



OSSERVATORIO  
**MEDICINA DI GENERE**

## **Linee di indirizzo per la comunicazione del personale sanitario con i/le pazienti LGBTQ+**

*Documento approvato in seduta plenaria dall'Osservatorio dedicato alla Medicina di Genere in data: 13/06/2023*

*Redazione a cura del Gruppo di Lavoro "Diseguaglianze di salute legate al genere" con la collaborazione dei/delle seguenti esperti/e:*

- *Dott. Francesco Garzillo, ASL Napoli 1 Centro, Napoli*
- *Dott. Matteo Marconi, Centro di Riferimento per la Medicina di Genere, Istituto Superiore di Sanità, Roma*
- *Dott.ssa Marina Pierdominici, Centro di Riferimento per la Medicina di Genere, Istituto Superiore di Sanità, Roma*
- *Prof. Paolo Valerio, Università degli studi di Napoli "Federico II", Napoli*

## Sommario

<b>INTRODUZIONE</b> .....	<b>3</b>
CHI SONO LE PERSONE LGBT+ .....	3
QUESTIONI LEGATE AL BENESSERE DELLE PERSONE LGBT+ .....	3
<i>Il benessere psicologico delle persone LGBT+ .....</i>	<i>3</i>
<i>La salute sessuale .....</i>	<i>4</i>
<i>I comportamenti legati alla salute .....</i>	<i>5</i>
OSTACOLI NELL'ACCESSO E NELL'UTILIZZO DEI SERVIZI SANITARI PER LE PERSONE LGBT+ .....	6
PRATICHE INCLUSIVE.....	6
<i>Formazione e aggiornamento professionale del personale sanitario .....</i>	<i>7</i>
<i>Creazione di un ambiente accogliente .....</i>	<i>7</i>
<i>Attenzione alla riservatezza .....</i>	<i>8</i>
<b>COMUNICAZIONE DEL PERSONALE SANITARIO CON LE PERSONE LGBT+ .....</b>	<b>9</b>
COMUNICAZIONE CON LE PERSONE LGBT+ .....	9
BUONE PRATICHE DI COMUNICAZIONE CON LE PERSONE CON ORIENTAMENTO SESSUALE NON ETEROSESSUALE (LGB+).....	9
<i>Non dare per scontato che i pazienti siano eterosessuali .....</i>	<i>10</i>
<i>Assumere un atteggiamento affermativo di fronte al coming out del paziente non eterosessuale.....</i>	<i>10</i>
<i>Rispettare le famiglie omogenitoriali.....</i>	<i>12</i>
<i>Raccomandazioni circa la raccolta dell'anamnesi focalizzata sui comportamenti sessuali.....</i>	<i>13</i>
COMUNICAZIONE CON LE PERSONE TRANSGENDER E GENDER DIVERSE .....	13
<i>Chi sono le persone Transgender e Gender diverse (TGD)?.....</i>	<i>13</i>
<i>Il percorso di affermazione di genere in sintesi .....</i>	<i>14</i>
<i>Ostacoli nell'accesso e nell'utilizzo dei servizi sanitari per le persone TGD.....</i>	<i>15</i>
<i>La comunicazione con gli utenti TGD: principali criticità.....</i>	<i>16</i>
<i>Buone pratiche .....</i>	<i>17</i>
COMUNICAZIONE CON LE PERSONE INTERSEX .....	18
<i>Chi sono le persone intersex?.....</i>	<i>18</i>
<i>Aspetti cruciali della comunicazione con le persone intersex.....</i>	<i>19</i>
<i>Buone pratiche .....</i>	<i>20</i>
<b>GLOSSARIO</b> .....	<b>22</b>
<b>BIBLIOGRAFIA</b> .....	<b>32</b>

# INTRODUZIONE<sup>1</sup>

## Chi sono le persone LGBT+

LGBT è l'acronimo, derivato dall'inglese *Lesbian, Gay, Bisexual, e Transgender* che, a partire dagli anni Novanta del XX secolo, è impiegato per indicare le persone che non si riconoscono come cisgender e/o eterosessuali e che si identificano come Lesbiche, Gay, Bisessuali e Transgender. Al fine di rendere l'acronimo più inclusivo è stato aggiunto il simbolo + per riferirsi alle persone *intersex, gender diverse, genderqueer, genderfluid, asessuali, etc.* (per approfondimenti si rimanda al glossario).

## Questioni legate al benessere delle persone LGBT+

Le persone LGBT+ presentano le stesse esigenze di salute della popolazione generale, sebbene, almeno in alcuni casi [i.e., le persone transgender e *gender diverse* (TGD) e le persone *intersex*] possano avere specifici bisogni di salute. Nonostante l'impegno crescente delle istituzioni internazionali (OMS, UN, EC, etc.) in termini di politiche sociosanitarie inclusive rivolte a questa fascia di popolazione, le persone LGBT+ tuttora subiscono forti discriminazioni in ogni aspetto della vita quotidiana incluso l'accesso e l'utilizzo dei servizi sanitari e la fruizione di risorse determinanti in termini di salute come la scuola, l'alloggio e il lavoro. A causa dell'omo/lesbo/bi/trans negatività reale o percepita, questa fascia di popolazione può ritardare l'accesso ai servizi sanitari (o allontanarsene dopo un primo accesso) con conseguenze allarmanti in termini di salute (ad esempio, ritardo nella diagnosi di patologie croniche e auto-somministrazione di farmaci) (1). Gli atteggiamenti discriminatori nei riguardi della popolazione LGBT+ nella pratica medica sono una realtà anche in Italia (2), per cui è necessario che il personale sanitario venga messo a conoscenza di alcune questioni che riguardano la presa in carico delle persone LGBT+ al fine di fornire servizi sufficientemente inclusivi, erogati sulla base dell'equità e della non discriminazione.

### *Il benessere psicologico delle persone LGBT+*

Un ampio corpus di ricerche empiriche dimostra chiaramente che appartenere alla popolazione LGBT+ non è di per sé indicativo di psicopatologia. Al tempo stesso, tuttavia, l'esposizione a esperienze di stigmatizzazione, molestie e diseguaglianze sociali comporta sovente un maggior rischio di disagio psicologico correlato a queste esperienze. Si fa qui riferimento al modello del *Minority Stress*<sup>2</sup>, che ha avuto un'ampia risonanza nell'ambito degli studi psico-sociali che si sono

---

<sup>1</sup> In queste Linee di indirizzo, pur consapevoli del fatto che la finalità di un linguaggio neutro dal punto di vista del genere è quella di evitare formulazioni che possano essere interpretate come non inclusive, unicamente a scopo di semplificazione e per agevolare la lettura dei testi scritti, è stato usato il maschile come genere grammaticale non marcato sia al singolare che al plurale.

<sup>2</sup> *Minority Stress* è lo stress psicologico sperimentato dalle persone che fanno parte di un gruppo sociale di minoranza a causa del loro status sociale stigmatizzato (diseguaglianze sociali ed economiche, discriminazioni per l'aspetto fisico, minoranze etniche, religiose, sessuali); nel caso delle persone LGBT+ questo disagio può essere connesso a episodi di micro aggressioni (si fa riferimento a comportamenti che possono sembrare innocenti, ma che nel lungo periodo, possono causare danni psicologici seri), all'occultamento del proprio orientamento sessuale o della propria identità di genere, al carico emotivo e cognitivo legato al *coming out*, ovvero allo svelamento del proprio orientamento sessuale a se stessi e agli altri e può essere aggravato dalla mancanza di un sostegno familiare. Tutti questi fattori contribuiscono a generare un accumulo di stress cronico che nel corso del tempo può compromettere la salute mentale e fisica delle persone LGBT+. Tale modello, dunque, è risultato particolarmente valido nel predire gli esiti avversi sulla salute psicofisica delle minoranze stigmatizzate (3, 4).

occupati della popolazione LGBT+, affermandosi come una delle più interessanti prospettive teoriche utilizzate dalla ricerca nell'ambito della salute delle persone appartenenti alle minoranze sessuali e di genere. La teoria del *Minority Stress* suggerisce che gli individui appartenenti alle suddette minoranze siano esposti a maggiori rischi per la salute rispetto alla popolazione generale, a causa dello stress sociale legato al pregiudizio e allo stigma.

Ovviamente il *Minority Stress* non compromette il benessere psicologico di tutte le persone LGBT+, ma è bene ricordare che fare esperienza di esclusione, isolamento e la mancanza di pari opportunità possono comportare disagio psicologico (rischio suicidario, autolesionismo, depressione, disturbi dell'umore, disturbi d'ansia, disturbi da *addiction*).

Sebbene gli atteggiamenti sociali nei confronti delle persone LGBT+ siano cambiati notevolmente negli ultimi anni, le persone LGBT+ sono ancora molto spesso vittime di discriminazioni, esclusione, molestie e mancato accesso a pari opportunità. In particolare chi si trova al crocevia dell'appartenenza a più minoranze è maggiormente esposto a tale rischio; pensiamo a titolo esemplificativo, ma non esaustivo, allo stress a cui può essere esposta una persona transgender, di colore, appartenente a un ceto sociale basso e proveniente da un'area geografica rurale.

Il personale sanitario può offrire a queste persone l'opportunità di discutere delle esperienze che hanno avuto un impatto sul loro benessere psicologico e nel caso valutare i fattori di rischio associati. Il personale sanitario, in particolare i medici di medicina generale e, in caso di minori, i pediatri di libera scelta, hanno un ruolo strategico nel motivare queste persone a prendersi cura del proprio benessere e del proprio stato di salute, suggerendo eventualmente di fare riferimento a strutture di supporto psicologico e/o psicoterapeutico.

### *La salute sessuale*

Quando si lavora con le persone LGBT+ ci sono varie questioni legate alla salute sessuale che dovrebbero essere prese in considerazione. Una di queste, ad esempio, è la difficoltà con la quale queste persone tendono a dichiarare il proprio orientamento sessuale o l'identità di genere e/o a parlare del proprio comportamento sessuale con il personale sanitario, per il timore di essere discriminate; questo può comportare l'erogazione di interventi di prevenzione e/o di trattamenti insufficienti.

All'interno della popolazione LGBT+ esistono alcune differenze sulle questioni legate alla salute sessuale che si riportano brevemente:

- Lo screening per le Infezioni Sessualmente Trasmesse (IST) rimane centrale nell'assistenza sanitaria di base della popolazione LGBT+. Pertanto i medici di medicina generale dovrebbero incoraggiare queste persone, quando sessualmente attive, a sottoporsi a controlli periodici (anche in assenza di qualsiasi sintomo) per le IST tra cui HIV, sifilide, gonorrea e clamidia, e dovrebbe essere discussa la possibilità di effettuare vaccinazioni per l'epatite A e B e per l'HPV (5, 6, 7).
- All'interno delle pratiche di sesso protetto è importante suggerire alla popolazione LGBT+ così come alla popolazione generale l'uso di preservativi sui *sex toys*, *Femidom* e *dental dam*, nonché di evitarne la condivisione.
- Comportamenti sessuali a rischio sono più probabili quando si fa utilizzo di alcol e sostanze durante l'attività sessuale (8).

