria identità di genere, sono quelle persone che vivono la loro identità di genere al di fuori del binarismo maschile o femminile. Il non binarismo suggerisce una stimolante prospettiva in cui l'identità di genere deve essere considerata all'interno di uno spettro non lineare in cui mascolinità e femminilità non sono opposti che si annullano. La letteratura sul non binarismo ha evidenziato quanto l'assenza di formazione del personale sanitario e di linee guida chiare rappresenti un fattore di rischio sia per l'accesso sia per un sereno proseguimento delle persone non binarie in percorsi di assistenza e cura. In quest'ottica la World Professional Association for Transgender Health (WPATH), l'associazione internazionale multidisciplinare di professionisti la cui missione è quella di promuovere il più alto livello di standard di cura e assistenza delle persone transgender e gender diverse, si occupa della redazione periodica degli Standards of Care (SOC), arrivati alla loro ottava versione. In questo lavoro andremo ad esplorare gli aspetti legati all'importanza di assessment e trattamenti personalizzati per persone non binarie sia in termini di terapia ormonale sia per quanto riguarda gli interventi chirurgici di affermazione di genere. In questa ottica i SOC sembrerebbero poter rappresentare un utile strumento volto a favorire sia il lavoro del personale sanitario sia l'esperienza delle persone non binarie nei percorsi di affermazione di genere.

**Parole chiave:** SOC-8; non-binarismo, Non-binary; Transgender, identità di genere.

**Abstract** - Standards of care for transgender and gender diverse people, version 8: the chapter for nonbinary individuals

*The purpose of this paper is to explore what are the recommendations proposed to health care professionals (HCPs) who works with nonbinary people in gender affirmation pathways. Nonbinary people, with reference to the concept of gender variance and gender incongruence, are those people who experience their gender identity outside of the male/female gender binary. The construct of nonbinary suggests a challenging viewpoint in which gender identity must be considered within a nonlinear spectrum where masculinity and femininity are not opposites that cancel each other out. The literature on the topic has highlighted how the absence of both trained health professionals and clear working guidelines are risk factors for nonbinary people's access and continuation in care pathways. Following this perspective, the World Professional Association for Transgender Health (WPATH), the international multidisciplinary association of professionals whose mission is to promote the highest level of standards of care and assistance for transgender and gender diverse people, has the goal of periodically drafting the Standards of Care (SOC), currently in its eighth version. In this paper, we explored the importance of individualized assessment and treatment for nonbinary people with respect to hormone therapy and gender affirming surgeries. It would seem that SOC-8s represent a useful perspective to look at the work of health care professional and the experience of non binary people in gender affirmation pathways.*

**Key words:** SOC-8; non-binarism, Non-binary; Transgender, gender identity.

\* Università del Molise.

\*\* Dipartimento di Scienze Umane, LUMSA Università di Roma.

\*\*\* Università di Salerno.

## Introduzione

Il termine “non binario” è ampiamente utilizzato per riferirsi a quelle persone che vivono la loro identità di genere al di fuori del binarismo di genere maschile/femminile (Hegarty, Ansara e Barker, 2018; Schudson e Morgenroth, 2022). Più precisamente è utilizzato come termine ombrello sotto cui cadono una moltitudine di identificazioni di genere esterne al binarismo maschile/femminile e che includono il non identificarsi in nessun genere, la fluidità di genere, la presenza contemporanea di più identità di genere (Koehler, Eyssel, e Nieder, 2018; Kuper *et al.*, 2018; Richards *et al.*, 2016; Speechley, Stuart e Modeky, 2024; Vincent 2019) e, in generale, diverse possibilità di identificazione *genderqueer* (Hegarty *et al.*, 2018; Schudson, & Morgenroth, 2022). Scandurra e Valerio (2018) sottolineano, appunto, come le persone *transgender* e *gender nonconforming* (TGNC) rappresentano una popolazione estremamente eterogenea non riducibile a un continuum maschile-femminile, ma maggiormente comprensibile in una prospettiva dimensionale in cui è possibile sganciarsi dai modelli socio-culturali di mascolinità e femminilità (Scandurra e Valerio, 2018; Vitelli *et al.*, 2017). Come suggerisce Vincent (2020) è utile ampliare il concetto di genere, socialmente utilizzato per categorizzare gli elementi che compongono l'identità sessuale in maschile/femminile, in una prospettiva in cui il genere acquista una gamma più ampia di significati, senza che questi vengano considerati indicativi di una complessità clinica.

La stima del numero di persone con una identità non binaria è molto variabile. In generale, attraverso un'analisi della letteratura eseguita nel 2018, Nieder, T'Sjoen, Bouman, e Motmans (2018) evidenziano come circa il 20% della popolazione transgender si identifica come non binario. Sempre nel 2018, da uno studio condotto nel Regno Unito è emerso che su 14.320 persone transgender intervistate, circa il 52% si identificava come non binario (Government Equalities Office, 2018). Numeri importanti sembrano emergere anche da analisi effettuate sulla popolazione generale. In uno studio canadese del 2018 (Clark *et al.*, 2018) condotto su 38.000 giovani adolescenti tra i 12 e i 19 anni è emerso che circa lo 0.8% si identificava come non binario. Dati simili sono riportati in uno altro studio del 2018 (White, Moeller, Ivcevic e Brackett, 2018) condotto su 19.385 studenti americani tra i 13 e i 19 anni in cui è emerso che l'1,8% degli intervistati si identificava come non binario e in uno studio condotto da Hughes, MacGilleEathain e Sykes (2018) in Scozia su 1.195 individui tra i 12 e i 24 anni di cui l'1% si identificava come non binario.

È utile considerare che questi numeri possono in realtà rappresentare una sottostima della distribuzione delle persone con identità non binaria tra la popolazione (Burgwal *et al.*, 2019; James *et al.*, 2016; Watson, 2020; Wilson, & Meyer, 2021). Tale sottostima dipende, in parte, dalla difficoltà che le persone non binarie hanno nell'accedere ai servizi di assistenza (Chen *et al.*, 2021; Twist, de Graaf, 2019). Uno dei motivi principali sembrerebbe essere la forte stigmatizzazione sociale che tenderebbe a ricondurre tutto al ripristino del binarismo di genere (Scandurra e Va-

lerio, 2018). A oggi, molti centri specializzati nei percorsi di affermazione di genere sembrerebbero non essere adeguatamente preparati ad assistere le persone non binarie (Clark *et al.*, 2018; Goldberg *et al.*, 2019; Thorne *et al.*, 2018). Diversi studi (Kcomt *et al.*, 2020; Valentine, 2016; Vincent, 2020) riportano la tendenza del personale sanitario a non riconoscere il non binarismo come una possibile identità di genere e di essere quindi convinti che le persone con identità non binaria non abbiano bisogno di accedere ai percorsi di affermazione di genere o, al fine di accedere a tali percorsi, spingano le persone non binarie a presentarsi come uomini transgender o donne transgender (Bradford *et al.*, 2019; Taylor *et al.*, 2019).

Indipendentemente dalla volontà di accedere a percorsi di affermazione di genere, sembrerebbe che le persone non binarie, per paura del pregiudizio da parte del personale sanitario, tendano a rimandare le cure in generale e la possibilità di un sostegno alla loro salute (Burgwal e Motmans, 2021), più di quello che possono fare gli uomini transgender o le donne transgender (Burgwal e Motmans, 2021; Grant *et al.*, 2011). In generale, anche per questi motivi, le persone non binarie presentano livelli di qualità della vita sostanzialmente più bassi rispetto alle persone cisgender e transgender binarie (Government Equalities Office, 2018) e maggiori rischi per quanto riguarda i problemi di salute mentale Matsuno e Budge, 2017). Sempre rispetto alle persone transgender binarie, le persone non binarie riportano più alti livelli di sintomi depressivi, ansia, disabilità e malattie croniche (Motmans e Burgwal, 2018).

Al fine di tutelare la salute delle persone non binarie e permettere loro l'accesso ai percorsi di affermazione di genere, appare evidente l'importanza che il personale sanitario sia adeguatamente formato e in grado di offrire percorsi sicuri ed efficaci (Coleman *et al.*, 2022).

## **Gli standard di cura per la salute delle persona transgender e gender diverse, versione 8**

Nonostante alcune persone non binarie non intendano accedere a un percorso di affermazione di genere al fine di alleviare la disforia di genere e/o aumentare la soddisfazione per il proprio corpo attraverso interventi chirurgici o la terapia ormonale (Burgeal e Motmans, 2021) altre persone ritengono che tali interventi siano necessari (Jones *et al.*, 2019). È compito del personale sanitario essere in grado di accogliere tali richieste. Proprio in questa ottica la World Professional Association for Transgender Health's (WPATH), un'associazione internazionale e multidisciplinare che ha come obiettivo la cura e il rispetto per la salute delle persone transgender, si occupa di redigere quelle che sono linee guida per il personale sanitario che si trova ad assistere le persone transgender e gender diverse all'interno dei percorsi di affermazione di genere. Tali linee guida prendono il nome di Standards of Care (SOC), attualmente arrivate alla loro ottava versione (SOC-8). I SOC-8 si basano sui più recenti risultati scientifici e sul consenso di esperti su tema della salute delle persone transgender e hanno la caratteristica di essere fles-

sibili e applicabili globalmente (Coleman *et al.*, 2022). Si dividono in 18 capitoli ognuno dei quali contiene delle raccomandazioni di lavoro per il personale sanitario. I primi quattro capitoli sono relativi alla terminologia, all'applicabilità, alle stime sulla popolazione e ad aspetti legati alla formazione. I capitoli successivi sono specifici per l'assessment di adulti, adolescenti, bambini, persone non binarie, eunuchi, intersessuali e persone che vivono all'interno di comunità. Chiudono i capitoli relativi alla terapia ormonale, agli interventi chirurgici e cure post operatorie, a tutto quello che riguarda la voce e la comunicazione, le cure primarie, la salute riproduttiva, sessuale e mentale.

Per l'obiettivo del presente lavoro verranno presentate le raccomandazioni proposte nel capitolo 8, relativamente alle persone non binarie.

## SOC-8, la sezione per il non binarismo

Il capitolo 8 relativo alle persone non binarie è un capitolo nuovo e non presente nella versione 7 degli Standards of Care. In questo capitolo si affronta in modo ampio cosa si intende con il termine non binario partendo da una prospettiva biopsicosociale e culturale per poi addentrarsi maggiormente nelle 4 raccomandazioni proposte al personale sanitario.

### ■ Indicazione 8.1

Come prima indicazione, i SOC-8 raccomandano al personale sanitario di offrire alle persone non binarie un assessment e un trattamento individualizzato e che permetta di affermare la loro identità non binaria. Viene sottolineato come un assessment personalizzato nasca dalla comprensione, da parte del personale sanitario, di come una persona non binaria vive la propria identità di genere senza che vengano formulate ipotesi a priori anche rispetto a quelli che possono essere i bisogni di assistenza (Coleman *et al.*, 2022).

Viene suggerito di pensare a contesti clinici accoglienti e inclusivi rispetto l'identità e l'esperienza non binaria, in cui è possibile garantire la privacy, prevedere delle alternative rispetto all'utilizzo del nome legale e dei pronomi legati al genere che andrebbero chiesti durante il primo incontro e nei successivi, così come prevedere la presenza di servizi igienici gender neutral (Burgwal *et al.*, 2021, Coleman *et al.*, 2022).

