



La Disforia di Genere

Davide Dèttore

Dipartimento di Scienze della Salute

Università degli Studi di Firenze

Definizioni

- **L'identità di genere** è il “senso di se stesso”, l'unità e la persistenza della propria individualità maschile o femminile o ambivalente, particolarmente come esperienza sessuata di se stessi e del proprio comportamento.
- **Il ruolo di genere** è costituito da tutto ciò (comprese l'eccitazione e la risposta sessuale) che si fa per esprimere l'appartenenza a un determinato sesso (o l'ambivalenza in proposito).
- **L'orientamento sessuale** viene definito come la tendenza a rispondere a certi stimoli sessuali, quindi si basa sugli oggetti (persone o, talora, anche cose o situazioni) che riescono a indurre nel soggetto attivazione e interesse sessuale.

Criteri DSM-5-TR: Disforia di Genere nei bambini

- **Gender Dysphoria (in Children)**
- A. Una marcata incongruenza tra il genere esperito/espresso da un individuo e il genere assegnato, della durata di almeno 6 mesi, che si manifesta attraverso almeno sei dei seguenti criteri (di cui uno deve necessariamente essere il Criterio A1):
 - 1. Un forte desiderio di appartenere al genere opposto o insistenza sul fatto di appartenere al genere opposto (o a un genere alternativo diverso dal genere assegnato).
 - 2. Nei bambini (genere assegnato), una forte preferenza per il travestimento con abbigliamento tipico del genere opposto o per la simulazione dell'abbigliamento femminile; nelle bambine (genere assegnato), una forte preferenza per l'indossare esclusivamente abbigliamento tipicamente maschile e una forte resistenza a indossare abbigliamento tipicamente femminile.
 - 3. Una forte preferenza per i ruoli tipicamente legati al genere opposto nei giochi del "far finta" o di fantasia.
 - 4. Una forte preferenza per giocattoli, giochi o attività stereotipicamente utilizzati o praticati dal genere opposto.
 - 5. Una forte preferenza per compagni di gioco del genere opposto.
 - 6. Nei bambini (genere assegnato), un forte rifiuto per giocattoli, giochi e attività tipicamente maschili, e un forte evitamento dei giochi in cui ci si azzuffa; nelle bambine (genere assegnato), un forte rifiuto di giocattoli, giochi e attività tipicamente femminili.
 - 7. Una forte avversione per la propria anatomia sessuale.
 - 8. Un forte desiderio per le caratteristiche sessuali primarie e/o secondarie corrispondenti al genere esperito.
- B. La condizione è associata a sofferenza clinicamente significativa o a compromissione del funzionamento in ambito sociale, scolastico o in altre aree importanti.
- **Specificare se:** Con un disturbo/differenza dello sviluppo sessuale (per es., un disturbo adrenogenitale congenito come iperplasia surrenale congenita 255.2 [E25.0] oppure sindrome da insensibilità agli androgeni 259.50 [E34.50]).
- **Nota di codifica:** Codificare sia il disturbo/differenza dello sviluppo sessuale sia la disforia di genere.

Criteri DSM-5-TR: Disforia di Genere negli adolescenti e negli adulti (I)

- **Gender Dysphoria (in Adolescents or Adults)**
- A. Una marcata incongruenza tra il genere esperito/espresso da un individuo e il genere assegnato, della durata di almeno 6 mesi, che si manifesta attraverso almeno due dei seguenti criteri:
 - 1. Una marcata incongruenza tra il genere esperito/espresso da un individuo e le caratteristiche sessuali primarie e/o secondarie (oppure, in giovani adolescenti, le caratteristiche sessuali secondarie attese).
 - 2. Un forte desiderio di liberarsi delle proprie caratteristiche sessuali primarie e/o secondarie a causa di una marcata incongruenza con il genere esperito/espresso di un individuo (oppure, nei giovani adolescenti, un desiderio di impedire lo sviluppo delle caratteristiche sessuali secondarie attese).
 - 3. Un forte desiderio per le caratteristiche sessuali primarie e/o secondarie del genere opposto.
 - 4. Un forte desiderio di appartenere al genere opposto (o un genere alternativo diverso dal genere assegnato).
 - 5. Un forte desiderio di essere trattato come appartenente al genere opposto (o un genere alternativo diverso dal genere assegnato).
 - 6. Una forte convinzione di avere i sentimenti e le reazioni tipici del genere opposto (o di un genere alternativo diverso dal genere assegnato).
- B. La condizione è associata a sofferenza clinicamente significativa o a compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti.

Criteri DSM-5-TR: Disforia di Genere (in adulti e adolescenti) (II)

- **Specificare se:** Con un disturbo/differenza dello sviluppo sessuale (per es., un disturbo adrenogenitale congenito come iperplasia surrenale congenita 255.2 [E25.0] oppure sindrome da insensibilità agli androgeni 259.50 [E34.50]).
- **Nota di codifica:** Codificare sia il disturbo/differenza dello sviluppo sessuale sia la disforia di genere.
- **Specificare se:** Post-transizione: L'individuo è passato a vivere a tempo pieno il genere esperito (con o senza riconoscimento legale del cambiamento di genere) e si è sotto-posto (oppure si sta preparando a sottoporsi) ad almeno una procedura medica di affermazione di genere o a un protocollo di trattamento, vale a dire un regolare trattamento ormonale di affermazione di genere o un intervento chirurgico di riassegnazione del genere esperito (per es., chirurgia per aumentare il seno e/o vulvo-vagino-plastica in un individuo AMAB [Assigned Male At Birth]; mastectomia e/o falloplastica e/o metoidioplastica in un individuo AFAB [Assigned Female At Birth]).

Criteri DSM-5-TR

Disforia di genere con altra specificazione (Other Specified Gender Dysphoria)

Questa categoria si applica alle manifestazioni in cui i sintomi caratteristici della disforia di genere, che causano disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti, predominano ma non soddisfano pienamente i criteri per la disforia di genere. La categoria disforia di genere con altra specificazione è usata in situazioni in cui il clinico sceglie di comunicare la ragione specifica per cui la manifestazione non soddisfa i criteri per la disforia di genere. Queste viene effettuando registrando “disforia di genere con altra specificazione” seguito dalla ragione specifica (per es., “episodio breve di disforia di genere”).

Un esempio di manifestazione che può essere specificata utilizzando la dicitura “con altra specificazione” è il seguente: Il disturbo attuale soddisfa i criteri sintomatologici per la disforia di genere, ma la durata è inferiore ai 6 mesi.

● Disforia di genere senza specificazione (Unspecified Gender D.)

Questa categoria si applica alle manifestazioni in cui i sintomi caratteristici della disforia di genere, che causano disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti, predominano ma non soddisfano pienamente i criteri per la disforia di genere. La categoria “disforia di genere senza specificazione” è usata in situazioni in cui il clinico sceglie di non specificare la ragione per cui i criteri per la disforia di genere non sono soddisfatti e comprende le manifestazioni in cui ci sono informazioni insufficienti per porre una diagnosi più specifica.

La Disforia di Genere può essere considerata un disturbo mentale? (I)

● ASPETTI GENERALI

- Non appare corretto che i professionisti della salute mentale etichettino variazioni nell'espressione di genere come sintomi di un disturbo mentale.
- Tale posizione è stata assunta decisamente dal Consiglio del Commissario Europeo per i Diritti Umani (2009) e dal Parlamento Europeo (2011), che si sono pronunciati per la derubricazione delle condizioni transgender dai disturbi mentali.
- Il 55,8% di 201 organizzazioni per la difesa delle persone transgender di tutto il mondo si esprime, nei confronti del sottogruppo di lavoro per la DG del DSM-5, per la rimozione di tale condizione dalla edizione del DSM-5. L'unico motivo addotto per il suo mantenimento come diagnosi è stata la preoccupazione per i rimborsi dalla sistema sanitario pubblico per la RCS (e tale sembra anche il principale motivo del suo mantenimento nel DSM-5).

