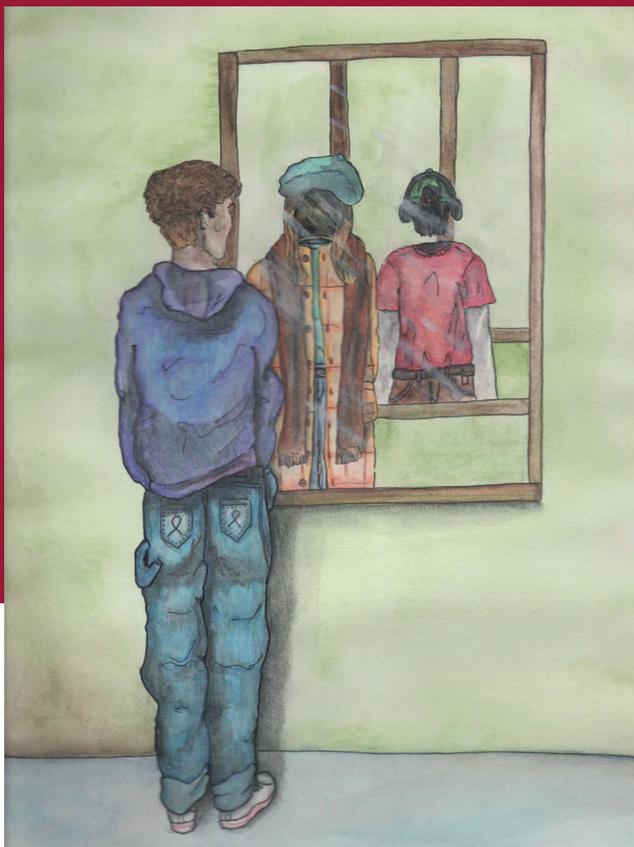


# Ricerche e pratiche della transizione di genere in adolescenza

A cura di Fabio Vanni



Quaderni di Parma, n. 4/2020



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma



PROGETTOSUM.ORG  
IL SOGGETTO  
AL CENTRO



# Ricerche e pratiche della transizione di genere in adolescenza

A cura di *Fabio Vanni*

**Autori:**

*Federico Buffagni, Giuseppe Ferrante,  
Monia Fontanesi, Giulia Guerrini, Eleonora Meloni,  
Antonella Metto, Pietro Pellegrini,  
Antonio Restori, Fabio Vanni*

La pubblicazione di questo volume è stata resa possibile grazie  
alla collaborazione dell'Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma  
e di 'Progetto Sum ETS'



Per la realizzazione del volume si ringraziano:  
Alida Zugaro per la redazione e il coordinamento editoriale,  
Patrizia Coppolaro per il progetto grafico e la sua esecuzione,  
Eliana De Gasperi (eliana degasperi2000@gmail.com) per l'illustrazione di copertina.

# Indice

<b>Prefazione</b>	7
di <i>Pietro Pellegrini</i>	
<b>Introduzione</b>	9
di <i>Fabio Vanni</i>	
<b>1. Definizioni e classificazioni: genere, diagnosi e relative trasformazioni</b>	13
di <i>Giulia Guerrini</i>	
1.1. DSM-IV e DSM-IV TR, dalla sindrome del transessualismo alla disforia di genere	16
1.2. DSM-5	17
1.3. ICD e il dibattito sulla necessità della diagnosi	21
1.4. PDM-2, l'esperienza soggettiva dell'incongruenza di genere. Analisi dimensionale e non categoriale.	25
<b>2. Iter della transizione</b>	27
di <i>Giulia Guerrini</i>	
2.1. Diversi livelli di transizione: parziale o completa	27
2.2. Fasi del percorso di transizione	29
2.3. Legislazione in Italia	39

<b>3.</b>	<b>L'organizzazione dei servizi in Italia</b>	<b>43</b>
	di <i>Giulia Guerrini</i>	
3.1.	Infanzia e adolescenza transgender	50
<b>4.</b>	<b>I servizi psicologici visti dall'occhio dell'utente transgender</b>	<b>55</b>
	di <i>Eleonora Meloni</i>	
4.1.	Materiali e metodi della ricerca	55
4.2.	Partecipanti	55
4.3.	Procedura e strumenti	56
4.4.	Profili sociodemografici	57
4.5.	Assistenza psico-sanitaria	59
4.6.	Valutazione dell'assistenza	60
4.7.	Valutazioni positive	62
4.8.	«Bene, ma si potrebbe migliorare»	63
4.9.	Valutazioni negative	65
4.10.	Nessuna assistenza	66
4.11.	Discussione	69
<b>5.</b>	<b>Un servizio incontra la transizione di genere</b>	<b>73</b>
	di <i>Monia Fontanesi</i>	
5.1.	Una questione imprevista: la transizione di genere	73
5.2.	Scopi e obiettivi della ricerca	73
5.3.	Il contesto della ricerca: il CAGE: Centro per l'Adolescenza e la Giovane Età	74
5.4.	Partecipanti alla ricerca	77
5.5.	Strumenti	79

5.5.1. L'intervista	79
5.5.2. Griglia per l'intervista	79
5.5.3. Il <i>focus group</i>	80
5.6. Criteri di Analisi	81
5.7. Commenti ai dati e conclusioni	113
<b>6. <i>Avere un trans in famiglia</i></b>	<b>121</b>
di <i>Giuseppe Ferrante</i>	
6.1. Genitorialità e adolescenti transgender	121
6.2. Obiettivi della ricerca	122
6.2.1. Partecipanti alla ricerca	123
6.2.2. Lo strumento: l'intervista semistrutturata	124
6.2.3. Criteri di analisi	125
6.3. Discussione	142
<b>7. <i>La ricerca del piacere negli adolescenti e giovani adulti in transizione di genere</i></b>	<b>147</b>
di <i>Antonella Metto e Federico Buffagni</i>	
7.1. Il contatto con se stessi e il proprio corpo	152
7.2. L'incontro con i professionisti della salute	157
7.3. Costruzione dei valori e comunità LGBTQ+	161
7.4. Nascita sociale	164
7.4.1. Il coming out	165
7.4.2. Coming out a scuola e nel gruppo di pari	167
7.4.3. Cambio di nome	169
7.4.4. Come mi vedo con gli occhi degli altri	171
7.4.5. Lavoro	173
7.4.6. Nascita e costruzione della coppia	175

<b>Postfazione</b>	183
di Antonio Restori	
<b>Glossario.</b>	
<b>Parlare trans: la versione italiana del glossario dell'American Psychological Association</b>	187
di Giulia Guerrini	
<b>Bibliografia</b>	195
<b>Sitografia</b>	205
<b>Appendice: Legge 14 aprile 1982 n. 164</b>	209
<b>Autori</b>	211
<b>Note al testo</b>	213

# Prefazione

di *Pietro Pellegrini*

Dal 2018 prosegue con impegno la pubblicazione dei “Quaderni di Parma” e siamo arrivati al IV numero che con soddisfazione presento ai lettori. La questione del genere è da alcuni anni all’attenzione del Dipartimento Assistenziale Integrato Salute Mentale Dipendenze Patologiche (DAI-SMDP) nel quale è stato costituito un gruppo di lavoro che sta studiando e sviluppando sul piano operativo diverse proposte e iniziative per la medicina di genere, la lotta per la liberazione dalla violenza contro le donne, la tutela dei minori. Un impegno che si sta traducendo anche in proposte di percorsi relativi alla transizione di genere in adolescenza.

Nel presente Quaderno vengono affrontate domande e vissuti complessi, facendo riferimento, con elevata sensibilità etica e senza pregiudizi, alle migliori e più aggiornate evidenze scientifiche: a partire da una disponibilità di fondo ad accogliere e comprendere le diversità si costruiscono evidenze basate sulle pratiche reali con la persona e la sua famiglia. Un tema assai complesso che chiama in causa molteplici competenze mediche, psicologiche, sociali e giuridiche.

Questa fase di pandemia ha modificato l’ordine delle priorità e ci induce a pensare quanto sia rilevante il senso della responsabilità della persona nel suo autodeterminarsi e quanto diritti, doveri e libertà per realizzarsi abbiano bisogno di un sistema sociale, nel quale possa vivere il “patto sociale” e nel quale i servizi diventino patrimonio di tutti.

I determinanti sociali della salute e del benessere indicano come le diseguaglianze incidano sulla salute, sulla qualità e sulla stessa aspettativa di vita. Per questo è fondamentale lo sviluppo della conoscenza, della cultura, come prima essenziale risorsa

che porti a superare le diverse forme di povertà per migliorare le condizioni di vita, mediante il lavoro, la creatività, la ricerca e la scienza.

Questo in particolare per le giovani generazioni che, dopo il “furto di futuro” rischiano di finire in un cono d’ombra, di non essere soggetti protagonisti restando immersi in una crisi identitaria e di ruolo profonda, senza prospettive in famiglie sempre più in difficoltà. Eppure proprio dai giovani vengono importanti e purtroppo inascoltate lezioni sulle condizioni del pianeta e il futuro dell’ambiente ma anche spinte alla ricerca, all’impegno personale, alla solidarietà e al dono, testimonianze di antichi saperi e saggezze che sono speranza per il futuro.

# Introduzione

di Fabio Vanni

Da alcuni anni a questa parte stanno arrivando ai nostri servizi per adolescenti domande di aiuto relative a un tema/problema che in passato non si presentava ai servizi stessi, o meglio si presentava in altre forme, e comunque prevalentemente a servizi per adulti.

L'esigenza di adolescenti e giovani, dai 13/14 ai 21/22 anni, di affrontare la questione del genere, nelle diverse forme che vedremo, è nuova e particolare. Corrisponde all'emersione del fenomeno anche sul piano sociale, nei luoghi reali e virtuali della relazionalità di questo avvio di XXI secolo.

Se infatti fino a qualche decennio fa i trans erano persone in gran parte dedite alla prostituzione, o appartenenti a mondi molto elitari e circoscritti come quello dello spettacolo, comunque fenomeni rari e che si rivelavano da adulti al mondo, da un po' di tempo non è più così.

Non solo infatti il fenomeno transizionale riguarda età molto più precoci, anche infantili, ma esso è divenuto vicenda umana, certo non usuale, ma non collocabile, di per sé, né nell'area della marginalità né, di *default*, in quella della psicopatologia.

In alcuni paesi, in Olanda, nel Regno Unito, in Canada, sono sorti centri che trattano e fanno ricerca su numeri crescenti di soggetti. Le principali organizzazioni nazionali e internazionali che si occupano di salute mentale hanno istituito gruppi di esperti ed emanato linee d'indirizzo per la cura. Sono sorti servizi e organizzazioni in quasi tutti i paesi, Italia compresa, che trattano questa tematica sul piano terapeutico.

E naturalmente ci sono esperti, percorsi formativi, cattedre universitarie ecc.

Il tema del genere, e la sua decostruzione, ha, in verità e prima ancora, toccato la letteratura sia di area sociologica che storico-politica che psicologica, a partire dalla saggistica di area femminista, e si possono segnalare oramai numerosi testi di persone che testimoniano della loro esperienza di transizione e spesso della drammaticità della loro vita dentro un mondo che non capiva e che fraintendeva i loro vissuti.

Di fondo il tema del *nascere/diventare di genere* e la critica sia del binarismo che degli stereotipi di genere hanno coinvolto anche pubblici non specialistici e, pur toccando temi non semplici da comprendere e comunque sensibili per ciascuno di noi, essi si sono imposti all'attenzione più generale dell'opinione pubblica all'interno di un insieme di questioni che riguardano il maschile e il femminile, l'orientamento sessuale, i ruoli sociali dell'uomo e della donna, le funzioni relazionali dei padri e delle madri. Questioni che sono sul tappeto del mondo occidentale, e non solo di esso, da decenni, ma che solo in tempi recenti hanno riguardato la *disponibilità* del proprio corpo da parte anche di bambini e adolescenti e dunque la possibilità non solo di manipolarlo, tatuarlo, scarificarlo, truccarlo ma anche di modificare per via ormonale e/o chirurgica gli attributi sessuali primari e secondari, anche a partire dalla minore età.

Uno dei temi che, ad esempio, ha suscitato discussioni più accese in diversi paesi, e più di recente anche nel nostro, è quello dell'opportunità di prescrivere terapie che blocchino lo sviluppo puberale in quegli adolescenti che manifestino in quell'epoca chiari interessi a *transizionare*.

Le questioni che si pongono sono di diverso tipo e riguardano aspetti medici (endocrinologici, pediatrici, chirurgici), psicologici, micro e macrosociali, legali, etici, e naturalmente problemi di organizzazione della risposta da parte del sistema di *welfare* e del sistema sanitario.

Quando abbiamo cominciato a incontrare richieste inerenti questo tema, qualche anno fa, ne sapevamo davvero poco e avevamo i nostri pregiudizi; ancora una volta sono stati i pazienti che ci hanno spinto a porci domande, a studiare e a formarci.

In questo libro descriveremo una parte di questo processo che sta portando la nostra Azienda a organizzare al meglio una

risposta clinica a questo tipo di domanda ma che sta anche collocando questa risposta all'interno di una rete di attori e di culture operative che ci aiutano a comprendere meglio e a meglio trattare quelle situazioni che, sempre più numerose, arrivano alla nostra attenzione.

Ci concentreremo qui sulla fascia adolescenziale e poco oltre tenendo sullo sfondo sia il fenomeno della transizione in infanzia, se non per i racconti dei nostri pazienti, che in età adulta, ma allargheremo lo sguardo in orizzontale alle persone che partecipano a questo processo, ovvero le famiglie, i partner, i servizi, i pari.

Abbiamo infatti svolto alcune ricerche di natura qualitativa che ci consentono di fare qualche piccolo avanzamento esplorativo in questo mondo.

Essere una madre di un quindicenne che sta esprimendo il desiderio di affermare quella che propone come la sua vera identità di genere, maschile, in contrasto con la sua biologia e la sua anagrafe, femminile, ad esempio, non è facile.

Essere la sua fidanzata apre altre questioni, e così essere la sua insegnante o sua nonna o una sua amica, o un endocrinologo al quale si chiede di intervenire.

Avremo bisogno di entrare anche nel linguaggio trans e di capire come le discipline di ambito psicologico-psichiatrico abbiano concepito e trattino oggi questi fenomeni.

Vedremo poi come l'utenza che ha esigenze di transizione percepisce i servizi presenti sul territorio nazionale e come questa domanda *ha impattato* sul nostro Centro per adolescenti e giovani, sia sul piano organizzativo e procedurale che, e forse soprattutto, su quello soggettuale e della cultura operativa.

Di questi temi abbiamo fatto oggetto di tesi di laurea in psicologia in collaborazione con l'Università di Parma e di riflessioni da parte di colleghi dei servizi che si sono sentiti più interessati e coinvolti.

Ne esce un quadro certamente in divenire ma già dotato di un certo spessore che vale la pena di non tenere per noi in qualche cassetto ma di rendere conosciuto al pubblico di addetti ai lavori e non.



# **Definizioni e classificazioni: genere, diagnosi e relative trasformazioni**

di *Giulia Guerrini*

Nella grande maggioranza delle società occidentali i progressi della scienza medica e i cambiamenti sociali avvenuti a partire dagli anni Sessanta/Settanta del secolo scorso hanno modificato notevolmente la concezione del rapporto tra sesso e genere, prevalentemente in ambito scientifico e culturale ma anche presso la popolazione generale.

Se fino a pochi decenni fa, infatti, l'opinione più diffusa rispetto al transessualismo era quella di una malattia vicina al delirio psicotico (Chiland, 2003), oggi la psichiatria, la legislazione e la cultura vedono nell'incongruenza tra genere esperito e sesso biologico una «normale variante dell'espressione di genere umana» (Drescher, Byne, 2012)

La comprensione di tale variante necessita di alcune premesse terminologiche che permettano di definire alcuni aspetti costituenti l'identità umana e che aiutino a eliminare la maggioranza dei pregiudizi derivanti dal senso comune e dalla poca informazione. Da Freud in avanti la sessualità è stata considerata organizzatrice dell'identità, della coscienza e della personalità e per questo motivo è importante soffermarsi proprio sulle peculiarità e componenti (Veglia, 2004).

Bandini *et al.* (2011) hanno individuato 3 componenti della psicosessualità che sono rispettivamente l'identità di genere, il ruolo di genere e l'orientamento sessuale.

Mentre il sesso biologico è determinato dalla natura (biologicamente) ed è in qualche modo oggettivo, il genere e la costruzione di una relativa identità di genere sono concetti determinati esclusivamente da una variabile psicologica e una culturale e quindi relativi ad

una elaborazione soggettuale. L'identità sessuale è la componente dell'identità che riguarda l'esperienza psicologica relativa al proprio orientamento sessuale, l'esperienza privata del ruolo di genere.

Ciascun essere umano, in qualsiasi contesto socioculturale sia inserito, riceve una serie di indicazioni, implicite ed esplicite più o meno rigide, su che cosa sia appartenente al genere maschile e che cosa sia invece appartenente a quello femminile e vi si relaziona in cerca di somiglianze e differenze con ciò che sente più vicino a sé.

Il concetto di ruolo di genere, invece, fa riferimento ai comportamenti attribuiti da una società a coloro che appartengono a uno o all'altro sesso biologico, che siano ritenuti consoni alle aspettative rivolte ai membri appartenenti all'una o all'altra categoria.

Con questo termine si intende l'insieme delle aspettative sociali su ciò che è considerato adeguato e appropriato per uomini e donne. Se l'identità di genere è l'esito di un processo di appropriazione soggettiva, che ciascuno di noi compie rispetto al proprio essere maschile e femminile, il ruolo di genere è l'insieme delle "prescrizioni" e aspettative che la cultura di riferimento indica o impone su ciò che va bene per i maschi e su ciò che va bene per le femmine. Il ruolo di genere è quindi la manifestazione pubblica della propria identità di genere.

L'orientamento sessuale è l'unica delle componenti costitutive dell'identità sessuale il cui focus non è centrato esclusivamente sul soggetto in prima persona – ovvero su qualcosa che appartiene all'individuo sul piano fisico o sul piano di una appropriazione interiore di significati sociali – bensì sul legame tra il soggetto e gli altri.

L'orientamento sessuale, infatti, può essere definito come la direzione stabile e prevalente dell'attrazione affettiva e/o sessuale verso le altre persone. Si definisce "eterosessuale" chi percepisce tale attrazione verso chi ha un sesso differente dal proprio, "omosessuale" chi invece tale attrazione la vive verso chi ha il proprio medesimo sesso di appartenenza e, infine, chi non distingue una prevalenza dell'una o dell'altra attrazione nella propria esperienza si definisce come "bisessuale".

È utile annoverare anche tutte quelle forme di orientamento sessuale che, ad oggi presenti seppure non ancora affrontate approfonditamente dalla letteratura scientifica, sono ampiamente espresse e rivendicate da alcune minoranze della comunità

LGBTI (Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, Intersessualità). Tali classificazioni fuoriescono dal panorama scientifico ma tuttavia rientrano in una constatazione della realtà mondiale della comunità: l'assenza di sessualità è considerata orientamento sessuale e si parla di "asessualità"; così come la "pansessualità" (potenziale attrazione estetica, sessuale e romantica per delle persone indipendentemente dal loro sesso o identità di genere); e ancora la "polisessualità" (si riferisce a coloro che sono attratti da più di un sesso ma non vogliono identificarsi come bisessuali perché includerebbe l'esistenza di un binarismo sessuale).

Nei decenni scorsi è emerso che fossero presenti ed evidenti situazioni di persone che portassero il proprio vissuto soggettivo, che ora possiamo definire "identità di genere" come differente, incongruente, non corrispondente al sesso biologico, di cui forniremo una più accurata specifica terminologica nei paragrafi seguenti.

Il transessualismo è stato negli anni catalogato come patologia mentale, e inserito nei manuali diagnostici insieme all'omosessualità, il travestitismo, le parafilie e le disfunzioni sessuali (per esempio nel *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi mentali*, DSM-I, 1952, e il DSM-II, 1968, dell'American Psychiatric Association, APA). Ancora oggi, nonostante le specifiche e le evidenze scientifiche a supporto del fenomeno dimostrino il contrario, nel vivere comune, quando si parla di transessualismo, si fa frequentemente riferimento a stereotipi, i quali relegano l'immagine del transessualismo ad ambiti quali spettacolo e prostituzione.

Per fare maggiore chiarezza riguardo al fenomeno del transessualismo, in primo luogo, è importante delineare la storia dei cambiamenti e delle trasformazioni diagnostiche avvenute nel tempo, soprattutto all'interno dei 2 principali sistemi tassonomici della psichiatria internazionale: il Manuale Diagnostico Statistico (DSM) dell'American Psychiatric Association e la Classificazione Statistica Internazionale delle Malattie e dei Problemi Sanitari Correlati (*International Classification of Diseases and Health Related Problems*, ICD) dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS). Infine, per completare il quadro diagnostico è doveroso parlare della diagnosi di *gender incongruence* presente all'interno della seconda e ultima edizione del Manuale Diagnostico Psicodinamico (*Psychodynamic Diagnostic Manual*, PDM-2).

## 1.1. DSM-IV e DSM-IV TR, dalla sindrome del transessualismo alla disforia di genere

Il transessualismo entra nel DSM nella sua III edizione, nel 1980, nello specifico, all'interno dei Disturbi Psicosessuali, con l'etichetta Transessualismo per gli adulti, e Disturbo dell'Identità di Genere per l'infanzia. Nel 1994 il comitato del DSM-IV sostituì la diagnosi di Transessualismo con Disturbo di Identità di Genere (DIG) che viene mantenuto anche nella sua revisione nel DSM IV-TR, 2000.

**Tabella 1.1.** Termini diagnostici, codici, sezioni e principali cambiamenti delle diagnosi relative all'identità di genere nelle diverse versioni del DSM (da Drescher et. al., 2016)

Versione DSM	Termini diagnostici (con codici)	Sezione	Cambiamenti principali
DSM- III (1980)	Transessualismo (302.5x) DIG nell'infanzia (302.60) Disrut1» Disturbo psicosessuale NAS (302.85)	Disturbi Psicosessuali	Prima diagnosi per il transessualismo. Comprende una diagnosi per l'infanzia.
DSM- III-R (1987)	Transessualismo (302.50) DIG nell'infanzia (302.60) DIGEATNT (302.85) DIG NAS (302.85)	Disturbi che compaiono per la prima volta nell'infanzia, nella fanciullezza, nell'adolescenza	Inclusione della diagnosi DIGEATNT. Nuova sezione
DSM IV (1994) DSM IV-TR (2000)	DIG in adolescenti e adulti (302.85) DIG nell'infanzia (302.6) DIG NAS (302.6)	Disturbi sessuali e dell'identità di genere	Nuova sezione. Adozione della singola diagnosi di gid applicabile a bambini, adolescenti, adulti. Criteri più simili per maschi e femmine.
DSM-5 (2013)	DG in adolescenti e adulti (302.85) DG in bambini (302.6) DG altrimenti specificata (302.6) DG altra (302.6)	Disforia di genere	Nuovo nome e sezione Criteri più restrittivi per bambini Criteri più ampi per gli adulti Centralità della sofferenza soggettiva come problema principale e non dell'identità in sé

Note. DIG: Disturbo dell'Identità di Genere; DG: Disforia di Genere; NAS: Non Altrimenti Specificato; DIGEATNT: Disturbo dell'Identità di Genere dell'Adolescenza o dell'Età Adulta, Tipo Non Transessuale

All'interno di quest'ultima è stato descritto secondo 3 tipologie, ognuna delle quali appartenente a differenti criteri diagnostici basati sull'età (infanzia, adolescenza, età adulta), e 4 criteri sulla base dell'orientamento sessuale del soggetto (sessualmente attratto da maschi, da femmine, sia da maschi che da femmine, non attratto sessualmente né da maschi né da femmine). Inoltre, è stata prevista una categoria per coloro che non soddisfano tali requisiti, vale a dire il Disturbo dell'Identità di Genere Non Altrimenti Specificato. Viene inoltre spostato dalla sezione dei disturbi infantili a quella dei disturbi dell'età adulta, e collocato all'interno della sezione Disturbi Sessuali e dell'Identità di Genere. È da notare che nel DSM IV-TR la diagnosi di DIG presuppone che la persona esperisca un «disagio clinicamente significativo e compromissione di importanti aree del funzionamento della persona» (DSM IV-TR), di conseguenza la diagnosi non è proponibile per coloro che sono a proprio agio nel percepirsi come membri di sesso opposto. La tabella 1.1 (Drescher, Cohen-Kettenis, Reed, 2016) mostra un riepilogo delle diagnosi nelle diverse edizioni.

## 1.2. DSM-5

Il passaggio alla V edizione segna per molti esperti la trasformazione più importante nella diagnosi – ma anche nella concezione – delle condizioni transessuali. In seguito a critiche provenienti da ambiti diversi (Bartlett, Vasey, Bukowski, 2000; Hembree *et al.*, 2006; Meyer-Bahlburg, 2009; Vance *et al.*, 2010; Winters, 2005), che individuavano nella tassonomia DSM aspetti fortemente stigmatizzanti, il dilemma principale divenne quello di ridurre la discriminazione, assicurando allo stesso tempo l'accesso alle cure agli individui che ne necessitassero (Drescher, Byne, 2012; Zucker *et al.*, 2013).

Nel DSM-5 (APA, 2013), infatti, il Disturbo dell'Identità di Genere diventa Disforia di Genere. Il termine “disturbo” era considerato troppo stigmatizzante, ed è pertanto stato opportuno sostituirlo con il termine “disforia”. La Disforia di genere nel DSM-5, è definita come «un profondo sentimento di disagio e di sofferenza vissuto in relazione alla discrepanza, o incongruenza, tra la propria espressione di genere e il sesso assegnato alla nascita, al ruolo

di genere a esso associato e/o alle proprie caratteristiche anatomiche sessuali secondarie» (American Psychiatric Association, 2013; Fisk, 1974; Knudson, De Cuypere, Bockting, 2010).

Secondo il *DSM-5 Subworkgroup on Gender Identity* la nuova diagnosi riflette meglio il nucleo del problema, ovvero la sofferenza che accompagna «l'incongruenza tra il genere esperito o espresso da un individuo e il genere assegnato» (Narrow, Cohen-Kettenis, 2010). Nel manuale si afferma che tale diagnosi è più descrittiva e più accurata rispetto alla precedente perché si concentra sulla disforia come problema clinico e non sull'identità in sé. Inoltre, la diagnosi è collocata in una sezione separata con lo stesso nome di «disforia di genere», disgiunta quindi dalle parafilie e dalle disfunzioni sessuali.

Nel *DSM-IV*, infatti il capitolo *Disturbi sessuali e Disturbi dell'Identità di Genere* comprendeva 3 categorie diagnostiche relativamente disparate: Disturbi dell'Identità di Genere, Disfunzioni sessuali e Parafilie. Il Disturbo dell'Identità di Genere, tuttavia, non è né una disfunzione sessuale né una parafilia. La Disforia di Genere è una condizione unica in quanto si tratta di una diagnosi fatta da operatori della salute mentale, anche se una parte del trattamento è endocrinologico e chirurgico (per alcuni adolescenti e la maggior parte degli adulti).

Sulla base di molti studi (per esempio Deogracias *et al.*, 2010; Paap *et al.*, 2011) i criteri A e B (cfr. *infra*) sono stati accorpati e la terminologia usata non è più binaria (Zucker *et al.*, 2013).

Nel *DSM-IV* identità di genere e ruolo di genere erano infatti stati considerati come dicotomici (maschile/femminile); nel *DSM-5* gli stessi concetti assumono uno spettro di significati e diventano multi-categoriali (Cohen-Kettenis, Pfäfflin, 2010; Zucker *et al.*, 2013). Per il criterio A si passa da 5 indicatori (sia per adulti che per bambini) a 6 indicatori per adulti e 8 per bambini, la diagnosi si può fare con almeno 2 indicatori su 6 per gli adulti, mentre per i bambini con almeno 6 su 8.

Il termine “sesso” è rimpiazzato dal termine “genere”, per evitare confusioni con i disturbi dello sviluppo sessuale.

Un'altra novità importante è l'aggiunta di un criterio temporale di 6 mesi (per bambini, adolescenti e adulti), per distinguere le disforie di genere transitorie da quelle persistenti. Rispetto

alla diagnosi per l'infanzia, il criterio A1 "Un forte desiderio di appartenere al genere opposto o insistenza sul fatto di appartenere al genere opposto" è ora necessario (ma non sufficiente) per la diagnosi.

In questo modo i criteri del DSM-5 sono più restrittivi e più «trasparenti rispetto al loro obiettivo di identificare bambini che sono, al di là di ogni ragionevole dubbio, in lotta con la loro identità di genere» (Zucker, 2010). Infine, il "desiderio espresso" è sostituito dal "forte desiderio", in modo da includere bambini che potrebbero non esprimere la loro disforia a causa di ambienti non accoglienti o coercitivi (Zucker *et al.*, 2013).

Il DIG presuppone la presenza di un disturbo che perduri per tutta la vita, idea che invece perde terreno con l'utilizzo del termine Disforia di genere, che definisce un periodo limitato di vita della persona, che dura fino a quando non viene portata a termine la transizione e venga risolta questa incongruenza. È anche vero che questo concetto di "remissione" è tutt'ora in revisione in quanto le terapie ormonali, psicologiche e mediche continuano anche dopo l'intervento di *riattribuzione* chirurgica. La transizione è un processo lungo e complesso che necessita di notevoli accorgimenti e passaggi delicati anche dopo il suo completamento a livello fisico.

Un altro cambiamento è stato quello di eliminare dai criteri specificatori della diagnosi quello relativo all'orientamento sessuale. Si tratta di un dettaglio per nulla secondario, in quanto segnala l'aver preso atto, a partire da dati di ricerca (Nieder *et al.* 2016), che l'orientamento sessuale non costituisce un predittore di *outcome*: ciò diversamente da un tempo in cui, con ogni probabilità per un pregiudizio etero-normativo, si riteneva l'orientamento eterosessuale un predittore favorevole per coloro i quali si sottoponevano al cambiamento chirurgico del sesso.

I criteri diagnostici sono i seguenti:

Disforia di genere nei bambini:

- 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.

Negli adolescenti e negli adulti:

- 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 2 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.

All'interno dell'attenzione clinica possiamo distinguere sfumature che ci dicono come i livelli di "mancato allineamento" possono essere molteplici e solo una parte di essi sono definibili come disforia di genere.

È proprio con questa complessità di scenari che ha dovuto confrontarsi la nuova edizione del DSM 5, a più di un decennio dalla sua precedente edizione. L'obiettivo non era semplice: da un lato l'urgenza di cercare di ridurre lo stigma (e il suo impatto deleterio sulla salute delle persone transgender) ma al contempo era necessario mantenere un inquadramento diagnostico per garantire a queste persone l'accesso alle cure mediche.

Come si vede, quindi, molti cambiamenti si sono ottenuti nella direzione di un miglioramento della diagnostica della Disforia di genere: l'obiettivo è quello di procedere con passi radicati nella ricerca scientifica da un lato e con una particolare attenzione alle specifiche e autentiche necessità delle persone transgender dall'altro. Naturalmente non si può considerare un processo concluso, ma anzi un'apertura verso la ricerca clinica sullo specifico tema del transgenderismo, allo scopo di elaborare politiche sanitarie e prassi di approccio alla persona il più possibile rispettose e consapevoli.

### **1.3. ICD e il dibattito sulla necessità della diagnosi**

La discussione teorica che ha dominato il passaggio tra DSM-IV-TR e DSM-5 si è focalizzata sulla mediazione tra una depatologizzazione che riesca a ridurre l'impatto dei pregiudizi sul mondo

trans e la necessità di mantenere un'etichetta diagnostica che dia la possibilità alle persone transessuali di avere un'assistenza sanitaria nazionale adeguata alle loro necessità e bisogni. Questa necessità ha influenzato notevolmente anche il dibattito intorno all'inserimento di una diagnosi all'interno della XI versione della Classificazione Statistica Internazionale delle Malattie e dei Problemi Sanitari Correlati (ICD-11).

La diagnosi relativa alla varianza di genere compare per la prima volta nella storia della tassonomia diagnostica dell'ICD nella IX edizione (World Health Organization, WHO, 1975) più precisamente nella categoria dei Disturbi o deviazioni sessuali, accanto al Travestitismo, come Trans-sessualismo.

Con l'ICD-10 (WHO, 1992) successivamente la diagnosi assume più rilevanza, grazie a una riorganizzazione dell'etichetta all'interno della nuova categoria dei Disturbi dell'identità di genere (codice F64) all'interno del grande gruppo dei Disturbi del comportamento adulto e della personalità.

La nuova categoria comprendeva 5 diagnosi: Transessualismo (cod. F64.0), Travestitismo a ruolo doppio (cod. F64.1), Disturbo dell'identità di genere dell'infanzia (cod. F64.2), Altri disturbi dell'identità di genere (cod. F64.3) e Disturbo dell'identità di genere non altrimenti specificato (cod. F64.4).

Per l'ulteriore aggiornamento della nuova edizione, l'OMS ha voluto richiamare un *team* di esperti che andasse a formare il *Working Group on Classification of Sexual Disorders and Sexual Health* (WGSDSH) che si occupasse di aggiornare le categorie diagnostiche e decidere se inserire, cambiare o eliminare le precedenti categorie anche nell'ICD-11. Il gruppo ha compiuto una revisione estesa della letteratura scientifica e si è espresso a favore del mantenimento della diagnosi, con il nome di Incongruenza di genere, rimuovendola però dal capitolo dei Disturbi mentali e del comportamento (Drescher *et al.*, 2012; Drescher, Cohen-Kettenis, Reed, 2016). Tuttavia, il percorso per arrivare a questa scelta non è stato privo di controversie e accesi dibattiti.

Il dibattito sulla necessità di una diagnosi risale all'inizio degli anni Novanta, a seguito delle prime voci critiche contro la diagnosi per l'identità di genere in generale, e nello specifico per l'infanzia (Drescher, Cohen-Kettenis, Reed, 2016).

Di recente Ehrbar *et al.* (2008) hanno sollevato la questione della difficoltà di distinguere i bambini che soffrono di una vera e propria disforia di genere da quelli che presentano una più generale non conformità di genere, aspetto delicato e non sempre preso in considerazione adeguatamente. Molti stati e organizzazioni governative hanno così deciso di prendere posizione autonomamente riguardo le diagnosi relative all'identità di genere: in Svezia nel 2009 il ministero della Salute ha rimosso la diagnosi per l'infanzia dalla versione svedese dell'ICD-10, sostenendo che non ci sono sufficienti prove mediche per mantenerla; nel 2015 il Parlamento europeo all'unanimità ha chiesto all'OMS di rimuovere i Disturbi dell'identità di genere dal gruppo dei Disturbi mentali e del comportamento, e di scegliere una nuova classificazione non patologizzante. Le diagnosi sono state spesso attaccate e criticate anche dalle associazioni e dai gruppi per i diritti LGBTIQ\* (LESBIAN, GAY, BESEXUAL, TRANSGENDER, INTERSEXUAL, QUEER). Nel processo di revisione dell'ICD-11 l'associazione statunitense Global Action for Trans\* (Transgender) Equality (GATE, 2013), ha indirizzato un comunicato al Working Group sostenendo che nell'infanzia non c'è nessun bisogno di avere una diagnosi, dal momento che gli interventi come la terapia ormonale o la chirurgia (che richiederebbero una diagnosi nella maggior parte degli Stati) avvengono solo successivamente; una diagnosi precoce quindi non solo non sarebbe necessaria, ma potrebbe tradurre in patologia normali varianti dello sviluppo sessuale. Il GATE ha proposto di usare le categorie Z dell'ICD, ovvero di inserire l'incongruenza di genere nel capitolo sui "fattori che influenzano la salute e il contatto con i servizi sanitari"; una categoria che non descrive disturbi o sindromi, ma che potrebbe essere utile per far rientrare le persone trans nelle *policies* nazionali sanitarie pubbliche. Molti degli esperti internazionali, a capo dei centri specialistici più importanti, si sono invece espressi a favore del mantenimento delle diagnosi (per es. Cohen-Kettenis, 2001; Zucker, 2010), affermando la necessità, per i bambini come per gli adulti con disforia di genere, di essere seguiti in centri specializzati dove équipe multi-disciplinari di esperti possano gestire le molte complessità presentate da queste famiglie; anche e soprattutto per rendere possibili interventi di riduzione dello stigma a livello familiare, scolastico e sociale.

Infine, nel 2013 l'associazione internazionale principale per la salute delle persone trans, la World Professional Association for Transgender Health (WPATH), ha contattato un gruppo di esperti e ha organizzato una votazione per la rimozione della diagnosi dall'ICD-10, ottenendo un voto spaccato a metà (WPATH, 2013).

La scelta del Working Group sembrava andare nella direzione del mantenimento della diagnosi di Incongruenza di genere, all'interno della nuova sezione Condizioni relative alla salute sessuale, nelle due forme di *Gender Incongruence of Adolescence and Adulthood* (GIAA) e, per i bambini prepuberi, *Gender Incongruence of Childhood* (GIC). I motivi di questa scelta sono che il mantenimento di una diagnosi è necessario per la presa in carico nella maggior parte dei paesi poiché ad esempio l'inserimento all'interno dei codici Z non permetterebbe il rimborso delle spese mediche da parte di molte assicurazioni sanitarie statunitensi. La nuova diagnosi inoltre è rimossa dal gruppo dei disturbi mentali e del comportamento e va quindi nella direzione di una decisa de-stigmatizzazione: la dicitura "incongruenza" è meno patologizzante di "disforia", perché non implica automaticamente una sofferenza.

Il 18 giugno 2018, l'Organizzazione Mondiale della Sanità rilasciava la nuova versione dell'*International Classification of Diseases* (ICD-11) nella quale, tra le altre modifiche apportate, la *gender incongruence* è stata rimossa dai disturbi mentali. È stato il primo passo in termini di ufficializzazione: il documento è stato presentato a fine maggio 2019 all'Assemblea Mondiale della Sanità, l'organo legislativo dell'OMS, per l'adozione degli Stati membri ed è diventato effettivo nel gennaio 2020. Nella XI versione dell'ICD la disforia di genere viene dunque eliminata dal capitolo sulla salute mentale e introdotta in quello sulla *salute sessuale*. Sulla pagina web dedicata all'ICD-11, l'OMS afferma che il disturbo dell'identità di genere è una condizione della salute sessuale per cui le persone possono ricercare servizi medici, ma che è chiaro non essere annoverabile tra le malattie mentali.

Lale Lay, coordinatrice dell'Adolescents and at-Risk Populations Team dell'OMS, aveva già spiegato nel 2018 il motivo della decisione di far rimanere la condizione all'interno della classificazione: «è stato portato fuori dai disordini della salute mentale perché abbiamo compreso meglio che non era in realtà una

condizione di disturbo mentale e lasciarlo lì era causa di stigma. Quindi per ridurre lo stigma e assicurare nello stesso tempo l'accesso agli interventi sanitari necessari, ad esempio cure ormonali o operazioni chirurgiche, è stato inserito in un capitolo differente» (OMS, 2018).

#### **1.4. PDM-2, l'esperienza soggettiva dell'incongruenza di genere. Analisi dimensionale e non categoriale**

In linea con la direzione presa per la revisione dell'ICD-11, anche la seconda e ultima edizione del Manuale Diagnostico Psicodinamico (PDM-2) (Lingiardi, McWilliams, 2017) usa l'etichetta diagnostica "Incongruenza di genere" (codice Sapp3).

La diagnosi è presente nelle diverse sezioni del manuale (Prima infanzia, Infanzia, Adolescenza, Adulti, Anziani) all'interno di speciali appendici definite *Psychological Experiences That May Require Clinical Attention* dell'Asse S, relativa all'esperienza soggettiva. Questa categoria descrive «esperienze soggettive di particolari popolazioni, i cui membri si possono rivolgere ai servizi per la salute mentale a causa delle difficoltà associate ad alcune situazioni, che però non possono essere considerate patologiche in quanto tali» (p. 139) e comprende le minoranze etniche, culturali, linguistiche, religiose e politiche (cod. Sapp1), le popolazioni gay, lesbiche e bisessuali (cod. Sapp2) e le persone con incongruenza di genere (cod. Sapp3). Alla base c'è la concezione che, come per l'omosessualità, non c'è motivo di considerare un'identità di genere non conforme come patologica in quanto tale.

Per quanto riguarda l'età adulta e l'adolescenza, l'esperienza soggettiva dell'incongruenza è descritta come «una marcata e persistente mancanza di allineamento tra il genere di cui un individuo fa esperienza (senso di sé) e il genere assegnato alla nascita (natale)» (p. 242), che porta a un desiderio di vivere ed essere accettati come una persona del genere esperito soggettivamente. Gli stati affettivi associati comprendono ansia, depressione, ideazione suicidaria, rabbia contro la propria anatomia, panico per gli adolescenti durante la pubertà, e piacere e soddisfazione quando è permessa un'espressione libera della propria identità

di genere. Il pattern cognitivo principale è quello della forte pre-occupazione legata al genere, che può avvicinarsi all'ossessione, che di solito diminuisce o sparisce con la transizione. Per gli adolescenti è indicata anche l'associazione possibile con i disturbi dello spettro autistico. Dal punto di vista degli stati somatici, le persone che non hanno compiuto una transizione sono caratterizzate da un forte disagio rispetto alla propria anatomia, per il quale adolescenti e adulti cercano di mascherare o modificare le caratteristiche sessuali secondarie con l'assunzione di ormoni, l'uso di operazioni chirurgiche o l'utilizzo di strumenti speciali (come ad esempio *binder* per lo schiacciamento del seno o l'ostruzione delle erezioni). Per quanto riguarda i pattern relazionali, la maggior parte degli individui vive relazioni omosessuali prima della transizione, alcuni invece compiono transizioni tardive dopo matrimoni eterosessuali o anche dopo la nascita di figli.

Per quanto riguarda l'infanzia, la diagnosi è simile a quella per gli adulti, con una maggiore enfasi posta sui comportamenti. Tra gli stati somatici è infatti menzionata l'espressione dell'incongruenza di genere al livello comportamentale, come l'urinare in posizione seduta per i maschi, o in piedi per le femmine. Molta rilevanza è data anche ai percorsi di sviluppo, per i quali il manuale descrive una grande variabilità, e un'impossibilità nell'infanzia di stabilire con strumenti attendibili in quali casi l'incongruenza persisterà o desisterà dopo la pubertà.

## L'iter della transizione

di Giulia Guerrini

### 2.1. Diversi livelli di transizione: parziale o completa

Il termine *transgender* è usato come termine *a ombrello* per indicare tutte le persone che non si riconoscono nei modelli correnti di identità e di ruolo di genere, ritenendoli troppo restrittivi rispetto alla propria esperienza soggettiva, mentre il termine *transessualismo* è riferito a quelle persone che sentano in modo persistente di appartenere al sesso opposto e, per questo, compiono un percorso di transizione che generalmente si conclude con la riassegnazione chirurgica del sesso.

Talvolta la *condizione trans* può portare con sé un vissuto molto doloroso, dovuto da un lato alla mancata aderenza della propria identità sessuale con il proprio corpo, dall'altro alla forte discriminazione da parte della società e la difficoltà di inserimento in essa.

Quando è possibile superare la paura, può risultare necessario intraprendere una trasformazione: un percorso di transizione verso il genere desiderato, che solo in alcuni casi può giungere alla trasformazione chirurgica completa delle caratteristiche anatomiche sessuali.

Quando si parla di *scelta transessuale* è importante sottolineare che questa possa coincidere con il desiderio di esternalizzare, in modo completo o parziale, ciò che in realtà si vive a livello introspettivo, dentro di sé, da tempo; difatti la scelta della transizione è spesso riportata come assolutamente necessaria alla propria sopravvivenza, poiché nessun'altra vita risulta in alcun modo sopportabile.

In realtà l'intervento chirurgico non è sentito come necessario da tutti, data la forte soggettività dei processi individuali nelle

complicanze post-operatorie, e pertanto può rappresentare la soluzione rispetto ad alcuni aspetti problematici della vita di chi dovrà confrontarsi permanentemente con la fatica di essere nato in un corpo che non percepisce come coerente con la propria identità e con se stesso. La transizione può avvenire in senso completo portando a termine l'iter – molto lungo e tortuoso sia sul piano terapeutico che medico che legale – che porta alla riassegnazione chirurgica del sesso passando per vari passaggi che vedremo nello specifico più avanti. Spesso però l'iter di transizione può avvenire in modo parziale, manifestandosi con modifiche specificatamente agite sul proprio corpo (seno, labbra, viso, muscoli, barba, voce) che non vadano a intervenire chirurgicamente sulle gonadi funzionali all'attività sessuale o sul funzionamento ormonale del soggetto.

La forte incongruenza fra il vissuto della persona trans e il contesto sociale potrebbe comportare anche numerose e importanti problematiche relazionali e sociali che hanno maggiore influenza proprio durante il periodo di transizione, periodo che invece spesso sembra rappresentare l'illusoria fine del percorso di sofferenza.

Le stime suggeriscono una presenza mondiale di popolazione trans intorno allo 0.4%-1.3%.

Le persone trans in Italia risultano essere, secondo il Centro di riferimento di medicina di genere dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS), 400 mila (2018) e in modo proporzionale risulta: 1 persona su 68.278 appartiene alla transizione *Male to Female* (MtF) e 1 su 245.356 alla *Female to Male* (FtM) (Caldarera, Pfaefflin, 2011). La dimensione della popolazione transgender non è quantificabile in modo chiaro e definito in Italia come nel resto del mondo. Il fenomeno è notevolmente in espansione soprattutto per la nascita di servizi sanitari che si occupano specificatamente della transizione, che tuttavia limitano la raccolta di dati di ricerca riscontrabili: i dati disponibili infatti si riferiscono a quell'unica porzione di popolazione transessuale che si rivolge ai servizi per esigenze di tipo sanitario che riguardano nello specifico la transizione e che quindi rappresentano un dato sottostimato e impreciso rispetto alla reale presenza di persone transgender/transessuali.

## 2.2. Fasi del percorso di transizione

Il percorso da intraprendere per una persona che decide di procedere con la transizione al sesso opposto risulta essere molto lungo e complesso e vede scendere in campo numerosi servizi che effettuano diverse attività: dalla valutazione psicologica, alla consulenza legale, ai trattamenti medici.

Diversi e svariati possono essere i percorsi da intraprendere, ma quasi tutti passano attraverso alcuni passaggi che permettono alla persona interessata di riuscire ad avere un quadro completo ed esaustivo di cosa effettivamente comporti a livello psicologico, legale e sociale procedere al definitivo cambiamento dei connotati sessuali primari.

Il percorso di transizione prevede passaggi che si dispiegano in tempi e modi che si adattano alla storia e alla soggettività dell'individuo.

L'Osservatorio Nazionale sull'Identità di Genere (ONIG, 1998) riporta i seguenti:

1. *Introspezione*. In primissima istanza, da non sottovalutare, è il personale riconoscimento/consapevolezza della propria condizione e della propria identità, denominato “coming out interno”. Durante questa fase il soggetto si interroga sulle proprie sensazioni ed esigenze, spesso spinto da una percezione di disagio che sente con il proprio corpo e con il ruolo che deve condurre nella società e comincia a porsi domande sulla propria identità sessuale e di genere. L'emergere di questa condizione di incertezza, curiosità e ricerca può comportare una serie di azioni che hanno l'obiettivo di avvicinare la persona alle possibilità di cambiamento tramite diversi informatori. Spesso il primo contatto avviene per mezzo di un confronto con altre persone trans/transgender, soprattutto attraverso i *social network* e quasi mai in maniera diretta, oppure interfacciandosi con associazioni e/o servizi che si occupano di transgenderismo e transessualità, molto diffusi sul *web* e che permettono di mantenere l'anonimato;
2. *Contatto con i professionisti*. All'interno dei servizi che si occupano di disforia di genere e transessualità, il soggetto incontra in modo preliminare diverse figure professionali e inizia a

identificare meglio quale sia il punto di arrivo di questo percorso di cambiamento: lo scopo è quello di capire se ottenere terapie ormonali o chirurgiche e secondo quali tempistiche. Le figure professionali che si incontrano in questa fase sono psichiatri e/o psicologi e in ogni caso l'utente viene rimandato a un colloquio approfondito di tipo psicologico;

3. *Il percorso psicologico.* Questa è una delle fasi fondamentali del processo che, pur obbligatoria per legge, può non essere adeguatamente e utilmente sfruttata dalle persone transessuali. Questo processo riguarda la costruzione di una relazione terapeutica con figure professionali dell'area psicologica, all'interno della quale far emergere le proprie esigenze, le proprie analisi, le proprie esperienze di vita personale e sociale e venirne a contatto in modo intimo, consapevole. In questa fase ha luogo una valutazione delle capacità della persona di sostenere tutti i passi della transizione e il grado di stabilità delle sue motivazioni sottostanti. È un percorso utile anche per l'individuazione di eventuali problematiche esterne alla transizione, ma che possono condizionarla. A livello internazionale il protocollo degli *Standards of Care* della World Professional Association for Transgender Health (WPATH) (2009) risulta essere la linea guida da cui si evincono le fasi del processo, declinate in base all'età e alle esigenze del singolo caso, opportunamente strutturate e differenziate per la valutazione psicodiagnostica e il trattamento della disforia di genere. In Italia, la presa in carico e l'iter medico hanno norme nazionali che guidano i professionisti nell'interfaccia con persone transessuali. Queste norme si ispirano al protocollo elaborato dall'OING. Il protocollo ONIG (2009), rispetto al WPATH (2011), lascia meno spazio alla libera scelta del paziente di sottoporsi o meno a psicoterapia, proponendo, prima di potersi sottoporre a qualsiasi tipo di trattamento medico, un periodo obbligatorio di psicoterapia. Questa rigida normativa ha una funzione di tutela per la persona che può accedere alla terapia ormonale e all'operazione chirurgica vera e propria solo dopo aver compiuto una sistematica e affidabile valutazione delle proprie condizioni mentali. La Consensus italiana SIAMS-ONIG (Godano *et al.*, 2009) ha stabilito dei cri-

teri minimi senza i quali non è possibile accedere alla terapia ormonale sostitutiva:

- a) la disforia di genere deve essere persistente e ben documentata attraverso un processo diagnostico;
- b) il richiedente deve essere nel pieno possesso delle sue facoltà mentali per fornire il consenso al trattamento e deve essere in grado di prendere la decisione in modo consapevole;
- c) se sono presenti controindicazioni mediche o relative alla salute mentale o fisica del soggetto queste devono essere tenute sotto controllo adeguatamente;
- d) è necessario aver compiuto la maggiore età.

L'intervento, in base a questo iter, ha inizio con un *assessment* psicologico, cui segue una valutazione medica, un eventuale psicoterapia, la somministrazione del Test dell'esperienza di vita reale, la Terapia Ormonale Sostitutiva (TOS, anche detta terapia ormonale *cross-sex*) per concludersi con l'intervento chirurgico di riassegnazione del sesso. Ciò naturalmente qualora venga compiuto interamente.

Il percorso psicologico alla luce di quanto appena affermato acquista una funzione fondamentale con doppia valenza: diagnostica e terapeutico/supportiva.

La conoscenza che il paziente ha delle diverse opzioni di gestione del problema e la presenza di eventuale comorbidità o problemi psicosociali diventano elementi cruciali per la buona riuscita della transizione, che pertanto non possono essere sottovalutati o lasciati al caso. È importante infatti che, al pari del trattamento inevitabile di questioni relative all'*identità transessuale*, si affrontino eventuali condizioni altrettanto urgenti che possono in qualche modo ostacolare il corretto svolgimento del trattamento della *disforia di genere* (Bockting, Knudson, Goldberg, 2007).

Secondo Bocking e Coleman (Coleman, Bockting, Gooren, 1993) il modello di trattamento dei pazienti con *disforia di genere con maggior impatto* passa attraverso 5 compiti fondamentali: *assessment*, *management* della comorbidità, *facilitazione* nella formazione dell'identità, *management* dell'identità sessuale, *valutazione* dopo la cura.

La cura psicologica ha lo scopo, fra l'altro, di andare ad approfondire e rendere manifeste le ideologie e i pensieri riguardo i concetti di identità, ruoli, espressioni di genere, e di fornire gli strumenti necessari ad attutire, modificare, gestire l'impatto negativo della disforia di genere e dello stigma sociale sulla salute mentale del paziente e delle persone a lui vicine.

Alleviare la *transfobia interiorizzata* aiuta a migliorare il supporto sociale, aumenta l'autostima, migliora l'immagine del corpo del paziente, promuove la capacità di recupero e di aderenza al percorso intrapreso.