Un'attenzione particolare viene data agli strumenti diagnostici usati per la valutazione della disforia di genere e che tendono a presupporre che le persone sperimentino il loro genere in una prospettiva binaria (McGuire *et al.*, 2018; McGuire *et al.*, 2020). In questa ottica assume maggiore valore il colloquio clinico in grado di comprendere le unicità di ogni singola persona anche rispetto agli aspetti di disforia.

Un assessment personalizzato si esprime anche nella comprensione di quelle che possono essere le richieste peculiari di una singola persona relativamente agli interventi medici e chirurgici. Si è visto come alcune richieste saranno associate a

quelle tipicamente associate agli uomini e alle donne transgender, altre richiedono approcci alternativi come il *microdosing* ormonale e gli interventi chirurgici senza terapia ormonale (Burgwal e Motmans, 2021).

Al fine di offrire sempre un assesment individualizzato è opportuno che tutto il personale sanitario sia costantemente aggiornato sulle evoluzioni degli interventi e opzioni terapeutiche.

### ■ Indicazione 8.2

La seconda indicazione fornita, invita il personale sanitario a considerare la possibilità di interventi medici di affermazione di genere (terapia ormonale o chirurgia) anche in assenza di transizione sociale (Coleman *et al.*, 2022).

Tale indicazione prova a superare quanto previsto in passato relativamente al “vivere in un ruolo di genere congruente alla propria identità di genere”, aspetto che per le persone non binarie potrebbe non rappresentare, in modo preciso, il proprio vissuto (Coleman *et al.*, 2022). All’interno di una cornice sociale e culturale prettamente binaria, per le persone non binarie potrebbe essere difficile essere riconosciute attraverso la loro espressione di genere e, quindi, per il personale sanitario potrebbe essere difficile “riconoscere” una transizione sociale così come comunemente considerata. Come sottolineato dagli stessi SOC-8 (Coleman *et al.*, 2022), delle convinzioni rigide su come dovrebbe essere una transizione rischiano di essere un ostacolo alle cure delle persone non binarie.

### ■ Indicazione 8.3

Il terzo punto su cui i SOC-8 si sono soffermati è relativo agli interventi chirurgici di affermazione di genere. In questo caso viene raccomandato al personale sanitario di prendere in considerazione tali interventi anche in assenza di terapia ormonale. Questa indicazione nasce da quanto visto in letteratura rispetto alle richieste da parte delle persone non binarie di interventi chirurgici per alleviare la disforia di genere legata al proprio corpo, senza che vi sia, al contempo, il desiderio di sottoporsi a una terapia ormonale (Burgwal e Motmans, 2021) o, per motivi medici, la terapia ormonale non è possibile (Nieder *et al.*, 2020).

Altro aspetto fondamentale su cui tale paragrafo si è soffermato è che il personale sanitario informi la persona che sta richiedendo un intervento chirurgico di affermazione di genere, che per ottenere il risultato desiderato, per alcuni interventi, è necessario almeno un periodo di terapia ormonale, come nel caso della metoidioplastica (Coleman *et al.*, 2022).

### ■ Indicazione 8.4

L’ultima indicazione è relativa agli effetti della terapia ormonale e degli interventi chirurgici sulla fertilità. Si sottolinea l’importanza di discutere, con tutte le persone non binarie, prima di iniziare un qualsiasi intervento chirurgico o terapia ormonale, sia del potenziale impatto di questi trattamenti sulla fertilità, sia delle

opzioni di preservazione della fertilità (Defreyne *et al.*, 2020; Quinn *et al.*, 2021). Viene inoltre indicata l'importanza di discutere della misura in cui la fertilità può o non può essere recuperata dopo la sospensione della terapia ormonale e del fatto che la terapia ormonale non è un metodo contraccettivo.

## Conclusioni

Gli Standards of Care, in questa loro ultima versione e relativamente alla sezione per il non binarismo, stimolano importanti riflessioni rispetto alla possibilità che figura sanitaria, che si trova a lavorare nel campo dell'identità di genere e dei percorsi di affermazione di genere, ha di poter offrire un contesto clinico che sia supportivo e rispettoso dell'identità delle persone transgender e gender diverse.

In un'ottica clinica affermativa, le persone non binarie dovrebbero poter considerare la loro identità di genere protetta e non discriminata. Nel tentativo di depatologizzazione delle persone transgender e, in particolare, delle persone non binarie, trova un ruolo importantissimo lo spazio di ascolto, sia del clinico rispetto ai vissuti identitari della persona transgender, sia della persona stessa rispetto ai propri vissuti identitari. A tal proposito, riteniamo che l'unico modo per proteggere questa possibilità sia quello di adottare ed utilizzare, a livello globale, le indicazioni fornite dai SOC-8, nella loro flessibilità.

## Bibliografia

- Bradford N.J., & Catalpa J.M. (2019). Social and psychological heterogeneity among binary transgender, non-binary transgender and cisgender individuals. *Psychology, & Sexuality, 10*(1), 69-82.
- Burgwal A., & Motmans J. (2021). Trans and gender diverse 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>
- Burgwal A., Gvianishvili N., Hard 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).
- Chen D., Abrams M., Clark L., Ehrensaft D., Tishelman A.C., Chan Y.M., ..., & Hidalgo M.A. (2021). Psychosocial characteristics of transgender youth seeking gender-affirming medical treatment: Baseline findings from the Trans Youth Care Study. *Journal of Adolescent Health, 68*(6), 1104-1111.
- Clark B.A., Veale J.F., Townsend M., Frohard-Dourlent H., & Saewyc E. (2020). Non-binary youth: Access to gender-affirming primary health care. In *Today's Transgender Youth* (pp. 44-55). Routledge.
- 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 Cuyper 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
- 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>
- Equalities Office National LGBT survey: Research report. 2018. Retrieved from: [https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/722314/GEO-LGBT-Survey-Report.pdf](https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/722314/GEO-LGBT-Survey-Report.pdf)
- Goldberg A.E., Kuvalanka K.A., Budge S.L., Benz M.B., & Smith J.Z. (2019). Health care experiences of transgender binary and nonbinary university students. *The Counseling Psychologist*, 47(1), 59-97.
- Grant J., Lisa A., Mottet J., Tanis D., With J., Harrison J., Herman M., & Keisling M.H. (2011). Injustice at every turn: A report of the National Transgender Discrimination Survey. [https://transequality.org/sites/default/files/docs/resources/NTDS\\_Report.pdf](https://transequality.org/sites/default/files/docs/resources/NTDS_Report.pdf)
- Hegarty P., Ansara Y.G., & Barker M.-J. (2018). Nonbinary gender identities. In N.K. Dess, J. Marecek, & L.C. Bell (Eds.), *Gender, sex, and sexualities: Psychological perspectives* (pp. 53-76). Oxford University Press.
- Hughes R., MacGilleEathain R., Sykes J. Improving sex and relationships education in remote and rural Scotland: Collecting the views and experiences of young people in the Highlands. *HIV Med* 2018;19:S91.
- James S.E., Herman J.L., Ranki, 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>
- 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>
- Kcomt L., Gorey K.M., Barrett B.J., & McCabe S.E. (2020). Healthcare avoidance due to anticipated discrimination among transgender people: A call to create trans-affirmative environments. *Elsevier*, 11, 100608. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2020.100608>

- Koehler A., Eyssel J., & Nieder T.O. (2018). Genders and individual treatment progress in (non-) binary trans individuals. *The journal of sexual medicine*, *15*(1), 102-113.
- Kuper L.E., Wright L., & Mustanski B. (2018). Gender identity development among transgender and gender nonconforming emerging adults: An intersectional approach. *International Journal of Transgenderism*, *19*(4), 436-455.
- Matsuno E., & Budge S.L. (2017). Non-binary/genderqueer identities: A critical review of the literature. *Current Sexual Health Reports*, *9*(3), 116-120.
- 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>
- Motmans J., & Burgwal A. (2018). Health disparities between binary and non-binary trans people: A community Driven Survey. *International Journal of Transgenderism*, *20*(2p3), Advance online publication. doi:10.1080/15532739.2019.1629370
- Nieder T.O., T'Sjoen G., Bouman W.P., & Motmans J. (2018). Transgender healthcare for non-binary or genderqueer People: Interdisciplinary perspectives in a clinical challenge. *International Journal of Transgenderism*
- Nieder T.O., Eyssel J., & Kohler 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>
- Quinn G.P., Tishelman A.C., Chen D., & Nahata L. (2021). Reproductive health risks and clinician practices.
- 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.
- Scandurra C., & Valerio P. (2018). Sulla pratica clinica affermativa con le persone transgender e gender nonconforming: Nuove linee-guida dell'American Psychological Association. *La Camera Blu. Rivista Di Studi Di Genere*, (18).  
<https://doi.org/10.6092/1827-9198/5611> Vitelli *et al.*, 2017.
- Schudson Z.C., & Morgenroth T. (2022). Non-binary gender/sex identities. *Current opinion in psychology*, *48*, 101499.
- Speechley M., Stuart J., & Modecki K.L. (2024). Diverse Gender Identity Development: A Qualitative Synthesis and Development of a New Contemporary Framework. *Sex Roles*, *90*(1), 1-18.
- Taylor J., Zalewska A., Gates J.J., & Millon G. (2019). An exploration of the lived experiences of non-binary individuals who have presented at a gender identity clinic in the United Kingdom. *International Journal of Transgenderism*, *20*(2-3), 195-204.  
<https://doi.org/10.1080/15532739.2018.1445056>
- Thorne N., Witcomb G.L., Nieder T., Nixon E., Yip A., & Arcelus J. (2020). A comparison of mental health symptomatology and levels of social support in young treatment seeking transgender individuals who identify as binary and non-binary. In *Non-binary and Genderqueer Genders* (pp. 123-132). Routledge.

- Twist J., & de Graaf N.M. (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.
- Valentine V. (2016). Non-binary people's experiences of using UK gender identity clinics. S. T. E. Network.  
<https://www.scottishtrans.org/wp-content/uploads/2016/11/Non-binary-GIC-mini-report.pdf>
- 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.  
doi: 10.1080/15532739.2018.1534075. PMID: 32999601; PMCID: PMC6831034
- Vincent B. (2020). *Non-binary genders: Navigating communities, identities, and healthcare*. Policy Press.
- Watson R.J., Wheldon C.W., & Puhl R.M. (2020). Evidence of diverse identities in a large national sample of sexual and gender minority adolescents. *Journal of Research on Adolescence*, 30(S2), 431-442.  
<https://doi.org/10.1111/jora.12488>
- White A.E., Moeller J., Ivcevic Z., & Brackett M.A. (2018). Gender identity and sexual identity labels used by U.S. high school students: A co-occurrence network analysis. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 5(2), 243-252.  
<https://doi.org/10.1037/sgd0000266>
- Wilson B.D., & Meyer I.H. (2021). *Nonbinary LGBTQ Adults in the United States*. UCLA School of Law Williams Institute.