La Disforia di Genere può essere considerata un disturbo mentale? (II)

- Tale derubricazione viene invocata anche per ridurre la stigmatizzazione che designa in molte culture e paesi la diagnosi come malattia mentale (anche se va tenuto presente che, sebbene sia importante ridurre la stigmatizzazione dei disturbi mentali, l'argomentazione di eliminare una diagnosi da tali classificazioni semplicemente perché un disturbo mentale è stigmatizzante non è né stringente né persuasiva, perché altrimenti se ne dovrebbe dedurre la totale eliminazione di ogni diagnosi di disturbo mentale).
- Inoltre la necessità di fare una diagnosi in funzione di ottenere un trattamento desiderato pone i professionisti della salute mentale nella difficile posizione di “custodi della porta” (*gatekeepers*) e ciò contrasta con il ruolo utile che questi professionisti possono assumere per aiutare le persone che presentano tali condizioni.

La prevalenza della disforia di genere (I)

- Mancano studi epidemiologici sulla DG e stime accurate della sua prevalenza e persistenza nei vari Paesi.
- In Italia, Dèttore, Ristori e Casale (2011) hanno condotto uno studio su 350 bambini di età compresa tra 3 e 5 anni. Furono considerati significativi di varianza di genere i casi con 4 o più risposte ambigue o atipiche (Wallien et al., 2009): è stata osservata una prevalenza dei comportamenti varianti di genere del 5,23% nei maschi, del 3,93% nelle femmine e del 4,57% nel campione totale.
- Per stimare la prevalenza della varianza di genere nell'infanzia è stata usata anche la Child Behavior Checklist (CBCL, Achenbach & Edelbrock, 1983).

La prevalenza della disforia di genere (II)

- Riassumendo i dati americani e olandesi sulla CBCL, il 5-12% dei bambini della popolazione generale ha risposto affermativamente alle domande relative alla varianza di genere (Steensma, van der Ende, Verhulst & Cohen-Kettenis, 2013).
- In un ampio studio olandese condotto su gemelli (Von Beijsterveldt, Hudziak & Boomsma, 2006), le madri hanno compilato la CBCL quando i gemelli avevano 7 (N = 14,000 gemelli) e 10 anni (N = 8500 gemelli). La prevalenza di comportamenti varianti di genere era 3.2% e 5.2% per bambini e bambine di 7 anni, rispettivamente; diminuiva a 2.4% e 3.3% per bambini e bambine di 10 anni.
- Si tratta della prevalenza di comportamenti varianti di genere e non la prevalenza di DG.

La prevalenza della disforia di genere (III)

- In bambini minori di 12 anni che si presentano alle cliniche specialistiche il rapporto maschio/femmina varia da 2:1 a 4,5:1 (American Psychiatric Association, 2013). Negli adolescenti il rapporto maschio/femmina è invece vicino a 1:1 (Cohen-Kettenis & Pfäfflin, 2003). Queste differenze tra i sessi nell'infanzia potrebbero essere spiegate dalla maggiore tolleranza che la società mostra nei confronti di comportamenti varianti di genere nelle bambine rispetto che nei bambini.
- Nella prima analisi comparativa transnazionale di bambini nelle cliniche specialistiche a Toronto (N = 358) e a Utrecht (N = 130), in entrambe vi è una maggior percentuale di maschi (ratio totale, 4,7:1), (Cohen-Kettenis, Wallien, Johnson, Owen-Anderson, Bradley & Zucker, 2006).

La prevalenza della disforia di genere (IV)

- Dagli studi attuali sembra che solo una percentuale fra il 12 e il 27% dei bambini diagnosticati con disforia di genere nella fanciullezza manifesterà disforia di genere anche in adolescenza ed età adulta (de Vries & Cohen-Kettenis, 2012), e chiederà una completa riattribuzione di genere (Byne et al., 2012; Korte et al., 2008; Wallien & Cohen-Kettenis, 2008; Singh et al., 2021).
- Circa il 50% dei bambini diagnosticati con disforia di genere in fanciullezza in età adulta diviene omosessuale o bisessuale (Wallien & Cohen-Kettenis, 2008; Singh et al., 2021).

La prevalenza della disforia di genere (V)

- Negli adulti il calcolo della prevalenza è ancora più difficile in quanto non tutti gli adulti presentano tale condizione si rivolgono alle cliniche specializzate e quindi molti soggetti sfuggono alle rilevazioni statistiche.
- Il DSM-5-TR (2022) riferisce una prevalenza minore dell'1/1000 per entrambi i generi; sebbene gli studi basati su misure di self-report negli USA e in Europa diano tassi più elevati: l'autodefinizione come transgender varia da 0,5 a 0,6%, come persone con incongruenza di genere da 0,6 a 0,11%, come persona con un sesso diverso da 2,1 a 2,6% e il desiderio di sottoporsi a trattamenti medici varia da 0,2 a 0,6%.

Diagnosi differenziale nella Disforia di Genere

- **Anticonformismo di genere**
- **Orientamento omosessuale variante**
- **Transgenderismo**
- **Travestitismo doppio ruolo**
- **Disturbo da travestitismo**
- **Disturbo di Dismorfismo Corporeo**
- **Schizofrenia o altri disturbi dello spettro psicotico**
- **Disturbo Dissociativo dell'Identità**
- **Disforia di genere transitoria**
- **Altre presentazioni cliniche:** in alcuni casi maschi che desiderano una demasculinizzazione e sviluppare un'identità di genere alternativa, non femminile e non maschile, potrebbero avere una presentazione clinica che soddisfa i criteri per la DG. Ma si tratta di persone che desiderano esprimersi con identità di genere non definite, sono asessuali o analloerotici o transgender.

Disforia di Genere e Schizofrenia (I)

- Convinzioni o idee relative al cambiamento di sesso, chiamate da Richard von Krafft-Ebing *metamorphosis paranoica sexualis* (1886), sono state documentate nella schizofrenia da più di un secolo. Si pensi al caso commentato da Freud (1911), di Daniel Paul Schreber, il quale racconta nelle sue memorie (1903) i suoi deliri bizzarri, in cui credeva che sarebbe stato trasformato in una donna e che questo faceva parte della sua missione di redimere il mondo.
- Sono state identificate 4 possibili varianti di questo delirio:
 - Deliri di non appartenere al proprio sesso.
 - Deliri di non appartenere ad alcun sesso.
 - Deliri di appartenere simultaneamente a entrambi i sessi.
 - Deliri di appartenere al sesso opposto.
- Questi tipi di deliri assumono talora la forma di una vera e propria trasformazione dei propri genitali, come quello in una donna di avere ovaie che producono sperma e un clitoride capace di erezione ed eiaculazione (Stusiński & Lew-Starowicz, 2018).