- Nelle persone TGD che decidono di sottoporsi al trattamento chirurgico di affermazione di genere, che può prevedere l'orchietomia bilaterale (asportazione dei testicoli) e la istero-annessiectomia (asportazione di utero e ovaie), viene compromessa in modo irreversibile la fertilità. Anche la terapia ormonale affermativa di genere può compromettere la fertilità e la capacità riproduttiva. Numerose società scientifiche incluse l'*American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG), l'*American Society of Reproductive Medicine* (ASRM) e l'*Endocrine Society*, raccomandano di informare adeguatamente le persone che iniziano il percorso di affermazione di genere ormonale e chirurgico sulla possibilità di fare riferimento ai servizi di preservazione della fertilità (9, 10, 11, 12).
- Per quanto concerne i percorsi di prevenzione è bene ricordare che i programmi di *screening* inclusi nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) ad oggi disponibili, riguardano il tumore al seno, alla cervice uterina e al colon retto. A tal proposito è utile ricordare che le ASL spediscono un invito con un appuntamento prefissato ai propri residenti per invitarli a effettuare il test di screening in uno dei centri di riferimento. La spedizione dell'invito tiene in considerazione il sesso registrato presso il Servizio Sanitario Nazionale (SSN), pertanto le persone TGD che hanno fatto la rettifica anagrafica non riceveranno tale invito, con grave rischio per la loro salute. Di conseguenza, il personale sanitario e i medici di medicina generale hanno un ruolo chiave nell'informare e nel sensibilizzare questa popolazione al riguardo.
- Lo *screening* del cancro della cervice uterina è raccomandato per tutte le persone assegnate femmine alla nascita (13). Molti operatori sanitari tuttavia ritengono erroneamente che le pazienti lesbiche non abbiano bisogno di sottoporsi a tale *screening* perché a basso rischio in quanto, ipotizzano, che queste pazienti non abbiano rapporti sessuali con uomini, il che non è sempre vero (14).
- È importante che il personale sanitario e più nello specifico i medici di medicina generale siano consapevoli che per alcune persone TGD può essere difficile affrontare questioni che riguardano alcune parti del loro corpo, pertanto nel sensibilizzare questa popolazione agli *screening* di prevenzione debbono accostarsi a questi temi con tatto e sensibilità.

### *I comportamenti legati alla salute*

La letteratura scientifica ad oggi disponibile suggerisce che la popolazione LGBT+ presenti stili di vita a rischio per patologie croniche. Ad esempio, questa fascia di popolazione presenta un rischio maggiore di consumo di tabacco, di alcol (consumo fuori pasto e *binge drinking*) e di sostanze rispetto alle persone eterosessuali e cisgender (15, 16). Le donne lesbiche e bisessuali sono a maggiore rischio di obesità rispetto alle loro coetanee eterosessuali (17,18) così come la popolazione TGD, soprattutto nelle fasce di età giovanili (19). Pertanto il personale sanitario ha un ruolo essenziale nell'esplorazione di questi fattori di rischio e nell'indirizzare queste persone verso i servizi appropriati.

## Ostacoli nell'accesso e nell'utilizzo dei servizi sanitari per le persone LGBT+

Come anticipato nei precedenti paragrafi, nonostante le raccomandazioni pubblicate delle principali istituzioni internazionali a favore di politiche inclusive dedicate alle persone LGBT+, questa fascia della popolazione incontra tuttora numerose barriere nell'accesso e nell'utilizzo dei servizi sanitari con effetti negativi sulla salute mentale e/o fisica (20). Tali barriere includono: I) barriere individuali II) barriere interpersonali III) barriere organizzative IV) barriere istituzionali.

Forniamo di seguito alcuni esempi:

- Barriere individuali
  - omo/lesbo/bi/trans negatività interiorizzata
  - problemi di salute mentale
  - abuso di alcol e di droghe
  - disoccupazione
  - mancanza di un alloggio
- Barriere interpersonali
  - stigma sociale
  - atteggiamenti omo/lesbo/bi/trans negativi da parte dei professionisti sanitari che possono manifestarsi mediante una serie di inconsapevoli micro-aggressioni quali:
    - ✓ presumere che i pazienti siano cisgender e eterosessuali
    - ✓ assumere un atteggiamento patologizzante nei riguardi dei pazienti LGBT+
    - ✓ difficoltà nel riconoscere le questioni legate al benessere della popolazione LGBT+
    - ✓ mancato riconoscimento di qualsiasi comportamento, identità, relazione, forma familiare o comunità non cisgender e non eterosessuale
    - ✓ indicazione di forme di terapie riparative rispetto all'orientamento sessuale e/o all'identità di genere
- Barriere organizzative
  - scarse conoscenze sulla tematica LGBT+
  - scarsità di studi scientifici sulla salute delle persone LGBT+
  - assenza di una anagrafica inclusiva
  - assenza di riferimenti di laboratorio settati su specifiche fasce della popolazione
  - mancanza di spazi inclusivi
- Barriere istituzionali
  - assenza di politiche inclusive

## Pratiche inclusive

Ognuna di queste barriere nei riguardi della popolazione LGBT+ può comportare un allontanamento di questa popolazione dai servizi sanitari, nonché un impatto negativo sulle pratiche di prevenzione, promozione del benessere e cura individuale e collettiva. Lo svolgimento di una pratica sanitaria sufficientemente inclusiva, implica che il personale sanitario sia in grado di comprendere che le espressioni più sottili, indirette ed eventualmente involontarie di pregiudizio possono avere un effetto negativo sulla relazione personale sanitario-paziente.

La pratica sanitaria inclusiva si applica a tutta la popolazione - non solo a quella LGBT+ - e implica:

- Il riconoscimento e il rispetto delle differenze legate all'appartenenza a minoranze etniche, religiose, all'identità di genere o all'orientamento sessuale o alla presenza o meno di disabilità.
- Il riconoscimento delle specifiche questioni che devono affrontare i diversi gruppi di utenza sopraindicati al fine di promuovere il loro benessere e la necessità di fornire diverse risposte sulla base dei loro specifici bisogni di salute.
- L'accesso a servizi che erogano prestazioni sanitarie che rispondono agli specifici bisogni dell'utenza.

Mettere in atto una pratica sanitaria inclusiva e consapevole dei bisogni specifici della popolazione LGBT+ può aiutare queste persone a sentirsi accolte rispetto ai propri specifici bisogni di salute e rassicurate sulla possibilità che vengano loro erogate prestazioni sanitarie simili a quelle che ricevono tutti i pazienti, indipendentemente dalla loro identità di genere e/o orientamento sessuale.

Di seguito si indicano azioni utili per la promozione di una pratica sanitaria inclusiva e affermativa: 1) formazione e aggiornamento professionale del personale sanitario; 2) creazione di un ambiente accogliente; 3) attenzione alla riservatezza.

#### *Formazione e aggiornamento professionale del personale sanitario*

La formazione sulle pratiche sanitarie inclusive per la popolazione LGBT+ deve coinvolgere tutto il personale a contatto con l'utenza: amministrativo, infermieristico e medico. La formazione dovrebbe essere periodica per affrontare gli eventuali cambiamenti di personale.

Gli argomenti che il programma di formazione del personale dovrebbe includere sono:

- Utilizzo di un linguaggio inclusivo, sia nella relazione con i pazienti LGBT+, sia nella relazione con i familiari e con altre persone per loro significative.
- Imparare a riconoscere e identificare le stigmatizzazioni interiorizzate dalle persone LGBT+ ed essere in grado di promuovere la loro messa in discussione.
- Imparare a riconoscere, identificare e mettere in discussione i propri pregiudizi e le proprie credenze discriminatorie nei riguardi delle persone LGBT+.
- La descrizione degli ostacoli che le persone LGBT+ possono incontrare nell'accesso e nell'utilizzo dei servizi sanitari.
- Le questioni legate al benessere delle persone LGBT+.

#### *Creazione di un ambiente accogliente*

Operare sull'ambiente - inteso non solo in senso fisico ma anche culturale – è un primo passo utile alla messa in atto di una pratica sanitaria inclusiva.

Ecco alcuni suggerimenti che possono essere implementati nei luoghi di cura:

- Predisporre un ambiente accogliente e rispettoso, già a partire dai materiali mostrati nello studio e nelle sale d'aspetto (cartelli, *brochure*, poster), che dovrebbero esprimere un clima connotato all'accoglienza e un atteggiamento affermativo nei confronti delle persone LGBT+.

- Affiggere, in modo visibile, una dichiarazione di non discriminazione in cui si affermi che le prestazioni sanitarie erogate presso il Servizio sono uguali per tutti i pazienti a prescindere dall'età, dall'etnia, dalla religione, dall'abilità, dall'orientamento sessuale e dall'identità/espressione di genere.
- Se strutturalmente possibile prevedere almeno un servizio igienico non specificatamente destinato ad un singolo genere. Nel caso di ricovero in una struttura sanitaria di una persona TGD, ove possibile, verificare la disponibilità d'uso di una camera singola, a garanzia della *privacy* della persona interessata.

### *Attenzione alla riservatezza*

Porre attenzione circa la riservatezza dei dati personali è un passo utile alla messa in atto di una pratica sanitaria inclusiva.

Le persone LGBT+ presentano gli stessi diritti di riservatezza della popolazione generale per cui si rimanda al GDPR - Regolamento 2016/679 e ai codici deontologici delle professioni sanitarie; ricordiamo altresì che alcuni dati personali sono considerati "particolari" e soggetti a specifiche condizioni di trattamento. Facciamo qui riferimento a dati personali che rivelano l'origine razziale o etnica, le opinioni politiche, le convinzioni religiose o filosofiche; l'appartenenza a un sindacato; dati genetici, dati biometrici trattati solo per identificare un essere umano; dati relativi alla salute; dati relativi alla vita sessuale o all'orientamento sessuale di una persona.

Ciononostante, alcune persone LGBT+ talvolta non vivono serenamente il proprio orientamento sessuale e/o identità di genere, possono temere di subire eventuali atti di ostilità da parte del personale sanitario, oppure non hanno ancora raggiunto un grado di benessere interiore tale da portarle a parlare liberamente del proprio orientamento sessuale o della propria identità di genere. A fronte di questa premessa è quindi particolarmente utile che il personale sanitario sia consapevole della necessità di assicurare le persone LGBT+ che le informazioni raccolte rimarranno strettamente confidenziali.

Il modulo di trattamento dei dati personali non dovrebbe ridursi a un adempimento burocratico nel corso del quale ci si limita alla raccolta della firma e dei dati del paziente, ma deve rappresentare un utile momento di assicurazione circa la confidenzialità delle informazioni raccolte. Questo può incoraggiare le persone LGBT+ a fornire informazioni relative a sé stesse, essendo state rassicurate che saranno protette.

## COMUNICAZIONE DEL PERSONALE SANITARIO CON LE PERSONE LGBT+

### Comunicazione con le persone LGBT+

Una comunicazione efficace tra professionisti che lavorano in ambito sanitario e utenti rappresenta un aspetto critico fondamentale di ogni interazione in ambito assistenziale. In particolare, nell'interazione medico-paziente uno scambio appropriato di informazioni è alla base di un corretto processo diagnostico e di interventi clinici efficaci. Infatti, la relazione che si stabilisce tra medico e paziente, e più in generale tra personale sanitario e utente, condiziona la qualità delle cure prestate e il livello di *compliance* dell'utente (21).

### Buone pratiche di comunicazione con le persone con orientamento sessuale non eterosessuale (LGB+)

Si elencano di seguito alcune raccomandazioni generali sempre valide nella comunicazione con le persone LGB+ in una pratica sanitaria che vuole essere inclusiva:

- Utilizzare un linguaggio neutro, così da lasciare all'utente la possibilità di esprimersi e definire liberamente sé stesso, il proprio orientamento sessuale, il proprio mondo relazionale.
- Mantenere un atteggiamento non giudicante sia nel linguaggio verbale che in quello non verbale. Attraverso la comunicazione non verbale si può mostrare disapprovazione o sorpresa con la stessa facilità con cui si manifesta attraverso la comunicazione verbale. Stabilire un contatto visivo con l'utente e mantenere un'espressione accogliente.
- Acquisire familiarità con i termini comunemente utilizzati da e in riferimento alla popolazione LGB+. Ad esempio, la parola gay dovrebbe essere utilizzata come aggettivo e non come sostantivo (la persona gay e non il gay). A riguardo un glossario è fornito alla fine del documento. Chiedere al paziente di chiarire il significato di eventuali termini con i quali non si ha familiarità, oppure ripetere il termine utilizzato dal paziente aggiungendo la propria comprensione del suo significato; questo può essere utile a non incorrere in problemi di comunicazione.
- Evitare di desumere l'orientamento sessuale di una persona in base al suo aspetto, al sesso assegnato alla nascita o alla sua identità di genere. Il paziente è l'unica persona che può determinare il proprio orientamento sessuale.
- Porre esclusivamente domande pertinenti al motivo della visita del paziente evitando di chiedere informazioni non necessarie. Prima di fare una domanda, valutare se quest'ultima contribuisca a migliorare la cura del paziente o se sia semplicemente formulata per curiosità personale. Se una domanda è posta per curiosità personale, è meglio evitarla perché inappropriata.

