

SIPEC PRESENTA

Terze Giornate Romane

DI
PEDIATRIA
ON LINE

4 • 6 OTTOBRE 2018
Auditorium Antonianum • Roma

UNA PRODUZIONE



ICP

Pediatria On Line



IDENTITÀ DI GENERE

*il neuropsichiatra
infantile*

Alessandro Albizzati

Direttore UONPIA

*U.O. Neuropsichiatria per l'Infanzia e l'Adolescenza
ASST Santi Paolo e Carlo, Milano
Scuola di Specializzazione in Neuropsichiatria Infantile
Università degli Studi di Milano*

MAKING A MAN | THE SCIENCE OF GENDER | GIRLS AT RISK

NATIONAL
GEOGRAPHIC

SPECIAL ISSUE

GENDER
REVOLUTION

"The best thing about being a girl is,
now I don't have to pretend
to be a boy."

JANUARY 2017

€ 3,90

GIUGNO 2017

NUMERO SPECIALE
COME CAMBIANO LE IDENTITÀ DI GENERE

NATIONAL
GEOGRAPHIC
GENDER
LA RIVOLUZIONE



GENDER. LA RIVOLUZIONE. IN ONDA SU NATIONAL GEOGRAPHIC DAL 7 FEBBRAIO

Glossario

- **Sesso** – Le caratteristiche **genetiche, ormonali e anatomiche** che determinano se una persona è un maschio biologico o una femmina biologica.
- **Genere** – Le caratteristiche **psicologiche e culturali associati con il sesso biologico**.
- **Ruolo di genere** – Atteggiamenti, comportamenti e tratti di personalità che una società, in un determinato contesto culturale e storico, associa con il ruolo sociale maschile o femminile. La mascolinità e la femminilità, i concetti principali di ruolo di genere, riguardano la presenza di qualità e **comportamenti in un individuo che sono coerenti con quelli previsti da maschi e femmine**.
- **Identità di genere** – **La percezione del proprio sé come maschio o femmina**. Nei bambini, l'identità di genere è legata alla capacità di rispondere in modo attendibile alla domanda: "Sei un ragazzo o una ragazza?" Il confronto dell'individuo con le categorie di sesso e genere assegnati alla nascita è un elemento importante dell'identità di genere.
- **Orientamento sessuale** – Il sesso della persona o le persone alle quali le fantasie sessuali, **l'eccitazione sessuale e le attività sessuali sono prevalentemente diretti**. L'orientamento sessuale varia lungo un continuum da eterosessualità esclusiva all'omosessualità esclusiva e include varie forme di bisessualità. Un orientamento sessuale meno comune è l'asessualità, o l'assenza di attrazione sessuale per entrambi i sessi.

Travestitismo - DSM I (1952)

PERSONALITY DISORDERS

000-x60 SOCIOPATHIC PERSONALITY DISTURBANCE

Individuals to be placed in this category are ill primarily in terms of society and of conformity with the prevailing cultural milieu, and not only in terms of personal discomfort and relations with other individuals. However, sociopathic reactions are very often symptomatic of severe underlying personality disorder, neurosis, or psychosis, or occur as the result of organic brain injury or disease. Before a definitive diagnosis in this group is employed, strict attention must be paid to the possibility of the presence of a more primary personality disturbance; such underlying disturbance will be diagnosed when recognized. Reactions will be differentiated as defined below.

000-x63 Sexual deviation

This diagnosis is reserved for deviant sexuality which is not symptomatic of more extensive syndromes, such as schizophrenic and obsessional reactions.

The term includes most of the cases formerly classed as “psychopathic personality with pathologic sexuality.” The diagnosis will specify the type of the pathologic behavior, such as homosexuality, transvestism, pedophilia, fetishism and sexual sadism (including rape, sexual assault, mutilation).

All'interno del capitolo dei Disturbi di Personalità si incontra per la prima volta il termine **travestitismo**, e **omosessualità**, definite come **deviazioni sessuali**.

