



WPATH
WORLD PROFESSIONAL
ASSOCIATION for
TRANSGENDER HEALTH

Standards of Care

per la Salute di Persone Transessuali, Transgender e di Genere Non-Conforme

The World Professional Association for Transgender Health
7a Versione¹ | www.wpath.org

¹ Questa è la settima versione degli Standards of Care. Il SOC originale fu pubblicato nel 1979.
Le versioni precedenti sono del 1980, 1981, 1990, 1998 e 2001.



Standards of Care

per la Salute di Persone Transessuali, Transgender e di Genere Non-Conforme

The World Professional Association for Transgender Health
7a Versione¹ | www.wpath.org

¹ Questa è la settima versione degli Standards of Care. Il SOC originale fu pubblicato nel 1979.
Le versioni precedenti sono del 1980, 1981, 1990, 1998 e 2001.

Indice

I. Scopo e Uso degli Standards of Care	1
II. Applicazioni Generali degli Standards of Care	3
III. Differenza tra Non-Conformità di Genere e Disforia di Genere	4
IV. Considerazioni Epidemiologiche	6
V. Panoramica degli Approcci Terapeutici per la Disforia di Genere	8
VI. Valutazione e Trattamento di Bambini e Adolescenti con Disforia di Genere	10
VII. Salute Mentale	21
VIII. Terapia Ormonale	33
IX. Riproduttività	50
X. Voce e Terapia della Comunicazione	52
XI. Chirurgia	54
XII. Cure Postoperatorie e Follow-Up	65
XIII. Cure Preventive e di Base a Lunga Durata	65
XIV. Applicabilità degli Standards of Care alle Persone che Vivono in Strutture Istituzionali	67
XV. Applicabilità degli Standards of Care alle Persone con Disturbi dello Sviluppo Sessuale	69
Riferimenti	72
Appendici:	
A. Glossario	91
B. Panoramica dei Rischi Medici della Terapia Ormonale	93
C. Sintesi dei Criteri per la Terapia Ormonale e la Chirurgia	100
D. Risultati Clinici Provati degli Approcci Terapeutici	103
E. Processo di Sviluppo per gli Standards of Care, Versione 7	105

Scopo e Uso degli Standards of Care

La World Professional Association for Transgender Health (WPATH)¹ è un'associazione internazionale multidisciplinare di professionisti la cui missione è quella di promuovere, per la salute delle persone transgender, assistenza e cure basate sull'evidenza medica, la formazione, la ricerca, l'avvocatura, l'ordine pubblico ed il rispetto.

La visione della WPATH è quella di riunire diversi specialisti a livello mondiale, che si dedichino a promuovere le migliori pratiche e politiche di supporto della salute, della ricerca, della formazione, del rispetto, della dignità e dell'uguaglianza delle persone transessuali, transgender e di genere non-conforme, in ogni ambito culturale.

Una delle funzioni principali della WPATH è quella di promuovere il più alto livello di standard di cure individuali attraverso gli *Standards di Cura (SOC) per la Salute delle Persone Transessuali, Transgender e di Genere non-conforme*. Gli *Standards di Cura* si fondano sulla miglior scienza disponibile e sul consenso di professionisti esperti.² La maggiore parte della ricerca e dell'esperienza in questo campo proviene da una prospettiva nordamericana e dell'Europa occidentale; per questo motivo è necessario adattarli anche alle altre parti del mondo: in questa versione infatti vi sono suggerimenti su come affrontare le diverse culture non prima considerate.

Lo scopo finale degli *Standards di Cura* è di fornire una guida clinica per gli specialisti nell'assistenza alle persone transessuali, transgender e di genere non-conforme con percorsi efficaci e sicuri per garantire loro il duraturo benessere personale nel genere prescelto e per accrescere lo stato di salute generale, psicologico e di realizzazione personale. Questa assistenza può comprendere cure di assistenza primaria, cure urologiche e ginecologiche, scelte riproduttive, terapia della voce e delle tecniche comunicative, servizi di salute mentale (ad es. valutazione, counseling, psicoterapia), nonché trattamenti ormonali e chirurgici. Nonostante questo sia principalmente un documento rivolto agli specialisti del settore, gli *Standards di Cura* possono anche essere usati da singole persone, dalle loro famiglie e dalle istituzioni sociali affinché possano assistere, nel miglior modo, la promozione alla salute degli appartenenti a questi diversi gruppi.