Sebbene l'attuale normativa italiana non preveda la consulenza psicologica quale passaggio obbligato nell'iter per l'ottenimento della rettificazione del sesso, è ormai prassi consolidata, nella maggior parte dei casi, il ricorso a essa. Infatti, oltre alle linee guida ONIG, la letteratura disponibile (Green, Fleming, 1990; Michel et al., 2002); Pfafflin, Junge, 1998) indica che un'adeguata psicoterapia di supporto a pazienti con disforia di genere prima dell'intervento chirurgico è predittiva di un positivo esito post-chirurgico. La psicoterapia infatti perdura e accompagna il soggetto anche durante le fasi successive a quella preliminare. Alcune persone richiedono assistenza psicoterapeutica volontariamente, ad altri può essere raccomandata in previsione di una terapia ormonale o della chirurgia, anche se bisogna ricordare che negli *Standards of Care* della World Professional Association for Transgender Health (WPATH) la psicoterapia non è considerata un requisito necessario per ottenere l'intervento chirurgico (Meyer et al., 2011).

Bockting e Coleman (2007) offrono alcuni spunti per la valutazione e il trattamento della disforia di genere e delle difficoltà psicologiche associate. Le loro osservazioni si basano su un modello di *approccio transgender-affermativo, cura centrata sul cliente e riduzione del danno*.

Secondo la letteratura disponibile, non vi sarebbe un modello psicoterapeutico standard da seguire migliore rispetto a un altro per il lavoro con pazienti transessuali, ma è possibile identificare alcune questioni fondamentali sulle quali impostare la terapia. I professionisti della salute mentale, declinando la terapia secondo il loro orientamento teorico, possono usare

diversi approcci terapeutici (Fraser, 2005) non con lo scopo di curare la disforia di genere, ma accompagnando in modo professionale e attento il paziente nell'esplorazione della propria identità (Fenelli, Volpi, 1997), garantendogli uno stile di vita stabile a lungo termine con probabilità realistiche di successo nelle relazioni interpersonali, nel lavoro e nell'espressione di sé (Dèttore, 2005). È innanzi tutto fondamentale, come in ogni processo terapeutico, che il terapeuta stabilisca una relazione autentica di fiducia reciproca in cui il paziente possa sentirsi libero di comunicare aspetti di sé dolorosi e molto intimi, che si senta compreso e mai in alcun modo giudicato (Bockting, Knudson, Goldberg, 2007).

All'interno della relazione terapeutica grande spazio viene speso nell'esplorazione della storia di genere e nella modalità di sviluppo dell'identità transessuale, riconoscendo e accettando le proprie emozioni e rafforzando in modo consapevole il senso del Sé.

In alcuni casi il paziente può chiedere che membri della famiglia o persone significative vengano coinvolte nella terapia in modo da avere l'opportunità di rielaborare conflitti d'infanzia o chiarire dubbi che condizionano il percorso di cambiamento in atto (*ibid.*).

Un'altra area di estrema importanza, su cui è bene che la terapia si focalizzi, è il fenomeno sociale della *transfobia interiorizzata*. Per *transfobia interiorizzata* si intende quell'insieme di sentimenti e atteggiamenti negativi, luoghi comuni, pregiudizi che una persona può provare nei confronti della propria transessualità. Le caratteristiche associate alla *transfobia interiorizzata* sono: scarsa accettazione e stima di sé, sentimenti di inferiorità, vergogna, senso di colpa e identificazione con gli stereotipi denigratori.

L'interiorizzazione della transfobia deriverebbe dallo stigma promosso dalla cultura dominante nei confronti della variabilità di genere a ogni livello. In questi casi l'obiettivo del terapeuta è rendere il paziente consapevole e promuovere l'accettazione di sé (Baiocco *et al.*, 2013).

I risultati riportati da uno studio di Rachlin (2002) presentano cambiamenti positivi in seguito al ricorso alla psicoterapia

nell'87% dei soggetti intervistati; inoltre uno studio di *follow-up* ha dimostrato un significativo livello di soddisfazione dopo il processo di transizione nel caso in cui la persona presenti una buona vita professionale, buone relazioni familiari, supporti sociali e stabilità emotiva.

Non sempre però il lavoro psicologico nel campo della transizione si rivela facilmente praticabile e di facile accettazione per il soggetto. Raramente il paziente porta allo psicologo una domanda spontanea di esplorazione profonda di sé, spesso si rivolge a un terapeuta su richiesta di un terzo, come ad esempio un'istituzione incarnata nel giudice. In questa situazione si crea, tra soggetto e operatore, una difficoltà relazionale di fondo in cui il lavoro psicologico viene inteso solo come una sorta di test. Da una parte la persona transessuale dovrebbe essere aiutata a percepire l'operatore come qualcuno con cui, stabilendo un dialogo, prendere contatto con parti di sé sofferenti, dall'altra lo psicologo dovrebbe andare al di là della logica del sospetto (Alzati, 2004) che rischia di inficiare il suo lavoro (Vitelli, 2006).

4. *La Terapia Ormonale Sostitutiva (TOS)*: La TOS è il processo che prende avvio a partire dall'incontro con specialisti in endocrinologia in accordo con l'*assessment* operato dallo psicologo di riferimento.

Il trattamento comporta la modificazione dei caratteri sessuali secondari ossia una femminilizzazione nelle donne trans e una mascolinizzazione negli uomini trans, e prevede soprattutto l'inibizione di manifestazioni fisico-biologiche del sesso di appartenenza iniziale (arrestare/ridurre erezione ed eiaculazione, inibire il ciclo mestruale).

La terapia ormonale, o meglio i suoi effetti, sia fisici che psicologici, hanno anche una forte valenza *auto-diagnostica*, in quanto tali effetti possono avere sul soggetto una spinta confermativa, o, al contrario, indurlo a riconsiderare tutto il percorso. In quest'ottica è bene considerare che, se protratta per un periodo limitato, la terapia è reversibile. Nel caso in cui la persona valuti positivamente la scelta della TOS, questo poi sarà effettuato per tutta la vita con continuo monitoraggio medico-sanitario, continuando anche dopo l'eventuale riconversione chirurgica, per garantire un livello adeguato di estrogeni/androgeni. Viene

raccomandato il monitoraggio clinico e laboratoristico, sia per FtM che per MtF, ogni 2 o 3 mesi durante il primo anno di terapia e successivamente ogni 6/12 mesi, in modo concorde con le linee guida dell'Endocrine Society e della Consensus SIAMS-ONIG (2009).

In persone MtK, la terapia ormonale sostitutiva va interrotta 3/4 settimane prima della riassegnazione chirurgica del sesso, per poter limitare il rischio tromboembolico correlato alla narcosi (sonno profondo indotto dai farmaci) e all'immobilizzazione. La terapia può riprendere dopo l'operazione. Gli specialisti del settore ritengono preferibile che il trattamento ormonale cross-sex abbia una durata di almeno 12 mesi consecutivi prima che i richiedenti si sottopongano a interventi chirurgici demolitivi

5. *Il Test di vita reale (RLT, Real Life Test)*. In questa fase del percorso le persone, dopo aver iniziato la terapia ormonale e aver raggiunto una certa stabilità dalla loro assunzione, accompagnate dalla continua disponibilità di un supporto psicologico, hanno la possibilità di inserirsi nella società e presentarsi al mondo come persone del sesso a cui sentono di appartenere. Questo cambiamento precede ogni tipo di scelta irreversibile e comporta l'adozione del ruolo di genere consono in termini di abbigliamento, comportamento ed espressione per la durata variabile di 1 o 2 anni. Essere capaci di sentirsi integrati nella sfera sociale, familiare o all'interno della propria vita lavorativa non è un test utilizzato a fini medici o professionali ma a fini *auto-diagnostics*: serve proprio da guida per i partecipanti, in modo che riescano a capire se la strada intrapresa sia quella idonea a raggiungere l'identità desiderata. È il mezzo per dimostrare a sé stessi di saper vivere nel mondo reale nel genere scelto, mettendosi alla prova con gli stereotipi relativi sperimentandone le sfumature e peculiarità. L'obiettivo è quello di vivere nel ruolo di genere desiderato per almeno 12 mesi, in modo da poter sperimentare le implicazioni del nuovo ruolo di genere negli ambiti della vita quotidiana (Fisher *et al.*, 2016). A tal proposito, è utile sottolineare che gli FtM hanno risultati più favorevoli rispetto agli MtF. I primi sono più stabili, hanno meno perturbazioni psicologiche e sembrano più adatti alla trasformazione. Per Kuiper e Cohen-Kettenis (1988) questo

aspetto è legato al fatto che la mascolinizzazione dei soggetti FtM è meno identificabile rispetto alla femminilizzazione degli MtF (nei quali certe caratteristiche del sesso rimangono più individuabili, ad esempio timbro della voce, dimensioni ecc.). Ci sono, inoltre, meno probabilità per gli FtM di essere scoperti e di essere soggetti a discriminazione. Oltretutto è ipotizzabile che vi sia una maggiore accettazione sociale degli FtM essendo il maschile *dominante* nelle società occidentali.

6. *Iter legale*. Il passaggio all'area legale regola la modifica dei documenti identificatori della persona transessuale. Questa fase è supportata da un avvocato a seguito della raccolta di tutta la documentazione prodotta dalla persona, che comprende nello specifico certificati medico-sanitari, perizie e relazioni psicologiche, esito del *real life test* ecc. L'avvocato presenterà poi istanza al Tribunale competente per residenza.

Il giudice avrà il compito di valutare le perizie presentate dall'avvocato di parte e, se necessario, di richiedere il parere di periti d'ufficio (Consulenti Tecnici d'Ufficio – CTU – eventualmente nominati dal tribunale medesimo) e successivamente deciderà se concedere le autorizzazioni necessarie tramite una sentenza. La parte legale intraprenderà la richiesta di *rettificazione di attribuzione sessuale* con conseguente rettificazione anagrafica (legge 14 aprile 1982, n. 164), oppure istanza di *rettificazione anagrafica senza rettificazione di attribuzione sessuale* (sentenza della Corte Costituzionale 5 novembre 2015, n. 221). In quest'ultimo caso come cita la sentenza «rimette al singolo la scelta delle modalità attraverso le quali realizzare, con l'assistenza del medico e di altri specialisti, il proprio percorso di transizione» il che significa che il tribunale presterà ancora maggiore attenzione e precisione a tutta la documentazione prodotta che dovrà avere caratteristica di professionalità, attendibilità e accuratezza.

Quando il tribunale ha accertato e deliberato con apposito decreto la condizione di avvenuta riattribuzione sessuale o convalida la certificazione di permanente e motivata condizione transessuale, si procede con la rettifica dei dati anagrafici, a cui segue la lunga attività di correzione di tutti i documenti (patente, licenze, titoli di studio, depositi bancari, utenze, atti di proprietà ecc.).

7. *Riconversione Chirurgica di Sesso (RCS) o Sex Reassignment Surgery (SRS)*. Ottenuta l'autorizzazione delle figure professionali coinvolte nell'intervento e dal decreto del tribunale di competenza, la persona richiede a uno dei centri chirurgici specializzati che si occupano di effettuare tale tipo di intervento di essere inserita nella lista d'attesa.

L'attesa può variare da pochi mesi ad alcuni anni, a seconda della struttura scelta, dall'affluenza di utenza in quella specifica struttura, dal tipo di conversione richiesta.

La fase chirurgica può prevedere l'asportazione degli organi genitali primari e secondari, e successiva ricostruzione, a differenti gradi, di strutture fisiche somiglianti il più possibile agli organi sessuali primari e secondari del sesso desiderato (neo-vagina, neo-pene).

Nel caso MTF si prevede la vaginoplastica (cioè l'asportazione degli organi genitali maschili e la ricostruzione di una nuova cavità ricavata tra retto e vescica). Altri interventi chirurgici solitamente realizzati, ma che non prevedono autorizzazione, sono la mastoplastica additiva, la riduzione del pomo d'Adamo, l'eliminazione della barba (con varie tecniche che devono sempre essere eseguite da medici specialisti), l'assottigliamento delle corde vocali, altri interventi di femminilizzazione del volto (*Facial Feminization Surgery*).

Il percorso chirurgico per le persone FtM è più lungo, nel senso che devono affrontare più interventi chirurgici: in prima istanza troviamo la mastectomia, con specifiche tecniche chirurgiche, così come l'istero-annessectomia con la quale, con un unico intervento chirurgico, si asportano utero e ovaie. La vagina, in genere, non viene rimossa perché la sua asportazione complica e prolunga la durata dell'intervento e comporta sempre una grossa perdita di sangue. La parte chirurgica più complessa e di esito incerto consiste nel costruire il neo-fallo (l'intervento di falloplastica), e per questo non tutti decidono di effettuarlo.

Allo stesso tempo il desiderio di avere un pene è così forte che fin da molti anni prima dell'intervento, ad esempio durante il *Real Life Test*, le persone utilizzano delle protesi per sentire meno la sofferenza di avere organi genitali femminili e sentirsi meglio con il proprio corpo.

Dopo aver effettuato l'intervento di falloplastica la maggior parte delle volte le persone decidono di inserire una protesi peniena (come quelle usate per l'impotenza maschile), all'interno del neo-fallo, per poter rendere rigido l'organo costruito e in questo modo avere rapporti sessuali con penetrazione. Uno dei desideri maggiormente presenti e ricorrenti è quello di poter urinare in piedi, per questo alcuni chiedono la costruzione di una neo-uretra (il canale che porta l'urina) che permetta la fuoriuscita dell'urina all'apice dell'organo costruito. L'intervento però non è esente da complicanze e pertanto comporta numerosi ingressi in sala operatoria, in modo da ottenere il risultato atteso. Altri interventi correlati a completamento dell'opera di transizione sono l'inserimento delle protesi testicolari e la glandoplastica, tenendo sempre come obiettivo finale quello di rendere il neo-fallo quanto più simile a quello maschile.

8. *Il re-inserimento sociale.* Il re-inserimento sociale è una fase che ha inizio già a partire dal *Real Life Test* e che prosegue con il completamento dell'iter legale e l'ottenimento dei documenti relativi all'identità scelta. Il re-inserimento sociale riguarda la riconfigurazione della propria vita in tutti i suoi aspetti: lavorativo, affettivo, relazionale, sociale, come membro del genere scelto. Lo scopo principale è quello di riuscire a conseguire l'affermazione completa del proprio progetto di vita e di cittadinanza attiva. Questo aspetto post-transizione risulta spesso trascurato poiché i professionisti tradizionalmente pongono maggiore attenzione sul dispiegamento e lo sviluppo delle fasi precedenti, considerando la riassegnazione anagrafica e chirurgica del sesso gli eventi conclusivi del percorso di transizione. Tuttavia, il lavoro sulla stigmatizzazione di questa minoranza e i pregiudizi riguardo le persone transessuali sono un problema largamente diffuso e che merita uno spazio terapeutico apposito, che dia la possibilità di vivere al meglio in una società non troppo progressista su queste tematiche.
9. *Il follow-up.* Affinché il benessere della persona possa realizzarsi in modo compiuto e stabile nel tempo si ritiene necessario effettuare indicativamente, oltre ai dovuti controlli legati a specifiche situazioni personali, tre incontri di *follow-up* generalizzati (a 6 mesi, 1 anno, 2 anni dalla RCS). Questa procedura

ha la finalità di monitorare e verificare l'andamento dell'inserimento sociale e le condizioni psicofisiologiche connesse agli adeguamenti effettuati.

Per le terapie ormonali invece è necessario effettuare in assenza di problemi particolari, almeno un controllo annuale con l'endocrinologo di riferimento per l'intero arco di vita. Spesso quest'ultima procedura risulta essere un aspetto trascurato dagli utenti, che, appesantiti da un iter già particolarmente lungo e faticoso, se ne vogliono liberare al più presto, e non ne riconoscono l'utilità.

### 2.3. Legislazione in Italia

Sul piano normativo l'Italia introduce per la prima volta nel 1982 una legge che regola il percorso di transizione sessuale attraverso la legge 14 aprile 1982, n. 164 (in appendice al presente volume). Questo decreto è lo strumento attraverso cui diventa finalmente possibile fornire un supporto giuridico che permetta alle persone trans di realizzare la propria esistenza (Romano, 2008).

La legge sopra citata stabilisce che in prima istanza sia necessario «accertare le condizioni psico-sessuali del richiedente» (art. 2, comma 4°), e che solo in seguito diventi possibile effettuare un'approfondita valutazione del tribunale che dia avvio a una terapia ormonale e alle conseguenti pratiche chirurgiche.

Nonostante questa precisazione, la legge non definisce in alcun modo quale siano le norme da seguire nel lavoro psicologico clinico con il paziente e pertanto i percorsi valutativi prendono declinazioni varie e differenti a seconda dell'interpretazione data dal terapeuta e del suo orientamento teorico di riferimento.

Alcuni aspetti del processo di transizione, prima non uniformi sul territorio nazionale, sono stati precisati dal decreto legislativo 1 settembre 2011, n. 150, art. 31 dal titolo *Delle controversie in materia di rettificazione di attribuzione di sesso*:

1. Le controversie aventi a oggetto la rettificazione di attribuzione di sesso ai sensi dell'articolo 1 della legge 14 aprile 1982, n. 164 sono regolate dal rito ordinario di cognizione, ove non diversamente disposto dal presente articolo;

2. È competente il tribunale, in composizione collegiale, del luogo dove ha residenza l'attore;
3. L'atto di citazione è notificato al coniuge e ai figli dell'attore e al giudice partecipa il pubblico ministero;
4. Quando risulta necessario un adeguamento dei caratteri sessuali da realizzare mediante trattamento medico-chirurgico, il tribunale lo autorizza con sentenza passata in giudicato. Il procedimento è regolato dai commi 1°, 2° e 3°;
5. 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;
6. La sentenza di rettificazione di attribuzione di sesso non ha effetto retroattivo. Essa determina lo scioglimento del matrimonio o la cessazione degli effetti civili conseguenti alla trascrizione del matrimonio celebrato con rito religioso. Si applicano le disposizioni del codice civile e della legge 1 dicembre 1970, n. 898.

La sentenza 5 novembre 2015, emanata dalla Corte costituzionale, ha precisato ulteriormente che l'attribuzione del sesso può avvenire anche in assenza di un intervento di riassegnazione chirurgica nei casi in cui la persona interessata abbia già adeguato tramite trattamento ormonale il fenotipo alla propria identità di genere, raggiungendo benessere psico-fisico e stabilità (questa procedura può essere attivata soprattutto quando gli interventi demolitivi/ricostruttivi sono *inopportuni* e/o *rischiosi*).

A oggi è possibile fare domanda di rettificazione, per cambiare il proprio sesso all'anagrafe e solo in seguito sulla carta d'identità, presentandola insieme alla domanda per la riassegnazione chirurgica del sesso. La persona che desidera transitare può quindi rivolgersi a un avvocato e appellarsi a un giudice per poter ottenere la sentenza di autorizzazione all'intervento chirurgico.

Solitamente il giudice nomina un Consulente Tecnico d'Ufficio (CTU), generalmente uno psichiatra o uno psicologo specializzato nel lavoro con persone che stanno effettuando il percorso di transizione, in modo tale che questo vada a verificare ulteriormente se il soggetto abbia effettivamente l'esigenza di sottoporsi e sia

psicologicamente preparato a un definitivo intervento chirurgico. Per quanto riguarda la TOS può essere somministrata dall'endocrinologo senza una previa approvazione del giudice.

Sebbene tali sentenze costituiscano pareri giurisprudenziali di grande rilevanza, esse non sono in alcun modo vincolanti, né garantiscono un esito positivo di qualsivoglia richiesta di rettificazione anagrafica. Permane infatti la necessità di un rigoroso accertamento giudiziale del percorso di cambiamento e del suo carattere definitivo. Pur rappresentando ancora oggi l'orientamento minoritario, numerosi tribunali italiani si sono già espressi favorevolmente in riferimento alla rettificazione anagrafica in assenza di interventi chirurgici di adeguamento dei caratteri sessuali (Tribunale di Roma con sentenza 11 marzo 2011, Tribunale di Rovereto con sentenza 13 maggio 2013, Tribunale di Messina con sentenza 4 novembre 2014 e, più recentemente, il Tribunale di Genova con sentenza del 5 marzo 2015).



## L'organizzazione dei servizi in Italia

di Giulia Guerrini

I servizi rivolti a individui che vivono negativamente l'incongruenza fra la propria identità sessuale e il proprio corpo, non sono equamente distribuiti sul territorio italiano, ma sono concentrati principalmente nel centro nord e nelle grandi città. Questa distribuzione disomogenea non garantisce una sufficiente copertura della domanda, in crescita, nella gestione della disforia di genere e, soprattutto, dell'iter medico della transizione di genere: spesso può succedere che la persona non trovi nella propria regione un centro che si occupi di problematiche relative alla disforia o servizi vicini alla comunità transgender, sia costretto a spostarsi e a stare lontano dalla propria città o dalla propria famiglia per alcuni periodi o che conduca una vita pendolare tra due città, talvolta anche non vicine tra loro.

Di seguito riportiamo i centri che si occupano della disforia di genere, suddivisi per città e collocazione sul territorio italiano. La cartina riportata sotto ne mostra più chiaramente la distribuzione (FIG. 3.1).

L'analisi e il confronto dei servizi hanno riguardato i principali e maggiormente strutturati. I parametri che sono stati presi in considerazione per ciascun servizio riguardano l'approfondimento delle modalità di accoglienza e di accesso, la presenza e l'organizzazione dell'attività consultoriale, la collocazione dell'iter medico (interno/esterno alla struttura o assente), la disposizione di uno sportello legale che offra assistenza e supporto.

**Figura 3.1.** Distribuzione dei centri in Italia



È importante sottolineare come la qualità della vita delle persone transessuali sia strettamente connessa alla presenza sul territorio di servizi utili al loro percorso di cambiamento fisico e psicologico. La loro assenza, dunque, può essere vissuta in maniera negativa dal soggetto in transizione in termini di inclusione sociale ed equilibrio psico-fisico.

Come esplicitato in maniera approfondita nel capitolo precedente, il percorso di transizione si compone di diverse fasi con la finalità di garantire una transizione il più possibile affine ai bisogni dell'individuo e che lo tuteli soprattutto a livello medico, psicologico e legale. Per questo motivo, i servizi maggiormente necessari e utili alla gestione del fenomeno sono rappresentati dalla rete di servizi sociosanitari, che in Italia si trova ad essere ancora inadeguata rispetto alle strutture di altri paesi europei.

Le fondamenta e gli statuti alla base del funzionamento dei servizi nel mondo che si occupano della transizione sono stati unificati a partire dalla stesura delle linee guida e protocolli della *Standard of care* della WPATH.

In Italia però, questo statuto è stato riadattato secondo la legislazione italiana, ispirando la nascita e lo sviluppo dell'ONIG: questo ente ha come scopo primario quello di favorire una rete di collegamento tra professionisti/e, istituzioni, associazioni e tutti/e coloro che sono interessati/e ai temi del trans/transgenderismo in tutto il territorio italiano, in modo da accrescere sia la conoscenza scientifica che socio-culturale e promuovere il benessere e il rispetto delle persone trans/transgender. La nascita dell'ONIG ha contribuito in modo molto positivo a costruire una rete sanitaria, ossia all'apertura e alla predisposizione di centri specialistici e associazioni dove inserire esperti di riferimento (psicologi, counselor, assistenti legali, endocrinologi, psichiatri, chirurghi e altri membri dell'equipe) che tengano fede a dei principi comuni.

Quasi tutti i servizi presenti in Italia quindi fanno riferimento e sono coordinati all'ONIG, anche se conservano al loro interno autonomie e modalità specifiche nel gestire il percorso dei propri pazienti, caratteristica che consente di tener conto delle diverse esigenze delle persone transessuali, transgender e *gender variant*, ma che tuttavia fa emergere una certa frammentazione dei servizi. Un esempio che evidenzia una delle disomogeneità riguarda la gestione legale relativa al cambio dei documenti di identità: le normative dell'ONIG risultano essere molto più rigide e meno flessibili rispetto alla WPATH a cui si ispirano diversi paesi in Europa, proprio in relazione al fatto che la legislazione italiana risulta essere abbastanza arretrata e talvolta ancorata a principi tradizionali della cultura cristiana.

All'estero il WPATH garantisce che il cambio di documenti possa avvenire già al momento del *Real Life Test* prevedendo un certificato che attesti la terapia in corso per evitare problemi con le forze dell'ordine.

In Italia secondo le indicazioni dell'ONIG, fino a qualche anno fa, per avere i documenti congrui alla propria identità di genere occorreva prima cambiare sesso anatomico e affrontare succes-

sivamente un secondo iter legale che dimostrasse l'avvenuta riconversione. Successivamente, come riportato nel capitolo precedente, alcuni tribunali, in maniera autonoma, hanno rettificato la normativa rendendola non priva di eccezioni: il trattamento chirurgico risulta essere solo una delle possibili tecniche per realizzare l'adeguamento dei caratteri sessuali (Tribunale di Bari 14.12.2015 n. 5467; Tribunale di Modena 03.02.2016 n. 230; Tribunale di Savona 30.03.2016 n. 357; Tribunale di Lucca 21.06.2016 n. 1347; Tribunale di Cassino 14.07.2016 n. 976; Tribunale di Viterbo 22.08.2016 n. 923; Tribunale di Salerno 29.09.2016 n. 4296; Tribunale di Vicenza 04.10.2016 n. 1358; Tribunale di Padova 20.10.2016 n. 2859; Tribunale di Padova 16.11.2016 n. 3114; Tribunale di Verona 19.11.2016 n. 3043; Tribunale di Reggio Emilia 23.11.2016 n. 150; Tribunale di Livorno 24.12.2016 n. 1554; Trib. Taranto 10.03.2017 n. 693; Tribunale di Roma 04.04.2017 n. 6734; Tribunale di Milano 10.04.2017 n. 4090).

Un'altra discontinuità è rappresentata dalla copertura economica dell'iter di assistenza delle persone transessuali: in Italia il supporto psicologico e la chirurgia di adeguamento genitale (ma non la mastoplastica additiva) sono coperti dal Sistema Sanitario Nazionale (SSN). Fino a pochissimo tempo fa, durante il periodo della transizione, il trattamento endocrinologico rimaneva ancora interamente a carico del soggetto con disforia di genere, poiché non era prevista prescrivibilità a carico del SSN di ormoni *cross-sex*, con l'eccezione di sole poche regioni. Ad oggi la recentissima normativa dell'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) (2020) ha previsto l'istituzione della terapia ormonale a carico del SSN adeguando la normativa nazionale a quella che precedentemente era una variabile regionale.

I centri specializzati possono prendere le forme di associazioni, consultori, ospedali, sportelli, progetti, che a diverso titolo lavorano e si occupano del benessere della comunità transgender.

Molti di questi però non sempre dispongono di una propria sede o di una struttura fisica che permetta loro lo svolgimento delle attività quotidiane. Spesso i gruppi più piccoli sono inseriti in altri maggiori, tutti afferenti alla rete LGBTQ+, dove le attività proposte sono seguite da un gruppo di soggetti che vi lavorano

a titolo di volontari e a causa della carenza di denaro, di spazi e di una solida rete nazionale di aiuto, non sempre il loro lavoro riesce a tradursi in servizi strutturati. L'associazionismo relativo al supporto delle persone transessuali è una realtà molto diffusa in numerosi territori italiani e, per l'utenza, rivolgersi ai servizi da loro proposti è facile e accessibile. Tuttavia, tale fenomeno varia di territorio in territorio: alcuni territori infatti presentano realtà associazionistiche che svolgono un ruolo solo a "bassa soglia", altre invece offrono spazi di condivisione e comunità, occupandosi anche di educazione e formazione nelle scuole (Gruppo Trans Bologna, Gruppo Trans Parma).

Talvolta la frammentarietà dei servizi sui diversi territori viene compensata da alcune realtà associazionistiche comprensive: una fra tutte il Movimento Identità Transessuale (MIT) di Bologna.

Secondo alcune ricerche da me condotte sul web, sembrerebbero numerosissime le associazioni attive che siano riuscite a creare una rete collaborativa di servizi limitrofi sul territorio. Le associazioni, in linea generale e a diversi livelli di completezza e approfondimento, si occupano di offrire servizi, declinati e perfezionati secondo i bisogni riportati dal territorio attraverso servizi di consulenza che spaziano in riferimento all'iter del transito, legale, sanitario, endocrinologico, di chirurgia estetica, orientamento ai servizi territoriali e segretariato, tutoraggio educativo, incontri di rete/equipe, visite ginecologiche, supporto e assistenza legale, mediazione culturale, supporto all'inserimento lavorativo con documenti in regola, informazione sulle leggi e sulle disposizioni in materia di rettificazione chirurgica sessuale e anagrafica inerenti alla condizione trans; sono gruppi AMA (Auto Mutuo Aiuto), laboratori artistici sull'identità di genere, iniziative culturali di sensibilizzazione sulla tematiche transgender. L'obiettivo è quello di sviluppare collaborazioni con tutte quelle realtà che condividono un'inclinazione atta a migliorare la qualità della vita delle persone trans, ritenendo che l'estensione dei diritti e delle pari opportunità non sia un bene solo verso chi ancora non ne gode appieno, ma un bene condivisibile con chi si riconosce nei principi d'uguaglianza.

Le principali sul territorio sono: l'associazione IREOS (Centro servizi comunità queer) di Firenze; Sportello Trans di Ala Mila-

no Onlus; AltriLuoghi, consultorio trans operativo sul territorio campano ma con 2 porte di accesso, una in Puglia a Corato (BA) e l'altra in Sicilia a Palermo, di invio e collegamento al consultorio napoletano; associazione LGBTQ+ La Libellula di Roma, la quale rappresenta a livello nazionale la realtà transessuale in sede legislativa e giudiziaria collaborando con altre organizzazioni e realtà sociali, politiche e associative nazionali; il Consultorio Transgenerare di Torre del Lago Puccini in assidua collaborazione con il consultorio MIT di Bologna; l'associazione L'Ottavo colore che ha al suo interno un servizio di supporto alla comunità trans che eroga servizi di auto mutuo aiuto (Trans in progress) di Parma; SPO.T, Sportello Trans Circolo Maurice di Torino; SAT Servizio Assistenza Trans Circolo Pink di Verona.

In alcune città, sono soprattutto gli ospedali e le cliniche universitarie che si occupano della parte del trattamento medico dei pazienti trans e dispongono di servizi strutturati e specializzati in materia, che talvolta svolgono anche attività di ricerca.

La condizione ideale sarebbe quella di avviare una collaborazione tra servizi in modo da avere *almeno un centro di riferimento a livello regionale* dove le persone transgender possono trovare un team completo con competenze multidisciplinari, come ginecologo, psicologo, urologo e chirurgo, ma anche infermieri e operatori sanitari.

Questa rete è importante anche e soprattutto per far fronte al grave problema dell'automedicazione: secondo uno studio pubblicato sul Journal of Sexual Medicine (Mepham et al., 2014) il 25% delle donne transgender si auto prescrive la terapia ormonale procurandosi i farmaci su internet.

I centri che, allo stato attuale si occupano interamente della transizione (iter psicologico, medico e legale) in Italia, sono situati nelle città di Bari, Roma, Pisa, Napoli, Torino, Trieste e Bologna.

Le cliniche universitarie sono: Clinica psicosomatica e dei comportamenti sessuali Day Hospital per i disturbi dell'identità di genere, istituito formalmente presso l'Unità Operativa Complessa (UOC) di Psichiatria Universitaria presso l'Azienda Ospedaliero Cniversitaria consorziale del Policlinico di Bari: l'Ospedale Universitario Careggi-Struttura Organizzativa Dipar-

timentale, Complesso di andrologia e medicina della sessualità con il CIADIG (Centro Interdipartimentale Assistenza Disturbo Identità di Genere) e l'Azienda ospedaliero universitaria pisana Urologia 2, dell'unità di Psicologia clinica e psicoanalisi applicata del Dipartimento di neuroscienze dell'Università degli Studi di Napoli Federico II; il Centro Interdipartimentale Disturbi Identità di Genere (C.I.D.I.Ge.M.), istituito nel 2005 presso l'Azienda Ospedaliero Universitaria (ASO) San Giovanni Battista di Torino con sede presso l'ospedale Molinette; il Centro Interdipartimentale Specializzato – presente dal 2001 – con un'equipe di professionisti della salute afferenti sia all'Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Trieste (ASUITS) che all'Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Udine (ASUIUD) avvalendosi di un mandato clinico, di ricerca e di formazione; infine l'Unità Operativa con attività assistenziale nell'ambito endocrinologico e metabolico, fulcro della rete formativa della Scuola di Specializzazione in Endocrinologia e Malattie del metabolismo dell'Università degli Studi di Genova.

Negli anni si è consolidata inoltre una rete di contatti interregionali di collaborazione che si occupa della valutazione dell'assetto endocrinologico e della prescrizione degli ormoni favorenti la conversione dei caratteri fenotipici a livello extra-regionale (Verona, Niguarda di Milano, Giusti di Genova, Bologna, Torino, Roma, Palermo).

A Roma il servizio ha sede nell'azienda ospedaliera San Camillo Forlanini, Struttura Complessa di Chirurgia Plastica e Ricostruttiva, Unità Operativa Complessa (UOC) Urologia/UOC Chirurgia Plastica e Ricostruttiva. Qui ha sede il SAIFIP (Servizio per l'Adeguamento tra Identità Fisica e Identità Psicica) centro di intervento clinico e di ricerca sull'identità di genere nato nel 1992 e istituito come servizio di consulenza, diagnosi e di sostegno psicologico al percorso di adeguamento per le persone che intendono chiedere la rettificazione di attribuzione di sesso.

Per diversi anni è stata avviata una collaborazione con la Tavistock & Portman Clinic di Londra, servizio interdisciplinare sul tema riconosciuto in ambito scientifico internazionale, per attività di supervisione e ricerca.

### 3.1. Infanzia e adolescenza transgender

Già nei bambini di 2 anni ci possono essere delle indicazioni di disforia di genere: essi possono desiderare di appartenere all'altro sesso ed essere scontenti delle loro caratteristiche sessuali e fisiche. Inoltre, possono preferire vestiti e giochi comunemente associati all'altro sesso e preferiscono giocare con loro coetanei del sesso opposto. Sembra ci sia eterogeneità in queste caratteristiche: alcuni bambini mostrano comportamenti e desideri estremamente non conformi con il loro genere, accompagnati da un persistente e severo disagio con le proprie caratteristiche sessuali primarie. In altri bambini queste condizioni sono meno intense o solo parzialmente presenti.

Risale al 1987 la prima clinica olandese specializzata nella identità di genere di bambini e adolescenti, nell'Utrecht University Medical Center, trasferitasi nel 2002 al VU University Medical Center ad Amsterdam, diventata poi parte del Center of Expertise on Gender Dysphoria. All'interno di questa clinica si è venuto affermando quello che chiameremo d'ora in poi il "protocollo olandese": secondo tale modello, nel caso in cui l'incongruenza fra genere percepito e legale, molto spesso manifestatasi nella prima infanzia, persista nel tempo, si può interrompere il proprio sviluppo bloccando la pubertà al suo insorgere, per "guadagnare tempo", e poter "esplorare" con più calma la propria identità di genere, senza la "minaccia" del corpo che si trasforma rapidamente nella direzione non voluta.

È qui che il percorso incentrato sul blocco della pubertà è stato ideato e messo a punto; un metodo che si è diffuso velocemente nelle cliniche di tutto il mondo – Europa, Canada, USA, Australia e Giappone (Mafuda et al., 2017; Nakatsuka, 2012) – nonostante manchino tuttora evidenze scientifiche della sua efficacia.

L'obiezione spesso portata all'assenza di trials clinici specifici è che non è etico, e comunque sarebbe impossibile, condurre sperimentazioni in modalità random/doppio cieco in questi casi, sia per la loro scarsa numerosità, che per la tipologia di percorso in sé. Mancano però anche solidi studi comparativi, con metodi diversi per i trattamenti di DG, e spesso anche gruppi di controllo nella popolazione senza DG: in letteratura gli studi sono soprattutto retrospettivi o descrittivi.

L'ipotesi alla base del metodo è che la soluzione alla sofferenza che la DG porta con sé sia l'affermazione del proprio genere percepito, che si ottiene mediante una transizione verso questo nuovo genere, abbandonando quello di nascita.

La *ratio* del protocollo olandese è che iniziare troppo tardi il lungo percorso di transizione abbia conseguenze negative sulla riuscita della transizione stessa.

La comorbidità che spesso si accompagna alla DG – ansia, depressione, mancata accettazione di sé, atteggiamenti autolesionistici, tendenze suicidarie, disturbi dello spettro autistico, come riportato in letteratura – viene infatti interpretata dagli esperti olandesi come una conseguenza negativa di una mancata o ritardata transizione di genere, solitamente causata dall'età dei soggetti coinvolti: il ritardo a cui ci si riferisce indica la fascia d'età dai 18 ai 21 anni, una soglia prima della quale gli esperti sono stati riluttanti ad iniziare il trattamento ormonale. Secondo i sostenitori del protocollo, alcuni studi sembrano suggerire esiti positivi anticipando il trattamento ormonale *cross-sex* (Cohen-Kettenis, Van Goozen, 1997). Una psicoterapia anche estesa non sembra essere in grado di eliminare da sola la DG, mentre lo stigma sociale da cui gli adolescenti transgender sono colpiti parrebbe la causa della co-morbidità che la accompagna e potrebbe venire meno se si riducesse il tempo fra la diagnosi di DG e la chirurgia di riassegnazione di genere (*Sex Reassignment Surgery*, SRS).

La proposta è stata quella di iniziare gli aspetti biomedici della riassegnazione del sesso all'inizio e durante l'adolescenza, anziché attendere la maggiore età legale (18 anni in molti paesi) o anche più tardi.

Gli esperti olandesi propongono quindi di aggiungere una III fase al percorso di transizione: il blocco della pubertà, che preceda la somministrazione di ormoni *cross-sex*, e che consenta di anticiparla in minore età, facilitandone l'azione.

Il 25 febbraio 2019 l'AIFA ha stabilito l'estensione della prescrivibilità e della rimborsabilità di un farmaco utilizzato contro il tumore al seno e alla prostata, ma anche – in modalità diverse dalle indicazioni iniziali, cioè *off label* – per il trattamento della disforia di genere negli e nelle adolescenti in Italia.

Il farmaco appartiene alla famiglia dei bloccanti ipotalamici

e agisce sul sistema endocrino e sospende l'arrivo della pubertà (cioè la transizione dall'infanzia all'età adulta che porta al conseguimento della maturazione sessuale) consentendo di estendere lo spazio temporale di riflessione su di sé negli e nelle adolescenti il cui sviluppo si sta manifestando in modo doloroso e incongruente con la propria identità di genere: quando si presenta, cioè, la cosiddetta disforia di genere. L'infanzia transgender è stata definita dalla commissione minori dell'ONIG, un'esperienza rara, complessa e multiforme; ad esempio in Inghilterra, alla Tavistock & Portman Clinic, nel 2018, la percentuale di casi è dello 0,007% su una popolazione composta da 34 milioni di minori. Anche negli Stati Uniti le stime riportano una percentuale altrettanto modesta, sotto l'1%. Negli ultimi 13 anni, dal 2005 al maggio 2018 in Italia sono 251 le famiglie che si sono rivolte ai centri specialistici che si occupano di bambini e adolescenti con Sviluppo atipico dell'identità di genere. Alcuni avevano bisogno di capire come meglio agire per il benessere dei loro figli, altri di supporto. Solo alcuni sono arrivati con una richiesta esplicita di una terapia di affermazione di genere. Quasi sempre per questi ragazzi e per le loro famiglie è iniziato un percorso di valutazione psicologica e medico-endocrinologica ma mai, in nessun caso, si è proceduto con un adeguamento chirurgico del sesso, una pratica non raccomandata dalle linee guida internazionali fino al compimento del xviii anno d'età. Tuttavia il fenomeno è in crescita: nel 2017 sono state 64 le nuove prese in carico negli 8 centri italiani dell'ONIG (Torino, Trieste, Torre del Lago, Firenze, Bologna, Roma, Napoli e Milano), di cui 20 solo al Servizio di Adeguamento tra Identità Fisica e Identità Psicica dell'ospedale S. Camillo-Forlanini di Roma (SAIFIP).

Nel 2016 le prese in carico relative a minori nella rete ONIG furono 48, l'anno prima 31. I numeri però sono sottostimati perché considerano solo i casi di cui ci si occupa in ambienti clinici e non è rappresentativo di quanti mostrano segnali più o meno forti di disagio rispetto all'identità di genere. *Restano invisibili le esperienze di quei minori che non cercano aiuto perché temono il giudizio della collettività o perché non dispongono di informazioni adeguate sugli specialisti a cui rivolgersi o perché l'incongruenza tra identità di genere e sesso biologico non crea sofferenza.*

Quando si tratta di bambini, sono i genitori preoccupati che in prima persona si occupano di contattare i centri specializzati, mentre sempre più spesso sono gli adolescenti che si attivano in prima persona, andando alla ricerca di informazioni grazie a internet e ai social network. Spesso è proprio lo sviluppo puberale a generare una forte sofferenza in questa fascia d'età. La letteratura scientifica descrive infatti gli adolescenti transgender come più a rischio: l'isolamento e la percezione della propria diversità li fa crescere isolati e fragili. È molto frequente che la vergogna e l'autosvalutazione li portino a un progressivo ritiro sociale, all'abbandono scolastico. Nei casi più gravi, all'autolesionismo, a condotte a rischio suicida.

I principi della WPATH, inoltre, affermano che il rifiuto di interventi medici tempestivi per gli adolescenti può prolungare la disforia di genere e contribuire ad un aspetto fisico che potrebbe provocare l'abuso e stigmatizzazione. Siccome il livello di abusi legati al genere è fortemente associato con il grado di disagio psichiatrico durante l'adolescenza (Nuttbrock *et al.*, 2010), negare la soppressione della pubertà e la successiva terapia ormonale femminilizzante o mascolinizzante non è un'opzione "neutrale" per gli adolescenti.

L'assunzione di bloccanti ipotalamici è un tema che si è altamente dibattuto negli ultimi anni in Italia. In casi accuratamente selezionati, agli adolescenti vengono somministrati bloccanti ipotalamici che determinano il blocco della produzione di estrogeni o di testosterone con lo scopo di sospendere momentaneamente la pubertà. Questa terapia viene usata in Europa in presenza di Disforia di genere da circa 30 anni.

In Italia i bloccanti sono stati prescritti per la prima volta dal centro CIADIG del Careggi di Firenze su 3 pazienti di 17 e 14 anni. Si tratta comunque di interventi reversibili pertanto in qualunque momento l'adolescente decida di interrompere il trattamento, la pubertà riprenderà nella direzione del sesso biologico. Dopo il caso di Firenze, nel dicembre 2018 anche al C.I.D.I.Ge.M. di Torino sono stati somministrati.

Alcuni dei servizi sopra nominati hanno una sezione specificamente adibita al trattamento della disforia di genere in età evolutiva, che rappresenta la fascia d'età a cui inizia la pubertà

(12-17 anni). Tra questi ritroviamo: il Servizio per l'età evolutiva con sviluppo atipico dell'identità di genere di Bologna, l'Ambulatorio per le identità di genere atipiche in età evolutiva presso Careggi di Firenze, l'Ambulatorio per la disforia di genere presso l'Ospedale Niguarda di Milano (sospeso a partire dal 2019), il Servizio per l'età evolutiva con sviluppo dell'identità di genere atipico presso Federico II Napoli, l'Area Minori SAIFIP presso l'ospedale San Camillo Forlanini di Roma, il C.I.D.I.Ge.M. presso l'ospedale San Giovanni Antica Sede di Torino, il Consultorio transgender di Torre del Lago, l'Ambulatorio Pediatrico per la Varianza di Genere (A.Pe.Va.Ge.) presso l'Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) materno-infantile Burlo Garofolo di Trieste.

Per quanto riguarda la fascia d'età considerata "protetta", ossia la fascia 0-11 anni, in Italia, allo stato attuale, ci sono ancora numerosissime riserve riguardo la somministrazione dei bloccanti ipotalamici e talvolta gli endocrinologi pediatrici non sono supportati da idonee formazioni, ricerche ed evidenze riguardo le possibili implicazioni della disforia di genere in età prepuberale e scelgono di non collaborare con associazioni o presa in carico di pazienti in transizione.

# I servizi psicologici visti dall'occhio dell'utente transgender

di Eleonora Meloni

## 4.1. Materiali e metodi della ricerca

L'obiettivo principale del presente studio consiste nel raccogliere una visione d'insieme della qualità dei servizi psico-sanitari italiani che prestano assistenza alle persone Transgender e Gender Non Conforming (TGNC), intervistando coloro che vi si rivolgono. Nello specifico, lo studio si propone di analizzare:

1. la percentuale di persone TGNC che si rivolgono ai servizi;
2. le esperienze e le valutazioni, sia positive che negative, delle persone che si rivolgono ai servizi e le loro proposte per migliorare l'assistenza;
3. i motivi che portano le persone a non rivolgersi a tali servizi e le loro aspettative tal caso decidessero di rivolgersi.

Questa ricerca si basa sui diversi casi di stigma strutturale verso le persone transgender negli ambienti di cura psico-sanitaria, riportati negli anni dalla ricerca (Bradford *et al.*, 2013; Dolan *et al.*, 2020; Eyssel *et al.*, 2017; Kosenko *et al.*, 2013) e si pone come obiettivo lo studio della portata di questo fenomeno in Italia.

## 4.2. Partecipanti

La ricerca ha coinvolto un campione di 121 persone che si identificano come transgender, tra i 18 e i 61 anni. Il 49,59% ( $n = 60$ ) degli intervistati ha affermato di avere un'identità di genere maschile il 28,92% ( $n = 35$ ) un'identità di genere femminile, il 17,35% ( $n = 21$ ) ha affermato di identificarsi come non-binario. Il 4,13%

( $n = 5$ ) rimanente si è identificato come trans, transessuale, FtM non binario e *questioning*<sup>1</sup>.

### 4.3. Procedura e strumenti

Il questionario utilizzato (cfr. FIG. 4.6) per condurre le interviste è stato costruito in forma di intervista strutturata appositamente per questo studio e, tramite l'utilizzo di *Google Forms* (strumento che permette la costruzione di questionari diffondibili su internet), è stato somministrato a persone che si identificano come transgender di tutta Italia. Il questionario è stato suddiviso in 4 sezioni:

1. una prima sezione dedicata ai dati sociodemografici, che include identità di genere, età e regione di provenienza;
2. una sezione dedicata a coloro che hanno usufruito dei servizi psico-sanitari presenti sul territorio italiano dedicati alle persone transgender;
3. una sezione legata alla valutazione soggettiva di tali strutture, con degli spazi riservati alle esperienze personali e alle proposte per i servizi;
4. una sezione dedicata alle persone che non hanno usufruito dei servizi psico-sanitari presenti sul territorio italiano dedicati alle persone transgender, le loro motivazioni e le loro aspettative tal caso decidessero di rivolgersi.

Per la diffusione del questionario sono state contattate attraverso e-mail e social media (Facebook e Instagram) numerose associazioni e attivisti italiani che fanno parte della realtà LGBT+ e Trans\* (l'asterisco viene utilizzato per riferirsi in maniera inclusiva a coloro che si identificano come transgender o transessuali). Il questionario è stato somministrato nel periodo tra giugno e agosto del 2020 ed è stato scelto di distribuirlo solamente in modalità online per via delle norme anti Covid-19 che molti servizi hanno adottato. Nel questionario è stato utilizzato un linguaggio pienamente inclusivo e quando non è stato possibile

---

1. *Questioning* è un termine anglofono utilizzato per identificare le persone che stanno iniziando a mettere in dubbio la propria identità di genere.

formulare una domanda in maniera neutra, è stato utilizzato il simbolo dell'asterisco (altamente diffuso nella cultura LGBT+) per sostituire le particelle di genere.

In riferimento alle considerazioni etiche, è stato chiesto il consenso informato all'inizio del questionario, il quale è stato compilato in maniera totalmente anonima e su base volontaria. Tutti i partecipanti sono stati informati sugli scopi dello studio.

#### 4.4. Profili sociodemografici

Come riportato in Tabella 4.1 il campione spazia dai 18 ai 61 anni di età ( $m = 27,35$ ,  $sd = 11,41$ )<sup>2</sup>. Tramite una suddivisione in fasce di età, si può notare che la fascia più rappresentata sia quella dai 18 ai 25 anni ( $n = 74$ ; 61,16%), di cui 56,76% di persone hanno un'identità di genere maschile, un 20,27% di identità di genere femminile e un 20,27% di persone non-binarie. È, inoltre, possibile notare che una numerosa parte di persone che si identificano come non binarie fa parte di questa fascia di età più giovane (71,43%).

Il numero di persone che si identificano come uomini ( $n = 60$ ; 49,59%) supera di gran lunga le altre, con un 28,92% di donne ( $n = 35$ ) e un 17,35% di persone non binarie ( $n = 21$ ). Come ipotizzato dallo studio di Vitelli *et al.* (2017) è possibile che l'utilizzo del questionario online abbia influenzato la presenza di un maggior numero di persone con identità di genere maschile all'interno del campione. Vi è anche la possibilità che questa numerosità rifletta una reale maggioranza di persone FtM nella popolazione italiana, questa ipotesi, però, non è verificabile data la mancanza di dati statistici certi sulla popolazione transgender.

Le regioni italiane dalle quali provengono le persone intervistate (FIG. 4.2) sono maggiormente la Lombardia ( $n = 31$ ; 25,62%), l'Emilia-Romagna ( $n = 18$ ; 14,88%) e il Lazio ( $n = 16$ ; 13,22%). Si può ipotizzare che questa alta numerosità della Lombardia sia ascrivibile alla popolosità della regione, attualmente di 10,06 milioni di abitanti. Nella stessa maniera, si può notare l'assen-

---

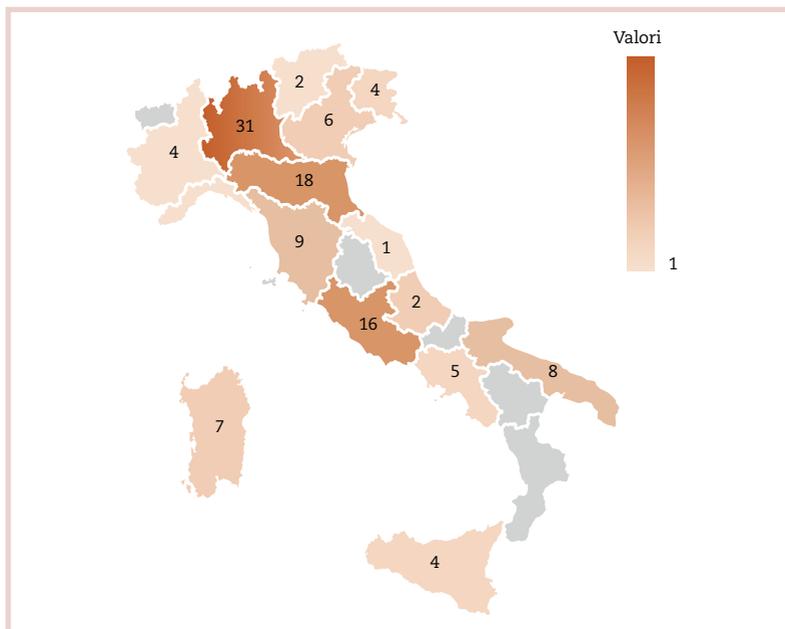
2.  $m$  = media;  $sd$  = deviazione standard

**Tabella 4.1. Dati sociodemografici delle persone transgender intervistate.**

Identità di genere	Uomo (n = 60) o media ± DS	Donna (n = 35) o media ± DS	Non-binario (n = 21) o media ± DS	Altro (n = 5) o media ± DS	Totale (n = 121) o media ± DS
Età (media)	25,45 ± 10,62	31,03 ± 12,19	24,43 ± 8,76	36,6 ± 16,36	27,35 ± 11,41
Età (range)					
18-25	42 (70%)	15 (42,86%)	15 (71,43%)	2 (40%)	74 (61,16%)
26-35	10 (16,67%)	8 (22,86%)	4 (19,05%)	0	22 (18,18%)
36-45	3 (5%)	6 (17,14%)	1 (4,76%)	1 (20%)	11 (9,09%)
46-55	3 (5%)	5 (14,29%)	1 (4,76%)	2 (40%)	11 (9,09%)
56+	2 (3,33%)	1 (2,86%)	0	0	3 (2,48%)
Regione di provenienza					
Abruzzo	0	2 (5,71%)	0	0	2 (1,65%)
Campania	2 (3,33%)	3 (8,57%)	0	0	5 (4,13%)
Emilia-Romagna	9 (15%)	5 (14,29%)	2 (9,52%)	2 (40%)	18 (14,88%)
Friuli-Venezia Giulia	1 (1,67%)	1 (2,86%)	2 (9,52%)	0	4 (3,3%)
Lazio	8 (13,3%)	3 (8,57%)	5 (23,81%)	0	16 (13,22%)
Liguria	3 (5%)	1 (2,86%)	0	0	4 (3,3%)
Lombardia	13 (21,6%)	12 (34,29%)	5 (23,81%)	1 (20%)	31 (25,62%)
Marche	1 (1,67%)	0	0	0	1 (0,83%)
Piemonte	3 (5%)	1 (2,86%)	0	0	4 (3,3%)
Puglia	7 (11,6%)	1 (2,86%)	0	0	8 (6,61%)
Sardegna	3 (5%)	1 (2,86%)	2 (9,52%)	1 (20%)	7 (5,78%)
Sicilia	3 (5%)	0	1 (4,76%)	0	4 (3,3%)
Toscana	3 (5%)	3 (8,57%)	2 (9,52%)	1 (20%)	9 (7,44%)
Trentino-Alto Adige	2 (3,33%)	0	0	0	2 (1,65%)
Veneto	2 (3,33%)	2 (5,71%)	2 (9,52%)	0	6 (4,96%)

za di risposte per le regioni Calabria, Basilicata, Umbria e Valle d'Aosta, ipoteticamente attribuibile, nelle ultime 3, sia alla bassa popolazione che all'assenza di servizi dedicati.