Rientrano nei disturbi di

Personalità Sociopatica, insieme a:

- Alcolismo
- Dipendenze
- Reazione antisociale
- Reazione dissociale

Travestitismo - DSM II (1968)

V. PERSONALITY DISORDERS AND CERTAIN OTHER NON-PSYCHOTIC MENTAL DISORDERS (301—304)

301 Personality disorders

This group of disorders is characterized by deeply ingrained maladaptive patterns of behavior that are perceptibly different in quality from psychotic and neurotic symptoms. Generally, these are life-long patterns, often recognizable by the time of adolescence or earlier. Sometimes the pattern is determined primarily by malfunctioning of the brain, but such cases should be classified under one of the non-psychotic organic brain syndromes rather than here. (In DSM-I "Personality Disorders" also included disorders now classified under *Sexual deviation*, *Alcoholism*, and *Drug dependence*.)

302 Sexual deviations

This category is for individuals whose sexual interests are directed primarily toward objects other than people of the opposite sex, toward sexual acts not usually associated with coitus, or toward coitus performed under bizarre circumstances as in necrophilia, pedophilia, sexual sadism, and fetishism. Even though many find their practices distasteful, they remain unable to substitute normal sexual behavior for them. This diagnosis is not appropriate for individuals who perform deviant sexual acts because normal sexual objects are not available to them.

302.0 Homosexuality

302.1 Fetishism

302.2 Pedophilia

302.3 Transvestitism

302.4 Exhibitionism

302.5* Voyeurism*

302.6* Sadism*

302.7* Masochism*

302.8 Other sexual deviation

[302.9 Unspecified sexual deviation]

Nella seconda edizione del **DSM** il **travestitismo** è un sottotipo delle **Deviazioni Sessuali**, che sono distinte dai Disturbi di Personalità propriamente detti, anche se rimangono collocati all'interno del capitolo dei **Disturbi di Personalità**.

In particolare non viene più associato al Disturbo sociopatico

Disturbo dell'Identità di genere - DSM III (1980)

PSYCHOSEXUAL DISORDERS

Gender identity disorders

Diagnostic criteria for Gender Identity Disorder of Childhood

For females:

A. Strongly and persistently stated desire to be a boy, or insistence that she is a boy (not merely a desire for any perceived cultural advantages from being a boy).

B. Persistent repudiation of female anatomic structures, as manifested by at least one of the following repeated assertions:

- (1) that she will grow up to become a man (not merely in role)
- (2) that she is biologically unable to become pregnant
- (3) that she will not develop breasts
- (4) that she has no vagina
- (5) that she has, or will grow, a penis

C. Onset of the disturbance before puberty. (For adults and adolescents, see Atypical Gender Identity Disorder.)

For males:

A. Strongly and persistently stated desire to be a girl, or insistence that he is a girl.

B. Either (1) or (2):

(1) persistent repudiation of male anatomic structures, as manifested by at least one of the following repeated assertions:

- (a) that he will grow up to become a woman (not merely in role)
- (b) that his penis or testes are disgusting or will disappear
- (c) that it would be better not to have a penis or testes

(2) preoccupation with female stereotypical activities as manifested by a preference for either cross-dressing or simulating female attire, or by a compelling desire to participate in the games and pastimes of girls

C. Onset of the disturbance before puberty. (For adults and adolescents,

Nella terza edizione viene ampliato il capitolo, che prende il nome di Disturbi psicosessuali.

Compare il *Disturbo dell'identità di genere*, mentre il ***travestitismo*** è distinto e compreso nel gruppo delle ***Parafilie***.

L'omosessualità scompare come disturbo.

Disturbo dell'identità di genere - DSM IV TR (2000)

- **Una forte e persistente identificazione col sesso opposto** (non solo un desiderio di qualche presunto vantaggio culturale derivante dall'appartenenza al sesso opposto).