Segue un elenco di buone pratiche relative ai seguenti paragrafi: 1) Non dare per scontato che i pazienti siano eterosessuali; 2) Assumere un atteggiamento affermativo di fronte al coming out del paziente non eterosessuale; 3) Rispettare le famiglie arcobaleno; 4) Raccomandazioni circa la raccolta dell'anamnesi focalizzata su comportamenti sessuali.

### *Non dare per scontato che i pazienti siano eterosessuali*

Qualsiasi persona che acceda a un servizio sanitario può identificarsi come gay, lesbica, bisessuale, asessuale o più in generale con un orientamento sessuale non eterosessuale. Nel corso dell'incontro sanitario/paziente, porre delle domande aperte e inclusive durante la raccolta della storia clinica del paziente dimostra ai pazienti LGB+ che il sanitario non presume che la persona sia eterosessuale e che ha un atteggiamento inclusivo nei confronti delle persone che hanno un orientamento sessuale non eterosessuale e che è pronto a discutere di questioni relative al loro orientamento sessuale che potrebbero essere rilevanti per lo stato di salute della persona interessata.

Di seguito si indicano alcuni esempi di domande sufficientemente aperte ed inclusive:

ESEMPI DI DOMANDE INCLUSIVE	
Invece di:	Utilizzare:
È sposato?	Ha una relazione?
Ha una fidanzata/fidanzato?	Ha uno o più partner?
Come si chiama suo/a marito/moglie?	Come si chiama/chiamano il/i suo/suoi partner?

Ci si potrebbe trovare nella situazione in cui si ha l'impressione che un paziente sia in dubbio se rivelare o meno al sanitario il proprio orientamento sessuale. In tale scenario può essere utile assumere un atteggiamento empatico e mostrare interesse a comprendere le istanze sottese a tale difficoltà. Ecco alcuni suggerimenti:

- Informare il paziente che tutte le informazioni personali sono riservate e non saranno divulgate e rassicurarlo che la persona che ha davanti non è giudicante.
- Spiegare che come operatore sanitario è importante comprendere le questioni rilevanti per la salute in modo da poter identificare l'intervento più adeguato e personalizzato.
- Informarsi circa le relazioni attuali e passate.
- Provare a porre domande indirette, ad esempio: "Nella mia pratica vedo molte persone etero, gay, lesbiche o bisessuali che presentano questioni che hanno difficoltà ad affrontare. Potrebbe essere questo vero anche per lei?".
- Provare a porre domande dirette, ad esempio: "Il suo partner attuale è un uomo o una donna?"; "E' attratto da uomini, donne o entrambi?"; "Le sue relazioni passate sono state con uomini, donne o entrambi?".

### *Assumere un atteggiamento affermativo di fronte al coming out del paziente non eterosessuale*

Fare *coming out*, dichiarando agli altri il proprio orientamento sessuale, è un momento importante nella vita delle persone LGB+ pertanto, mostrare interesse nei riguardi di questa esperienza può essere utile a fortificare l'alleanza sanitario/paziente. È inoltre importante ricordare che si tratta di un momento evolutivo importante nella vita della persona LGB+ e che dunque se avviene in un contesto caratterizzato da esclusione e stigmatizzazione da parte delle strutture sociali e delle istituzioni, si potrebbero attivare dinamiche che potrebbero assumere il valore di fattori di rischio per il benessere delle persone LGB+, in particolare per quanto concerne giovani e minori. Pertanto,

è importante assumere un atteggiamento affermativo nei confronti del paziente ovvero porsi in una posizione nella quale non si giudica l'individuo ma lo si "vede" nella sua affettività e sessualità, affermando nella relazione la possibilità che a ciascuno sia consentito di essere sé stesso e di affermare i propri desideri a prescindere dall'orientamento sessuale.

Di seguito si indicano alcuni esempi di domande sufficientemente aperte che possono favorire la comprensione:

ESEMPI DI DOMANDE AFFERMATIVE
<ul style="list-style-type: none"><li>• Qualcuno tra i suoi amici sa che lei è una persona lesbica/gay/bisessuale/asessuale?</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Ha parlato del suo orientamento sessuale con qualcuno nella sua cerchia di amici o in famiglia?</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Come vanno le cose per lei da quando ha dichiarato il suo orientamento sessuale?</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Ha avuto esperienze negative da quando ha comunicato agli altri il suo orientamento sessuale?</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Ci sono persone lesbiche/gay/bisessuali/asessuali con cui si sente libero di parlare? Sono per lei di supporto?</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Ci sono questioni di cui vorrebbe parlare con me relative al suo orientamento sessuale?</li></ul>

Sebbene queste domande possano essere rilevanti, in certi casi l'orientamento sessuale dei pazienti LGB+ può non essere di rilievo per il servizio clinico di riferimento e, inoltre, il paziente LGB+ potrebbe anche avere dubbi e incertezze sul proprio orientamento sessuale o potrebbe essere nelle prime fasi del processo di *coming out*. Pertanto è importante che il sanitario affronti queste questioni con delicatezza, tatto ed empatia.

Rispetto ai minori LGB+ è importante, quando comunicano il loro orientamento sessuale, assumere un atteggiamento affermativo e solidale e non dare per scontato che si tratti di una fase di passaggio.

Di seguito si indicano alcuni esempi di domande affermative e sufficientemente aperte che possono favorire l'alleanza paziente/sanitario:

ESEMPI DI DOMANDE AFFERMATIVE PER I MINORI	
Invece di:	Utilizzare:
Sei troppo giovane per definirti lesbica/gay/bisessuale/asessuale.	L'orientamento sessuale lesbico/gay/bisessuale/asessuale come quello eterosessuale è una variante naturale della sessualità umana. Vista la tua giovane età hai avuto esperienze sociali negative circa il tuo orientamento sessuale?
Stai attraversando una fase.	L'orientamento sessuale lesbico/gay/bisessuale/asessuale come quello eterosessuale è una variante naturale della sessualità umana. Se hai dubbi che vuoi risolvere e desideri avere più chiarezza potrebbe essere utile che tu ti rivolga ad associazioni LGBT+ sul territorio.

Infatti, può essere utile sostenere nei giovani il confronto con il gruppo dei pari. A tal fine può essere valutata l'idea di fornire informazioni che possano mettere il giovane nella condizione di rivolgersi a un'associazione LGB+ presente sul territorio, presso la quale può avere un sostegno alla pari.

#### *Rispettare le famiglie omogenitoriali*

I sanitari dovrebbero mostrare particolare attenzione e cautela quando entrano in contatto con le famiglie omogenitoriali, ovvero con quelle famiglie composte da genitori non eterosessuali e cisgender. In tali casi si può correre il rischio di esprimere eventuali pregiudizi che a volte si possono manifestare inconsapevolmente. Pertanto il personale sanitario, quando lavora con bambini di famiglie omogenitoriali, dovrebbe cercare di coinvolgere entrambi i genitori al fine di offrire una prestazione sanitaria inclusiva. “Genitore biologico” e “genitore non biologico” sono i rispettivi termini per descrivere il genitore che ha concepito e il genitore che non ha concepito il minore. Infine è necessario ricordare che bisogna porre esclusivamente domande pertinenti al motivo della visita del paziente evitando di chiedere informazioni non necessarie ai fini sanitari.

Di seguito si indicano alcune espressioni sufficientemente inclusive che possono favorire un atteggiamento affermativo nella pratica sanitaria:

ESEMPI DI DOMANDE AFFERMATIVE PER I MINORI	
Invece di:	Utilizzare:
Chi è la madre/il padre del bambino?	Chi è il genitore o tutore del bambino?
Chi è la vera madre/padre?	Chi è il genitore biologico?

## *Raccomandazioni circa la raccolta dell'anamnesi focalizzata sui comportamenti sessuali*

Ci sono alcune raccomandazioni utili dal punto di vista della comunicazione medico-paziente LGBT+ di cui bisogna tener conto al fine di promuovere una pratica sanitaria inclusiva:

- Quando si parla di rapporti e comportamenti sessuali, utilizzare un linguaggio neutro ed evitare di dare per scontato che i comportamenti sessuali siano svolti tra persone eterosessuali, o che siano finalizzati alla procreazione e non al raggiungimento del piacere sessuale. A tal fine può essere anche utile utilizzare un linguaggio neutro e non caratterizzato dal genere. Ad esempio, può essere utile usare l'espressione "partner sessuale" invece di "uomo", "donna", "marito" e "moglie".
- Quando si raccoglie la storia sessuale, è molto importante utilizzare il linguaggio del paziente e la terminologia a cui fa ricorso per descrivere sé stesso, i partner sessuali e la relazione che ha in corso; molte persone non dichiarano il proprio orientamento sessuale e potrebbero avere rapporti sessuali con persone del loro stesso sesso o con persone di entrambi i sessi. Altre si autodefiniscono con chiarezza e con termini che talvolta si potrebbero non conoscere.
- Per non incorrere in problemi di comunicazione può essere utile chiedere al paziente di chiarire il significato di eventuali termini o comportamenti che non si conoscono, oppure ripetere il termine utilizzato dal paziente, aggiungendo la comprensione che si ha del suo significato.
- Nell'ambito della prevenzione delle IST è importante discutere in modo aperto delle pratiche e dei comportamenti sessuali. Riuscire ad approfondire tali questioni non è sempre facile, perché talvolta il personale sanitario, nel timore di assumere un atteggiamento voyeuristico, può essere titubante o imbarazzato nel raccogliere tali informazioni.
- I comportamenti sessuali di una persona che si definisce e si riconosce come bisessuale non sono significativamente differenti da quelli di una persona eterosessuale o lesbica/gay. Le persone bisessuali possono essere monogame per lunghi periodi di tempo e identificarsi come bisessuali. Le persone bisessuali possono anche essere impegnate in più relazioni senza nascondere questo ai propri partner e ricevendo da questi il loro consenso. Ciononostante, le persone bisessuali sono spesso descritte come "confuse", "promiscue", "indecise". Potrebbero pertanto avvicinarsi con sospetto ai professionisti sanitari per il timore di essere considerate "malate" semplicemente perché hanno rapporti sessuali e relazioni affettive con più persone. Può essere utile, quindi, porre domande dirette e che comprendono tutte le identità sessuali, come ad esempio: "I tuoi partner sessuali sono uomini, donne o entrambi?".

## **Comunicazione con le persone transgender e *gender diverse***

### *Chi sono le persone Transgender e Gender diverse (TGD)?*

Transgender è un termine che include tutte le persone la cui identità di genere e/o espressione di genere non sono quelle tipicamente attribuite al sesso assegnato alla nascita. È importante sottolineare che questa espressione non indica attrazione o orientamento sessuale (22). La terminologia in questo campo è in continua evoluzione e richiede un'attenzione particolare rivolta all'utilizzo di un linguaggio sempre più inclusivo. Al riguardo, nell'ultima versione degli *Standard of Care* pubblicata dalla WPATH, si è introdotta l'espressione, da noi adottata in questo testo, di persone transgender e *gender diverse* (TGD) per descrivere le persone con identità di genere e/o espressione di genere diverse da quelle attribuite socialmente e culturalmente al sesso loro

assegnato alla nascita. Ciò può includere, tra le altre, persone che si identificano come non binarie, persone *gender nonconforming* e altre persone che non si identificano come cisgender (22).