Disforia di Genere e Schizofrenia (II)

- Divise sono le opinioni attuali circa la presenza di disforia di genere in persone con schizofrenia.
- Alcuni autori (Hansen , 1976; Krychman et al., 2008) considerano l'ideazione circa la riattribuzione di sesso esclusivamente come delirante e riconoscono la necessità di un trattamento psicofarmacologico. Tale punto di vista è sostenuto dal deterioramento dello stato mentale di questi pazienti collegato ai trattamenti ormonali durante la riattribuzione di sesso (Sorensen, 1981).
- Altri, condividendo l'idea che transessualismo e schizofrenia possono coesistere, hanno proposto di fornire a queste persone interventi allo stesso modo che alle persone solo transessuali (Kulish, 2009); Matevosyan & Vvedenskii, 2012; Campo et al., 2003). È stato suggerito che lo stress associato alla disforia di genere può esacerbare il corso di una patologia mentale in comorbidità, in particolare promuovendo l'esacerbazione di sintomi psicotici (Meijer et al., 2017).

Disforia di Genere e Schizofrenia (III)

- Comorbidità fra DG e Schizofrenia in genere, a seconda degli studi, compresa fra lo 0,92% (Cole et al., 1998) al 2,6% (Gomez-Gil et al., 2009) e al 5% Judge et al., 2014).
- Per evitare errori di diagnosi fra le due condizioni:
 - Valutare la capacità di critica del paziente: le persone con DG hanno un senso soggettivo di appartenere al genere opposto e un forte desiderio di adeguare il loro corpo e il loro funzionamento sociale in tal senso. Però, mantengono una consapevolezza del loro attuale sesso fisico e della loro struttura corporea e comprendono che il percorso chirurgico di affermazione di genere è un processo a lungo termine di adattamento psicologico e di cambiamenti fisici esterni ottenuto tramite procedure farmacologiche e chirurgiche. Mentre i deliri di cambiamento di sesso sono associati alla certezza del possesso reale del sesso opposto o del passaggio spontaneo all'altro sesso.
 - Attendere la risposta al trattamento antipsicotico: gli studi su casi presenti in letteratura (per es. Jiloha et al., 1998; Manderson & Kumar, 2001; Bhargava & Sethi, 2002); Krychman et al., 2008) suggeriscono che il trattamento antipsicotico non dovrebbe avere un effetto significativo sulla persistenza di una reale DG. Al contrario, se le convinzioni sul cambiamento di sesso sono deliranti, una adeguata farmacoterapia dovrebbe eliminarle con una certa efficacia.
 - Considerare anche il decorso: la natura psicotica di una apparente disforia di genere può essere associata a un cambiamento relativamente repentino di identità di genere dopo un periodo di funzionamento secondo il genere assegnato alla nascita.

Disforia di Genere e Schizofrenia (IV)

- Lo studio di Starostina e Yakubov (2022) è l'unico studio esistente a confrontare 58 pazienti con disturbi dello spettro schizofrenico con ideazione di riattribuzione di genere con 42 soggetti transessuali.

Clinical and Phenomenological Characteristics

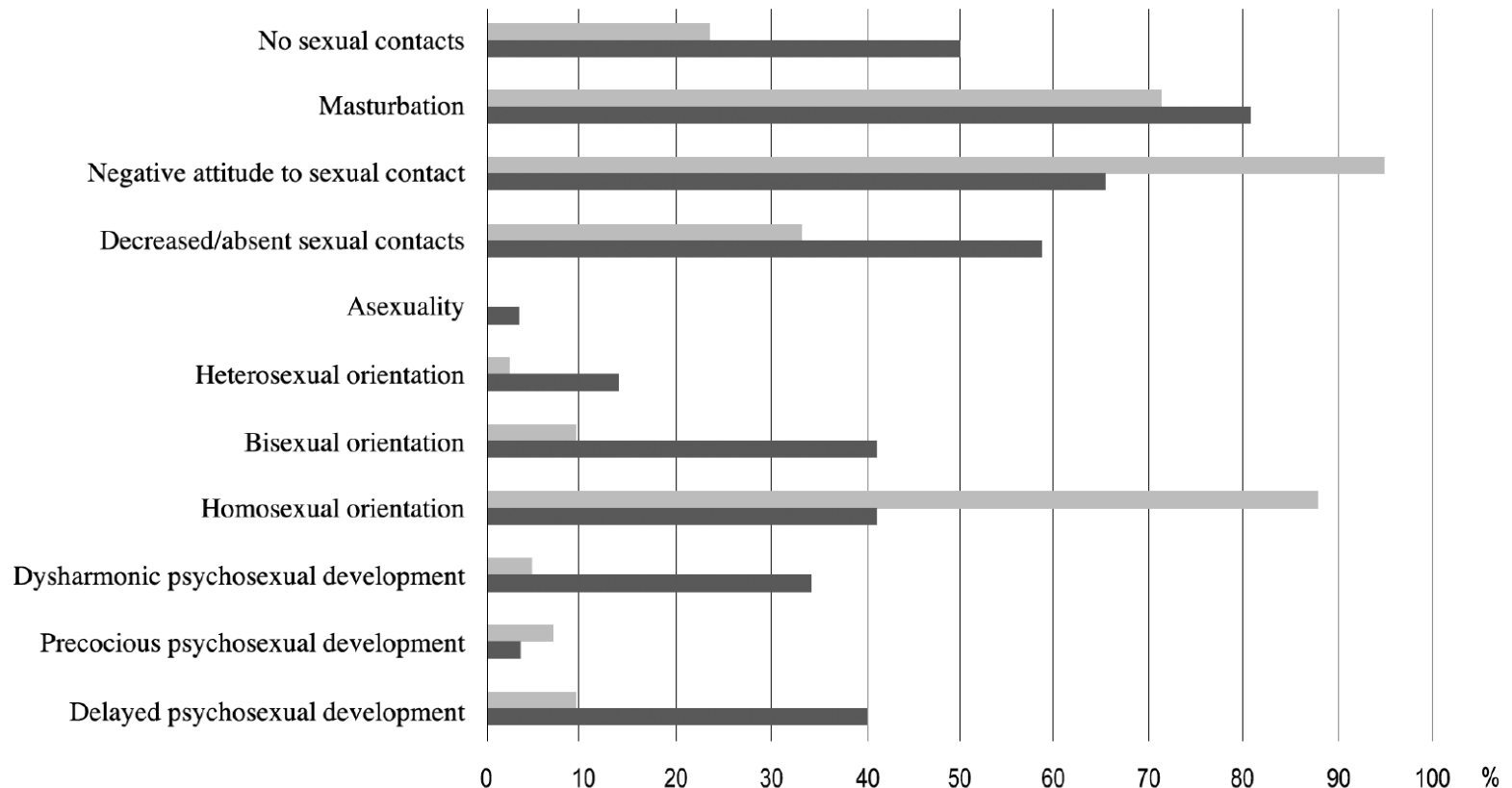


Fig. 1. Relative frequencies of signs of impairments to the psychosexual domain in patients with schizophrenia spectrum disorders and transsexualism ($p < 0.05$): ■) subjects significant transsexualism; ■) subjects with schizophrenia spectrum disorders.

Disforia di Genere e Schizofrenia (V)

- Nello studio russo sembra dimostrata una relazione statisticamente significativa (test chi quadro) fra la diagnosi e la natura dei sintomi presentati fra i due gruppi di soggetti.