Nei **bambini** il disturbo si manifesta con quattro (o più) dei seguenti sintomi:

1. desiderio ripetutamente affermato di essere, o insistenza sul fatto di essere, dell'altro sesso
2. nei maschi, preferenza per il travestimento o per l'imitazione dell'abbigliamento femminile; nelle femmine, insistenza nell'indossare solo tipici indumenti maschili
3. forti e persistenti preferenze per i ruoli del sesso opposto nei giochi di simulazione, oppure persistenti fantasie di appartenere al sesso opposto
4. intenso desiderio di partecipare ai tipici giochi e passatempi del sesso opposto
5. forte preferenza per i compagni di gioco del sesso opposto.

Negli adolescenti e negli adulti, l'anomalia si manifesta con sintomi come desiderio dichiarato di essere dell'altro sesso, farsi passare spesso per un membro dell'altro sesso, desiderio di vivere o di essere trattato come un membro dell'altro sesso, oppure la convinzione di avere sentimenti e reazioni tipici dell'altro sesso.

- **Persistente malessere riguardo al proprio sesso o senso di estraneità riguardo al ruolo sessuale del proprio sesso.**

Nei **bambini**, l'anomalia si manifesta con uno dei seguenti sintomi: nei maschi, affermazione che il proprio pene o i testicoli li disgustano, o che scompariranno, o affermazione che sarebbe meglio non avere il pene, o avversione verso i giochi di baruffa e rifiuto dei tipici giocattoli, giochi, e attività maschili; nelle femmine, rifiuto di urinare in posizione seduta, affermazione di avere o che crescerà loro il pene, o affermazione di non volere che crescano le mammelle o che vengano le mestruazioni, o marcata avversione verso l'abbigliamento femminile tradizionale.

Negli adolescenti e negli adulti, l'anomalia si manifesta con sintomi come preoccupazione di sbarazzarsi delle proprie caratteristiche sessuali primarie o secondarie (per es., richiesta di ormoni, interventi chirurgici, o altre procedure per alterare fisicamente le proprie caratteristiche sessuali, in modo da assumere l'aspetto di un membro del sesso opposto) o convinzione di essere nati del sesso sbagliato.

- **L'anomalia non è concomitante con una condizione fisica intersessuale.**
- **L'anomalia causa disagio clinicamente significativo o compromissione dell'area sociale, lavorativa, o di altre aree importanti del funzionamento.**

- Specificare se (per soggetti sessualmente maturi):

- Sessualmente Attratto da Maschi
- Sessualmente Attratto da Femmine
- Sessualmente Attratto sia da Maschi che da Femmine
- Non Attratto Sessualmente né da Maschi né da Femmine

Disforia di genere - DSM 5 (2013)

- 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 6 dei seguenti criteri (di cui uno deve essere necessariamente il Criterio A1) :**
1. Un forte desiderio di appartenere al genere opposto o insistenza sul fatto di appartenere al genere opposto (o un genere alternativo rispetto al 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 dello sviluppo sessuale (per es. disturbo adrenogenitale congenito come iperplasia surrenale congenita 255.2 [E25.0] oppure sindrome da ipersensibilità agli androgeni 259.50 [E34.50])

Nota di codifica: codificare sia il disturbo dello sviluppo sessuale sia la disforia di genere.

Disforia di genere - DSM 5

Note APA sulla Pubblicazione
Wath's New (<http://www.dsm5.org/>)

Persons experiencing gender dysphoria need a diagnostic term that protects their **access to care** and won't be used against them in social, occupational, or legal areas.

To get insurance coverage for the medical treatments, individuals need a diagnosis. The Sexual and Gender Identity Disorders Work Group was concerned that removing the condition as a psychiatric diagnosis—as some had suggested—would jeopardize access to care.

Part of **removing stigma** is about choosing the right words. Replacing “disorder” with “dysphoria” in the diagnostic label is not only more appropriate and consistent with familiar clinical sexology terminology, it also **removes the connotation that the patient is “disordered”**.