# Repressione, produzione e performatività nella sfera sessuale

Elia Fabbri\*

**Sommario** - L'articolo confronta alcune teorie relative al genere e al potere che agisce sulla sessualità per rispondere ad alcune domande. Riguardo il potere, si è trattato di confrontare due autori: Mario Mieli e Michel Foucault. Il primo dà seguito alla teoria repressiva della sessualità nata intorno a Wilhelm Reich e sviluppa un pensiero che si concentra sui desideri tra cui, in particolare, il desiderio omosessuale presente in ciascuno di noi e represso dalla società. In generale, Mieli ipotizza un alveo di desideri polimorfo antecedente ad un soggetto represso dalle norme sociali e vorrebbe liberarlo dalla costrizione. Il secondo, al contrario, contestualizza l'ipotesi repressiva concependo un potere che produce i soggetti stessi che rivendicano il diritto di essere liberi rispetto ad un potere giuridico-repressivo che agisce dall'alto verso il basso. Ecco che, secondo Foucault, il potere gradirebbe essere rappresentato come repressivo, perché nasconderebbe la natura pervasiva del suo reale funzionamento. Dunque, come primo obiettivo, l'articolo tenta di trovare, attraverso un punto di vista esperienziale, una sintesi tra queste due ipotesi tanto diverse quanto complementari tenendo conto che non si può fare esperienza all'esterno delle dinamiche di potere. Inoltre, considerando il pensiero di Judith Butler, il secondo obiettivo dell'articolo è mostrare i nessi causali tra la produzione biopolitica del sesso e le prescrizioni che il potere giuridico attua sui corpi classificati dal sesso stesso. In tal senso, vengono presi in esame gli scritti di Porpora Marcasciano e vengono approfondite alcune questioni di carattere ontologico che determinano i risultati della biologia. Infine, in relazione ai due obiettivi dell'articolo vengono citati, tra gli altri, autori come de Beauvoir e Freud.

**Parole chiave:** *transessualità, discorso, genere, sesso.*

## **Abstract** - Repression, production and performativity in the sexual sphere

*The article compares some theories of gender and power in relation to sexuality in order to answer some questions. Regarding power, it compares two authors: Mario Mieli and Michel Foucault. The former follows the repressive theory of sexuality that emerged around Reich and develops a thought that focuses on desires, including the homosexual desire that is present in each of us and repressed by society. In general, Mieli hypothesises a polymorphous bed of desires that precedes a subject repressed by social norms and that he wants to free from constraints. The second, on the other hand, contextualises the repressive hypothesis by conceiving of a power that produces the subjects themselves, who claim the right to be free, as opposed to a legal-repressive power that acts from above. Here, according to Foucault, power wants to be presented as repressive because it would conceal the pervasive nature of its real operation. Therefore, the first objective of the article is to try to find a synthesis between these two hypotheses, which are as different as they are complementary, from an experiential point of view taking into account that one cannot experience power dynamics from the outside. Furthermore, the second aim of the article is to show, in the light of Judith Butler's thought, the causal links between the biopolitical production of gender and the prescriptions that legal po-*

\* Dottore in Filosofia e forme del sapere presso l'Università di Pisa.

*wer imposes on bodies classified by gender itself. In this sense, the writings of Porpora Marcasciano are examined and some ontological questions that determine the results of biology are explored. Finally, authors such as de Beauvoir, Wittig, and Freud, among others, are cited in relation to the two objectives of the article.*

**Key words:** transsexuality, discourse, gender, sex.

## Introduzione

Studiando il pensiero di Mieli si nota che il termine transessuale, nelle sue opere, assume una connotazione originale. L'autore italiano usa il termine non tanto per descrivere una particolare condizione esistenziale di una parte della popolazione ma, al contrario, per indicare una caratteristica dei desideri presente in ognuno di noi. Inoltre, è convinto che la società reprima tale inclinazione e, di conseguenza, inneggia i lettori a liberare quei desideri sia invitandoli a lavorare su se stessi, sia suggerendoli di diffondere il suo messaggio. Con questi presupposti, egli vuole creare una società basata sulla libertà e sul recupero dell'uomo dall'alienazione di se stesso. Foucault, al contrario, studia innumerevoli documenti dell'età moderna e, interpretandoli, sostiene che i discorsi sul sesso si siano proliferati senza sosta dal XVI secolo.

Tale proliferazione ha generato il *binarismo* sessuale e moltiplicato le identità sessuali. Per cui, nel suo quadro teorico, è più corretto parlare di produzione da parte del potere, piuttosto che di repressione, sia per quanto riguarda il soggetto, sia per quanto riguarda le categorie del sesso. Dunque, sono tenute in considerazione: la pervasività del potere descritto da Foucault, alcuni aspetti peculiari del divieto e i presupposti che potrebbero realizzare la società comunista teorizzata da Mieli. In seguito, attraverso tali considerazioni, vengono affrontate alcune questioni. Poi, in relazione a queste teorie, sono discussi alcuni assunti teorizzati da Butler, in particolare: il rapporto sesso-genere, la performatività e l'economia binaria eterosessuale. Infine, viene posto l'accento sulla vita delle persone trans e l'importanza della loro esperienza.

## Mario Mieli e il potere repressivo

Il pensiero di Miele teorizza, al principio di ciò che chiama *Eros*, un alveo di desideri polimorfo che esprime tutti i possibili orientamenti sessuali della persona umana e, per descrivere tale agglomerato, si serve del termine *transessuale*. Risulta quindi evidente che, al contrario di come venga inteso generalmente il termine, la parola *transessuale* nell'orizzonte teorico di Mieli non ha nulla a che vedere né con la disforia di genere né con l'affermazione di un genere diverso da quello assegnato alla nascita tramite cure ormonali e/o interventi chirurgici. Il termine acquista una valenza completamente diversa, la quale non si riferisce a quel sistema classificatorio caratterizzato dal sesso, dal genere e dall'orientamento ses-

suale. L'attivista italiano che, in *Elementi di critica omosessuale*, ha citato direttamente sia Freud che Ferenczi, prende spunto proprio dagli studi psicanalitici per elaborare la sua visione transessuale dei desideri e pone tale concetto in un punto centrale del suo sistema. Infatti, richiamandosi agli scritti marxisti, il nostro vede nell'*Eros* la sottostruttura dei rapporti economici; quindi, per realizzare il suo scopo, cioè la creazione di una società comunista, ritiene necessario soffermarsi in primo luogo proprio su questa base da cui, soltanto successivamente, si sviluppano prima le strutture economiche e, infine, le sovrastrutture come la filosofia e la religione. Dunque, l'obiettivo primario del suo piano rivoluzionario è liberare la *transessualità* presente in tutti gli individui, ma repressa dalla società capitalista, per disintegrare l'io unidimensionale tipico di quella società, e consentire alle persone sia di avere rapporti erotici di tutti con tutti, considerando anche *nuovi rapporti gay tra donne e uomini*, sia di sviluppare un'intersoggettività totale. In tal caso, secondo Mieli, si realizzerebbe quel regno della libertà in grado di farci vivere "nuove condizioni di esperienza di noi stessi, di visione del mondo e di possibilità di agire sul mondo" (Mieli, 2002, p. 168), a cui ha dedicato gran parte dei suoi scritti. L'autore italiano, laureatosi in filosofia nel 1976, è molto chiaro nel sostenere la necessità che tutta la popolazione metta in discussione i propri desideri, poiché qualsiasi individuo che rifiutasse a priori la possibilità di avere un rapporto amoroso con un'altra persona, qualsiasi siano le sue caratteristiche anatomiche, alimenterebbe quel sistema economico-capitalista il quale prosciuga le energie erotiche degli individui, attraverso un modello normativo eterosessuale, con l'obiettivo di svilupparsi all'infinito, senza salvaguardare il benessere della maggior parte di essi.

Già Freud aveva considerato le necessità economiche come rapporti nei quali veniva incanalata l'energia sessuale sottratta alla vita sessuale. Studi sulla sessualità, i suoi, che suscitavano grande scandalo, perché mostrarono l'esistenza di una sessualità nella "stagione dell'innocenza umana" (Freud, 1975, p. 11), ovvero l'infanzia. Quindi già nei primi anni del Novecento, in perfetta conformità con l'ipotesi di Foucault, il concetto di sessualità si trasforma e i discorsi sul sesso proliferano. Però, in aggiunta alla sessualità eterosessuale, negli anni Settanta, secondo le riflessioni di Mieli in un articolo del 1976, si ha anche una uno sfruttamento mercificante delle cosiddette perversioni.

Una tolleranza dell'omosessualità, da parte di una società che non consente all'alveo polimorfo dei desideri presente negli esseri umani di risorgere, ha tra i suoi scopi, appunto, la mercificazione dell'omosessualità stessa, al servizio di quel capitalismo da cui l'*Eros* dovrebbe affrancarsi. Difatti, in un articolo scritto nel 1972, Mieli nota un fatto esplicativo riguardo le sue paure: nei paesi capitalisti è permesso essere gay, ma ciò significa anche essere parallelamente considerati pervertiti, delinquenti o immorali.

Una similitudine, da questo punto di vista, lo scrittore italiano la trova con la questione ebraica a cui Marx ha dedicato alcuni scritti. In particolare, si riferisce all'articolo intitolato *Sulla questione ebraica* del 1884. Secondo Karl Marx,

l'emancipazione politica offerta dai paesi capitalisti non è abbastanza, poiché consente, ad esempio, la libertà di culto agli ebrei, ma non permette l'emancipazione dell'uomo dall'alienazione da sé, la quale, in quel caso specifico, avverrebbe soltanto eliminando la religione. In tal modo, appare evidente che l'unica maniera in cui l'ebreo possa emancipare se stesso sarebbe non essere più ebreo. Però, osserva Mieli, la religione si può eliminare poiché è una sovrastruttura della società, mentre la sessualità, essendo una componente essenziale dell'animale-uomo, va soltanto liberata da tutte le sovrastrutture. Ciò, scrive, lo si può fare attraverso una rivoluzione del proletariato che non tenti di strumentalizzare i partiti per attuarsi, perché "essi sono specializzati nel recupero borghese di ogni iniziativa originariamente rivoluzionaria" (Mieli, 2019, p. 41).

In sintesi, Mieli si aspetta la conquista del potere politico e il rivoluzionamento della società, piuttosto di fare appello alla legge per attuare delle riforme. E se nei paesi dichiaratisi comunisti le condizioni degli omosessuali non sono buone significa che "questi paesi non siano affatto socialisti, bensì Stati capitalisti, dall'apparenza fenomenica in parte diversa da quella del capitalismo occidentale" (Mieli, 2019, p. 43).

Quindi, se il capitalismo ha pervaso perfino gli stati comunisti, anche la tendenza capitalista di servirsi della natura erotica dell'uomo per costringere egli stesso al lavoro ha pervaso quelli stati. Costrizione al lavoro che, beninteso, non è più necessaria se non per alimentare il circuito capitalista o, in altri termini, per mirare alla "conservazione di rapporti di produzione superati e alla saldezza dell'edificio sociale che su di essi è fondato" (Mieli, 2019, p. 43). Dunque la pratica omosessuale, in Mieli, è una vera e propria ribellione rispetto all'ordine capitalista e, parallelamente, anche eterosessuale-maschile che considera la prestazione, la produzione e la riproduzione al centro dei suoi interessi. In realtà, scrive, la costrizione della sessualità ai fini della procreazione non è mai stata necessaria per la riproduzione della specie, perché ciò avviene naturalmente.