Una persona assegnata femmina alla nascita (AFAB, *assigned female at birth*) sulla base del sesso biologico (ovvero sulla base delle caratteristiche dei genitali esterni alla nascita), può presentare un'identità di genere maschile; si parlerà in tal caso di ragazzo/uomo transgender. Viceversa, una persona assegnata maschio alla nascita (AMAB, *assigned male at birth*) sulla base del sesso biologico, può presentare un'identità di genere femminile; si parlerà in tal caso di ragazza/donna transgender. Tuttavia, non tutte le persone TGD si collocano in un binarismo di genere, vale a dire non tutte per persone transgender AMAB si identificano come donne né tutte le persone transgender AFAB si identificano come uomini. Tra l'estremo maschile e femminile si estrinsecano innumerevoli modalità di espressione di genere, che trascendono il dualismo biologico. Gli individui non binari (*non binary*, NB) si identificano con un genere né esclusivamente maschile né femminile e la loro identità di genere può trovare una collocazione oltre la dualità, rifiutando il suddetto binarismo di genere (22).

Alcune persone TGD (ma non tutte) decidono di intervenire sul proprio corpo per renderlo più simile a come si sentono attraverso un percorso di affermazione di genere che procede per fasi successive e può prevedere un trattamento ormonale e/o chirurgico. Il percorso di affermazione di genere non è obbligatorio e l'iter non è lo stesso per tutte le persone. Si cerca di adattare il percorso a seconda delle reali esigenze individuali (per esempio, non tutte le persone TGD sentono il bisogno di sottoporsi a un trattamento chirurgico). Diventa fondamentale, dunque, in un contesto così complesso ed eterogeneo, conoscere in modo più completo possibile le numerose declinazioni dell'identità di genere e acquisire consapevolezza rispetto ai possibili interventi di affermazione di genere affinché siano congruenti con le aspettative. Pertanto, i professionisti della salute che si occupano di persone TGD hanno il compito di supportare gli utenti nell'esplorare l'identità di genere e i possibili cambiamenti corporei desiderati, al fine di garantire un approccio individualizzato durante il percorso di affermazione di genere. Per ulteriori dettagli è possibile visitare il sito [InfoTrans.it](http://InfoTrans.it).

### *Il percorso di affermazione di genere in sintesi*

*Il percorso psicologico.* I colloqui psicologici consentono di acquisire consapevolezza rispetto alla definizione della propria identità di genere e di delineare percorsi individualizzati che siano caratterizzati da conoscenze corrette e aspettative realistiche. Il sostegno psicologico durante un percorso di affermazione di genere non è obbligatorio, ma la persona può richiederlo in alcuni momenti delicati quali: il *coming out*, la transizione sociale, i cambiamenti seguenti alle terapie ormonali, l'inserimento lavorativo, ecc. Inoltre, nel caso in cui la persona intenda chiedere il cambio del nome sui documenti (riattribuzione anagrafica) e/o sottoporsi a interventi chirurgici di affermazione di genere, può essere elaborata una relazione psicologica che attesti la necessità di tali interventi al fine del benessere della persona. Tale relazione dovrà essere presentata al Tribunale del luogo di residenza, cui va fatta la richiesta di autorizzazione come stabilito dalla Legge 14 aprile 1982, n. 164, dal titolo "Norme in materia di rettificazione di attribuzione di sesso". Si fa presente che la Corte Costituzionale nella sentenza 221/2015 ha affermato che il giudice può rilevare il "completamento della transizione" laddove la persona interessata abbia già esercitato "in maniera definitiva il proprio diritto all'identità di genere (ad esempio, manifestando la propria condizione nella famiglia, nella rete degli affetti, nel luogo di lavoro, nelle formazioni di partecipazione politica e sociale), ancorché senza interventi farmacologici o chirurgici sui caratteri sessuali secondari".

*Il trattamento ormonale.* Se la persona riporta il bisogno di modificare il proprio corpo, può essere prescritto un trattamento ormonale. Nel trattamento ormonale femminilizzante vengono comunemente somministrati gli estrogeni, mentre gli antiandrogeni vengono utilizzati al fine di demascolinizzare il corpo. Nel trattamento ormonale mascolinizzante viene comunemente somministrato il testosterone. Il trattamento ormonale va personalizzato a seconda delle esigenze e degli obiettivi che la singola persona intende raggiungere, tenendo conto delle sue condizioni di salute generale.

*Il trattamento chirurgico.* Questa fase comprende vari interventi chirurgici a cui la persona può sottoporsi dopo aver ottenuto l'autorizzazione rilasciata con sentenza dal Tribunale del luogo di residenza. Gli interventi chirurgici consistono nella modifica delle caratteristiche sessuali primarie e/o secondarie con l'obiettivo di adattare l'aspetto fisico della persona alla sua identità di genere. È importante, prima di intraprendere un percorso chirurgico di affermazione di genere, che la persona sia consapevole che tale passaggio non è in alcuna misura obbligatorio e che non si tratta di una chirurgia in grado di assegnare in modo completo i caratteri sessuali desiderati. L'equipe chirurgica ha il compito di descrivere all'utente tutti gli aspetti relativi all'intervento e le sue possibilità di realizzazione, in modo che la persona abbia delle aspettative realistiche e ottenga, di conseguenza, un buon grado di soddisfazione per i risultati raggiunti.

*Riattribuzione anagrafica.* È possibile chiedere al Tribunale del luogo di residenza l'autorizzazione per l'intervento chirurgico di riattribuzione di sesso e la rettificazione del nome e del sesso oppure solo quest'ultima. Infatti, a seguito delle importanti pronunce della Corte di Cassazione e della Corte Costituzionale, qualora la persona non richieda, per il proprio benessere psico-fisico, di sottoporsi a interventi chirurgici di affermazione di genere, potrà richiedere al Tribunale il solo cambio del nome e del sesso. A tale scopo, sarà sempre e comunque necessaria la documentazione attestante la diagnosi di disforia di genere/incongruenza di genere.

#### *Ostacoli nell'accesso e nell'utilizzo dei servizi sanitari per le persone TGD*

Le persone TGD in Italia, così come nella maggior parte del mondo, hanno difficoltà di accesso non solo all'assistenza sanitaria di base e specialistica, ma anche a risorse determinanti in ambito sanitario come l'istruzione, l'occupazione e l'alloggio con conseguenze allarmanti per la loro salute. I principali ostacoli nell'accesso e nell'utilizzo dei servizi sanitari sono rappresentati da:

- Lacune conoscitive in termini di numerosità e condizioni di salute generale della popolazione TGD. Nonostante l'interesse crescente da parte della comunità scientifica, la tematica relativa alla salute delle persone TGD rimane un argomento sottovalutato dal punto di vista dell'attività di ricerca. La scarsità di dati sulla numerosità della popolazione TGD (23, 24), sullo stato di salute generale e sugli effetti a lungo termine del trattamento ormonale e/o chirurgico di affermazione di genere (25, 26) sono tra le principali lacune conoscitive che necessitano di essere colmate quanto prima al fine di una programmazione sanitaria mirata ed efficace per questa popolazione.
- Scarsità o assenza di formazione dei professionisti che operano in ambito sanitario. Un recente sondaggio condotto in Europa sull'accesso ai servizi sanitari da parte della popolazione TGD ha evidenziato come la scarsità o assenza di formazione dei professionisti che operano in ambito sanitario in tema di benessere e salute delle persone TGD sia considerata una delle maggiori criticità nell'utilizzo dei servizi sanitari sia dagli utenti che dai professionisti stessi (1). C'è una richiesta crescente da parte del personale sanitario di una

maggiore formazione in tema di salute delle persone TGD, formazione che ad oggi dipende per lo più dall'iniziativa e dalla sensibilità personale, essendo poche le università che hanno incluso nelle loro offerte formative corsi dedicati a questa tematica. La scarsità o assenza di formazione, insieme al ricorso a una terminologia non corretta e talora alla presenza di una curiosità inappropriata da parte dei professionisti sanitari possono generare sfiducia negli utenti e causare un loro allontanamento dai servizi sanitari. Le possibili conseguenze di questa situazione includono il ricorso all'auto-somministrazione di ormoni in assenza di adeguati controlli medici, un ritardo nella diagnosi di patologie croniche e un aumento della mortalità rispetto alla popolazione generale (27, 28).

- Assenza di informazioni indipendenti e validate sui servizi sanitari disponibili. Un ulteriore ostacolo all'utilizzo dei servizi sanitari per le persone TGD, in particolare per quelle persone che intraprendono un percorso medico di affermazione di genere, è rappresentato dalla difficoltà di accesso a informazioni sanitarie e legali che possano orientarle nel loro percorso. A riguardo, la creazione del portale Infotrans.it (6), nato dall'impegno congiunto dell'Istituto Superiore di Sanità e dell'Ufficio Nazionale Antidiscriminazioni Razziali della Presidenza del Consiglio dei Ministri, ha rappresentato una prima risposta istituzionale al problema, offrendo alla popolazione transgender informazioni sanitarie e legali validate e aggiornate insieme ad una mappa dei servizi sanitari e legali presenti sul territorio nazionale.
- Ostacoli burocratici
  - Assenza di una "anagrafica" nei documenti clinici includente sia l'informazione relativa al sesso assegnato alla nascita sia quella relativa all'identità di genere. Queste informazioni sono importanti sia per la pratica clinica che per la ricerca. Dal punto di vista clinico, ad esempio, le persone transgender che hanno effettuato la rettifica dei documenti anagrafici sono escluse dallo screening per malattie che sono codificate come specifiche per il sesso assegnato alla nascita (ad es. screening del cancro alla prostata per le donne transgender o screening del cancro all'utero per gli uomini transgender). Dal punto di vista dell'attività di ricerca, l'assenza di una anagrafica inclusiva non consente di svolgere studi longitudinali sulla popolazione TGD per l'impossibilità, dopo il cambio anagrafico, di risalire al sesso assegnato alla nascita.
  - Esistenza di barriere strutturali. Ad esempio, gli uomini transgender, che non hanno effettuato la rettifica dei documenti anagrafici, sono spesso ricoverati nei reparti femminili e viceversa.
  - Applicazione disomogenea sul territorio italiano delle determinazioni AIFA del 23 settembre 2020 (n. 104272, n. 104273) inerenti l'inserimento di alcuni principi attivi nell'elenco dei medicinali erogabili a totale carico del SSN, per l'impiego nel processo di virilizzazione e femminilizzazione di persone transgender.
  - Infine, sebbene la chirurgia di affermazione di genere sia a carico del SSN, l'accesso a tale chirurgia, ai sensi della legge 164/82, deve essere autorizzato da un Tribunale sulla base di una solida documentazione medica che può avere un costo considerevole. Inoltre, il fatto che l'accesso alla chirurgia di affermazione di genere richieda tale autorizzazione aumenta i tempi di attesa per un intervento chirurgico (più di 12 mesi).

### *La comunicazione con gli utenti TGD: principali criticità*

I professionisti sanitari possono sentirsi disorientati di fronte a una persona TGD, avvertendo disagio nell'interazione e stentando a comprendere la specificità dei suoi bisogni. Alla mancanza o scarsità di conoscenze specifiche in tema di salute delle persone TGD, si possono aggiungere preconcetti e

atteggiamenti negativi che i professionisti possono nutrire, anche inconsapevolmente, verso tali persone, e che vanno a influire negativamente sulla qualità della relazione clinica e del servizio offerto. Occorre dunque tenere conto del fatto che spesso le persone TGD si avvicinano agli ambienti sanitari con il forte timore di ricevere un trattamento iniquo (1), è importante quindi non solo eliminare le discriminazioni, ma anche rassicurare le persone TGD circa il fatto di essere le benvenute. A riguardo, l'utilizzo di una comunicazione inclusiva contribuisce a stabilire un rapporto di fiducia e di comprensione reciproca. Di seguito alcune raccomandazioni per migliorare l'interazione professionista sanitario-utente.