[...] **gender nonconformity is not in itself a mental disorder** The critical element of gender dysphoria is the presence of clinically significant distress associated with the condition.

ICD – 11 (2018)

Proposte?

Le **5 diagnosi dell'ICD-10**, ad es. Transessualismo, Disturbo di identità di genere in infanzia presenti nel capitolo 5, potrebbero essere sostituite da due **diagnosi di Incongruenza di Genere** (una per l'età adulta e una per l'infanzia)



Le due diagnosi potrebbero essere ricollocate in un **nuovo capitolo** provvisoriamente nominato **«Condizioni correlate alla salute sessuale»**

Utilizzo del **codice «Z»** non patologizzante?

Epidemiologia

- La prevalenza di DG in infanzia e adolescenza è sconosciuta (Cohen-Kettins et al., 2015)
- La prevalenza stimata di DG negli adulti varia da 1:10,000 a 1:20,000 negli uomini e 1:30,000 a 1:50,000 nelle femmine (Zucker & Lawrence, 2009)



Maschi o femmine? Quando il corpo diventa una prigionia

A volte il sesso biologico non corrisponde all'identità sessuale che la persona sente come propria. E allora l'unica soluzione sembra essere la **chirurgia**

Assessment

- Come per altre diagnosi DSM, un **colloquio clinico** sistematico è lo strumento più completo per la valutazione del DG. La valutazione dovrebbe includere sia il bambino che i genitori e, in alcuni casi, anche gli insegnanti o altre persone coinvolte nella vita del bambino.
- Il **colloquio clinico** è **difficoltoso**, può mettere il bambino in contatto con vissuti dolorosi, ed essere accompagnato da sentimenti di **vergogna** o **imbarazzo**.

Spesso i genitori non informano il bambino circa il motivo della consultazione.

Evoluzione

- Spesso il **DG** rientra con l'ingresso in adolescenza o nell'età adulta.
- E' ragionevole pensare ad un **declino del DG nel tempo**, quando il bambino è in grado di realizzare che ci possono essere maschi e femmine più o meno mascholini o femminili.
- Il **cambiamento cognitivo** rispetto a una concezione "giusto/sbagliato" dei comportamenti di genere permette una **diminuzione della disforia rispetto al genere**.
- La persistenza varia dal **2,2 al 30%** nei **nati M**; dal **12 al 50%** nei **nati F**

Non è chiaro quali fattori siano correlati con la persistenza del disturbo (gravità, approcci terapeutici diversi)

→ Mancanza di studi longitudinali sull'outcome

Madeleine S.C. Wallien

Psychosexual Outcome of Gender Dysphoric Children

J. Am. Acad. Child and Adolesc. Psychiatry, 2008;47(12):1413-1423.

«La maggior parte dei bambini con disforia di genere non rimarrà tale dopo la pubertà. I bambini con GID persistente sono caratterizzati da disforia di genere più estrema durante l'infanzia [...]. Per quanto riguarda l'orientamento sessuale, l'esito più probabile di GID infanzia è omosessualità o bisessualità»

Disforia di genere - ambiente

Nell'INFANZIA



non sempre il disagio è pervasivo, soprattutto se i bambini vivono in un **AMBIENTE SUPPORTIVO E APERTO A UN RUOLO DI GENERE VARIANTE**



GRANDE VARIABILITÀ rispetto al **funzionamento psicologico e sociale**, che sembra dipendere soprattutto dal **GRADO DI ACCETTAZIONE SOCIALE DELLA NON CONFORMITÀ DI GENERE**

#nelle
NOTE



epidemia
"TRANSGENDER"?