WPATH riconosce che la salute non dipende solamente dalle cure cliniche, ma anche da un clima sociale e politico che garantisca tolleranza sociale, eguaglianza e pieno diritto di cittadinanza. La salute viene garantita con politiche pubbliche e riforme legali

1. Precedentemente: Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association

2. La Versione 7 dello Standards of Care (SOC) si differenzia dalle versioni precedenti: i cambiamenti contenuti in questa versione sono basati sui significativi cambiamenti culturali degli ultimi anni, l'avanzamento nelle conoscenze cliniche e la comprensione delle varie problematiche collegate alla salute che possono riguardare le persone transessuali, transgender e di genere non-conforme, oltre alle terapie ormonali e chirurgiche (Coleman 2009a, b, c, d)

che promuovono tolleranza ed equità verso tutte le diversità di genere e sessuali e volte all'eliminazione di pregiudizi, discriminazioni e stigmatizzazioni. La WPATH è impegnata nel sostegno di questi cambiamenti, nelle politiche pubbliche e nelle riforme legali.

Gli *Standards di Cura* rappresentano delle Linee Guida Cliniche Flessibili

Gli *Standards di Cura* sono volutamente flessibili per poter venire incontro alle diverse esigenze delle persone transessuali, transgender e di genere non-conforme nell'ambito della salute. Questa flessibilità offre le basi per promuovere un'assistenza sanitaria ottimale nel trattamento delle persone con disforia di genere: un malessere, una preoccupazione causata dalla discrepanza tra il genere vissuto dalla persona ed il sesso assegnato loro alla nascita (ed il ruolo di genere e/o le caratteristiche sessuali primarie e secondarie ad esso associati) (Fisk, 1974 Knudson, De Cuypere & Bockting, 2010b).

Come per tutte le versioni precedenti degli *Standards di Cura*, i criteri utilizzati in questo documento per la terapia ormonale ed i trattamenti chirurgici riguardanti la disforia di genere, sono da considerarsi linee guida cliniche; naturalmente possono essere modificate a seconda delle differenti esigenze dagli specialisti che le adottano. Discostarsi da queste linee guida può essere necessario per specifiche esigenze del paziente, siano esse anatomiche, sociali o psicologiche; perché un professionista esperto evolve il metodo di gestione di determinate situazioni; per un protocollo di ricerca; per mancanza di risorse nelle diverse parti del mondo; per la necessità di specifiche strategie di riduzione del danno. Queste variazioni dovrebbero essere riconosciute come tali, spiegate al paziente, e documentate attraverso il consenso informato per l'assistenza medica del paziente e per salvaguardia legale. Tale documentazione è anche fondamentale per la raccolta di nuovi dati da riesaminare retrospettivamente per permettere all'assistenza sanitaria (ed agli *Standards di Cura*) di evolversi.

Gli *Standards di Cura* riconoscono il ruolo di fare scelte informate ed il valore di un approccio inteso a ridurre il disagio. Inoltre, questa versione degli *Standards di Cura*, riconosce e convalida le varie espressioni di genere che possono anche non necessitare di trattamento psicologico, ormonale o chirurgico. Alcuni pazienti che si presentano per avere assistenza potrebbero avere già fatto, a livello personale, dei progressi significativi verso il cambio di ruolo di genere, la transizione, o altre aspetti riguardanti l'identità di genere o la disforia di genere. Altri potrebbero invece necessitare di servizi più specifici. Gli specialisti del settore possono usare gli *Standards di Cura* per aiutare i pazienti a considerare la gamma completa dei servizi a loro disposizione, a seconda delle diverse esigenze cliniche e dei diversi obiettivi verso l'espressione di genere.



Applicazioni Generali degli *Standards di Cura*

Nonostante gli *Standards di Cura* siano pensati per un utilizzo a livello mondiale, la WPATH si rende conto che molta dell'esperienza clinica registrata e delle conoscenze in questo campo sono riconducibili alla situazione in America del Nord ed in Europa Occidentale. Vi sono differenze da un posto all'altro, anche all'interno di una stessa nazione in ognuno di questi campi: risposta sociale verso le persone transessuali, transgender e di genere non-conforme; costruzione di ruoli di genere e di identità; linguaggio usato per descrivere le diverse identità di genere; epidemiologia della disforia di genere; accesso ai trattamenti e loro costi; terapie disponibili; numero e tipologia di specialisti che offrono assistenza; politiche legali collegate a quest'area della Sanità (Winter, 2009).