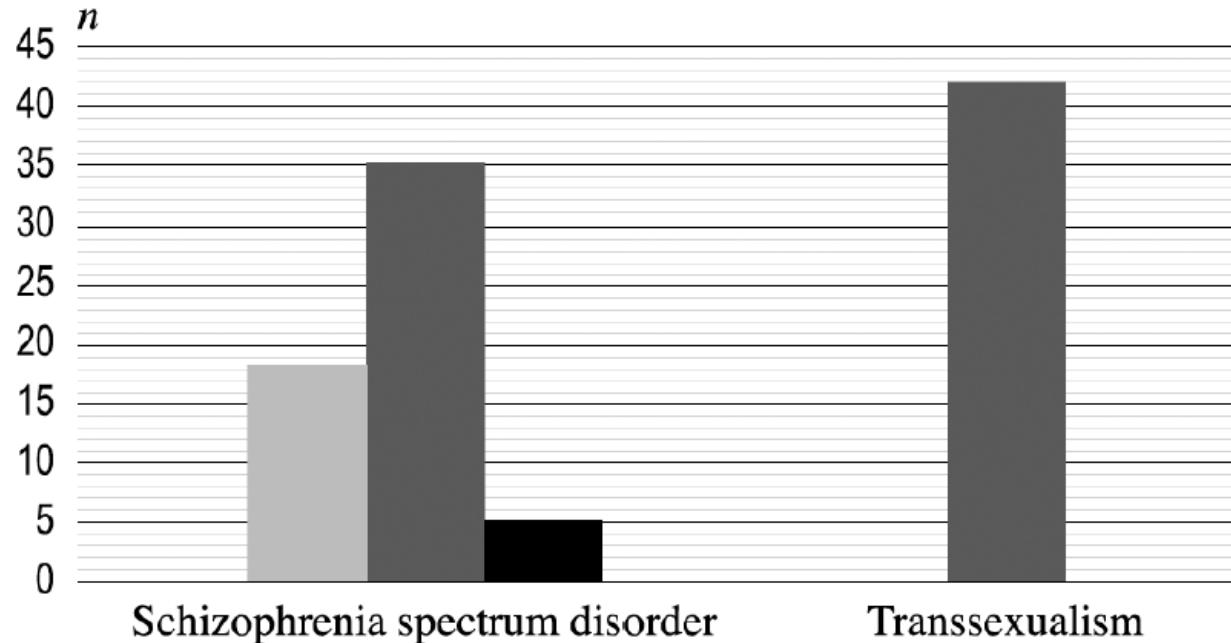


Fig. 2. Relationship between symptoms of impaired gender identity and diagnosis in schizophrenia spectrum disorders and transsexualism ($p < 0.01$): ■) desire to be a person of the opposite sex; ■) feeling oneself as a member of the opposite sex; ■) doubts regarding gender assignment; *n* – number of patients.

Disforia di Genere e Schizofrenia (VI)

- Infine, nello studio russo si è evidenziato che i soggetti con solo transessualismo rispetto con quelli in comorbidità con schizofrenia presentavano in modo statisticamente significativo:
 - un maggiore adattamento al lavoro e alla vita familiare;
 - avevano presentato maggiori esperienze di vita nel genere desiderato;
 - Avevano iniziato più spesso una terapia ormonale indipendentemente, anche prima di avere il permesso dalle équipes mediche;
 - Ed erano stati più raramente ospedalizzati in reparti psichiatrici.
- Nei pazienti con disturbi dello spettro schizofrenico più frequentemente la incongruenza di genere era esordita in età più tarda.
- Sembrerebbe che il quadro di disforia di genere nei disturbi dello spettro schizofrenico nasca da anomalie precoci nella formazione della identità di genere, confermata dall'alta frequenza in questi soggetti di alterato concetto di genere (anche di riconoscimento degli altri), cross-dressing e inversione di ruolo di genere fin dalla fanciullezza, accompagnati da disarmonie e ritardo nello sviluppo psicosessuale. La formazione poi di ideazione rispetto alla riattribuzione di genere in questi pazienti esordisce di solito in adolescenza. Si manifesta con esperienze di depersonalizzazione e dismorfofobiche, che successivamente danno origine a idee sopravvalutate o deliranti di riattribuzione di sesso (anche di trasformazione di sesso). Tali idee sono più frequenti nei disturbi schizotipici e non rispondono bene ai farmaci.

Disforia di genere e Disturbi dello spettro autistico (I)

- Recentemente è emerso grande interesse riguardo alla possibile co-occorrenza di DG e Disturbi dello Spettro Autistico (DSA) (de Vries et al, 2010; Landén & Rasmussen, 1997; Mukkades, 2002; Parkinson, 2014; Perera, Gadambanathan, & Weerasiri, 2003; Tateno et al., 2008; Williams, Allard, & Sears, 1996).
- Su 204 bambini e adolescenti con DG afferenti alla clinica olandese, de Vries et al. (2010) hanno rilevato una prevalenza di DSA del 7,8%, cioè 10 volte più alta di quella della popolazione generale. Si è osservato che l'incidenza di DSA era circa 6 volte più alta in adolescenti con DG con altra specificazione che in adolescenti con DG completa (de Vries et al., 2010).

Disforia di genere e Disturbi dello spettro autistico (II)

- Una spiegazione proposta è la presenza di intenso interesse ossessivo per specifiche attività (si veda ad esempio, Baron-Cohen & Wheelwright, 1999; Klin, Danovitch, Merz, & Volkmar, 2007). Infatti, uno studio recente condotto da Zucker e colleghi (Van der Laan et al., 2015) su 534 bambini con DG supporta l'idea che i bambini con DG mostrino un aumento di interessi ossessivi.
- Inoltre, in particolare per i maschi, gli interessi ossessivi correlati al genere costituiscono più della metà dei temi riportati (Van der Laan et al., 2015).
- È necessaria ulteriore ricerca per comprendere il pattern di sviluppo attraverso il quale elevati interessi ossessivi possano contribuire a una apparente comorbidità tra DG e DSA.

Disforia di genere e Disturbi dello spettro autistico (III)

- Una possibilità è che un DSA a volte possa portare a intensi interessi ossessivi relativi a oggetti e attività tipici dell'altro sesso, fino al configurarsi di un quadro clinico di DG. Un'altra ipotesi è che gli intensi interessi cross-gender siano semplici manifestazioni della DG e che quindi la associazione con DSA sia solo apparente.
- Questa ipotesi è meno plausibile nel caso in cui gli interessi ossessivi non siano correlati a interessi di genere o nel caso in cui ci siano altri sintomi di DSA (Van der Laan et al., 2015).
- Una terza possibilità è che entrambe le condizioni (DG e DSA) siano influenzate da alcune variabili comuni che sarebbero responsabili della loro co-occorrenza.

Disforia di genere e Disturbi dello spettro autistico (IV)

- Per esempio, un basso peso alla nascita è associato a un elevato rischio di DSA (Abel et al., 2013) e molti maschi con DG hanno basso peso alla nascita (Blanchard et al., 2002); un possibile meccanismo prenatale sarebbe responsabile dell'associazione tra DG e DSA nel sesso maschile (Van der Laan et al., 2015). Nelle femmine l'associazione tra DG e DSA sarebbe un pattern generale di mascolinizzazione (Van der Laan et al., 2015). Infatti, i DSA sono più frequenti nei maschi (Werling & Geschwind, 2013) e l'esposizione prenatale a elevati livelli di testosterone è associata a un aumento dei tratti di DSA in entrambi i sessi a 18 e 24 mesi (Auyeung, Lombardo et al., 2013) e durante l'adolescenza e la vita adulta nelle femmine (Knickmeyer et al., 2006).

La terapia della Disforia di Genere (I)

- La più recente versione degli *Standards of Care* (Coleman et al, 2022) dà importanza ad una presa in carico globale e raccomanda ciò che deve o non deve essere proposto dai professionisti all'interno di un percorso di affermazione di genere e i contesti in cui tali linee guida dovrebbero essere applicate al fine di promuovere equità e garantire i diritti umani delle persone transgender. Inoltre, le linee guida precedenti prevedevano che le persone transgender dovessero essere seguite da due professionisti della salute mentale, ma tale raccomandazione non è ora più presente dato che le ricerche non hanno evidenziato tale necessità.
- La presa in carico dell'IG in età evolutiva si differenzia a seconda del periodo di sviluppo della persona. In infanzia, essa prevede principalmente consulenze genitoriali, un lavoro sulla rete e un monitoraggio delle traiettorie di sviluppo (Coleman et al., 2022). In tale periodo di sviluppo, non è previsto alcun intervento medico.