Comorbidità (1)

*Il **DG** può essere un **esito** di esperienze traumatiche infantili?*

*Il **DG** può essere **espressione** di disturbi psichiatrici sottostanti (psicosi, disturbi di personalità, autismo)?*

*Le comorbidità psichiatriche sono **conseguenza** della disforia protratta e non gestita?*

*Il **DG** è un **fattore di rischio** per alcune patologie (vd eating disorder)?*

Comorbidità (2)

- 83 pazienti DG
- Et : 15 – 30 aa

Disturbo psichiatrico	N	prevalenza
Disturbo dell'umore (DDM)	36 (28)	43,4% (33,7%)
Disturbo d'ansia (Fobia specifica)	30 (17)	36,1% (20,5%)
Disturbo dell'attaccamento	13	15,7%
Disturbo da uso di sostanze	7	8,4%

Numero disturbi psichiatrici in comorbidit�	N	frequenza
1	23	27,7%
2	14	16,9%
3	11	13,3%
4	2	2,4%
5	2	2,4%

Comorbidità (3)

Spack, N.P. **Children and adolescents with gender identity disorder referred to a pediatric medical center** Pediatrics, Volume 129, Issue 3, March 2012, Pages 418-425

Campione formato da 97 pazienti che si sono rivolti al centro pediatrico per i disturbi di genere. 43 pazienti (44.3%) riferivano una storia psichiatrica significativa, di cui 20 riportavano automutilazioni (20.6%) e tentativi di suicidio (9.3%)

Seishi Terada **Suicidal ideation among patients with gender identity disorder** Psychiatry Research 190 (2011) 159–162

500 pazienti afferiti alla GID Clinic, Okayama University Hospital, che non presentavano comorbidità psichiatriche. Il tasso lifetime di ideazione suicidaria è del 72%. Non ci sono state differenze significative nella prevalenza di ideazione suicidaria tra i gruppi divisi per sesso, età, età di insorgenza o l'istruzione. La prevalenza lifetime di self-mutilation, compresi tentativi di suicidio è stato pari al 31,8%. Un basso livello di istruzione era significativamente correlato ad auto-mutilazione sia tra i pazienti GID maschio to femmina e femmina to maschio. L'esordio precoce è un fattore importante rispetto all'automutilazione solo tra i pazienti MTF GID. La mancanza di strategie per far fronte a condizioni di grave sofferenza tra le persone con bassa istruzione potrebbe indurre un'alta frequenza di auto-mutilazione incluso il tentativo di suicidio.

Peggy Cohen-Kettenis, relazione orale, Bari, maggio 2003 c/o ARIRI

[...] I transessuali F-M hanno meno problemi *in generale* dei transessuali M-F. [...] per due ragioni.

1. i transessuali F-M abbiano un'infanzia più facilitata rispetto ai transessuali M-F. Sono bambine mascolinizzate ma sono anche molto accettate e "popolari" fra i ragazzini, e quindi hanno meno problemi finché non avviene lo sviluppo fisico nella pubertà. Dopo la pubertà, hanno un adattamento migliore rispetto ai transessuali M-F. Al contrario, i transessuali M-F vengono subito stigmatizzati, additati, sono poco "popolari" fra i maschi coetanei ma anche fra le bambine.
2. La seconda ragione sta nell'apparenza fisica. I transessuali M-F sembrano mascolini fisicamente ma si sentono donna dentro. Anche dopo l'intervento chirurgico, hanno un aspetto fisico "peggiore" in termini di femminilità.

DG, Abuso e maltrattamento

Andrea L. Roberts

Childhood Gender Nonconformity: A Risk Indicator for Childhood Abuse and Posttraumatic Stress in Youth

Pediatrics 2012;129;410

- Alcuni **genitori** possono essere a **disagio** con la non-conformità di genere nei loro figli; possono vedere la non-conformità di genere come indicatore che il proprio figlio sarà gay o lesbica.
- In queste condizioni alcuni **genitori** diventano **repressivi e punitivi**, psicologicamente e fisicamente, verso i propri figli.
- I bambini “**diversi**” sono a maggior **rischio di abusi sessuali**. Per esempio, i bambini con disabilità fisiche e menomazioni cognitive sono ad aumentato rischio di abuso sessuale.
- I **predatori sessuali** trovano nei bambini con confusione di genere una **potenziale vittima**, maggiormente rispetto a quanto accade a bambini con genere, atteggiamenti e aspetto meglio definiti.