E' impossibile per gli *Standards di Cura* includere tutte queste differenze: nell'applicare questi standards in altri contesti culturali, gli specialisti devono tenere conto delle proprie realtà ed applicare gli *Standards* conseguentemente. Per esempio, in diverse culture, le persone di genere non-conforme si trovano in numero talmente elevato, e vivono in modo tale, da essere molto visibili nella società (Peletz, 2006). In tali contesti, è normale per alcune persone iniziare un cambiamento nelle proprie espressioni di genere e nelle proprie caratteristiche fisiche già nell'adolescenza, o anche prima. Molti crescono e vivono in un contesto sociale, culturale e anche linguistico molto diverso da quello dei paesi occidentali; eppure, quasi tutti sono oggetto di pregiudizi (Peletz, 2006; Winter, 2009). In molte culture, lo stigma sociale verso la non-conformità di genere è molto comune e i ruoli di genere sono molto normati (Winter et al, 2009): in questi luoghi, le persone di genere non-conforme sono costrette a restare nascoste e quindi rischiano di non poter accedere ad un servizio sanitario adeguato (Winter, 2009).

Gli *Standards di Cura* intendono fornire il miglior servizio possibile ad ogni individuo. Gli specialisti di tutto il mondo, anche in quei paesi con minori risorse ed opportunità, possono applicare i principi fondamentali delineati in questo documento. Questi principi comprendono: mostrare rispetto verso i pazienti con identità di genere non-conforme (non patologizzare le differenze d'identità o di espressione di genere); fornire le cure (o affidare il paziente ad un collega qualificato) per confermare l'identità di genere del paziente e per ridurre il malessere causato dalla disforia di genere, quando presente; informarsi sulle esigenze in ambito sanitario di persone transessuali, transgender e di genere non-conforme, compresi i benefici ed i rischi delle varie tipologie di trattamento per la disforia di genere; individuare il trattamento che meglio si incontra con le esigenze del paziente, particolarmente i loro obiettivi ed il bisogno di sollievo dalla disforia di genere; semplificare l'accesso alle cure più appropriate; ottenere il consenso informato dal paziente prima di fornirgli le cure; offrire continuità di cure; essere pronti a sostenere e difendere il paziente all'interno della sua famiglia e della

sua comunità (scuola, posto di lavoro, ecc.) La terminologia riflette i tempi e la cultura ed è in rapida evoluzione; è importante usare un linguaggio rispettoso in luoghi e tempi diversi, tra differenti persone. Quando gli *Standards di Cura* vengono tradotti in altre lingue è necessario assicurarsi che il significato dei termini sia tradotto correttamente. La terminologia inglese può essere di difficile traduzione in altre lingue e vice versa, alcune lingue non posseggono termini equivalenti all'inglese per descrivere le diverse definizioni contenute in questo documento; quindi i traduttori devono essere consci dello scopo ultimo del trattamento per tradurre in termini appropriati le linee guida per il raggiungimento di tali obiettivi.



Differenza tra Non-conformità di Genere e Disforia di Genere

Essere Transessuale, Transgender o di Genere Non-conforme è una Questione di Differenze, Non di Patologia

La WPATH rilasciò, nel Maggio 2010, una dichiarazione che spingeva la depatologizzazione delle non-conformità di genere in tutto il mondo (Consiglio Direttivo WPATH, 2010). In questa dichiarazione si specificava che “l’espressione delle caratteristiche di genere, comprese le identità, che non possono essere associate allo stereotipo del sesso assegnato ad una persona alla nascita, è un fenomeno comune e dipendente dai diversi contesti culturali che non dovrebbe essere giudicato come necessariamente negativo o patologico.”