**Figura 4.2.** Rappresentazione grafica della provenienza delle persone intervistate (Fonte: Con tecnologie Bing © GeoNames, Microsoft, TomTom)



## 4.5. Assistenza psico-sanitaria

Come riportato in tabella 4.3, il campione analizzato si scinde quasi perfettamente a metà in riferimento alla variabile “assistenza da parte di un servizio”, con un 50,41% ( $n = 61$ ) di persone che si sono rivolte ai servizi psico-sanitari dedicati alle persone transgender e un 49,59% ( $n = 60$ ) di persone che non vi si sono rivolte. L'età media delle persone che si rivolgono ai servizi ( $m = 29,03$ ;  $sd = 12,52$ ) è leggermente più alta delle persone che non lo fanno ( $m = 25,63$ ;  $sd = 9,96$ ), questo può essere imputabile al fatto che i più giovani non vivono in ambienti familiari e sociali all'interno dei quali si sentono al sicuro nell'intraprendere il percorso di transizione. Si può, inoltre, notare che le persone che si identificano come non binarie fanno un minore utilizzo dei servizi psico-sanitari dedicati (il 14,29% delle persone intervistate afferma di aver usufruito di tali servizi contro un 85,71% che non ne ha usufruito).

**Tabella 4.3. Assistenza da parte di servizi psico-sanitari dedicati alle persone transgender**

Assistenza da parte di un servizio	Uomo (n = 60)	Donna (n = 35)	Non-binario (n = 21)	Altro (n = 5)	Totale (n = 121)
Sì	38 (63,33%)	19 (54,29%)	3 (14,29%)	1 (20%)	61 (50,41%)
No	22 (36,67%)	16 (45,71%)	18 (85,71%)	4 (80%)	60 (49,59%)

Tipologia di percorso	Uomo (n = 38)	Donna (n = 19)	Non-binario (n = 3)	Altro (n = 1)	Totale (n = 61)
individuale	36 (94,74%)	15 (78,95%)	1 (33,33%)	1 (100%)	53 (86,89%)
di gruppo	1 (2,63%)	0	0	0	1 (1,64%)
entrambi	1 (2,63%)	3 (15,79%)	2 (66,67%)	0	6 (9,84%)

**Valutazione dell'assistenza**

Molto bene	7 (18,42%)	3 (15,79%)	0	0	10 (16,39%)
Bene	6 (15,79%)	3 (15,79%)	2 (66,67%)	0	11 (18,03%)
Bene, ma si potrebbe migliorare	17 (44,74%)	8 (40%)	0	0	25 (40,98%)
Male	7 (18,42%)	5 (25%)	0	1 (100%)	13 (21,31%)

**Informazione operatori**

Sì	28 (73,68%)	13 (68,42%)	2 (66,67%)	0	43 (70,49%)
No	8 (21,05%)	5 (26,32%)	1 (33,33%)	0	14 (22,95%)

## 4.6. Valutazione dell'assistenza

Alle persone che hanno affermato di aver usufruito dei servizi sono state poste 3 domande, una attraverso la quale si potesse valutare la preparazione degli operatori psico-sanitari sulle tematiche transgender, una che chiedeva quale tipo di percorso psicologico si fosse seguito (individuale, di gruppo, altro) e una che valutasse il servizio in maniera generale.

Attraverso la domanda «Gli operatori ti sono sembrati informati sui temi transgender?», alla quale era possibile rispondere Sì, No, o dare una risposta breve libera, è stata valutata la pre-

parazione sulle tematiche di cura transgender degli operatori psico-sanitari. A questa domanda, il 70,49% delle persone ha risposto Sì, mentre il 22,95% ha risposto No. Tra le risposte fornite liberamente dalle persone intervistate alla domanda sul livello di informazione nelle tematiche transgender da parte degli operatori psico-sanitari si possono notare le affermazioni «tendenzialmente erano impegnati a porre dubbi sulle scelte personali, per indurre dubbio» e «diciamo che bisognerebbe stare un po' al passo coi tempi».

Le persone che hanno intrapreso un percorso psicologico, riferiscono di aver intrapreso per la maggior parte un percorso di terapia individuale ( $n = 53$ ; 86,89%). Solo l'1,64% riferisce di aver intrapreso esclusivamente un percorso di terapia di gruppo, mentre il 9,84% afferma di aver intrapreso sia un percorso individuale che un percorso di gruppo.

Per valutare la qualità dell'assistenza ricevuta, è stata posta ai soggetti intervistati la domanda «Come ti sei trovato\*?» e sono state date 5 possibilità di risposta: molto bene; bene; bene, ma si potrebbe migliorare; male; possibilità di risposta libera. Il 16,39% delle persone intervistate riferisce di essersi trovata «Molto bene» ( $n = 10$ ), il 18,03% ha risposto «Bene» ( $n = 11$ ), il 40,98% ha risposto «Bene, ma si potrebbe migliorare» ( $n = 25$ ), il 21,31% afferma di essersi trovato «Male» ( $n = 13$ ). Nella sezione che prevedeva una possibilità di risposta libera nella valutazione dell'assistenza, si possono riportare le risposte «ho fatto il percorso psicologico per il nulla osta della terapia ormonale» e «non è stato un aiuto, ma neanche un ostacolo».

Le risposte positive «Molto bene» e «Bene» reindirizzavano la persona intervistata alla domanda «In che modo gli operatori e la struttura ti hanno aiutato\* a sentirti a tuo agio? Senti che il tuo percorso di vita sia migliorato grazie al loro aiuto?» alla quale si era invitati a dare una risposta libera.

La risposta «Bene, ma si potrebbe migliorare» reindirizzava la persona intervistata alle domande «Che problematiche hai trovato all'interno della struttura? Come le miglioreresti?» e «Senti che, nonostante tutto, il tuo percorso di vita sia migliorato grazie all'aiuto della struttura?» alla quale si era invitati a dare una risposta libera.

Le risposte «Male» e la risposta libera reindirizzavano la persona intervistata alla domanda «Che problematiche hai trovato all'interno della struttura? Come le miglioreresti?».

#### 4.7. Valutazioni positive

Qui di seguito si riportano alcune delle risposte chiave che sono venute in risalto dalla domanda «In che modo gli operatori e la struttura ti hanno aiutat\* a sentirti a tuo agio? Senti che il tuo percorso di vita sia migliorato grazie al loro aiuto?» posta alle persone intervistate che hanno affermato di essersi trovate «Molto bene» o «Bene» all'interno del servizio psico-sanitario.

Alcune risposte citano l'importanza dell'essere a contatto con altre persone transgender all'interno del servizio:

A livello individuale mi hanno permesso con più chiarezza di esplorare il mio rapporto con me stess\* e mi hanno dato la possibilità di iniziare un percorso di transizione. Per quanto riguarda il supporto di gruppo, sono stat\* felice di potermi confrontare con persone che vivono esperienze simili alla mia. In generale, hanno migliorato molto la mia vita.

Gli operatori mi hanno da subito fatto sentire a mio agio poiché hanno sempre mostrato rispetto nei miei confronti utilizzando sempre nomi e pronomi corretti, inoltre la presenza all'interno della struttura di persone trans che hanno già iniziato il percorso e che sono lì per consigli e spiegazioni rende sicuramente l'ambiente più confortevole.

Da altre risposte risalta il ruolo fondamentale del servizio nel *non far sentire sbagliata la persona* a carico, aiutarla a percorrere la sua strada e a comprendere al meglio se stessa: «Quando mi sono rivolto alla struttura ero minorenni e nessuno mi dava il pronome maschile loro mi hanno subito chiamato come ho scelto e per questo mi hanno fatto sentire a mio agio e non un alieno venuto da Marte. Certamente fare un percorso psicologico non serve solo per avere una carta firmata ma è un'occasione per riflettere su di sé»; «Mi hanno accolto e fatto sentire non sbagliato»; «La dottoressa che mi ha seguito mi ha preso la mano come si

fa ad un bimbo quando inizia a camminare»; «Gli operatori mi stanno aiutando a comprendere me stesso, da solo non ci sarei mai riuscito».

Tra le risposte rilevate, si segnalano anche delle affermazioni meno positive, tra le quali: «Mi sono trovato bene, ma non hanno migliorato il mio percorso»; «No... Hanno solo confermato le mie certezze».

#### **4.8. «Bene, ma si potrebbe migliorare»**

Le risposte ricevute alla domanda «Che problematiche hai trovato all'interno della struttura? Come le miglioreresti?» posta a coloro che hanno valutato il servizio tramite la risposta «Bene, ma si potrebbe migliorare» evidenziano diverse problematiche. Alcune persone hanno evidenziato la presenza di concetti scorretti e stereotipati nei confronti delle persone transgender: «Il personale non era informato adeguatamente sulle tematiche trans, si basavano ancora su una visione anacronistica, binaria e stereotipata»; «Tempi biblici, psicologi che credono che tutte le persone trans rispondano allo stesso cliché, il miglioramento sarebbe senza dubbio il tempo, dopodiché personale più umano ed elastico».

Un altro tipo di problematica riscontrata riguarda le tempistiche del servizio, in aggiunta a difficoltà burocratiche e di organizzazione: «Disorganizzazione, i dati vengono dati in modo parziale e non professionale, i vari reparti riguardante le tematiche transgender (endocrinologia, chirurgia ecc.) non comunicano e non sanno dare indicazioni precise»; «Incompleto, ci vorrebbero dei gruppi gestiti da personale qualificato e le sedute psicologiche e psichiche troppo poche solo a distanza di troppo tempo. Poi non c'è la possibilità di usufruire dell'ospedale per gli interventi e devi cercarti fuori regione il chirurgo che ti opera»; «Tempi di attesa lunghissimi, troppa burocrazia e si dedica troppo poco tempo alle persone. Bisognerebbe formare più persone su tutto il territorio regionale in modo che ogni provincia possa essere pronta ad accompagnare l\* propr\* cittadino\* transgender durante il percorso di transizione. Una persona trans di Reggio ha gli stessi diritti di una persona trans di Bologna!»;

[...] Gravi disagi sia per chi voleva iniziare il [...] percorso di transizione (inserito quindi in liste fino a due anni di attesa solo per poter cominciare il percorso – io personalmente ho atteso un anno) e per chi, dopo il percorso di psicoterapia già di per sé lungo ed impegnativo, era vicino all'inizio della terapia ormonale e si è visto sospendere tutto per poi riprendere a tempi indefiniti (io personalmente, proprio a causa di questo blocco, dopo un solo mese di terapia ormonale mi sono dovuto per forza rivolgere a psicoterapeuta privato per poter continuare il mio percorso).

C'è inoltre una grave lacuna riguardo ai lunghissimi tempi per quanto riguarda le consulenze ginecologiche/endocrinologiche quindi si ha il disagio di attendere troppo tempo per effettuare dei controlli o semplicemente in caso di necessità di cambiare la terapia ormonale (io personalmente ho atteso 7 mesi per cambiare una terapia ormonale le cui tempistiche non andavano bene per me);

La vicinanza psicologica durante l'inizio. Non proprio superficialità ma credo possa esser fatto molto di più durante l'inizio della transizione dato il cambiamento che si vuole fare. L'inizio è uno dei momenti più delicati sopra tutto psicologicamente e il più delle volte si devono affrontare momenti di forte solitudine se non si hanno persone vicine. Gli appuntamenti psicologici sono lontani l'uno dall'altro. Ogni appuntamento dista dal precedente a volte di mesi e questo può comportare momenti di estrema incertezza o sconforto nel percorso che si è deciso di fare. Credo che la vicinanza psicologica settimanale sia di forte aiuto per tutte le persone che hanno deciso di affrontare questa meravigliosa transizione.

Alla seguente domanda «Senti che, nonostante tutto, il tuo percorso di vita sia migliorato grazie all'aiuto della struttura?» si riscontrano un 73,08% di risposte chiaramente positive e un 19,23% di risposte negative.

Tra le persone che hanno fornito un'argomentazione, si può notare che le risposte positive sono legate alla possibilità di mettere in moto il percorso di affermazione di genere, ma non appaiono connesse al tipo di aiuto che è stato ricevuto all'interno del servizio: «Sì perché ho potuto iniziare il percorso e ora sono in terapia da quasi 4 anni»; «Parzialmente sì, ma più che altro per il nulla osta per la TOS (Terapia Ormonale Sostitutiva)»; «Sì ma non dipende dalla struttura in sé in quando il percorso psicologico è obbligatorio».

Tra le risposte negative, si può constatare un trend simile, le persone intervistate mostrano sentimenti positivi riguardanti l'inizio del percorso di affermazione di genere, ma valutazioni negative nei confronti del servizio: «No, è solo grazie alla terapia ormonale, l'obbligo di dover rivolgersi a una struttura è solo un peso per quanto mi riguarda»; «No, mi sono rivolto a professionisti privati e sono andato da loro solo per una relazione rilasciata da un ente pubblico».

#### 4.9. Valutazioni negative

Le risposte alla domanda «Che problematiche hai trovato all'interno della struttura? Come le miglioreresti?» posta a coloro che hanno valutato il servizio tramite la risposta «Male» o attraverso la risposta libera non differiscono in maniera particolare da coloro che hanno segnalato di essersi trovati «Bene, ma si potrebbe migliorare». Si possono infatti evidenziare risposte simili, riguardanti le idee stereotipate degli operatori psico-sanitari nei confronti delle persone transgender:

«Ho subito un po' di pressione e mi sono sentito a volte sbagliato perché il mio comportamento riguardo la mia transessualità non è come la maggior parte dei ragazzi»; «C'era tanta superficialità, si dava per scontato che l'uomo dovesse avere i capelli corti ad esempio».

In maniera analoga, sono presenti segnalazioni riguardanti le tempistiche e l'organizzazione del servizio:

«Per quanto riguarda il percorso iniziato al policlinico di Bari ritengo che i tempi d'attesa per le terapie ormonali siano eccessivi, la disorganizzazione è altrettanto palese. non si riesce a mantenere un rapporto continuativo con lo stesso psicoterapeuta e spesso e volentieri le sedute sono state annullate senza preavviso anche a discapito di chi veniva da città anche molto lontane».

Altre tipologie di problematiche segnalate riguardano casi di *misgendering*, di rigidità nel seguire gli standard di cura ed edifici poco adeguati:

Incostanza difficile da giustificare. A volte rispettavano le assurde regole dell'ONIG alla lettera, a volte le ignorano senza soluzione di continuità. È il sistema ONIG che è vetusto e fallace di sé, per cui chiunque lo segua si pone di fatto in posizione problematica verso gli individui. Da idee curiose e antiquate dei ruoli di genere (se hai paura dei serpenti, sei donna), a un ambiente non molto accogliente e deprimente (un corridoio di un ospedale con l'intonaco scrostato, senza accesso disabili). Si percepisce che vogliono aiutare, ma mancano alcune basi fondamentali che andrebbero apprese mettendosi a tavolino con attivisti trans e non binari e parlando a lungo.

#### **4.10. Nessuna assistenza**

Coloro che hanno affermato di non essersi recati presso alcun servizio psico-sanitario dedicato sono stati reindirizzati verso le domande «Perché?» alla quale era possibile dare più di una risposta, a scelta fra «Non c'è una struttura nelle vicinanze»; «Non ne ho sentito il bisogno», «Per andarci, dovrei fare coming out»; «Motivi economici»; «C'è una struttura, ma ne ho sentito parlare male» e la possibilità di una risposta breve libera. La seguente domanda chiedeva alle persone intervistate «Cosa ti aspetteresti di trovare e quale aiuto vorresti ricevere da una struttura di questo genere?». In tabella 4.4 si possono vedere le risposte raccolte, suddivise per identità di genere. Il grafico riassuntivo (cfr. FIG. 4.5) che segue la tabella mostra che le motivazioni più popolari siano la mancanza di una struttura nelle vicinanze del proprio recapito (27%) e il bisogno di fare coming out per potersi recare (26%). Come ipotizzabile, quest'ultima risposta è più frequente nella fascia di età 18-25 (85,71%), in quanto si può supporre che in questa fascia di età le persone vivano ancora con i genitori.

È interessante notare il fatto che la motivazione principale che porta le persone che si identificano come non binarie a non recarsi presso strutture dedicate sia la mancanza di una struttura nelle vicinanze, non l'assenza di bisogno come si sarebbe potuto ipotizzare data la mancante spinta verso il cambio di genere.

**Tabella 4.4.** Motivazioni che hanno causato il mancato riferimento ai servizi psico-sanitari dedicati.

	Uomo (n = 22)	Donna (n = 16)	Non-binario (n = 18)	Altro (n = 4)	Totale (n = 60)
Non c'è una struttura nelle vicinanze	8	3	10	1	22
C'è una struttura, ma ne ho sentito parlare male	3	3	2	0	10
Motivi economici	3	4	4	1	11
Per andarci, dovrei fare coming out	8	6	7	1	21
Non ne ho sentito il bisogno	4	2	3	0	9
Altro	4	2	1	2	9

**Figura 4.5.** Motivazioni del mancato riferimento ad un servizio psico-sanitario dedicato



Alcune delle risposte libere (rappresentate dalla dicitura «Altro» nella TAB. 4.4) fornite dalle persone intervistate sono le seguenti:

«È patologizzante essere obbligate a una psicoterapia per avere accesso al trattamento ormonale»; «I tempi di attesa sono troppo lunghi»; «Eseguo visite privatamente»; «Ho questioni complicate in famiglia»; «Ci sono pochi gruppi privati e sono ONIG»; «I miei genitori non me lo permetterebbero».

La seguente domanda è stata posta alle persone intervistate per indagare quali siano le aspettative e, di rimando, i bisogni dell'utenza transgender nei confronti di una struttura dedicata «Cosa ti aspetteresti di trovare e quale aiuto vorresti ricevere da una struttura di questo genere?». Alcune delle affermazioni raccolte sono un prevedibile eco dei temi già introdotti attraverso la valutazione dei servizi, i quali includono la preparazione sulle tematiche specifiche da parte dello staff, assenza di rigidità nell'approccio con l'utenza e maggiore empatia, il tema dell'aiuto reciproco e dell'essere a contatto con persone che vivono la stessa esperienza.

«Mi aspetterei di trovare uno staff medico e psicologico adatto con esperienza e che siano stati formati sulle tematiche trans in modo aggiornato, essendo una situazione molto delicata la transizione mi aspetterei di trovare personale che sappia andare incontro alle più disparate esigenze che ogni percorso necessita»; «Persone comprensive e competenti che sappiano aiutare le persone in modo più professionale ed empatico possibile»; «Incontri con altri transgender e aiuto reciproco»; «Una buona spiegazione di tutto il percorso che c'è da fare, una buona assistenza psicologica e confrontarsi con persone come te».

In questa sezione viene, inoltre, introdotta una nuova tematica, quella della famiglia. In particolare, si fa riferimento al bisogno di supporto e di educazione alle tematiche transgender per i familiari delle persone transgender: «Aiuto a capire di cosa ho bisogno, sostegno per me e la mia famiglia e aiuto a raggiungere quello di cui ho bisogno»; «Mi aspetterei un aiuto psicologico e un modo per avvicinare almeno la famiglia alla comprensione e accettazione del tema»; «Specialisti informati anche su identità all'interno dello spettro di genere che sono poco conosciute in Italia, supporto psicologico adeguato alla situazione e materiale informativo adatto a educare le famiglie di individui di genere non binario».

Risulta, inoltre, poco chiaro il reale bisogno di inserire un percorso di psicoterapia obbligatorio all'interno del percorso di affermazione di genere, un'affermazione più popolare tra coloro che non si sono rivolti a un servizio o che hanno avuto esperienze negative all'interno di questi: «Desidero non dover essere obbligata ad interfacciarmi con psicologi e/o psichiatri per avere accesso al trattamento ormonale».

#### 4.11. Discussione

I dati ottenuti mostrano un quadro variopinto dei servizi psico-sanitari italiani dedicati all'utenza transgender. Questo studio si è inizialmente posto come obiettivo l'analisi:

1. della percentuale di persone TGNC che si rivolgono ai servizi;
2. delle esperienze e le valutazioni, sia positive che negative, delle persone che si rivolgono ai servizi e le loro proposte per migliorare l'assistenza;
3. dei motivi che portano le persone a non rivolgersi a tali servizi e le loro aspettative tal caso decidessero di rivolgersi.

E in generale l'analisi del rapporto tra persone TGNC e servizi psico-sanitari a loro dedicati. Si sottolinea il carattere esplorativo di questo studio, i cui risultati dovrebbero essere verificati in futuro con un campione più numeroso.

In riferimento al primo obiettivo, come già precedentemente menzionato, si può notare una scissione abbastanza equa tra coloro che si rivolgono ai servizi e coloro che non vi si rivolgono. Si può evidenziare un leggero sbilanciamento nell'età media, di 29 anni per chi li frequenta e di 25 anni per chi non li frequenta. Non sono riscontrabili particolari differenze in senso geografico, si può, però, ipotizzare che le persone scelgano di risiedere in zone più fornite dai servizi dedicati. Rispetto all'identità di genere, non si riportano differenze significative tra coloro che si identificano come uomini o donne, mentre è più marcata la differenza tra le persone che si identificano come non binarie. Solo il 14,29% delle persone non binarie intervistate, infatti, ha deciso di rivolgersi ai servizi. Si potrebbe ipotizzare che questo sia dato dalla bassa età media di questa categoria o dal fatto che non potrebbero sentire

il bisogno di affrontare un percorso di affermazione di genere, ma i dati raccolti mostrano che la principale motivazione fornita sia la mancanza di servizi nelle vicinanze.

Il secondo obiettivo ha raccolto una considerevole mole di esperienze, sia in lato positivo che in lato negativo. Considerando il fatto che la maggior parte delle persone che ha valutato il servizio tramite l'opzione «Bene, ma si potrebbe migliorare» ha, in seguito, riportato esperienze che poco si discostavano da coloro che riferiscono di essersi trovati «Male», si può affermare di aver raccolto circa un 61% di esperienze negative. Esaminando i dati raccolti non è riscontrabile una polarizzazione della qualità dei servizi in maniera geografica. Tra nord, centro e sud Italia si possono trovare in egual maniera sia servizi che offrono una buona assistenza sia servizi che mostrano delle chiare carenze.

Rispetto, empatia e accoglienza sono le parole chiave che caratterizzano le valutazioni positive raccolte. È fondamentale mostrare rispetto nei confronti dell'identità di genere della persona e farla sentire a suo agio all'interno di questo tortuoso percorso di vita.

L'aver seguito un percorso di terapia di gruppo o individuale non sembra aver inferito sulla valutazione dei servizi, ma sembra molta apprezzata la possibilità di contatto e confronto con altre persone transgender che seguono il percorso di affermazione di genere.

Il 70,49% delle persone ha valutato positivamente la preparazione degli operatori sulle tematiche transgender, ma, in seguito, alcune di queste persone hanno rilasciato affermazioni contrastanti con la prima valutazione. Non è chiaro il motivo di questo contrasto, ma vi è la possibilità che non fosse chiaro il contenuto della domanda.

Le persone intervistate chiedono una collaborazione tra i servizi psico-sanitari e le associazioni che si fanno da portavoce per i loro diritti, per migliorare le tempistiche, diminuire le rigidità e dare una maggior vicinanza psicologica.

In riferimento al terzo obiettivo, si riscontra come problema diffuso la mancanza di capillarità di questi servizi, i quali sono, in certi casi, totalmente assenti in più regioni italiane. È chiaro che non sia un'opzione viabile per chiunque potersi spostare in

una diversa città o regione per ricevere l'assistenza necessaria. Si potrebbe venire incontro al secondo problema più diffuso, ovvero il bisogno di fare coming out, offrendo ai più giovani delle sedute di counseling psicologico gratuito, che li aiuti ad affrontare questo tema e offra supporto familiare.

Tramite le valutazioni che sono state analizzate si possono distinguere diversi macro-temi che contraddistinguono i bisogni dell'utenza transgender. Questi macro-temi individuati sono 4: contatto con persone che vivono le stesse esperienze, tempistiche e organizzazione che non alienino l'utenza, empatia e distacco da idee stereotipate, supporto familiare. Risulta necessario confrontarsi con l'utenza e con le realtà associazionistiche in riferimento a queste tematiche e migliorare l'educazione degli operatori psico-sanitari sulle tematiche transgender in modo più approfondito, così da poter offrire alle persone un'assistenza sempre migliore.

I limiti del presente studio partono dalla mancanza di dati precisi sulla popolazione di riferimento, ma correntemente l'Azienda ospedaliera universitaria Careggi, l'Università di Firenze, l'Istituto superiore di sanità, la fondazione The Bridge con il supporto dell'Osservatorio nazionale sull'identità di genere hanno avviato uno studio di popolazione chiamato SPoT<sup>3</sup> per colmare questa lacuna. Un altro limite è rappresentato dal metodo di raccolta dati utilizzato, ovvero il modulo online. È possibile che non tutte le persone abbiano accesso ai social media o siano in contatto con le realtà associazionistiche. Il metodo di raccolta dati avrebbe potuto, inoltre, condizionare un maggiore tasso di risposte dalla fascia di età più giovane. La modalità di individuazione del campione non è quindi rappresentativo dell'intera popolazione.

Essendo uno studio trasversale, inoltre, potrebbe non tenere conto dell'incidenza sulla popolazione reale ma solamente sulla data popolazione alla quale è stato sottoposto il questionario.

---

3. Stima della Popolazione Transgender adulta in Italia <http://www.studiopopolazione-spot.it/spot>.

**Figura 4.6. Questionario utilizzato**

**Questionario**

- Identità di genere:
  - Uomo
  - Donna
  - Non binario
  - Altro \_\_\_\_\_
- Regione di provenienza \_\_\_\_\_
- Età \_\_\_\_\_
- Hai mai usufruito dei servizi offerti da una struttura che offre aiuto psicologico per persone transgender?
  - Sì
  - No

Persone che hanno usufruito dei servizi

- Che tipo di percorso hai seguito?
  - Individuale
  - Di gruppo
  - Altro \_\_\_\_\_
- Gli operatori ti sono sembrati informati sui temi transgender?
  - Sì
  - No
  - Altro \_\_\_\_\_
- Come ti sei trovato\*?
  - Molto Bene
  - Bene →
  - Bene ma si potrebbe migliorare →
  - Male
  - Altro \_\_\_\_\_ →
- In che modo gli operatori e la struttura ti hanno aiutato\* a sentirti a tuo agio? Senti che il tuo percorso di vita sia migliorato grazie al loro aiuto?
- Che problematiche hai trovato all'interno della struttura? Come le miglioreresti?
- Senti che nonostante tutto il tuo percorso di vita sia migliorato grazie all'aiuto della struttura?
- Che problematiche hai trovato all'interno della struttura? Come le miglioreresti?

Persone che non hanno usufruito dei servizi

- Perché?
  - Non c'è una struttura nelle vicinanze
  - Non ne ho sentito il bisogno
  - Per andarci, dovrei fare coming out
  - Motivi economici
  - C'è una struttura, ma ne ho sentito parlare male
  - Altro \_\_\_\_\_
- Cosa ti aspetteresti di trovare e quale aiuto vorresti ricevere da una struttura di questo genere?

# Un servizio incontra la transizione di genere

di *Monia Fontanesi*

## 5.1. Una questione imprevista: la transizione di genere

Le organizzazioni sono entità dinamiche che evolvono e si trasformano nel rapporto con l'ambiente. L'incontro con stimoli specifici, talvolta, è importante al punto da stimolare un impatto su di esse o, più propriamente, sulle persone che ne fanno parte e la costituiscono, sui loro pensieri, sulle loro sensazioni e vissuti, sui loro comportamenti. Lo stimolo che, nello specifico, è entrato in contatto con l'organizzazione protagonista della presente ricerca è costituito dall'incontro, dall'accesso al servizio da parte di utenti che portano questioni relative all'identità di genere o, più in particolare, legate alla varianza e alla transizione da un genere all'altro. Le organizzazioni mantengono sempre scambi con l'ambiente esterno, attraverso i quali possono provenire stimoli, risorse, sollecitazioni che talvolta fungono da spinte verso il cambiamento. Il cambiamento si configura come un atto che ha l'obiettivo di rispondere alle esigenze del sistema organizzativo per aumentarne l'efficacia. Si tratta di un processo che coinvolge attivamente gli individui che sono parte dell'organizzazione e avviene su più fronti, ossia quello strutturale e quello strategico, ma comprende anche trasformazioni nelle idee, nelle credenze, negli atteggiamenti, nelle conoscenze e nei comportamenti delle persone.

## 5.2. Scopi e obiettivi della ricerca

L'obiettivo principale di questa ricerca qualitativa esplorativa, effettuata nel corso dell'anno 2018, è stato quello di indagare

quali effetti ha determinato, all'interno del Centro Adolescenza e Giovane Età (CAGE), l'incontro con la tematica della transizione di genere che costituisce un fenomeno recente. Infatti la prima utente transgender giunge al servizio soltanto nel 2015, prima di lei il CAGE non documenta casi che presentano le medesime caratteristiche. Gli accessi di questo tipo si sono poi intensificati negli ultimi due anni, 8 casi nuovi tra il 2017 e il 2018. Lo scopo di questo lavoro è quindi quello di esplorare come l'organizzazione e, in particolare, le persone che operano al suo interno, hanno impattato con questa tematica che rappresenta un elemento di novità per tale contesto. Nello specifico, intendo indagare quali idee, atteggiamenti, quali sensazioni e quali azioni, anche organizzative, l'incontro con tale tematica ha stimolato nei professionisti che si stanno avvicinando a essa.

### **5.3. Il contesto della ricerca: il CAGE: Centro per l'Adolescenza e la Giovane Età**

Il Centro per l'Adolescenza e Giovane Età nasce nel 2000 per merito della Dottoressa Maria Zirilli, la quale ne è stata la responsabile fino al 2010, e si costituisce come servizio centrato sulla fascia di età di transizione da quella minore a quella adulta, considerata come età strategica per l'intercettazione di disturbi potenzialmente gravi. Ai tempi fu una scelta di avanguardia, quella di implementare un servizio tutto centrato sull'adolescenza, in quanto non era ancora così chiara la corrispondenza tra età adolescenziale e adulto giovanile ed esordi psicopatologici. In Emilia-Romagna, sono presenti alcuni servizi che si occupano di adolescenti, ma nessuno con le medesime caratteristiche del CAGE. Infatti si tratta di un centro che non soltanto intercetta situazioni patologiche, ma prende anche in carico l'utente offrendo un trattamento psicologico e, dove necessario, multidisciplinare, con il coinvolgimento di altre professionalità. Inoltre non si limita soltanto alla presa in carico di casi in cui è presente una psicopatologia grave, ma accoglie anche richieste di entità più lieve. Forse, l'aspetto più caratteristico è quello di essere un servizio molto orientato dall'aspetto psicologico-psicoterapeutico, infatti

sebbene i trattamenti prevedano talvolta l'utilizzo di farmaci e ricoveri ospedalieri, la parte psicologica è molto forte e si privilegia, nella lettura del disagio e della sofferenza delle persone, una lettura di questo tipo.

Il CAGE è una struttura innovativa, attivata per facilitare l'accesso alla fascia giovanile presso il Distretto di Parma, e offre prestazioni specialistiche effettuate in un'ottica multidisciplinare. Si colloca all'interno dell'Area Disciplinare di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza, pur trovandosi a cavallo, sia per fascia di età sia per tipologia di utenza, tra tutte e 3 le Aree Disciplinari del Dipartimento Assistenziale Integrato di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche. L'area territoriale di competenza del CAGE è costituita dal Distretto di Parma, per un numero di circa 220.000 abitanti in totale. Gli utenti del servizio rientrano nella fascia di età compresa tra i 13 e i 24 anni, tuttavia esistono alcune condizioni che ne regolano la fruizione da parte del pubblico: ai pazienti che non hanno ancora concluso il percorso di scuola secondaria, sebbene in alcuni casi abbiano già superato la maggiore età, il servizio offre tutte le attività richieste senza particolari vincoli. Le condizioni sono in parte differenti per gli utenti maggiorenni che hanno concluso o comunque sono usciti dal percorso scolastico secondario, si tratta ad esempio di lavoratori, di studenti universitari... In queste circostanze, la persona viene ugualmente vista all'interno del Centro e viene fatta una prima consultazione psicologica. Laddove si tratti di situazioni che richiedono un intervento particolarmente complesso, quindi sostanzialmente multiprofessionale, ci si avvale prevalentemente del Centro di Salute Mentale di appartenenza, mentre se si tratta di interventi più circoscritti di natura psicologica, il servizio offre un percorso psicoterapeutico fino al massimo di un anno. L'accesso al servizio può avvenire in modo diretto, dall'esterno, attraverso appuntamento preso tramite Centro Unico Prenotazioni o telefonicamente, oppure dall'interno del sistema, nello specifico, dalla Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza e da altri professionisti impegnati nella rete dei Servizi Sanitari e Socio-Sanitari (Centro di Salute Mentale, Ser.T, Servizi Sociali...). In alcune circostanze di emergenza, gli accessi provengono dal Pronto Soccorso. Nel primo caso l'accesso è prevalentemente di

tipo psicologico: si articola in un primo momento di *consultazione*, fatta da psicologi strutturati in servizio, e in un passaggio successivo che consiste nella definizione del trattamento del quale lo psicologo diviene il regista, integrando e includendo nel processo, ove necessario, altre figure come il medico psichiatra, il neuropsichiatra, l'educatore, o eventualmente, anche professionisti esterni al Centro. Sebbene normalmente sia lo psicologo a svolgere la funzione di referente e coordinatore del caso, può accadere anche che il responsabile diventi un altro professionista, ad esempio laddove la parte psichiatrica sia prevalente o centrale. Nel secondo caso, invece, l'accesso è di tipo non psicologico e gestito da psichiatri e neuropsichiatri: si tratta di situazioni di invio specificamente medico, oppure invio in emergenza dal Pronto Soccorso. In queste circostanze l'operatore che vede per primo il paziente svolge la funzione di coordinatore del caso e gestisce l'intervento. Oltre alle attività terapeutiche individuali di tipo psicoterapeutico, farmacologico e ai progetti clinici integrati, il servizio si avvale di altri dispositivi di intervento tra cui attività di gruppo di tipo terapeutico, come lo psicodramma, attività di laboratorio per ragazzi con disabilità cognitiva e attività di gruppo di auto mutuo aiuto per genitori, che vengono gestiti all'interno del servizio. Inoltre, alcuni progetti di cura prevedono la partecipazione degli utenti ad attività di laboratorio esterne al servizio (cavallo, fotografia ecc.).

Il CAGE si articola attraverso il lavoro e le azioni di diverse professionalità che costituiscono l'equipe multidisciplinare del servizio, orientata all'accoglienza, alla presa in carico e gestione degli utenti. Il servizio, non essendo un'Unità Operativa a sé stante ma essendo parte della Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza, ha come responsabile il neuropsichiatra responsabile di tale Area Disciplinare. Il CAGE ha attualmente due psicologi a tempo pieno che si occupano della consultazione psicologica e della psicoterapia, oltre a svolgere la funzione di coordinamento e regia degli interventi attivati rispetto agli utenti del servizio. Uno degli psicologi è anche il responsabile del Programma Adolescenza per la provincia di Parma che, brevemente, coordina le iniziative cliniche e la promozione della salute mentale nei giovani, costruite a partire dall'attenzione ai contesti normali di

vita, quali la famiglia, la scuola, i luoghi di lavoro, di divertimento e aggregazione. Oltre agli psicologi sono presenti 2 neuropsichiatri e 1 psichiatra, tutti e 3 parzialmente impegnati sul CAGE, i quali si occupano, prevalentemente, della parte diagnostica e della gestione della terapia farmacologica, nei casi in cui ve ne sia la necessità. Sono infine presenti 5 operatori con qualifica di educatori e infermieri, tra cui uno svolge un lavoro a tempo pieno e gli altri ricoprono un monte ore ridotto. Educatori e infermieri svolgono all'interno del servizio pressoché la stessa funzione, in quanto si occupano della parte psico-educativa degli interventi, nei casi in cui il progetto di cura lo preveda. In particolare seguono gli aspetti relativi ai progetti individuali che possono richiedere interventi domiciliari (nei casi di ragazzi auto reclusi, ad esempio) e inoltre gestiscono le attività di laboratorio esterne al servizio. Alcuni di loro, con una formazione specifica, lavorano con gli utenti che ne necessitano su tematiche legate alla sessualità. La sola differenza significativa tra le due professionalità riguarda la parte farmacologica, che viene gestita esclusivamente dagli infermieri. Per quanto riguarda la parte psicoterapeutica, un sostanzioso contributo è fornito dai circa 16 specializzandi in psicoterapia, appartenenti a varie scuole di specializzazione, che svolgono la loro attività di tirocinio presso la struttura. Infine operano al CAGE anche 2 psicoterapeuti volontari e 1 psicoterapeuta a contratto con una formazione sullo psicodramma.

#### **5.4. Partecipanti alla ricerca**

La selezione dei partecipanti è stata circoscritta agli operatori del CAGE in linea con lo scopo della ricerca, comprendendovi anche i referenti gerarchici interni al Dipartimento di Salute Mentale. Il campione è composto da 10 professionisti del Servizio che ricoprono diversi ruoli al suo interno: 4 tra educatori e infermieri, i 2 psicologi psicoterapeuti, 1 psichiatra, 1 neuropsichiatra, il Responsabile del Servizio e il Responsabile di Dipartimento. Ai partecipanti è stato chiesto di compilare una scheda socio anagrafica allo scopo di raccogliere alcuni dati che saranno riportati nella tabella sotto.

**Tabella 5.1. Dati degli operatori partecipanti**

	Età	Genere	Qualifica professionale svolto nel servizio	Titolo di studio	Formazione specifica identità di genere	Anzianità di servizio: anni	Esperienze con utenti transgender
Soggetto 1	57	F	Infermiera	Laurea in Infermieristica	Master in Counseling Master in sessuologia	19	Sì
Soggetto 2	56	F	Educatrice	Laurea in scienze dell'educazione	/	30	Nessuna
Soggetto 3	45	F	Infermiera	Laurea in Infermieristica	/	12	Nessuna
Soggetto 4	46	F	Infermiera	Laurea in Infermieristica	/	4	Sì
Soggetto 5	65	M	Psicologo e Psicoterapeuta	Laurea in Psicologia e Specializzazione in Psicoterapia	/	40	Sì
Soggetto 6	58	M	Psicologo e Psicoterapeuta	Laurea in Psicologia e Specializzazione in Psicoterapia	Formazione sulla varianza di genere (Università Bicocca)	28	Sì
Soggetto 7	37	M	Medico Chirurgo Neuropsichiatra	Laurea in Medicina e Specializzazione in Neuropsichiatria	/	4	Nessuna
Soggetto 8	44	M	Medico Chirurgo Psichiatra	Laurea in Medicina e Specializzazione in Psichiatria	/	12	Sì
Soggetto 9	45	F	Medico Chirurgo Neuropsichiatra e Responsabile Neuropsichiatria	Laurea in Medicina e Specializzazione in Neuropsichiatria	/	12	Nessuna
Soggetto 10	62	M	Medico Chirurgo Psichiatra e Direttore del DAISM-DP	Laurea in Medicina e Specializzazione in Psichiatria e Psicoterapia	/	37	Nessuna

## 5.5. Strumenti

Gli strumenti utilizzati nella presente ricerca sono *l'intervista semi-strutturata* e il *focus group*.

### 5.5.1. L'intervista

La griglia per l'intervista è stata realizzata ad hoc con lo scopo di far emergere, dalle risposte degli operatori, informazioni su fatti, idee, pensieri, sensazioni e comportamenti, stimolati dalla tematica della transizione di genere. Lo strumento è stato costruito con l'intenzione di lasciare spazio al linguaggio degli intervistati consentendogli di utilizzare termini loro propri nel racconto di vissuti ed esperienze e, pertanto, quasi tutte le domande sono piuttosto generali e non direttive. L'intervista è composta da 22 domande, ognuna delle quali lascia la possibilità al partecipante di produrre un contributo spontaneo rispetto alla tematica trattata. Le domande sono state suddivise allo scopo di indagare alcune aree semantiche:

1. Domande volte a esplorare le idee rispetto alla transizione di genere;
2. Domande volte a esplorare emozioni e sensazioni rispetto alla tematica;
3. Domande volte a esplorare gli atteggiamenti rispetto alla transizione di genere;
4. Domande volte a esplorare le azioni anche organizzative stimolate dalla tematica;
5. Domande volte a esplorare i cambiamenti stimolati dall'incontro con la tematica;
6. Domande volte a esplorare le aspettative future rispetto al servizio.

### 5.5.2. Griglia per l'intervista

1. Ha qualche idea in merito al tema della transizione di genere?;
2. Che sensazioni ha su questo tema?;
3. Sono emozioni o pensieri particolari oppure li prova spesso anche rispetto ad altre situazioni o persone?;
4. Facciamo un gioco: se io le dicessi che sono una ragazza trans...;

5. Cambierebbe qualcosa nel suo modo di porsi?;
6. Proverebbe qualcosa di particolare?;
7. È interessato al tema della transizione di genere?;
8. Come mai?;
9. Qui al CAGE ci sono ragazzi o ragazze con questa situazione?;
10. Ne ha in mente qualcuno del quale vuol dirmi qualcosa, anche se non lo segue personalmente?;
11. Cosa la colpisce di questa situazione?;
12. Da quando conosce situazioni di transizione di genere le sembra che sia cambiato qualcosa nel suo modo di porsi o di pensare a questo tema?;
13. E come comportamento professionale è cambiato qualcosa?;
14. Ha parlato con qualcuno di questo tema? Al servizio o a casa?;
15. Ha letto qualcosa di specifico?;
16. Ha preso contatti con specialisti?;
17. Ricorda la prima volta in cui ha sentito parlare di un paziente transgender al CAGE?;
18. Che cosa le è sembrato avvenisse da parte dei suoi colleghi?;
19. È cambiato poi qualcosa da allora per quanto riguarda i vissuti dei suoi colleghi, secondo lei?;
20. E per quanto riguarda i comportamenti clinici, le procedure che seguite?;
21. Come vede il futuro di questi pazienti all'interno di questa organizzazione?;
22. Potrebbero esserci difficoltà a seguirli?;
23. Come mai secondo lei?;
24. Vuole aggiungere qualcosa su questo tema che le sembra utile a illustrare la posizione sua o del servizio?;

### 5.5.3. Il *focus group*

Una forma più specifica, e sempre più utilizzata, sono i *focus group*, ovvero discussioni all'interno di piccoli gruppi di persone, moderate da un ricercatore e orientate a ottenere informazioni su un argomento specifico. Diversamente dalle interviste individuali, il *focus group* richiede ai partecipanti di confrontarsi e discutere collettivamente rispetto alla specifica tematica. Poiché lo scopo della ricerca è quello di esplorare l'impatto che la tematica spe-

cifica della transizione di genere ha avuto sul servizio in quanto gruppo di persone che al suo interno operano, si è ritenuto opportuno utilizzare anche questo strumento per meglio cogliere la dimensione collettiva. L'invito di partecipare ai *focus group* è stato esteso a tutti i soggetti che dapprima sono stati intervistati e in 8 su 10 hanno partecipato. La discussione ha avuto una durata di 50 minuti. Nel corso della conversazione io ho assunto il ruolo di moderatore introducendo, in un primo momento, l'oggetto di discussione, stimolando poi il dibattito e cercando di coinvolgere tutti i partecipanti. Per la conduzione della conversazione si è deciso di utilizzare un approccio poco strutturato al fine di comprendere il modo di pensare dei partecipanti, i cui interessi sono stati considerati come centrali. La mia funzione di moderatore, in questo caso, è stata quella di facilitare una conversazione prevalentemente orizzontale.

## 5.6. Criteri di Analisi

Il materiale raccolto attraverso le interviste e attraverso il *focus group* è stato trascritto integralmente, e quindi analizzato, attraverso un criterio di *analisi tematica trasversale*, che consiste nell'individuazione di concetti centrali che ritornano in modo ripetuto nelle parole dei soggetti e sono raccolti nelle idee tematiche. I dati sono stati analizzati da me e da altri due colleghi. Il lavoro è stato svolto dapprima in modo indipendente, e in seguito è stato fatto un confronto delle diverse rilevazioni per giungere alla definizione dei risultati.

Una delle aree indagate nella ricerca riguarda le idee e i pensieri che gli operatori del servizio hanno in merito al tema della transizione di genere. Alcune delle domande poste durante le interviste hanno favorito l'emergere di categorie e concetti che di seguito andrò a descrivere.

1. *Collocazione spazio-temporale del fenomeno*: nelle narrazioni degli operatori emerge di frequente la tendenza a collocare il tema della transizione di genere all'interno di una cornice spazio-temporale. Essi lo descrivono come una situazione nuova per il servizio, un fenomeno in aumento che tendono

a spiegare come un fatto correlato a un'evoluzione di tipo socioculturale;

2. *Attualità del fenomeno*: la tematica della transizione di genere viene definita dagli operatori come un fenomeno nuovo, con il quale sono stati chiamati a confrontarsi soltanto recentemente a seguito dell'accesso di utenti transgender al servizio. Hanno fornito questa risposta 7 operatori su 10 (Ninfea, Rosa, Ibisco, Edera, Erika, Narciso e Oleandro): «[...] è un discorso che è nato negli ultimi tempi qua [...]» (Rosa). L'aspetto di novità di tale tematica emerge anche nel *focus group*: «[...] forse è anche la questione di un problema nuovo [...], [...] qui, in un certo senso, siamo davanti a una situazione un po' nuova [...]».
3. *Fenomeno in aumento*: oltre a presentarsi come una tematica nuova all'interno del servizio, la transizione di genere viene descritta dagli operatori come un fenomeno in aumento che è andato ampliandosi nel corso degli ultimi due anni. Hanno fornito questa risposta 6 operatori su 10 (Erika, Narciso, Amaranato, Fiordaliso, Ibisco e Rosa); «[...] beh, stanno aumentando tantissimo ultimamente rispetto a qualche anno fa [...]» (Erika).
4. *Evoluzione del contesto socioculturale*: un aspetto che emerge di frequente nelle narrazioni degli operatori riguarda la tendenza a connettere il fenomeno della transizione di genere e la sua entità con un'evoluzione che sta avvenendo nel contesto sociale e culturale più ampio. In 7 operatori su 10 hanno avanzato questo pensiero (Ninfea, Ibisco, Fiordaliso, Rosa, Oleandro, Amaranato e Narciso): «[...] la tematica dell'identità è un problema che è cresciuto nel corso degli anni [...], [...] si tratta probabilmente di un fenomeno legato ad un'evoluzione sociale [...]» (Fiordaliso); «[...] si tratta di una tematica fondamentale che si sta aprendo in questa fase della nostra società e che era rimasta soppressa [...]» (Oleandro);
5. *Attualizzazione del disturbo*: alcuni operatori ritengono che potrebbe instaurarsi la tendenza nei giovani ad abbracciare questo tipo di problematica e farla propria; il fatto che a livello mediatico ci sia un'apertura rispetto a questo, farebbe nascere la curiosità nei ragazzi, che potrebbero poi iniziare a porsi questioni rispetto al genere anche senza rientrare tra

le persone con disforia di genere. 3 operatori su 10 hanno avanzato questo pensiero (Narciso, Fiordaliso e Amaranto): «[...] il fatto che se ne parli nei media e che quindi poi i ragazzi ne parlino fra di loro e che si crei, come per tutti i temi nuovi, un interesse, una curiosità che io sono convinto faccia crescere molto la platea degli interessati, di quelli che possono abbracciare questa tipologia di problematica e quindi portarsela, farla crescere, sentirla e interessarsi a vari livelli. [...]» (Narciso). Anche durante il *focus group* emerge questo aspetto in modo condiviso: «[...] crea molta confusione e anche molti falsi positivi, gente che poi dopo, adolescenti che cominciano ad avere maggiori perplessità, dubbi rispetto all'acquisizione di genere, senza per forza rientrare nella questione [...]»;

6. *Conoscenza della tematica*: i diversi operatori si avvicinano alla tematica della transizione di genere facendo riferimento alla conoscenza che essi hanno rispetto a essa. 5 operatori su 10 (Rosa, Edera, Erika, Narciso e Oleandro) dicono che si tratta di un tema che poco conoscono: «[...] devo esserci un po' più dentro su questo discorso perché non ne so più di tanto[...]» (Rosa). Melissa, Amaranto e Fiordaliso conoscono la tematica soltanto dal punto di vista teorico: «[...] conosco il tema solo da un punto di vista teorico, per quanto riguarda poi la sua classificazione nel DSM-5, la Disforia di Genere [...]» (Amaranto). 2 operatori su 10 (Ibisco e Ninfea) riferiscono di avere alcune conoscenze che si stanno accumulando dal momento in cui sono entrati in contatto con tale tematica in ambito lavorativo: «[...] non sapevo molto fino a un po' di tempo fa perché non erano capitate delle situazioni che ponevano questo problema [...], [...] è stata una cosa interessante entrare in contatto con questa tematica [...]»;
7. *Tematica poco conosciuta*: alcuni operatori sollevano l'idea che quella della transizione di genere sia una tematica, in generale, poco conosciuta tra gli specialisti e che vi sia scarsa informazione a riguardo. 3 operatori su 10 lo pensano (Ninfea, Oleandro e Amaranto): «[...] per certi versi, data anche la riservatezza, sembra essere una tematica un po' sommersa, poco conosciuta dagli specialisti [...], [...] poco conosciuta, o magari, meno evidente rispetto ad altre questioni [...]» (Amaranto);

8. *Problema sociale, non sanitario*: un aspetto che viene molto dibattuto durante il *focus group* riguarda l'idea che il fenomeno in questione non sia da collocare all'interno delle psicopatologie, ma la sofferenza di questa tipologia di pazienti sia da ricondurre a un contesto sociale non accettante e giudicante. A partire da queste premesse, alcuni operatori si domandano se il contesto sanitario sia il luogo appropriato per accogliere le persone con tematiche di transizione di genere: «[...] io non riesco a collocarlo come un problema di cui mi devo occupare ovvero vorrei che culturalmente... vorrei già essere in una fase in cui questa è una roba che si fa socialmente[...], [...] perché per me è un problema sociale [...]»; «[...] più sanitarizzi una cosa, più quella diventa un problema, un disturbo o qualcos'altro, più normalizzi le cose, forse più non ti prendi gli effetti collaterali della cura, la nostra iatrogenicità è importante [...]»; «[...] oppure se invece dovessimo immaginare luoghi altri che non è detto che siano altre istituzioni, però luoghi altri che siano rispettosi di questa complessità [...], [...] è evidente che queste persone chiedono aiuto, non solo per fare l'operazione chirurgica, ma vogliono capire, hanno esigenze di interlocuzione, fra i vari luoghi dove questo può trovare risposta, in questo caso lo trova qui, ma io non sono sicuro che questo sia, nel migliore dei mondi possibili, il luogo migliore [...]»;
9. *Rilevanza della tematica*: uno degli aspetti che emerge con frequenza nelle narrazioni degli operatori riguarda l'idea che tale fenomeno necessiti di una particolare attenzione da parte del servizio, in quanto gli utenti che portano tematiche di transizione di genere sembrano essere particolarmente a rischio per diversi fattori;
10. *Grande sofferenza*: gli utenti con tematiche di transizione di genere sono descritti come persone che sperimentano una grossa sofferenza, un elevato disagio. Tutti gli operatori condividono questa idea: «[...] le storie di questi ragazzi riflettono situazioni di grande sofferenza, di un grande travaglio, un grande disagio, la difficoltà di doversi affermare [...]» (Edera);
11. *Rischio per la salute fisica*: tra i professionisti del servizio è condivisa l'idea che la salute di questi pazienti sia partico-

larmente a rischio. Essi ritengono che la necessità di questi utenti di ridurre l'incongruenza percepita tra il proprio corpo e la propria identità possa portarli ad agire in maniera non adeguata rispetto, ad esempio, all'assunzione autonoma di ormoni e modificazioni del proprio corpo. Hanno risposto così 4 operatori su 10 (Erika, Ibisco, Melissa e Fiordaliso): «[...] l'idea che questi ragazzi possano essere in pericolo, dal punto di vista fisico proprio, che possano fare delle cose non fatte bene [...]» (Melissa);

12. *Pregiudizio*: l'idea che gli utenti con tematiche di transizione di genere siano oggetto di pregiudizio è presente tra tutti gli operatori. Essi ritengono che una gran parte del disagio di queste persone sia dovuta agli stereotipi che vengono loro attribuiti e all'atteggiamento che ne deriva: «[...] i pregiudizi che devono subire queste persone sono schiaccianti [...], [...] se io fermo uno per strada e dico: "se ti dico trans, cosa pensi?", penso che la risposta potrebbe essere terribile, del tipo: "prostituta, strada e..." lo stereotipo, palese proprio! [...]»; «[...] sembra quasi di collegare immediatamente questo tipo di problematica alla sessualità, non so per quale motivo [...]» (Ninfea); «[...] in fondo ne abbiamo parlato tante volte che il pregiudizio sul transgender è che fosse una prostituta sostanzialmente, un prostituto che fondamentalmente lo fa un po' per mestiere [...]» (Ibisco). Il tema del pregiudizio emerge anche forte nel *focus group*;
13. *Difficoltà nelle relazioni con familiari e pari*: un altro aspetto che caratterizza questi utenti è la difficoltà nel gestire le relazioni con familiari e amici nel momento in cui essi decidono di fare coming out. I genitori faticano a comprendere tale condizione e anche gli amici; questi utenti spesso si trovano nella condizione di non poter condividere la propria identità con le persone care. 5 operatori su 10 (Ibisco, Ninfea, Oleandro, Edera e Amaranto) pensano questo: «[...] immagino poi che queste persone abbiano delle grandi difficoltà nella gestione di quella che è la relazione con i genitori, con gli amici, che possono essere legate al cammino di transizione [...]» (Amaranto);
14. *Gravosità del percorso da affrontare*: tra gli operatori è condivisa l'idea che la transizione di genere sia un percorso lungo e

faticoso per coloro che decidono di intraprenderlo, tale per cui diventa ancor più importante offrire un sostegno. 6 operatori su 10 lo pensano (Ninfea, Amaranto, Ibisco, Oleandro, Erika e Melissa): «[...] il percorso che queste persone devono affrontare è lungo e faticoso e richiede veramente una dose di coraggio, forse superiore rispetto a quella che richiedono altre forme di sofferenza e forse richiede anche un maggior diritto a un accompagnamento da persone che sappiano unitamente dare risposte competenti [...]» (Oleandro);

15. *Idee sulla presa in carico*: dalle narrazioni degli operatori emergono alcuni concetti relativamente alla presa in carico degli utenti con tematiche di transizione di genere;
16. *Parzialità del proprio lavoro*: il fenomeno della transizione di genere coinvolge diversi ambiti professionali: psicologico, psichiatrico, endocrinologico, chirurgico, legale e sociale. Si tratta di una tematica complessa, e la presa in carico di questa tipologia di pazienti richiede la collaborazione tra diverse professionalità. L'idea che gli operatori hanno rispetto al proprio operare è che si tratti di un'azione parziale da integrare con l'attività di altre professionalità. 6 operatori su 10 avanzano questa idea (Fiordaliso, Ibisco, Oleandro, Erika, Edera e Ninfea): «[...] il tema che emerge subito in queste situazioni è che c'è una parte certamente psicologica di cui ti puoi occupare, ma che ci sono delle richieste che riguardano altri ambiti, dall'endocrinologico, a eventualmente, il chirurgico, poi c'è l'aspetto legale che riguarda alcuni casi [...]» (Ibisco). Anche durante il *focus group* emerge questo aspetto; «[...] comunque le risposte che gli puoi dare hanno a che fare con diversi piani: c'è un piano umano, psicologico, ma anche concretamente quello di un corpo che devi accompagnare lungo un percorso di trasformazione... che devi fare... quindi, da qualunque parte sei intercettato la parzialità del tuo lavoro [...]»;
17. *Assenza di un percorso di cura*: l'idea che manchi un percorso di cura all'interno del servizio per questi pazienti. Questa idea è presente in 6 operatori su 10 (Amaranto, Oleandro, Ibisco, Ninfea, Edera e Rosa); «[...] non hai un'idea precisa di cosa fare, non hai un'idea di quale sia il percorso giusto per poter aiutare quella persona [...]» (Edera). Questo aspetto viene

condiviso anche durante il *focus group*: «[...] c'è la difficoltà nel creare percorsi di affiancamento, accompagnamento e cura per modalità di sofferenza per le quali non esistono ancora [...]»;

18. *Bisogno di formazione*: diversi operatori pensano di non aver sufficienti conoscenze in merito al tema, per poter lavorare in modo adeguato con questi utenti, pertanto pensano che ci sia necessario formarsi. 6 operatori su 10 lo pensano (Ninfea, Rosa, Edera, Erika, Narciso e Oleandro): «[...] ho proprio da imparare, da capire e da esser formata [...]» (Rosa);
19. *Emozioni e sensazioni rispetto al tema della transizione di genere*: durante le interviste e il *focus group* è stato chiesto agli operatori del servizio di parlare delle sensazioni stimulate dalla tematica. Un aspetto interessante, relativo all'esplorazione di questa dimensione, riguarda il fatto che la maggioranza degli operatori ha mostrato resistenza. Le domande formulate in forma più diretta, volte a esplorare le emozioni, spesso non hanno trovato risposta, mentre le sensazioni sono emerse nel corso del colloquio laddove la richiesta non era esplicita. Di seguito descriverò quando è emerso:
  - a) *Sensazioni dovute alla mancanza di schemi di riferimento*: Dalle narrazioni di tutti gli operatori emerge un aspetto che sembra caratterizzare in modo peculiare le situazioni di transizione di genere, e che stimola alcune sensazioni specifiche, l'intermediarietà del genere.
  - b) *Disorientamento relazionale*: la sensazione di spiazzamento, di non capire bene chi si ha di fronte, data dal venire meno degli schemi interpretativi di riferimento, viene descritta dagli operatori come peculiare delle situazioni che hanno a che fare con la transizione di genere. 7 operatori su 10 hanno descritto questa sensazione (Ninfea, Edera, Rosa, Ibisco, Oleandro, Amaranto e Melissa): «[...] disorientamento relazionale, nel senso che l'incontro con una persona che sai che fisicamente è fatta in un certo modo e che però si presenta con un abbigliamento dell'altro genere e che ha aspetti chiaramente intermedi [...], [...] una questione che nasce è se ti poni al maschile o al femminile, cioè se lo chia... con che nome lo chiami? Pierluigi o Eva?