DG e Disturbi dello spettro autistico

Annelou L. C. de Vries

Autism Spectrum Disorders in Gender Dysphoric Children and Adolescents

J Autism Dev Disord (2010) 40:930–936

115 maschi e 89 femmine (età media 10.8, SD = 3.58) afferiti a una clinica per l'identità di genere

- L'incidenza di **ASD** è del **7.8%** (n=16).
- L'incidenza nel campione **GID** del **7,8%** è **10 volte maggiore** della prevalenza di **ASD** nella **popolazione generale** 0.6–1%.
- Individui con ASD potrebbero non raggiungere la flessibilità rispetto al concetto di genere e identità di genere.

Omosessualità (DG?) e Disturbi alimentari nei maschi

Daniel J. Carlat

Eating Disorders in Males: A Report on 135 Patients

Am J Psychiatry 154:8, August 1997

- In uno studio su 135 pazienti maschi con disturbo alimentare, 42% dei maschi bulimici sono stati classificati omosessuali o bisessuali, e 58% dei pazienti anoressici è risultata asessuale.
- Tra i maschi omosessuali:
 - Maggior rischio di insoddisfazione corporea
 - Preoccupazione per il peso
 - Sottopeso come peso ideale
 - Maggior preoccupazione di essere fisicamente attrattivi

DG e Sintomi dissociativi

M. Colizzi, R. Costa, O. Todarello

Dissociative symptoms in individuals with gender dysphoria: is the elevated prevalence real?

Psychiatric Research 226:173-180, 2015

- 118 pazienti con DG: MtF 69,5%; FtM 30,5%
- 29,6% dei pazienti con DG presentano DISTURBO DISSOCIATIVO

Sconnessione e/o discontinuità della normale integrazione di coscienza, memoria, identità, emotività, percezione, rappresentazione corporea, controllo motorio e comportamento

	Intero Campione	GD con DD	GD senza DD
Episodio depressivo maggiore	45%	74,3%	33,7%
D. somatizzazione	17,8%	28,6%	13,3%
Uso sostanze	1,7%	2,9%	1,2%
Tentato suicidio	21,2%	34,3%	15,7%

DG e Sintomi dissociativi (2)

M. Colizzi, R. Costa, O. Todarello
**Dissociative symptoms in individuals
with gender dysphoria: is the elevated
prevalence real?**
Psychiatric Research 226:173-180, 2015

PREVALENZA DI **TRAUMI** IN INFANZIA IN PAZIENTI CON **GD** CON/SENZA **DISTURBO DISSOCIATIVO**

	Intero campione	GD con DD	GD senza DD
Neglect	40,1%	62,9%	31,3%
Abuso emotivo	19,5%	31,4%	14,5%
Abuso fisico	16,1%	28,6%	10,8%
Abuso sessuale	9,3%	20,0%	4,8%

L'abuso e il neglect durante l'infanzia potrebbero avere un ruolo nello sviluppo dei disturbi dissociativi così come nello sviluppo dell'identità di genere

Questioni etiche

DG è un vero e proprio disturbo o una variante dei comportamenti di genere?

Quanto contano i fattori culturali nei dati epidemiologici del DG? Qual è la prevalenza del DG in culture diverse da quelle occidentali?

Quanto contano i media sulla percezione della gravità dei cross-gender behaviour nei bambini?

Il DG determina sofferenza per sé o attraverso questioni sociali e culturali?

Se un adolescente chiede un intervento ormonale o chirurgico immediato, il medico deve acconsentire?

Se i genitori chiedono un trattamento correttivo per paura di un esito in omosessualità, qual è la risposta più appropriata?

Le sorprendenti foto che testimoniano il cambio di sesso a Cuba

Progetto fotografico di Claudia Gonzales
L Huffington Post, Dicembre 2014



DG e Legge Italiana

- **Costituzione Italiana (art.3)**

Tutti i cittadini hanno pari dignità sociale e sono eguali davanti alla legge, senza distinzione di sesso, di razza, di lingua, di religione, di opinioni politiche, di condizioni personali e sociali.