Sfortunatamente, c’è uno stigma associato alla non-conformità di genere in molte società, in diverse parti del mondo. Questo stigma può portare a pregiudizio e discriminazione, ed esitare in uno “minority stress” (I.H. Meyer, 2003). Il minority stress (che si aggiunge agli altri stress generali, esperienza di tutti), è specifico, rappresenta un disagio sociale, cronico e può portare le persone transessuali, transgender e di genere non-conforme più sensibili a sviluppare problematiche psicopatologiche come ansia e depressione (Institute of Medicine, 2011). Oltre al pregiudizio ed alla discriminazione sociale nel senso più generale del termine, lo stigma può contribuire ad abusi e negligenze nelle relazioni con i propri simili e con i propri familiari, che a loro volta possono vivere un disagio psicologico. Tuttavia, questi sintomi sono portati dalla socialità e non sono strettamente legati all’essere transessuali, transgender o di genere non-conforme.

La Non-Conformità di Genere non è Uguale alla Disforia di Genere

Per *Non-Conformità di Genere* si intende il livello fino al quale l'identità di genere di un individuo (o il ruolo di genere o l'espressione di genere) si differenzia dalle norme culturali comuni per una persona di un determinato sesso (Institute of Medicine, 2011). Per *Disforia di Genere* si intende invece il malessere o lo stress provocato in una persona dal sentire la propria identità di genere diversa dal sesso assegnatogli alla nascita (ed il ruolo associato a quel sesso e/o a quelle caratteristiche sessuali primarie o secondarie) (Fisk, 1974; Knudson, De Cuypere & Bockting, 2010b). Soltanto *alcune* tra le persone di genere non-conforme presentano disforia di genere nella loro vita.

Sono disponibili delle cure per aiutare le persone con tale angoscia ad esplorare la loro identità di genere e trovare un ruolo di genere nel quale si sentano a proprio agio (Bockting & Goldberg, 2006). Queste cure sono individuali: ciò che può alleviare le sofferenze di una persona può essere diverso da ciò che è utile ad un'altra; inoltre questo processo può anche comprendere un cambiamento di espressione di genere o delle modificazioni corporee. Il trattamento medico può comprendere, ad esempio, la femminilizzazione o la mascolinizzazione del corpo attraverso terapie ormonali e/o chirurgiche, che sono efficaci nell'alleviare la disforia di genere e sono per molte persone necessarie. Dato comunque che le identità e le espressioni di genere sono diverse, gli ormoni e la chirurgia sono soltanto due delle diverse opzioni disponibili per arrivare al benessere personale.

La disforia di genere può essere alleviata in gran parte grazie alle terapie (Murad et al, 2010), quindi, mentre persone transessuali, transgender e di genere non-conforme possono essere soggetti alla disforia di genere ad un certo punto della loro vita, molte altre persone che ricevono queste terapie riusciranno a trovare un ruolo o un'espressione di genere nel quale vivere a proprio agio, anche se differente da quello associato al sesso di nascita, o alle aspettative convenzionali.

Alcune persone sono soggette a disforia di genere ad un livello tale che il disagio non può essere diagnosticato formalmente come un disturbo mentale. Tale diagnosi però non autorizza la stigmatizzazione della persona o la privazione dei suoi diritti umani e civili. I sistemi di classificazione attuali, come il *Manuale Diagnostico Statistico dei Disturbi Mentali (DSM)* (Associazione Psichiatrica Americana, 2000) e la *Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD)* (Organizzazione Mondiale della Sanità, 2007) descrive centinaia di condizioni mentali che variano per tipo di manifestazione, durata, etiologia, disabilità funzionale e possibilità di cura. Tutti questi sistemi cercano di classificare un gruppo di sintomi e di condizioni, non gli individui stessi. Un disturbo è una descrizione di qualcosa che una persona può cercare di combattere, non la descrizione della persona stessa o della sua identità.

Quindi, le persone transessuali, transgender e di genere non-conforme non sono necessariamente "disturbate". Piuttosto, il disagio provocato dalla disforia di genere,

quando presente, è ciò che deve essere diagnosticato e per il quale ci sono diversi tipi di cure. L'esistenza di una diagnosi per questa disforia spesso facilita l'accesso al servizio sanitario e spinge a fare ulteriori ricerche per ottenere cure ancora più efficaci.

La ricerca sta portando a nuove definizioni diagnostiche, infatti la terminologia sta cambiando sia nel DSM (Cohen-Kettenis & Pfäfflin, 2010; Knudson, De Cuypere & Bockting, 2010b; Meyer-Bahlburg, 2010; Zucker, 2010) che nell'ICD. Per questa ragione, negli *Standards di Cura* vengono usati termini familiari e vengono fornite definizioni esplicative per quelli nuovi. Gli specialisti dovrebbero fare riferimento ai criteri diagnostici più recenti ed ai codici appropriati da usare nelle proprie aree di operatività.