## Il ribaltamento di prospettiva dell'indagine foucaultiana

Foucault, in particolare nell'opera *La volontà di sapere*, introduce le sue argomentazioni parlando della borghesia vittoriana e dell'inclinazione, comune in quel periodo storico, di bandire tutti gli aspetti della sessualità che non erano finalizzati alla procreazione. Si trattava, in estrema sintesi, di atti repressivi alla stregua di quelli denunciati da Mieli. Però, questa concezione del potere, osserva Foucault, è soltanto approssimativa e nasconde il meccanismo originale del suo funzionamento. Tenendo presente questa considerazione, le indagini del filosofo francese si spostano sulla categoria di  *sesso*.

Egli nota che, dal XVI secolo, i discorsi relativi al  *sesso* hanno subito una crescita e "non hanno mai cessato di proliferare" (Foucault, 2001, p. 20); dal XVII secolo la politica e l'economia lo analizzano al fine di saperlo gestire; infine, nel XVIII secolo, anche la giustizia, la psichiatria e la medicina penetrano dentro la

questione sessuale. In tal modo, secondo la ricostruzione di Foucault, si moltiplicano le classificazioni sulle sessualità insolite e nasce l'omosessuale come soggetto storico con una storia e un vissuto propri di quella precisa condizione. In parallelo, il criminale non è più tenuto a dire soltanto ciò che ha fatto, ma anche la verità su se stesso attraverso un metodo confessionale all'interno di un rapporto di potere: "il crimine diventa un *atto significativo* per la profilassi e la cura di un corpo sociale potenzialmente malato" (Rovatti, 2023, p. 120).

Dunque, le valutazioni presentate nei volumi del filosofo francese sulla storia della sessualità, presentano una riflessione sul potere differente rispetto al pensiero di Mieli. Il potere liberale, scrive, piuttosto di proibire, normalizza e disciplina. In tal senso, la *scientia sexualis* è l'approccio venutosi a creare attraverso l'indagine sul sesso perpetrata nel tempo nei modi descritti. In particolare, tale potere disciplinare, produce la verità sul sesso tramite una confessione dell'individuo verso il sapere medico che, adesso, ha la facoltà di stabilire normalità e patologia sulla questione. Di conseguenza, come accennavo, viene meno la concezione, onnipresente nell'opera di Mieli, di un potere repressivo; perciò, cade la netta separazione tra il legislatore con in mano gli strumenti per esercitare la repressione e una soggettività che subisce la costrizione.

Quindi, la matrice del potere non riguarda più un atto dall'alto verso il basso uniforme e giuridico, poiché quel tipo di manifestazione è solo un aspetto di facciata del potere. Il suo funzionamento primordiale, teorizzato da Foucault, avviene in un sostrato mobile, instabile, e genera dei punti di resistenza interni al suo pervasivo manifestarsi. Anche la sessualità, allora, prende forma all'interno di queste relazioni di potere pervasive. Essa è un sistema storico aperto, mentre la categoria di sesso è un mero prodotto che occulta la storia della sua stessa genesi. Ecco che, se non si considerano tali meccanismi, secondo Foucault si può finire per rivendicare certi diritti, basati sulle identità sessuali, inconsapevoli del fatto che, quelle rivendicazioni, alimenteranno la regolamentazione sostenuta dalla creazione di quelle categorie per mano del sostrato mobile da cui il potere proviene. In altre parole, credendo di liberarci ci chiudiamo nella soggettività individuale diventando agenti di quello stesso potere produttivo.

Foucault, evidentemente, non può parlare di *liberazione* come fa Mieli e, infatti, parla di *resistenza* nei confronti di un potere al quale non si può sfuggire mai del tutto. Anche l'individuo stesso, che in Mieli si potrebbe identificare con quell'alveo di desideri antecedente alla soggettività capitalista provvista di un io unidimensionale, in Foucault, emerge dentro le forme di potere e di dominio che ha teorizzato. Allora, piuttosto che parlare di soggetto-sostanza dal sapore metafisico, sarebbe più opportuno parlare di *soggettivazioni* prodotte da pratiche di sapere-potere. Rovatti, importante studioso di Foucault, a tal proposito suggerisce: "se c'è un messaggio che [Foucault] rivolge ai contemporanei, si tratta dell'invito a una lotta contro il nuovo soggetto-individuo nel quale veniamo identificati dal dispositivo biopolitico della società attuale" (Rovatti, 2023, p. 58). Dunque, così come il soggetto non è un'entità metafisica, anche la verità non lo è e, nonostante

ogni regime di verità crei l'illusione di un'oggettività, essa è frutto di pratiche di sapere-potere al pari di quelle soggettivizzanti. In seguito, Rovatti parla di libertà, ma in un modo molto diverso rispetto a Mieli. "Libertà [scrive] significa, piuttosto, praticare un'uscita da se stessi, un'*alterazione* della propria condizione di soggetti bloccati nei dispositivi identitari, un allargamento degli orizzonti dell'abitudine, [...] infine l'assunzione di un *rischio di esposizione*" (Rovatti, 2023, p. 63).

## Problemi e soluzioni

A questo punto, sembra giunto il momento di trovare una risposta alle due domande proposte nella prefazione, scritta da Paola Mieli e Massimo Prearo, alla raccolta degli articoli di Mieli intitolata *La gaia critica*. Ovvero, "come svincolarsi da tale ingranaggio [foucaultiano] nella materialità dell'esperienza?" (Mieli, 2019, p. 30) e poi "come riappropriarsi delle pratiche del quotidiano per sovvertirne dall'interno la natura teleguidata e alienata, spiazzare le attese stesse regolate dal sistema che le produce e manifestare una politica che sia un'estetica dell'esperienza?". La materialità dell'esperienza, a mio avviso, non è una realtà separata dai metodi di produzione del potere.

Butler, su questo punto, ha sviluppato un'analisi peculiare e ha descritto i meccanismi di *non-distinzione* che producono la parvenza di una distinzione tra una realtà pre-discorsiva e una discorsiva. La conoscenza acquisita mediante l'osservazione, l'uso e la pratica, del proprio *sex*, non possono svincolarsi dal meccanismo di produzione discorsiva del potere ma, ad esempio, si può apprendere in modo diverso rispetto all'economia binaria ottocentesca di produzione del *sex*. Dunque, modi differenti di conoscenza sono sempre possibili a patto che cambino i meccanismi di produzione discorsiva del potere. Il linguaggio, in tal senso, ha la facoltà di aprire nuove strade all'esperienza, però ciò non significa svincolarsi dall'*ingranaggio foucaultiano*. La fluidità rispetto al *binarismo*, ovvero il variare degli atti che creano l'illusione di una natura binaria antecedente ad essi, dovrebbe riuscire a disintegrare l'egemonia eterosessuale di quel meccanismo, ma mai cancellare le regole del gioco poiché, come scrive Butler, il potere "limita e costituisce le stesse possibilità volitive.

Dunque, il potere non può essere né annullato né respinto, lo si può solo rimettere in campo" (Butler, 2023, pp. 176-177). Inoltre, ci sono categorie, come alcune di quelle determinate dai significati di produzione ottocentesca, le quali hanno sfruttato la ripetizione, necessaria a mantenerle in vita, per sovvertire le dinamiche di produzione patriarcale. E se un giorno, grazie a questo processo di sovversione, la parola che adesso indica un'importante corrente filosofica di sovversione verrà sostituita con una completamente nuova rispetto al binarismo di genere, ciò non significherebbe cancellare il percorso che ha generato la corrente stessa. Quindi, sovvertire la natura teleguidata è possibile agendo in modo diverso rispetto a ciò che quel particolare segno linguistico prescrive e trovando nuove parole per descrivere quell'azione diversificata.

Riguardo Mieli e il problema del divieto, esso sembrerebbe persistere in superficie, ovvero in quel tipo di dispute orchestrate dai funzionamenti mobili e pervasivi del potere nelle quali emerge un problema prodotto nei termini delle sue logiche discorsive intrinseche di rapporti di potere e, di conseguenza, difficilmente risolvibile in senso assoluto.

Ad esempio, potremmo discutere all'infinito su un problema e, conseguentemente, se sia giusto o meno vietare un'azione, se con azione intendessi una forza che produca degli effetti su chi la fa, ma mai sugli altri esseri senzienti che non hanno compiuto l'azione stessa. Piuttosto, bisognerebbe considerare in che modo siano state prodotte le domande e, in secondo luogo, gli effetti di certi divieti e confrontarli con le conseguenze che si verificherebbero se non si ponesse quel divieto e si consentisse un'alternativa alle persone.

In altre parole, vietare significherebbe considerare come verità assoluta la visione che sostiene il divieto. Al contrario, evitare il divieto non darebbe valore assoluto al regime di verità che non rispetterebbe tale divieto. Darebbe, invece, la possibilità di scegliere se fare o meno quell'azione e, quindi, permetterebbe una pluralità che il divieto nega.

La questione si complica quando un'azione viola la libertà altrui, ma non mi sembra il caso dell'omosessualità/lesbismo/bisessualità né delle affermazioni di genere varianti rispetto al genere assegnato alla nascita. Il problema può sorgere nei contesti, come il periodo storico in cui viviamo, dove gruppi di persone si definiscono diversi gli uni dagli altri e, perciò, invece di ragionare in termini di umanità, ragionano in termini di gruppi d'interesse, spesso nazionalisti, in perenne conflitto tra loro. Essi, in passato, hanno tentato di assolutizzare un regime di verità, ad esempio sulla questione dell'aborto, sui diritti coppie omogenitoriali e sulle relazioni sentimentali. E senza dubbio, il divieto occorreva a questi gruppi al servizio del Capitale i quali, inevitabilmente, sono spesso fautori di guerre e necessitano di un grande numero di uomini da mandare a morire.

Per cui, con la retorica della riproduzione, hanno violato i diritti di tante persone tramite il divieto. Veri problemi di sopravvivenza della specie non ci sono, oggi la sovrappopolazione è sotto occhi di tutti ma, in termini generali, la riproduzione non è mai stata un problema in tal senso, poiché "la sessualità libera, in condizioni ambientali più o meno favorevoli riproduce naturalmente la specie, senza bisogno di essere soggetta ad alcun tipo di costrizione" (Mieli, 2019, p. 156). La lotta tra i gruppi di potere in seno al capitalismo, dunque, non permette di raggiungere il bene collettivo della società umana e richiede una sovra-riproduzione all'umanità per alimentare i conflitti tra gruppi capitalisti in competizione tra di loro. Il regno della libertà, inneggiato da Mieli, tramite cui dovremmo raggiungere una vera intersoggettività umana, allora, potrebbe realizzarsi soltanto se applicato in tutto il pianeta. "I problemi [scrive nel 1982] che ci affliggono li si risolve soltanto su scala planetaria. Il comunismo deve affermarsi globalmente" (Mieli, 2019, p. 222).