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

- **Legge quadro N.164 del 14/04/1982**

In Italia la legge impedisce ad un medico di operare ed agire su organi sani. Poiché in una persona transessuale biologicamente parlando il sistema endocrino funziona normalmente perché non ci sono patologie come pure la presenza del pene non costituisce una patologia, il medico sarebbe nell'impossibilità legale di intervenire perché commetterebbe un preciso reato. La legge prescrive quindi che in presenza di una sentenza del tribunale per l'operazione di rettifica dei genitali, un medico possa intervenire sul paziente.

- L'endocrinologo pertanto ha bisogno di un foglio chiamato DIG dove uno psichiatra certifica che il paziente non ha patologie tali da rendere il suo giudizio non affidabile e quindi certifica lo stato di "disturbo di identità di genere", come previsto da DSM (manuale diagnostico internazionale). La terapia ormonale da un punto di vista medico è considerata parzialmente reversibile se interrotta entro 6-12 mesi.

Il chirurgo che interviene chirurgicamente ha invece bisogno della sentenza del tribunale.

Va precisato che la legge non richiede per la successiva rettifica anagrafica la vagino-plastica (per le trans MtF) ma richiede solo la sterilità della persona per cui anche la sola orchectomia (rimozione dei testicoli) è sufficiente.

- **Sentenza Tribunale di Roma del 11/04/2011**

Il Tribunale, visto l'art. 3, co. 1 L. n. 164/1982, autorizza l'..... P...., nata a, n. q.

di genitore esercente la potestà sul figlio minore l. F.... nato a a prestare il **consenso** affinché il predetto possa essere sottoposto a trattamento medico - chirurgico per l'adeguamento dei propri caratteri sessuali a quelli femminili.

Sentenza di Cassazione Messina (luglio 2015)

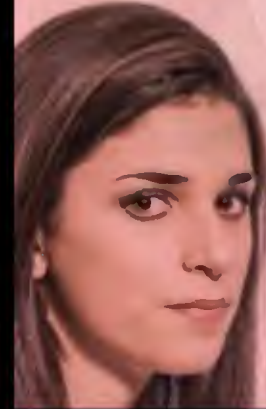
Nella sentenza, la Cassazione sostiene che "il desiderio di realizzare la **coincidenza tra soma e psiche** è, anche in mancanza dell'intervento di demolizione chirurgica, il risultato di un'elaborazione sofferta e personale della propria identità di genere realizzata con il sostegno di trattamenti medici e psicologici corrispondenti ai diversi profili di personalità e di condizione individuale. Il momento conclusivo non può che essere profondamente influenzato dalle caratteristiche individuali. Non può in conclusione che essere il frutto di un processo di autodeterminazione verso l'obiettivo del mutamento di sesso, realizzato mediante i trattamenti medici e psicologici necessari, ancorché da sottoporsi a rigoroso controllo giudiziario". In pratica, non può essere soltanto l'intervento chirurgico a determinare il cambio di sesso di una persona: la ricorrente, infatti, aveva rinunciato alla demolizione e ricostruzione chirurgica dei suoi organi genitali proprio perchè, riferisce l'associazione *aveva raggiunto nel tempo un equilibrio psico-fisico e da 25 anni vive ed è socialmente riconosciuta come donna.*

L'inerzia del Parlamento sui diritti civili sta trasformando l'Italia in un paese di common law: le regole sul riconoscimento dei diritti le definiscono i tribunali, mentre il Parlamento assiste muto e inerte all'ennesimo smacco per la politica nazionale".