La terapia della Disforia di Genere (II)

- In adolescenza, l'iniziale presa in carico psicologica è finalizzata alla creazione di uno spazio in cui l'adolescente può approfondire, descrivere, comprendere ed esprimere la propria identità sessuale in tutte le sue componenti e sfumature e individuare il percorso migliore al fine di un buon funzionamento psicologico.
- Se richiesto dall'adolescente e qualora si renda necessario per il suo benessere psicologico, si può iniziare una terapia medica per la sospensione della pubertà, tramite la somministrazione di analoghi dell'ormone di rilascio delle gonadotropine (GnRHa), che bloccano temporaneamente e reversibilmente la produzione endogena di ormoni sessuali e interrompono lo sviluppo delle caratteristiche sessuali secondarie. Ciò non è necessariamente l'inizio di un percorso di affermazione di genere, ma una sospensione momentanea delle caratteristiche fisiche indotte dalla pubertà.

La terapia della Disforia di Genere (III)

- È opportuno specificare, infatti, che i GnRHa non modificano il corpo (in senso maschile o femminile) ma lo mantengono in uno stato più indifferenziato e, prevenendo i cambiamenti fisici irreversibili della pubertà, permette di ridurre immediatamente la preoccupazione e/o la sofferenza per la progressione dello sviluppo puberale, se presenti, impedendo di conseguenza lo sviluppo di problematiche psicologiche che rischiano di compromettere l'equilibrio psicologico dell'adolescente.
- Ciò permette all'adolescente di continuare ad esplorare con l'aiuto dei professionisti e con maggiore serenità la propria identità di genere e il percorso migliore al fine del benessere psicologico e di avere più tempo per prendere una decisione consapevole riguardo l'avvio di un'eventuale terapia ormonale di affermazione di genere.

La terapia della Disforia di Genere (IV)

- Inoltre, tale terapia consente di ridurre l'invasività di eventuali futuri interventi medici e/o chirurgici - come ad esempio l'intervento di mastectomia e creazione del torace maschile nelle persone AFAB, interventi chirurgici di femminilizzazione al volto, interventi logopedici e/o alle corde vocali e l'epilazione nelle persone AMAB.
- Un aspetto fondamentale della terapia di sospensione della pubertà è il suo carattere completamente reversibile: tale terapia, infatti, può essere interrotta in qualsiasi momento l'adolescente lo richieda e la pubertà può riprendere nella direzione del sesso assegnato alla nascita.
- Nel valutare l'inizio di tale terapia, risulta di fondamentale importanza creare uno spazio in cui vengano approfondite le aspettative e le conoscenze con il minore e la famiglia così da arrivare ad una decisione sicura e consapevole che rispecchi i reali bisogni della persona (Coleman et al., 2022; Fisher et al., 2022).

La terapia della Disforia di Genere (V)

- In Italia, fino a poco tempo fa, l'uso dei GnRHa era previsto nei casi di pubertà precoce, endometriosi, cancro alla prostata e fibromi uterini. Qualsiasi altro uso era considerato *off-label*. Per tale motivo, l'utilizzo dei GnRHa in adolescenti con IG necessitava dell'approvazione da parte del comitato etico locale, oltre che essere interamente a carico dell'utente. Alla luce di ciò, le principali società scientifiche nazionali che si occupano della salute della persone transgender hanno sottoscritto una richiesta di impiego dei GnRHa anche per gli adolescenti con IG, approvata dalla Commissione Tecnico Scientifica (CTS) dell'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) a febbraio 2018. Di conseguenza, l'utilizzo dei GnRHa è stato inserito nell'elenco dei medicinali erogabili a totale carico del Servizio sanitario nazionale (SSN), ai sensi della legge 23 dicembre 1996, n. 648, in casi selezionati di pubertà incongruente con l'identità di genere.

La terapia della Disforia di Genere (VI)

- Nel luglio dello stesso anno, anche il Comitato Nazionale per la bioetica ha espresso parere positivo sull'eticità del loro utilizzo in situazioni da valutare caso per caso.
- Tale determina AIFA raccomanda che siano soddisfatti specifici criteri di l'utilizzo dei GnRHa, ovvero: uno stadio puberale secondo Tanner 2-3, confermato da livelli di steroidi sessuali corrispondenti; diagnosi di disforia di genere (DG) secondo DSM 5 (APA, 2013) confermata da una equipe multidisciplinare e specialistica; comparsa o peggioramento della sintomatologia con l'inizio della pubertà; stabilizzazione di psicopatologie associate o problematiche mediche potenzialmente interferenti con l'*iter* diagnostico o terapeutico della DG; mancata efficacia dell'assistenza psicologica, psicoterapeutica o psichiatrica; consenso informato fornito dall'adolescente e dai genitori o da altri tutori secondo le normative attuali inerenti i soggetti minorenni (art. 3 della legge n. 219/2017).

La terapia della Disforia di Genere (VII)

- Nella più recente versione degli *Standards of Care* (Coleman et al., 2022) si raccomanda, invece, di iniziare la terapia di sospensione della pubertà quando: è presente IG marcata e sostenuta nel tempo o si soddisfano i criteri per IG se questo è necessario per accedere al sistema sanitario; l'adolescente mostra maturità emotiva e cognitiva necessaria per fornire il consenso per lo specifico trattamento ormonale di affermazione di genere; le condizioni di salute mentale che possano interferire con la chiarezza diagnostica, con la capacità di fornire il consenso e con il trattamento medico di affermazione di genere siano prese in carico; l'adolescente e i genitori/tutori legali abbiano compreso gli effetti sulla riproduzione ed esplorato le opzioni di preservazione della fertilità; aver raggiunto uno stadio Tanner 2: questo poiché per alcuni adolescenti i primi cambiamenti fisici legati alla pubertà possono essere determinanti per l'ulteriore sviluppo dell'identità di genere (Steensma et al., 2011).

La terapia della Disforia di Genere (VIII)

- Rispetto quindi alle versioni precedenti, la più recente versione delle linee guida (Coleman et al, 2022) non prevede la necessità che sia presente un quadro di DG – una sofferenza clinicamente significativa derivante dall'IG – per poter accedere al percorso ormonale, ma che l'adolescente presenti un quadro di IG se questo è necessario per accedere al sistema sanitario. Inoltre, tra i criteri di eleggibilità alla terapia di sospensione della pubertà, non è più necessario che la DG abbia avuto esordio o si sia esacerbata con l'inizio della pubertà.
- Successivamente, qualora si rendesse necessario per il benessere dell'adolescente e se soddisfatti gli stessi criteri riportati precedentemente relativamente alla terapia con GnRHa, è possibile valutare l'inizio una terapia ormonale di affermazione di genere.
- Tra i criteri di eleggibilità alla terapia ormonale, le versioni precedenti delle linee guida raccomandavano di iniziare la terapia intorno ai 16 anni di età.