IV

Considerazioni Epidemiologiche

Non sono mai stati fatti studi epidemiologici sull'incidenza³ e sulla prevalenza⁴ del transessualismo specifico o sulle identità transgender o di genere non-conforme in generale; gli sforzi per ottenere stime realistiche incontrano enormi difficoltà (Institute of Medicine, 2011; Zucker & Lawrence, 2009). Anche se questi studi stabilissero che in tutto il mondo esistono persone transessuali, transgender e di genere non-conforme in proporzione simile, è probabile che le differenze culturali da un paese ad un altro influenzerebbero sia l'espressione comportamentale delle diverse identità di genere che l'estensione con la quale la disforia di genere (diversa dall'identità di genere) incide effettivamente sulla popolazione. Mentre nella maggior parte dei paesi l'attraversare i confini di genere porta a censura morale piuttosto che compassione, vi sono esempi di culture nelle quali i comportamenti di genere non convenzionale (ad es. in un leader spirituale) sono meno stigmatizzati o persino riveriti (Besnier, 1994; Bolin, 1988; Chiñas, 1995; Coleman, Colgan & Gooren 1992; Costa & Matzner, 2007; Jackson & Sullivan, 1999; Nanda, 1998; Taywaditep, Coleman & Dumronggittigule, 1997).

Per varie ragioni, i ricercatori che ne hanno studiato l'incidenza e la prevalenza, si sono concentrati su quei sottogruppi di individui di genere non-conforme più facili da individuare, ossia persone transessuali affette da disforia di genere che si rivolgono a cliniche specializzate per le terapie collegate alla transizione di genere (Zucker & Lawrence, 2009). La maggior parte degli studi si è svolta in nazioni europee come Svezia (Wålinder, 1968, 1971), Regno Unito (Hoenig & Kenna, 1974), Paesi Bassi (Bakker, Van Kesteren, Gooren & Bezemer, 1993; Eklund, Gooren & Bezemer, 1988; van Kesteren, Gooren & Megens, 1996), Germania (Weitze & Osburg, 1996), e Belgio (De Cuypere et al, 2007). Uno di questi studi fu anche fatto a Singapore (Tsoi, 1988).

3. incidenza - il numero di nuovi casi scoperti in un periodo specifico (ad es. un anno)

4. prevalenza - il numero di individui con una patologia, diviso il numero della popolazione

De Cuypere ed altri colleghi (2007) hanno rivisto questi studi, fatti nel corso di 39 anni, conducendone anche altri loro stessi. Lasciando da parte due ritrovamenti minori di Pauly nel 1968 e Tsoi nel 1988, rimangono dieci studi relativi ad otto diverse nazioni. La prevalenza riportata in questi 10 studi varia da 1:11900 a 1:45000 per soggetti da-maschio-a-femmina (MtF) e da 1:30400 a 1:200000 per soggetti da-femmina-a-maschio (FtM). Alcuni studiosi suggeriscono che la prevalenza è molto più alta, a seconda delle metodologie usate nella ricerca (ad esempio, Olyslager & Conway, 2007).

Il confronto diretto tra i vari studi è impossibile, poiché ciascuno adotta dei diversi metodi di raccolta dati e di criteri per definire una persona come transessuale (ad es. se una persona abbia fatto o no l'intervento di ricostruzione dei genitali, oppure abbia iniziato la terapia ormonale, oppure se sia stato alla clinica preposta per chiedere i servizi disponibili per la transizione). La tendenza è verso una maggior prevalenza negli studi più recenti, il che potrebbe indicare un maggior numero di persone che si rivolge alle strutture mediche. Questa teoria è supportata da una ricerca di Reed ad altri colleghi (2009), che hanno riscontrato un raddoppio delle persone che accedono a Cliniche che si occupano di genere nel Regno Unito ogni cinque o sei anni. Analogamente, Zucker e colleghi (2008) hanno riscontrato un aumento di quattro-cinque volte nei bambini e negli adolescenti che sono ricorsi alla loro Clinica di Toronto, in Canada, nell'arco di 30 anni.