## Il decostruzionismo di Butler e le esistenze trans

In termini decostruzionisti, c'è un altro aspetto del pensiero di Mieli, oltre alla questione se il potere sia repressivo o produttivo, ad essere problematico. Quando egli afferma che la società *educastra* i desideri polimorfi dell'individuo antecedenti alla soggettività, pare cada nell'inganno orchestrato dall'economia binaria dei generi. Butler, come ho accennato, ha scritto pagine fondamentali per comprendere la dinamica sottesa e invisibile alla produzione della categoria del *sexso*. Allo stesso modo, ha decostruito alcune riflessioni di Freud e Lacan, per citarne alcuni; ed anche il pensiero di Mieli non sembra essere esente da critiche. Se de Beauvoir pone l'accento sugli aspetti culturali che si iscrivono sul sesso delle donne, Butler, grazie al contributo di Foucault, spiega come il *sexso* stesso, che sembra antecedente ai discorsi, sia in realtà prodotto da un *dispositivo* di potere-sapere.

Quindi, affermare, come fa Mieli, che esista un alveo di desideri represso e pre-soggettivo i cui sintomi nevrotici si manifestano all'interno della soggettività *educastrata* nella società capitalista, significa collocare l'alveo desiderante che ha teorizzato in un luogo inaccessibile. Sembrerebbe, allora, che sia l'io monodimensionale capitalista a creare l'illusione di un *momento* precedente al suo emergere, così come il *genere* produce l'apparato di produzione dei discorsi scientifici per mezzo dei quale sono stati istituiti i sessi.

In altre parole, è l'ontologia alla base dell'apparato di produzione dei risultati a determinare quei risultati ed esso emerge da una presa di posizione politica. "In questo senso si tratta di un problema che riguarda tutti, non una parte soltanto (le donne, le minoranze sessuali ecc.). Perché solleva la domanda: *che cos'è reale?*" (Redaelli, 2023, p. 9). Di conseguenza, come scrive la biologa Anna Fausto-Sterling, il sapere della biologia è influenzato dalle credenze degli scienziati sul *genere*. Eppure, ciò non vuol dire negare la pertinenza della scienza o la realtà dei corpi. Piuttosto, significa affermare che non si dà mai un corpo puro che al tempo stesso non abbia acquisito una *forma* da parte del discorso.

Per cui, promuovere l'asimmetria e le differenze tra uomini e donne tramite i discorsi, come fanno alcuni partiti conservatori, non significa fare riferimento ad un dato oggettivo del quale tutti devono essere a conoscenza. Significa, piuttosto, creare l'ontologia che ha prodotto quel dato nel momento stesso in cui parlano di esso; un'ontologia che nasconde le preziose differenze tra gli individui per produrre una differenza ridotta e artefatta ai fini della riproduzione coatta all'interno delle logiche familiari oppressive.

Ora, i più scettici potrebbero argomentare ponendo domande come la seguente: se secondo il costruttivismo radicale fosse l'attività delle nostre strutture cognitive a costruire la realtà in cui viviamo, tramite la cultura potremmo indirizzare tutte le persone verso le performance tipiche dell'eterosessualità binaria per rispettare le tradizioni della nostra civiltà? Rispondo partendo da una semplice considerazione del contesto storico nel quale l'autrice statunitense ha scritto il suo capolavoro. Chiunque ha studiato Butler sa che la sua opera più famosa, ovvero

*Questioni di genere*, è stata scritta con l'intento di criticare le norme di genere binarie, perché non garantivano *intelligibilità* alle persone della comunità LGBT+. Eppure, anche non avendo questa informazione, l'interpretazione del pensiero dell'autrice sottesa alla domanda che ho esposto pocanzi presenta delle lacune.

Sostenere che gli atti ripetuti che producono una *performance* di genere sono l'unico statuto ontologico del *genere* stesso, perché non esiste un'essenza che precede quelli stessi atti, non significa necessariamente affermare la tesi secondo cui, tramite un atto di volontà, potremmo tutti performare all'interno del *binarismo di genere*. La sovversione delle dinamiche alla base della *performatività* del genere non riguarda primariamente l'indugiare ogni mattina davanti all'armadio per scegliere quale vestito indossare.

Il *genere* è il sostrato da cui il soggetto emerge e il *binarismo di genere eterosessuale*, inteso come obbligo, è una costrizione violenta che impone a tutti gli agenti, che potrebbero performare nei più svariati modi senza creare identità egemoniche e reietti, di adeguarsi a dei modelli prestabiliti, e irraggiungibili in senso assoluto, creando, appunto, quell'egemonia che crea sofferenza e squilibrio. Tali modelli, però, non fanno riferimento ad un ente pre-discorsivo di cui gli atti sono soltanto la manifestazione; al contrario, sono modelli ripetuti all'infinito che, per non variare mai, espellono quella variazione da sé e la proiettano verso le zone periferiche dell'egemonia.

Ecco che, in tal modo, si creano le identità ritenute abiette. Dunque, gli strumenti per la sovversione, necessaria ad impedire che qualsiasi identità sia egemonica sulle altre, esistono già all'interno di quelle costruzioni e riguardano il sostrato mobile da cui il *genere* emerge. Gli atti creano l'illusione di un ente naturale e pre-culturale e, proprio perché si tratta di un'illusione, le performance alternative sono possibili. Quest'ultime si sono sempre manifestate nel corso della storia, nonostante le loro memorie siano state occultate in vari periodi. Si definiscono *alternative* in quanto sembrano strane, ma ciò accade soltanto nei contesti dove il costruito eterosessuale è egemonico e, in molti casi, considerato un assoluto. Se dovesse cessare l'egemonia, l'attività performativa del genere si mostrerebbe per quello che è senza suscitare scandalo.

Tuttavia gli standard di genere, che la società impone attraverso una particolare presa di posizione, permettono ad alcune individualità di essere *intelligibili* ed avere un'identità riconosciuta e valorizzata, mentre ad altre individualità ciò non viene permesso.

In particolare, è la legge sociale secondo cui il desiderio sessuale corrisponderebbe ad un determinato genere che, a sua volta, corrisponderebbe ad un determinato sesso a rendere egemonica l'eterosessualità binaria rispetto a tutte le altre varianti. E, siccome tali norme egemoniche producono la determinazione storica della differenza sessuale, esse prescrivono modi di performare diversi a seconda che una persona si trovi ad occupare la casella di ciò che la società ha definito essere un *uomo* o una *donna*. Si tratta, cioè, di segni e di ciò che essi permettono o non permettono di fare. "Il problema, dunque, non è che cosa significa la tessera

*uomo* e che cosa significa la tessera *donna* [...] il problema, semmai, è a quali altre tessere si collega la tessera *uomo* e a quali altre tessere si collega la tessera *donna*” (Redaelli, 2023, p. 11).

In estrema sintesi, il valore dei segni *uomo* e *donna* emerge soltanto nella concatenazione: presi separati, e per se stessi, non significano nulla. L’opera *Tra le rose e le viole* di Porpora Marcasciano, infatti, fornisce una preziosa testimonianza del modo in cui i segni *uomo* e *donna* posti in relazione con altri prescrivano delle performance, ovvero atti ripetuti che creano l’illusione di una natura pre-culturale, a cui non tutti possono avere accesso: le norme sul decoro negli spazi pubblici in vigore negli anni Ottanta ne sono una prova.

Inoltre si pensi che, come scrive Maya De Leo nella prefazione, l’opera di Marcasciano è la prima raccolta italiana di storie *trans* fuori dalla cornice patologizzante. Sono vissuti assai diversi tra loro: storie di travestiti, storie di persone che assumono ormoni e storie di persone operate. In generale, emerge la drammatica inadeguatezza del *binarismo di genere*, perché non è in grado di rendere intelligibili tutte le persone; infatti, alcune hanno dichiarato di sentirsi metà uomo e metà donna o di percepirsi al di fuori della dicotomia tradizionale del *genere*. Da allora, perciò, l’esperienza *trans* ha preso forma anche attraverso categorie come *non binarie*, *gender variant* e altre.

“Il transessualismo è una realtà complessa, che può essere vista e descritta da svariati punti di vista; prenderne in considerazione qualcuno e non tutti è fuorviante e fondamentalmente scorretto” (Marcasciano, 2020, p. 27). Si ricordi che la “transessualità è una condizione di esistenza, non una scelta” (Marcasciano, 2020, p. 218). E parlare dell’argomento è fondamentale.

Le nuove generazioni, grazie alla diffusione delle informazioni sul tema, sono più caute sulla chirurgia, usano tante sigle per significare il proprio orientamento di genere al di fuori del *binarismo* e si sentono maggiormente riconosciute dalla società; mentre tra le prime, ricorda Fabrizia Di Stefano, il ricorso continuo a interventi di chirurgia plastica, l’ostilità dell’ambiente e la mancanza di conoscenze sul tema, a volte, hanno causato danni psichici anche gravi e risultati disastrosi sul piano estetico.

## Conclusione

In conclusione, sono state discusse: le due teorie sul potere agli antipodi e i loro punti di contatto, il progetto rivoluzionario di Mieli e le perplessità di Foucault riguardo le rivendicazioni basate sull’identità sessuale. Si è tentato di rispondere ad alcune domande riferite al pensiero dei due autori ed è stato posto l’accento sulle implicazioni che il divieto si porta con sé.

Grazie ai riferimenti al lavoro di Butler, sono stati introdotti alcuni punti chiave delle *teorie queer* ed è stata messa a tema l’egemonia eterosessuale. Successivamente, si è parlato del genere per quello che effettivamente è, ovvero un insieme di relazioni che ordinano la società. È stato fatto un riferimento anche alla biologia

e alle credenze che la influenzano. Infine, l'articolo ha discusso varie peculiarità delle esistenze *trans* e, finalmente, tramite il lavoro di Marcasciano è stato possibile far raccontare alle persone *trans* i loro vissuti in prima persona. Troppo spesso, gli stereotipi sulla comunità *trans* eclissano la bellezza e il valore delle loro storie. E, se non bastasse, la comunità è sotto attacco da diversi gruppi d'interesse istigati da supposizioni che si basano su interpretazioni perniciose e contraddittorie degli studi di genere.

## Bibliografia

- Butler J. (2023). *Gender Trouble. Feminism and the Subversion of Identity* (1990), Trad. di S. Adamo: *Questione di genere: il femminismo e la sovversione dell'identità*. Roma-Bari, Laterza.
- Foucault M. (2001). *La volonté de savoir* (1976), Trad. di P. Pasquino e G. Procacci: *La volontà di sapere*. Vol. 1. Milano, Feltrinelli.
- Freud S. (1975). *Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie* (1905), Trad. di Mazzino Montinari: *Tre saggi sulla teoria sessuale*. Torino, Boringhieri.
- Marcasciano P. (2020). *Tra le rose e le viole. La storia e le storie di transessuali e travestiti*. Roma, Edizioni Alegre.
- Mieli M. (2019). *La gaia critica: Politica e liberazione sessuale negli anni Settanta. Scritti (1972-1983)*. Venezia, Marsilio Editori.
- Mieli M. (2002). *Elementi di critica omosessuale*. Milano, Feltrinelli.
- Redaelli E. (2023). *Judith Butler*. Milano, Feltrinelli.
- Rovatti A. (2023). *Michel Foucault*. Milano, Feltrinelli.