Anagraficamente Pierluigi, Eva come aspetto e come sua definizione [...]» (Ibisco). Anche durante il *focus group* questa sensazione viene condivisa: «[...] hai davanti una persona che si presenta come una donna, che però fisicamente è un uomo e questa cosa qui, che raccontarla rende l'idea fino a un certo punto, ma l'incontro reale con una situazione di questo genere ti mette davanti a una differenza rispetto a quello che tu sei abituato a fare perché normalmente si io parlo con Ludovica ho ben presente che è una donna, se parlo con Mario ho ben presente che è un uomo, questa situazione qua invece... sei davanti a una situazione in cui c'è un elemento di fluidità, movimento [...]»;

- c) *Paura*: alcuni operatori riferiscono che l'assenza di schemi di riferimento e la non conoscenza di un fenomeno stimola emozioni di paura. In 3 operatori su 10 hanno sollevato questo aspetto (Rosa, Ninfea ed Edera): «[...] si parla tanto di gender fluidity che è una cosa che spaventa perché quando non ci sono degli schemi è chiaro che siamo spaventati [...]» (Ninfea);
- d) *Confusione*: Narciso ed Edera riferiscono di provare una sensazione di confusione rispetto a tale tematica; «[...] ho anche molta confusione perché ci sono casistiche anche molto differenti che riguardano questa sfera del genere, dell'oggetto sessuale, dell'appartenenza [...], [...] questi aspetti si mischiano e per me, che non ho approfondito il tema, creano un po' di confusione [...]» (Narciso);
- e) *Disagio e leggero imbarazzo*: alcuni operatori riferiscono di sentirsi un po' a disagio e di provare imbarazzo rispetto a tale tematica. Tuttavia si tratta di una sensazione che svanisce in poco tempo, dovuta alla necessità di riposizionarsi rispetto alla persona che si ha di fronte e che, quindi, sembra essere relativa all'inadeguatezza, rispetto a queste situazioni, degli schemi di genere che essi sono abituati a utilizzare nell'orientare le relazioni. Oleandro e Amaranto hanno descritto tali sensazioni: «[...] la prima reazione è, non lo nascondo, di leggero imbarazzo, perché mi pone una questione [...], [...] questo però poi si esaurisce velocemente, si tratta di aver sempre davanti la persona

- [...]» (Amaranto). Questo aspetto è condiviso durante il *focus group*: «[...] questo tema, in particolare, ci fa sentire un po' a disagio [...]»;
- f) *Fastidio*: Ibisco descrive una sensazione che il tema può suscitare, soprattutto in coloro che sono ancorati a schemi precostituiti relativi al genere; «[...] per qualcuno potrebbe diventare un fastidio, o comunque una roba strana, forse, più sei ancorato a un ordine precostituito che senti che per te è importante e più senti questa roba come fastidiosa perché va a rompere un'idea che hai tu in testa [...]» (Ibisco);
- g) *Tema che non impressiona*: un operatore Fiordaliso riferisce che questo tema non lo impressiona: «[...] non è che mi abbia impressionato più di tanto [...], [...] non è che possa essere, in sé, una tematica che mi mette particolarmente in difficoltà, non lo è [...]» (Fiordaliso);
- h) *Fascino*: oltre a stimolare sensazioni di disorientamento, spiazzamento e disagio, la tematica incuriosisce e, allo stesso tempo, trasporta, facendo nascere la voglia di conoscere e approfondire. 5 operatori su 10 (Narciso, Oleandro, Ibisco, Amaranto e Ninfea) condividono tale sensazione: «[...] sono rimasto molto incantato, alcune volte, quando mi è capitato che qualche soggetto, molto giovane mi avesse detto che fin da piccolo avesse sentito questa cosa di appartenere al sesso opposto, questa cosa mi ha sempre molto affascinato [...], [...] per cui in un corpo di femmina o di maschio in realtà c'era una mente opposta del maschio e della femmina, questo è molto interessante [...]» (Narciso). Anche durante il *focus group* questa sensazione viene condivisa: «[...] questo tema tocca delle questioni che sono su vari livelli però, certamente come sollecitazione, ma anche di piacere e interesse [...]»;
20. *Coinvolgimento del proprio sé*: nell'affrontare la dimensione delle sensazioni, uno degli aspetti che viene maggiormente condiviso tra gli operatori riguarda il coinvolgimento della propria identità che la riflessione sulla tematica implica. Sembra che il fenomeno della transizione di genere tocchi questioni personali legate alla propria idea di sé, alla propria sessualità e al proprio modo di vivere il genere di appartenenza. Questo

aspetto viene chiamato in causa dagli operatori nel momento in cui tentano di spiegarsi le sensazioni che provano rispetto alla tematica in questione;

21. *Tema che fa risuonare aspetti legati alla propria identità*: questa tematica è particolare, secondo gli operatori, poiché “smuove” aspetti della propria persona, coinvolge direttamente il proprio sé, la propria identità e, in particolare, il proprio modo di vivere l’affettività, la sessualità e la propria mascolinità e femminilità. 6 operatori su 10 (Narciso, Edera, Ninfea, Oleandro, Ibisco e Amaranto) hanno sollevato questo aspetto: «[...] se tu fossi trans, questo metterebbe in crisi me! Perché se tu mi piaci e sei un trans, sono io con la mia immagine eterosessuale che vado in crisi [...], [...] in realtà è la mia identità che va in crisi, non vado in crisi per te, ma vado in crisi per me [...]» (Narciso). La presente questione è condivisa anche durante il *focus group*: «[...] questa tematica è particolare rispetto alle altre perché è qualche cosa che ti fa risuonare i tuoi travagli rispetto alla tua identità [...]»; «[...] tutti siamo possibilmente coinvolgibili in questo aspetto, forse anche, siamo tutti un po’ trans [...], [...] dev’essere un tema che ci tocca, che ci potrebbe, che ci può o che non si vuole che ci tocchi un po’ tutti di questa faccenda [...]»;

22. *Sensazioni legate alle persone che hanno tematiche di transizione di genere*

- a) *Sofferenza e fatica*: diversi operatori riferiscono di provare una sensazione di sofferenza nel momento in cui pensano alla tematica della transizione di genere, sensazione che rispecchia la sofferenza che questi utenti portano con sé quando raccontano le loro storie e i propri vissuti. 7 operatori su 10 riferiscono di provare tale sentimento (Ninfea, Edera, Rosa, Oleandro, Amaranto, Fiordaliso e Melissa): «[...] la sensazione è di sofferenza, di sofferenza perché secondo me queste persone vivono una grossa angoscia quotidianamente. Io la vivo come un discorso per loro di grossa sofferenza [...]» (Rosa);
- b) *Urgenza*: un’operatrice riferisce di sentire l’urgenza rispetto a questa tematica, il pericolo che queste persone corrono; «[...] sento l’urgenza quando... ecco un’urgenza che sento

rispetto al tema è il pericolo che corrono questi ragazzi [...], [...] questa è un'emozione che provo, un po' quella più che tutto, è la paura che possano essere in pericolo dal punto di vista fisico proprio, fare delle cose non fatte bene [...]» (Melissa);

23. *Sensazioni legate al proprio ruolo professionale*: la propria posizione professionale rispetto a questa tematica sembra suscitare alcuni sentimenti che in seguito andrò a descrivere:
- a) *Inadeguatezza*: alcuni operatori descrivono la sensazione che provano rispetto a questa tematica nel momento in cui realizzano di non avere le competenze per rispondere in modo adeguato ai quesiti che tale fenomeno pone. Essi si sentono incompetenti e impreparati. Oleandro, Rosa ed Edera sperimentano questa sensazione: «[...] mi sento incompetente e quindi inadeguata, non so come dirti... non mi crea disagio questa tematica, ma mi crea disagio la mia incompetenza, nel senso che ho di fronte una persona che ho la sensazione di non saper aiutare nel modo adeguato [...]» (Edera);
  - b) *Impotenza*: Ninfea riferisce di provare una sensazione di impotenza, come professionista, rispetto alla possibilità di aiutare concretamente queste persone; «[...] mi sono occupata in prima persona di prendere un appuntamento con l'endocrinologo e ho fatto una fatica allucinante, ci ho messo due settimane [...], [...] mi sono sentita molto impotente [...]»;
24. *Atteggiamenti rispetto alla tematica della transizione di genere*: alcune domande dell'intervista hanno stimolato la riflessione degli operatori rispetto all'atteggiamento col quale si avvicinano al tema della transizione di genere. In seguito, descriverò quanto emerso da interviste e *focus group*:
- a) *Disposizione personale nell'approcciarsi alla tematica*: nel comunicare il proprio atteggiamento rispetto alla tematica della transizione di genere, gli operatori hanno fatto riferimento a 2 dimensioni che descriverò di seguito:
    - *Apertura, accoglienza e rispetto*: alcuni operatori si affacciano alla tematica della transizione di genere con un atteggiamento di apertura e accoglienza, che favorisce

la possibilità di costruire uno spazio di ascolto e rispetto della persona nella sua interezza. 6 operatori su 10 (Ninfea, Oleandro, Edera, Rosa, Amaranto ed Erika) riferiscono di avere questo atteggiamento: «[...] il modo in cui mi pongo rispetto a questa tematica è senza idee precostituite, nel senso aperto alla possibilità dell'incontro della persona [...]» (Amaranto);

- *Non giudizio*: dalle narrazioni emerge una posizione di non giudizio che caratterizza il modo in cui gli operatori si pongono rispetto alla tematica. Alcuni di loro riferiscono esplicitamente di astenersi dal giudicare a priori e di assumere una posizione di neutralità rispetto alle situazioni che coinvolgono tematiche di transizione. Hanno risposto così 4 operatori su 10 (Edera, Amaranto, Erika e Fiordaliso): «[...]da parte mia non c'è assolutamente nessun pregiudizio se non di cercare di dare una risposta che sia appropriata [...]» (Fiordaliso);

Queste 2 dimensioni emergono anche durante il *focus group*: «[...] nutro un profondo senso di rispetto come operatore e anche a livello personale, io tendenzialmente non giudico [...]»;

- b) *Atteggiamento dovuto alle circostanze*: un operatore riferisce di porsi in maniera differente rispetto alla tematica in base al ruolo che egli ricopre in quel momento: egli distingue la sua posizione durante l'espletamento della professione e la sua posizione al di fuori del contesto lavorativo. Ha un atteggiamento di accoglienza, rispetto e non giudizio nel momento in cui riveste una funzione professionale, la sua disposizione cambia al di fuori di questa, in quanto egli ammette di avere pregiudizi attivi rispetto alla tematica: «[...] se sono all'interno dell'espletamento della mia professione non ho preconcetti già attivi e mostro un interesse assoluto [...], [...] quando lavoro questa è la mia disposizione, fuori dal lavoro, invece, prevale la mia formazione antica di paesano dove queste cose mi fanno un po' sorridere e mi vengono in mente le battute che si facevano un tempo, diciamo con un atteggiamento abbastanza maleducato, abbastanza ironico [...]» (Narciso);

- c) *Curiosità*: uno degli aspetti che sembra caratterizzare la maggior parte degli operatori è l'atteggiamento di curiosità, interesse e la disposizione a riflettere rispetto alla tematica della transizione di genere. Questo fenomeno stimola il desiderio di conoscere. 6 operatori su 10 (Ibisco, Amarantho, Ninfea, Oleandro, Narciso ed Erika) hanno riferito di approcciarsi al tema con curiosità e interesse: «[...] c'è una grande curiosità da parte mia, un grande interesse e una grande partecipazione [...]». Oleandro Questo atteggiamento è condiviso dagli operatori anche durante il *focus group*; [...] io sono molto curiosa, tantissimo curiosa, ma curiosa in maniera rispettosa, la mia curiosità è sete di conoscenza, sapere che cosa prova una persona che porta questa tematica [...]»;
- d) *Posizione di imparare*: riferiscono di avere un atteggiamento di attenzione, rispetto a tale tematica e di trovarsi nella condizione di dover imparare qualcosa da questi utenti (non conoscendo il fenomeno e non sapendo quali risposte essi cercano, si lasciano guidare da loro). Hanno riferito questo 2 operatori su 10 (Narciso e Oleandro): «[...] diventi tu allievo del tuo paziente, delle volte ti chiedono delle risposte e tu sei lì che devi, in qualche modo, essere il curante e devi ascoltare, aiutare a dare un senso, un significato, una liberazione a un dolore personale e ti trovi in una posizione di dover imparare qualche cosa, di non poter restituire qualche cosa di altrettanto...» (Oleandro);
- e) *Interesse per dovere professionale*: alcuni operatori riferiscono di avere un atteggiamento di interesse per la tematica in questione, ma che esso è stimolato soltanto da un dovere rispetto al ruolo che essi ricoprono. La necessità di conoscere nasce dal bisogno di rispondere in maniera adeguata alle richieste di questa tipologia di utenti e di mettersi in una posizione di conformità rispetto ai percorsi di cura e alle linee guida. 4 operatori su 10 (Melissa, Edera, Rosa e Fiordaliso) riferiscono di avere questa disposizione: «[...] sono interessata perché è un dovere che ha un servizio rispondere a queste esigenze dei nostri adolescenti, per il resto non mi interessa tanto. Però come servizio è un

dovere che noi abbiamo quindi da questo punto di vista mi interessa [...]» (Melissa);

- f) *Marginalità*: alcuni operatori riferiscono di avere un atteggiamento di marginalità rispetto alla tematica, di non essere attualmente coinvolti dalla questione. Melissa e Rosa hanno dato questa risposta: «[...] c'è chi è più dentro il discorso, io sono ancora molto marginale su questo [...]» (Rosa);
  - g) *Responsabilità*: emerge dalle narrazioni un atteggiamento di responsabilità che gli operatori nutrono nei confronti della tematica e dei soggetti che la portano al servizio. Questi utenti, talvolta, necessitano di intervenire sul proprio corpo tramite l'assunzione di ormoni e, in alcuni casi, anche chirurgicamente. Inoltre, si tratta di una popolazione particolarmente a rischio per quanto riguarda l'alto tasso di suicidarietà che li coinvolge. Alcuni operatori riferiscono di avere un atteggiamento di massima attenzione rispetto a tale fenomeno proprio per questi presupposti. 4 operatori su 10 (Ibisco, Melissa, Fiordaliso ed Erika) hanno riferito di avere questo tipo di atteggiamento; «[...] questa tematica non può essere semplificata, ma va affrontata con una certa metodologia per non incorrere in errore[...], [...] queste tematiche portano ad agire sul corpo e in alcuni casi anche con conseguenze a lungo termine per cui debbono essere ben valutate, ben seguite e ben curate [...]» (Fiordaliso);
25. *Atteggiamenti riscontrati nei colleghi*: durante le interviste è stato chiesto ai partecipanti di parlare anche del clima, degli atteggiamenti riscontrati nei colleghi rispetto alla tematica della transizione di genere:
- a) *Grande coinvolgimento*: rispetto alla tematica in questione sembra che all'interno del servizio ci sia un atteggiamento prevalente di coinvolgimento da parte degli operatori, i quali si mostrano interessati e partecipano alla questione. Essi si mostrano motivati a portare alla luce la tematica e desiderosi anche di crescere dal punto di vista professionale. Hanno risposto in questo modo 5 operatori su 10 (Melissa, Oleandro, Amaranto, Rosa e Fiordaliso): «[...] ho notato un grande interesse, un'apertura nei colleghi, assolutamente [...]» (Oleandro);

- b) *Distacco da parte di alcuni e molto interesse da parte di altri*: sembra che all'interno del servizio ci siano operatori che si mostrano più coinvolti rispetto alla tematica della transizione di genere, mentre altri rimangono sullo sfondo assumendo una posizione marginale rispetto alla questione. Hanno fornito questa risposta 3 operatori su 10 (Ibisco, Narciso e Ninfea): «[...] alcuni sono più marginali rispetto alla tematica, devo dire, ma mai ostili o prevenuti[...], [...] in alcuni casi invece ho notato grande collaborazione [...]» (Ibisco);
- c) *Bisogno di tempo*: Ninfea si spiega questo distacco, notato in alcuni colleghi, con l'idea che essi abbiano bisogno di elaborare la questione che, come emerso in precedenza, sembra essere un fenomeno che tocca anche aspetti della propria identità: «[...] se penso alle persone in specifico è come se avessero bisogno di un pochino di tempo per elaborare, la cosa è forte e loro hanno bisogno di un po' di tempo Per elaborare [...]» (Ninfea);
- d) *Nessun pregiudizio*: Ibisco non ha notato nessun atteggiamento giudicante nei colleghi: «[...] non ho mai sentito, all'interno del servizio, persone che trattassero questi temi con supponenza [...]» (Ibisco);
- e) *Poca serietà*: un atteggiamento di poca serietà viene percepito da parte di alcuni operatori a cui è capitato di trattare del tema in questione con i colleghi. A Melissa e Ninfea è capitato di percepire questo atteggiamento: «[...] è un tema che ultimamente non affronto volentieri spesso perché si rischia di cadere nel pettegolezzo, è una cosa che non posso... che mi dà molto fastidio [...]» (Melissa). Anche nel *focus group* questo aspetto viene portato alla luce: «[...] mi è capitato di percepire disagio anche nel parlarne coi colleghi perché spesso viene reso ridicolo, ci si scherza su sé stessi e sugli altri e sinceramente mi ha dato molto fastidio in quel momento [...]»;
26. *Comportamenti stimolati dalla tematica della transizione di genere*: una delle tematiche indagate attraverso le interviste, e affrontate durante il *focus group*, riguarda i comportamenti e le azioni organizzative che tale tematica ha stimolato negli

operatori e nel servizio. Di seguito descriverò quanto emerso dalle narrazioni dei professionisti.

- a) *Azioni degli operatori stimulate dalla tematica*: l'incontro con la tematica della transizione di genere all'interno del servizio ha stimolato nei singoli operatori alcuni comportamenti.
- *Approfondimento e studio*: alcuni di loro hanno sentito la necessità di approfondire l'argomento e acquisire maggiori informazioni rispetto a una tematica per loro nuova. Andrò a descrivere nel dettaglio le modalità utilizzate da essi per ampliare le loro conoscenze sulla questione.
  - *Lettura di articoli scientifici*: alcuni operatori hanno riferito di aver letto articoli rispetto alla tematica della transizione di genere. 3 operatori su 10 (Amaranto, Edera e Ibisco) hanno detto di aver utilizzato tale fonte: «[...] ho letto articoli, si articoli in ambito della psicopatologia, fondamentalmente questo [...]» (Amaranto);
  - *Acquisto di libri*: Ibisco e Oleandro hanno comprato libri sulla tematica in questione; «[...] questa tematica ha smosso, proprio a livello pratico [...], [...] mi ha fatto andare su Amazon e comprare alcuni libri [...]» (Oleandro);
  - *Corsi di formazione*: Ninfea e Ibisco riferiscono di aver frequentato corsi di formazione sull'argomento «[...] io mi appassiono moltissimo a quello che non conosco e ho sempre voglia di approfondire, infatti è quello che sto facendo, in realtà sto cercando di frequentare dei corsi di formazione che mi aiutino a capire meglio il problema [...]» (Ninfea);
  - *Tesi*: Ibisco riferisce di essere il relatore di una tesi sull'argomento nata dalla curiosità di approfondire la tematica: «[...] sto seguendo anche una tesi su questo argomento, che in fondo è anche questo un modo per approfondire, no? [...]» (Ibisco);
  - *Seminario*: Ibisco riferisce di aver organizzato un seminario con colleghi e specializzandi sulla transizione di genere all'interno della Scuola di Specializzazione in Psicoterapia nella quale ha un ruolo di docente: «[...] è una tematica abbastanza rilevante [...], [...] è stato fatto anche un seminario alla SIPRe [...]» (Ibisco);

- *Acquisizione di informazioni sui servizi che si occupano di transizione*: Narciso riferisce di essersi coinvolto nella ricerca di strutture e servizi che già si occupano della tematica: «[...] mi sono informato scoprendo che c'è già molto per chi vuole conoscere e informarsi, c'è già tanto, ci sono dei servizi organizzati per esempio [...]» (Narciso);
- *Necessità di confrontarsi*: l'incontro con questo tema ha fatto nascere, in alcuni operatori, la necessità di confrontarsi con altre persone sulla questione, sia in ambito lavorativo che al di fuori di tale contesto;
- *Discussione all'interno del servizio*: il tema della transizione di genere viene affrontato costantemente dagli operatori durante le riunioni di equipe, che risultano essere un momento privilegiato in cui condividere dubbi, perplessità, esperienze personali e questioni organizzative. operatori su 10 (Amaranto, Melissa, Ibisco, Ninfea, Edera, Erika, Rosa, Oleandro e Narciso) hanno risposto così: «[...] Durante le equipe è un tema che viene trattato costantemente [...]» (Melissa). Anche durante il *focus group* emerge questo aspetto: «[...] poi il bisogno di poter condividere con gli altri colleghi questi aspetti e credo che questo possa offrire delle finestre importanti in un servizio [...]»;
- *Confronto con colleghi che conoscono l'argomento*: all'interno del servizio sembrano esserci figure che meglio padroneggiano la tematica, poiché maggiormente interessati e coinvolti anche dal punto di vista concreto per il fatto che seguono pazienti di questo tipo. Alcuni operatori riferiscono di aver sentito la necessità di confrontarsi con loro nello specifico rispetto alla tematica. 5 operatori su 10 (Oleandro, Narciso, Rosa, Edera ed Erika) hanno consultato questi colleghi; «[...] ne ho parlato con la mia collega sessuologa perché lei ne sa più di me e di conseguenza ne ho parlato con lei [...]» (Erika);
- *Discussioni sulla tematica all'esterno del servizio*: in alcuni operatori, la tematica della transizione di genere ha stimolato la necessità di discuterne anche con amici e parenti, quindi al di fuori del contesto lavorativo. 4 operatori su 10 (Oleandro, Narciso, Ninfea e Ibisco) hanno

riferito questo: «[...] questa cosa qui, ha coinvolto, non solo i colleghi, ma mogli, fidanzati, cioè vedo che sia io che Narciso ne abbiamo parlato anche con altre persone, c'è stato un periodo in cui casualmente abbiamo fatto un weekend fuori e ne abbiamo parlato con altra gente vicina e ho visto che si sono fatti coinvolgere [...]» (Ibisco);

- *Confronto con specialisti esterni al servizio*: Ibisco e Ninfea riferiscono di aver contattato specialisti di altri servizi che si occupano di transizione di genere: «[...] in fondo noi stiamo conoscendo altri specialisti che si occupano di questa cosa e sta nascendo una collaborazione [...]» (Ibisco);
- b) *Azioni organizzative informali*: l'incontro con utenti che portano tematiche di transizione di genere ha stimolato all'interno del servizio alcune dinamiche che hanno coinvolto gli operatori senza che vi fosse una direttiva specifica da parte del responsabile del Dipartimento o del Servizio;
  - *Organizzazione informale*: gli operatori del servizio impiegano le risorse che hanno a disposizione per cercare di dare una risposta agli utenti che portano tematiche di transizione di genere. Durante il *focus group* emerge la presenza di un'organizzazione informale interna al servizio; «[...] l'endocrinologo era già al corrente di questa nostra iniziativa di far gruppo per venire incontro a questi ragazzi [...], «[...] una cosa che abbiamo fatto è stata quella di attivare un'organizzazione più interna con Ninfea [...], [...] tant'è che nei nostri incontri è stato detto, al di là dei tempi e della perfezione dei canali che verranno creati, noi intanto cominciamo [...], [...] semplicemente facciamo quello che siamo capaci di fare: li accogliamo e ognuno fa il proprio lavoro e così cominciamo a sperimentare questo e forse il percorso si traccia poi da sé [...]»;
  - *Comparsa di figure dedicate*: l'incontro con utenti che portano tematiche di transizione di genere è avvenuto all'interno del servizio, più nello specifico ha coinvolto gli operatori che nell'espletamento della loro professione si sono trovati nella condizione di dover rispondere a

specifiche richieste. Questo ha fatto nascere tra alcuni operatori una collaborazione interna e, in questo modo, sembra che nel servizio siano emerse figure di riferimento rispetto a tale tematica. 6 operatori su 10 (Erika, Oleandro, Narciso, Edera, Rosa e Melissa) rilevano la presenza di figure che si occupano di questo tema: «[...] ci sono colleghi molto coinvolti all'interno del servizio e ci sono figure dedicate [...], [...] ci sono situazioni che ho visto in prima visita e che poi ho indirizzato ad altre figure all'interno del servizio [...]» (Melissa). Alcune operatrici (Rosa, Erika ed Edera) dicono di avere una collega alla quale hanno attribuito un ruolo di referente rispetto a questo tema: «[...] se arriva qualcuno che dobbiamo seguire, per qualche motivo, noi facciamo riferimento a Ninfea, chiediamo a lei che ci forma un attimino su questo aspetto [...]» (Rosa). Ibisco si occupa in prima persona della presa in carico degli utenti con tematiche di transizione di genere: «[...] di situazioni di cui parlare ne ho parecchie siccome le seguo quasi tutte io, ho l'imbarazzo della scelta [...]» (Ibisco), «[...] il terapeuta che ha in carico la maggior parte dei casi, credo quasi tutti [...]» (Ninfea);

- c) *Azioni organizzative formali*: l'accesso di utenti con tematiche di transizione di genere ha stimolato non soltanto azioni informali, ma sembra aver avuto effetti anche sugli aspetti organizzativi più formali:
- *Coinvolgimento del responsabile del Dipartimento*: la consapevolezza, da parte di alcuni operatori, della parzialità del proprio intervento rispetto a questa tipologia di utenti e la necessità di coinvolgere altre professionalità nel processo di cura, ha stimolato il bisogno di coinvolgere il responsabile del dipartimento: «[...] ho parlato di questa cosa con il responsabile di Dipartimento, beh ne ho parlato telefonicamente in termini di, come dire, "dobbiamo fare qualcosa da questo punto di vista!" [...]» (Ibisco);
  - *Attivazione del responsabile*: nel momento in cui viene posto il problema dagli operatori, il responsabile si attiva e fornisce alcune direttive rispetto a come gestire la que-

stione a livello organizzativo: «[...] ne abbiamo parlato, abbiamo cercato di dire: “ci informiamo, lo accettiamo, vediamo... Milano, Bologna, le Linee Guida, cosa dicono i centri dove questa cosa viene affrontata [...], [...] è stato individuato un gruppo perché sviluppi tutta una parte strettamente operativa [...]» (Fiordaliso);

- *Costruzione di un percorso*: gli operatori riferiscono di trovarsi in una fase di costruzione di un percorso che riguarda questo ambito specifico. Il servizio si trova ancora in una fase iniziale, ma ci sono alcuni movimenti organizzativi che vanno in questa direzione. 9 operatori su 10 (Ninfea, Ibisco, Fiordaliso, Melissa, Oleandro, Edera, Erika, Rosa e Narciso) hanno risposto così: «[...] siamo ancora un po' in costruzione nel cercare di definire, per chi ha questo tipo di situazione, un percorso [...]» (Fiordaliso);
- *Connessione con altri servizi interni all'azienda*: il servizio è coinvolto in un processo di connessione con altri servizi, all'interno dell'azienda, che si occupano di aspetti psichiatrici, endocrinologici, legali. Gli operatori stanno cercando di costruire una rete con altre strutture. 5 operatori (Ibisco, Oleandro, Fiordaliso, Ninfea e Narciso) evidenziano questo aspetto: «[...] c'è una collaborazione anche con la psichiatria e anche con altri servizi dell'azienda, quindi l'endocrinologia [...]» (Oleandro);
- *Contatti con altri servizi*: gli operatori si stanno mettendo in contatto con altri servizi che si occupano da tempo della tematica della transizione di genere e che si trovano al di fuori della provincia. 5 operatori su 10 (Oleandro, Ibisco, Ninfea, Narciso e Fiordaliso) descrivono questo aspetto: «[...] sono stati presi contatti con altri luoghi di cura in cui queste competenze sono maggiori [...], [...] questo servizio di Bologna e poi c'è la collega che conosce anche i punti dove i ragazzi si trovano [...]» (Narciso);
- *Nascita di un'equipe dedicata*: all'interno del servizio si sta strutturando un gruppo che si occupa del tema della transizione di genere, in particolare della parte operativa. Si tratta di un'equipe che coinvolge alcuni operatori del servizio e anche altri professionisti, che si

occupano di aspetti psichiatrici, endocrinologici, legali e sociali. 9 operatori su 10 (Ninfea, Edera, Erika, Rosa, Narciso, Ibisco, Melissa, Oleandro e Fiordaliso) descrivono questa equipe nascente: «[...] c'è un nascente team sull'identità di genere di cui fanno parte due psicoterapeuti, una psichiatra, di cui faccio parte io, un'ultima entrata è un'ostetrica e, nella prossima riunione, ci sarà il primario di endocrinologia con il quale cercheremo di concordare un canale preferenziale per il percorso prettamente sanitario [...]» (Ninfea), «[...] la formazione di un micro-equipe solo esclusivamente per questa tipologia di pazienti in modo che vengano seguiti in tutto il loro percorso [...]» (Erika).

Le azioni organizzative appena descritte vengono riportate anche durante il *focus group*; «[...] abbiamo attivato un gruppo, avendo l'ok del capo e questo gruppo coinvolge una serie di ambiti sanitari, l'endocrinologia, la psichiatria, l'ospedale eccetera [...]»;

- *Funzione dell'equipe*: la decisione di costituire un'equipe nasce dalla necessità di avere professionisti formati sul tema, con adeguate conoscenze relativamente alle varie questioni e alle pratiche, allo scopo di dare una risposta a questa tipologia di utenti che attualmente sono in aumento all'interno dei servizi. Ibisco, Ninfea e Fiordaliso sottolineano l'importanza di avere un'equipe con queste funzioni: «[...] l'idea è che anche organizzativamente dovessimo avere un gruppo di professionisti che cominciano a seguire, a formarsi, a sviluppare tutta la conoscenza e anche la pratica per poter affrontare questo argomento [...]» (Fiordaliso);

27. *Differenze di ruolo e aspetti gerarchici*: dalle narrazioni emerge la presenza di alcune differenze nell'approcciarsi alla tematica rispetto ai diversi ruoli e alle posizioni ricoperte all'interno dell'organizzazione dai vari professionisti;

- a) *Incontro con gli utenti*: tra i vari operatori le posizioni rispetto alla tematica della transizione di genere sono differenti tra i vari operatori, alcuni sono più distaccati, mentre altri si mostrano maggiormente coinvolti promuovendo la neces-

sità di occuparsi della problematica coi colleghi e anche a livello organizzativo. Gli operatori maggiormente attivi da questo punto di vista sembrano essere quelli che hanno avuto l'opportunità di toccare con mano le casistiche, di conoscere utenti transgender, ascoltare le loro storie e relazionarsi con loro in un contesto di aiuto. Si tratta, in particolare, degli operatori che grazie al ruolo ricoperto hanno esperito l'incontro con questi utenti. Questo aspetto emerge nelle interviste di tutti gli operatori: «[...] questo tema è stato anche un po' fortunato nel nostro servizio, non so se nelle altre aziende siano così avanti [...], [...] perché ha incontrato delle persone che erano particolarmente sensibili [...]» (Melissa). Questi sono aspetti che vengono affrontati e condivisi durante il *focus group*; «[...] se questa cosa sta trovando delle forme di ascolto all'interno dell'istituzione non è tanto perché l'istituzione sta dicendo: "a, b, c fate questa cosa!", ma invece perché noi abbiamo, in qualche modo, dato voce a una sensibilità personale [...]», «[...] credo che certi percorsi si realizzino laddove ci sono delle passioni, dove c'è l'autenticità dell'incontro e questa autenticità poi ti smuove. Un percorso si crea dove ci sono delle sensibilità, sono d'accordo [...]»;

- b) *Gerarchia*: dalle narrazioni emergono aspetti differenti del modo di affrontare la tematica della transizione di genere in relazione alla posizione gerarchica che i vari operatori ricoprono all'interno dell'azienda. In particolare, coloro che hanno una funzione direttiva trattano il tema da un punto di vista organizzativo e assumono una posizione di delega ad altri rispetto alla parte operativa. «[...] so che ci sono delle cose da fare e credo che debbano essere fatte e ci sono persone dedicate all'interno del servizio perché queste cose si possano realizzare e io le appoggio [...], [...] è un dovere che ha un servizio rispondere a queste esigenze, penso che si debba creare un servizio di alto livello [...]» (Melissa), «[...] un Dipartimento di Salute Mentale ha il compito di studiare anche tutta l'evoluzione dei fenomeni e l'innovazione [...], [...] poi abbiamo la necessità di dare una risposta ai cittadini, alle persone che sono di competenza

di questo Dipartimento [...]», «[...] quello che arriva qua è: “c’è la situazione che cosa facciamo?” [...], [...] ho detto loro di creare un gruppo e io spero che nel corso di non tanto tempo riesca anche a dare una sistematizzazione del nostro percorso locale [...]» (Fiordalisio);

28. *Cambiamenti stimolati dalla tematica della transizione di genere*: attraverso le interviste si è cercato di indagare quali cambiamenti l’incontro con la tematica della transizione di genere ha stimolato negli operatori del servizio. Vediamo cosa è emerso:

a) *Cambiamenti sperimentati dagli operatori rispetto ai propri atteggiamenti e sensazioni*: l’incontro con la tematica della transizione di genere ha generato negli operatori alcuni cambiamenti nei loro atteggiamenti e nelle loro sensazioni rispetto al tema.

- *Apertura e accoglienza*: la necessità di affrontare il tema della transizione di genere ha favorito in alcuni operatori l’evoluzione dei propri atteggiamenti di partenza rispetto al fenomeno, in particolare fanno riferimento a una maggior apertura e accoglienza. 4 operatori su 10 (Narciso, Erika, Edera e Rosa) hanno riportato questo aspetto: «[...] non possiamo più mostrarci scettici e distaccati, ma proprio perché abbiamo cominciato a toccare le casistiche e le storie di persone che stanno incontrando questa esperienza l’atteggiamento è cambiato [...]» (Narciso); «[...] in realtà ti aiuta ad ampliare un po’ i tuoi orizzonti [...], [...] siamo meno... quando ti trovi di fronte a qualcosa di nuovo ti spaventa e il fatto di esserci trovati un po’ alla volta ad avere sempre più situazioni a conoscere meglio la tematica ha fatto sì che il nostro modo di approcciarci sia migliorato [...]» (Edera);
- *Superamento del pregiudizio*: l’essere entrati in contatto con la tematica della transizione di genere, con le storie delle persone che la portano, ha favorito in alcuni operatori la possibilità di comprendere l’infondatezza degli stereotipi attribuiti agli individui transgender e superare il pregiudizio a essi collegato. 5 operatori (Oleandro, Narciso, Ninfea, Ibisco e Rosa) su 10 hanno riportato

questo aspetto; «[...] le esperienze si sono moltiplicate, sono aumentate le occasioni durante le quali se ne può parlare e nelle quali si può ascoltare, altrimenti sarei rimasto lì con i sorrisetti di quando, da ragazzino, andavo dal barbiere e si scherzava su questo, su quello, in campo sessuale, maschio, femmina, insomma... [...]» (Narciso); «[...] in realtà, queste persone, al sesso ci possono anche pensare, ma credimi che per quelle che io ho conosciuto è qualcosa di relativo, di secondario. Quello che figura in primo piano è la propria identità [...]» (Ninfea), «[...] nessuna delle persone che ho visto si prostituisce, ma neanche lontanamente! [...]» (Ibisco);

- *Attenzione agli stereotipi*: l'esperienza con la tematica della transizione di genere ha contaminato anche altri campi. Ibisco riferisce di essere più attento agli stereotipi, in generale, anche rispetto ad altre tipologie di pazienti; «[...] c'è anche una maggior attenzione agli stereotipi, in generale. Mi accorgo che se io vedo una ragazza, forse in passato le avrei chiesto: "Come va coi ragazzi?" , adesso è una domanda che non farei ma lascerei più aperta [...]» (Ibisco);
- *Diminuzione del disorientamento*: entrare in contatto con situazioni di transizione di genere, in alcuni operatori, ha favorito il superamento della sensazione di disorientamento relazionale che tendenzialmente si prova quando si incontra una persona che ha caratteristiche di genere intermedie. 4 operatori su 10 (Ibisco, Ninfea, Edera e Rosa) hanno riferito questo aspetto; «[...] siamo più pronti a vedere questo cambiamento [...]» (Rosa), «[...] io sono molto meno disorientato, nel senso, non c'è più questa sensazione di disorientamento se incontro queste persone [...], [...] è diventata una situazione più normale che mette meno in difficoltà [...]» (Ibisco);
- *Interesse per la tematica*: sembra che il trovarsi a contatto con situazioni di transizione di genere abbia favorito da parte degli operatori la nascita di un interesse particolare per questo tema e una curiosità. Hanno risposto così 7 operatori su 10 (Amaranto, Ibisco, Narciso, Ninfea, Ole-

andro, Edera ed Erika) hanno sollevato questo aspetto: «[...] mi incuriosisce, mi interessa capire la loro testa [...], [...] è nata in me la curiosità di conoscere questo tema perché gli utenti di questo tipo sono in aumento [...]» (Erika), «[...] tra i conoscenti non avevo persone... no quindi. Oggettivamente è un interesse che mi è nato proprio col lavoro, prima non...no [...]» (Edera). L'aspetto della curiosità nata successivamente all'incontro con tale tematica viene condivisa anche durante la discussione nel *focus group*: «[...] mah, la curiosità è nata... forse è una funzione che hanno avuto i pazienti perché è in quel momento che vieni messo davanti concretamente a questa roba qua, concretamente significa che non è che lo pensi come una questione astratta [...]»; Riflessione antropologica: diversi operatori riferiscono che l'incontro con tale tematica ha suscitato in loro la necessità di interrogarsi rispetto a questioni riguardanti la natura del genere, le sue caratteristiche, la possibilità che gli schemi utilizzati fin ora per classificare i maschi e le femmine e la loro identità dipendente dal sesso biologico, siano da rivisitare. La questione ha favorito la nascita tra gli operatori di un acceso dibattito. 6 operatori su 10 (Ibisco, Narciso, Oleandro, Amaranto, Ninfea ed Edera) riferiscono questo aspetto: «[...] transizione di genere? Era una domanda che fino a poco tempo fa sarebbe stato impossibile porsi, il genere è quello e quello è! Poi oggi, invece, ci troviamo davanti alla possibilità che questa domanda venga formulata e quindi dobbiamo cercare di rispondere [...]» (Narciso), «[...] “Come si orienta il genere e come si orienta l'interesse sessuale?”, è una domanda a cui non saprei dare una risposta netta [...], [...] l'incontro con questo tema ha favorito un ripensamento sui propri presupposti [...]» (Ibisco). Questa questione è dibattuta anche durante il *focus group*: «[...] la questione è squisitamente antropologica e questa è un'opportunità per coglierla, la questione del “chi siamo noi?” per me è cruciale perché mi accompagna nel pensiero quotidiano implicitamente [...]»;

- *Nessun cambiamento*: alcuni operatori riferiscono di non aver sperimentato nessun cambiamento stimolato dall'incontro con tale tematica. 3 operatori su 10 (Melissa, Amaranto e Fiordaliso) non riportano nessun cambiamento;
- b) *Cambiamenti percepiti nei colleghi*: gli operatori notano alcuni cambiamenti avvenuti anche da parte dei colleghi, in particolare notano un maggior coinvolgimento, una maggior apertura e partecipazione rispetto a questo tema e un interesse che sta via via crescendo.
  - *Maggior apertura e accoglienza*: alcuni operatori notano un'apertura di alcuni colleghi nei confronti di tale tematica e un maggior coinvolgimento e interesse. 4 operatori su 10 (Edera, Rosa, Erika e Narciso) lo percepiscono; «[...] c'è stato un cambiamento nei colleghi all'apertura, all'accoglienza di questi ragazzi, di questo tema [...]» (Rosa);
  - *Maggior coinvolgimento da parte di alcuni colleghi*: Ninfea e Ibisco notano un maggior coinvolgimento da parte di alcuni colleghi, che è andato aumentando da quando la tematica della transizione di genere è entrata per la prima volta nel servizio; «[...] alcuni di loro si stanno dimostrando perfino interessati al tema mentre per altri non è cambiato nulla [...]» (Ninfea), «[...] in alcuni colleghi ho notato grande collaborazione [...]» (Ibisco);
  - *Maggior serietà*: Ninfea percepisce un atteggiamento di maggior serietà da parte dei colleghi oggi rispetto alla prima volta in cui il tema è stato portato alla luce; «[...] il tema ora è affrontato in maniera molto seria e anche i casi sono presentati in maniera molto seria e formale [...]» (Ninfea);
  - *Cambiamento nella tecnica*: 3 operatori su 10 (Melissa, Fiordaliso e Oleandro) descrivono i cambiamenti nella tecnica dei colleghi e l'acquisizione di maggiori conoscenze e informazioni scientifiche rispetto alla tematica; «[...] sicuramente nella tecnica è cambiato qualcosa, nelle informazioni scientifiche, anche nei contatti coi professionisti dell'ospedale... su questo c'è stato sicuramente un notevole cambiamento [...]» (Melissa), «[...] rispetto all'e-

poca c'è più chiarezza rispetto al fatto che una parte di valutazione psichiatrica... tutte le cose per escludere che la cosa sia secondaria ad altre patologie[...]» (Oleandro);

- *Cambiamenti nell'atteggiamento del responsabile del Dipartimento*: Ibisco descrive il cambiamento avvenuto da parte del responsabile rispetto alla prima volta in cui il tema della transizione di genere è stato posto. Da un atteggiamento iniziale di resistenza si è spostato verso una posizione di maggior accoglienza e attivazione; «[...] la prima risposta è stata abbastanza negativa nel senso che la risposta è stata: “di queste cose se ne occupa la psichiatria” [...], io poi ho insistito, ho provato a tornare sulla cosa anche in altri termini e la sua posizione poi è cambiata [...], «[...] sul livello gerarchico più alto l'impatto è stato prima normativo e anche un po' di chiusura però poi è diventato: “Ragioniamoci, fate un gruppo, effettivamente meriterebbe perché è un tema che oggi, capisco che...[...]” (Ibisco);
29. *Aspettative degli operatori su futuro del servizio*: un ultimo aspetto indagato con l'ausilio delle interviste riguarda le aspettative che gli operatori hanno rispetto al futuro del servizio in merito alla tematica della transizione di genere. In particolare, è stato loro chiesto di raccontare quale pensano che sarà il percorso degli utenti con questa tipologia di situazione all'interno del CAGE e quali eventuali difficoltà potrebbero esserci nella presa in carico e nel tracciare un percorso. Anche durante il *focus group* si è trattata questa tematica:
- a) *Idee sul futuro del servizio*: ci sono tra gli operatori alcune idee condivise rispetto agli effetti che questa tematica potrebbe avere sul servizio in futuro;
  - b) *Accoglienza della richiesta*: gli operatori pensano che la richiesta degli utenti che portano tematiche di transizione sia stata accolta da parte del servizio e che questa sia la base per la costituzione di un percorso appropriato rispetto a questa tematica. 9 operatori su 10 (Ibisco, Fiordaliso, Melissa, Oleandro, Ninfea, Edera, Erika, Rosa e Narciso) hanno questa visione: «[...] noi l'abbiamo preso in mano perché il problema c'è, ha una sua rilevanza, ha una sua

- gravità, una sua complessità [...], [...] già un primo tema nei servizi è: “mi occupo o non mi occupo?”, riconoscerlo, come una questione da affrontare è già un primo pezzo [...]» (Fiordaliso);
- c) *Strutturazione di un percorso*: gli utenti pensano che si debba lavorare per delineare un percorso di presa in carico di questa tipologia di utenti e pensano che ciò avverrà in futuro. 9 operatori su 10 (Ibisco, Fiordaliso, Melissa, Oleandro, Ninfea, Edera, Erika, Rosa e Narciso) riferiscono ciò: «[...] penso che si debba costruire un percorso [...], [...] penso che si debba creare un servizio di alto livello per questi utenti, penso che avranno il loro percorso di accompagnamento, di sostegno e di cambiamento, sento che dobbiamo fare una parte con loro e la facciamo [...]» (Melissa), «[...] stiamo attivando dei percorsi che, secondo noi, potrebbero facilitare e venire incontro a questi ragazzi, quindi io spero che questi nostri sforzi vengano premiati [...]» (Ninfea);
- d) *Cornice accogliente*: l'idea che il CAGE possa essere un contesto adatto ad accogliere questa tipologia di utenti è condivisa da alcuni operatori; essi ritengono che il servizio abbia l'esperienza e una visione di insieme che consente di affrontare situazioni che pongono questioni di tipo esistenziale. Tutti gli operatori sono d'accordo su questo punto; «[...] vedo il nostro servizio come uno spazio aperto e quindi penso che questi ragazzi qui potranno sentirsi accolti e ascoltati, compresi e guidati nella consapevolezza di una scelta consapevole di un percorso [...]» (Amaranto), «[...] qua noi abbiamo una discreta competenza generale quindi, secondo me, qua potranno trovarsi bene perché noi siamo sempre stati in grado di offrire un'accoglienza, ascolto, dedizione, attenzione, quindi sicuramente anche loro non avranno difficoltà [...]» (Narciso);
- e) *Aumento di utenti transgender*: alcuni operatori credono che in futuro aumenteranno gli utenti con tematiche di transizione di genere all'interno del servizio, in quanto tracciando dei percorsi potrebbe diffondersi l'idea di CAGE come punto di riferimento per chi ha questo tipo

di situazione. 4 operatori su 10 (Narciso, Ibisco, Ninfea e Fiordaliso) hanno fatto questo pensiero; «[...] credo che ne arriveranno ancora e che probabilmente più un servizio si connota come competente e ha la fama di occuparsi di certe cose e più chiaramente anche gli altri tendono a mandarti, a sentirti... [...]» (Ibisco);