La terapia della Disforia di Genere (IX)

- La più recente versione suggerisce, invece, che ci possano essere validi motivi per iniziare la terapia ancor prima dei 16 anni di età, sebbene ci siano ad oggi studi limitati su giovani che hanno iniziato la terapia ormonale prima dei 14 anni di età. Tra le valide ragioni possono essere incluse le implicazioni sul funzionamento psicosociale derivanti dal posticipare l'avvio di una pubertà congruente con l'identità di genere e l'importanza di evitare i rischi legati ad una prolungata sospensione puberale.
- La terapia ormonale di affermazione di genere è finalizzata ad indurre una pubertà congruente con l'identità di genere e può prevedere l'utilizzo di dosi crescenti di estrogeni nelle persone AMAB e dosi crescenti di testosterone nelle persone AFAB. Contemporaneamente, fino al raggiungimento della dose piena di ormoni, viene mantenuto l'impiego dei GnRHa in maniera da ottenere un'adeguata soppressione dell'asse ipotalamo-ipofisi-gonadi.

La terapia della Disforia di Genere (X)

- Infatti, dal momento che il dosaggio della terapia ormonale di affermazione di genere viene aumentato lentamente e progressivamente fino al raggiungimento di una dose adulta, i livelli iniziali di ormoni sessuali sarebbero troppo bassi per garantire un'adeguata soppressione delle caratteristiche fisiche sessuali.
- Contrariamente alla terapia di sospensione della pubertà, la terapia ormonale di affermazione di genere determina cambiamenti fisici reversibili solo parzialmente (aumento di peli corporei e facciali, abbassamento del timbro della voce, aumento delle dimensioni del clitoride e della massa muscolare, ridistribuzione del grasso corporeo in senso androide nelle persone AFAB; riduzione dei peli corporei e facciali, aumento del volume mammario, riduzione del volume testicolare, del volume dell'eiaculato e delle erezioni spontanee, aumento della massa grassa con redistribuzione ginoide e riduzione della massa muscolare nelle persone AMAB).

La terapia della Disforia di Genere (XI)

- Infatti, una volta sviluppati determinati aspetti del corpo, qualora venisse interrotta la terapia ormonale, alcuni cambiamenti regredirebbero solo parzialmente e altri richiederebbero di intervenire chirurgicamente (come l'abbassamento del timbro della voce, l'aumento di peli corporei e facciali e delle dimensioni del clitoride nelle persone AFAB e l'aumento del volume mammario nelle persone AMAB).
- Anche prima di avviare questa fase, è importante valutare le aspettative e le conoscenze rispetto agli effetti sul corpo desiderati e successivamente, nel corso della terapia, di fondamentale importanza è il monitoraggio dei vissuti psicologici legati ai cambiamenti derivanti dalla terapia ormonale. Inoltre, qualora l'adolescente esprima la necessità di proseguire con il percorso al fine di un maggior benessere psicologico, può essere considerata la possibilità di interventi chirurgici di affermazione di genere.

La terapia della Disforia di Genere (XII)

- Infine, è necessario sottolineare che non tutte le persone transgender manifestano un disagio verso la propria immagine corporea e di conseguenza non tutte le persone sentono la necessità di intervenire sul corpo.
- Alcune persone, infatti, potrebbero trarre beneficio dal vivere in un'espressione di genere in linea con la propria identità di genere e/o potrebbero aver bisogno di ricorrere a specifici interventi chirurgici senza la necessità di iniziare una terapia ormonale (Coleman et al., 2022).
- In conclusione, è di fondamentale importanza l'individualità di ogni percorso, che può quindi cambiare sulla base delle specifiche richieste e necessità del singolo, che possono variare da persona a persona.

L'intervento medico sugli adolescenti con DG

● In un numero selezionato di casi, il distress prodotto dai cambiamenti puberali può essere alleviato dalla somministrazione di GnRH analoghi (Gonadotropin-releasing hormone analogs, analoghi del fattore liberante gonadotropine), che presentano dei vantaggi importanti:

- Riduce in fretta le sofferenze del giovane (Cohen-Kettenis & Pfäfflin, 2003).
- Migliora la precisione della diagnosi in quanto dà più tempo agli adolescenti per esplorare il proprio sé e genere (Cohen-Kettenis & Pfäfflin, 2003). Si tratta del cosiddetto approccio “wait-and-see”.
- Contribuisce a identificare gli adolescenti che sono dei falsi positivi (Delemarre-van de Waal & Cohen-Kettenis, 2006).
- Riduce l'invasività della eventuale futura riattribuzione chirurgica di sesso, in quanto deve essere fatta su corpi che non sono più nettamente caratterizzati in una direzione o nell'altra (Cohen-Kettenis & Pfäfflin, 2003).
- Un migliore adattamento psicosociale sembra essere associato a un intervento fisico precoce (Cohen-Kettenis & Pfäfflin, 2003).

Obiezioni all'intervento con i GnRH analoghi (I)

- Si interferirebbe con lo sviluppo “naturale” della pubertà e i professionisti “giocherebbero a fare Dio”, cambiando il sesso a bambini piccoli.
- I GnRH analoghi non modificano il corpo o il sesso ma semplicemente ritardano lo sviluppo puberale. Inoltre vengono comunemente somministrati nei casi di pubertà precoce, per permettere ai bambini di avere un aspetto fisico simile alla norma.
- Inoltre qualunque trattamento in qualche modo interferisce con il corso della natura, che in taluni casi, se lasciato a se stesso, senza l'intervento medico, porterebbe a grandi sofferenze o addirittura alla morte.

Obiezioni all'intervento con i GnRH analoghi (II)

- È giusto interferire con lo sviluppo di un bambino, quando le conseguenze di tale interferenza non sono del tutto prevedibili, soprattutto dal momento che non è ancora del tutto chiaro come avviene lo sviluppo dell'identità di genere?
- Moltissimi, se non tutti, gli interventi (medici e non) effettuati sui bambini rappresentano delle interferenze sul loro futuro.
- Anche la decisione di non fare nulla è egualmente un'interferenza sul futuro della persona, e talvolta produce conseguenze ancora peggiori, rispetto all'intervenire.
- Non curare non è una scelta neutra. Nel caso della DG, tale scelta, o quella di posticipare l'intervento a età più avanzate, ha per i minori conseguenze fisiche, psicologiche e sociali irreversibili e davvero pericolose.

Obiezioni all'intervento con i GnRH analoghi (III)

- Come decidere quale sia l'età giusta per la somministrazione?
- Da un punto di vista medico, in genere si ritiene che lo stadio Tanner 2/3 sia quello adeguato e quindi intorno ai 12 anni.
- È corretto però che i minori possano partecipare direttamente al processo terapeutico e quindi anche alle decisioni che li riguardano.
- Nella legislazione italiana è previsto che il minore che abbia compiuto 12 anni, e anche di età inferiore se capace di discernimento (e questo è uno degli aspetti per cui la valutazione psicologica è sempre importante), vada coinvolto nella procedura di elaborazione del consenso informato al trattamento: la sua opinione deve essere considerata e assume un'importanza crescente via via che aumentano l'età, la maturità e la capacità di comprendere la propria condizione di salute/benessere e le prospettive evolutive delle alternative terapeutiche.

Obiezioni all'intervento con i GnRH analoghi (IV)

- Durante l'adolescenza vi sono cambiamenti strutturali nella parte prefrontale del cervello e un aumento dell'attività dopaminergica. Ciò potrebbe aumentare la probabilità negli adolescenti di scelte impulsive e pericolose da parte loro.
- Pur se questo fosse vero, va notato che tale aumento del rischio di scelte impulsive sarebbe presente anche se all'adolescente non venissero somministrati i GnRH analoghi. Ciò, unitamente alla disperazione provata per i cambiamenti corporei non desiderati, potrebbe spingere il giovane a cercare cure alternative sulla strada o su internet, iniettandosi ormoni in modo non controllato e non sicuro, aumentando i rischi per la propria salute.
- Inoltre i dati della letteratura ci dicono che, a differenza di quelli non trattati, gli adolescenti cui sono stati somministrati GnRH analoghi hanno rischio suicidario pari praticamente a zero.
- Infine, dato che il desiderio di transitare ad altro genere è presente da molto tempo, ben prima dell'adolescenza, è difficile pensare che tale desiderio sia dovuto all'impulsività adolescenziale.