# Identità, passing e sicurezza delle persone transgender e gender-diverse

Francesca Margherita De Falco\*

**Sommario** - L'indagine sui problemi sociali affrontati dai membri delle comunità transgender e gender-diverse richiede il riconoscimento dei fattori socioculturali e contestuali che influenzano le loro vite e percorsi di transizione di genere. Nel riconoscere il sistema cisnormativo ed eteropatriarcale in cui viviamo, le persone LGBTQ+ sono spinte a conformarsi a una categoria di genere binaria, e il passare come cisgender diventa un privilegio che riduce il rischio di molestie, violenza e offre migliori opportunità di impiego. È importante notare, tuttavia, che l'identità e l'esistenza di molte persone transgender vanno oltre queste categorie binarie e diventano un atto di resistenza contro un sistema in cui rischiano di essere invisibili e di perdere famiglie, amici, case e altro. Lottare per la visibilità della diversità dei corpi transgender apre scenari politici animati dalla necessità di resistere a una società che normalizza azioni transfobiche. Lo sviluppo della consapevolezza critica riguardo al sistema binario, agli stereotipi di genere e allo spettro identitario ampio con cui le persone transgender possono presentarsi è una premessa per pianificare interventi sociali a favore del benessere della popolazione LGBTQ+.

**Parole chiave:** comunità transgender, non binary, identità, passing, discriminazione.

**Abstract** - Identity, passing and safety in transgender and gender-diverse people

*The investigation of the social problems that are faced by members of the transgender and gender-diverse communities need the recognition of the sociocultural and contextual factors that influence their lives and gender transition pathways. Recognizing the cisnormative and heteropatriarchal system in which we live, LGBTQ+ people are pressured to fit into a binary gender category and passing as cisgender becomes a privilege that lowers the risk of harassment and violence, as well as better employment opportunities. It is important to note, however, that the identity and existence of many transgender people transcends these binaries and becomes an act of resistance against a system in which they risk being invisible and also to lose families, friends, homes and more. Fighting for the visibility of the diversity of transgender bodies opens up political scenarios animated by the narrative of the need to resist a society that normalizes transphobic actions. The development of critical awareness regarding the binary system, gender stereotypes and the broad identity spectrum with which transgender people can present themselves is a prerequisite for planning social interventions to promote well-being in the LGBTQ+ population.*

**Key words:** transgender community, non binary, identity, passing, discriminations.

## Introduzione

L'esperienza di vita delle persone transgender e gender-diverse trova centralità nell'identità. Le persone transgender e gender-diverse sono coloro la cui identità di genere (e/o espressione) non corrisponde al genere loro assegnato alla nascita. Riconoscere internamente ed esprimere esternamente un'identità di genere autentica può essere un processo complesso e in continua evoluzione, richiedendo una

\* Studentessa magistrale. Università degli Studi di Napoli "Federico II".

navigazione attenta delle circostanze sociali potenzialmente favorevoli o ostili (Brumbaugh-Johnson, & Hulle, 2019; Lewis, Barreto, & Doyle, 2022). La possibilità di esprimere un'identità autentica riprende la teoria di Erickson (1995), la quale sostiene che le persone invocano l'idea di un "vero sé" o "vero io" quando credono di agire in modo coerente con valori profondamente radicati, cioè quando agiscono "autenticamente". Il desiderio di sperimentare il "vero sé" e di sentirsi autentici è quindi una potente fonte di motivazione (Gecas, 1991) che, in questo caso, promuove l'affrontare un percorso di transizione di genere con tutte le difficoltà ad esso annesse (Mason-Schrock, 1996). L'identità "transgender", sebbene stigmatizzata, è sempre più culturalmente accettata (Garber, 1992), principalmente grazie al potere legittimante della comunità medica (Raymond, 1994) e all'opera di organizzazioni attiviste promotrici dei diritti per le persone trans (MacKenzie, 1994).

## L'identità delle persone transgender

Le persone transgender e gender-diverse, o trans (termini usati in modo intercambiabile), possono essere riassunte in due categorie: quelle binarie, che si identificano con l'opposto del sesso assegnato alla nascita (ad esempio, uomini e donne trans), e non binarie, che non si identificano né esclusivamente come maschio né come femmina (genderqueer, genderfluid, ecc.). Considerato l'ampio spettro identitario con cui le persone transgender possono presentarsi, gli approcci narrativi allo sviluppo dell'identità (McAdams, 2011) hanno guadagnato slancio all'interno della ricerca psicologica per comprendere le complessità e le sfumature dello sviluppo dell'identità individuale lungo tutto il corso della vita. Le persone transgender e gender diverse utilizzano, principalmente nella propria comunità o sottocultura, le auto-narrazioni come strumento per costruire, definire e confermare un'identità che la maggior parte delle persone considera moralmente sospetta e meno reale, valida, rispetto alle identità di genere cisgender (Mason-Schrock, 1996). Dalla letteratura emerge inoltre che le narrazioni sullo sviluppo dell'identità transgender (intesa come identità binaria) possono differire significativamente da quelle delle persone non binarie e gender diverse (Tatum *et al.*, 2020; Bradford *et al.*, 2019).

Vista l'importanza dell'ambiente sociale, le persone transgender e gender diverse cercano attivamente e costruiscono comunità e spazi in cui possono ricevere validazione e conferma della propria identità di genere (Lewis *et al.*, 2021), dove le narrazioni sull'identità si arricchiscono di significato attraverso le risposte degli altri (Stone, 1981). L'analisi di Mason-Schrock delle narrazioni che si sviluppano nei gruppi di supporto con persone trans mostra che le risorse simboliche per costruire tali identità sono generate in processi di co-costruzione all'interno di una sottocultura o comunità. Attraverso il gruppo, le persone trans trovano risorse nel costruire e apprendere le forme narrative che sostengono e confermano un'identità che i loro corpi fisici, almeno inizialmente, non incarnano. L'autore, nel lavoro

citato, utilizza il termine “transessuale”, ad oggi quasi in disuso. Esso definisce una sottocategoria del più ampio termine ombrello “transgender” (Bevan, 2015; Alegria, 2011), in cui possono rientrare persone con un’identità binaria che affrontano un percorso di transizione di genere (medicalizzazione, chirurgia) per poter affermare la propria identità di genere.

Esplorare l’identità trans richiede quindi l’osservazione del posizionamento della persona (Bamberg, 2004), in questo caso lungo il sistema binario (se all’interno o all’esterno di quest’ultimo), e le narrazioni principali della società riguardo l’identità di genere e come quest’ultima può essere espressa. Una narrazione principale è una storia culturalmente condivisa che informa i pensieri, le credenze, i valori e i comportamenti. Le narrazioni principali si distinguono dalle narrazioni personali in quanto non sono le storie delle vite degli individui, ma piuttosto sono strutture che guidano la costruzione delle stesse (Bamberg, 2004; Hammack, 2008; McLean, & Syed, 2015). La ricerca narrativa ha evidenziato la predominanza di narrazioni principali cisnormative che posizionano l’identità transgender in relazione allo sviluppo dell’identità cisgender “tipica” (Bradford, & Syed, 2019), con implicazioni significative su com’è gestita l’espressione della propria identità in relazione al mondo esterno. Cisnormatività è un termine che definisce una società che in maniera consapevole o inconsapevole tende a considerare normale solo comportamenti e persone che rientrano nel binarismo di genere. Può anche essere intesa come l’aspettativa sociale che tutte le persone siano cisgender, cioè che tutte le persone assegnate al sesso maschile alla nascita si identifichino come maschi e tutte quelle assegnate al sesso femminile alla nascita come femmine (Bauer *et al.*, 2009; Catalpa, & McGuire, 2018).

## Discriminazione e gestione identitaria

Seguendo una prospettiva trans-femminista ed intersezionale, le narrazioni cisnormative s’inseriscono in un più ampio sistema socio-politico nel quale il genere maschile e l’eterosessualità hanno supremazia sugli altri generi e sugli altri orientamenti sessuali, identificato col termine di eteropatriarcato. Esso sottolinea come la discriminazione, esercitata contro donne e persone LGBTIQ+, abbia lo stesso principio sociale maschilista (Valdes, 1996). Le sfide psicosociali affrontate dalle persone transgender e gender-diverse derivano dalle contraddizioni tra l’ideologia di genere (per esempio, “il sesso determina il genere”) e la possibilità di autodeterminarsi ed autodefinirsi in relazione alla propria identità di genere (laddove essa non corrisponda al sesso assegnato alla nascita). In altre parole, la comunità trans emerge da un conflitto tra il desiderio di autenticità e un “ordine” di genere altamente restrittivo, che si esprime nelle narrazioni cisnormative (Bradford, & Syed, 2019). Nei gruppi sociali di supporto e nelle comunità trans e queer si svolge un “lavoro di identità oppositiva” (Schwalbe, & Mason-Schrock, 1996); cioè, essi acquistano la funzione di deviare lo stigma imposto e sovvertito (almeno in parte) dai codici identitari della cultura dominante.

Le persone trans affrontano alti tassi di molestie e violenze, tra cui violenze e molestie sessuali, fisiche e verbali, oggettivazione sessuale e stigmatizzazione sociale (Schrocker *et al.*, 2009; Pfeffer, 2014; Sevelius, 2013; Stitti, 2020). L'esperienza di subire atti transfobici ha implicazioni negative sulla salute mentale (Lombardi, 2009). Ricerche passate hanno suggerito che le persone transgender non binarie possono sperimentare peggiori stati di salute mentale rispetto alle loro controparti binarie (Dickey *et al.*, 2015; James *et al.*, 2016; Testa *et al.*, 2014). Per esplorare come le persone trans gestiscono l'espressione della propria identità, binaria o non binaria, in relazione al più ampio contesto sociale ed alla possibilità di subire discriminazioni, il modello teorico di Doyle (2022) può essere utile. La sua proposta considera lo sviluppo, la gestione e la conferma da parte degli altri dell'identità della persona trans in relazione al più ampio contesto socio-politico-culturale. Per esplorare la relazione fra identità di genere binaria, non binaria e discriminazione, è utile soffermarsi sulla componente di gestione identitaria considerata nel modello e sul costrutto del passing.

Quest'ultimo si riferisce, in generale, a quando qualcuno è percepito come il genere in cui si identifica o sta tentando di essere visto, piuttosto che il sesso che gli è stato assegnato alla nascita. Storicamente, questo era comune tra le donne che prestavano servizio in occupazioni che erano loro proibite, come nei ruoli di combattimento nell'esercito (Fraser, 2006). In particolare, Fraser (2003) descrive due sottogruppi di donne della classe operaia che cercavano di "passare" per uomini per ottenere un impiego e altri benefici nell'Inghilterra del XVIII secolo: le "donne marito" e "le donne guerriere"; cercavano di "passare" per poter, rispettivamente, sposare altre donne e partecipare alle guerre. In questo caso, il passing è una pratica emancipatoria per le donne cisgender per sfuggire ai confini della società patriarcale.