### *Buone pratiche*

- Utilizzare un linguaggio neutro, così da lasciare all'utente la possibilità di esprimersi e definirsi liberamente. Il nome sui documenti può non corrispondere al nome scelto dalla persona. Il sesso assegnato alla nascita può non corrispondere all'identità di genere. Quando non si è sicuri, è meglio chiedere con rispetto e delicatezza alla persona come preferisca essere chiamata. Inoltre, come prima riferito, non tutte le persone si identificano nella dicotomia maschio/femmina, facciamo qui riferimento all'esperienza delle persone NB, pertanto può essere utile chiedere quale pronome utilizzare.
- Mantenere un atteggiamento non giudicante sia attraverso il linguaggio verbale che non verbale. La comunicazione non verbale può mostrare disapprovazione o sorpresa con la stessa facilità della comunicazione verbale. Stabilire un contatto visivo con l'utente e mantenere un'espressione accogliente.
- Acquisire familiarità con i termini comunemente utilizzati da e in riferimento alla popolazione TGD. Ad esempio, la parola transgender dovrebbe essere utilizzata come aggettivo e non come sostantivo (la persona transgender e non la/il transgender). A riguardo un glossario è fornito alla fine di questo documento.
- Adottare una prospettiva aperta sull'identità di genere, riconoscendo che può essere vissuta ed espressa in differenti modi che possono andare al di là della dicotomia tradizionale maschio/femmina e che possono modificarsi nel tempo. Alcune persone possono cambiare la loro identità di genere anche in età avanzata, questo non sminuisce la loro esperienza. È importante che l'operatore prenda consapevolezza dei propri possibili pregiudizi, anche con l'aiuto di colleghi e/o esperti del settore.
- Evitare di desumere l'orientamento sessuale di una persona in base al suo aspetto o alla sua identità di genere. Quando si parla di identità di genere ci si riferisce a un'esperienza relativa al genere e non alla sessualità. L'identità di genere di una persona non ci fornisce nessuna indicazione sul suo orientamento sessuale.
- Porre domande pertinenti esclusivamente al motivo della visita del paziente evitando di richiedere informazioni non necessarie. Prima di fare una domanda, valutare se quest'ultima contribuisca a migliorare la cura del paziente o se sia semplicemente formulata per curiosità personale. Se una domanda è posta per curiosità personale, va evitata in quanto inappropriata.
- Il percorso di affermazione di genere di ogni utente è unico. Occorre tenere in considerazione che le persone TGD possono sottoporsi ad un trattamento ormonale o chirurgico, ma non tutte lo desiderano. È importante per il personale sanitario non presumere cosa questo percorso "dovrebbe comprendere", ma limitarsi a fornire informazioni sui servizi offerti agli utenti dal SSN quando richiesto.
- Partecipare e organizzare percorsi formativi, non soltanto volti alla sensibilizzazione sull'importanza di utilizzare un linguaggio corretto e inclusivo e sulla tutela della particolarità

delle questioni che riguardano le persone TGD, ma anche sulle specifiche esigenze sanitarie che esse – sia in fase di cura, sia di prevenzione – presentano.

## **Comunicazione con le persone intersex**

### *Chi sono le persone intersex?*

Il termine intersex è un termine ombrello che fa riferimento a quelle persone che presentano variazioni congenite cromosomiche, gonadiche e/o anatomiche dello sviluppo del sesso (29). È importante sottolineare come il dibattito terminologico relativo alla tematica intersex sia tuttora molto acceso con un coinvolgimento diretto di utenti, medici, ricercatori, attivisti. Dal 2006, sulla base di una *consensus conference* internazionale sull'argomento, è stato introdotto l'acronimo DSD (disordini dello sviluppo del sesso) per indicare quelle "condizioni congenite in cui lo sviluppo del sesso cromosomico, gonadico o anatomico è atipico" (29). Tale definizione, sebbene tuttora ampiamente utilizzata nella letteratura scientifica biomedica, è stata fortemente criticata in quanto implica una condizione patologica da "riordinare" attraverso l'intervento medico (30, 31). Ciò ha portato a sostituire il concetto di disordini con quello di "differenze dello sviluppo del sesso" e più recentemente con quello di "Variazioni delle Caratteristiche del Sesso (*Variations of Sex Characteristics, VSC*)". Quest'ultima espressione è sempre più usata nell'ambito delle scienze sociali, dei movimenti intersex e delle istituzioni internazionali (32) sebbene essa sia ancora scarsamente utilizzata nella letteratura scientifica in ambito biomedico in cui rimane prevalente l'uso dell'espressione disordini/differenze dello sviluppo del sesso. In un'ottica di miglioramento della comunicazione tra il personale operante all'interno del SSN e l'utenza in questo testo utilizzeremo l'acronimo VSC.

Le VSC possono essere diagnosticate alla nascita per la presenza di genitali atipici. Alcune di queste variazioni, infatti, si presentano con caratteri genitali non attribuibili a quelli tipicamente considerati maschili o femminili (genitali atipici). Sono in tali casi necessari approfondimenti medici affinché al neonato possa essere assegnato il genere alla nascita. Altre volte queste variazioni diventano evidenti solo in fasi successive della vita, spesso durante la pubertà.

La prevalenza delle VSC dipende dalla definizione utilizzata. Le condizioni manifeste di atipie dei genitali si verificano con una frequenza compresa tra 1:2000 e 1:4500 persone (33). Le definizioni più inclusive di VSC (includenti anche le variazioni cromosomiche come la Sindrome di Turner e la Sindrome Klinefelter) hanno una prevalenza stimata fino all'1.7% (34). Sebbene questi numeri siano alti nel loro complesso, le singole VSC sono molto più rare. Per esempio, la sindrome da insensibilità agli androgeni si verifica in circa 1 caso su 100.000 nati 46,XY (35) e l'iperplasia surrenalica congenita in circa 1 caso su 15.000 nati 46,XX (36).

Storicamente le raccomandazioni per l'assegnazione del sesso nei bambini con genitali non riconosciuti come tipicamente maschili o femminili erano quelle di assegnarli, attraverso interventi chirurgici precoci, al sesso maggiormente concordante con l'apparenza dei genitali esterni, anche se discordante con il cariotipo. L'obiettivo primario era quello di fornire alla persona maggiori opportunità in termini di funzionalità e di supposta "normalità" (almeno secondo il giudizio del professionista). Era, inoltre, suggerito ai genitori di mantenere il segreto familiare sull'atipia genitale alla nascita, così da annullare ogni possibile influenza ambientale sulla costruzione dell'espressione di genere e dell'identità di genere della persona che era tenuta all'oscuro di tutto quello che le era accaduto. Questo approccio è stato, tuttavia, messo in discussione dall'emergere del *distress* psicologico (vergogna, depressione, tentato suicidio) e, in alcuni casi, di disforia/incongruenza di

genere in chi abbia subito tali interventi (37). La disforia/incongruenza di genere è presente in circa il 3% della popolazione intersex e può accompagnarsi, in una percentuale variabile da variazione a variazione, a un percorso medico di affermazione di genere con conseguente rettifica anagrafica (38). Al riguardo, si rende necessario sottolineare l'assenza di una normativa *ad hoc* che renda possibile la modifica dell'assegnazione anagrafica. Qualora la persona intersex voglia infatti modificare sesso e nome, in generale si ricorre alla normativa sulla modifica dell'assegnazione di sesso, prevista per le persone transgender (l. 164/1982), un percorso lungo, costoso sia sul piano economico, sia emotivo per la sua complessità, ma soprattutto pensato per una diversa condizione (39). Sulla base delle precedenti considerazioni, la letteratura più recente propone che per le persone intersex non venga effettuata in età precoce un'assegnazione arbitraria a un genere o all'altro, ma che un gruppo interdisciplinare di specialisti effettui, durante il periodo evolutivo, una valutazione attenta e individualizzata dell'identità di genere e delle risorse personali del soggetto circa la sua capacità di prendere una decisione autonoma, procedendo, eventualmente sia necessario, ad effettuare una modifica dei registri dello stato civile come "errore alla nascita" (39). A riguardo è anche importante citare l'approvazione, da parte del Comitato Nazionale per la Bioetica, di Linee Guida da seguire nel trattamento delle persone intersex in cui si afferma che ogni intervento sul corpo deve essere guidato dal principio del miglior interesse del bambino, evitando mutilazioni non medicalmente necessarie e urgenti e informando adeguatamente la famiglia (40).

#### *Aspetti cruciali della comunicazione con le persone intersex*

La comunicazione delle informazioni sanitarie è un processo multidirezionale che include il trasferimento di informazioni dai professionisti sanitari che compongono il *team* interdisciplinare all'utenza (che a seconda dei vari momenti può essere composta dalla stessa persona intersex e/o dai genitori, oltre che dai fratelli e dalle sorelle ed eventualmente dai nonni o da altri familiari), dai genitori ai figli intersex, nonché da tutto il nucleo familiare al personale sanitario (41).

Uno dei principali compiti dello specialista è quello di supportare la famiglia nel momento in cui riceve la comunicazione della diagnosi di una VSC. Tale momento è, infatti, spesso riportato come critico in quanto la famiglia si trova a gestire una notizia che non è preparata ad affrontare. In particolare, i genitori potrebbero aver bisogno di supporto psicologico per l'elaborazione dei complessi e conflittuali vissuti emozionali connessi alla comunicazione della diagnosi. Potrebbero, infatti, essere preoccupati per lo sviluppo fisico e psicologico del figlio e sentirsi in difficoltà nella gestione dell'incertezza del futuro e dell'elaborazione del lutto legato alla nascita di un bambino con VSC. Il ruolo del professionista è di instaurare una relazione di fiducia e di monitorare il quadro psicologico della famiglia nel tempo, considerando la possibilità di un invio per una presa in carico psicologica più strutturata (anche di tipo psicoterapeutico) in caso di vulnerabilità psicologiche (o anche psicopatologiche) specifiche. In alcuni casi, infatti, possono instaurarsi quadri di ansia, depressione, disturbi da stress post traumatico che a loro volta possono compromettere i comportamenti di cura che i genitori mettono in atto nei confronti dei figli (42, 43, 44, 45).

Sebbene storicamente sia stata posta molta enfasi sulla comunicazione con i genitori non bisogna dimenticare l'importanza di una comunicazione aperta con l'utenza; le persone intersex, infatti, riportano ostacoli relativamente alla comunicazione diretta instaurata con i professionisti sanitari (46). È importante che anche i genitori della persona intersex adottino con il proprio figlio una comunicazione aperta, adeguata all'età, riguardo alla specifica condizione. La letteratura internazionale suggerisce che i comportamenti familiari di supporto (ad esempio, parlare con i bambini della loro identità e favorirne la socialità) sono associati ad una maggiore autostima e migliori risultati di salute in queste persone (47). Infine, l'esposizione a ripetuti esami genitali, la

paura di interventi medici e il mantenimento del segreto sulla condizione intersex minano l'*empowerment* (l'auto-potenziamento) e l'autostima della persona stessa (48, 49,50).