**Donna
nella vita,
uomo
sulla carta.**

**Uomo
nella vita,
donna
sulla carta.**



**this ad
is gender
neutral**



Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca

Dipartimento per il sistema educativo di istruzione e di formazione

Prot. AOODPIT n. 1972 del 15/09/2015

**«Piano d'azione straordinario contro la violenza sessuale e di genere»
che anche la Scuola è chiamata a perseguire:**

a) prevenire il fenomeno della violenza contro le donne attraverso l'informazione e la sensibilizzazione della collettività, rafforzando la consapevolezza degli uomini e ragazzi nel processo di eliminazione della violenza contro le donne;

b) promuovere l'educazione alla relazione e contro la violenza e la discriminazione di genere nell'ambito dei programmi scolastici delle scuole di ogni ordine e grado, al fine di sensibilizzare, informare, formare gli studenti e prevenire la violenza nei confronti delle donne e la discriminazione di genere, anche attraverso un'adeguata valorizzazione della tematica nei libri di testo;

.....(Omissis)

g) prevedere specifiche azioni positive che tengano anche conto delle competenze delle Amministrazioni impegnate nella prevenzione, nel contrasto e nel sostegno delle vittime di violenza di genere e di stalking;

**L'ideologia del Genere avanza nella
Scuola: nel silenzio generale, le case
editrici si adeguano**

E' dell'Aprile 2015 la notizia (recepita dalla pagina della vicepresidente del Senato, senatrice Valeria Fedeli) del disegno di legge n. 1680, per l'introduzione dell'*educazione di genere* e della *prospettiva di genere* nelle scuole e nelle università

Detransitioner, la nemesi del politicamente corretto

Rodolfo Casadei 25 luglio 2018 Società

La grande inchiesta del The Atlantic sui minorenni transgender che dopo la transizione vogliono tornare al sesso assegnato.



Caso clinico

Femmina 15 anni

Giunge con impegnativa urgente prescritta per «Disturbo di Personalità con spunti di autolesionismo».

- Fin dall'infanzia (5-6 anni) problemi alimentari, con associate obesità e ipercolesterolemia. Attualmente tratti di vigoressia, dieta parzialmente controllata, no abbuffate. Frequenta palestra assiduamente.
- A 8 anni breve consultazione neuropsichiatrica per rifiuto scolastico in seguito a conflitto con un insegnante.
- A 12 anni comportamenti autolesivi (tagli sugli avambracci); su invio della scuola intraprende percorso psicoterapeutico della durata di circa un anno, sospeso per iniziativa della ragazza (riferisce di essersi sentita poco compresa). Allo psicoterapeuta non erano note problematiche inerenti l'identità di genere.
In corso di valutazione emerge quadro sintomatologico con sintomi che soddisfano pienamente i criteri per Disforia di genere.
- Riferito abuso di sostanze, comportamenti ad alto rischio (prostituzione per ottenere sostanze), frequenza scolastica discontinua.

Famigliarità per sintomatologia ansiosa-depressiva e abuso di alcool.

Conflittualità familiare.

Caso clinico

Paziente: *«ho litigato con mia madre: mi voleva accompagnare a prendere le mutande e io mi sono arrabbiata e le ho detto di no; lei mi vuole comprare quelle da femmina e io voglio i boxer. Lei allora mi ha detto che con queste storie le rovino la vita!»*

Medico: *«avresti potuto non arrabbiarti e accettare che lei non capisce il tuo bisogno?»*

Paziente: *«ho già fatto passi indietro: per colpa sua non posso fare la terapia ormonale, e so che quando sarò maggiorenne se vorrò fare la transizione perderei il loro affetto...»*



A narrare il mutare delle forme in corpi nuovi mi spinge lesto.

*O dei, se vostre sono queste metamorfosi,
ispirate il mio disegno, così che il canto dalle origini
del mondo si snodi ininterrotto sino ai miei giorni.
Prima del mare, della terra e del cielo, che tutto copre,
unico era il volto della natura in tutto l'universo,
quello che è detto Caos, mole informe e confusa,
non più che materia inerte, una congerie di germi
differenti di cose mal combinate fra loro.*

Ovidio, Metamorfosi, incipit