- f) *Formazione*: alcuni operatori pensano che in futuro si dovrà lavorare sulla formazione, sulla costruzione e sull'incremento delle conoscenze rispetto alla tematica, per poter dare una risposta adeguata agli utenti interessati. 5 operatori su 10 (Edera, Fiordaliso, Rosa, Ninfea e Ibisco) lo pensano; «[...] penso che ci potrà essere più informazione, sempre più apertura e aiuto da parte nostra, però, chiaramente, dobbiamo essere un attimino più formati su questo [...]» (Rosa);
- g) *Connessione con luoghi sociali altri*: alcuni operatori hanno l'idea che il servizio si potrà connettere con luoghi sociali che non rientrano nell'ambito sanitario. In particolare, pensano che saranno coinvolte associazioni e gruppi di genitori. 3 operatori su 10 (Ibisco, Ninfea e Narciso) hanno fatto questo pensiero: «[...] si potrebbero mettere in campo alcune modalità di aiuto... sto pensando a dei gruppi, sto pensando a situazioni per i genitori perché loro vivono una situazione altrettanto disorientante come l'abbiamo vissuta noi [...]» (Ibisco), «[...] se si apre quella presenza del Presidente dell'Ottavo Colore, L'Associazione LGBT con altre persone, gli operatori di strada [...]» (Ninfea);
- h) *Rilevanza della rete*: alcuni operatori pensano che uno degli aspetti da curare per migliorare la presa in carico di questa tipologia di utenti sia lavorare sugli aspetti di rete, migliorare la connessione con gli altri servizi, le altre professionalità che si occupano di aspetti relativi a questo tema. 5 operatori su 10 (Ibisco, Fiordaliso, Oleandro, Edera e Ninfea) lo pensano: «[...] penso che quello che dovrebbe avvenire e che sta cominciando ad avvenire è un miglioramento degli aspetti di rete, in fondo, noi stiamo conoscendo altri professionisti che si occupano di questa cosa e sta nascendo una grande collaborazione [...]» (Ibisco), «[...] penso che questo

possa essere il luogo adatto per chi vive queste situazioni [...], [...]chiaramente stando bene in rete con tutte le altre, tutti gli altri enti che devono fare un lavoro di questo tipo [...]» (Oleandro);

i) *Ostacoli organizzativi alla presa in carico*: dalle narrazioni degli operatori emergono alcuni punti di criticità che potrebbero ostacolare la presa in carico degli utenti che portano tematiche di transizione di genere:

- **Numerosità**: il numero dei pazienti con tematiche di transizione sembra una variabile fondamentale per alcuni operatori in quanto ritengono che l'Azienda investa laddove l'entità della richiesta è forte. Sebbene gli utenti con queste situazioni siano aumentati nel corso degli ultimi 2 anni, il numero di essi è ancora limitato e questo aspetto potrebbe costituire un ostacolo nella costruzione di un percorso a loro dedicato. 3 operatori su 10 (Fiordaliso, Ibisco e Ninfea) hanno fatto questo pensiero: «[...] io immagino che se abbiamo poi dei numeri significativi da questo punto di vista, questo ci potrebbe poi consentire, come stiamo anche un po' pensando, di aumentare, intanto l'investimento anche in termini di competenze perché è chiaro che se ha 1 paziente... se ne hai 20, diventa una questione sulla quale ci ragioni di più [...]»;
- **Risorse**: un altro aspetto che si configura come un ostacolo nella costruzione di un percorso specifico di presa in carico di questa tipologia di utenti riguarda le risorse. Questo tema viene sollevato da 2 operatori su 10 (Fiordaliso e Ibisco); «[...] quando noi dobbiamo fare dell'innovazione, occuparci di altre situazioni, è chiaro che il gioco poi diventa quello del come destinare le risorse, del come avere la capacità del finire quanto utile e necessario [...], [...] si tratta di dare una risposta a una domanda che ha un divario molto alto, cioè a domanda è alta e le possibilità di rispondere sono limitate rispetto ad essa[...]» (Fiordaliso). Anche durante il *focus group* questo tema è dibattuto; «[...] abbiamo una capacità di accoglienza molto tarata sulla questione economica e capita, poi, che le risposte siano abnormi o insufficienti [...]»;

- *Problema nuovo*: un aspetto molto dibattuto durante il *focus group* riguarda la percezione degli operatori rispetto alla difficoltà che le istituzioni hanno nel rispondere a nuove esigenze; «[...] le istituzioni in cui noi lavoriamo fanno fatica a rispondere a esigenze nuove, è un lavoro interno grosso[...], [...]siamo continuamente sollecitati rispetto a tematiche nuove e l'istituzione chiaramente deve fare dei movimenti che non sono automatici [...]», «[...] si tratta di una situazione nuova e il nuovo viene letto come *in più*, quindi una roba del tipo “non ci capisco, mi devo formare, è una responsabilità rispetto a questioni ulteriori ecc. [...]”»;
- *Ostacoli alla presa in carico legati ad aspetti personali*: alcuni operatori individuano alcuni fattori, legati a questioni più personali, che potrebbero ostacolare la presa in carico degli utenti che portano tematiche specifiche legate alla transizione di genere:
- *Pregiudizio*: due operatori, Ninfea e Amaranto, ritengono che rispetto alla presa in carico di questi utenti potrebbero esserci delle difficoltà legate al pregiudizio, in particolare essi credono che in alcuni colleghi potrebbe essere presente un atteggiamento di questo tipo: «[...] beh, potrebbero esserci difficoltà legate ai pregiudizi, questo sicuramente [...]» (Amaranto), «[...] le difficoltà potrebbero esserci e sono legate ai pregiudizi che sono difficili di battere e in questo caso ci vorrà tempo [...]» (Ninfea);

*Responsabilità*: alcuni operatori pensano che questo tema particolare implichi l'assunzione di una grande responsabilità da parte di coloro che si occupano della presa in carico di questi utenti. In particolare, ritengono che essa sia dovuta al fatto che questo tipo di situazione talvolta prevede interventi irreversibili di trasformazione del proprio corpo. Questo aspetto potrebbe comportare un ostacolo. 4 operatori su 10 (Ibisco, Erika, Fiordaliso e Melissa) hanno avanzato questa idea: «[...] è sempre difficoltoso seguire qualsiasi adolescente, questi è ovvio che vanno incontro a delle trasformazioni anche fisiche

e diventa più difficile, si fanno delle scelte molto difficili e quindi è una cosa piuttosto impegnativa [...]» (Erika); *Specificità della tematica*: un ulteriore aspetto che potrebbe costituire un ostacolo alla presa in carico riguarda la specificità di questa tematica, in quanto gli operatori ritengono che essa sia capace di sollecitare particolari vissuti legati alla propria identità che talvolta possono suscitare disagio. Questo aspetto è condiviso da tutti gli operatori durante il *focus group*: «[...] la difficoltà sta nel fatto che questo tema in particolare ci coinvolge e ci fa sentire un po' a disagio perché ci fa fare i conti anche con la nostra identità [...]», «[...] questo tipo di tema, in particolare smuove delle cose significative [...], [...] ti mette davanti a questo meccanismo di evitamento e fuga [...]»;

- *Aspetti che possono favorire la costruzione di un percorso*: gli operatori si mostrano ottimisti rispetto al destino di questa tipologia di utenti, all'interno del servizio in questione, per alcuni motivi:

*Motivazione*: tra gli operatori è diffusa l'idea che ci siano figure altamente motivate a favorire l'accoglienza di questa tematica all'interno del servizio e questo aspetto potrebbe facilitare la presa in carico e la costruzione di un percorso. Tutti gli operatori sono d'accordo su questo punto: «[...] io credo che qui abbiamo una serie di professionisti, sia al CAGE, ma anche al Dipartimento che hanno voglia di fare questa cosa e che quindi sono motivati a farlo e sono tendenzialmente ottimista [...]» (Fiordaliso);

*Cambiamento sociale*: alcuni operatori ritengono che a livello socioculturale stia avvenendo un'apertura rispetto a queste tematiche e che questo potrebbe facilitare la possibilità che queste situazioni vengano prese in considerazione in ambito sanitario, diversamente da come avveniva in passato. 3 operatori su 10 (Ibisco, Oleandro e Fiordaliso) hanno avanzato questo pensiero: «[...] questo è un momento in cui c'è un passaggio positivo, anche per loro, nel senso che c'è, credo, la speranza che ci se ne possa occupare, il tentativo di lavorarci diversamente dalla sofferenza che spesso c'è stata tanti anni prima [...]» (Ibisco),

«[...]vedo che c'è un interesse, mi sembra, sia qua nostro, ma anche a livello nazionale che è più speranzoso, che possano essere offerti in modo più puntuale, più presenti questi tipi di sostegni per queste persone[...]» (Oleandro).

## 5.7. Commenti ai dati e conclusioni

L'organizzazione è un sistema aperto e intrattiene continui interscambi con l'ambiente esterno, da cui provengono sollecitazioni che talvolta stimolano alcuni movimenti all'interno del sistema. Il Centro per l'Adolescenza e la Giovane Età è un'organizzazione che si occupa di salute mentale e accoglie da quasi 20 anni adolescenti e giovani adulti che sperimentano disagi di natura psichica. All'interno dell'Azienda si sono consolidate nel tempo procedure e modalità di presa in carico e intervento rispetto a diverse forme di sofferenza, tuttavia, soltanto dal 2015 il servizio viene sollecitato da una domanda: l'accesso di utenti che portano tematiche di transizione di genere. L'aumento di questa tipologia di utenti all'interno del servizio sembra rispecchiare un cambiamento che sta avvenendo nel contesto socio-culturale. Talvolta, i mutamenti che avvengono nel contesto sociale impattano sull'organizzazione tanto da stimolare dei cambiamenti al suo interno. Sembra che la tematica della transizione di genere abbia avuto questa funzione all'interno del servizio in questione. Dall'analisi dei dati emerge che, al momento in cui i primi utenti transgender fanno il loro accesso all'interno dell'Azienda, gli operatori hanno l'idea di non conoscere il fenomeno della transizione di genere, se non soltanto relativamente ad alcuni aspetti teorici. Si tratta, infatti, di una tematica nuova e insolita, rispetto alla quale essi non possiedono le competenze e la formazione adeguati per affrontarla dal punto di vista della presa in carico e, inoltre, all'interno dell'Azienda non esistono procedure sulle quali orientare gli interventi, e i professionisti sperimentano così sensazioni di inadeguatezza e impotenza. Tuttavia, si tratta di un fenomeno con il quale sono chiamati a confrontarsi sempre più spesso durante l'espletamento della loro professione, in quanto gli utenti di questa tipologia

sono in aumento, pur rimanendo, come abbiamo visto, su numerosità contenute. Al momento in cui gli operatori incontrano la tematica per la prima volta, sperimentano sensazioni di disorientamento relazionale e spiazzamento che descrivono come specifiche rispetto a questa tipologia di pazienti, i quali manifestano un'incongruenza tra sesso biologico e genere auto attribuito. Questa specifica tematica, inoltre, sembra stimolare negli operatori un certo disagio e imbarazzo. Tuttavia, dalle loro narrazioni emerge anche una certa curiosità rispetto a questo fenomeno, al quale non avevano forse mai pensato prima di incontrarlo sulla scena lavorativa. È un tema che affascina e stimola interesse e curiosità, poiché sembra capace di toccare e far risuonare aspetti legati alla propria identità. L'atteggiamento iniziale degli operatori rispetto al tema e a questa tipologia di utenti è prevalentemente di apertura, accoglienza e non giudizio. Quello descritto fin qui è il primo contatto che il servizio ha avuto con la tematica della transizione di genere, da allora si sono verificati alcuni cambiamenti al suo interno che cercherò di spiegare. Porras e Silvers (1991) distinguono alcune tipologie di cambiamento tra le quali il cambiamento non programmato (accidentale), che si verifica quando l'organizzazione deve rispondere a qualche stimolazione esterna non anticipata. In questo caso la risposta è di tipo adattivo e spesso è spontanea (Burke, 2010; Piccardo e Colombo, 2007). Sembra il caso del servizio in questione. La tematica entra nel servizio attraverso l'esperienza che gli psicologi psicoterapeuti vivono durante l'incontro con alcuni pazienti. Da quel momento in poi diventa oggetto di discussione e condivisione all'interno del gruppo di lavoro. Attraverso il racconto delle storie di questi pazienti, e delle sensazioni vissute da coloro che hanno dovuto relazionarsi con essi, la tematica inizia a toccare un numero sempre maggiore di operatori. Alcuni autori sottolineano che l'apprendimento nelle organizzazioni va oltre l'erogazione delle attività di routine. Sembra che le persone abbiano un ruolo proattivo nel costruirsi in modo autonomo e discrezionale propri percorsi di crescita professionale (Fraccaroli, 2007). L'apprendimento viene considerato come un'attività sociale e partecipativa, non solo cognitiva. I movimenti che si rilevano all'interno del servizio sembrano rispecchiare queste con-

siderazioni, infatti alcuni comportamenti iniziano a diffondersi nel gruppo di lavoro e gli operatori cominciano ad approfondire l'argomento attraverso letture e la consultazione di materiale disponibile on-line. Viene organizzata la frequenza di corsi di formazione e ci si mette in contatto con specialisti che si occupano da tempo della tematica. Oltre alla necessità di approfondire, gli operatori sentono il bisogno di confrontarsi con i colleghi. Essi cominciano, poi, a interrogarsi e a riflettere su questioni antropologiche e a rivalutare le loro premesse rispetto alla mascolinità e alla femminilità, si domandano se le categorie utilizzate fino a quel momento per interpretare il genere e le loro rappresentazioni siano appropriate o se siano da rivisitare alla luce delle questioni che questa tipologia di situazione avanza. Tali riflessioni, oltre ad essere vissute individualmente dagli operatori, diventano oggetto di discussione durante le riunioni, questo sembra riflettere l'avvio di alcuni cambiamenti per quanto riguarda le idee e le rappresentazioni condivise all'interno del gruppo. Inoltre, tra gli operatori sembra diffondersi l'idea che quella della transizione di genere sia una tematica con una sua specifica rilevanza, della quale sia necessario occuparsi in quanto servizio a causa dell'elevato rischio a cui sono sottoposti gli utenti che rientrano in questa tipologia. Kotter (1995), nel suo modello sul cambiamento organizzativo, sottolinea l'importanza che riveste la condivisione da parte di diversi membri dell'organizzazione di un sentimento di urgenza rispetto alla necessità di introdurre un cambiamento. Secondo l'autore, si tratta di una condizione necessaria affinché possa consolidarsi un cambiamento. Oltre ad aver stimolato alcuni effetti sui pensieri, la presente tematica sembra aver favorito un cambiamento anche nell'atteggiamento degli operatori, i quali riferiscono di sentirsi più aperti e accoglienti rispetto a questo tipo di situazione, sperimentano una diminuzione del pregiudizio e una maggior attenzione agli stereotipi in generale. Anche le sensazioni che la tematica stimolava inizialmente sembrano aver subito un cambiamento, in quanto gli operatori riferiscono di sentirsi meno disorientati rispetto a prima. Quanto esposto fin qui trova accordo nella letteratura. In particolare, sembra che all'interno di questo servizio stia iniziando ad avvenire qualche movimento

sul piano della cultura dell'organizzazione, che nello specifico riflette cambiamenti nei valori, negli atteggiamenti, nelle credenze e nei comportamenti degli attori organizzativi (Avallone, 2011). Quanto osservato sembra dovuto a un'attività sociale e partecipativa che si sta implementando tra gli operatori. Hosking e Morley (1991) dicono che per comprendere l'azione organizzativa è necessario calarsi nella realtà locale nella quale essa ha luogo, esplorare le dinamiche dei processi di interazione sociale in cui gli individui sono coinvolti. Questa posizione è sostenuta anche da Weick (1995) il quale sottolinea l'importanza dei processi di interazione e il ruolo degli attori organizzativi nel creare il contesto in cui operano. Quanto osservato all'interno del servizio sembra supportare il pensiero degli autori. Gli operatori stanno plasmando il loro contesto lavorativo attraverso i loro specifici movimenti individuali e collettivi. Alcuni approcci recenti interpretano le organizzazioni come sistemi complessi, soggetti a fasi evolutive di tipo auto-organizzato, in cui risultano fondamentali la relazione dialettica tra le diverse strutture dell'organizzazione e i processi individuali e sociali che influenzano le trasformazioni organizzative (Maimone, 2006).

Un aspetto che emerge dai dati riguarda la presenza di figure che si mostrano più coinvolte, sia per quanto riguarda l'interesse per la tematica sia per quanto concerne gli aspetti più operativi, mentre altre professionalità restano in una posizione più marginale e distaccata. Sembra che un importante ruolo nel determinare questo assetto sia da collocarsi nell'incontro con gli utenti, infatti coloro che hanno avuto l'opportunità di vedere le persone, di conoscere le loro storie e sperimentare l'autenticità dell'incontro si mostrano maggiormente attivi e partecipi. Sembra che questi professionisti abbiano assolto l'importante funzione di avviare un processo di promozione di una sensibilità rispetto a questo tema all'interno dell'organizzazione attraverso il coinvolgimento dei colleghi più prossimi e poi dei responsabili di servizio e di Dipartimento. Il desiderio e la necessità di accogliere la richiesta specifica avanzata da questa tipologia di utenza sembrano essere nati attraverso la relazione e l'esperienza diretta. Gli operatori coinvolti in questo tipo di situazione hanno sentito il bisogno di attivarsi, in quanto questa specifica tematica pone-

va quesiti peculiari che non trovavano risposte adeguate nelle procedure esistenti all'interno dell'Azienda. La presa in carico di questa tipologia di utenti infatti prevede il coinvolgimento di diverse professionalità tra cui l'endocrinologo, l'educatore, lo psichiatra, l'avvocato, talvolta il chirurgo, oltre naturalmente allo psicologo. Merlyn e Parkinson (1995) individuano alcuni ruoli nelle aziende sanitarie pubbliche tra cui i fautori del cambiamento (*change advocates*), ossia coloro che desiderano il cambiamento ma sono privi del potere di legittimazione. Essi si propongono di individuare un sostenitore illustrandogli le opportunità di cambiamento. All'interno del servizio sembrano emergere queste figure, si tratta degli operatori che maggiormente sono entrati in contatto con i pazienti che portano tematiche di transizione di genere. Questi operatori sentono maggiormente la necessità di mobilitare delle risorse al fine di fronteggiare la questione posta, tuttavia non hanno il potere che gli consente di attuare cambiamenti nell'organizzazione, infatti il coinvolgimento del responsabile della direzione che riveste il ruolo di sponsor promotore (*initiating sponsor*), sempre secondo la classificazione fatta dagli autori, consente a questa figura di manovrare le risorse umane e finanziarie. L'esigenza di avviare un cambiamento nasce sul campo quindi, dal contatto con gli utenti e le loro richieste e in seguito ne deriva il coinvolgimento delle figure dedicate a determinare il cambiamento e a legittimarlo. Quindi all'interno di questo servizio sembrano emergere alcuni ruoli chiave che svolgono un'importante funzione nel dare avvio a un processo di mutamento all'interno dell'Azienda. Quello che emerge dai dati è il fatto che questi processi abbiano incontrato subito una resistenza da parte di coloro che non hanno avuto l'opportunità di conoscere questo tipo di utenza. Forse questa specifica tematica ha bisogno di essere incontrata, pensata, condivisa e discussa. Forse si tratta di un tema che richiede tempo. Anche la direzione ha, in un primo momento, declinato la proposta di cambiamento e soltanto in un secondo momento essa ha legittimato la proposta di attivare alcuni cambiamenti operativi al fine di rispondere alle esigenze di questo tipo di utenti. Daft e Noe (2001) individuano 3 oggetti di cambiamento, uno dei quali riguarda i processi di lavoro e l'ambiente lavorativo, ossia il modo in cui le persone lavorano.

Questo tipo di cambiamento, secondo gli autori, viene attivato ai vertici della piramide gerarchica anche se le spinte possono provenire dai livelli più bassi dell'organigramma. Quello che sta accadendo all'interno del servizio sembra rispecchiare quanto esplicitato dagli autori, in quanto il responsabile, a partire dalle sollecitazioni provenienti "dal basso", ha poi espresso alcune direttive in merito alle questioni operative. All'interno dell'Azienda, ma in collaborazione con diversi soggetti, istituzionali e non, membri anche di altre organizzazioni è stato formato un gruppo di lavoro dedicato (nominato *Gruppo Gender*), costituito da diverse professionalità che sembrano essere le destinatarie del cambiamento (*change recipients*) secondo la distinzione che hanno fatto Merlyn e Parkinson (1995). A questi professionisti, infatti, è stato chiesto di modificare le loro conoscenze, abilità e comportamenti, come risultato del cambiamento. Essi si stanno formando, stanno costruendo rapporti e stanno lavorando al fine di costruire un percorso, all'interno dell'Azienda e fuori di essa, adeguato rispetto alla presa in carico di questa tipologia di pazienti. La direzione di questo gruppo è stata affidata agli operatori che avevano sollecitato il cambiamento stesso.

Quanto esposto fin qui sembra trovare accordo nel modello sistemico proposto da Fuqua e Kurpius nel 1993, basato sull'assunto che ogni tipo di cambiamento può avere un impatto a cascata all'interno dell'organizzazione. Essi individuano tra gli oggetti di cambiamento gli aspetti che sono in relazione sistemica tra loro: gli aspetti organizzativi (procedure, ruoli ecc.), i fattori sociali (la cultura organizzativa, il funzionamento del gruppo di lavoro ecc.), i metodi (procedure ecc.), gli obiettivi del cambiamento e gli attori organizzativi (le loro conoscenze, competenze ecc.). Tra gli oggetti di cambiamento gli autori individuano anche i fattori sociali: sembra che ci siano dei movimenti anche relativamente a questi aspetti che si ritrovano nei cambiamenti riscontrati in alcuni atteggiamenti, nelle sensazioni e nei pensieri degli operatori rispetto a questo tema ma anche nella condivisione culturalmente ampia che sta avvenendo nella rete trasformativa stessa che costituisce il *Gruppo Gender*.

George e Jones (2002) definiscono il cambiamento organizzativo come il movimento di un'organizzazione dal presente stato

a uno futuro, desiderato per aumentare la sua efficacia. Tale definizione mette in luce gli aspetti chiave dell'innovazione, ossia l'intenzionalità, la motivazione e il miglioramento. Kotter (1995), nel suo modello di cambiamento organizzativo, individua nella *vision* l'elemento «motivante dell'avvenire perseguito». Secondo l'autore, essa rappresenta il motore del cambiamento, in grado di motivare e mobilitare gli attori organizzativi che prenderanno parte al processo di trasformazione organizzativa. La *vision*, tuttavia, dev'essere diffusa tra tutti gli autori del processo organizzativo per assicurare un buon esito del cambiamento.

Gli operatori del servizio in questione sembrano avere una visione condivisa rispetto al futuro del servizio relativamente alla questione della transizione di genere. Essi ritengono che la richiesta degli utenti sia stata accolta e che il percorso di presa in carico si strutturerà; ritengono che il servizio sia idoneo ad accogliere questa tipologia di utenti, per la fascia d'età di pertinenza, e auspicano che per altre età sarà possibile avere risposte adeguate in altri servizi e che sarà necessario lavorare sulla costruzione di una rete che connetta i diversi servizi implicati nella tematica.

Alcuni elementi potrebbero ostacolare il cambiamento, per esempio, la carenza di risorse economiche o il mutamento di *leadership* o la fuoriuscita dal progetto degli operatori più motivati. Tuttavia, anche in questi casi, è ipotizzabile che ciò che nel frattempo sarà stato creato possa avere un seguito, sia grazie a una certa *inerzia organizzativa* che, soprattutto, alla diffusione di una sensibilità diffusasi nella rete interna ed esterna e auspicabilmente nel contesto culturale più ampio.



## Avere un trans in famiglia

di Giuseppe Ferrante

### 6.1. Genitorialità e adolescenti transgender

Sempre più pazienti con richiesta di variazione di genere, sia adolescenti che preadolescenti, si presentano alla consultazione clinica sollevando la necessità di sviluppare interventi terapeutici che affrontino meglio i loro bisogni psicosociali e relazionali (Menvielle, Rodnan, 2011).

L'obiettivo della transizione di genere negli adolescenti comprende l'adozione socialmente efficace del ruolo di genere desiderato, compreso l'aspetto e i comportamenti tipici, del genere prescelto come lo stile di abbigliamento e la cura di se stessi, l'uso del nome e del pronome di genere. In tutto questo processo, il sostegno familiare è stato segnalato come fattore di protezione psicosociale per i giovani appartenenti a delle minoranze sessuali (Menvielle, Rodnan, 2011).

Una delle più grandi sfide per gli adolescenti è spesso legata proprio ai loro genitori. Nel caso di adolescenti che hanno avuto una storia di discordanza di genere nell'infanzia, i genitori possono, in una certa misura, prepararsi alla possibilità che il loro bambino possa essere transgender. Per gli adolescenti che, invece, annunciano il desiderio di transizione di genere senza aver avuto una storia di discordanza nel periodo infantile, questo potrebbe comportare una "crisi", la quale può essere aggravata dalla mancanza di preparazione da parte dei genitori, che porta a *shock* e incredulità (Menvielle, Rodnan, 2011).

Il Programma di sviluppo di genere e sessualità, presso il Children's National Medical Center (CNMC) di Washington DC, ha riportato che l'istituzione di gruppi per genitori è stata in grado di

fornire un utile intervento ausiliario per adolescenti transgender (Menvielle, Rodnan, 2011).

Difatti, alcune ricerche testimoniano come un migliore accesso alle informazioni appropriate da parte dei membri della famiglia permetta di iniziare a comprendere meglio l'identità dei propri familiari transgender, ponendo le basi per dare un senso alla propria esperienza e a quella del membro transgender, e a facilitare i processi di adattamento del singolo e della famiglia. L'educazione e l'informazione, quindi, aiuterebbero i genitori a sentirsi più sicuri nella loro genitorialità, meno colpevoli o confusi riguardo le loro scelte e più sicuri nella loro capacità di prendere le decisioni migliori per il proprio figlio/a. Una mancanza di informazioni nelle famiglie, d'altronde, è stata descritta come un ostacolo alla capacità di comprensione, accettazione e sostegno (Menvielle, Rodnan, 2011; Sharek, Huntley-Moore, McCann, 2018).

## 6.2. Obiettivi della ricerca

L'obiettivo principale di questa ricerca qualitativa esplorativa è stato quello di indagare il vissuto dei *caregivers* di adolescenti transgender in carico al CAGE di Parma.

L'incontro fra individui transgender e CAGE è molto recente, infatti, la prima utente transgender giunge al servizio soltanto nel 2015. Prima di lei il CAGE non documenta casi, se non estre-

**Tabella 6.1.** Accessi al CAGE 1996-2003

Utenti	Anno di nascita	Primo accesso	M to F	F to M
Utente 1	1996	05/07/15	X	
Utente 2	1995	25/05/16	X	
Utente 3	2000	10/05/17		X
Utente 4	1998	21/11/17	X	
Utente 5	2000	21/04/16		X
Utente 6	1998	30/05/18		X
Utente 7	2002	25/09/18		X
Utente 8	2003	30/08/17	X	

mamente sporadici, che presentino le medesime caratteristiche. Gli accessi di questo tipo si sono poi intensificati negli ultimi 2 anni: 8 casi nuovi tra il 2017 e il 2018. Attualmente gli utenti del Servizio che rientrano in questa tipologia sono 8.

Lo scopo di questo lavoro è stato quindi quello di esplorare come i *caregivers* di adolescenti transgender, in particolare di quelli presi in carico presso il CAGE, vivono la transizione di genere. Nello specifico si è voluto indagare quali idee, atteggiamenti, emozioni e azioni, vengono stimulate in chi condivide in prima persona la storia evolutiva del soggetto in transizione.

### 6.2.1. Partecipanti alla ricerca

La selezione dei partecipanti è avvenuta in base a due elementi:

1. disponibilità dei soggetti a essere coinvolti nella ricerca;
2. rapporto di vicinanza con l'adolescente transgender.

Non tutti i possibili *caregivers* sono stati ingaggiati, in quanto impossibilitati o non desiderosi di partecipare. Il campione è composto da 5 soggetti, includibili nella categoria di *caregivers* di adolescenti transgender: 3 madri (biologiche), 1 nonna materna, 1 partner. Di seguito in tabella 6.2 vengono sintetizzati alcuni dati relativi ai *caregivers*.

**Tabella 6.2.** Dati dei partecipanti

Caregivers	Sesso	Età	Tipologia di caregivers	Tipologia di transizione dell'adolescente di riferimento	Grado di transizione dell'adolescente di riferimento
Caregiver 1	F	43	Madre biologica	F to M	Terapia ormonale
Caregiver 2	F	39	Madre biologica	F to M	Esplorazione
Caregiver 3	F	47	Madre biologica	F to M	Pre-terapia ormonale
Caregiver 4	F	69	Nonna materna	F to M	Terapia ormonale
Caregiver 5	F	20	Partner	F to M	Terapia ormonale

### 6.2.2. Lo strumento: l'intervista semistrutturata

Lo strumento utilizzato nella presente ricerca è l'intervista semistrutturata.

Nell'intervista con un basso livello di strutturazione viene concessa maggiore libertà sia all'intervistato che all'intervistatore, il quale usa, a supporto della conduzione, una traccia tematica, ovvero alcuni aspetti di contenuto da toccare. Come stile e modalità di conduzione assomiglia al colloquio. L'intervistato, sotto la guida limitata di chi lo interroga e utilizzando le proprie categorie mentali e il proprio linguaggio, è lasciato libero di esprimere le proprie opinioni e i propri atteggiamenti.

La scelta di questa tipologia di strumento è stata privilegiata in linea con lo scopo di far emergere, nella narrazione dei *caregivers*, informazioni su fatti, idee, pensieri, sensazioni e comportamenti stimolati dalla tematica della transizione di genere. Vista anche la difficoltà di aggancio e la probabile difficoltà nel sondare certe tematiche, ci si è proposti di lasciare tutto lo spazio possibile al linguaggio degli intervistati, consentendogli di utilizzare termini a loro più congrui nel racconto di vissuti ed esperienze.

Nonostante l'intervista non sia composta da domande specifiche, prima della sua effettiva messa in atto, si è provveduto a stilare un elenco di temi generali da trattare rispetto alla tematica della transizione di genere e del mondo transgender, che poi fungono anche da macrotematiche per l'analisi:

1. Idee rispetto alla transizione di genere;
2. Emozioni e sensazioni rispetto alla transizione di genere;
3. Grado di accettazione rispetto alla transizione di genere;
4. "Segnali" pro-transizione di genere e "segnali" contro-transizione di genere;
5. Rappresentazione del contesto rispetto alla transizione di genere;
6. Cambiamenti e azioni in atto che la transizione di genere comporta;
7. Visione rispetto al futuro dell'adolescente transgender.
8. Varie, eventuali e inedite.

### 6.2.3. Criteri di analisi

Il materiale raccolto attraverso le interviste, la maggior parte delle quali co-condotte con il relatore della mia tesi di laurea, è stato audio-registrato, trascritto integralmente e quindi analizzato, attraverso un criterio di *analisi tematica trasversale*, che consiste nell'individuazione di concetti centrali che ritornano in modo ripetuto tra le parole dei soggetti. I dati sono stati poi analizzati da me e da un'altra collega. Il lavoro è stato svolto dapprima in modo indipendente e in seguito è stato effettuato un confronto delle diverse rilevazioni per la definizione dei risultati.

L'analisi del materiale raccolto tramite le interviste è stata condotta in modo trasversale, in questo modo sono stati individuati i concetti centrali ridondanti che emergono nelle narrazioni dei soggetti. Di seguito ho riportato, per ciascuna delle tematiche indagate, le risposte fornite dai caregivers:

1. *Idee rispetto alla transizione di genere*: una delle aree indagate nella ricerca riguarda le idee, i pensieri e le spiegazioni che i caregivers degli adolescenti, identificabili come transgender, hanno/si danno in merito al tema della transizione di genere. Differenti caregivers sembrano possedere un diverso grado di conoscenza della tematica e si avvicinano a essa facendo riferimento all'esperienza posseduta. Le narrazioni scaturite dalle interviste hanno favorito l'emergere di alcune categorie e alcuni concetti che di seguito andrò a descrivere:
  - a) *La ricerca di informazioni*: da parte di alcuni caregivers appare presente una ricerca di informazioni per arrivare a una migliore comprensione del fenomeno. Questa ricerca emerge nei loro racconti, nel corso delle interviste stesse, attraverso la narrazione di esperienze di auto-apprendimento: «[...] da lì ho iniziato un po' ad andare su internet e informarmi perché comunque non ho mai conosciuto una persona trans, non c'ho, cioè non c'avevo mai parlato. Quindi sono andata un po' su internet a informarmi, in più lui mi ha dato tutte le spiegazioni, tutte le domande che gli facevo lui mi rispondeva [...] quindi io mi informo, ma anche su internet ogni tanto vado a fare le mie ricerche...per capire [...]» (Caregiver 5), «[...] perché lui guarda

le trasmissioni eh! Quando c'è e...quella trasmissione che hanno fatto con Sabrina Ferilli, Cambio di Genere eh?! Un giorno l'ho scoperto là davanti così, una domenica verso sera... io l'avevo già vista la trasmissione nella mia camera e... l'ho visto là. È strano che non l'abbia cambiato, no, si è documentato perfettamente, ha fatto tutto quello che c'era da vedere dunque ci tiene eh!» (Caregiver 4);

- b) *Transizione come perdita*: per alcuni dei caregivers la transizione verso un sesso differente da quello di nascita equivale a un lutto, una perdita difficoltosa da sostenere: «[...] in un certo senso è come se la Pamela bambina fosse morta e non c'è più [...] è come un lutto...quindi la Pamela non c'è più, mh... non c'è più visivamente come Pa... cioè visivamente la Pamela femmina non la vedrò più, è come una specie di lutto... e quindi... poi a un certo punto quando arrivo lì lì per capire la criticità, la tragicità, passatemela questa cosa, secondo me si ferma e io a un certo punto secondo me dico no mai io non... cioè non... non vado... perché come le ripetevo se andassi fino in fondo starei troppo male e allora mi fermo... e mi adeguo... cioè come se poi la faccio diventare quasi una cosa normale non so come dire ha capito?... perché se andassi oltre non ce la farei [...]» (Caregiver 1);
- c) *Transizione come novità*: per la partner di uno degli adolescenti transgender, nonostante la ricerca di informazioni costante, la tematica è ancora nuova: «sì, il cambiamento è... è drastico... però comunque anche lì, le persone... non so cioè io in tutto questo mondo, per me è tutto nuovo ancora... quindi è tutto da scoprire in un anno che conosco queste persone [...]» (Caregiver 5);
- d) *Reversibilità della transizione di genere*: la transizione di genere, quantomeno all'inizio, può essere considerata dai caregivers come reversibile, come qualcosa di momentaneo e forse transitorio: «io lo pensavo (che fosse transitorio) ma poi ho capito che non era vero... è molto decisa» (Caregiver 4), «Speriamo che gli passi...ma gli deve passare...» (Caregiver 2);
- e) *Spiegazioni rispetto alla transizione di genere*: come ci si spiega la transizione di genere? Dalle varie interviste emergono

diversi tentativi di spiegazione, con vari livelli di complessità. I fattori che concorrono alla comparsa/sviluppo dell'incongruenza di genere, infatti, si presentano variegati e, alcune volte, con un focus comune. L'affermazione riferita dal Caregiver 4 è esemplificativa di questo concetto: «non riesco a capire se è proprio la natura che è così o se è diventata»;

- f) *Fattori "biologici"*: in alcuni caregivers sembra farsi strada l'ipotesi di una possibile origine, o quantomeno influenza, biologico-naturale: «[...] è che... lei ha preso coscienza della sua natura in una, nella fase più brutta della vita dove gli errori che si fanno, le scelte che si fanno si pagano per sempre [...]» (Caregiver 1); «[riferita a Dio] [...] perché visto che c'ha gli ormoni più maschile che femminile... mi mandava un maschietto [...]» (Caregiver 3);
- g) *Fattori psico-sociali: il contesto*. Nella concezione dei caregivers, le esperienze che l'adolescente ha fatto nel corso della sua storia giocano un ruolo importante nell'evoluzione dell'incongruenza di genere. «[...] sai che cos'è Greta? Greta è come un film... Greta quello che vede assorbe, è una spugna», «[...] Greta è troppo confusa, Greta siccome ha avuto... molto bullismo... i ragazzini (dopo la morte del nonno) invece di stargli vicino la picchiavano... è stata ingessata un 15-16 volte... all'ospedale eh! [...] Greta vuole cambiare per avere le persone vicino ma è sbagliato [...] Greta è confu... poi con tutto ehm... queste ragazze in giro [...]» (Caregiver 2);
- h) *Fattori psicosociali: il trauma*. Come affermano Laplanche e Pontalis, non si può parlare di eventi traumatici in modo assoluto, senza considerare la "sensibilità" propria del soggetto (Mucci, 2014), tuttavia alcune delle narrazioni prodotte dai caregivers apparirebbero categorizzabili come eventi traumatici, ovvero come esperienze in cui vi è una ripetuta esposizione ad aspetti disturbanti o incomprensibili dell'altro significativo. «[...] quando è morto suo nonno già l'avevamo preparata che il nonno andava... via, cioè la situazione non era bella. Quando è morto suo nonno eh... alle sette e quaranta di mattina, i fratelli di mia sorella ci

hanno spiegato che il nonno non c'era più. Quando sono tornata a casa, lei era nella multipla del suo nonno, nella macchina, tutta arrabbiata... mi fa "perché l'hai fatto morire?" ho detto "mica è colpa mia...cioè... io ho dovuto starci vicino al tuo nonno, ho dovuto curarlo ma io non sono Dio" ci ho risposto, "non sono nessuno" e lei per due mesi non mi parlava più... noo, non mi parlava più, mi odiava [...]. Lei ha avuto un blocco la Greta, lei vuole prendere... il posto del nonno... perché lei lo disse "prenderò il posto del nonno"... e qua non si riesce, Greta ha uno shock! Greta è confu... Greta ha una confusione così grande in testa da far paura! [...]. Greta non è che c'è nata...Greta ha una grande confusione in testa [...]" (Caregiver 2), «[...] può nascere da un abbandono questa cosa qui? O da un odio contro il papà?... perché io ci penso sa a queste cose... lui, il papà non è mai stato un papà attent... mai... né economicamente, né affettuosamente, niente... presenza poco [...] per me c'entrano molto i genitori... questo è il mio pensiero... perché se il papà fosse stata una persona diversa, non l'avesse picchiata...la picchiava, io non l'ho mai saputo se no mica ce lo lasciavo là... poi dopo questa mamma allo sbando con uno, con quell'altro, con quell'altro, lei abbandonata [...]" (Caregiver 4), «allora, io in questo caso mi son fatta l'idea che ehm il suo cambio dal femminile al maschile non si è creato perché lei stessa si sente maschio ma secondo me, io l'ho pensato questo, c'è stato un trauma di qualcosa che l'avrà fatto soffrire... e si è detto meglio maschio a non soffrire che femmina [...] forse è stata la mia... convivenza col papà col piccolino a far sì che [...] si è creato in se stessa [...] qualcosa di...sai che l'uomo difende la propria donna? Ecco, secondo me è stato anche quello... si è creato uno scudo...da farsi forza ad agire da maschio e non da femmina [...] perché secondo me ha visto molta sofferenza in me stessa e quando ho vissuto col mio... compagno, questa situazione che si è creata perché lui mi alzava le mani, lui trattava male...loro e dunque si è creato questo scudo in lei stessa, questa forza di volontà di agire, da uomo...secondo me è stato quello [...]" (Caregiver 3);

2. *Emozioni e sensazioni rispetto alla transizione di genere*: l'intervista è frutto di una relazione fra individui. Nell'intervista poco strutturata, se è abbastanza esplicita la libertà dell'intervistato rispetto ai contenuti per così dire cognitivi, stessa cosa vale, anche se meno esplicita, per i contenuti emotivi. Questi contenuti sono stati inseriti nell'area macrotematica delle emozioni e sensazioni:
- a) *La paura e la preoccupazione*: i cambiamenti in atto o quelli eventuali che la terapia ormonale comporta, generano, nei diversi caregivers, un certo grado di apprensione, anche perché gli esiti non sono del tutto prevedibili: «[...] un po' di preoccupazione io ce l'ho...per tutte le operazioni che deve fare [...] sul lato dell'operazione io sono preoccupata, ho un po' di paura [...]» (Caregiver 5), «sta cambiando anche molto fisicamente con questa terapia [...] più che altro nel corpo, grazie al cielo nel viso no [...] a parte l'ingrossatura del...proprio la stazza che è [...] secondo me è più di 90 chili [...] per cui mi raccomando stai attenta alla salute... prima di tutto perché comunque [...]» (Caregiver 1);
  - b) *L'incredulità di fronte all'incongruenza di genere dell'adolescente*: alcuni caregivers esprimono una sorta di impossibilità nel riuscire a concepire ciò che comporta una transizione di genere: «io ancora non mi rendo conto [...] non mi sembra ancora vero [...]» (Caregiver 1), «[...] finché la vedi una cosa esterna se...se vista da un'amica o qualcosa ci rimani male...ma visto dal punto di vista, quando tocca te un problema lo vedi più pesante...lo vedi come una cosa che dici "a me sta capitando questa cosa?" eppure è così...diciamo che non me l'aspettavo questa cosa della mia famiglia [...]» (Caregiver 3);
  - c) *Il dolore, la sofferenza e la difficoltà che comporta l'idea di pensare ad un figlio/nipote transgender*: i soggetti, corrispondenti soprattutto alle mamme e alla nonna, che hanno partecipato all'intervista, sostengono di aver sperimentato dolore nell'apprendere che il proprio figlio/nipote voglia cambiare il sesso di nascita. Il pensare, il cercare di elaborare cognitivamente questo passaggio in alcuni passaggi appare insostenibile: «[...] però comunque dico sempre al Signore

dico...se era una cosa che comunque la bambina, la ragazza doveva essere poi così, perché mi ha mandato questa croce? Perché non mi ha fatto fare un altro maschietto? [...] per me la sento una croce pesante [...]» (Caregiver 3), «[...] tu mi stai facendo proprio soffrire, mi ha tolto diec..., mia figlia m'ha tolto 10 anni della mia vita [...]» (Caregiver 2), (alla domanda “come ha vissuto la vicenda?”) «male, molto male [...] non abbiamo mai voluto parlare perché ci fa male...ci fa male a noi, ci fa molto male» (Caregiver 4), «[...] probabilmente è il cervello dell'essere umano che quando...arriva a provare un certo dolore si ferma perché oltre non resisterebbe... il cervello lo cancella se no non resisterebbe a sopportare questo ricordo [...] se me ne rendessi conto di più starei troppo male [...] se andassi fino in fondo starei troppo male e allora mi fermo [...]», «[...] ma guardi a volte è meglio, in un certo senso a volte è meglio arrabbiarsi perché non lo so forse non si pensa abbastanza...invece quando uno...si lascia andare al pianto pensa, cioè libera la mente e pensa e allora sta peggio...invece se uno si arrabbia, è concentrato nella rabbia e magari non si rende neanche conto ma anche se penso che per conto proprio magari qualche lacrima un po' secondo me viene versata [...]» (Caregiver 1);

3. *Grado di accettazione rispetto alla transizione di genere*: in quest'altra area di ricerca sono inseriti tutti quei contenuti riferiti al grado di approvazione dei caregivers rispetto a un percepito personalissimo quale il genere, in cui l'adolescente, in caso di incongruenza, non si riconosce:
  - a) *Razionalizzazione e “male minore”*: uno dei modi in cui i soggetti intervistati sembrano provare a far fronte all'incongruenza di genere sembrerebbe essere riscontrabile nel meccanismo della razionalizzazione, il tentativo di “giustificare”, attraverso spiegazioni, argomenti, ipotesi “di comodo”, un fatto o processo relazionale che il soggetto ha trovato *angoscioso*, o che ha generato in lui la percezione di una *dissonanza cognitiva*. Per rendere più accettabile l'incongruenza di genere dell'adolescente in alcuni casi si opta per quello che viene considerato come “il male

- minore”: «[...] meglio una Pamela viva o Carlo vivo che la Pamela morta perché purtroppo so che ci sono situazioni di suicidio di certe persone» (Caregiver 1), «[...] l’ho sempre... non accettata, me la son fatta accettare, ho voluto perché io...io e mio marito dicevamo ma se non ci siamo noi ma dove va a finire?!» (Caregiver 4), «[...] per quello dicevo boh accettiamo questa cosa però ho detto io è meglio...vedere una figlia, un figlio in carcere oppure che si droga [...] o questa situazione? E mi son detta meglio questa situazione e non vedere un figlio o una figlia rovinata» (Caregiver 3);
- b) *Non accettazione*: il Caregiver 2, mamma di una minorenni che ha iniziato “da poco” a esprimere più insistentemente la propria incongruenza rispetto al sesso assegnato, non riesce e/o si trova quantomeno in una fase in cui l’accettazione di una ipotetica transizione di genere non è assolutamente concepibile, il cambiamento non appare contemplabile: «Che ci vuole diventare tu, ci vuoi diventare...io questo non l’accetto se ci vuoi diventare tu...non te lo posso accettare», «anche se tu ti vuoi preparare come un maschio e ti togli le tette oggi o domani che non esiste perché ti ammazzo...perché a vedere una figlia [...] io devo vedere una figlia così? Io l’ammazzo, io mi conosco, io ce l’ho detto in faccia lo sai che io t’ammazzo?! [...] eh scus...qua ammazzano i figli così, ammazzo io per un altro motivo, me ne vado...in galera, tranquilla», «non ti credere quando fai 18 anni metti le ali eh [...] a 18 anni faccio, tu non fai un bel niente... se no prendi la valigia e te ne vai e fai la vagabonda e quando vieni a bussare non la trovi più alla mamma, è la verità eh [...] Che poi io mi conosco io faccio terminator dopo...eh!» (Caregiver 2);
- c) *Tentativo di accettazione*: tendendo verso il polo dell’accettazione, la maggior parte dei caregivers, anche in questo caso, appaiono avere diversi gradi di difficoltà nell’accettazione della questione. Tuttavia, viene palesato lo sforzo in questa direzione: «sua mamma piange a dirotto e dice “mamma, ma io ho fatto una bambina, mi ritrovo un maschio”, “cara non fa niente” gli dico io, non fa niente...io cerco di di di... intanto cerco di convincere me stessa mentre lo dico agli

altri...ma mica vero eh!», «la vita è la sua...e...dobbiamo accettare quello che succede» (Caregiver 4), «io sinceramente ancora questa situazione la sto prendendo un po' saltuaria sarebbe accettata-non accettata però visto che lei ci tiene sto cercando in tutti i modi di non soffocare questa cosa nei suoi confronti ehm tenendola più allegra diciamo la situazione e facendo capire che pian piano sto...andando al suo livello per...accettarla [...] È un po' pesante per me comunque sto...cercando di farla contenta», «io non sono contraria no, no anzi quando deve fare le analisi, le cose la sto sempre accompagnando io...» (Caregiver 3), «non può essere così automatico per un genitore o un familiare», «[...] la ricordo ancora bambina, la vedo che è grande ehm...la ricordo bambina e sapere che non c'è più quella bambina, che non tornerà più, è una specie di lutto ha capito? E allora per quello viene la malinconia e si piange...per quel motivo lì, perché si sa che non torna più però da un lato dico c'è! ... C'è, il suo cuore è sempre quello dico no?! Il suo cuore è sempre quello, il suo sguardo è sempre quello e un po' mi mi mi consola...ha capito?!» (Caregiver 1);

d) Accettazione “completa”: l'accettazione, per così dire, “completa” sembra essere presente solo in uno dei caregivers, la partner di uno degli adolescenti transgender: «io avendolo conosciuto così eee io gli sono stata a fianco soltanto nel momento in cui doveva iniziare la terapia, quindi io l'ho sempre appoggiato su tutto» (Caregiver 5);

4. “Segnali” pro-transizione di genere e “segnali” contro-transizione di genere: se si prendono in considerazione i criteri per la diagnosi di disforia di genere e alcune affermazioni fatte dai caregivers è possibile riscontrare una certa corrispondenza. Chiaramente lo scopo di indagare eventuali “segnali” già presenti o meno non è finalizzato a una conferma diagnostica, quanto piuttosto a una loro possibile attribuzione di significato, a una loro attualizzazione alla luce degli sviluppi odierni e in relazione alle altre tematiche emerse. È interessante come nelle narrazioni della maggior parte dei caregivers siano emersi sia “segnali” a sostegno di un'ipotetica incongruenza di genere precoce sia “segnali” a disconferma:

- a) “*Segnali*” *pro-transizione*: nei segnali *pro-transizione* troviamo narrazioni in cui all’adolescente di riferimento vengono attribuiti dei modi, dei comportamenti che sembrano essere associati prettamente al genere opposto, ovvero che vengono generalmente identificati come canonici del genere maschile: «[...] non voleva mai mettersi la gonna [...] ho delle foto dove aveva la mazza da baseball [...] le piaceva giocare con la palla [...]» (Caregiver 1), «[...] lei quel periodo là, quando era piccola, quando è morto il suo nonno, la roba la teneva accantonata e lei ogni tanto prendeva la roba del nonno...e si metteva la roba del nonno [...]» (Caregiver 2), «[...] quando giocava...faceva le...le elementari giocava sempre coi maschi, aveva anche, non era garbata quando giocava [...] dei segnali nel senso che era un maschio? Nei modi...già alle elementari giocava, giocava sempre con Allo [...] un ragazzino che era il suo amico [...]» (Caregiver 4), «[...] tendeva a guardare i vestiti maschili [...] perché quando andavamo a fare compere... di vestiti...io le consigliavo qualcosa però lei andava a vedere nei vestiti maschili [...]», «[...] mi ha detto che si nascondeva la carta igienica nelle mutandine [ride]...perché voleva essere maschio...» (Caregiver 3);
- b) *La caratteristica del maschiaccio/a*: un appellativo che viene rilevato dalla maggior parte del campione di intervistati, il quale sottintende atteggiamenti e comportamenti paragonabili a quelli di un ragazzo, è il termine *maschiaccio/a*: «[...] magari poteva essere definita, tra virgolette, un po’ *maschiaccio* nei modi [...]» (Caregiver 1), «[...] è sempre stato un po’ *maschiaccio* eh! [...]» (Caregiver 4), «[...] guarda come se li è tagliata adesso i capelli (mostra ancora una foto)... adesso vuole fare la *maschiaccia* [...]» (Caregiver 2);
- c) *Tutto torna*: a posteriori, quando il desiderio dell’adolescente di voler cambiare sesso è forte, alcuni *caregivers* riescono ad accedere e a risignificare alcune tracce mnemoniche a cui precedentemente non avevano dato peso, o che avevano ritenuto nella norma rispetto al sesso assegnato: «[...] c’era qualcosa che non andava...però non pensavo proprio...dopo quando sai che è così dici e beh, lo sai però che qualche

- caratteristica ce l'aveva [...]» (Caregiver 4), «[...] io non c'ho mai fatto caso, pensandoci adesso sì...perché ti viene in mente le cose che si sono fatte anni fa [...]» (Caregiver 3);
- d) “Segnali” contro-transizione: nei segnali contro-transizione troviamo narrazioni in cui all'adolescente di riferimento vengono attribuiti dei modi, dei comportamenti che, a seconda del caregiver che descrive, vengono reputati come “canonici” rispetto al genere assegnato alla nascita, «la Pamela era una bambina! ... a tutti gli effetti cioè carina, i codini, le cos...stava bene cioè era proprio...non aveva era prop...una bambina [...]», «aveva ancora le sembianze da ragazza tant'è vero che si era tra virgolette presa una cotta per un suo compagno di classe, lo andava a vedere mentre faceva allenamento...dico caspita la Pamela? Sì, la Pamela andava a vedere questo ragazzino, suo compagno di classe, suo coetaneo che faceva allenamento di judo queste cose qui [...]» (Caregiver 1), «[...] prima no...lei ehm si preparava, lei sceglieva la roba, le dava fastidio se uno era sporco...cioè una vera femmina...cioè lei sì, si truccava, lei si comprava della roba, scegliev...ha sempre scelto lei la roba eh!», «[...] aveva i capelli lunghi, e si faceva fare cioè [...] Mamma mi fai i capelli? Mamma e mi lisci i capelli? Mamma e mi fai qui? cioè Greta era incredibile [...]», «[...] Greta ha giocato con le Winx, con le bambole [...] Greta ha giocato con le bambole, con i suoi pupazzi [...]» (Caregiver 2), «[...] io l'ho sempre accom...vestita da donna, da ragazzina, fatte le acconciature, cose...e poi quando andava a scuola non è che si truccava però un pochino l'eyelin, leggermente il rossetto, vestita carina, si faceva vestire così, non le dava fastidio» (Caregiver 3);
5. *Rappresentazione del contesto rispetto alla transizione di genere*: una rappresentazione è una configurazione che sostituisce la realtà fornendo alcune informazioni su di essa e tralasciandone altre. Le rappresentazioni aiutano il pensiero umano, facilitano il ragionamento e guidano il comportamento. Un'altra delle macrotematiche/aree prese in considerazione da questa ricerca riguarda tutta quella serie di rappresentazioni che i caregivers hanno rispetto a ciò che il contesto, da quello più micro (fratelli,

parenti ecc.) a quello più macro (società in generale), riferisce riguardo all'adolescente di riferimento in fase di transizione. Appare evidente nelle interviste come il carico, sia fisico che emotivo, che la transizione di genere comporta nei *caregivers* sembra non essere legato solo all'idea del singolo *caregiver* sulla tematica, ma anche alle rappresentazioni che lo stesso *caregiver* ha sull'accettabilità della transizione di genere da parte del contesto:

- a) *La gestione con i minori*: come spiegare la transizione di genere ai fratelli e/o sorelle, soprattutto nel caso essi siano piccoli? In due dei *caregivers* intervistati è emersa quella che è sentita come un'eventuale "problematica" futura: «[rispetto alla sorella minore] perché lì un altro problema...bisogna aspettare che sia grande prima di dirle che era, che aveva una sorella [...] quindi non solo comunque dovrà affrontare il discorso della mamma che comunque ha avuto un altro prima...il papà...un'altra moglie...in più dovrà trovare affrontare il discorso del fratello che era una sorella [...]» (Caregiver 1), «[...] ah un'altra domanda vi volevo fare...per il fatto di Dino, questa cosa di Ele...come mi devo comportare io, loro non so la stanno prendendo alla leggera diciamo i fratelli più che altro...la Ele nei confronti del piccolino. Io come mi devo comportare nella fase in cui Ele cambia la voce? E nella transizione maschile? Io da genitore, io non so...psicologicamente mi sto facendo questo problema [...]» (Caregiver 3);
- b) *Reazioni del contesto più prossimale*: i vari *caregivers*, inseriti in un determinato contesto, riportano quelle che sono le risposte, gli atteggiamenti del contesto prossimale che hanno saggiato rispetto alla transizione di genere dell'adolescente di riferimento:
- *Evitamento*: in alcuni *caregivers* è stato rilevato un "occultamento", o quantomeno un evitamento, rispetto all'affrontare la tematica: «[rispetto al compagno della mamma] certi argomenti non si toccano, si parla di tante altre cose ma non necessariamente di quello [...]», «[rispetto ai fratelli e parenti del compagno] niente...non hanno mai detto niente... l'indifferenza nel senso di educazione cioè

- di riservatezza [...] no, non sanno della transizione, non sanno assolutamente niente [...]» (Caregiver 1);
- *Difficoltà e preoccupazioni*: anche nel contesto più prossimale di praticamente tutti i caregivers, emergono delle problematicità e delle inquietudini relative alla transizione di genere: «[rispetto ai nonni] non hanno un equipaggiamento secondo me mentale [...] il nonno gli avrebbe detto basta che non ti fai vedere da me [...] non è una cosa facile [...] uno non è che di default deve essere pronto» (Caregiver 1), «[rispetto ai fratelli] ha bei rapporti però è normale anche i fratelli ce l'hanno detto...loro, Greta non può cambiare da così a così infatti loro, anche loro sono preoccupati...perché Greta si fa trasportare, Greta assorbe le spugne [...]», «[rispetto al compagno della madre] lui l'ha conosciuta che era una vera femmina dice ma che è questa ha fatto il cambiamento ma [...]» (Caregiver 2), «sinceramente siamo tutti preoccupati anche sua nonna, paterna, non vuole che inizi questo percorso [...] anche i fratelli è la stessa cosa...anche loro sì la pensano come me però...loro dicono lei vuole questo, lo dobbiamo accettare [...] loro fanno fatica ad accettarla questa cosa...essendo che...la sorella» (Caregiver 3), «[rispetto al nonno] «[...] lui non lo chiamerà mai Carlo questo di sicuro [...] Mi aspettavo una relazion...una reazione molto più brutta da parte di mio marito e invece no [...]» (Caregiver 4), «la mamma secondo me rifiuta il fatto che Carlo sta diventando uomo...cioè è proprio una cosa che lei è come se non, ignorasse, non la prendesse proprio in considerazione, come se fosse una finta... fa molta difficoltà ee da un lato possa anche capirla [...] secondo me ha ancora un'illusione che tutto ciò può, può finire e che Carlo ritorni com'era prima [...]» (Caregiver 5);
  - *Le ipotetiche difficoltà degli uomini*: alcuni caregivers rilevano una possibile incrementata difficoltà, nell'entrare in contatto con la tematica della transizione di genere, da parte del sesso maschile: «[...] è ancora più difficile per i genitori e per, per i padri...chissà...penso non lo so» (Caregiver 1), «[...] è che...la voleva diversa...però ripeto...sta

accettando...che è già molto [...] fa fatica accettare queste cose...forse per un uomo è più difficile» (Caregiver 4);

- *Contesto più allargato e possibile stigma*: l'attribuzione di qualità negative a una persona o a un gruppo di persone, soprattutto rivolta alla loro condizione sociale e reputazione, è conosciuta come stigma. Molti dei caregivers intervistati esprimono timore e/o preoccupazione rispetto ad eventuali ripercussioni man mano che ci si allontana dal contesto più prossimale: «[...] è molto difficile, io credo che a volte veramente si è molto...poi il problema: maschio o femmina? Perché i clienti l'hanno vista nascere [...]» (Caregiver 4), «[...] i miei genitori sono all'oscuro di tutto... se lo scoprono sono guai seri... non ho nemmeno intenzione di dirglielo, per il momento...sto aspettando che fa il cambio dei documenti [...] la mia famiglia è molto cristiana...quindi non accetterebbero mai...non sono così aperti i miei genitori altrimenti ci, ci avrei già parlato [...]» (Caregiver 5), «[...] purtroppo uno per riuscire un pochettino che è difficile stare nella società, è molto difficile...[singhiozza]» (Caregiver 1);

6. *Cambiamenti e azioni in atto che la transizione di genere comporta*: iniziare un percorso di transizione di genere smuove e comporta dei cambiamenti, fisici e psicologici, nell'individuo che affronta in prima persona la transizione di genere. I cambiamenti, tuttavia, riguardano anche la cerchia di caregivers, persone, amici, familiari più prossimali all'adolescente. Tali cambiamenti possono essere "condivisi", rifiutati, accettati parzialmente, come già accennato nella macrotematica riguardante il grado di accettazione. All'interno del campione esaminato da questa ricerca bisogna oltremodo tener conto delle "differenze di fase" in cui i vari adolescenti e, di conseguenza, i caregivers si trovano (esplorazione, pretrattamento, trattamento ormonale):
  - a) *Condivisione dei cambiamenti in atto*: nella maggior parte dei caregivers vi è una forma di condivisione, di partecipazione, di supporto, con differenti sfumature in base al caregiver, rispetto al percorso in atto: «Adesso cambia i documenti eh! Siamo già andati al DUC, adesso ci siamo

andati, un'ora fa [...] deve, tramite l'avvocato sta per presentare tutte le pratiche del...tribunale [...] mi diceva prima mio nipote...che gli servono 1500 euro per l'avvocato, 750 questa settimana perché...ho detto non c'è problema [...] ne abbiamo fatte tante, mo che sia uno più uno meno» (Caregiver 4), «[...] mi chiede se noto cambiamenti in lui quindi ogni tanto gli faccio anche le foto, le mettiamo a confronto dal primo mese a fino a dove è arrivato adesso, confrontiamo le registrazioni vocali per il cambio della voce...» (Caregiver 5), «[...] io non sono contraria no, no anzi quando deve fare le analisi, le cose la sto sempre accompagnando io...» (Caregiver 3);

b) *Rilevazioni del cambiamento*: il cambiamento dei ragazzi transgender a cui si riferiscono i *caregivers* della ricerca appare in atto e viene prontamente rilevato dagli stessi: «[...] la maggior parte delle persone la scambiano per un ragazzo [...] alcuni magari soffermandosi... magari ancora dal viso ha un po' di tratti femminili [...] la pelle non è ancora da uomo», «[...] sta cambiando anche molto fisicamente con questa terapia.....più che altro nel corpo, grazie al cielo nel viso no [...]» (Caregiver 1), «è cambiato, la voce tantissimo ma anche il suo corpo sta cambiando e... ma quello che di più io noto è la voce, il cambiamento della voce [...]» (Caregiver 5), «[...] ha già fatto tutto, manca solo l'urina che la deve ripetere, l'urinocoltura... dunque deve ripetere l'urina e poi ci siamo, poi gli danno la cura ormonale...non sarà quella più forte ma inizia con quella più leggera...e a breve deve iniziare insomma fra un mese o due secondo me già inizierà [...]» (Caregiver 3);

7. *Visione rispetto al futuro dell'adolescente transgender*: in questa macrotematica sono concentrate visioni, aspettative, volontà future dei vari *caregivers*. Esse appaiono abbastanza diversificate e sembrano essere in linea con i concetti espressi nelle altre sezioni:

a) *Preoccupazione riguardo al futuro*: molti *caregivers* considerano il futuro di ragazzi in transizione di genere non semplice e lasciano trasparire la loro preoccupazione in merito: «[...] ho paura che nella vita abbia problemi mia

figlia...dovrà fare un po' più di fatica secondo me», «No ma infatti quando lei...mia figlia quando si vedrà proprio uomo, quando si...perché lei parla di operazioni eh! [...] mi faccio togliere l'utero e così, e mi faccio togliere il seno e poi dopo faccio tutto quello che c'è da fare...cioè forse lei...io mi chiedo se arriverà mai a sentirsi arrivata [...]» (Caregiver 1), «[...] chi la prende a lavorare? Con la terza media...mi dica chi la prende! Onestamente chi la prende, non si capisce se è un maschio non si capisce se...non ha futuro...» (Caregiver 4);

- b) *Un futuro di conformità di genere*: laddove la transizione non è concepibile, il futuro è visto in un'unica direzione, che l'adolescente "ritorni sui suoi passi": «[...] io mi conosco... cioè io la vado a fare l'ipnosi... se mi dice quello sì e allora io fir...io lotto fin...che c'è qualcuno che Greta non è...Greta è confu...», «a me m'interessa che lei, il suo percorso di togliersi tutte queste cose in testa» (Caregiver 2);
- c) *Un futuro non facile ma insieme*: il futuro per questi ragazzi è ancora in divenire, in salita. Tuttavia, vi sono in alcuni caregivers, nonostante le riconosciute difficoltà soggettive, dei propositi positivi e di sostegno: «Cosa dobbiamo fare dottore?... noi siamo presenti...sempre...e lo saremo sempre», «[rispetto alla lunghezza del percorso] sì, meno male sa perché così non ci sarò più...quando sarà finito tutto io non ci sarò più, non vedrò niente e sarò contenta...però lo devo mettere al coperto eh! Questo sicuro! [...]» (Caregiver 4), «Carlo mi ha detto da quando, nel momento in cui io dovrò fare le visite per fare le operazioni tu devi venire con me e io ho detto va bene...quindi...lo accompagnerò [...] lui mi sta insistendo, giustamente, a imparare a fare le punture perché poi un giorno gliele farò io...ho detto un giorno lontano [ride]» (Caregiver 5);
8. *Varie, eventuali e inedite*: uno dei punti di forza dell'intervista non-strutturata è quello della libertà di espressione dell'intervistato. Questa opportunità, talvolta, consente l'accesso a contenuti inediti e/o che in un'intervista più strutturata sarebbero potuti rimanere celati. In tal senso è stato possibile evidenziare ulteriori tematiche ridondanti:

- a) *Dall'omosessualità al sentirsi appartenente ad un altro genere*: una questione interessante che si è potuta rilevare dai racconti dei caregivers consiste in una sorta di delineazione di una fase precedente all'incongruenza di genere. È emerso, infatti, in tutti e 3 i caregivers madri, una precedente fase di coming out/riconoscimento dell'adolescente come omosessuale, "sfociata" in una successiva fase di coming out/riconoscimento come non conforme al genere: «[...] omosessualità sentendosi donna...quello è stato il primo gradino, il primo passaggio è stato: donna omosessuale quindi una donna che magari comincia ad eliminare gli aspetti femminili [...] all'epoca era solo nella fase di essere donna omosessuale...era in quella fase [...] quindi io sono passata dall'aver una figlia lesbica, omosessuale che si sente uomo che è diventata eterosessuale cioè...sono passaggi un po' articolati» (Caregiver 1), «[...] è che Greta si fa...assorbe... vede qualcuno che le piace, è simpatica, lei si fa avanti allora lei dopo diventa il suo robot, Greta diventa il giocattolo [...] mò ha conosciuto a una sul social network [...] tu vai sui social net perché tu vai a vedere le lesbiche [...] comunque, Greta ha detto niente a lei, niente di che non...parla sempre dell'omosessualità, lei che è bisex? [...] nà volta dice che è bisex e poi dice così e poi dice colì» (Caregiver 2), «È cominciata a cambiare quando io non sapevo che lei fosse... diciamo la parola giusta lesbica, che aveva la ragazza [...] su Whatsapp aveva messo un profilo con questa ragazza... che aveva dichiarato...di essere lesbica [...]» (Caregiver 3);
- b) *Il solo fatto di parlarne produce sollievo nei caregivers*: in alcuni caregivers, trovare, all'interno dell'intervista, una relazione e un'ambiente accogliente in cui poter parlare ed esprimere determinati temi produce un effetto positivo: «[...] mi sento libera di piangere quando sono qua [...] scusi, niente, scusi ma io ne approfitto [...] fa bene...è che purtroppo a volte non si ha abbastanza tempo da dedicare a queste cose» (Caregiver 1), «[...] posso venire ancora? Qualche volta? Quando mi sento male? [...] [riferita al marito] un giorno che è buono e tutto calm...dico ascolta perché non vieni con me? Ce ne andiamo magari ci spiegano tante cose» (Caregiver 4);

- c) *Elaborazione della transizione e ridefinizione delle aspettative di genere dei caregivers principali rispetto all'adolescente transgender*: «io ancora non mi rendo conto guardi, a volte mi viene un po' [...] sì perché appunto...non mi sembra ancora vero [...] non puoi pretendere che un genitore, un familiare in automatico debba accettare così» (Caregiver 1), «allora mi diceva la Elena che aveva accennato già...sì è vero che, ah vedi parlo sempre al femminile e non al maschile» (Caregiver 3);
- d) *Gestione della eventuale transizione di genere del/della figlio/a nei confronti di fratelli, famiglia allargata, amici, scuola ecc.*: «è dolcissima con la sorellastrina, la sorella insomma, è dolcissima, la prende in braccio...anzi poi dovrò fare anch'io un ciclo di incontri per quando crescerà per spiegarglielo...per, perché lì un altro problema cioè...come glielo diciamo? Gli diciamo che era un masch...insomma...bisogna aspettare che sia grande prima di dirle che era che aveva una sorella» (Caregiver 1), «ah, un'altra domanda vi volevo fare...per il fatto di Dino, questa cosa di Ele...come mi devo comportare io, loro non so la stanno prendendo alla leggera diciamo i fratelli più che altro...la Ele nei confronti del piccolino. Io come mi devo comportare nella fase in cui Ele cambia la voce? E nella transizione maschile? Io da genitore, io non so...psicologicamente mi sto facendo questo problema» (Caregiver 3);
- e) *Gestione dello stigma derivante dal contesto sociale più stretto e più allargato*: «cioè ho paura che nella vita abbia problemi mia figlia nella s...problemi ce ne abbiamo tutti nella società...però in particolar modo secondo me dovrà fare un po' più di fatica secondo me» (Caregiver 1).

Havighurst afferma che l'assolvimento, o meglio, la buona risoluzione di un compito di sviluppo conduce alla felicità e al successo nell'affrontare i compiti successivi. Non sappiamo quanto questi compiti siano effettivamente assolvibili poiché l'elaborazione per un caregiver può non aver fine, la gestione della transizione con il contesto può essere complicata, lo stigma non è qualcosa di semplice da affrontare e soprattutto da debellare. Tuttavia, sappiamo che molti professionisti della salute sono dediti alla salvaguardia e al benessere di questo microcosmo di persone, pronti ad affron-

tare insieme il compito che hanno di fronte. Sono consapevole che con queste interviste si è provato a entrare in punta di piedi in vissuti, prospettive, esperienze accomunate da una, possibile e/o in atto, transizione di genere. Le storie narrate sono solo un concentrato di vite non facili, ma ricche e in continuo divenire.

### 6.3. Discussione

Confrontando i contenuti emersi dalla ricerca con gli studi presenti in letteratura, si trovano sia elementi di continuità sia elementi che probabilmente meriterebbero un approfondimento.

Uno dei punti da discutere riguarda le differenti prospettive degli individui partecipanti all'intervista. Questi soggetti, infatti, ricoprono differenti ruoli nella vita degli adolescenti (madre, nonna, partner) e, inoltre, si pongono in fasi differenti rispetto al processo di transizione dell'adolescente di riferimento: *caregiver* di un adolescente minorenni che si trova in una fase esplorativa, *caregiver* di un adolescente che sta per iniziare il percorso ormonale e *caregivers* di un adolescente che assume già terapie ormonali. Queste sono informazioni importanti che differenziano e complessificano il quadro poiché, mentre nel primo caso la transizione di genere per il *caregiver* non è ancora contemplata, per un *caregiver* con adolescente di riferimento che assume ormoni regolarmente, la transizione diviene più come un dato di fatto.

Molti dei *caregivers* non avevano familiarità con la diagnosi di disforia di genere o con la tematica della transizione di genere e quasi nessuno aveva avuto alcuna conoscenza personale precedente con una persona transgender, a parte un *caregiver* che afferma di conoscere delle persone transgender.

Prendendo in considerazione la macrotematica dei *segnali pro-transizione e contro-transizione*, non appare perfettamente chiaro dalle narrazioni dei vari *caregivers* se la Disforia di Genere (GD) rientri nel primo percorso definito Disforia di genere a esordio precoce, ovvero sarebbe già presente fin dall'età infantile un modello di comportamento non appartenente al sesso corrispondente che proseguirebbe anche in età adulta, o Disforia di genere a insorgenza tardiva, in cui mancherebbe l'identificazione cross-genere

infantile che si paleserebbe solo durante la pubertà (Zucker *et al.*, 2016). Tuttavia, alcuni *caregivers* fanno riferimento a una sorta di “normalità” nell’infanzia, mostrando al contempo incredulità, difficoltà nell’accettazione, shock, senso di perdita. Queste rilevazioni sono in accordo con quanto affermano Menvielle e Rodnan (2011).

La transizione di genere viene vissuta diversamente dai vari *caregivers*, a seconda del dipanarsi delle storie nelle vite dei *caregivers* stessi e degli adolescenti transgender. All’interno della ricerca è interessante rilevare come la transizione di genere dell’adolescente di riferimento possa essere vissuta *come un lutto*, come una perdita da parte di alcuni *caregivers*. A tal proposito è possibile effettuare un parallelismo con concetti che si ritrovano in Pietropolli Charmet (2000) e nella letteratura psicodinamica, i quali richiamano all’*uccisione simbolica del bambino*: una sorta di “assassinio” della parte infantile del sé che dovrebbe avvenire da parte dell’adolescente per poter transitare verso l’età adulta. L’adolescente, quindi, dovrebbe separarsi dall’immagine idealizzata del genitore (onnipotente e onnisciente), e dall’immagine di sé come bambino, proprio quel bambino che ha costruito la propria identità nella relazione affettiva, quindi di sicurezza e controllo dei propri genitori. Separarsi da questa immagine comporta un grande lavoro, perché se ne deve costruire un’altra, e questo comporta una rinuncia, sentimenti di incertezza, malinconia e lutto. Nel nostro caso, per l’adolescente transgender, il processo “luttuoso” probabilmente è ancora più significativo, poiché il senso di continuità con il sé del passato è quasi completamente tranciato. Appurate queste dinamiche, si potrebbe ipotizzare, in base anche alle affermazioni di alcuni *caregivers* della ricerca, che il processo “luttuoso” non coinvolga solo gli adolescenti transgender ma anche il *caregiver* di riferimento, nel nostro caso specifico la madre, che a sua volta mostrerebbe dei sentimenti di perdita, malinconia e lutto. Questo potrebbe essere forse ancor più vero nel caso in cui lo stesso *caregiver* abbia molta difficoltà ad accettare la transizione dell’adolescente e non riesca a trovare una sorta di continuità fra l’adolescente del passato e quello del presente.

Un compito di sviluppo collegato a quanto appena scritto è quello della *rimentalizzazione del corpo*. Tale compito presupporrebbe il ricostruire lo schema corporeo e sostituire l’immagine

mentale del proprio corpo infantile con quella del corpo adulto. Il corpo funge da *area di scontro* importante con i propri *caregivers* (gli stili di abbigliamento, la pettinatura, l'igiene, il trucco, i piercing ecc.) e diviene luogo di divieti e restrizioni. Se a ciò si aggiunge una "rivoluzione" psico-corporea come quella comportata dalla transizione di genere, si potrebbe convenire sul fatto che risulterebbe interessante se ricerche future riuscissero a mettere in relazione transizione di genere e rimentalizzazione del corpo.

Altro nodo da discutere rispetto all'analisi delle interviste riguarda la tematica delle *spiegazioni rispetto alla transizione di genere*. In questa tematica sono racchiuse tutte le idee, le convinzioni, le credenze su come i *caregivers* si spiegano la transizione degli adolescenti transgender. Nonostante non si possa parlare di esperti del settore, mettendo insieme le narrazioni dei vari *caregivers* emerge una complessità multifattoriale rispetto allo sviluppo di incongruenza di genere in linea con la letteratura conosciuta. Fattori biologici, fattori psicologici, fattori sociali-contestuali emergono arricchendo le varie storie.

Nello specifico, il fattore psico-sociale *trauma*, evitando chiaramente incaute generalizzazioni visto l'esiguo campione analizzato, appare abbastanza in linea con ciò che in letteratura Di Ceglie (Lingiardi, Carone, 2015) chiama Organizzazione Atipica dell'Identità di Genere (AGIO), alla quale formazione giocherebbero un ruolo molto importante le esperienze traumatiche nella prima infanzia. L'AGIO viene considerato come o un sistema di difese con la funzione di assicurare un senso di sopravvivenza psichica di fronte a un'esperienza di catastrofe psicologica e caos nella prima infanzia o un modo di integrare esperienze atipiche che hanno una base biologica con percezioni nell'area sessuale. Fondamentalmente sarebbe quindi una risposta in grado di assicurare una sopravvivenza psichica del soggetto e che potrebbe divenire stabile nel tempo (Lingiardi, Carone, 2015). Nel campione, difatti, si registrano esperienze passate definibili traumatiche, come lutti particolari (morte di un familiare per cancro o morte prematura paterna per suicidio) e maltrattamenti (violenza domestica da parte di padri o compagni delle madri).

Altro punto di discussione, scaturito un po' per caso, è quello che fa riferimento alla tematica *Dall'omosessualità al sentirsi ap-*

*partenente a un altro genere.* Questa tematica è inserita all'interno della macrotematica *Varie, eventuali e inedite* e fa riferimento a tutte quelle narrazioni in cui i *caregivers* hanno rilevato una prima fase di omosessualità prima che si arrivasse a una incongruenza di genere, e quindi a desiderare un cambio di genere. È interessante notare come Drescher (2015) rileva che il DSM-5 non usa più lo specificatore dell'orientamento sessuale, presente invece nel DSM-IV-TR, poiché attualmente non avrebbe rilevanza clinica nel trattamento della GD. Ulteriore constatazione, fatta da Zucker et al. (2016), riguarda il fatto che nella settima revisione degli *Standard di cura per la salute delle persone transessuali, transgender e genere non conforme* (SOC-7) pubblicate dalla World Professional Association per Transgender Health (Coleman et al., 2011), termini come orientamento sessuale, feticismo di travestimento e autoginefilia non vengono mai menzionati. Secondo Zucker et al. (2016), questa scelta rifletterebbe una sorta di *cancellazione intellettuale* che può inavvertitamente (o, forse, intenzionalmente) oscurare l'importanza di questi parametri per quanto riguarda le questioni teoriche, la ricerca empirica sui meccanismi causali e le cure terapeutiche. Rispetto a tali questioni, sicuramente i dati rilevati da questo studio non possono permettere affermazioni in perfetta linea con nessuna delle due indicazioni. Tuttavia, è lecito chiedersi le motivazioni che sottendono a un riconoscimento di sé come omosessuale, nel quale il genere rimane quello assegnato, per poi variare/transitare in un riconoscimento di sé come transgender, nel quale il genere non è conforme a quello assegnato. È solo un "espediente" utilizzato perché non si è ancora giunti a una comprensione di sé o perché appare inizialmente più socialmente accettabile? È una possibile traiettoria di sviluppo antecedente alla transizione di genere? Ricerche future forse potranno chiarire meglio la questione.

Nella tematica della *Condivisione dei cambiamenti in atto* sono state rilevate, nella maggior parte dei *caregivers*, delle forme di condivisione, di compartecipazione, di supporto rispetto al percorso che l'adolescente sta sostenendo. Menvielle e Rodnan (2011) segnalano, a tal proposito, che il sostegno familiare funge da fattore di protezione psicosociale per i giovani appartenenti a delle minoranze sessuali (quindi anche ragazzi transgender).



## La ricerca del piacere negli adolescenti e giovani adulti in transizione di genere

di Antonella Metto e Federico Buffagni

In questo nostro contributo esploriamo il tema del piacere e del benessere come bussola attraverso cui rileggere alcune esperienze di transizione vissute da adolescenti e giovani adulti. Il nostro intento è poterci rivolgere non solo ai professionisti della salute, ma anche a tutti gli adolescenti e, più in generale, a chiunque abbia un interesse in questo tema. Proprio per questo il nostro linguaggio sarà estremamente divulgativo e accessibile, ma non per questo, speriamo, con minor forza o significato.

In letteratura esistono pochissimi contributi che trattano del benessere e del piacere nelle persone transgender, soprattutto in adolescenza. Abbiamo parlato con tanti ragazzi di disforia, pratiche legali e sanitarie, accettazione ecc., ma mai del piacere nei loro percorsi di transizione.

Avere a che fare con storie di adolescenti che sentono di essere nati nel corpo sbagliato, ci ha portato a concentrare ogni nostra energia nella soluzione dei problemi che, mano a mano, si sono presentati.

Questo rimanere focalizzati, con una sorta di paraocchi, solo sui problemi momento-per-momento, ci ha forse fatto perdere di vista la persona e la sua storia.

Spesso ci siamo trovati a chiederci: ma alla fine cosa importa veramente? Che cosa fa star bene questi ragazzi? In che modo riescono a sentirsi bene? Ma soprattutto, come possiamo fare capire loro l'importanza del tempo? Del soffermarsi a riflettere su ciò che può farli stare bene nel *qui-e-ora*?

Di solito si concentra tutta l'attenzione sulla parola *transizione*, che sottintende un salto da uno stato a un altro. Una parola che evoca, nella mente della collettività, un percorso già ben defini-

to e preciso, con un finale già scritto. Gli adolescenti, in quanto tali, sono in una fase di vita in cui si stanno chiedendo chi sono, come stanno, cosa desiderano dalla loro vita. Nel momento in cui si affaccia alla mente la consapevolezza della transessualità, è come se tutta la possibile ricchezza e creatività di un progetto di vita da costruire, si appiattisse su un percorso prestabilito e preformato, con il solo obiettivo del cambio di genere, in una visione esclusivamente binaria.

Invece, dal nostro punto di vista, sarebbe importante concentrarsi sulla parola *percorso*, sottolineando tutti i passi intermedi che la persona deve percorrere per compiere una transizione. Qualsiasi percorso si intenda intraprendere, l'importante è prendersi il tempo di capire cosa fa stare bene; cosa piace o non piace del proprio corpo; quando si sente soddisfazione, piacere o benessere con sé stessi e con gli altri; che direzione si desidera prendere.

Se si ragiona nel primo modo, solo focalizzato sulla transizione, si configura una sorta di gara in apnea, dove è permesso riemergere soltanto quando si è raggiunto totalmente il sesso opposto. Il problema è che il punto d'arrivo non viene stabilito né dalla persona né dal professionista, ma dal senso comune e dalla cultura estremamente binaria della nostra società.

Invece, se si cambia prospettiva e ci si focalizza sul percorso, la transizione diventa come una salita in montagna, dove è la persona stessa che valuta quando dire: "Qui mi fermo, questo è il mio posto". Un processo in cui ogni passo comporta una piccola trasformazione. Questo obbliga continuamente la persona a riflettere su come sta in questo momento, in questa nuova posizione: il *qui-e-ora* diventa la bussola che orienta la persona e il professionista nella loro relazione.

Questo può diventare particolarmente critico nel momento in cui si ha a che fare con gli adolescenti, che presentano una qualità di urgenza molto differente da quella degli adulti. Proprio con loro diventa fondamentale poter accedere a una dimensione generativa, dove saper attendere non significa entrare in stallo in attesa che qualcosa accada, ma nella esplorazione attiva di un tempo futuro, entro cui è possibile costruire attivamente il proprio progetto di vita. Prendere tempo non significa, come nel linguaggio comune, ritardare il più possibile

senza motivo, ma assume l'autentica qualità del "prendersi il tempo", diventare i proprietari del proprio tempo di esplorazione e conoscenza di sé, che è tutto tranne che una dimensione di passività e immobilità.

All'interno di questa ottica, quindi, la transizione vedrà la sua fine non quando la persona avrà raggiunto la conversione chirurgica, ma quando sentirà di aver raggiunto uno stato di soddisfazione e benessere: il piacere.

Ma cos'è il piacere? O meglio quali aspetti del piacere sarebbe interessante indagare?

Pensiamo al piacere in ambito filosofico:

Soltanto l'immaginazione può soddisfare il desiderio del piacere – desiderio che è infinito – perché soltanto l'immaginazione può creare oggetti infiniti per numero, per durata e per estensione; l'uomo sperimenta una condizione di felicità quando può soddisfare la propria infinita sete di piacere con questi oggetti infiniti illusori, creati dalla sua facoltà immaginativa (*Zibaldone di pensieri*, G. Leopardi).

E in ambito psicologico:

Il principio di piacere esprime la legge che organizza la vita dell'individuo quando, da neonato, fa il suo ingresso nel mondo. All'inizio la vita del neonato è interamente dominata dal principio del piacere: il bisogno irrevocabile di veder soddisfatto immediatamente, senza nessuna valutazione realistica, ogni desiderio. Col passare del tempo al principio del piacere, che non verrà mai meno, si affiancherà e diverrà prevalente il principio di realtà, il cui funzionamento si può riassumere così: prima di agire in cerca della gratificazione del tuo desiderio, devi pensare.

Il piacere non è falsificabile. Quando ne facciamo materia di studio rischiamo di collocarlo in uno spazio pubblico, oggettivato e di conseguenza normato, rischiando di fraintenderne la sua natura intra-personale.

Infine in ambito sessuologico:

Il piacere erotico è un particolare vissuto soggettivo che, in genere, accompagna, alimenta e incrementa le altre fasi del funzionamento erotico.

Esso acquista caratteristiche specifiche in ogni fase: il piacere sottile del desiderio, il piacere molto fisico dell'eccitazione, il piacere dell'orgasmo e il piacere dell'appagamento durante la risoluzione.

Il percorso di transizione, attraverso questa nuova ottica di consapevolezza del piacere, diventa il racconto di un viaggio evolutivo, del quale a noi interessa cogliere gli aspetti di processo. L'unico modo per poter raccogliere, in modo autentico, le storie di questi viaggi è farli nascere nella relazione, nell'incontro momento per momento fra noi e loro. Un incontro dialogico, non mediato dalla struttura prestabilita e rigida di un'intervista. Questo è un ascolto che è diverso dal solito e che ci permette di accedere a una narrazione della transizione come una nuova nascita. Prendiamo a prestito, quindi, le tappe evolutive della seconda nascita di ogni individuo, l'adolescenza, per accompagnarci ad ascoltare le testimonianze che alcune ragazze e ragazzi in transizione hanno condiviso con noi.

Abbiamo intervistato 3 persone transgender in carico alla Neuropsichiatria Infanzia e Adolescenza di Parma e 3 persone per loro molto significative.



Giovanni: età 21; FtM; ragazzo lucido, determinato, intellettualmente esuberante e disincantato. Ha raggiunto una desiderata autonomia abitativa con attenta partecipazione della nonna Armida. Lavora nell'attività dei nonni ed è studente universitario. Ha effettuato da pochi mesi il cambio anagrafico.



Nicolas: età 17; FtM; l'aspetto da personaggio di un fumetto manga trae in inganno. È un ragazzo molto dolce, timido e impacciato, molto desideroso di conoscere e farsi conoscere. Vive con la famiglia ed è stato inaspettatamente travolto dall'amore di Luca.



Eva: età 20; Mtf; ragazza dall'aspetto travolgente, sguardo magnetico e molto seduttivo. Vive con la famiglia in un piccolo paesino della provincia di Piacenza. Attualmente è disoccupata e si intrattiene con dirette su Instagram molto seguite dai suoi ammiratori



Maria: età 50; madre di Eva. Donna molto salda sui suoi principi e convinzioni con una vena di ironia e forte pragmatismo



Luca: età 18; moroso di Nicolas. Ragazzo dall'aspetto piacevole ed accattivante, che nasconde sotto una veste molto dolce una mente attiva e irrequieta.



Armida: età 65; nonna di Giovanni. Donna dal carattere molto forte, deciso e determinato che si nasconde sotto l'aspetto di una amabile nonna emiliana.

Le fasi in cui abbiamo segmentato e organizzato il racconto della transizione in adolescenza sono:

1. il contatto con sé stessi e il proprio corpo;
2. l'incontro con i professionisti della salute;
3. costruzione dei valori e comunità LGBTQ+;
4. la nascita sociale;
5. nascita e costruzione della coppia.

L'ordine di queste fasi è stato da noi stabilito per poter condurre le interviste in maniera organizzata e completa e, anche nel riproporre i contenuti emersi, adottiamo una divisione per certi aspetti un po' forzata, in quanto ogni fase si intreccia e si contamina con le altre.

### **7.1. Il contatto con se stessi e il proprio corpo**

La prima tappa che ogni adolescente affronta è la pubertà, la trasformazione del corpo infantile in un nuovo corpo, dalle forme e dalle funzioni nuove e sconosciute. Questo richiede di cominciare ad affrontarne un percorso di esplorazione e conoscenza, che porta a quella che viene chiamata "mentalizzazione". Non si tratta soltanto di aggiornare la "mappa mentale" relativa al proprio corpo, vederne l'ingombro, le capacità di movimento, come può apparire agli altri, ma si tratta, anche e soprattutto, di attribuire un significato a questi cambiamenti: cosa vuol dire per l'adulto che si diventerà avere quel corpo, quelle forme, quelle funzioni.

Questa conoscenza passa, obbligatoriamente, attraverso una serie di manipolazioni, che di colpo gli adolescenti cominciano a esercitare sul loro corpo: compaiono i trucchi, le tinte per capelli, *piercing* di vario genere, tagli di capelli particolari, abbigliamento eccentrico... Tutte operazioni che possono sembrare di facciata, ma che servono a prendere consapevolezza della propria immagine e soprattutto di come poter presentare al meglio questo nuovo corpo in linea con la propria identità, i propri valori e quelli condivisi dai pari.

L'adolescente transgender non solo si trova a dover fare i conti con un corpo che si trasforma, ma con il fatto che comincia ad

assumere tutte quelle caratteristiche sessuali primarie e secondarie, che non corrispondono al genere percepito. È quell'età in cui non solo il corpo si trasforma, ma porta con sé tutta una attività mentale legata alla sessualizzazione del corpo stesso.

In questo momento comincia anche il contatto fisico con il proprio corpo, la masturbazione e con essa la messa a fuoco del proprio oggetto di desiderio e, quindi, del proprio orientamento sessuale. Comincia la costruzione della propria identità di genere, nel momento in cui si cerca di capire come “indossare” queste nuove caratteristiche maschili o femminili, che il corpo comincia a mostrare.

Il confronto in gruppo, con i pari, porta alla nascita delle espressioni e dei ruoli di genere, alla loro selezione e, quindi, alla decisione dei valori e degli ideali che guideranno il loro essere maschi o femmine. Per l'adolescente transgender significa prendere contatto, per la prima volta, con la propria transessualità ed eventualmente, poter rileggere, in questa luce, piccoli indizi, episodi o pensieri, che erano accaduti in anni precedenti.

La mia transessualità è emersa chiaramente a 14 anni, in prima superiore. In realtà già alle medie, intorno ai 12 anni, avevo un disagio con me stesso, ma a pensarci bene ricordo vividamente un episodio dei miei 8-9 anni. Mia madre mi aveva fatto mettere una maglietta viola e rosa. Io guardavo mio fratello e volevo, invece, abiti come i suoi. Allora mio padre, scherzando, mi ha detto: “Cos'è, vuoi diventare maschio?” e io seriamente gli ho risposto: “Sì mi piacerebbe”. era un avvenimento casuale, ma con un fondo di verità che poi la pubertà ha scatenato.

Poi crescendo con i 12 anni, alle medie, ho cominciato a provare un forte disagio interno, che però non era legato al mio genere. Era un disagio sul corpo, dato che ero molto in carne. Al tempo non ero informato e non sapevo che esistesse la transessualità; è stato poi con l'arrivo alle superiori, intorno ai 14 anni, che questo disagio ha preso forme più chiare, ho capito che volevo vivere una vita da maschio (Nicolas).

Non per tutte le persone che abbiamo intervistato la pubertà è stata l'origine di forte senso di disforia e disagio con il proprio corpo che si trasformava.

La pubertà mi ha portato solo dei vantaggi, mi ha aiutata perché inaspettatamente ha accentuato i miei caratteri femminili; mi è cresciuto il seno e questo mi ha motivata nel percorso”

Anche la mamma di Eva, nella sua intervista, sottolinea questo aspetto così particolare del percorso della figlia: “Ho sempre saputo che Eva era una femmina. Fin da piccolo giocava con le bambole, mi rubava i tacchi e i trucchi. Non ho mai pensato potesse diventare omosessuale, ma ho sempre saputo che era una bambina nel corpo sbagliato. Con la pubertà sembrava sempre di più una ragazza, lo abbiamo portato da vari medici per fare i dosaggi ormonali senza cavarne un ragno dal buco (Eva).

Entrare nella pubertà e nell’adolescenza significa accedere per la prima volta nella vita alla dimensione della sessualità, che vede le sue prime forme nella masturbazione. E se per un adolescente cisgender vuol dire cominciare a entrare in contatto con le proprie fantasie, desideri e attrazioni, per un adolescente transgender le cose possono complicarsi o risultare più confuse.

La sessualità è nata nel momento in cui mi sono definito transgender. Prima di quel momento non c’era un oggetto del desiderio quando mi masturbavo. La consapevolezza della mia identità come transgender ha portato in contemporanea a un chiarirsi sul mio oggetto di attrazione e questo ha portato con sé le domande: cosa l’altro si aspetta da me? cosa posso dare all’altra persona? (Giovanni)

Questo debutto nella sessualità apre le porte al grande tema del piacere e della sua ricerca. Non soltanto legato all’ambito dell’autoerotismo e della sessualità, ma in generale nel proprio percorso di vita. Per ogni persona che abbiamo intervistato la dimensione della masturbazione era qualcosa di estremamente difficile e disagiata, non soltanto per il gesto in sé su genitali non conformi al proprio genere percepito, ma perché il piacere, nella sua dimensione fisica e mentale, portava a entrare in contatto con altri aspetti del proprio sé e della propria identità.

Ad esempio, per Nicolas l’autoerotismo ha significato incontrare il proprio oggetto di attrazione e quindi fare i conti con il proprio orientamento sessuale.

Io non ho mai fatto niente per me, non mi sono mai masturbato e pensavo che non sarei mai riuscito a farmi toccare o a provare

piacere. Da solo, anche ora non riesco a fare nulla. So però che nelle mie fantasie mi piacciono i maschi e questo a un certo punto è diventata una preoccupazione. Non solo sono trans, ma transito verso un genere per il quale mi troverò a essere con un orientamento omosessuale. Non mi sono mai preoccupato però più di tanto di questo aspetto della mia sessualità, perché non avrei mai pensato di poter trovare l'amore (Nicolas).

Per Giovanni e per Eva, invece, masturbarsi significa entrare in contatto con genitali verso i quali il senso di disforia è altissimo, ma questo apre a significati e rappresentazioni molto differenti del piacere.

La ricerca del piacere nella transizione porta con sé una pressione alla binarietà, dentro di me. Infatti io non riesco a masturbarmi perché non intendo concedermi il piacere che si concede una donna. Quando raggiungo l'orgasmo nella masturbazione ho delle perdite di sangue che mi preoccupano molto (Giovanni).

Questa preoccupazione riguarda tre ordini diversi di significato:

1. Il problema fisico in sé che fa temere che ci sia qualcosa che non va nell'apparato genitale;
2. Il pensiero che la terapia ormonale non stia funzionando;
3. Il significato profondamente femminile di una perdita di sangue dall'utero, che richiama quello che Giovanni ha già cominciato a lasciarsi alle spalle.

Nella sessualità con il mio corpo mi sento molto femminile. il gesto masturbatorio sul pene non mi piace. È un gesto molto maschile che cozza con la mia femminilità e per questo cerco di pensare ad altro e spengo le fantasie (Eva).

Il discorso sul piacere in Eva è estremamente evitato. Eva è all'inizio di un percorso di transizione che la dovrà portare a entrare in contatto prima di tutto con sé stessa e con la conoscenza e l'accettazione di un corpo che, non essendo completamente "sbagliato," sembra uno smacco. Un corpo che nella pubertà ha assecondato i suoi desideri di femminilità e che sembra, paradossalmente, aver sabotato la presa di contatto con la propria mascolinità.

Ci sembra si possa trovare una similitudine fra Eva e Giovanni a proposito della masturbazione. Questa evidenza la disforia di entrambi nell'aver un apparato genitale che non risponde assolutamente alla loro identità, ma alla base ravvisiamo una profonda differenza nel significato che questa inibizione porta con sé e che dobbiamo arrivare a comprendere.

Eva, essendo nata maschio, ha un vissuto di facilità nel gesto stesso e nel contatto con il pene, essendo un organo molto più esterno, visibile e accessibile. Anche al di fuori dell'eroticismo e della sessualità, Eva è costretta in gesti quotidiani al contatto con il pene, che è la prova del suo essere nata biologicamente maschio. Da un lato, quindi, una familiarità nel contatto, dall'altro un costante "rumore di fondo" che tutti i giorni, in maniera evidente, sottolinea il suo essere nata nel corpo sbagliato. Giovanni, invece, ha "qualcosa in meno" che caratterizza il suo essere nato femmina, vivere la propria sessualità e ancora prima conoscere il proprio corpo. Le femmine sono "svantaggiate" perché non si vedono, devono andare alla scoperta dei propri genitali esterni. Giovanni quando vuole masturbarsi deve, quindi, impegnarsi in un movimento di ricerca verso l'interno laddove, invece, lui desidererebbe un organo esterno.

Da questi racconti possiamo comprendere che la masturbazione, per un adolescente transgender, non è un momento di piacere.

Il corpo in transizione è, come quello dell'adolescente, un corpo in trasformazione dove sono in corso profondi cambiamenti che possono essere letti come difficoltà o, anche, come opportunità, spazi di sperimentazione, aree su cui costruire e progettare. È nostra convinzione che il corpo in transizione possa quindi diventare un grande spazio di sperimentazione e di ricerca del contatto con sé stessi per permettere una dimensione di esplorazione.

Solo con la sperimentazione la persona può arrivare a comprendere ciò che va bene per sé stessa e arrivare alla consapevolezza dello stare bene nel momento presente. Questa è l'unica base per potersi proiettare in una dimensione di relazione dove incontrare l'altro. Senza essere arrivati a rappresentare cosa significa per sé stessi il piacere e il benessere, viene a mancare una base sicura su cui appoggiare l'incontro con l'altra persona.

## 7.2. L'incontro con i professionisti della salute

Quello che l'adolescente è chiamato a fare dal compito di separazione e individuazione è rendersi progressivamente indipendente dalle figure dei genitori. Il processo separativo è inevitabile, ma molto complesso in quanto richiede anche di rinunciare ai vissuti di protezione e di idealizzazione del proprio sé, che la presenza onnipotente dei genitori dell'infanzia garantiva.

Quando si parla di questo secondo compito evolutivo non ci si riferisce alla separazione dai genitori reali, non si fa riferimento a una separazione in senso spaziale e concreto, ma ad una separazione mentale. Si tratta della separazione dal genitore interno che l'ex bambino porta dentro di sé; il genitore dell'infanzia è un genitore onnipotente e onnipresente, che sa tutto ed è infallibile. La scoperta che anche i genitori possono sbagliare, fare errori, non sapere tutto è una delle ferite più brucianti di tutta l'adolescenza e di questa fase in particolare. L'obiettivo per l'adolescente è arrivare a ritenere i genitori né più né meno delle persone come tutte le altre, con pregi e difetti. Ma per poter arrivare qui, l'inizio deve prevedere una caduta dal piedistallo e la cosa più dolorosa è che la spallata la deve dare l'adolescente stesso, al quale viene chiesto di essere colui che destituisce i genitori, che li fa cadere dal trono su cui lui stesso li aveva messi.

Allo stesso modo questo processo investe le figure dei professionisti sanitari quando un adolescente transgender si trova a iniziare il percorso di transizione. Nella sua mente questi professionisti sono non soltanto onnipotenti e onniscienti, ma in un qualche modo detengono un potere quasi sacro sul percorso di transizione. In una qualche maniera sembra naturale delegare il proprio pezzo di responsabilità sul destino del percorso al professionista a cui l'adolescente si rivolge. L'incontro, spesso, si rivela molto più concreto, reale e "profano". Innanzitutto si incontra un altro essere umano e non una divinità; in più, spesso, il professionista che si incontra, davvero è un profano dell'argomento e, per quanto possa metterci tutta la buona volontà e la scienza di cui è capace, qualche errore, qualche ingenuità o, più semplicemente, una qualche non-conoscenza verrà mostrata. Ed è qui che, al contrario dei genitori, è il professionista stesso che si butta giù dal

trono agli occhi dell'adolescente, che deve fare i conti con questa figura molto reale e meno mitizzabile di quanto si aspettava.

È un conflitto importante, in quanto l'incontro è molto umano e dipende dal fatto che ognuno mette in campo la propria parte di verità per il pezzo che gli compete; d'altra parte, però, è un incontro sbilanciato nel potere, dove una parte comunque detiene un ruolo di responsabile della salute e del percorso di una persona:

La ricerca del piacere, quando sei transgender, avviene dentro una cornice in cui la realizzazione della tua identità dipende dal contatto con un professionista che ti chiede di prendere tempo (Giovanni).

Nel corso delle interviste che abbiamo condotto siamo riusciti a raccogliere un campionario di modi di porsi in relazione da parte di differenti professionisti sanitari. Vi proponiamo una sorta di classificazione degli atteggiamenti in una versione un po'... esagerata e macchiettistica, perché ci permette di sottolineare ancora di più la tendenza, l'atteggiamento che si muove alla base:

1. *L'espulsivo*. Segretaria di studio ginecologico privato: «Mi dispiace, ma il dottore non effettua visite». Questa risposta è stata data dopo un giorno di attesa a seguito di una richiesta di visita ginecologica per una persona transgender. Il professionista non preparato nega la sua prestazione forse per una resistenza personale alla tematica che si è proposta, che si traduce in una mancanza di motivazione e un rifiuto a incontrare la persona.
2. *L'assorto*. Giovanni: «L'endocrinologo mi ha chiesto, durante una visita presso il suo studio, di spogliarmi completamente per procedere a un esame obiettivo. Io mi sono angosciato molto e mi sono rifiutato, esponendo le mie ragioni. Ho cercato di fargli capire quanta disforia mi avrebbe provocato una situazione e un gesto di questo tipo. Lui mi ha risposto che: "Come chiedo di spogliarsi a chiunque altro per un esame obiettivo, lo chiedo anche a te"». Se possiamo comprendere le ragioni del medico di voler condurre un esame obiettivo sul corpo del paziente, constatiamo però come la richiesta si sia tradotta in noncuranza del disagio dell'altra persona. La richiesta, di fatto, comunicava una cecità rispetto a chi si trovava in quel momento di fronte al medico. L'atto in sé dello spogliarsi non

viene compreso da questo professionista nel significato che ha per una persona transgender e per una cisgender.

In questa categoria rientrano quindi tutti quei professionisti, anche con ottime competenze nel loro campo, per i quali l'atto della medicina prende un valore preponderante sulla relazione con il paziente che, invece, dovrebbe essere una delle priorità, soprattutto quando si entra in una sfera così intima.

Se ascoltiamo il racconto di Giovanni e lo confrontiamo con l'esperienza molto simile, in apparenza, di un qualsiasi adolescente a cui viene chiesto di spogliarsi a una visita medica, possiamo cogliere molto bene la differenza che passa fra la vergogna che può provare una persona cisgender e la disforia che prova una persona transgender.

Il senso ultimo di questo nostro ragionamento, non è quello di non chiedere atti medici o di non procedere a esami necessari, ma di farlo comunicando all'altra persona che riusciamo a comprendere il significato e la difficoltà che quel gesto può far nascere e che siamo a disposizione per aiutare la persona ad affrontare questo momento.

- 3. Il cooperativo.** È un professionista che svela apertamente la sua non preparazione e, in un qualche modo, sembra cominciare la sua formazione nell'incontro con la persona. Per il paziente, a primo impatto, è disarmante e frustrante, perché sa di essere davanti a una autorità su cui non può fare completo affidamento perché si mostra meno competente del paziente stesso. Questa è però, contemporaneamente, un'esperienza costruttiva per il paziente, che ha davanti a sé un professionista sinceramente e autenticamente curioso e desideroso di potersi, comunque, occupare di quella persona in maniera il più possibile adeguata: «Da tempo avevo bisogno di una visita ginecologica che rimandavo. Sapevo che avrei incontrato una professionista senza esperienza con pazienti trans. La persona è stata gentilissima e molto accogliente e, in modo inaspettato, abbiamo parlato a lungo, quasi per tutto il tempo, abbiamo parlato di tutto. È stato un modo per farmi rilassare, mettermi a mio agio, allontanare l'angoscia della visita in sé, ma anche un modo per chiedermi informazioni, scoprire cose, sapere come avrei voluto che venissero fatte certe cose. La visita poi è stata molto rapida e

delicata e alla fine la dottoressa mi ha anche ringraziato per ciò che ha potuto apprendere dall'incontro con me» (Giovanni).

Si tratta quindi di un professionista che, nell'incontro con il paziente e nel dialogo, trova un'occasione di in-formazione diretta. È una persona molto consapevole delle sue aree cieche o di mancanza di esperienza o competenze, che però sa usare come strumento di relazione con l'altra persona, riuscendo così a portare a termine il proprio mestiere e, contemporaneamente, nell'incontro, continuare a formarsi.

4. *L'accogliente*. Armida: «Avevo molto timore di andare a incontrare questo psicologo, però mi ha messo a mio agio e sono stata molto contenta di avere uno spazio in cui poter dare voce alle mie preoccupazioni e che mi venisse raccontato da un professionista cosa stava succedendo»; Eva: «È stato inaspettato trovare da voi questo tipo di ascolto e soprattutto di comprensione della mia storia»; Nicolas: «La mia neuropsichiatra è la prima persona con cui ho fatto coming out perché erano le prime volte che cominciavo a rendermi conto che ero trans e mi sono sentito di dividerlo con lei. Lei mi ha accolto e ascoltato ed è rimasta in attesa. Io poi ho cominciato ad insistere su queste cose un anno fa e abbiamo deciso con lei di iniziare il percorso dallo psicologo».

Si tratta di una professionista che è assertiva e in ascolto del paziente. Anche se non ha specifiche competenze sul tema pone l'ascolto e la ricerca del significato con il paziente al primo posto del suo agire, restando sempre in una posizione accogliente. L'esempio della neuropsichiatra ci mostra una professionista che accoglie e resta in attesa che emerga nel paziente un'autentica motivazione a cominciare un percorso di transizione. Un'attesa che comunica la necessità di concedersi un tempo di riflessione. Non viene quindi vissuta come disinteressata, ma come accogliente. Resta in attesa che la questione per Nicolas diventi saliente senza che questa attesa venga vissuta come una sottrazione di ascolto.