I numeri tratti da studi come questi devono essere considerati, nella migliore delle ipotesi, delle stime di minima. Le cifre pubblicate derivano principalmente da quelle cliniche dove i pazienti rientrano nella categoria della disforia di genere severa e hanno accesso al supporto sanitario di tali cliniche. Queste stime non tengono in considerazione che le cure offerte in una certa struttura potrebbero non essere viste come accessibili, utili, o accettabili da tutti coloro che si auto-identificano come affetti da disforia di genere. Se si considerano soltanto quelle persone che si presentano in clinica per un determinato trattamento, viene trascurato un numero imprecisato di altre persone affette da questa disforia.

Altre osservazioni cliniche (non ancora completamente supportate da uno studio sistematico) presumono una prevalenza più alta di disforia di genere: (i) Disforia di Genere non altrimenti specificata, che viene occasionalmente diagnosticata se i pazienti sono affetti da ansia, depressione, disturbi del comportamento, abuso di sostanze, disturbi dissociativi d'identità, disturbi di personalità borderline, disturbi sessuali, e disturbi dello sviluppo sessuale (Cole, O'Boyle, Emory & Meyer III, 1997). (ii) Alcuni travestiti, drag queens/kings o emulatori di femmine/maschi e gay o lesbiche potrebbero essere affetti da disforia di genere (Bullough & Bullough, 1993). (iii) L'intensità di disforia di genere in alcuni casi fluttua intorno ad una soglia clinica (Docter, 1988). (iv) La non-conformità di genere tra le persone FtM tende ad essere piuttosto invisibile in molte culture, particolarmente per specialisti e ricercatori occidentali che hanno condotto la maggior parte degli studi sui quali si basa la stima corrente della prevalenza e dell'incidenza di questi casi (Winter, 2009).

In ogni caso i dati esistenti sono da considerarsi un punto di partenza ed il Servizio Sanitario trarrebbe beneficio da uno studio epidemiologico più rigoroso, in località più estese su tutto il territorio mondiale.

V

Panoramica degli Approcci Terapeutici alla Disforia di Genere

Progressi nella Conoscenza e nella Cura della Disforia di Genere

Nella seconda metà del 20° secolo, la consapevolezza del fenomeno disforia di genere aumentò quando gli specialisti iniziarono a fornire assistenza nell'alleviarne i sintomi attraverso le cure e le terapie che modificano i caratteri sessuali primari e secondari (ormonali e chirurgiche), così come il cambiamento nei ruoli di genere. Nonostante Harry Benjamin abbia riconosciuto l'esistenza di uno spettro di non-conformità di genere (Benjamin, 1966), l'approccio clinico iniziale si basava molto sull'identificare chi fosse il candidato psicologicamente appropriato alla riattribuzione di sesso per facilitare un cambiamento fisico da maschio a femmina o da femmina a maschio, il più completo possibile (ad es., Green & Fleming, 1990; Hastings, 1974). Questo approccio è stato ampiamente valutato e dimostrato essere altamente efficace. Il livello di soddisfazione, verificato da vari studi, variava dall'87% di pazienti MtF al 97% di pazienti FtM (Green & Fleming, 1990), mentre i ripensamenti erano estremamente rari (1-1.5% MtF e <1% FtM; Pfäfflin, 1993). Certamente, le terapie ormonali e la chirurgia si sono rivelate necessarie per alleviare la disforia di genere in molte persone (American Medical Association, 2008; Anton, 2009; The World Professional Association for Transgender Health, 2008).

Con gli sviluppi nel campo, gli specialisti hanno scoperto che, mentre molti individui necessitavano sia di cure ormonali che chirurgiche per alleviare la propria disforia di genere, altri necessitavano solo di uno di questi trattamenti, ed alcuni di nessuno (Bockting & Goldberg, 2006; Bockting, 2008; Lev, 2004). Spesso, con l'aiuto della psicoterapia, alcuni individui integrano il proprio transessualismo/travestitismo con il ruolo di genere assegnato loro alla nascita senza sentire il bisogno di modificare il proprio corpo al maschile/femminile. Per altri, i cambiamenti del proprio ruolo o espressione di genere sono sufficienti per alleviare la disforia di genere. Alcuni pazienti possono aver bisogno di ormoni o di un cambiamento nel proprio ruolo di genere, ma non di chirurgia; altri possono necessitare di un cambiamento di ruolo di genere e di chirurgia, ma non di ormoni. In altre parole, il trattamento per la disforia di genere è diventato molto più specifico per ogni individuo.