Per le persone trans, il passing (o "blending" / vivere "in stealth") è acquisito quando la persona è percepita come cisgender nel genere elettivo, invece che del sesso che gli è stato assegnato alla nascita (Serano, 2013). Per alcune persone transgender, la capacità di "passare" è l'obiettivo ultimo della transizione di genere, riflettendo un'espressione di genere autentica (Biliard, 2019). Questo può essere, in particolare, vero per le persone trans che sostengono una visione binaria del genere. Avere il passing può anche essere considerato un privilegio, nel senso che le persone trans affrontano meno pregiudizi quando sono percepite come cisgender, compreso un minor rischio di molestie e violenza, nonché migliori opportunità di lavoro (Godfrey, 2015). Essere "scoperti", nei propri attributi fisici, come transgender o individuo non conforme al genere può avere un impatto negativo sulla propria esperienza culturale e sociale, con conseguente abbandono, abuso o disconoscimento da parte della propria comunità (Stitti, 2020). Può essere importante, per alcune persone trans, poter avere una gestione strategica del proprio coming out come persona trans, dove il raggiungere la capacità di "passare" per cisgender può essere motivata anche dal tentativo di evitare pregiudizi, discriminazione e violenza in situazioni e ambienti sociali potenzialmente minacciosi (Brumbaugh-

Johnson, & Hulle, 2019; Bränström, & Pachankis, 2021). Sebbene l'autentica e autonoma autopresentazione dell'identità trans promuove la salute e il benessere psicologico (Hughto *et al.*, 2020; Bockting *et al.*, 2020; Legate, & Ryan, 2014), non tutte le persone trans desiderano esprimere o rivelare tali informazioni in tutti i contesti, in particolare quando lo stigma può essere rilevante e il subire discriminazioni è un rischio percepito. Nel sondaggio europeo realizzato da Bränström e Pachankis (2021), che include paesi che variano da un livello più basso (ad esempio, Spagna) a uno più alto (ad esempio, Romania) di stigmatizzazione nei confronti delle persone transgender, lo stigma strutturato a livello nazionale si associa ad una diminuzione del benessere. Questo è in gran parte dovuto al fatto che le persone in paesi con stigma strutturale più alto hanno più probabilità di nascondere la propria identità trans rispetto a coloro che vivono in paesi con un livello di stigma strutturale più basso. Tuttavia, in questo studio, l'occultamento dell'identità trans si rileva essere un fattore protettivo per il benessere, essendoci una diminuzione dell'esposizione alla discriminazione. Questo risultato è coerente con l'idea secondo cui le persone trans negoziano strategicamente la loro potenziale sicurezza in relazione al contesto sociale quando gestiscono la propria identità (Doyle, 2022).

### L'identità non binaria

Le persone trans non binarie non si identificano ai confini binari del genere maschile/femminile, ma possono identificarsi con entrambi o nessuno dei due, assumendo un'idea di genere completamente diversa rispetto al binario (Galupo *et al.*, 2017; Richards *et al.*, 2016). L'espressione dell'identità di genere non binaria è stata presente nel tempo e nelle diverse culture globali (Herdt, 1996). In riferimento ai pronomi e l'identità, può essere appropriato chiedere quale terminologia le persone preferiscano e come vivono il loro genere (Richards, & Barker, 2013). In riferimento allo sviluppo dell'identità trans (Doyle, 2022), l'autoconsapevolezza (e l'esplorazione privata) dell'identità, che avviene spesso all'inizio della pubertà, l'autoidentificazione e l'espressione in pubblico tendono a verificarsi più tardi, nell'adolescenza e nella giovane età adulta (Restar *et al.*, 2019). Uno studio esplora che queste importanti tappe possono essere raggiunte più tardi nelle persone non binarie (Tatum *et al.*, 2020). Non tutte le persone transgender e gender-diverse vogliono perseguire un percorso medico di transizione di genere (Vincent, 2019), ma alcune persone non binarie potrebbero cercare di accedere alla terapia ormonale sostitutiva, seguendo un percorso simile a quello degli uomini e delle donne trans binari. In alcuni casi, una persona non binaria potrebbe richiedere un dosaggio più basso di ormoni, per un periodo di tempo determinato, al fine di stimolare cambiamenti particolari irreversibili senza proseguire a lungo termine, oppure potrebbe cercare un profilo ormonale neutro (Seal, 2017).

Come le persone non binary facciano esperienza del passing è un argomento poco esplorato in letteratura, ma poiché gli individui non binari possono non avere una presentazione di genere univoca, il concetto di "passare" per un genere speci-

fico può non essere affatto importante per gli individui con questa identità (Billard, 2019). È importante considerare, però, che le persone trans non binarie possono affrontare difficoltà ancora più pronunciate rispetto alle persone trans binarie, dovendo navigare in un mondo dove il genere è rappresentato come altamente binario e sperimentano, di conseguenza, microaggressioni o microaffermazioni specifiche (Galupo *et al.*, 2018). Le persone non binarie, inoltre, non transizionano da un genere all'altro come le persone binarie e, pertanto, può essere impossibile per loro acquisire il passing (Anderson *et al.*, 2019). Infine, il concetto di passing può rafforzare l'idea che le persone trans debbano transizionare da un genere all'altro, quando può non essere così per le persone non binarie (Nicolazzo, 2016).

In conclusione, le persone transgender, binarie e non, offrono importanti lezioni sulle dinamiche di potere legate al genere e sulla possibilità di resistere all'oppressione del sistema binario di genere attraverso la consapevolezza e l'identità delle persone transgender e gender-diverse. Presentare alternative al concetto tradizionale di genere è un'azione che contrasta l'idea che il sesso biologico determini automaticamente il genere. Sebbene la possibilità che avvenga una trasformazione immediata e radicale del sistema di genere binario sia una questione dubbia, la ricerca suggerisce che il binario di genere, imposto alla vita di tutti gli individui, è suscettibile ad atti di resistenza quotidiana, attraverso la visibilità delle persone transgender e non binarie (Gagné, & Tewksbury, 1998)

## Conclusione

Il rinforzo culturale di un binario di genere maschile/femminile rigido (Hill, 2003) caratterizza un sistema di genere pervasivo nelle istituzioni (Bilodeau, 2005; 2009), che si consolida attraverso le interazioni sociali (Richardson, 1988) e le narrazioni principali cisnormative (Bradford, & Syed, 2019). Le persone transgender e gender diverse, tuttavia, sfidano con la propria esistenza il sistema di genere binario (Vincent, & Manzano, 2017), considerato "normale" e definente di una presunta distinzione "naturale", nonché un ordine gerarchico, tra uomini e donne, imponendo le disuguaglianze di genere (Schilt, 2010; Schilt, & Westbrook, 2009).

Non essere in grado di "passare" per cisgender pone gli individui transgender e gender diverse a rischio di essere più facilmente vittime di discriminazioni (Kattari, & Hasche, 2015), oltre che di senza fissa dimora e alla ricerca di altre sistemazioni temporanee per dormire (Begun, & Kattari, 2016). È necessario che le istituzioni, in particolare il welfare e chi opera nel fornire dei servizi, si impegnino in conversazioni che dissipino lo stereotipo secondo cui il passing e l'aderire al sistema di genere non siano un obbligo per poter affermare la propria identità di genere. Le persone possono non "passare" come cisgender per molte ragioni: potrebbero avere un'identità non binaria e non identificarsi come parte del binario di genere (Anderson, *et al.*, 2019), la transizione di genere medicalizzata potrebbe non essere un obiettivo per affermare l'identità di genere, potrebbero non avere i fondi o l'accesso agli ormoni e/o agli interventi chirurgici per facilitare il passing

oppure, ancora, potrebbero non essere in grado di effettuare la transizione a tempo pieno per motivi di lavoro, alloggio, famiglia o altro. L'acquisizione del passing non dovrebbe, quindi, essere vista come una convalida del fatto che una persona abbia completato, raggiunto o avuto successo nella transizione. Piuttosto i ricercatori, gli attuatori politici, i professionisti dei servizi e gli altri attori sociali dovrebbero formarsi e lavorare per diventare più istruiti, sensibili e consapevoli dell'ampio spettro identitario con cui le persone transgender e gender diverse possono presentarsi (Vincent, 2019), nonché di come il sistema ciseteronormativo influenzi i loro percorsi di affermazione di genere.≠

## **Bibliografia**

- Alegria C.A. (2011). Transgender identity and health care: Implications for psychosocial and physical evaluation. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 23(4), 175-182.  
<https://doi.org/10.1111/j.1745-7599.2010.00595.x>
- Anderson A., Irwin J.A., Brown A.M., & Grala C.L. (2019). "Your Picture Looks the Same as My Picture": An Examination of Passing in Transgender Communities. *Gender Issues*, 37(1), 44-60.  
<https://doi.org/10.1007/s12147-019-09239-x>
- Bamberg M. (2004). Form and functions of 'slut bashing' in male identity constructions in 15-year-olds. *Human Development*, 47(6), 331-353.  
<https://doi.org/10.1159/000081036>
- Bevan Thomas E. (2015). *The psychobiology of transsexualism and transgenderism: a new view based on scientific evidence*. Santa Barbara, California. p. 42.  
 ISBN 978-1-4408-3126-3. OCLC 881721443
- Billard T.J. (2019). "Passing" and the politics of deception: Transgender bodies, cisgender aesthetics, and the policing of inconspicuous marginal identities. In *The Palgrave Handbook of Deceptive Communication* (pp. 463-477). Springer International Publishing.  
[https://doi.org/10.1007/978-3-319-96334-1\\_24](https://doi.org/10.1007/978-3-319-96334-1_24)
- Bocking W.O., Miner M.H., Swinburne Romine R.E., Dolezal C., Robinson B.B.E., Rosser B.R.S., Coleman E. (2019). The Transgender Identity Survey: A Measure of Internalized Transphobia. *LGBT Health*. 2020 Jan; 7(1):15-27.  
 doi: 10.1089/lgbt.2018.0265. PMID: 31880493; PMCID: PMC6983734
- Bradford N.J., Rider G.N., Catalpa J.M., Morrow Q.J., Berg D.R., Spencer K.G., McGuire J.K. (2019). Creating gender: a thematic analysis of genderqueer narratives. *Int J Transgenderism* 2019, 20: 155-168.  
<https://doi.org/10.1080/15532739.2018.1474516>
- Bradford N.J., Syed M. (2019). Transnormativity and transgender identity development: a master narrative approach. *Sex Roles* 2019, 81:306-325.  
<https://doi.org/10.1007/s11199-018-0992-7>
- 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. *SocPsychiatr Psychiatr Epidemiol* 2021, 56:1537-1545.  
<https://doi.org/10.1007/s00127-021-02036-6>