La mancanza di professionisti formati sul tema, o di un elenco di pronta consultazione, apre un problema di salute per le persone transgender se la nostra prospettiva rimane la costante ricerca del benessere e piacere in ogni momento del percorso di

transizione. Si crea un vissuto di rifiuto o disinteresse percepito da parte della comunità di professionisti, a cui consegue un non volere o potere accedere a visite da parte delle persone trans. Prendersi cura in ogni momento del proprio corpo, anche delle parti vissute con disforia, significa domandarsi costantemente come si sta con sé stessi, a che punto si è arrivati nella costruzione del benessere e del piacere con il proprio corpo.

È importante che le persone trans capiscano che devono prendersi cura del proprio corpo, è una cosa che non fanno principalmente per 3 ordini di motivi, ovvero, un problema di documenti per poter accedere alle visite: devo prenotarmi con un nome da maschio da una ginecologa; trovare un professionista che sappia accogliermi anche se sono di genere non conforme, che non sbagli i pronomi perché per me è umiliante e parto a razzo, che sia formato perché non voglio trovarmi per l'ennesima volta a essere io a dover spiegare come funzionano le cose quando già sono in ansia per la visita o perché non sto bene; la visita in sé per me: dovermi spogliare e far visitare genitali che non vorrei più avere; una piccola parte di me sta sperando che io abbia qualcosa di sufficientemente grave da giustificare l'asportazione del mio utero, ma un'altra parte di me ha molta paura che possa essere qualcosa di davvero preoccupante. Figuriamoci poi se dovessi incontrare un professionista maschio (Giovanni).

Dal nostro punto di vista scontrarsi con queste difficoltà porta a superare ostacoli che permettono di riflettere molto sul proprio percorso di transizione, rendendolo sempre più parte della costruzione della propria identità, della propria ricerca del benessere. Una difficoltà superata porta a una strutturazione maggiore della propria individualità.

### **7.3. Costruzione dei valori e comunità LGBTQ+**

A causa del processo di separazione e individuazione, i genitori non sono più considerati i depositari della verità e della saggezza e gli adolescenti devono guardare altrove per cercarla. Essi sono naturalmente spinti alla ricerca della conoscenza, perché sono persone in cerca della loro identità, in cerca della propria verità.

È in questo momento che il nuovo riferimento diventano i pari, gli amici, i compagni, insomma tutti coloro con cui hanno vissuto questa “caduta degli dei” e, un po’ esaltati e un po’ spaventati, si guardano intorno alla ricerca di valori e riferimenti condivisi che possano diventare la bussola che guida le loro vite. In più gli adolescenti sanno benissimo che quando si ritaglieranno un posto nel mondo, lo faranno a fianco di queste persone, che con loro ne condividono cultura e riferimenti sociali. È quindi nel gruppo, nel confronto con i coetanei, nel muoversi dentro e fra i gruppi che gli adolescenti realizzano la loro individuazione.

Per gli adolescenti in transizione, la comparsa della transessualità diventa un catalizzatore, un magnete molto potente che rende primaria e necessaria la condivisione e l’accesso a un gruppo, che intorno a questo aspetto dell’identità costituisce la sua base. Un luogo dove si possono condividere preoccupazioni, gioie, strategie, trovare sostegno e incontrare altre persone che sono più avanti nel percorso e quindi ne diventano testimonianza.

All’inizio partecipare a questi gruppi è stato fondamentale. Non avrei mai avuto il coraggio di aprirmi, di presentarmi al mondo per quello che sentivo, se dei miei amici gay non mi avessero portato a Milano in questi locali dove ognuno si permette di essere chi è. Dove a nessuno interessa chi sei perché la città è talmente grande che non ti incontrerai mai più (Eva).

I gruppi LGBT dentro alle scuole o nelle associazioni diventano i primi luoghi in assoluto dove gli adolescenti in transizione possono appoggiarsi e aprirsi per cominciare a percorrere la strada della transizione con le loro gambe.

È interessante sottolineare come, in ogni intervista che abbiamo condotto, la permanenza e l’appoggio a questi gruppi sia un elemento a termine, temporaneo e transitorio.

Tanto questi gruppi forniscono sostegno e nutrimento nei primi momenti di accettazione di sé, quanto poi vengono vissuti, con l’avanzare del tempo e del processo, come contesti stretti o soffocanti.

Le persone intervistate ci raccontano come la scoperta della propria transessualità, l’accettazione di ciò e l’inizio di un percor-

so sono accadimenti talmente forti e totalizzanti che la persona risulta molto autocentrata. Tale peculiarità porta a una esperienza di gruppo quasi paradossale dove, però, nella condivisione di queste autocentrate, si trova un'apertura e una relazione reciproca.

Nel procedere del percorso di transizione, la salienza di questi aspetti, rispetto a tutte le altre componenti della propria identità, comincia a venire meno. Questo rende tali gruppi dei contesti da cui si sente il bisogno di distaccarsi o da affiancare ad altri in un processo di complessificazione delle relazioni, che sembra richiamare quanto accade dentro la persona. Quello che accade nel mondo interno è che la componente legata alla propria transessualità non occupa più una posizione di dominanza assoluta e comincia a prendere posto assieme alle altre componenti della propria identità. Esattamente allo stesso modo anche nelle relazioni esterne la persona in transizione comincia a sentire l'esigenza di aprirsi ad altre relazioni di marca e base differente.

Non sono solo trans nella mia vita. Con il progredire della terapia, non riesco più a sopportare i gruppi trans. Sono gruppi che mi sembrano vivere su degli stereotipi, dove quegli stereotipi inconsapevoli che le minoranze portano con sé vengono agiti. Ho bisogno di relazioni meno ghetizzate: quando cerco di raccontare quello che vivo, mi sento più compreso da persone con disturbi alimentari o con abuso di sostanze, perché condividono con me un'esperienza di contatto peculiare con il corpo e di manipolazione del corpo stesso, che ci portano a viverlo in maniera molto più affine, mentre il resto del mondo LGBTQ+ non riesce a comprendere completamente questo tipo di vissuto. La differenza fondamentale fra trans e omosessuali è che un omosessuale ha un problema di orientamento sessuale non conforme, ma il suo corpo dopo la pubertà resta quello, più o meno accettato, mentre il corpo di una persona transgender invece è sempre in cambiamento (Giovanni).

Per un po' ho frequentato una associazione, ma facevo molta fatica ad andare agli eventi: c'è troppa gente. Ho conosciuto poi individualmente e frequentato altre persone trans e per me è un po' problematica come frequentazione. Mi sento da una parte invidioso, perché sono persone che hanno già cominciato gli ormoni e io sento molto il confronto con l'immagine. Poi fra persone trans mi è sempre sembrato

che ci fosse una sorta di stereotipo che si imponeva e a cui dovevi fare riferimento, altrimenti vieni rifiutato. Non ho bisogno di avere i capelli corti per essere considerato maschio: ci sono maschi cis con i capelli lunghi. anche la barba per esempio e io non la voglio per esibirla, ma voglio sapere che mi crescerà e che potrò rasarla.

Anche sui vestiti mi è capitato di incontrare persone trans estremamente binarie e che dividono i capi d'abbigliamento per genere e irrigidiscono tantissimo i confini dei generi. Devo ammettere che fino a qualche anno fa pensavo che se avessi avuto i capelli lunghi gli altri avrebbero pensato che non volevo più fare la transizione, oppure che, se mi mettevo la matita sotto gli occhi (per avere uno stile emo), in realtà gli altri avrebbero pensato che volevo restare femmina. Poi ho capito che io la transizione la voglio, che è giusta per me, che non ho bisogno di appoggiarmi su degli stereotipi o delle immagini forzate per sapere che sono un ragazzo (Nicolas)

Nel corso delle interviste, abbiamo notato come le parole di critica verso questi gruppi siano state molte di più, nella quantità, rispetto alle parole di apprezzamento; nelle atmosfere della conversazione e nelle storie raccontate l'esistenza e la possibilità di accedere a questi gruppi è stato, però, un momento fondamentale ed estremamente positivo per il percorso della persona.

Tanto era percepita questa positività e questo senso di inclusione e "cura" da parte di questi gruppi, tanto più la critica sugli aspetti negativi, una volta usciti, si è fatta forte.

#### **7.4. Nascita sociale**

L'adolescenza è comunemente chiamata *seconda nascita* perché, se con la prima viene *al mondo* un nuovo essere umano, con questa seconda viene *alla società* un nuovo adulto. Questo compito richiede all'adolescente di assumere un ruolo socialmente riconosciuto tra i coetanei e nel contesto allargato della più ampia società di cui si fa parte, un ruolo che consenta di progettare e di agire in direzione del proprio percorso futuro.

A differenza dell'infanzia, dove la socializzazione avviene perché il genitore porta il bambino all'asilo o alla scuola materna, l'adolescente ha, invece, un bisogno di appartenenza a una rete

di relazioni fatta da coetanei che si sceglie autonomamente. La scuola costituisce spesso l'ambito centrale e decisivo di questo compito evolutivo.

Si dice che i ragazzi abbiano due famiglie: la famiglia naturale e quella che si sono costruiti con le loro mani, la famiglia sociale, il gruppo di amici, che ha un potere decisionale enormemente superiore a quello della famiglia. Il gruppo li accompagna, li sostiene, li consola, li tiene uniti, svolge una funzione di contenimento affettivo a volte anche superiore a quello che svolge la famiglia.

All'interno dei raggruppamenti giovanili si costruisce gran parte dell'identità adolescenziale. Il rapporto con i coetanei ha il ruolo di rendere pensabile il travaglio della crescita attraverso la condivisione e il senso di appartenenza. L'inserimento in un gruppo di pari età in adolescenza consente, in generale, di battere la noia, sconfiggere la solitudine, valorizzare la propria età e la fase di vita che si sta attraversando e acquisire una identità sociale.

Per gli adolescenti transgender questo compito di nascita sociale si arricchisce di alcuni passaggi ulteriori e peculiari da affrontare:

1. Il coming out in diversi contesti;
2. La vita a scuola e nella ricerca di un lavoro, quando si decide di comunicare e vivere alla luce del giorno la propria transessualità;
3. Il cambio di nome e documenti e quindi il poter assumere un posto nella società con la propria identità autentica e non assegnata;
4. L'incontro con le rappresentazioni che abitano nella mente degli altri relativamente alla persona transgender e, in particolare, relativamente al loro corpo.

Tratteremo questi aspetti separatamente, anche se è evidente che sono accadimenti che si costruiscono più o meno in contemporanea e che si contaminano e alimentano vicendevolmente.

#### 7.4.1. Il coming out

Il primo passaggio che affrontiamo è la comunicazione ai familiari della propria transessualità.

Quando Giovanni mi ha detto che era transgender neanche ho capito. Non me ne rendevo conto. Dovete capire che io ho un'età e ho solo conosciuto uomini che si sentivano donne, o al massimo quello che si poteva vedere in televisione, che sono travestiti o sempre uomini che diventano donne. Mai mi era capitato di incontrare o conoscere una donna che si sentiva uomo. E allora il mio primo pensiero quando Giovanni me l'ha detto è stato: che vita avrà? Il primo segnale che mi ha fatto capire che quello che mi diceva era vero, era da prendere sul serio, è stato quando è andato a tagliarsi i capelli, un taglio bello corto e maschile. Lì ho capito che quello era il segnale.”

Sono molto felice perché anche suo nonno (mio marito) sa tutto ed è stato molto corretto perché ha permesso a Giovanni di non dover lottare nella sua stessa casa. A mio marito l'ho detto io che Giovanni era transessuale e ogni tanto mi capita di trovarlo che piange con la foto di Giovanni da ragazza. E io lo prendo in giro: “Ma piangi per una fotografia?”

Le trasformazioni del suo corpo le prendo molto male. Le vedo poco le sue trasformazioni, perché forse non le voglio vedere, ma quando sarà tutto finito spero di non esserci più. Mi ha turbato il pensiero che possa diventare un uomo, ma è anche giusto che riesca a stare bene nel suo corpo. Lo capisco e va bene che lui proceda alla sua velocità, ma per me è troppo veloce. Io ho bisogno dei miei tempi per capire e metabolizzare e bisogna accettare il fatto che possa non farcela mai (Armida).

Il fratello di Eva quando ha saputo della sua transessualità secondo me è stato veramente superficiale. Non ci arriva, secondo me, a capire cosa vuol dire (Maria)

Guarda che forse per te è superficiale, ma secondo me per lui è normalità, non ci ha fatto una piega (Eva)

Invece il papà è un altro discorso. È uno che non si smuove dalle sue posizioni, non vuole ascoltare e non vuole capire e usa termini che veramente fanno rabbrivire, e tu non hai il coraggio di affrontarlo. Invece dovresti fare come me che quando tira fuori certi discorsi o certe parole gli pelo la faccia (Maria)

Questa intervista è stata peculiare proprio per la brevità dedicata alla risposta sul coming out in casa di Eva e soprattutto per il modo in cui la madre ha completamente evitato di rispondere sul proprio vissuto, anche se la domanda era direttamente rivolta a lei.

Molti genitori sono scollegati rispetto a questi temi. Non è facile da afferrare, bisogna avere molta elasticità mentale. Sono cresciuti in modi molto diversi, in anni in cui di queste cose non si poteva parlare. La nostra generazione Z invece, fin da subito è stata a contatto con questi temi (Luca).

Mio padre è stato accogliente: “La vita è tua e decidi tu”. Mia madre invece l’ha presa molto male, solo di recente sta un po’ accettando [...].

[...] Alle superiori mia madre insisteva per farmi vestire femminile. Quando invece io compravo i vestiti da maschio era mio padre a difendermi con lei. Quando poi Luca e alcuni miei amici mi hanno regalato i boxer mia madre ha avuto una crisi ed è stata pesante. Se l’è presa molto. Li metto di nascosto. Poi però una volta me li ha fatti trovare piegati, nel cassetto dell’armadio e forse questo gesto è sufficiente, forse non riesce a parlarmi di queste cose ma questo gesto parla per lei.

[...] Ho chiesto a mia mamma di poter usare il maschile in casa e mi ha detto: “Ok, ma non pretendere che io ci riesca fin da subito”. Quello che di sicuro non vuole è che io lo dica al nonno, ma lei pian piano lo sta accettando [...].

[...] Io poi ai miei genitori non ho mai fatto coming out sul mio orientamento sessuale. Ho fatto coming out sul mio genere, ma non sul fatto che sono omosessuale. Io non mi aspettavo di trovare l’amore. Già i miei genitori stanno gestendo la mia transizione e in più dover dir loro che avranno un figlio maschio e gay non so come potrebbero prenderla. Mio padre forse farebbe spallucce, mia mamma invece è talmente confusa che forse penserebbe che ho deciso di tornare a essere una femmina e che mi sono messa con un maschio (Nicolas).

#### 7.4.2. Coming out a scuola e nel gruppo di pari

Il secondo coming out che trattiamo, non per importanza, è quello che avviene all’interno dei gruppi di coetanei, a scuola e al di fuori di essa.

Abitando in un piccolo paesino tutti sapevano che ero trans, in più alla scuola superiore non mi sono nascosta e proprio lì ho cominciato a presentarmi vestita da donna.

Con il primo anno delle superiori ho deciso di vivere chi ero e non nascondermi più. Ovviamente me ne hanno fatte di tutte. Però

è qualche cosa che, alla fine, ha rafforzato il mio carattere. Alla fine la cosa era diventata talmente pesante che ho deciso di farmi bocciare, per poter cambiare classe, ed è stata la decisione migliore possibile. La cosa che mi ha fatto più male, oltre agli insulti e ai gesti violenti, era vedere che gli adulti si giravano dall'altra parte, facendo finta di niente o, addirittura, sostenendo che ero io, con il mio vestirmi da femmina, che me la cercavo. Quante volte ho cercato l'appoggio del preside, ho chiesto di poter cambiare classe e non mi ha mai voluta ascoltare. Alla fine, se tu non fai niente, ci penso io e ho fatto in modo di farmi bocciare. La cosa interessante è che ci sono dei ragazzi che in gruppo mi hanno sempre presa in giro, ricoperta di insulti e che, poi, in privato, venivano a chiedermi appuntamenti o di uscire. Fortunatamente ho avuto tanti amici che mi hanno sempre sostenuta, che mi hanno fatto capire che non avevo nulla di sbagliato, che potevo essere chi volevo (Eva).

I primi due anni di superiori, quando ha deciso di cominciare a vestirsi da donna anche fuori casa, sono stati un inferno. Alle medie era andato tutto bene, perché comunque si vestiva da uomo. I compagni gliene hanno fatte di tutte i colori e nessun adulto ha mostrato comprensione o vicinanza. Quando succedeva qualcosa di serio tutti gli adulti sparivano o dicevano di non aver visto nulla. Alla fine lui aveva chiesto di cambiare classe o di essere bocciato e io non ero assolutamente d'accordo, perché quello che volevo fargli capire è che cambiano le situazioni, cambiano gli ambienti, ma non cambia il problema. Sarà sempre una vita di difficoltà, perché viviamo in una società dove ci si ferma al primo impatto. L'ignoranza che c'è in giro lui la pagherà per sempre. Se hai deciso di essere chi sei, di non nasconderti, allora sii chi vuoi essere fino in fondo (Maria).

Andando alle medie, al di là dell'obesità di cui soffrivo, mi ricordo che guardavo i miei compagni di classe e mi chiedevo: "Perché non posso essere come loro?". Sentivo proprio una forte affinità con i maschi e le femmine proprio non le sopportavo. Ancora non avevo capito questo cosa significava per me, ma ricordo questi sentimenti forti [...].

[...] La scuola per me è veramente difficile. Ci sono giorni in cui faccio veramente fatica. Anche se i compagni mi chiamano tutti Nicolas, non mi sento di far parte della classe. Ma questo non ha a che fare con la mia transessualità completamente. Ho sempre fatto molta fatica con le persone e con i gruppi. In più ho sempre fatto fatica con i professori e sento che non posso appoggiarmi su nessuno. Sono lì

lì per chiedere a qualcuno di loro di essere chiamato Nicolas, ma poi mi blocco, perché chissà cosa pensano e cosa mi diranno [...].

[...] Ho sempre avuto molte difficoltà a relazionarmi con le persone. È una mia questione di carattere, che un po' c'entra con il poter essere considerato maschio dagli altri, ma per molte altre cose no. È da poco che frequento delle persone, praticamente da questa estate. Avevo timore a uscire per un disagio proprio legato a me come persona, però vedere che mi hanno preso fin da subito come un ragazzo e chiamato Nicolas sempre, mi ha dato la carica per superare le altre resistenze a uscire. È da quando mi sto relazionando con loro che ho cominciato molto di più a tenere a me come immagine e come stile, quindi mi ha dato una bella spinta a curarmi e a presentarmi bene, che poi mi fa sentire bene. Però stare poi in compagnia di ragazzi cisgender è qualcosa che mi provoca invidia: sentire la loro voce profonda, vedere il loro petto piatto senza dover usare binder... quindi sì, per un lato mi ha fatto bene, per un altro non mi fa stare proprio bene. Con loro necessito tantissimo di avere sempre il binder, di presentarmi molto come maschio nell'aspetto, perché loro lo sono naturalmente e io sento lo scarto (Nicolas).

Vediamo come vivere la propria transessualità in un gruppo di persone cisgender inclusivo porti, in realtà, a vissuti ambivalenti. L'inclusività e l'accettazione sono un riconoscimento e un riscontro a/con sé stessi su dove si è arrivati nel proprio viaggio di transizione e un termometro di valutazione del proprio ben-essere qui e ora. Il sentimento di scarto che Nicolas vive rispetto ai suoi amici cisgender è, invece, una cartina tornasole che aiuta a mettere ancora più a fuoco l'orizzonte e gli obiettivi che si vogliono raggiungere per conquistare il piacere e l'agio di essere sé stessi.

### 7.4.3. Cambio di nome

Per le persone che abbiamo intervistato il cambio anagrafico sarebbe il primo passaggio da vedersi riconosciuto. La realtà dei fatti è che, invece, il riconoscimento ufficiale arriva molto più tardi rispetto al movimento informale della persona stessa, che comincia a chiedere a sempre più persone di essere chiamata con il proprio nome di elezione.

Proponiamo due racconti che sono due prospettive molto differenti sul cambio anagrafico. Uno di Nicolas che ci racconta

il desiderio di poter cambiare il nome e quali significati questo desiderio porti con sé. Il racconto di Giovanni, invece, porta una riflessione a posteriori sul cambio anagrafico.

Quando ho chiesto in casa per gli ormoni, mi hanno detto che dovevo aspettare i 18 anni e questa cosa mi ha ferito, perché dagli ormoni, per me, dipendono un sacco di cose: dipendono i documenti (dover sempre far vedere che sono donna, anche se nelle apparenze non lo sono, dipende il cambio di nome, la mia voce, che è una delle cose che mi infastidisce di più: è femminile.

Ma soprattutto il fatto che ho due traguardi importanti davanti a me: la patente e la maturità. Mi piacerebbe poter prendere il diploma come Nicolas e non vederci scritto il mio nome di battesimo.

A scuola scrivo sempre e solo il mio cognome, mai il nome. Non riesco a usare il mio nome di battesimo. In quinta, per il libretto delle giustificazioni dovrò depositare la firma e non voglio firmare con il mio nome di battesimo.

Ho sempre molto timore a chiedere di chiamarmi Nicolas a scuola. Dover dare spiegazioni mi mette a disagio. La possibilità che qualcuno mi chieda “Perché vuoi essere maschio?” mi mette in discussione: io sono maschio.

Poi con la didattica a distanza manca la presenza e mi viene ancora più difficile chiedere a un professore di potermi ascoltare su queste richieste (Nicolas).

Quando ho fatto il cambio di nome e ho scoperto che è retroattivo, per me è stato problematico. Ho vissuto l'approvazione del cambio di nome come un momento di grande felicità, come la conquista di un pezzo di me. Poi il trovarmi tutti i moduli, le vecchie visite, i referti, ogni cosa non più a nome Anna, ma come Giovanni è stato un trauma. È come se questa cosa avesse cancellato l'esistenza di Anna per sempre. Mi ha cancellato il passato. Io non ho problemi a ricordarmi di Anna, che sono nato Anna, che poi ho trovato il coraggio di diventare Giovanni, ma è come se il resto del mondo, con questo colpo di spugna su Anna, mi stesse chiedendo di rinnegarla (Giovanni).

All'ascolto per noi questa affermazione è stata sorprendente perché pensavamo che il sentirsi a disagio nel corpo di Anna includesse, con certezza, il fatto di volerla cancellare. In realtà, senza Anna non si sarebbe mai potuti arrivare a Giovanni. È solo

con il chiedersi continuamente, passo dopo passo, su come si sta e dove sta il proprio benessere, che è potuto partire da Anna e cominciare a realizzare Giovanni. Il fatto di muoversi nella realizzazione della propria identità percepita, non chiede di cancellare quella con cui si è nati, ma da questa partire a interrogarsi su chi si vuole essere, entrare in contatto con le parti più profonde di sé e costruire una condizione di consapevolezza di sé momento per momento.

#### 7.4.4. Come mi vedo con gli occhi degli altri

Una volta dichiarata la propria transessualità ed essere entrati in contatto con sé stessi e con il proprio corpo in transizione, un passo ulteriore è quello del rispecchiamento che può venire dagli altri. Ovvero entrare in contatto con l'immagine che gli altri hanno di una persona trans e, nello specifico, di un corpo in transizione.

Eva chiede alla mamma di comprarle delle mutande e lei torna orgogliosa con un paio molto femminile, in pizzo, che scatenano il riso amaro di Eva nel farle constatare che ha ancora un pene che non potrebbe essere contenuto in quelle mutande. La mamma ne sorride e chiede: "Ma quindi come te le devo comprare ste mutande? Da uomo o da donna?". Nel suo piccolo la mamma sta riconoscendo Eva come una donna, ma in maniera rigida, che non riesce a scendere a patti con il suo percorso di transizione. O Eva è uomo e totalmente uomo, oppure è donna e solo donna. Non è possibile, per la mamma, pensare o mentalizzare l'esistenza di un percorso composto da molte tappe, che portano un individuo a muoversi alla ricerca del proprio ben-essere e, di conseguenza, anche, l'esistenza di un corpo che si muove e si trasforma con tempi differenti rispetto alle altre componenti.

Il vissuto di Eva è ridere di questa situazione e scherzarci con ironia. Ma nel tono emerge un'amarezza nell'entrare in contatto con la rappresentazione che la mamma ha, nella propria mente, di lei. Emerge quindi in tutta la sua portata una grande difficoltà di comunicazione fra Eva e la mamma intorno al tema della rappresentazione del corpo di Eva e della sua trasformazione. Questo tema si è costituito come un oggetto su cui non si può comunicare, su cui è calato il silenzio e, proprio per questo, dove

non arrivano le parole, intervengono le azioni, a volte anche goffe o timorose. Poterne, invece, dialogare permetterebbe di arrivare a comprendere reciprocamente pensieri, sentimenti e intenzioni rischiando, a ognuno, la strada da percorrere.

Con il lockdown mi sono messa a fare una serie di dirette su Instagram dove chiacchiero, fumo... e ci sono varie persone che partecipano, che mi dicono che sono bellissima, molto femminile. Che il gesto che ho nel fumare è molto sensuale, quasi erotico. E non ci crederai ma ci sono anche alcuni di quei compagni che, alle superiori, me ne hanno fatte di ogni. Sarà poi vero che chi disprezza caro compra» [...]. «Prima di conoscere il mio compagno, ma anche adesso, conosco un sacco di uomini in chat e sui social, con cui poi esco anche. E un momento tipico è quando tu pensi che la conoscenza sia arrivata a un punto in cui vale la pena incontrarsi e allora riveli la tua transessualità. Allora...C'è quello che è un no secco, c'è quello che "Allora ciao", c'è il finto aperto "Ma per me mica è un problema, figurati" e poi sparisce e chi l'ha più sentito, quello che ti dice "Ma sai, io preferisco andare oltre nelle persone, non fermarmi al sesso", c'è quello che non lo direbbe mai, quello che se non lo dici lo prendi per il culo, ma se lo dici non ti crede: "No ma mi prendi in giro?" e io mi trovo a dover dire "Ma ti pare che se non fosse così dovrei tirare su un teatrino del genere solo per dirti che non voglio uscire con te?". Poi c'è quello che ti risponde: "Ma si usciamo lo stesso" e qui c'è il trash assoluto. Tu ci esci e lui, ovviamente, passa tutto il tempo a scrutarti con l'occhio di chi cerca il dettaglio fisionomico maschile. E tu intanto pensi che questo è scemo. Poi si sveglia e, pur essendo stato distaccato in chat e nella serata, ha comunque la curiosità del contatto fisico e allora magari ti dà un bacio a stampo con poi subito la faccia del: "Oh, ma l'ho fatto davvero!". Poi c'è quello che in chat continua a ripeterti che è etero, che per lui esiste solo la vagina e tu non capisci cosa continua allora a scriverti, fino a quando poi ti chiede di uscire e fare cose. Ma allora, scusa, sei bipolare? Ti sei sempre mostrato come il maschio alpha che sistema ogni donna del pianeta e sei qui, interessato ad avere un rapporto con una persona come me? Quando noto queste cose scordati che io mi conceda, perché puoi anche scendere dalla macchina e sdilinquirti davanti al cofano, che prima che accada qualcosa... E quando vedono che fai la restia, quella che se la tira, allora cominciano a farti domande su di te: "Quand'è che hai iniziato questa transizione? Com'è che l'hai scoperto?". Ma guarda che è inutile che fai il finto interessato, so che vuoi intenerirmi per arrivare solo a quello scopo (Eva).

Ogni volta che incontro una persona on-line e poi devo vederla di persona dico in anticipo che sono trans. E mi immagino la persona che, quando le dico che sono trans, va a cercarsi su Google immagini di com'è un corpo trans FtM (Giovanni).

Insieme a Giovanni constatiamo come la presentazione che viene fatta on line del corpo trans è una rappresentazione che, nei primissimi risultati, comunica il caso estremo al massimo dello strano, oppure il corpo perfettamente maschile e muscoloso espressione della binarietà più totale, oppure la più completa dissonanza fra un viso con rossetto molto marcato e un corpo maschile.

In realtà io ho semplicemente un corpo ancora in trasformazione, che ha un po' di seno, ma anche aspetti nella forma più maschili, ma è in divenire. Se l'altra persona si fermasse alla ricerca su Google penserebbe di incontrare un mostro (Giovanni).

#### 7.4.5. Lavoro

L'ultimo aspetto, solitamente anche in ordine cronologico, di ingresso nella società degli adulti, a tutti gli effetti, è il collocarsi in una posizione lavorativa. Per i giovani si tratta di un passaggio già difficoltoso per la struttura stessa del nostro mercato del lavoro e che, a maggior ragione, lo è ora in questa situazione di epidemia. Per i giovani adulti transgender si aggiunge un ulteriore tassello di difficoltà e fatica, nonché di richiesta di resilienza e forza d'animo, nel proporsi o presentarsi con documenti e curriculum che non corrispondono all'aspetto fisico.

Il mio più grande timore è che Giovanni non possa avere un lavoro o un reddito e che debba finire a prostituirsi. Non voglio che questa cosa condizioni il suo futuro o lo possa ipotecare. Io non riesco a capire cosa interessa alla gente di quello che ha nelle mutande, spero che lo giudicheranno, invece, per il suo mestiere [...].

Tutti i clienti del mio negozio hanno saputo che ho una nipote e che mia figlia aveva avuto una bambina, e lì mi sono fatta un po' di problemi: cosa gli devo dire a queste persone? È lì con me a lavorare e si vede che non è una femmina. Mi hanno sempre preoccupato le domande degli altri, poi ho capito che io non devo spiegazioni a nes-

suno. Ero preparata a chissà quale reazione e, invece, hanno compreso e ascoltato. Poi magari avranno pensato “Povera Armida...”, ma che se lo tengano per loro questo pensiero. Poi ho avuto dei clienti che si sono proprio fatti avanti, che lo chiamano Giovanni o che gli hanno detto che lo ammirano per il suo coraggio e che lui non deve temere di avere alcun problema con loro. E io sono stata felicissima (Armida).

Ho trovato lavoro nel bar di un'amica. Sono stata molto felice che lei abbia avuto il coraggio di investire su di me, di mettermi dietro al bancone come immagine del suo locale, a servire i clienti. Essendo un paese piccolo tutti sanno che sono trans e tante persone alla mia amica e, anche in faccia a me, hanno detto: “Se ci viene a lavorare lui io qua non ci metto più piede”. Poi il risultato è che non solo nessuno se ne è andato, ma alcuni di questi mi hanno pure fatto proposte (Eva).

È da sottolineare come questo riscontro, da parte delle altre persone, sia stato per Eva motivo di compiacimento e conferma.

[Maria] Tu però ora che quel bar ha chiuso, devi ricominciare a cercarti un lavoro seriamente.

[Eva] Già, con il Covid sono messi male, poi figurati che lavoro vuoi che trovi nella mia condizione adesso?

[Maria] Ma quale condizione? Ma stai scherzando? Se hai scelto di percorrere questa strada devi essere pronto a seguirla fino in fondo. Ma cosa sei? Disabile? Hai le mani che non vanno? Non sai fare il mestiere come gli altri? Perché poi lo so che con il fatto che si presenta donna e col nome Eva lo scartano o gli chiedono se sta presentando il curriculum per un'amica. E lui poi ci rimane male e a me da madre fa male il cuore. Ma è quello che hai scelto tu e, quindi, devi essere chi vuoi tu. La determinazione che io ti insegno deve essere quello che ti resta dentro, quando io poi non ci sarò più [Maria].

Possiamo vedere concretamente quanto Eva sia ingabbiata da alcuni vissuti di rifiuto ed espulsione reali, ma anche quanto gli stereotipi siano interiorizzati e da dentro premano e agiscono bloccandola. La ricerca di un suo benessere è bloccata dalla percezione che il suo percorso di transizione sia un ostacolo nel poter trovare lavoro e questo la porta a svalutarsi, a sentirsi meno abile o in una “condizione” particolare. Il pragmatismo della madre è una doccia fredda, un risveglio energetico ad assumere una posi-

zione radicalmente diversa, in cui la transizione sia letta come la scelta di entrare in un percorso che porterà Eva a essere chi è veramente, a conquistare benessere e agio.

Dalla nostra posizione è interessante osservare come nessuna delle due, riesca ad andare oltre alla condizione di transessualità di Eva e a guardare, invece, come si farebbe per qualsiasi altra persona, alle competenze che possiede o non possiede.

#### 7.4.6. Nascita e costruzione della coppia

L'ultimo aspetto della transizione, che abbiamo indagato nelle interviste, è stata la nascita e la costruzione di una relazione di coppia. In tutti i racconti, abbiamo notato come, nella mente dei ragazzi, sia presente un'idea implicita di coppia, che costituisce una norma di riferimento: la coppia cisgender eterosessuale. In tutte le storie emergevano i tentativi di portare la propria esperienza, soprattutto a livello sessuale, dentro ai confini stabiliti da questa immagine di riferimento. E spesso dalla fatica e, a volte, dal fallimento in questi tentativi, nasceva la volontà di cercare nuove modalità.

Dalle interviste emerge come la coppia transessuale sia una coppia che sembra non poter andare incontro a un soddisfacimento facile, come se ci fosse una richiesta di soffermarsi a comprendere bene, non prendere la strada rapida che, invece, in alcune coppie cisgender, si tende a imboccare, perché alcuni aspetti del soddisfacimento sessuale possono essere dati per sottaciuti e automatici. Nella coppia transessuale è presente almeno un partner che solleva la richiesta di riflessioni, di attenzioni e cure nei gesti, nell'espressione e nell'intenzione, che impongono il prendere un "giro largo" per arrivare là dove coppie cisgender normalmente arrivano senza, apparentemente, incontrare ostacoli. Questa è, appunto, apparenza, perché anche nelle coppie cisgender sarebbe importante stimolarsi, incuriosirsi, conoscersi, chiedersi cosa e come porta l'altro a incontrare il piacere.

Le parole di Leopardi, che abbiamo citato in apertura a questo contributo, ci ricordano che è importante concedersi, fin dal primo momento, la possibilità di esplorarsi, di sperimentarsi senza cercare di ridursi dentro schemi prestabiliti. È nostra convinzione

che sia fondamentale, attraverso l'immaginazione, permettersi di diventare assolutamente trasgressivi rispetto a queste norme, soddisfacendo il desiderio di piacere attraverso gli infiniti oggetti che la nostra immaginazione può creare.

Siamo certi che questi suggerimenti prescindano dalla sessualità della coppia e siano, alla fine, validi sempre per tutti.

Per me la ricerca del piacere quando sei in transizione porta una pressione alla binarietà, dentro di me. Io riesco a dare piacere all'altra persona senza problemi, ma problematico è concedermi io di provare piacere nello scambio. Perché dovrebbe darmi piacere come lo si dà a una donna, che è esattamente come io non voglio sentirmi. Sono inibito, perché l'altra persona toccherebbe qualcosa che non mi rappresenta (Giovanni).

Il mio compagno attuale faceva parte di quelli che non credevano al fatto che fossi transgender, ma è stato fantastico. Durante il lockdown partecipavo ai miei *streaming* online, ma non mi ha mai dato segni di interessamento. E infatti nemmeno per l'anticamera del cervello mi era passato il fatto che potesse essere interessato. Finito il lockdown mi scrive su Instagram e comincia a chiedermi di uscire. E più mi scrive, più io lo ignoravo. Più lo ignoravo, più mi scriveva. Allora mi sono detta usciamoci così me lo levo di torno. Ha passato la sera a fissarmi come un pesce lesso, ma alla fine sono stata bene. Quindi la volta dopo gli ho chiesto io di uscire. Mi sono detta "Togliamoci la boria e facciamo le umane". E gli ho fatto conoscere dei miei amici... Poi una sera mi dice: "Fai le valige". E lì mi è cascato il mondo, perché questo non mi credeva sulla transessualità e dovevamo dormire nella stessa stanza, forse mi avrebbe portata al mare. Ho chiesto alla mamma che fare, e mi ha detto: "E vacci, su". La sera prima di partire ho ritirato fuori l'argomento e lui sembrava non voler sentirne parlare: "Io ti vedo come una donna. Smettila di rompere". Abbiamo fatto un weekend al mare e lui ci provava. Voleva qualcosa di più anche se è sempre stato molto rispettoso. Io non mi concedo molto facilmente e cercavo di allontanarlo il più possibile. Alla fine ce l'ha fatta a rubarmi un bacino e da lì ho capito che lui era proprio cotto e interessato. Torniamo dal mare e si dichiara e io d'impulso gli ho detto che non provo le stesse cose. È stato come se gli avessi dato una coltellata. Io sentivo l'affetto e il mio interesse crescere sempre di più, ma non ce la facevo (Eva).

Eva sente l'affetto, sente l'amore, ma ci sono molti schermi e ostacoli, che non le permettono di aprirsi ai sentimenti, senza timori o resistenze.

Sul lato sessuale lui mi ha sempre cercata molto. E io gli facevo delle domande, perché non mi sembrava possibile che non avesse problemi e non volevo creare delle situazioni di imbarazzo. Alla fine mi sono concessa e volevo capire se davvero non aveva problemi o se, invece, su qualcosa sarebbe inciampato. E infatti mi ha spogliata su alcune parti e mi ha lasciata vestita su altre. È innamorato di me, ma ha sempre avuto solo esperienze eterosessuali e ancora non riesce ad abituarsi alla vista del pene. Per cui abbiamo rapporti semi-vestiti.

Nel corso del racconto, Eva ci parla di una sessualità subita, passiva dove sembra non esserci riferimento al piacere. Eva e il suo partner ricorrono alla penetrazione anale, che Eva sente come adeguata alla sua femminilità, ma che non le dà piacere. Manca, in questi rapporti, una propositività da parte di Eva, che sembra bloccata in una visione estremamente binaria dove la donna viene penetrata, l'uomo penetra ed Eva (essendo in transizione) ancora non è né l'uno né l'altra. Ma possiede un apparato genitale maschile che, dal suo punto di vista, le comunica che sarà uomo fino a quando non avrà completato una transizione, anche chirurgica, che la porterà a conquistare una totale femminilità. Eva, quindi, si mette in una posizione di non propositività, perché non sente di poter ricoprire alcun ruolo; si concede poi solo alla penetrazione, perché così almeno può ricoprire un ruolo sentito come tradizionalmente femminile, che la mette in sintonia con il suo essere donna.

Il punto importante è provare a cambiare completamente prospettiva, per Eva, ma anche per tutte quelle altre persone che vivono, pensano o provano queste sensazioni. Perché Eva è come se ci stesse dicendo che possono esistere solo due modi possibili di essere e, quindi, solo due ruoli nel rapporto: o maschio o femmina; o attivo o passivo. E che questi ruoli vengono stabiliti e assegnati una volta per tutte, senza possibilità di modifiche o ulteriori esplorazioni. Per chiunque, il ruolo attivo o passivo non dovrebbe esaurirsi, irrigidirsi ed esprimersi esclusivamente

nell'atto sessuale, ma costituire un modo profondo di sentirsi, di essere che trova una delle espressioni nella reciprocità del gioco sessuale. È nostra convinzione che sarebbe importante, in ogni momento del proprio percorso (che sia di transizione o meno), concedersi di esplorarsi, di sperimentarsi, di andare alla ricerca del proprio piacere con propositività, con l'intento autentico di scoprire, ogni volta, sé stessi in questa ricerca.

In generale, riteniamo estendibile il suggerimento di tentare esplorazioni e sperimentazioni, che arricchiscano la persona e la coppia, nel rispetto dei propri limiti e confini. Questo porta ad accedere a una decisione, a proposito del proprio percorso di transizione e delle pratiche chirurgiche, molto più ponderata, profonda e autentica in quanto non si è mossa sulla base di un'urgenza da spegnere, ma di un contatto intimo con sé stessi.

Poiché questo tipo di lavoro può essere gravoso da affrontare individualmente, è importante ricordarsi che esistono professionisti a cui è possibile affidarsi e che possono accompagnare a mantenere una costante attenzione, momento per momento, al proprio benessere.

Tornando alla coppia, se Eva è la prima che deve accettarsi e confermarsi nel proprio ruolo di donna, altrettanta importanza ha la conferma che può giungere da un partner all'interno del gioco della coppia.

Questo unire le proprie fantasie e desideri con l'accettazione, porta a un'esperienza di piacere, che può confermare davvero, in modo autentico, il proprio sentire, da parte di entrambi i partner.

Potrebbe sembrare che in questa nostra riflessione il piacere venga inteso come esclusivamente sessuale. Ci teniamo a sottolineare come l'aspetto di conferma, di cui parlavamo poc'anzi, da parte di entrambi i partner, porti a vivere un'esperienza di piacere totale, che include ogni parte dell'individuo e che porta a un forte senso di appagamento, che potremmo quasi tradurre in un poter stare bene nel mondo.

Eva parla del suo partner oscillando fra descrizioni negative dell'aspetto fisico, di come si presenta, di quanto è diverso dai suoi gusti abituali; e descrizioni positive del loro rapporto, dei piccoli gesti, della sintonia, della tenerezza, del tempo che passano insieme, di come si senta bene in questo rapporto. Appena

entra in contatto con questi sentimenti, sente poi la necessità di allontanarsene, mettendo uno schermo, una chiusura, che verbalizza con frasi come: “Tanto non so quanto dura”, “In fondo poi a me non interessa”. Ci chiediamo quanto questo rapporto di Eva con l’amore e il concetto di coppia abbia o meno a che fare con il suo percorso di transizione. Da un lato potrebbe essere una forma di schermatura, perché ancora non si sente, come persona, a suo agio nel corpo che presenterebbe nella coppia; da un altro potrebbe assolutamente essere un fattore indipendente dalla transessualità e che, invece, ha a che fare con Eva come persona giovane adulta, appena entrata nel compito evolutivo di costruire una vita e un progetto di coppia.

Quando ho cominciato a uscire con amici, ho conosciuto anche questo ragazzo con cui ci siamo frequentati e fidanzati. Lui mi ha sempre considerato come un ragazzo e mi ha sempre chiesto cosa potevo fare per non mettermi a disagio e se prendeva iniziative mi chiedeva comunque sempre se fare certe cose mi metteva in difficoltà, o come poteva farle per farmi sentire bene. Insomma alla fine il risultato è che quando sto con lui, quando sono con lui, quando siamo anche in intimità, mi sento molto a mio agio e mi fa sentire cis, come se avessi già fatto tutto. Mi sento come se fossi nato maschio. Con le altre persone, inevitabilmente, invece, ci sono molte cose che mi mettono a disagio, anche se magari non fanno nulla di particolare, ma il semplice essere insieme a loro fa ripartire il mio sentirmi non a posto. La semplice voce più profonda di un maschio cis mi fa ripiombare nel mio essere nato femmina [...].

[...] Io non mi sono mai masturbato, da solo non sono mai riuscito a fare nulla, mentre con Luca abbiamo anche avuto dei rapporti completi. Con molta calma perché mi sento sempre un po’ a disagio, ma mi fa sentire veramente bene. È stato bello, mi ha fatto sentire bene e ho anche provato piacere. Non mi sarei mai aspettato di poter riuscire a provare piacere. Ero nell’idea che non sarei mai riuscito a provarlo, che il mio corpo mi avrebbe sempre messo in difficoltà. Invece lui mi ha fatto sperimentare che posso provare piacere. Le domande che mi ha fatto, quello che mi chiede per comprendere come farmi stare bene, come fare certe cose. Insomma mi vede, vuole capirmi, vuole farmi stare bene, mentre sta bene anche lui. Da solo anche ora io non riesco a fare nulla, mentre se Luca mi tocca non sono a disagio. Lui mi tratta come un ragazzo e non perché lo chiedo o perché si sforza:

lui sa che sono un ragazzo, mi tratta come tale nel rapporto sessuale e va bene così.

Quando sono con lui ci sono dei momenti in cui penso che potrei fare senza ormoni e senza chirurgia, perché posso già star bene così, perché mi considera già uomo. Gli ormoni e la chirurgia li scelgo dentro un percorso in cui ho capito cosa mi fa stare bene. Significa cancellare la binarietà: la chirurgia non mi serve per diventare uomo o donna, ma per scegliere l'opzione più in linea con il mio sentire. Ad esempio, io nonostante già con Luca mi senta a mio agio e considerato uomo, credo però che ormoni e mastectomia li vorrei fare comunque, perché per quanto Luca mi completi in questo mio bisogno e io abbia capito cosa mi fa stare bene, comunque credo che ci sia un mio bisogno che Luca non può completare fino in fondo. Per quanto a mio agio, sento che qualcosa manca per poterlo essere fino in fondo (Nicolas).

Nicolas sceglie gli ormoni o la chirurgia a partire da un percorso dove ha già esplorato e sperimentato una dimensione di benessere e di piacere e muove la sua scelta su una base di agio.

Fra Nicolas e Luca è nata una relazione-laboratorio dove entrambi stanno utilizzando questa occasione di incontro per conoscere prima sé stessi e poi l'altro. L'interesse principale è quello di conoscere sé stessi: è un utilizzo dell'altro che permette di esplorare parti di sé. Sembra non essere presente, però, l'aspetto della passione, l'impulso, la spinta, la tensione che, invece, lascia il posto a una cauta esplorazione reciproca, quasi laboratoriale (nel senso creativo del termine e non asettico).

Nicolas e Luca sono ben riusciti come coppia, perché ognuno aveva bisogno di conoscere sé stesso e si sono trovati in questo bisogno reciproco. È una relazione di stampo narcisistico, nata sulla base di una ricerca e di un bisogno personale che rende molto chiaro alla mente cosa si desidera dall'altro e poco a fuoco la dimensione di cosa offrire al progetto comune. Non è per forza una relazione nata male o su basi non solide, anzi è perfettamente in linea con il momento evolutivo di entrambi; chiederà, ovviamente, uno scatto maturativo importante quando giungerà il momento.

Io mi considero pansessuale. Non mi faccio particolari riguardi sul corpo. Mi piacciono le persone ambigue, un po' maschi un po' femmine. E già solo per questo Nicolas mi piaceva. Diciamo che in generale

poi quello che fa la differenza è il carattere, la personalità. Non vedo nulla di diverso da una relazione normale. Gli avevo anticipato che se ci fossimo messi insieme mi andava bene anche una relazione senza sesso. Poi in realtà fin da subito non ci sono stati particolari problemi. La prima volta mi sono rifiutato io, perché non capivo se Nicolas agiva per passione o per accondiscendenza verso di me. Poi quando mi ha detto che con me è a suo agio non mi sono fatto (quasi) più problemi (Luca)

Da questa dichiarazione di Luca possiamo comprendere quanto è importante l'altro; quanto conta il rispecchiamento del partner, che fornisce rimandi, confronti e riscontri; quanto è importante la possibilità di esplorazioni condivise con un altro. Quello tra Luca e Nicolas è un rapporto che parte dai sentimenti e permette di accedere a un percorso di esplorazione sessuale, di autentica ricerca del benessere, che è stato reso possibile dal concedersi il tempo della ricerca, della costruzione di un legame. La persona transessuale, ma in realtà qualunque persona, ha bisogno di accedere a una esplorazione del corpo profonda. La ricerca del piacere con sé stessi non è da intendersi solo a livello sessuale, ma anche come raggiungimento di quel benessere che mette in contatto e in sincronia tutte le parti di sé.

Con una ulteriore riflessione ci sentiamo di sottolineare come tra Nicolas e Luca la relazione sia andata molto bene per due ordini di motivi, che proponiamo come suggestione a tutte le coppie. In primo luogo, si sono reciprocamente dati il tempo. In secondo luogo hanno avuto la possibilità di sperimentarsi affettivamente e sessualmente in un ambiente tranquillo e riservato, senza dover far ricorso, come spesso accade agli adolescenti, a spazi o momenti improvvisati o in situazioni di parziale esposizione pubblica.



# Postfazione

di Antonio Restori

Vi ricordate il caso di Andrea, il ragazzo romano che la stampa nazionale (“La Repubblica” del 20 novembre 2012) ha presentato come il ragazzo dai pantaloni rosa? Non so se fosse omosessuale o transgender: nessuno può saperlo perché lui non ne ha mai parlato a nessuno, né agli amici, né ai genitori, né agli insegnanti. I genitori si sono affrettati a dire che era innamorato di una ragazza, come per la memoria dall’onta dell’omosessualità. Ma il punto non è interrogarsi sul suo orientamento sessuale. Il punto è che gli piaceva indossare il rosa e mettere lo smalto protettivo sulle unghie, che aveva comportamenti effeminati, e che per questo veniva insultato dai compagni, che lo chiamavano “frocio”, di persona e su Facebook. Non sembra avere mai avuto il coraggio di parlare ai genitori, o essere mai riuscito a chiedere aiuto agli insegnanti. La vergogna era probabilmente troppa. La pressione insopportabile. Nel novembre 2012 Andrea si è impiccato. Aveva 15 anni. Andrea è solo un esempio.

Le statistiche affermano che la maggior parte dei suicidi in età adolescenziale, anche quelli che non salgono agli onori delle cronache, li commettono ragazzi e ragazze che vengono derisi e bullizzati per la loro non totale conformità di genere. Presso questi ragazzi il tasso di suicidio è 6 o 7 volte più alto rispetto a quelli che hanno comportamenti di genere conformi agli standard. Questo ci permette di aggiungere qualcosa di importante alla nostra definizione di “genere”: il genere non è soltanto la componente sociopsicologica della sessualità. Il genere nelle nostre società agisce ancora come una norma.

Norma etimologicamente si riferisce a un modello, una regola, un ordine sociale. Dalla notte dei tempi il maschile e il femminile

hanno dovuto fare i conti con la variazione del tema gender X. Basterebbe rileggersi il discorso di Aristofane nel *Simposio* di Platone per capire il movimento conflittuale, fluttuante e millenario che ha garantito il costruito duale maschile-femminile.

La domanda che sociologi, antropologi, politologi oggi si stanno ponendo è di quanto tempo ha ancora bisogno il mondo degli umani per arrivare a comprendere che il maschile e il femminile possono sopravvivere senza necessariamente entrare in *polemòs* (guerra) con un terzo genere o con una fluttuazione di genere. Quanti suicidi sono necessari? Quanta sofferenza taciuta, non vista, non contemplata?

Lo sforzo di questo quaderno di studi va nella direzione di comprendere l'entità del tema gender quanto meno in riferimento al contesto sociopolitico che ci interessa esplorare, e quindi il territorio italiano del centro-nord sul quale insistono i nostri servizi socio-sanitari.

Le tensioni politiche perennemente presenti nel mondo, e in modo particolare in quello occidentale e italiano sono sempre state caratterizzate da oscillazioni quasi fisiologiche presenti nei sistemi viventi mossi tra conservazione ed evoluzione, attaccamento alla norma e alle tradizioni, contro il cambiamento e l'evoluzione dei sistemi stessi. Ma è insita nella natura dell'uomo la ricerca della propria identità a partire dalle proprie istanze interne che si confrontano con quelle sociali.

Siamo ormai da oltre mezzo secolo mossi da un'accelerazione culturale trasformativa che spinge verso la rottura di paradigmi concettuali come la "famiglia", la salute mentale, il diritto di cittadinanza, e la stessa identità di genere, e che sta sottoponendo la parte conservativa dei sistemi umani a un duro esercizio di resistenza di identità politico-culturale.

Faccio un esempio semplice ma paradigmatico, a titolo esplicativo. Pochi giorni fa, una collega avvocato mi cerca spinta da profonda preoccupazione per la situazione di un ragazzo transgender (FtM) che a fronte di una sua richiesta di essere nominato nell'appello in classe con il nome maschile, si trova la ferma opposizione dell'insegnante che con tono giudicante gli ricorda che biologicamente è femmina, e che quindi non se ne parla, continuerà a chiamarla con il nome anagrafico. Ora, io suppongo

che l'insegnante in questione appartenga a quella parte del genere umano che resiste al cambiamento; e credo altresì che la resistenza abbia a che fare con la paura dell'estinzione della specie, o comunque per lo meno con una crisi d'identità di genere... Povera l'insegnante! Ma soprattutto quanta sofferenza per il ragazzo!

C'è tanto mare da navigare, specie per chi lavora all'interno delle professioni delle relazioni di aiuto; e la modalità che scegliamo in navigazione può essere determinante. L'affiancamento che a mio avviso maggiormente si connota di sensibilità estetica è quello che si avvicina nello stesso tempo alla sofferenza di chi si muove nel sacrosanto diritto di essere pensato, visto e accolto per come desidera essere, ma anche alla sofferenza di chi teme di perdere un diritto acquisito e legittimato dalla "norma".

Questa tensione è insita in noi stessi, operatori dei servizi-sociesanitari, che potremmo pensarci improvvidamente immuni da conflitti. Per lo meno il primo pezzo di navigazione credo possa insistere sulla nostra rappresentazione dei paradigmi normativi che abitano la nostra mente.