Obiezioni all'intervento con i GnRH analoghi (V)

- L'approccio “wait-and-see” dei GnRH analoghi potrebbe essere non veramente tale; infatti è possibile che, attraverso meccanismi biologici o psicologici, abbia l'effetto imprevisto di aumentare la persistenza.
- Come si è già detto, nessun intervento, e neppure la mancanza di intervento, è neutro o privo di conseguenze. Occorre soppesare i pro e contro di ogni trattamento e decidere in scienza e coscienza.

Obiezioni all'intervento con i GnRH analoghi (VI)

- Secondo alcuni studi la DG potrebbe comparire in seguito a traumi, come la perdita di un genitore o un abuso sessuale; inoltre vi è una certa associazione in letteratura fra DG e sindromi dello spettro autistico e disturbi alimentari. In tali casi i trattamenti medici non sarebbero indicati, ma dovrebbero esserne messi in atto altri.
- Sappiamo troppo poco sulla genesi dell'identità di genere per identificare gli elementi che ne modificano il corso e d'altra parte è davvero improbabile che un singolo evento possa essere responsabile della sua modificazione. Altri fattori, genetici, ormonali, pre- e postnatali, eventi di vita ripetuti e interpretazioni cognitive di essi sono senza dubbio coinvolti.
- Inoltre, anche se la DG fosse causata da un evento o da un'altra condizione clinica, una volta che una nuova identità di genere viene acquisita, come facciamo a fare tornare indietro tale persona?
- Il problema è “come aiutare” le persone con DG, indipendentemente dalle cause originarie.

Obiezioni all'intervento con i GnRH analoghi (VII)

- Come fa una persona a dare il proprio consenso a un trattamento medico senza informazioni chiare e inequivocabili sui possibili effetti collaterali? La DG è rara e studi di fase 2 non sono stati ancora condotti in proposito (per motivi pratici ed etici).
- In realtà è chiaramente possibile dare il consenso informato a interventi medici che hanno effetti collaterali non del tutto stabiliti; infatti per questo è del tutto moralmente e legalmente accettabile partecipare alla ricerca sperimentale e dare il consenso informato alla somministrazione di farmaci nuovi i cui effetti collaterali (e anche la cui efficacia) non sono stati ancora del tutto stabiliti.
- Inoltre sappiamo che la maggior parte dei giovani con DG all'inizio della pubertà persisterà con essa fino all'età adulta, per cui per loro non ricevere il trattamento ha effetti collaterali molto più gravi degli effetti collaterali reali e potenziali della cura.
- Bisogna valutare ciò che potrebbe accadere al soggetto *se non riceve la cura*, oltre a considerare cosa potrebbe succedergli *se riceve la cura*.

Obiezioni all'intervento con i GnRH analoghi (VIII)

- Un approccio troppo automatico alla soppressione della pubertà e a interventi medici meno reversibili, se fatto solo allo scopo di ridurre l'ostracismo sociale e gli effetti negativi che ne derivano, potrebbe risultare in un rafforzamento degli stereotipi sociali (secondo cui sesso natale e genere devono necessariamente coincidere).
- Come molto giustamente la Giordano (2014) rileva (p. 222): "... perché le persone, comprese le minoranze sessuali, dovrebbero essere trasformate in martiri per gli ideali?". Così facendo si implica che delle persone dovrebbero patire delle sofferenze evitabili in considerazione del fatto che alleviare le loro sofferenze potrebbe recare danno alla società.
- Per principio, nessuno dovrebbe essere lasciato soffrire.
- Se le minoranze sessuali non venissero trattate verrebbero doppiamente danneggiate: una prima volta perché soffrono innanzitutto di un danno sociale (l'ostracismo), e una seconda volta perché viene loro negato il trattamento in nome proprio di quella società che le ha danneggiate all'inizio.

Obiezioni all'intervento con i GnRH analoghi (IX)

- Bisogna evitare di confondere bambini e adolescenti con varianza di genere e bambini e adolescenti con disforia di genere.
- Tale rischio viene superato tramite un accurato assessment e quindi necessita di professionisti ben preparati in campo psicologico, psichiatrico e sessuologico e specializzati rispetto all'individuazione di tali condizioni.
- Tale aspetto va tenuto presente e considerato anche nell'eventualità di una possibile derubricazione della DG dai disturbi mentali (cfr. ICD-11).

Dibattiti recenti (I)

- Nel dicembre 2020 l'Alta Corte di Londra ha dato ragione al ricorso intentato da Keira Bell e dall'associazione Transgender Trend (associazione di genitori, professionisti e accademici del Regno Unito) contro il Tavistock Centre.
- Keira Bell è una giovane donna che ha ricevuto GnRH analoghi e iniezioni di testosterone presso tale clinica e a 20 anni una doppia mastectomia, transitando in direzione FtM. Successivamente ha rinunciato a tale transizione e sta tentando di ritornare alla situazione precedente.
- L'Alta Corte ha affermato che tali trattamenti sono sperimentali e nella maggior parte dei casi non possono essere somministrati ai bambini senza fare istanza a un tribunale, sostenendo che è «altamente improbabile» che un adolescente, specie se minore di 16 anni, possa comprendere in modo «appropriato» gli effetti a medio e lungo termine del cambio di genere e quindi possa fornire un «consenso informato» per fare la transizione MtF o FtM.

Dibattiti recenti (II)

- In Svezia, a maggio 2021 è entrato in vigore un nuovo protocollo nel famoso Karolinska Hospital, e in particolare nella clinica Astrid Lindgren per bambini, che blocca la prescrizione di bloccanti ipotalamici e ormoni cross-sex per i minori con disforia di genere, riservando tali trattamenti solo all'interno di trial clinici approvati dal Comitato etico nazionale svedese. Altri centri del paese, come quello di Lund e di Linköping, si sono allineati, mentre altri (Umea, Gothenburg e Uppsala) non hanno ancora deciso.
- L'ospedale svedese cita il pronunciamento dell'Alta Corte inglese come importante in tale decisione.
- È stata anche fondata un'organizzazione internazionale, la Society for Evidence-based Gender Medicine (SEGM), che comprende almeno 100 professionisti, che pone in dubbio tali pratiche di trattamento per i giovani con disforia di genere e sostiene che esse debbano essere prima valutate ulteriormente a livello scientifico.

Dibattiti recenti (III)

- Nell'America del Nord, il dibattito su questi temi è altamente politicizzato. Alcuni stati hanno introdotto leggi per bandire l'uso di tali farmaci per i minori con disforia di genere, per esempio l'Arkansas ha approvato una legge in tal senso, che, se non verrà sconfermata, dovrebbe entrare in vigore a luglio. Al contrario altri stati hanno introdotto leggi per coprire con assicurazioni pubbliche o private una vasta gamma di interventi medici e chirurgici di affermazione di genere.
- In Canada, la legge C-6 è andata ancora oltre, cercando di criminalizzare le modalità di trattamento psicologiche (terapie di conversione), che sarebbero l'alternativa primaria non invasiva agli interventi medici e chirurgici, in quanto considerate «stigmatizzanti».
- La Endocrine Society ha condannato le leggi come quelle dell'Arkansas e a giugno 2021 si è associata al ricorso contro la decisione dell'Alta Corte di Londra nel caso di Keira Bell.