### *Buone pratiche*

- Incoraggiare la presa in carico globale della persona con VSC e della relativa famiglia da parte di un *team* interdisciplinare di professionisti esperti nel settore (ad es. psicologi con comprovata esperienza rispetto alle questioni connesse all'età evolutiva, medici specialisti in pediatria, endocrinologia pediatrica, chirurgia pediatrica, neuropsichiatria infantile, ginecologia, genetica medica e, se disponibili, sociologi, infermieri e bioeticisti). La composizione del *team* dovrebbe variare sulla base dell'età in cui la persona intersex riceve la diagnosi oltre che, ovviamente, sulla base della specifica forma di VSC.
- Adottare un linguaggio e un atteggiamento non stigmatizzante che implica una visione delle VSC come naturali variazioni della natura umana. Per esempio, descrivere l'atipia genitale come una "variazione" o una "differenza" piuttosto che come un "difetto di nascita", "genitali ambigui" o come una "anomalia".
- Offrire alle famiglie di bambini con VSC, sin dal momento in cui viene comunicata la diagnosi, informazioni dettagliate su come gestire le varie questioni mediche connesse alla forma attraverso cui si manifesta, soffermandosi sulle implicazioni psicosociali ad essa sottese. Nel caso in cui emerga la necessità, suggerire interventi di *counseling* psicologico e di supporto da parte di altre persone intersex e delle loro famiglie affinché possano riportare le loro esperienze di vita in merito.
- Incoraggiare i genitori della persona intersex a instaurare con il proprio figlio una comunicazione aperta e adeguata all'età, riguardo alla specifica forma attraverso cui la VSC si manifesta.
- Aiutare i genitori e le persone intersex a tollerare l'incertezza diagnostica, fornendo allo stesso tempo informazioni sulle variazioni anatomiche, sul genere nelle sue molteplici manifestazioni e sull'identità sessuale, incoraggiando l'utenza a fare domande.
- Coinvolgere la persona intersex, fin dai primi anni di vita, in percorsi psico-educativi e di *counseling* psicologico rispetto alla forma attraverso cui la VSC si manifesta, dedicando molta attenzione alle implicazioni psico-sociali ad essa sottese.
- Incoraggiare la persona intersex nell'esplorazione della propria identità di genere nelle diverse fasi dello sviluppo.
- Nel caso in cui la persona intersex manifesti una incongruenza di genere si consiglia l'invio ad un centro specialistico dove possa essere aiutata a esplorare eventuali questioni rispetto alla propria identità di genere ed eventualmente a intraprendere un percorso di affermazione di genere (per ulteriori dettagli a riguardo consultare il capitolo "Comunicazione con le persone transgender e *gender diverse*").
- Porre domande pertinenti esclusivamente al motivo della visita del paziente, evitando di richiedere informazioni non necessarie. Prima di fare una domanda, valutare se quest'ultima contribuisca a raccogliere dati per migliorare la cura del paziente o se sia semplicemente formulata per curiosità personale. Se una domanda è posta per curiosità personale, è meglio evitarla perché inappropriata.
- Promuovere il benessere e minimizzare lo stigma legato alla condizione intersex stabilendo rapporti di collaborazione con colleghi e con organizzazioni non professionali.
- Partecipare e organizzare percorsi formativi sulla gestione delle VSC nelle molteplici forme attraverso cui possono manifestarsi, enfatizzando l'importanza di un approccio interdisciplinare.

Sulla base di quanto riportato da Tishelman e altri (51) sono suggerite le seguenti raccomandazioni da seguire durante un esame dei genitali nei minori intersex:

- Fornire informazioni ai genitori e all'utenza prima della visita in merito agli obiettivi a cui essa mira e a cosa aspettarsi durante la visita medica e l'esame dei genitali; queste informazioni devono essere fornite in un contesto protetto, creando le condizioni per una comunicazione aperta e consentendo ai genitori e all'utente di fare domande e di esprimere eventuali preoccupazioni;
- Dal punto di vista psicologico i pazienti vanno sempre preparati quando devono affrontare l'esperienza di una visita medica che può suscitare ansia e preoccupazione. Per cui, quando opportuno, i genitori devono essere incoraggiati a parlare con i propri figli per prepararli circa l'esame a cui saranno sottoposti. Nel caso lo richiedano, o ne emerga la necessità, può essere anche utile il contributo del *team* interdisciplinare;
- Fornire rassicurazioni sugli aspetti positivi dell'esame, essendo molto cauti nel comunicare l'esito della visita e nel fornire tutti i dettagli emersi;
- Nel corso dell'esame consentire al minore di partecipare in modo attivo alle varie fasi attraverso cui la visita dei genitali si svolge, incoraggiandolo a fare domande all'operatore;
- Non costringere il paziente a subire la visita dei genitali se si rifiuta o mostra un grave disagio. In tal caso è bene interrompere la visita e suggerire l'incontro con uno psicologo per aiutare il paziente a esprimere e comprendere i complessi vissuti emozionali sottesi a tale rifiuto e ad arrivare più preparato a sostenere tale visita;
- Ridurre al minimo il numero delle persone presenti nell'ambulatorio dove la visita è effettuata considerata la delicatezza di tale visita e i complessi vissuti emozionali che può evocare in chi la subisce.

## GLOSSARIO

### A

#### **AFAB**

AFAB (Assigned Female At Birth, femmina assegnata alla nascita) include donne cisgender, uomini transgender e persone non binarie assegnate femmina alla nascita.

#### **Agender**

Letteralmente "senza genere", si riferisce alle persone che non si identificano in nessun genere.

**AMAB (Assigned Male At Birth, maschio assegnato alla nascita)** include uomini cisgender, donne transgender, persone non binarie assegnate maschio alla nascita.

#### **Asessuale**

Persona che non è sessualmente attratta da altre persone. Diversamente da come può capitare di pensare, questo non significa che le persone asessuali non provino piacere nella sessualità.

### B

#### **Bigender**

Termine usato per indicare una persona che si identifica in due generi. L'identità di genere può essere stabile e la persona sente di appartenere a due generi contemporaneamente oppure l'identità di genere può essere fluida e la persona può sentirsi, per esempio, in alternanza, a volte donna e a volte uomo.

#### **Binario**

Aggettivo usato per indicare l'esistenza di due soli generi: maschio/femmina o uomo/donna.

#### **Binarismo (di genere)**

La classificazione del genere nelle due tradizionali categorie maschile/femminile mutualmente esclusive.

#### **Bisessuale**

Termine usato per indicare una persona attratta emotivamente e/o sessualmente sia da persone del proprio genere che da persone di un genere diverso.

#### **Bullismo omo-lesbo-bi-transfobico / bullismo sessuale**

Atteggiamento di sopraffazione fisica e/o verbale messo in atto sulla base dell'orientamento sessuale e/o dell'identità di genere di una persona.

### C

#### **Cambio anagrafico**

Vedi "rettificazione anagrafica".

## **Caratteri sessuali**

I caratteri sessuali sono il complesso delle caratteristiche che differenziano un sesso dall'altro. Si dividono in caratteri sessuali primari e secondari. I caratteri sessuali primari sono le gonadi cioè i testicoli nell'uomo e le ovaie nella donna dove si originano le cellule destinate alla riproduzione (gameti) e vengono prodotti gli ormoni sessuali. All'inizio della maturità sessuale (pubertà) i caratteri sessuali primari raggiungono la piena maturazione e fanno la comparsa i caratteri sessuali secondari che contribuiscono ad accentuare le differenze tra maschi e femmine (per esempio timbro della voce, distribuzione e numero dei peli, distribuzione del grasso corporeo, sviluppo della massa muscolare, crescita delle mammelle, crescita del pene, ecc.).

## **Chirurgia affermativa di genere**

Si riferisce agli interventi chirurgici che intervenendo sui caratteri sessuali primari e/o secondari hanno l'obiettivo di allineare l'aspetto fisico di un individuo alla sua identità di genere.

## **Cisgender (cis-genere)**

Termine usato per indicare le persone la cui identità di genere corrisponde al sesso assegnato alla nascita.

## **Coming out**

Processo attraverso cui gli individui rivelano e affermano la propria identità di genere o il proprio orientamento sessuale. Questa espressione non è sinonimo di outing.

## **Cross dressing**

Indossare vestiti, accessori e/o trucco e/o adottare un'espressione di genere che non si conforma al proprio sesso biologico sulla base di norme sociali, culturali e ambientali. Non sempre il cross-dressing riflette l'identità di genere o l'orientamento sessuale. Il cross-dressing è una forma di espressione di genere e non ha fini di intrattenimento. Sostituisce il termine discriminante "travestitismo".

## **D**

### **Deadname**

Letteralmente "nome morto" ovvero il nome registrato alla nascita di una persona transgender che la persona non usa più per riferirsi a sé stessa.

### **Deadnaming**

Termine riferito all'atto, intenzionale o meno, di riferirsi a una persona transgender con il nome registrato alla nascita, ovvero il suo deadname.

### **Demigender**

Termine che sta a indicare una persona che sente solo una parziale identificazione con un'identità di genere.

1. Demigirl / demiwoman / demifemale è la persona che si identifica parzialmente come donna, quale che sia il genere assegnato alla nascita.
2. Demiboy / demiguy / demiman / demimale è la persona che si identifica parzialmente come uomo, quale che sia il genere assegnato alla nascita.

**Detransitioner**

Vedi detransizione.

**Detransizione**

Il termine “detransizione” è utilizzato per descrivere due tipi di situazioni. Nel primo caso, la persona smette di identificarsi nel genere nel quale si riconosceva dopo aver effettuato un percorso di affermazione di genere di tipo sociale, legale o medico. Questa decisione può ad esempio, comportare l'interruzione dell'assunzione di ormoni e la richiesta di un nuovo nome e/o pronome. Nel secondo caso, la persona non cambia la propria identità di genere, ma interrompe il proprio percorso di affermazione di genere a causa di problemi di salute, mancanza di supporto sociale/familiare o insoddisfazione relativa ai risultati raggiunti.

**Differenze dello sviluppo del sesso**

Vedi disordini dello sviluppo del sesso.

**Disforia di genere**

Condizione che indica la sofferenza clinicamente significativa e/o la compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre importanti aree associata all'incongruenza tra il genere esperito/espresso da un individuo e le caratteristiche sessuali primarie e/o secondarie (la disforia di genere è inclusa come categoria diagnostica nel Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM) quinta edizione, 2013). Soltanto alcune tra le persone transgender presentano disforia di genere nella loro vita.

**Disordini dello sviluppo del sesso (DSD)**

Definizione medica, ad oggi considerata stigmatizzante, per indicare le condizioni congenite in cui lo sviluppo del sesso cromosomico, gonadico o anatomico è atipico. La terminologia in questo campo è in continua evoluzione con una costante attenzione verso l'uso di un linguaggio il più inclusivo possibile; espressioni di più recente utilizzo sono “differenze dello sviluppo del sesso” e “variazioni delle caratteristiche del sesso”.

**Drag king**

Persone con sesso assegnato alla nascita femminile che si vestono e truccano da uomini in modo esagerato e caricaturale, ma sempre spettacolare, nell'ambito di una performance.

**Drag queen**

Persone con sesso assegnato alla nascita maschile che si vestono e truccano da donne in modo esagerato e caricaturale, ma sempre spettacolare, nell'ambito di una performance.

**E****Espressione di genere**

L'espressione di genere è il modo in cui una persona esprime o presenta pubblicamente il proprio genere. Questo può includere il comportamento e l'aspetto esteriore come vestiti, capelli, trucco, linguaggio del corpo e voce.

**Eterosessismo**

Ideologia che nega, denigra e stigmatizza ogni forma di comportamento, identità, relazione o comunità non eterosessuale.

**Eterosessuale**

Termine usato per indicare una persona attratta emotivamente e/o sessualmente da persone di un altro genere.

**F****Female-to-Male (FtM)**

Persona a cui è stato assegnato alla nascita il sesso femminile e che ha modificato, sta modificando o desidera modificare il proprio corpo in direzione maschile. Nell'ottica di un linguaggio affermativo/inclusivo questa espressione andrebbe evitata in quanto pone enfasi sul sesso e non sul genere.

**Fluid**

Vedi "genderfluid".

**G****Gay**

Termine che indica un uomo con orientamento sessuale di tipo omosessuale.

**Gender Diverse**

Espressione usata per indicare le persone con identità di genere e/o espressione di genere diverse da quelle attribuite socialmente e culturalmente al sesso loro assegnato alla nascita. Ciò può includere, tra le altre, persone che si identificano come non binarie, persone gender nonconforming e altre persone che non si identificano come cisgender.

**Gender nonconforming**

Termine ombrello, oggi desueto, utilizzato per descrivere quelle persone la cui identità o espressione di genere differisce dalle norme di genere legate al sesso assegnato alla nascita.

**Gender questioning**

Espressione riferita alle persone la cui identità di genere non si allinea al sesso assegnato alla nascita e che esplorano o si interrogano sulla propria identità di genere.

**Gender variance**

Vedi "varianza di genere".

**Gender variant**

Espressione che indica tutte quelle persone con varianza di genere.

**Genderfluid**

Espressione utilizzata per descrivere quelle persone la cui identità di genere fluttua tra i generi variando a seconda del momento o di altre circostanze. Essere genderfluid non ha nulla a che vedere con l'aspetto fisico, con i caratteri sessuali o con l'orientamento sessuale.