- Brumbaugh-Johnson S.M., Hull K.E. (2019). Coming out as transgender: navigating the social implications.
- Dickey L.M., Reisner S.L., & Juntunen C.L. (2015). Non-suicidal self-injury in a large on-line sample of transgender adults. *Professional Psychology: Research and Practice*, 46(1), 3-11.  
<https://doi.org/10.1037/a0038803>
- Erickson R. (1995). The Importance of Authenticity for Self and Society. *Symbolic Interaction - SYMB INTERACT*. 18. 121-144. 10.1525/si.1995.18.2.121.
- Fraser E. (2003). Gender's two bodies: women warriors, female husbands and plebeian life. *Past and Present* (180): 131-74.
- Fraser E. (2006). "Covering Sexual Disguise: Passing Women and Generic Constraint". *Studies in Eighteenth-Century Culture*. 35: 95-125.
- Gagne P. and Tewksbury R. (1998). 'Conformity pressures and gender resistance among transgendered individuals', *Social Problems*, 45(1): 81-101.
- Galupo M.P., Pulice-Farrow L., & Ramirez J.L. (2017). "Like a constantly flowing river": Gender identity flexibility among nonbinary transgender individuals. In J. D. Sinnott (Ed.), *Identity flexibility during adulthood*. Cham: Springer.
- Galupo M.P., Pulice-Farrow L., Clements Z.A., & Morris E.R. (2018). "I love you as both and i love you as neither": Romantic partners' affirmations of nonbinary trans individuals. *International Journal of Transgenderism*.  
<https://doi.org/10.1080/15532739.2018.1496867>
- Garber M. (1992). *Vested Interests: Cross-Dressing and Cultural Anxiety*. New York: Routledge.
- Gecas V. (1991). "The Self-Concept as a Basis for a Theory of Motivation". Pp. 171-85 in *The Self-Society Dynamic*, edited by Judith A. Howard and Peter L. Callero. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Godfrey C. (2015, March 25). Transgender Men and Women Discuss the Politics of "Passing". *Vice*. Retrieved from: <https://www.vice.com>
- Hammack P.L. (2008). Narrative and the cultural psychology of identity. *Personality and Social Psychology Review*, 12(3), 222-247.  
<https://doi.org/10.1177/1088868308316892>
- Herdt G. (1996). *Third sex third gender*. Press New York: Zone.
- Hughto J.M.W., Gunn H.A., Rood B.A., Pantalone D.W. (2020). Social and medical gender affirmation experiences are inversely associated with mental health problems in a U.S. Non-probability sample of transgender adults. *Arch Sex Behav* 2020, 49: 2635-2647.  
<https://doi.org/10.1007/s10508-020-01655-5>
- James S.E., Herman J.L., Rankin S., Keisling M., Mottet L., Anafi M. (2016). *The report of the 2015 U.S. transgender survey*. Washington, DC: National Center for Transgender Equality. (n.d.).
- Legate N., Ryan W.S. (2014). Autonomy support as acceptance for disclosing and developing a healthy lesbian, gay, bisexual or transgendered identity. In *Human motivation and interpersonal relationships*. Edited by Weinstein N, Springer Netherlands; 2014:191-212.  
[https://doi.org/10.1007/978-94-017-8542-6\\_9](https://doi.org/10.1007/978-94-017-8542-6_9)

- Lewis T.O.G., Barreto M., Doyle D.M. (2022). Stigma, identity and support in social relationships of transgender people throughout transition: a qualitative analysis of multiple perspectives. *J Soc Issues* 2022.  
<https://doi.org/10.1111/josi.12521>
- Lewis T., Doyle D.M., Barreto M., Jackson D. Social relationship experiences of transgender people and their relational partners: a meta-synthesis. *Soc Sci Med* 2021, 282:114143.  
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.114143>
- Lombardi E. (2009). Varieties of transgender/transsexual lives and their relationship with transphobia. *J Homosex.* 2009;56(8):977-92.  
 doi: 10.1080/00918360903275393. PMID: 19882422
- MacKenzie G.O. (1994). *Transgender Nation*. Bowling Green, OH: Bowling Green State University Popular Press.
- Nicolazzo Z. (2016). “Just go in looking good”: The resilience, resistance, and kinship-building of trans\* college students. *Journal of College Student Development*, 57(5), 538-556.  
<https://doi.org/10.1353/csd.2016.0057>
- McAdams D.P. (2011). Narrative identity. In S.J. Schwartz, K. Luyckx, & V.L. Vignoles (Eds.), *Handbook of identity theory and research* (pp. 99-115). Springer Science + Business Media.  
[https://doi.org/10.1007/978-1-4419-7988-9\\_5](https://doi.org/10.1007/978-1-4419-7988-9_5)
- Pfeffer C.A. (2014). ‘I don’t like passing as a straight woman’: Queer negotiations of identity and social group membership. *American Journal of Sociology*, 120(1), 1-44. *Psychology: Research and Practice*, 46, 3-11.  
<https://doi.org/10.1037/a0038803>
- Raymond Janice G. [1979] 1994. *The Transsexual Empire. The Making of the She-Male*. New York: Teachers College Press.
- Restar A., Jin H., Breslow A.S., Surace A., Antebi-Gruszka N., Kuhns L., Reisner S.L., Garofalo R., Mimiaga M.J. (2019). Developmental milestones in young transgender women in two American cities: results from a racially and ethnically diverse sample. *Transgender Health* 2019, 4:162-167.  
<https://doi.org/10.1089/trgh.2019.0008>
- Richards C., Bouman W.P., Seal L., Barker M.J., Nieder T.O., T’Sjoen G. (2016). Non-binary or genderqueer genders. *Int Rev Psychiatry*. 2016;28(1):95-102.  
 doi: 10.3109/09540261.2015.1106446. Epub 2016 Jan 12. PMID: 26753630.
- Richards C., & Barker M. (2013). *Sexuality and gender for mental health professionals: A practical guide*. London: Sage.
- Richardson L. (1988). *The Dynamics of Sex and Gender: A Sociological Perspective*. New York: Harper Collins.
- Schilt K. (2010). *Just one of the guys? Transgender men and the persistence of gender inequality*. Chicago: University of Chicago Press.
- Schilt K., & Westbrook L. (2009). Doing gender, doing heteronormativity: ‘Gender normals’, transgender people, and the social maintenance of heterosexuality. *Gender, & Society*, 23(4), 440-464.
- Schrock D.P., Boyd E.M., & Leaf M. (2009). Emotion work in the public performances of male to-female transsexuals. *Archives of Sexual Behavior*, 38, 702-712.
- Seal L. (2017). Adult Endocrinology. In C. Richards, W.P. Bouman, & M.J. Barker (Eds.), *Genderqueer and Non-Binary Genders* (pp. 183-223). London: Palgrave. MacMillan.

- Serano J. (2013). *Excluded: Making Feminist and Queer Movements More Inclusive*. Berkeley, California: Seal Press. pp. 194-195.
- Sevelius J.M. (2013). "Gender Affirmation: A Framework for Conceptualizing Risk Behavior among Transgender Women of Color". *Sex roles*. Springer New York; 2011:99-115. [https://doi.org/10.1007/978-1-4419-7988-9\\_5](https://doi.org/10.1007/978-1-4419-7988-9_5)
- Stitti A. (2020). *ACT For Gender Identity: The Comprehensive Guide*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Stone G.P. (1981). "Appearance and the Self: A Slightly Revised Version". Pp. 87-102 in *Social Psychology through Symbolic Interaction*, edited by Gregory P. Stone and Harvey A. Farberman. Waltham, MA: Ginn.
- Tatum A.K., Catalpa J., Bradford N.J., Kovic A., Berg D.R. (2020). Examining identity development and transition differences among binary transgender and genderqueer nonbinary (GQNB) individuals. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity* 2020, 7:379-385. <https://doi.org/10.1037/sgd0000377>
- Testa R.J., Jimenez C.L., & Rankin S. (2014). Risk and resilience during transgender identity development: The effects of awareness and engagement with other transgender people on affect. *Journal of Gay and Lesbian Mental Health*, 18(1), 31-46. <https://doi.org/10.1080/19359705.2013.805177>
- Valdes F. (1996). (EN) *Unpacking Hetero-Patriarchy: Tracing the Conflation of Sex, Gender, & Sexual Orientation to Its Origins*. Yale Journal of Law, & the Humanities. 1996.
- Vincent B.W., & Manzano A. (2017). History and cultural diversity. In C. Richards, W.P. Bouman, & M.-J. Barker (Eds.), *Genderqueer and Non-Binary Genders*. London: Palgrave MacMillan
- Vincent B. Breaking down barriers and binaries in trans healthcare: the validation of non-binary people. *Int J Transgend*. 2019 Mar 1;20 (2-3):132-137. doi: 10.1080/15532739.2018.1534075. PMID: 32999601; PMCID: PMC6831034

# Istruzioni per gli autori

I manoscritti originali devono essere inviati in allegato al seguente indirizzo email:

**redazione@cisonline.net**

La bibliografia, i titoli delle figure e delle tabelle devono essere in un documento elettronico con interlinea doppia.

Si accettano formati in word (.doc or .docx), OpenDocument Text (.odt), o .rtf file format.

Agli autori è richiesto di essere il più concisi possibile: un manoscritto dovrebbe essere al massimo di 40.000 battute (spazi inclusi); i testi di lunghezza maggiore verranno giudicati in base al merito.

Per poter essere pubblicato un manoscritto:

- 1) Tutti gli autori devono essere d'accordo sull'invio e sulla presentazione dell'articolo.
- 2) Il manoscritto non deve essere stato pubblicato in altre riviste e non deve essere stato inviato contemporaneamente ad altre riviste.
- 3) Se accettato, l'articolo non verrà pubblicato (in qualsiasi formato o lingua), previo invio del consenso informato da parte dell'editor in forma scritta.
- 4) Inoltre, a tutti gli autori è richiesto di indicare tutte le fonti di sostegno economico del progetto, così come altra potenziale fonte di conflitto di interessi.

## Linee guida per la STESURA DEL MANOSCRITTO

Lo stile guida per la stesura del manoscritto deve essere l'Apa Style sesta edizione (Publication Manual of the American Psychological Association). I manoscritti che non si conformano a tali norme editoriali non saranno considerati per la revisione fino a che non si modificherà il format in accordo con le linee guida sopra citate.

I contributi andranno scritti in carattere Times New Roman, corpo 11, interlinea singola. Le note in carattere Times New Roman, corpo 9. Figure, tabelle e grafici numerati dovranno essere editati ed inviati in un file separato. Nel testo dell'articolo va indicato il punto in cui dovranno essere inserite figure, tabelle e grafici.

Ogni articolo dovrebbe includere le seguenti sessioni:

- 1) Pagina Titolo:
  - a) Titolo dell'articolo in italiano e in inglese
  - b) Abstract di non oltre 3.000 battute (spazi inclusi) in italiano e in inglese e 4-6 key words in italiano e in inglese  
L'abstract deve contenere lo scopo, i metodi, i risultati e le conclusioni della ricerca o del lavoro
- 2) Nel caso di un articolo di ricerca il testo deve essere strutturato come di seguito:
  - a) Introduzione
  - b) Metodo
  - c) Risultati
  - d) Discussione
- 3) Bibliografia: Utilizzare APA Style (Sixth Edition)
- 4) Tabelle: Le tabelle devono essere inviate in formato editabile
- 5) Figure: Le figure devono essere inviate come file digitale in un format comune (ad esempio, TIFF, JPEG or GIF) per una migliore risoluzione dell'immagine.
- 6) In un'ultima pagina andranno riportati, nell'ordine:
  - a) Titolo
  - b) Nome/i e cognome/i dell'autore/i
  - c) Qualifica/che professionali e affiliazioni
  - d) Contatti degli autori, o dell'autore di riferimento: indirizzo postale, indirizzo di posta elettronica, recapito telefonico.
  - e) Fonti di sostegno economico, conflitti di interesse e ringraziamenti

## PROCESSO DI REVISIONE

Tutti gli articoli saranno sottoposti a peer review sulla base di un precedente screening editoriale e referaggio da parte di due referee anonimi.