Dibattiti recenti (IV)

- Il 17 settembre 2021 la Corte di Appello inglese ha annullato la sentenza dell'Alta Corte del 2020, in quanto «spetta ai clinici esercitare la loro capacità di giudizio» rispetto al trattamento con i GnRH analoghi.
- Il 28 aprile 2022 la Corte Suprema del Regno Unito ha rifiutato a Bell la possibilità di ricorrere ancora in appello in quanto non ha «offerto un punto di vista dibattibile».
- Nel luglio 2022, però, il sistema sanitario nazionale del Regno Unito ha chiuso la clinica della Tavistock, rimpiazzandola nel 2023 con i centri sanitari regionali, basandosi su di un rapporto provvisorio circa i servizi offerti dai servizi per l'identità di genere per bambini e adolescenti elaborato dal pediatra Hilary Cass.
- Tutta questa vicenda è portata a grandi ulteriori dibattiti nel Regno Unito, fra sostenitori della Bell e professionisti e clinici che si schierano a favore della clinica della Tavistock.

Dibattiti recenti (V)

- In Italia, l'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) in data 25 febbraio 2019 ha emanato una dichiarazione in cui ammette l'inserimento del medicinale triptorelina nell'elenco dei medicinali erogabili a totale carico del Servizio sanitario nazionale, ai sensi della legge 23 dicembre 1996, n. 648, per l'impiego in casi selezionati in cui la pubertà sia incongruente con l'identità di genere (disforia di genere), con diagnosi confermata da una équipe multidisciplinare e specialistica e in cui l'assistenza psicologica, psicoterapeutica e psichiatrica non sia risolutiva.
- Come si può notare la situazione rimane quindi ancora molto fluida.

Gli interventi medici di affermazione di genere e il cambiamento anagrafico: legislazione (I)

- In Italia il riconoscimento normativo di tale diritto si è avuto con la legge n. 164 del 1982, elaborata in seguito a svariati dibattiti parlamentari iniziati attorno agli Anni 70 quando furono emanate varie sentenze riguardanti il riconoscimento del diritto di acquisire un nuovo genere alle persone che si erano sottoposte a interventi medici e chirurgici.
- Peraltro, nell'impostazione della sentenza 161 del 1985 della Corte costituzionale, l'identità sessuale era ricondotta all'interno del più generale diritto alla salute (ex art. 32 Cost.), nella misura in cui l'allineamento del genere anagrafico al genere percepito era considerato funzionale a realizzare il benessere fisico, mentale e sociale della persona.

Gli interventi medici di affermazione di genere e il cambiamento anagrafico : legislazione (II)

- Negli ultimi anni, tuttavia, la Corte europea dei diritti dell'uomo (casi «Christine Goodwin contro Regno Unito», n. 28957/95, 2002 VI; «Van Kück c. Germania», n. 35968/97, 2003-VII V; «Schlumpf c. Svizzera», n. 29002/06, 8 gennaio 2009; «Y.Y. c. Turchia», n. 14793/08, 2015; «S.V. c. Italia», ricorso n. 55216/08, 11 ottobre 2018), e più di recente, la Corte costituzionale (sent. 221 del 2015, 180 e 187 del 2017) hanno riconosciuto l'esistenza di un diritto fondamentale all'identità di genere «quale elemento costitutivo del diritto all'identità personale, rientrando a pieno titolo nell'ambito dei diritti fondamentali della persona (art. 2 Cost. e art. 8 della CEDU)» (così Corte cost. 221/2015).
- L'articolo 1 della legge n. 164/1982 prevede che “La rettificazione si fa in forza di sentenza del tribunale passata in giudicato che attribuisca ad una persona sesso diverso da quello enunciato nell'atto di nascita a seguito di intervenute modificazioni dei suoi caratteri sessuali” (art. 1).

Gli interventi medici di affermazione di genere e il cambiamento anagrafico : legislazione (III)

- La disciplina del procedimento giudiziale è oggi prevista dall'art. 31 del d.lgs. 1 settembre 2011, n. 150 (che ha abrogato alcuni articoli della l. n. 164/1982) il quale nei primi tre commi individua il rito applicabile, il giudice competente e i soggetti cui deve essere notificato il ricorso.
- Al comma 4 stabilisce che “Quando risulta necessario un adeguamento dei caratteri sessuali da realizzare mediante trattamento medico-chirurgico, il tribunale lo autorizza con sentenza passata in giudicato” (art. 31, comma 4, d.lgs. 150/2011).
- Il comma 5 stabilisce che “con la sentenza che accoglie la domanda di rettificazione di attribuzione di sesso il Tribunale ordina all'ufficiale di stato civile del comune dove è stato compilato l'atto di nascita di effettuare la rettificazione nel relativo registro. La variazione, tuttavia, risulta solo nell'atto di nascita integrale, mentre tutti gli altri certificati riportano esclusivamente i nuovi dati personali dell'interessato/a (v. art. 5 l. 164/1982).

Gli interventi medici di affermazione di genere e il cambiamento anagrafico : legislazione (IV)

- Infine, l'art. 31 comma 6 (e l'art. 4 della l. 164/1982) prevedono che la sentenza di rettificazione di attribuzione di sesso non ha effetto retroattivo e determina lo scioglimento del matrimonio o la cessazione degli effetti civili conseguenti alla trascrizione del matrimonio celebrato con rito religioso.
- Al riguardo va però segnalato che la Corte costituzionale, con la sentenza 11 giugno 2014, n. 170, ha dichiarato l'illegittimità costituzionale delle norme da ultimo citate. In attuazione di tale sentenza è stato introdotto il comma 4-bis dell'art. 31 d.lgs. 150/2011 il quale prevede che la persona che ha proposto domanda di rettificazione di attribuzione di sesso ed il coniuge possono esprimere la volontà di costituire un'unione civile, effettuando le eventuali dichiarazioni riguardanti la scelta del cognome ed il regime patrimoniale.

Gli interventi medici di affermazione di genere e il cambiamento anagrafico : legislazione (V)

- La Corte di Cassazione (sentenza 20.7.2015 n. 15138) e la Corte Costituzionale (sentenza 5.11.2015 n. 221, sent. 13.7.2017, n. 180, ord. 13.7.2017, n. 185), valorizzando il testo dell'art. 31, comma 4, d.lgs. 150/2011 ("quando risulta necessario"), hanno infatti chiarito che per ottenere la rettificazione del sesso anagrafico non è obbligatorio l'intervento chirurgico demolitivo, ma solo che il giudice accerti la serietà, univocità e definitività del percorso di acquisizione di una nuova identità di genere scelto dalla persona ovvero il raggiungimento di un suo stabile equilibrio psicofisico (*ex multis*, Tribunale Torino sez. VII, 7.5.2019, n.2155; Tribunale Torino, sez. VII, 5.12.2018, n.5730; Corte appello Torino sez. famiglia, 28.3. 2018, n. 569; Tribunale Roma sez. I, 4.8.2017, n.15902).

Gli interventi medici di affermazione di genere e il cambiamento anagrafico : legislazione (VI)

- Ne deriva dunque che le «intervenute modificazioni dei caratteri sessuali» cui fa riferimento la legge n. 164/1982 sono da intendersi come comprensivi di tutti gli elementi che contraddistinguono l'identità di genere ovvero di tutte le componenti che alimentano «la concezione del sesso come dato complesso della personalità determinato da un insieme di fattori» oggettivi, quali «organi genitali esterni .. ma anche elementi di carattere psicologico e sociale» (già Corte cost. 161/1985).