# Glossario

## Parlare trans: la versione italiana del glossario dell'American Psychological Association

di Giulia Guerrini

All'interno del mondo trans è emersa negli anni una crescente necessità di compiere delle distinzioni e delle specifiche terminologiche che dessero la possibilità ad ognuno di definirsi nel modo più opportuno e in linea con il proprio personale modo di percepirsi. Una precisazione importante, che vale la pena sottolineare fin dal principio, è che è sicuramente possibile rispecchiarsi nella definizione di un termine, senza però identificarsi pienamente in tutte le sue accezioni. Qui infatti non si associano etichette, ma ci si propone di descrivere le persone con il linguaggio che loro per prime usano per identificarsi.

La terminologia in ambito sanitario e in particolare nel campo TGNC (Transgender e *Gender NonConforming*. è in evoluzione costante (Coleman et al., 2012). Rapidi cambiamenti si sono registrati soprattutto negli ultimi 10 anni, in virtù dello sviluppo di conoscenze professionali sulla diversità di genere, dell'incremento della letteratura e della ricerca, e dell'aumento della visibilità della comunità TGNC. Alcuni termini o definizioni non sono universalmente accettati e c'è ancora disaccordo tra i professionisti e le comunità rispetto a quale sia il loro uso corretto, a seconda dell'orientamento teorico, dell'area geografica, della fascia generazionale o della cultura, con alcuni termini percepiti come affermativi e altri come desueti o irrispettosi. La Task Force dell'American Psychological Association (APA) per le *Linee-guida per la pratica psicologica con persone transgender e gender nonconforming* propone le seguenti definizioni sulla base di un esame di quelle proposte da diverse organizzazioni professionali (ad esempio, la APA Task Force on Gender Identity and Gender Variance, 2009; l'Institute of Medicine, 2011, e la World Professional Association

for Transgender Health [Coleman *et al.*, 2012]), dalle agenzie sanitarie a servizio delle persone TGNC (per esempio il Fenway Health Center), da risorse comunitarie TGNC (Gender Equity Resource Center, National Center for Transgender Equality), e dalla letteratura specializzata.

- *Alleato*: una persona cisgender che supporta e difende le persone e la comunità TGNC.
- *Binarismo di genere*: la classificazione del genere in due categorie discrete, ovvero, ragazzo/uomo e ragazza/donna.
- *Chirurgia affermativa del genere (riassegnazione chirurgica del sesso o riassegnazione chirurgica del genere)*: operazione chirurgica che interviene sulle caratteristiche sessuali primarie e/o secondarie con l'obiettivo di adattare l'aspetto fisico di un individuo alla sua identità di genere. La chirurgia affermativa del genere può essere parte integrante del trattamento necessario per alleviare la disforia di genere e può includere mastectomia, isterectomia, metoidioplastica, fallo-plastica, aumento del seno, orchietomia, vaginoplastica, femminilizzazione del viso e/o altre operazioni chirurgiche.
- *Cisgender*: aggettivo usato per descrivere le persone la cui identità ed espressione di genere sono allineate al sesso assegnato alla nascita, ovvero una persona non TGNC.
- *Cisgenderismo*: bias sistematico basato sulla concezione ideologica che l'identità e l'espressione di genere sono determinati dal sesso assegnato alla nascita piuttosto che dall'identità di genere che un individuo si riconosce. Il cisgenderismo può condurre a un atteggiamento pregiudiziale e a comportamenti discriminatori rivolti alle persone TGNC o alle forme di comportamento o espressione di genere che non ricalcano il binarismo di genere.
- *Coming out*: processo attraverso cui gli individui affermano e attualizzano un'identità stigmatizzata. Il coming out di una persona TGNC può consistere nel rivelare la propria identità di genere – che non si allinea al sesso assegnato alla nascita – o la propria espressione di genere. Il coming out è un processo individuale influenzato in parte dall'età e da altri fattori generazionali.
- *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 delle norme culturali e ambientali (Bullough, Bullough, 1993). Non sempre il *cross-dressing* riflette l'identità di genere o l'orientamento sessuale. Le persone *cross-dresser* possono o meno riconoscersi parte della comunità TGNC.

- *Disforia di genere*: disagio o sofferenza dovuti all'incongruenza tra l'identità di genere, il sesso assegnato alla nascita e/o i caratteri sessuali primari e secondari assegnati alla nascita (Knudson, De Cuypere, Bockting, 2010). Nel 2013, il *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM)*, nella sua IV edizione, ha adottato l'espressione *disforia di genere* in riferimento alla diagnosi che indica la "marcata incongruenza" tra il genere assegnato alla nascita e l'identità di genere percepita (American Psychiatric Association, 2013, p. 453). La disforia di genere ha sostituito la diagnosi di Disturbo dell'identità di Genere (DIG), adottata nella precedente versione del DSM (American Psychiatric Association, 2000).
- *Disturbi dello Sviluppo Sessuale (DSD, Intersessualità)*: tale espressione si riferisce a varie condizioni di interesse medico associate a uno sviluppo atipico delle caratteristiche sessuali fisiche (Hughes et al., 2006), consistenti in anomalie del sesso cromosomico, anatomico o gonadico; in tali casi, la costituzione biologica di base non consente una chiara assegnazione del sesso alla nascita. Tali condizioni possono essere considerate come varianti biologiche piuttosto che disturbi (Diamond, 2009); alcuni preferiscono utilizzare termini come *intersessuale*, *intersessualità* o *differenze nello sviluppo sessuale*, piuttosto che *disturbi dello sviluppo sessuale* (Coleman et al., 2012).
- *Donna transgender, donna trans*: una persona a cui è stato assegnato il sesso maschile alla nascita ma che si identifica come donna (vedi MtF).
- *Drag*: adozione di un'espressione di genere, spesso nel contesto di una performance, con fini politici, parodistici o d'intrattenimento; non riflette necessariamente l'identità di genere.
- *Espressione di genere*: il modo di presentarsi di un individuo, in riferimento ad apparenza fisica, all'abbigliamento, agli accessori preferiti e ai comportamenti che riflettono aspetti dell'identità o del ruolo di genere. L'espressione di genere può o meno essere conforme all'identità di genere di una persona.

- *Female-to-male (FtM)*: persone a cui è stato assegnato alla nascita il sesso femminile e che hanno cambiato, stanno cambiando o desiderano cambiare il proprio corpo e/o la propria identità di genere in direzione di un corpo e/o un'identità più maschile. Le persone FtM spesso sono definite come *uomini transgender* o *uomini trans*.
- *Gatekeeping* (letteralmente, "fare da guardiano"): termine che si riferisce al ruolo degli psicologi e di altri professionisti della salute mentale di valutare l'idoneità di una persona TGNC alla terapia ormonale o alla chirurgia, secondo gli *Standards of Care* emanati dalla World Professional Association for Transgender Health (Coleman et al., 2012). In passato, questo ruolo è stato letto come un limite imposto all'autonomia dell'adulto TGNC, danneggiando la fiducia tra psicologi e clienti TGNC. Alla luce di tale questione, l'orientamento attuale tende a valorizzare maggiormente l'autonomia dell'adulto TGNC nell'assumere decisioni rispetto alla transizione medica (American Counseling Association, 2010; Coleman et al., 2012; Singh, Burnes, 2010).
- *Gender NonConforming (GNC)*: termine ombrello che racchiude quelle persone la cui identità o espressione di genere devia dalle norme di genere legate al sesso assegnato alla nascita. Le sottopopolazioni della comunità TGNC possono sviluppare un linguaggio particolare per rappresentare la propria esperienza e cultura, come l'espressione "*masculine of center*" (MOC; Cole, Han, 2011) che è usato nelle comunità di colore per riferirsi all'identità di genere di una persona GNC.
- *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.
- *Genderqueer*: espressione riferita a quelle persone la cui identità di genere non si conforma alla concezione binaria del genere (per esempio una persona che non si identifica pienamente né come uomo né come donna). Le persone che si identificano come *genderqueer* possono ridefinire il genere o rifiutare di riconoscersi in un genere preciso. Esse possono pensarsi sia come uomo che come donna (bigender, pangender, androgino); né come uomo né come donna (*genderless*, *gender neutral*),

- neutrois, agender); possono fluttuare tra i generi (*genderfluid*); o incarnare un terzo genere.
- *Identità di genere*: Senso intimo, profondo e soggettivo di appartenenza a un sesso e non ad un altro – maschile, femminile o uno alternativo (per esempio, *genderqueer*, *gender nonconforming*, genere neutrale) – che può o meno corrispondere al sesso assegnato alla nascita o alle caratteristiche sessuali primarie o secondarie. Essendo una dimensione interiore, l'identità di genere non è necessariamente manifesta agli altri. Il termine "identità di genere affermata" si riferisce all'identità di genere di una persona in seguito al suo coming out come TGNC o al processo di transizione sociale e/o medica.
  - *Male-to-female (MTF)*: persone a cui è stato assegnato alla nascita il sesso maschile e che hanno cambiato, stanno cambiando o desiderano cambiare il proprio corpo e/o la propria identità di genere in direzione di un corpo e/o un'identità più femminile. Le persone MtF sono spesso definite come *donne transgender* o *donne trans*.
  - *Marcatore di genere (in inglese, gender marker)*: un indicatore (M, F) del sesso o del genere di una persona, che si trova sui documenti di riconoscimento (patente, passaporto) o su altri documenti legali (certificato di nascita, libretto universitario).
  - *Nascosto (invisibile)*: espressione utilizzata da alcune persone TGNC che, pur senza condividere apertamente la propria identità TGNC, transitano nel genere affermativo all'interno di un nuovo ambiente (a scuola, per esempio).
  - *Orientamento sessuale*: componente dell'identità riferita all'attrazione sessuale e affettiva verso un'altra persona e il comportamento e/o l'affiliazione sociale che può risulterne. Una persona può essere attratta da uomini, donne, entrambe, né l'una né l'altra, o verso persone *genderqueer*, androgine o con altre identità di genere. Una persona può identificarsi come lesbica, gay, eterosessuale, bisessuale, *queer*, pansessuale o asessuale.
  - *Passing*: la capacità di passare per persone cisgender, senza farsi riconoscere come transgender, in base all'apparenza, al ruolo o all'espressione di genere; essere percepiti come cisgender. Il passing può o meno rappresentare un obiettivo per una persona TGNC.

- *Pregiudizio anti-trans (transfobia, transnegatività)*: l'attitudine pregiudiziale che può esprimersi nella svalutazione, avversione e odio verso persone la cui identità e/o espressione di genere non si allinea al sesso assegnato alla nascita. Il pregiudizio antri-trans può trovarsi alla base di certi comportamenti discriminatori attuati in contesti come quello lavorativo o in altre strutture pubbliche e può indurre molestie e violenza. Quando una persona TGNC assume quest'atteggiamento negativo verso sé stessa e la propria identità di genere, si parla di *transfobia interiorizzata* (costrutto analogo a quello di *omofobia interiorizzata*). La transmisoginia fa riferimento a un'esperienza di sessismo concomitante al pregiudizio antitrans, che colpisce in modo particolare le donne trans.
- *Ruolo di genere*: si riferisce al pattern di apparenza, personalità e comportamento che, in una data cultura, è associato all'essere ragazzo/uomo/maschio o ragazza/donna/femmina. L'apparenza, la personalità e il comportamento possono o meno conformarsi alle aspettative ambientali e culturali basate sul sesso assegnato alla nascita. Il ruolo di genere può anche riferirsi al ruolo sociale nel quale una persona vive – come donna, uomo o come appartenente a un genere altro – che può più o meno conformarsi alle aspettative culturali a esso legate.
- *Sesso (sesso assegnato alla nascita)*: il sesso è tipicamente assegnato alla nascita (o anche prima, durante l'ecografia) sulla base dell'aspetto dei genitali esterni. Quando i genitali esterni sono ambigui, l'assegnazione avviene considerando altri indicatori (genitali interni, caratteristiche cromosomiche o ormonali), con il proposito di assegnare un sesso che sia più probabilmente congruente all'identità di genere del bambino (MacLaughlin, Donahoe, 2004). Per la maggioranza delle persone, l'identità di genere è allineata al sesso assegnato alla nascita (vedi *cisgender*); per le persone TGNC, l'identità si discosta in gradi differenti dal sesso assegnato alla nascita.
- *Soppressione della pubertà (blocco della pubertà, terapia di ritardo della pubertà)*: trattamento volto alla soppressione temporanea dello sviluppo delle caratteristiche sessuali secondarie che si presentano nei giovani durante la pubertà, tipicamente usando i bloccanti ipotalamici (GnRH-analoghi). La soppressione

della pubertà può costituire parte integrante del trattamento medico necessario per alleviare la disforia di genere. Essa può dare all'adolescente il tempo di comprendere se desideri o no optare per un intervento medico meno reversibile e può rappresentare uno strumento diagnostico per determinare se un ulteriore intervento medico sia necessario.

- *Terapia ormonale (terapia ormonale affermativa, terapia ormonale sostitutiva)*: il ricorso ad ormoni per mascolinizzare o femminilizzare il corpo al fine di allineare i caratteri fisici di una persona alla sua identità di genere. Le persone che desiderano femminilizzare il proprio corpo assumono antiandrogeni e/o estrogeni; quelle che desiderano mascolinizzarlo assumono testosterone. La terapia ormonale può essere parte integrante del trattamento necessario ad alleviare la disforia di genere.
- *TGNC*: acronimo utilizzato per indicare le persone transgender e *gender nonconforming*.
- *Trans*: abbreviazione per transgender, transessuale e/o *gender nonconforming*. Non tutte le persone transessuali e *gender nonconforming* si identificano come “trans”, sebbene questo termine sia comunemente accettato.
- *Trans-affermativo*: l'attitudine a essere rispettosi, consapevoli e supportivi rispetto ai bisogni delle persone TGNC.
- *Transessuale*: espressione utilizzata per descrivere le persone TGNC che hanno apportato o stanno apportando cambiamenti al proprio corpo attraverso interventi medici (ormonali, chirurgici), finalizzati a un maggiore adeguamento dell'aspetto fisico ad un'identità di genere che è differente dal sesso assegnato alla nascita. Non tutte le persone transessuali si considerano TGNC. Per esempio, alcune persone transessuali si identificano come femmine o maschi. Il transessualismo è annoverato come diagnosi medica nella X versione dell'*International Classification of Diseases* dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (2015).
- *Transgender*: termine-ombrello che racchiude quel gruppo diversificato di persone il cui genere e/o ruolo di genere non si allinea a quello tipicamente associato al sesso assegnato alla nascita. Non tutte le persone TGNC si identificano come “transgender”, sebbene questo termine sia comunemente accettato.
- *Transizione*: percorso attraverso il quale le persone TGNC passano

a un ruolo di genere differente da quello che viene tipicamente associato al sesso assegnato alla nascita. Durata, scopo e processo di transizione sono peculiari al singolo individuo. Per molte persone, il percorso consiste nello sviluppo di un ruolo e di un'espressione di genere che si conformino maggiormente alla loro identità di genere. Una transizione avviene tipicamente in un certo periodo di tempo; il percorso di transizione può avvenire sul piano sociale (per esempio mutamenti nell'espressione e nel ruolo di genere, cambio di nome, pronomi e marcatore di genere) e/o medico (terapia ormonale, chirurgia e/o altri interventi).

- *Two-spirit*: espressione usata in alcuni gruppi nativi americani in riferimento a individui che si identificano con ruoli di genere sia maschili che femminili. Questo può includere sia l'identità di genere sia l'orientamento sessuale. Le persone *two-spirit* godono di un certo rispetto e assumono un ruolo spirituale nella loro comunità.
- *Uomo transgender, uomo trans*: una persona a cui è stato assegnato il sesso femminile alla nascita ma che si identifica come uomo (vedi FtM).

# Bibliografia

- ALANKO K. et al. (2009), *Psychiatric symptoms and same-sex sexual attraction and behavior in light of childhood gender atypical behavior and parental relationships*, in "The Journal of Sex Research", 46(5), pp. 494-504.
- ALBIERO P. (2011), *Il benessere psicosociale in adolescenza. Prospettive multidisciplinari*, Carocci, Roma.
- ALZATI R. (2004), *Percorsi e significati del transsessualismo*, in M. Armezzani (a cura di), *In prima persona. La prospettiva costruttivistica nella ricerca psicologica*, Il Saggiatore, Milano.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1968), *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-II*, American Psychiatric Association, Washington (DC).
- ID. (1980), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-III*, American Psychiatric Association, Washington (DC).
- ID. (1987), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-III-R*, American Psychiatric Association, Washington.
- ID. (1994), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM IV*, American Psychiatric Association, Washington.
- ID. (2000), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM IV-R*, American Psychiatric Association, Washington.
- ID. (2013), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM 5*, American Psychiatric Publishing, Arlington (VA).
- AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION, (2015), *Guidelines for Psychological Practice with Transgender and Gender Nonconforming People*, in "American Psychologist", 70 (9), pp. 832-64.
- ANDERSON N., DE DREU C., NIJSTAD B.A. (2004), *The routinization of innovation research: a constructively critical review of the state-of-the-science*, in "Journal of Organizational Behaviour", 25, pp. 147-73.
- ARGENTERO P., CORTESE C. G., PICCARDO G. (2009), *Psicologia delle organizzazioni*, Raffaello Cortina, Milano.
- AVALLONE F. (2011), *Psicologia del lavoro e delle organizzazioni. Costruire e gestire relazioni nei contesti professionali e sociali*, Carocci, Roma.

- BAIOCCO R. et al. (2013), *Measure of Internalized Transphobia (MIT): Preliminary findings*, in "Psychology, Community & Health", 2(2), pp. 259-303.
- BANDINI E. et al. (2009), *Disturbo di identità di genere: aspetti generali e principi di diagnosi e terapia*, in "L'Endocrinologo", 10(4), pp. 149-58.
- BANDINI E. et al. (2011), *Childhood maltreatment in subjects with male-to-female gender identity disorder.*, in "International Journal of Impotence Research", 23(6), pp. 276-85.
- BARTLETT N. H., VASEY P. L., BUKOWSKI W. M. (2000), *Is gender identity disorder in children a mental disorder?*, in "Sex Roles", 43, pp. 753-85.
- BERTALANFFY L. VON (1950a), *The Theory of Open Systems in Physics and Biology*, in "Science", 3, pp. 23-9.
- ID. (1950b), *An Outline of General System Theory*, in "British Journal Philosophy of Science", 1, pp. 134-65.
- BLACKLESS M. et al. (2000), *How sexually dimorphic are we? Review and synthesis*, in "American Journal of Human Biology", 12(2), pp.151-66.
- BOCKTING W. O. (2008), *Psychotherapy and the real-life experience: From gender dichotomy to gender diversity*, in "Sexologies", 17(4), pp. 211-24.
- ID. (2014), *The impact of stigma on transgender identity development and mental health*, in T. D. Kreukels et al., *Gender dysphoria and disorders of sex development*, Springer, Boston (MA).
- BOCKTING W. O., COLEMAN E. (2007), *Developmental stages of the transgender coming out process: Toward an integrated identity*, in R. Ettner, S. Monstrey, E. Eyler (eds.), *Principles of transgender medicine and surgery* (pp. 185–208). Haworth Press, Binghamton (NY).
- BOCKTING W. O., KNUDSON G., GOLDBERG J. M. (2007), *Counseling and mental health care for transgender adults and loved ones*, in "International Journal of Transgenderism", 9 (3/4), pp. 36-82
- BRADFORD J. et al. (2013), *Experiences of transgender-related discrimination and implications for health: results from the Virginia Transgender Health Initiative Study*, in "American journal of public health", 103(10), pp. 1820-9.
- BRONFENBRENNER U. (1979). *The Ecology of Human Development*, Harvard University Press, Cambridge (MA).
- BOUMAN, W. P. et al. (2017), *Language and trans health*, in "International Journal of Transgender Health", 18 (1), pp. 1-6.
- BULLOUGH V. L., BULLOUGH B. (1993), *Cross dressing, sex, and gender*, University of Pennsylvania Press, Philadelphia (PA).
- BURKE W. W. (2010), *Il cambiamento organizzativo. Teoria e pratica*. Franco-Angeli, Milano.
- BURNES B. (2009), *Managing Change: a Strategic Approach to Organizational Dynamics*, Prentice Hall, Harlow.

- BYNE W. et al. (2018), *Gender Dysphoria in Adults: An Overview and Primer for Psychiatrists*, in "Transgender health", 3(1), pp. 57-73.
- CALDARERA A., PFÄFFLIN F. (2011), *Transsexualism and Sex Reassignment Surgery in Italy*, in "International Journal of Transgenderism", 13(1), pp. 26-36.
- CHILAND C. (2003), *Le Transsexualisme*, P.U.F., Paris.
- COHEN-KETTENIS P. T., VAN GOOZEN S. H. M. (1997), *Sex reassignment of adolescent transsexuals: a follow-up study*, in "Journal of American Academy Of Child and Adolescent Psychiatry", 36, pp. 263-71.
- COHEN-KETTENIS P. T., PFÄFFLIN, F. (2010), *The DSM Diagnostic Criteria for Gender Identity Disorder in Adolescents and Adults*, in "Archives of Sexual Behavior", 39(2), pp. 499-513.
- COHEN-KETTENIS P. T., STEENSMA T. D., DE VRIES A. C. (2011), *Treatment of adolescents with gender dysphoria in the Netherlands*, in "Child And Adolescent Psychiatric Clinics of North America", 20, pp. 689-700.
- COLEMAN E., BOCKTING W. O., GOOREN L. (1993), *Homosexual and bisexual identity in sex-reassigned female-to-male transsexuals*, in "Archives of Sexual Behavior", 22, pp. 37-50.
- COLEMAN E. et al. (2012), *Standards of care for the health of transsexual, transgender, and gender-nonconforming people, version 7*, in "International Journal of Transgenderism", 13(4), pp. 165-232.
- CONNOLLY M. D. et al. (2016), *The mental health of transgender youth: Advances in understanding*, in "Journal of Adolescent Health", 59(5), pp. 489-95.
- D'AMORA, M. (2013), *La figura del femminiello/travestito nella cultura e nel teatro contemporaneo napoletano*, in "Cahiers d'Études Italiennes", 16, pp. 201-12.
- D'AUGELLI A. R., GROSSMAN A. H., STARKS M. T. (2006), *Childhood gender atypicality, victimization, and PTSD among lesbian, gay, and bisexual youth*, in "Journal of Interpersonal Violence", 21(11), pp. 1462-82.
- DAFT R L., NOE R. A. (2001), *Organizational Behavior*, Harcourt College Publishers, Orlando (FL).
- DEGRACIAS J. J. et al. (2010), *The gender identity/gender dysphoria questionnaire for adolescents and adults: Further validity evidence*, in "Journal of Sex Research" 47(1), pp. 49-58.
- DEOPOLO M. (1998), *Psicologia delle organizzazioni*, il Mulino, Bologna.
- DEETTORE D. (2005), *Il disturbo dell'Identità di Genere. Diagnosi, eziologia, trattamento*, McGraw-Hill, Milano.
- D'ETTORE D., RISTORI J., ANTONELLI P. (2015), *La disforia di genere in età evolutiva. Implicazioni cliniche sociali ed etiche*, Alpes, Roma.
- DOLAN I. J. et al. (2020), *Misgendering and experiences of stigma in health care settings for transgender people*, in "The Medical Journal of Australia", 212(4), pp. 150-1.

- DRESCHER J. (2014), *Controversies in gender diagnoses*, in "LGBT health", 1(1), pp. 10-4.
- ID. (2015), *Queer diagnoses revisited: The past and future of homosexuality and gender diagnoses in DSM and ICD*, in "International Review of Psychiatry", 27(5), pp. 386-95.
- DRESCHER J., BYNE W. (2012), *Gender dysphoric/gender variant (GD/GV) children and adolescents: Summarizing what we know and what we have yet to learn*, in "Journal of Homosexuality", 59, pp. 501-10.
- ID. (2017), *Gender identity, gender variance and gender dysphoria*. Kaplan and Sadock's *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, Tenth Edition, Lippincott Williams & Wilkins, Baltimore (MD).
- DRESCHER J., COHEN-KETTENIS P. T., REED G. M. (2016), *Gender incongruence of childhood in the ICD-11: Controversies, proposal, and rationale*, in "Lancet Psychiatry", 3(3), pp. 297-304.
- EGAN S. K., PERRY D. G. (2001), *Gender identity: A multidimensional analysis with implications for psychosocial adjustment*, in "Developmental Psychology", 37, pp. 451-63.
- EHRBAR R. D. et al. (2008), *Clinician judgment in the diagnosis of gender identity disorder in children*, in "Journal of Sex and Marital Therapy", 34(5), pp. 385-412.
- EMERY F. E. (1969), *Systems Thinking*, Penguin, London.
- EUROPEAN COMMISSION (2012), *Trans and intersex people: discrimination on the grounds of sex, gender identity and gender expression*, Publications Office (<https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/9b338479-c1b5-4d88-a1f8-a248a19466f1>).
- EYSSEL J. (2017), *Needs and concerns of transgender individuals regarding interdisciplinary transgender healthcare: A non-clinical online survey*, in "PLoS One", 12(8).
- FEINBERG L. (1996), *Transgender warriors: making history from Joan of Arc to Dennis Rodman*, Beacon Press, Boston (MA).
- FERRANDO C. A. (2019), *Comprehensive Care of the Transgender Patient*, Elsevier Health Sciences.
- FERRANTE M., ZAN S. (1994), *Il fenomeno organizzativo*, Nuova Italia Scientifica, Roma.
- FISK N. M. (1974), *Editorial: Gender dysphoria syndrome--the conceptualization that liberalizes indications for total gender reorientation and implies a broadly based multi-dimensional rehabilitative regimen*, in "The Western Journal of Medicine", 120(5), pp. 386-91.
- FISHER A. D. et al. (2011), *Diagnosi e terapia degli stati intersessuali in adolescenza*, in "L'Endocrinologo", 12, pp. 65-73.
- FISHER A. D. et al. (2016), *Problematiche endocrine della disforia di genere*, in "L'Endocrinologo", 17(1), pp. 1-9.

- FLORES A. R. et al. (2017), *How Many Adults Identify as Transgender in the United States?*, The Williams Institute, Los Angeles (CA) 2016.
- FRACCAROLI F., (1998), *Il cambiamento nelle organizzazioni. Una prospettiva psicologica*, il Mulino, Bologna.
- ID. (2007), *Apprendimento e formazione nelle organizzazioni. Una prospettiva psicologica*, il Mulino, Bologna.
- FRUGGERI L. (1997), *Famiglie interpersonali e processi psico-sociali*, Carocci, Roma.
- ID. (2018), *Famiglie d'oggi. Quotidianità, dinamiche e processi psicosociali*, Carocci, Roma.
- FUQUA D. R., KURPIUS D. J. (1993), *Conceptual models in organizational consultation*, in "Journal of Counsel and Development", 71 (6), pp. 607-18.
- GEORGE J. M., JONES G. R. (2002), *Understanding and Managing Organizational Behaviour*, Prentice Hall International, UpperSaddle River (NJ).
- GILLILAND A. J., CASWELL M. (2016), *Records and their imaginaries: imagining the impossible, making possible the imagined*, in "Archival Science", 16(1), pp. 53-75.
- GLEN F., HURRELL K. (2012), *Measuring gender identity, Equality and Human Rights Commission Research report*, Equality and Human Rights Commission, Manchester.
- GLOBAL ACTION FOR TRANS\* EQUALITY, (2013), *Critique and alternative proposal to the "Gender Incongruence of Childhood" category in ICD-11*, Report on the GATE Civil Society Expert Working Group Meeting, Buenos Aires, April 4-6.
- GODANO A. et al. (2009), *SIAMS-ONIG Consensus on hormonal treatment in gender identity disorders*, in "Journal of endocrinological investigation", 32(10), pp. 857-64.
- GRANT J. M. et al. (2011), *Injustice at every turn: A report of the national transgender discrimination survey*, National Center for Transgender Equality & National Gay and Lesbian Task Force, Washington (DC) ([http://endtransdiscrimination.org/PDFs/NTDS\\_Report.pdf](http://endtransdiscrimination.org/PDFs/NTDS_Report.pdf)).
- GREEN E. R. (2006), *Debating trans inclusion in the feminist movement: A trans-positive analysis*, in "Journal of Lesbian Studies", 10(1/2), pp. 231-48.
- GREEN J. (2004), *Becoming a visible man*, Vanderbilt University Press, Nashville (TN).
- GREEN R. M. D., FLEMING D. T. (1990), *Transsexual Surgery Follow-Up: Status in the 1990s*, in "Annual Review of Sex Research", 1(1), pp. 63-174.
- GRUNDY T. (1993), *Managing Strategic Change*, Kogan Page, London.
- HARDACKER C., DUCHENY K., HOULBERG M. (eds.) (2018), *Transgender and Gender Nonconforming Health and Aging*. Springer, Cham.

- HEMBREE W. C. et al. (2006), *Gender identity disorders in childhood and adolescence: A critical inquiry*, in “*Journal of Psychology & Human Sexuality*”, 17, pp. 7-34.
- HEMBREE W. C. et al. (2017), *Endocrine Treatment of Gender-Dysphoric/Gender-Incongruent Persons: An Endocrine Society\* Clinical Practice Guideline*, in “*The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*”, 23(12).
- HIORT O. et al. (2014), *Management of disorders of sex development*, in “*Nature Reviews Endocrinology*”, 10, pp. 520-9.
- HOSKING D., MORLEY I. E. (1991), *A Social Psychology of Organizing*, Harvester Wheatsheaf, New York.
- HUGHES I. A. (2008), *Disorders of sex development: a new definition and classification*, in “*Best Practice and Research: Clinical Endocrinology and Metabolism*”, 22, pp. 119-34.
- HUGHES I. A. et al. (2006), *Consensus statement on management of intersex disorders*, in “*Journal of Pediatric Urology*”, 2, pp. 148-62.
- HUSTON A.C. (1983), *Sex -typing*, vol. IV, *Socialization, personality, and social development*, in E. M. Hetherington (ed.), *Handbook of child psychology (IV ed.)*, Wiley, New York.
- KANTER R. M. (1983), *The Change Masters: Innovation for Productivity in the American Corporation*, Simon & Schuster, New York.
- KING W., HUGHTO J. M., OPERARIO D. (2020), *Transgender stigma: A critical scoping review of definitions, domains, and measures used in empirical research*, in “*Social Science and Medicine*”.
- KIM S. S., KOLON T. F. (2009), *Hormonal abnormalities leading to disorders of sexual development*, in “*Expert Review of Endocrinology and Metabolism*”, 4, pp. 161-72.
- KNUDSON G., DE CUYPERE G., BOCKTING W. (2010), *Recommendations for revision of the DSM diagnoses of gender identity disorders: Consensus statement of the World Professional Association for Transgender Health*, in “*International Journal of Transgenderism*”, 12(2), pp. 115-8.
- KOHLBERG L. (1966), *A cognitive- developmental analysis of children’s sex-role concepts and attitudes*, in E. E. Maccoby (ed.), *The development of sex differences*, Stanford University Press, Stanford (CA).
- KORELL S. C., LORAH P. (2007), *An overview of affirmative psychotherapy and counseling with transgender clients*, in K. J. Bieschke, R. M. Perez, K. A. DeBord (eds.), *Handbook of counseling and psychotherapy with lesbian, gay, bisexual, and transgender clients*, American Psychological Association, pp. 271-88.
- KOTTER J. P. (1995), *Leading change: why transformation efforts fail*, in “*Harvard Business Review*”, 73(2), pp. 59-67.
- KORPAISARN S., SAFER J. D. (2018), *Gaps in transgender medical education*

- among healthcare providers: a major barrier to care for transgender persons, in "Reviews in Endocrine and Metabolic Disorders", 19(3), pp. 271-5.
- KOSENKO K. et al. (2013), *Transgender patient perceptions of stigma in health care contexts*, in "Medical care", pp. 819-22.
- KREITNER R., KINICKI A. (2008), *Comportamento organizzativo*, Apogeo, Milano.
- KREUKELS B. C., COHEN-KETTENIS P. T. (2011), *Puberty suppression in gender identity disorder: the Amsterdam experience*, in "Nature Reviews Endocrinology", 7, pp. 466-72.
- KUIPER B., COHEN-KETTENIS P. (1988), *Sex reassignment surgery: a study of 141 Dutch transsexuals*, in "Archives of sexual behavior", 17(5), pp. 439-57.
- LEWIN K. (1951), *Field Theory in Social Science*, Harper and Row, New York.
- LINGIARDI V., CARONE N. (2015), *La disforia di genere*, in S. Vicari, B. Vitiello, *Terapia Integrata in Psichiatria dell'Età Evolutiva* (pp. 503-27), Il Pensiero Scientifico, Roma.
- LINGIARDI V., MCWILLIAMS N. (a cura di) (2017), *Psychodynamic Diagnostic Manual, Second Edition (PDM-2)*, Guilford Press, New York.
- LINK B. G., PHELAN J. C. (2006), *Stigma and its public health implications*, in "The Lancet", 367(9509), pp. 528-9.
- LOMBARDI E. (2009), *Varieties of transgender/transsexual lives and their relationship with transphobia*, in "Journal of homosexuality", 56(8), pp. 977-92.
- LUECKE R. (2003), *Managing Change and Transition*, Harvard Business School Press, Boston (MA).
- MACLAUGHLIN D. T., DONAHOE P. K. (2004), *Sex Determination and Differentiation*, in "The New England Journal of Medicine", 350(4), pp. 367-78.
- MAFUDA S. et al. (2017), *Puberty Suppression in Transgender Children and Adolescents*, in "The Lancet Diabetes and Endocrinology", 5, pp. 816-26.
- MAGGIOLINI A., PIETROPOLLI CHARMET G. (2004), *Manuale di psicologia dell'adolescenza: compiti e conflitti*, FrancoAngeli, Milano.
- MAIMONE F. (2006), *Sviluppare il capitale sociale interno dell'organizzazione*, in "Personale e lavoro", 495(10), pp. 25-32.
- MATSUNO E., BUDGE S. L. (2017), *Non-binary/genderqueer identities: A critical review of the literature*, in "Current Sexual Health Reports", 9(3), pp. 116-20.
- MENVIELLE E. J., RODNAN L. A. (2011), *A therapeutic group for parents of transgender adolescents*, in "Child and Adolescent Psychiatric Clinics", 20(4), pp. 733-43.
- MEPHAM N. et al. (2014), *People with Gender Dysphoria Who Self-Prescribe Cross-Sex Hormones: Prevalence, Sources, and Side Effects Knowledge*, in "The Journal of Sexual Medicine", 11 (12), pp. 2995-3001.
- MERLYN V., PARKINSON J. (1995), *Il cambiamento organizzativo nell'information technology: la vision per processi per lo sviluppo efficace dei sistemi informatici*, FrancoAngeli, Milano.

- MEYER-BAHLBURG H. F. (2009), *Variants of gender differentiation in somatic disorders of sex development: recommendations for version 7 of the World Professional Association for Transgender Health's Standards of Care*, in "International Journal of Transgenderism", 11(4), pp. 226-37.
- ID. (2011), *Gender monitoring and gender reassignment of children and adolescents with a somatic disorder of sex development*, in "Child and adolescent psychiatric clinics of North America", 20(4), pp. 639-49.
- MEYER M., STEVENSON W., WEBSTER S. (1985), *Limits to Bureaucratic Growth*, De Gruyter, New York.
- MILLET N., LONGWORTH J., ARCELUS J. (2017), *Prevalence of anxiety symptoms and disorders in the transgender population: A systematic review of the literature*, in "International Journal of Transgenderism", 18(1), pp. 27-38.
- MUCCI C. (2014), *Trauma e perdono. Una prospettiva psicoanalitica intergenerazionale*, Raffaello Cortina, Milano.
- NAKATSUKA M. (2012), *Puberty-delaying hormone therapy in adolescents with gender identity disorder*, in "Seishin Shinkeigaku Zasshi", 115, pp. 316-22.
- NANDA S. (2015), *Hijras*, in P. Whelehan, A. Bolin (eds.), *The International Encyclopedia of Human Sexuality*, pp. 501-81.
- NARROW W. E., COHEN-KETTENIS P. (2010), *The revision of gender identity disorder: DSM-5 principles and progress*, in "Journal of Gay and Lesbian Mental Health", 14(2), pp. 123-9.
- NIEDER T. O. et al. (2016), *Sexual orientation of trans adults is not linked to outcome of transition-related health care, but worth asking*, in "International Review of Psychiatry", 28(1), pp. 103-11.
- NORMAN K. (2017), *Socialising Transgender: Support for Transition*, Dunedin Academic Press Ltd, Edinburgh.
- NUTTBROCK L. et al. (2010), *Psychiatric impact of gender-related abuse across the life course of male-to-female transgender persons*, in "Journal of Sex Research", 47(1), pp. 12-23.
- PAAP M. et al. (2011), *Assessing the utility of diagnostic criteria: A multisite study on gender identity disorder*, in "Journal of Sexual Medicine", 8, pp. 180-90.
- PALMONARI A. (2011), *Psicologia dell'adolescenza*, il Mulino, Bologna.
- PFÄFFLIN F., JUNGE A. (1998), *Sex Reassignment. Thirty Years of International Follow-up Studies after Sex Reassignment Surgery. A Comprehensive Review*, Symposium, Dusseldorf.
- PICCARDO C., COLOMBO L. (2007), *Governare il cambiamento*, Raffaello Cortina, Milano.
- PIETROPOLLI CHARMET G. (2000), *I nuovi adolescenti. Padri e madri di fronte a una sfida*, Raffaello Cortina, Milano.
- PLÖDERL M., FARTACEK R. (2009), *Childhood gender nonconformity and harassment as predictors of suicidality among gay, lesbian, bisexual, and heterosexual Austrians*, in "Archives of Sex Behavior"; 38(3), pp. 400-10.

- PORRAS J. I., SILVERS R. C. (1991), *Organizational development and transformation*, in "Annual Review of Psychology", 42, pp. 51-78.
- POTEAT T., GERMAN D., KERRIGAN D. (2013), *Managing uncertainty: a grounded theory of stigma in transgender health care encounters*, in "Social science and medicine", 84, pp. 22-9.
- RACHLIN K. (2002), *Transgender individuals' experiences of psychotherapy*, in "International Journal of Transgenderism", 6(1).
- RIELEY J. B., CLARKSON I. (2001), *The impact of change on performance*. In "Journal of Change Management", 2(2), pp. 160-72.
- SARCHIELLI G. (1991), *Psicologia dell' organizzazione*, il Mulino, Bologna.
- SCANDURRA C. et al. (2018), *Lo stigma anti-transgender da una prospettiva ecologico-sociale: effetti sulla salute psico-fisica e strategie di intervento*, in "Psichiatria e Psicoterapia", 37(1).
- SHAREK D., HUNTLEY-MOORE S., MCCANN E. (2018), *Education needs of families of transgender young people: A narrative review of international literature*. In "Issues in mental health nursing, 39(1), pp. 59-72.
- SMITH Y. L. S., VAN GOOZEN S. H. M., COHEN-KETTENIS P. T. (2001), *Adolescents with gender identity disorder who were accepted or rejected for sex reassignment surgery: A prospective follow-up study*, in "Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry", 40(4), pp. 472-81.
- SPIVEY L. A., EDWARDS-LEEPER L. (2019), *Future directions in affirmative psychological interventions with transgender children and adolescents*, in "Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology", 48(2), pp. 343-56.
- STEIN M. (2004), *Encyclopedia of Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender History in America*, Gale Cengage, Farmington Hills.
- STIP E. (2015), *RaeRae and Mahu: third polynesian gender*, in "Sante Mentale au Quebec", 40(3), pp. 193-208.
- STRYKER S. (2017), *Transgender history: The roots of today's revolution*, Seal Press, New York.
- VALENTINE D. (2007), *Imagining transgender: An ethnography of a category*, Duke University Press, Durham.
- VALERIO P., MARCASCIANO P., SCANDURRA C. (2016), *Una visione psico-sociale sulle varianze di genere: tra invisibilità, stigma e risorse*, in "Rivista di Sessuologia", 40, pp. 23-38.
- VALERIO P. et al. (2017), *Gender Identification and Transition Path in Italian Trans Population: The Decline of the Genitals Centrality*, in "The Journal of Sexual Medicine", 14(5), 240.
- VANCE S. R. et al. (2010), *Opinions about the DSM gender identity disorder diagnosis: Results from an international survey administered to organizations concerned with the welfare of transgender people*, in "International Journal of Transgenderism", 12(1), pp. 1-14.

- VEGLIA F. (2004), *Sessualità e sviluppo: psicologia, psicopatologia, clinica*, in F. Lambruschi (a cura di), *Psicoterapia cognitiva dell'età evolutiva. Procedure di Assessment e Strategie Psicoterapeutiche*, pp. 577-629, Bollati Boringhieri, Torino.
- VITELLI R. (2006), *L'identità transessuale tra storia e clinica. Quale intervento per quale domanda*, in P. Rigliano, M. Graglia (a cura di), *Gay e lesbiche in psicoterapia*, pp. 281-322, Raffaello Cortina, Milano.
- VITELLI R. et al. (2017), *Trans identities and medical practice in Italy: Self-positioning towards gender affirmation surgery*, in "Sexologies", 26(4), e43-e51.
- WEICK K. E. (1969), *The Social Psychology of Organizing*, Addison-Wesley, Massachusetts.
- ID. (1995), *Sensemaking in organizations*, Sage Publications Inc., Thousand Oaks, (trad. it. *Senso e significato nell'organizzazione*. Raffaello Cortina, Milano 1997).
- WEICK K. E., QUINN R. E. (1999), *Organizational change and development*, in "Annual Review of Psychology", 50, pp. 361-86.
- WINTERS K. (2005), *Gender dissonance: Diagnostic reform of gender identity disorder for adults*, in "Journal of Psychology and Human Sexuality", 17, pp. 71-89.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (1975), *Report of the international conference for the ninth revision of the international classification of diseases*, World Health Organization, Geneva.
- ID. (1992a), *ICD-10: International Statistical Classification of Disease and Related Health Problems, 10<sup>th</sup> Revision*, World Health Organization, Geneva.
- ID. (1992b), *ICD-10: International Statistical Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*, World Health Organization, Geneva.
- WORLD PROFESSIONAL ASSOCIATION FOR TRANSGENDER HEALTH (WPATH) (2012), *Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender and Gender Non-Conforming People, 7<sup>th</sup> Version* (<https://www.wpath.org/publications/soc>).
- ID. (2013), *WPATH consensus process regarding transgender and transsexual-related diagnoses in ICD-11*, 31 maggio 2013.
- ZUCKER K. J. (2010), *The DSM diagnostic criteria for gender identity disorder in children*, in "Archives of Sexual Behavior", 39, pp. 477-98.
- ID. (2017), *Epidemiology of gender dysphoria and transgender identity*, in "Sexual Health", 14(5), pp. 404-11.
- ZUCKER K. J. et al. (2013), *Memo outlining evidence for change for gender identity disorder in the DSM-5*, in "Archives of Sexual Behavior", 42(5), pp. 901-14.
- ZUCKER K. J. et al. (2016), *Gender dysphoria in adults*, in "Annual review of clinical psychology", 12, pp. 217-47.

# Sitografia

- Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA): “Triptorelina”  
[https://www.aifa.gov.it/documents/20142/1229012/Allegato\\_triptorelina.pdf](https://www.aifa.gov.it/documents/20142/1229012/Allegato_triptorelina.pdf)
- American Psychiatric Association (APA): “Gender Dysphoria”  
[https://www.psychiatry.org/File%20Library/Psychiatrists/Practice/DSM/APA\\_DSM-5-Gender-Dysphoria.pdf](https://www.psychiatry.org/File%20Library/Psychiatrists/Practice/DSM/APA_DSM-5-Gender-Dysphoria.pdf)
- American Psychological Association (APA): “What does transgender mean?”  
<http://www.apa.org/topics/lgbt/transgender.aspx>
- ID: “Linee-guida per la pratica psicologica con persone transgender e gender nonconforming”  
[https://www.iris.unina.it/retrieve/handle/11588/717749/195368/linee-guida%20trans%20APA\\_con%20copertina.pdf](https://www.iris.unina.it/retrieve/handle/11588/717749/195368/linee-guida%20trans%20APA_con%20copertina.pdf)
- Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma  
<http://www.ausl.pr.it/azienda/documentiistituzionali/cartaservizi.aspx>
- Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini: Servizio per l’Adeguamento tra Identità Fisica e Identità Psicica (S.A.I.F.I.P.)  
<http://www.area-c54.it/public/chirurgia%20plastica%20ricostruttiva%20e%20la%20rettificazione%20di%20attribuzione%20di%20sesso.pdf>
- Azienda Ospedaliera Universitaria Careggi  
<https://www.aou-careggi.toscana.it/internet/index.php?lang=it>
- Azione Trans  
<https://azionetrans.org/>
- Circolo Pink. Verona  
<http://www.circolopink.it/>

- Consultorio TRANSgenere, Torre del Lago Puccini  
<http://www.consultoriotransgenere.it/>
- ID: “Transiti. Guida al transito delle persone transessuali e transgender”  
<http://www.consultoriotransgenere.it/documenti/transiti.pdf>
- Fondazione Pangender Italia: “Berdache”  
[http://www.crisalide-azionetrans.it/berdache\\_spirit.html](http://www.crisalide-azionetrans.it/berdache_spirit.html)
- Il Fatto Quotidiano: “La decisione dell’Aifa: i farmaci ormonali per le persone trans ora saranno gratuiti in tutta Italia. Arcigay: ‘Una rivoluzione’”  
<https://www.ilfattoquotidiano.it/2020/10/01/la-decisione-dellaifa-i-farmaci-ormonali-per-le-persone-trans-ora-saranno-gratuiti-arcigay-una-rivoluzione/5950551/>
- Infotrans: “Diritti e tutela identità di genere”  
<https://www.infotrans.it>
- IREOS, Comunità queer autogestita  
<http://www.ireos.org/>
- Istituto Miller  
<http://www.istitutomiller.it>
- Istituto Superiore di Sanità  
<https://www.iss.it/>
- Movimento Identità Trans (MIT)  
<https://mit-italia.it/>
- Word Health Organization: International Classification of Diseases: 11th Revision, icd-11  
<https://icd.who.int/en>
- ID.: “Revision of ICD-11 [gender incongruence/transgender]”  
<https://www.youtube.com/watch?v=kyCgz0z05Ik>
- Ospedale Giovanni XXIII, Bari  
<https://www.sanita.puglia.it/web/ospedalegiovannixxiii/>
- Osservatorio Nazionale sull’Identità di Genere  
<http://www.onig.it>
- SIAMS: “Disforie di genere. Terapia ormonale di riassegnazione f-m”  
<http://www.siams.info/disforie-di-genere-terapia-ormonale-di-riassegnazione-f-m/>

- ID: “Disforie di genere. Terapia ormonale di riassegnazione m-f”  
<http://www.siams.info/disforie-di-genere-terapia-ormonale-di-riassegnazione-m-f/>
- The GLBTQ project: “Elagabalus”,  
[http://www.glbtqarchive.com/ssh/elagabalus\\_S.pdf](http://www.glbtqarchive.com/ssh/elagabalus_S.pdf)
- The World Professional Association for Transgender Health (WPATH)  
<http://www.wpath.org>
- Treccani, Vocabolario: “Transgender”  
<http://www.treccani.it/vocabolario/transgender/>



# Allegato

Legge 14 aprile 1982, n. 164 *Norme in materia di rettificazione di attribuzione di sesso* la Camera dei Deputati e il Senato della Repubblica hanno approvato;

il Presidente della Repubblica promulga la seguente legge:

- 1.** Art. 1 La rettificazione di cui all'articolo 454 del codice civile si fa anche 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.
- 2.** Art. 2 La domanda di rettificazione di attribuzione di sesso di cui all'articolo 1 è proposta con ricorso al tribunale del luogo dove ha residenza l'attore. Il presidente del tribunale designa il giudice istruttore e fissa con decreto la data per la trattazione del ricorso e il termine per la notificazione al coniuge e ai figli. Al giudizio partecipa il pubblico ministero ai sensi dell'articolo 70 del codice di procedura civile. Quando è necessario, il giudice istruttore dispone con ordinanza l'acquisizione di consulenza intesa ad accertare le condizioni psico-sessuali dell'interessato. Con la sentenza che accoglie la domanda di rettificazione di attribuzione di sesso il tribunale ordina all'ufficiale di stato civile del comune dove fu compilato l'atto di nascita di effettuare la rettificazione nel relativo registro.
- 3.** Art. 3 Il tribunale, quando risulta necessario un adeguamento dei caratteri sessuali da realizzare mediante trattamento medico-chirurgico, lo autorizza con sentenza. In tal caso il tribunale, 42 accertata la effettuazione del trattamento autorizzato, dispone la rettificazione in camera di consiglio.
- 4.** Art. 4 La sentenza di rettificazione di attribuzione di sesso non ha effetto retroattivo. Esso provoca lo scioglimento del matrimonio o la ces-

sazione degli effetti civili conseguenti alla trascrizione del matrimonio celebrato con rito religioso. Si applicano le disposizioni del codice civile e della legge 10 dicembre 1970, n.898, e successive modificazioni.

**5. Art. 5** Le attestazioni di stato civile riferite a persona della quale sia stata giudizialmente rettificata l'attribuzione di sesso sono rilasciate con la sola indicazione del nuovo sesso e nome.

**6. Art. 6** Nel caso che alla data di entrata in vigore della presente legge l'attore si sia già sottoposto a trattamento medico-chirurgico di adeguamento del sesso, il ricorso di cui al primo comma dell'articolo 2 deve essere proposto entro il termine di un anno dalla data della suddetta. Si applica la procedura di cui al secondo comma dell'articolo 3.

**7. Art. 7** L'accoglimento della domanda di rettificazione di attribuzione di sesso estingue i reati cui abbia eventualmente dato luogo il trattamento medico-chirurgico di cui all'articolo precedente. La presente legge, munita del sigillo dello Stato, sarà inserita nella Raccolta ufficiale delle leggi e dei decreti della Repubblica italiana.

È fatto obbligo a chiunque spetti di osservarla e di farla osservare come legge dello Stato.

Data a Ventimiglia, addì 14 aprile 1982

PERTINI Spadolini - Darida - Rognoni Visto, il Guardasigilli: darida

# Autori

**Federico Buffagni:** Psicologo, Psicoterapeuta, Progetto Sum.

**Giuseppe Ferrante:** Psicologo.

**Monia Fontanesi:** Psicologa, specializzanda in Psicoterapia.

**Giulia Guerrini:** Psicologa, specializzanda in Psicoterapia.

**Eleonora Meloni:** Dottoressa in Psicologia.

**Antonella Metto:** Counselor sessuologica, infermiera già CAGE AUSL Parma.

**Pietro Pellegrini:** Psichiatra, Direttore DAISMDP AUSL Parma.

**Antonio Restori:** Psicologo Dirigente, Psicoterapeuta, Responsabile Centro di Consulenza e Terapia della Famiglia AUSL Parma

**Fabio Vanni:** Psicologo Dirigente, Psicoterapeuta CAGE, Responsabile Programma Adolescenza AUSL Parma, Progetto Sum.



## Note al testo

I lavori di ricerca e i testi di Giulia Guerrini, Giuseppe Ferrante, Monia Fontanesi ed Eleonora Meloni sono rielaborazioni delle loro tesi di laurea discusse all'interno del Corso di Laurea in Psicologia dell'intervento clinico e sociale del Dipartimento delle discipline umanistiche, sociali e delle imprese culturali dell'Università di Parma e svolte in collaborazione con l'Azienda USL di Parma. Relatore e correlatore sono stati i professori Fabio Vanni e Paola Corsano.

Si ringrazia la dottoressa Alice Zanoni per il lavoro di revisione e il dottor Federico Dibennardo (dell'Associazione L'Ottavo Colore di Parma) per la revisione della parte relativa a procedure e linee guida al fine di una sua maggiore attualizzazione.

Tutti i materiali sono stati trattati nel rispetto delle norme sulla privacy, nel rispetto della riservatezza nonché della normativa vigente sulla deontologia professionale.





Testi di: *Federico Buffagni, Giuseppe Ferrante, Monia Fontanesi, Giulia Guerrini, Eleonora Meloni, Antonella Metto, Pietro Pellegrini, Antonio Restori, Fabio Vanni*

La disponibilità dei corpi nell'adolescenza contemporanea apre alle possibilità e alle incertezze. Per un numero crescente di ragazzi\* l'identità di genere diviene terreno di sperimentazione di sé.

Proveremo a raccontare qui come accade, come il sistema di welfare intervenga oggi in questo gioco, come i loro contesti di vita sentano questa transizione che appare originale e spesso di non semplice maneggiamento per loro e per chi li accompagna

Il libro è a distribuzione gratuita.

ISBN 979-12-210-1042-8



9 791221 010428