**Genderismo**

Ideologia portatrice di giudizi negativi sulle persone di genere non conforme ovvero che non si comportano in modo appropriato rispetto agli stereotipi maschili o femminili.

### **Genderqueer**

Termine riferito a quelle persone la cui identità di genere non si conforma alla concezione binaria del genere. Le persone genderqueer possono pensarsi sia come uomo che come donna (bigender, pangender); né come uomo né come donna (genderless, gender neutral, neutrois, agender); possono fluttuare tra i generi (genderfluid); o identificarsi in un terzo genere.

### **Genere**

Il termine che si riferisce alle caratteristiche definite socialmente che distinguono il maschile dal femminile, vale a dire norme, ruoli e relazioni tra individui definiti come uomini e donne. Come costruito sociale il genere varia da società a società e può cambiare nel tempo. Il termine "genere" non va confuso con il termine "sesso".

### **Genere assegnato alla nascita**

Vedi "sesso assegnato alla nascita"

I

### **Identità di genere**

Senso intimo e profondo di appartenere ad un genere, maschile, femminile o uno diverso. L'identità di genere può o meno corrispondere al sesso assegnato alla nascita o alle caratteristiche sessuali primarie o secondarie.

### **Identità sessuale**

Espressione che indica una dimensione soggettiva e personale dell'essere sessuati che si costruisce nel tempo attraverso un processo dove si intrecciano fattori biologici, psichici, educativi e socioculturali. L'identità sessuale è costituita infatti da quattro fattori ovvero sesso biologico, identità di genere, espressione di genere e orientamento sessuale che si possono combinare in modi diversi.

### **Incongruenza di genere**

Condizione caratterizzata da una significativa e persistente incongruenza tra identità di genere e sesso assegnato alla nascita. Questa definizione compare nell'ultima edizione della classificazione internazionale delle malattie (ICD-11), redatta dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), ed è inclusa tra le condizioni correlate alla salute sessuale.

### **Intersex**

Termine ombrello che sta ad indicare tutte quelle persone che presentano variazioni congenite cromosomiche, gonadiche e/o anatomiche dello sviluppo del sesso. Alcune di queste variazioni, che si presentano con caratteri genitali non attribuibili a quelli tipicamente considerati maschili o femminili, necessitano di approfondimenti medici affinché possa essere assegnato il sesso alla nascita.

### **Intersezionalità**

Concetto solitamente utilizzato per descrivere il modo in cui le istituzioni oppressive (razzismo, sessismo, omo-lesbo-bi-transfobia, abilismo, xenofobia, classismo etc.) sono interconnesse tra loro e non possono venir esaminate separatamente l'una dall'altra.

## L

### **Lesbica**

Termine che indica una donna con orientamento sessuale di tipo omosessuale.

### **LGBT+**

Acronimo di origine anglosassone usato per indicare le persone lesbiche, gay, bisessuali, transgender. Il simbolo + viene aggiunto per comprendere altri gruppi di popolazione come le persone intersex, genderqueer, genderfluid, asessuali ecc.

## M

### **Male to Female (MtF)**

Persona a cui è stato assegnato alla nascita il sesso maschile e che ha modificato, sta modificando o desidera modificare il proprio corpo in direzione femminile. Nell'ottica di un linguaggio affermativo/inclusivo questa espressione andrebbe evitata in quanto pone enfasi sul sesso e non sul genere.

### **Manuale Diagnostico Statistico dei Disturbi Mentali**

Il Manuale Diagnostico Statistico dei Disturbi Mentali (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM) rappresenta il principale strumento diagnostico e di classificazione dei disturbi mentali riconosciuto a livello mondiale; viene elaborato dall'Associazione Americana di Psichiatria.

### **Microaggressione**

Le microaggressioni sono espressioni verbali, atteggiamenti e comportamenti, intenzionali o non intenzionali, che comunicano messaggi ostili, dispregiativi, negativi, offese e insulti verso membri di gruppi sociali oppressi/marginalizzati.

### **Minority stress**

Stress psicologico sperimentato dalle persone che fanno parte di un gruppo sociale di minoranza a causa del loro status sociale stigmatizzato; nel caso delle persone LGBT+ questo disagio può essere connesso a episodi di micro aggressioni, all'occultamento del proprio orientamento sessuale o della propria identità di genere, al carico emotivo e cognitivo legato al coming out. Tutti questi fattori contribuiscono a generare un accumulo di stress cronico che nel corso del tempo può compromettere la salute mentale e fisica delle persone LGBT+.

### **Misgendering**

Termine che indica l'utilizzo di articoli, pronomi e desinenze non corrispondenti all'identità di genere di una persona.

## N

**Non binario**

Espressione riferita a una concezione del genere che non rientra nelle tradizionali categorie maschile/femminile.

**Norma di genere**

Regole e abitudini percepite come socialmente riconosciute e/o dovute al genere di appartenenza, ad esempio abbigliamento, comportamento e così via.

**Normativa di genere**

Insieme di leggi e pratiche che legittimano e privilegiano coloro che vivono in modo comunemente considerato appropriato al genere assegnato alla nascita (maschile o femminile).

**O****Omo-Lesbo-Bi-Transfobia**

Espressione che si riferisce ad atteggiamenti, credenze e azioni negative esercitate nei confronti delle persone LGBT+. L'omo-lesbo-bi-transfobia può essere attuata su più livelli, da quello istituzionale mediante politiche e pratiche a quello individuale e personale. L'omo-lesbo-bi-transfobia può anche essere interiorizzata, quando le persone LGBT+ provano vergogna per la propria condizione, spesso autoisolandosi e autoescludendosi dalla vita di relazione o lavorativa. L'espressione omo-lesbo-bi-transnegatività può essere anche utilizzata come sinonimo.

**Omosessuale**

Una persona attratta emotivamente e/o sessualmente da persone dello stesso genere.

**Orientamento Sessuale**

Direzione del desiderio sessuale ed affettivo, cioè l'attrazione sessuale ed affettiva di una persona verso un'altra persona. L'orientamento sessuale è cosa distinta dal sesso biologico, dall'identità di genere e dall'espressione di genere.

**Outing**

Termine che indica la pratica di rivelare pubblicamente l'orientamento sessuale o l'identità di genere di una persona senza il suo consenso. Questo termine non è sinonimo di coming out.

**P****Pangender**

Aggettivo usato per indicare una persona che vive in una molteplicità di generi simultanea. Può essere sperimentato un flusso/alternanza di genere.

**Pansessuale**

Termine usato per indicare una persona attratta sessualmente e/o emotivamente da persone di tutte le identità di genere e/o espressioni di genere. La pansessualità è spesso definita come la capacità di amare una persona indipendentemente dal suo genere.

**Percorso di affermazione di genere**

Percorso che porta una persona ad appartenere al genere in linea con l'identità di genere percepita. Questo percorso può includere: coming out verso la propria famiglia, amici e/o colleghi di lavoro;

cambio del nome sui documenti; terapia ormonale e/o chirurgica (in quest'ultimo caso parliamo di "percorso medico di affermazione di genere").

### **Pride**

Letteralmente orgoglio. Nell'uso comune è diventato il modo per indicare le marce e gli eventi che vengono organizzati per celebrare l'orgoglio della comunità LGBT+.

## **Q**

### **Queer**

Vedi "Genderqueer".

## **R**

### **Riassegnazione chirurgica del sesso (RCS) o riassegnazione chirurgica del genere**

Vedi "chirurgia affermativa di genere".

### **Rettificazione anagrafica**

Con questo termine si fa riferimento a quanto nella legge numero 164/1982 viene definito "rettificazione di attribuzione di sesso" che avviene con la modifica dei dati personali, nome proprio e sesso assegnato alla nascita, nei registri dell'anagrafe a cui si è iscritti.

### **Ruolo di genere**

Insieme di comportamenti e attitudini che sono riconosciuti socialmente e culturalmente come accettabili, appropriati o desiderabili sulla base del sesso assegnato alla nascita.

## **S**

### **Sessismo**

Ideologia che considera i rapporti tra i sessi solitamente a discapito del sesso femminile. Si tratta di una forma di discriminazione basata sulla presunta superiorità di un sesso (maschile) rispetto all'altro (femminile).

### **Sesso**

Il sesso di un individuo è definito da un insieme di caratteristiche biologiche con le quali una persona nasce, per esempio i cromosomi sessuali (XY per i maschi e XX per le femmine), le gonadi (testicoli per i maschi e ovaie per le femmine), i genitali, gli ormoni sessuali. Una persona può nascere con caratteri sessuali maschili, femminili o più raramente non attribuibili a quelli tipicamente considerati maschili o femminili (persona intersex).

### **Sesso assegnato alla nascita**

Per legge, alla nascita, a ogni individuo viene assegnato un sesso (maschile/femminile) sulla base dell'aspetto dei genitali esterni. Tradizionalmente l'assegnazione del sesso implica una assegnazione di genere (genere assegnato alla nascita).

### **Sesso biologico**

Vedi "sesso".

**Stigma**

Attribuzione di qualità negative a una persona o gruppo di persone tali da declassarle a un rango sociale inferiore.

**T****Terapia ormonale di affermazione di genere**

Trattamento a base di ormoni che, sotto stretto controllo medico, consentono di modificare il corpo rendendolo più simile a ciò che la persona sente di essere (ovvero alla sua identità di genere).

**Trans**

Abbreviazione per "transgender".

**Transessuale**

Il termine transessuale, oggi meno utilizzato, sta a indicare quelle persone transgender che decidono di modificare il proprio corpo attraverso trattamenti ormonali e/o chirurgici.

**Transessualismo**

Indica la condizione dell'essere transessuali con particolare enfasi sull'aspetto della militanza.

**Transessualità**

Termine che indica la condizione dell'essere transessuale.

**Transgender**

Termine che si riferisce a quelle persone la cui identità di genere e/o espressione di genere non sono quelle tipicamente associate al sesso assegnato alla nascita. Il termine transgender non dà alcuna indicazione circa l'orientamento sessuale. Il termine transgender dovrebbe sempre essere usato come aggettivo e non come sostantivo.

**Transizione**

Vedi "percorso di affermazione di genere".

**Transizione sociale**

Percorso attraverso il quale una persona decide di presentarsi con una espressione di genere in linea con la propria identità di genere, indipendentemente dall'aver iniziato un percorso medico di affermazione di genere.

**Travestitismo**

Vedi "cross dressing", il termine travestitismo è ormai considerato un termine offensivo che andrebbe assolutamente evitato.

**Trigender**

Termine che si riferisce all'identificarsi con tre identità di genere. Il significato del termine trigender è lo stesso del termine bigender, ma le identità di genere con cui la persona si identifica in tal caso sono tre.

**Two Spirit**

Espressione usata in alcuni gruppi nativi americani in riferimento a individui che si identificano con ruoli di genere sia maschili che femminili. Questa espressione può includere sia l'identità di genere sia l'orientamento sessuale. Ancora oggi, le persone Two Spirit godono di molto rispetto nelle loro comunità, dove assumono spesso un ruolo di guida spirituale. Il termine è molto diffuso in alcuni Paesi come il Canada, tanto da rientrare anche nell'acronimo LGBTQ2S+ (Lesbica, Gay, Bisessuale, Transgender, Queer e Two Spirit).

## V

### **Varianza di genere**

Espressione che si riferisce alla condizione di tutte quelle persone la cui identità di genere o espressione di genere differisce da ciò che è considerato comunemente appropriato per il genere assegnato alla nascita (maschile o femminile).

### **Variazioni delle caratteristiche del sesso (VSC)**

Variazioni congenite cromosomiche, gonadiche e/o anatomiche dello sviluppo del sesso. Questa definizione è sempre più utilizzata nell'ambito delle scienze sociali, dell'attivismo e delle istituzioni internazionali in sostituzione della definizione disordini/differenze dello sviluppo del sesso tuttora di uso prevalente in ambito biomedico.

## W

### **World Professional Association of Transgender Health (WPATH)**

Precedentemente nota come Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association, la World Professional Association of Transgender Health (Associazione Mondiale per la salute Transgender) è una organizzazione multidisciplinare, no profit, di professionisti impegnati nella tutela della salute e benessere delle persone transgender.

## BIBLIOGRAFIA

- 1) Transgender Europe, *Overdiagnosed but Underserved*, 2017.
- 2) Pazienti non previsti in ospedale: atteggiamento del personale sanitario verso la popolazione lesbica, gay, bisessuale e transessuale (LGBT): indagine negli Ospedali dell'Area Vasta nord-ovest USL 1 Massa e Carrara, USL 2 di Lucca, USL 5 di Pisa, USL 6 di Livorno, USL 12 di Viareggio e Azienda Ospedaliero Universitaria Pisana.
- 3) Mezzalana S., Scandurra C., Mezza F., Miscioscia M., Innamorati M., Bochicchio V. (2023), "Gender Felt pressure, affective domains, and mental health outcomes among transgender and gender diverse (TGD) children and adolescents: A systematic review with developmental and clinical implications", *International Journal of Environmental Research and Public Health* 20(1), pp. 785.
- 4) Scandurra C., Mezza F., Bochicchio V., Valerio P., Amodeo A.L. (2017), "La salute degli anziani LGBT dalla prospettiva del Minority Stress: Rassegna della letteratura e raccomandazioni di ricerca", *Psicologia della Salute* 2, pp. 70-96.
- 5) Irish College of General Practitioners Quick Reference Guide (ICGP QRG). A Guide for Providing Care for Lesbian, Gay and Bisexual Patients in Primary Care, Dublin: ICGP; 2020 [cited 11 2020]. Available from URL: [www.icgp.ie](http://www.icgp.ie).
- 6) [www.infotrans.it](http://www.infotrans.it).
- 7) American College Of Obstetricians And Gynecologists (2012), Health care for lesbians and bisexual women. Committee Opinion No. 525.
- 8) Lorenc T., Marrero-Guillamon I., Llewellyn A., Aggleton P., Cooper C., Lehmann A. et al. (2011), "HIV testing among men who have sex with men (MSM): systematic review of qualitative evidence", *Health Education Research* 26, 5, pp. 834-846.
- 9) De Roo C., Lierman S., Tilleman K. Et Al. (2017), "Ovarian tissue cryopreservation in female-to-male transgender people: insights into ovarian histology and physiology after prolonged androgen treatment", *Reproductive Biomedicine Online* 34, 6, pp. 557-66.
- 10) De Roo C., Tilleman K., T'Sjoen G., De Sutter P. (2016), "Fertility options in transgender people", *Int Rev Psychiatry* 28, 1, pp. 112-9.
- 11) Martinez F; International Society For Fertility Preservation–Eshre–Asrm Expert Working Group (2017), "Update on fertility preservation from the Barcelona International Society for Fertility Preservation-ESHRE-ASRM 2015 expert meeting: indications, results and future perspectives" *Fertility and Sterility* 108, 3, pp. 407-415.
- 12) Mattawanon N., Spencer J.B., Schirmer 3rd D.A., Tangpricha V. et al. (2018), "Fertility preservation options in transgender people: A review", *Rev Endocr Metab Disord* 19, 3, pp. 231-242.

- 13) American College of Obstetricians and Gynecologists (2009) "ACOG Practice Bulletin No. 109: Cervical cytology screening" *Obstetrics and Gynecology* 114, 6, pp. 1409–1420.
- 14) American College of Obstetricians and Gynecologists (2012), "Health care for lesbians and bisexual women. Committee Opinion No. 525", *Obstetrics and Gynecology* 119, pp. 1077–1080.
- 15) Cochran, S. D., & Mays, V. M. (2006), "Estimating Prevalence of Mental and Substance-Using Disorders Among Lesbians and Gay Men From Existing National Health Data", in A. M. Omoto & H. S. Kurtzman (Eds.), *Sexual orientation and mental health: Examining identity and development in lesbian, gay, and bisexual people*, pp. 143–165, American Psychological Association.
- 16) Shahab L., Brown J., Hagger-Johnson G., Michie S., Semlyen J., West R. et al. (2017), "Sexual orientation identity and tobacco and hazardous alcohol use: findings from a cross-sectional English population survey" *BMJ Open* Oct 25, 7, 10.
- 17) Mravcak S.A. (2006), "Primary care for lesbians and bisexual women", *American Family Physician* 74, pp. 279–286.
- 18) O'Hanlan K.A., Isler C.M. (2007), "Health care of lesbian and bisexual women", in Meyer I.H., Northridge M.E. (eds), *The health of sexual minorities: public health perspectives on lesbian, gay, bisexual and transgender populations*, pp. 506-522, New York (NY), Springer.
- 19) Williams D.R., Chaves E., Greenwood N.E., Kushner J., Chelvakumar G., Swaringen S.E., Leibowitz S.F. (2022), "Care of Gender Diverse Youth with Obesity", *Current Obesity Reports* 2.
- 20) National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine (2020), *Understanding the Well-Being of LGBTQI+ Populations*, Washington DC, The National Academies Press.
- 21) Jenkins M., Newman C. (2021), *How Sex and Gender Impact Clinical Practice : An Evidence-Based Guide to Patient Care*, Academic Press.
- 22) Coleman E. et al. (2022) "Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People", Version 8, *International Journal of Transgender Health* 23, 1, S1-S259.
- 23) Collin L., Reisner S.L., Tangpricha V., Goodman M. (2016), "Prevalence of Transgender Depends on the "Case" Definition: A Systematic Review", *J Sex Med* 13, 4, pp. 613-26.
- 24) Caldarera A. & Friedemann P. (2011), "Transsexualism and Sex Reassignment Surgery in Italy", *International Journal of Transgenderism* 13,1, pp. 26-36.
- 25) Matarrese P., Giordani L., Benedetti M. et al. (2019), "Biomedical issues in transgender health research" *Italian J Gender-Specific Med* 5, 2, pp. 74-81.
- 26) Reisner S.L., Poteat T., Keatley J. et al. (2016), "Global health burden and needs of transgender populations: a review", *Lancet* 388, pp. 412-436.
- 27) De Blok C.J., Wiepjes C.M., Van Velzen D.M., Staphorsius A.S., Nota N.M., Gooren L.J., Kreukels B.P., Den Heijer M. (2021), "Mortality trends over five decades in adult transgender people

receiving hormone treatment: a report from the Amsterdam cohort of gender dysphoria”, *Lancet; Diabetes & Endocrinology* 9, 10, pp. 663-670.

28) Winter S., Diamond M., Green J., Karasic D., Reed T., Whittle S., Wylie K. (2016), “Transgender people: health at the margins of society”, *Lancet* 23, pp. 390-400.

29) Hughes I.A., Houk C., Ahmed S.F., Lee P.A.; Lawson Wilkins Pediatric Endocrine Society/European Society for Paediatric Endocrinology Consensus Group (2006), “Consensus statement on management of intersex disorders” *Journal of Pediatric Urology* 2, 3, pp.148-62.

30) Tiryaki S., Tekin A., Yagmur I., Özen S., Özbaran B., Gökşen D., Darcan Ş., Ulman I., Avanoğlu A. (2018), “Parental Perception of Terminology of Disorders of Sex Development in Western Turkey” *J Clin Res Pediatr Endocrinol* 31, 10, 3, pp. 216-222.

31) Lundberg, Peter Hegarty & Katrina Roen (2018), “Making sense of ‘Intersex’ and ‘DSD’: how laypeople understand and use terminology”, *Psychology & Sexuality* 9,2, pp. 161-173.

32) Crocetti D., Monro S., Vecchiotti V., Yeadon-Lee T. (2021), “Towards an agency-based model of intersex, variations of sex characteristics (VSC) and DSD/dsd health”, *Cult Health Sex* 23(4), pp. 500-515.

33) Hughes I.A., Nihoul-Fékété C., Thomas B., Cohen-Kettenis P.T. (2007), “Consequences of the ESPE/LWPES guidelines for diagnosis and treatment of disorders of sex development”, *Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism* 21, 3, pp. 351-65.

34) Blackless M., Charuvastra A., Derryc A., Fausto-Sterling A., Lauzanne K., Lee E. (2000), “How sexually dimorphic are we? Review and synthesis”, *Am J Hum Biol* 12, 2, pp. 151-166.

35) Mendoza, N., & Motos, M. A. (2013), “Androgen insensitivity syndrome”, *Gynecological Endocrinology* 29, 1, pp. 1–5.

36) Therell B. L. (2001), “Newborn screening for congenital adrenal hyperplasia”, *Endocrinology and Metabolism Clinics of North America* 30, 1, pp. 15–30.

37) Fisher A.D., Bandini E., Ristori J. et al. (2011), “Diagnosi e terapia degli stati intersessuali in età adolescenziale”, *L’Endocrinologo* 12, pp. 64–73.

38) Kreukels B.P.C., Köhler B., Nordenström A., Roehle R., Thyen U., Bouvattier C., De Vries A.L.C., Cohen-Kettenis P.T., Dsd-Life Group (2018), “Gender Dysphoria and Gender Change in Disorders of Sex Development/Intersex Conditions: Results From the dsd-LIFE Study”, *Journal of Sexual Medicine* 15, 5, pp. 777-785.

39) Lorenzetti A. (2019), “I profili giuridici dell’intersessualità” in *Intersex, Antologia multidisciplinare*, Pisa, Editore ETS.

40) Comitato Nazionale per la Bioetica, “I disturbi della differenziazione sessuale, parere del 25.2.2010”, disponibile online su: [www.governo.it/bioetica/pareri.html](http://www.governo.it/bioetica/pareri.html).

- 41) Weidler E.M., Peterson K.E. (2019), "The impact of culture on disclosure in differences of sex development". *Seminars in Pediatric Surgery* 28, 5.
- 42) Pasterski V., Mastroyannopoulou K., Wright D. et al. (2014), "Predictors of Posttraumatic Stress in Parents of Children Diagnosed with a Disorder of Sex Development", *Arch Sex Behav* 43, pp. 369–375.
- 43) Roberts C.M. et al. (2020), "Illness Uncertainty Longitudinally Predicts Distress Among Caregivers of Children Born With DSD", *J Pediatr Psychol* 1,45,9, pp.1053-1062.
- 44) Wisniewski & Sandberg (2015), "Parenting Children with Disorders of Sex Development (DSD): A Developmental Perspective Beyond Gender", *Horm Metab Res* 47,05, pp. 375-379.
- 45) Schweizer K. et al. (2017), "Coping with Diverse Sex Development: Treatment Experiences and Psychosocial Support during Childhood and Adolescence and Adult Well-Being", *Journal of Pediatric Psychology* 42, 5, pp. 504–519.
- 46) Therell B. L. (2001), "Newborn screening for congenital adrenal hyperplasia", *Endocrinology and Metabolism Clinics of North America* 30, 1, pp. 15–30.
- 47) Ryan C., Russell S. T., Huebner D., Diaz R., Sanchez J. (2010), "Family acceptance in adolescence and the health of LGBT young adults", *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing* 23,4, pp. 205–213.
- 48) Meyer-Bahlburg H. F. L., Khuri J., Reyes-Portillo J., Ehrhardt A. A., New M. I. (2018), "Stigma associated with classical congenital adrenal hyperplasia in women's sexual lives", *Archives of Sexual Behavior* 47,4, pp. 943–951.
- 49) Tishelman A. C., Shumer D. E., Nahata L. (2017), "Disorders of sex development: Pediatric psychology and the genital exam", *Journal of Pediatric Psychology* 42,5, pp. 530–543.
- 50) Van De Grift T. C., Cohen-Kettenis P. T., De Vries A. L. C., & Kreukels B. P. C.; on behalf of dsd-LIFE (2018), "Body image and self-esteem in disorders of sex development: A European multicenter study" *Health Psychology*, 37,4, pp. 334–343.
- 51) Tishelman A. C., Shumer D. E., Nahata L. (2017), "Disorders of sex development: Pediatric psychology and the genital exam" *Journal of Pediatric Psychology* 42, 5, pp. 530–543.