Con l'arrivo della maggiore età, una generazione di transessuali, transgender e persone di genere non-conforme (molti dei quali hanno beneficiato di approcci terapeutici differenti) sono diventati più visibili come comunità ed hanno dimostrato considerevole diversità nei loro ruoli, identità ed espressioni di genere. Alcuni si descrivono non come persone di genere non-conforme, bensì semplicemente come cross-sex (membri

dell'altro sesso, Bockting, 2008). Altri individui affermano la propria unica identità di genere e non si considerano più femmine o più maschi (Bornstein, 1994; Kimberly, 1997; Stone, 1991; Warren, 1993) o, ancora, descrivono la propria identità di genere in termini precisi, come transgender, bi-gender o genderqueer, definendo la propria come un'esperienza unica, che trascende la concezione binaria di maschio/femmina (Bockting, 2008; Ekins & King, 2006 ; Nestle, Wilchins & Howell, 2002). Queste persone possono anche non considerare il proprio processo di identificazione come una "transizione", infatti non hanno mai abbracciato completamente il ruolo di genere assegnato loro alla nascita, ed hanno invece portato avanti il loro ruolo/identità/espressione di genere in un modo che non richiede un passaggio da un genere ad un altro. Per esempio, i giovani che si identificano come genderqueer si sono sempre sentiti genderqueer. Una maggiore visibilità e consapevolezza delle diversità di genere (Feinberg, 1996) ha ulteriormente ampliato le possibilità che le persone con disforia di genere hanno per esprimere la loro identità e per trovare un ruolo/espressione di genere che sia adatto a loro.

Gli specialisti possono assistere gli individui affetti da disforia di genere confermando la loro identità di genere, esplorando le diverse possibilità per esprimere tale identità e prendendo decisioni sulle varie opzioni di terapie mediche per alleviarne la disforia.

Opzioni per il Trattamento Medico e Psicologico della Disforia di Genere

Per coloro che cercano una cura per la disforia di genere, sono possibili diverse soluzioni terapeutiche. Il numero ed il tipo di interventi, così come l'ordine nel quale essi avvengono, possono variare da persona a persona (ad es., Bockting, Knudson & Goldberg, 2006; Bolin, 1994; Rachlin, 1999; Rachlin, Green & Lombardi, 2008 ; Rachlin, Hansbury & Pardo, 2010). Le varie opzioni terapeutiche comprendono:

- Cambio di espressione e del ruolo di genere (che possono comprendere il vivere sempre o quasi sempre in un ruolo di genere diverso, coerente con la propria identità di genere);
- Terapia ormonale per femminilizzare o mascolinizzare il corpo;
- Chirurgia per cambiare le caratteristiche sessuali primarie o secondarie (ad es., seno/torace, genitali interni/esterni, caratteristiche del viso, forma del corpo);
- Psicoterapia (individuale, di coppia, familiare o di gruppo) con lo scopo di esplorare le varie identità/ruoli/espressioni di genere, modificare l'impatto negativo della disforia di genere e lo stigma sulla salute mentale, alleviare la transfobia interiorizzata, migliorare il supporto sia sociale che tra pari, migliorare l'immagine del corpo, promuovere la capacità di recupero.

Opzioni per il Supporto Sociale ed il Cambiamento nell'Espressione di Genere

Oltre (o in alternativa) alle opzioni di terapie mediche e psicologiche sopra descritte, vi sono anche altri fattori da considerare per aiutare ad alleviare la disforia di genere, ad esempio:

- Informazioni su supporti, organizzazioni o gruppi che forniscano sostegno sociale e legale, sia online che vis a vis;
- Informazioni sul supporto per familiari e amici, sia online che vis a vis;
- Terapie della voce e comunicative per aiutare le persone a sviluppare tecniche verbali e non verbali utili a vivere meglio la propria identità di genere;
- Depilazione con elettrolisi, laser, cerette;
- Costrizione del seno o imbottiture, tecniche per nascondere i genitali o protesi peniene, imbottiture dei fianchi o delle natiche;
- Cambio di nome e genere sui documenti d'identità.

VI

Valutazione e Trattamento di Bambini e Adolescenti con Disforia di Genere

Vi sono diverse differenze nella fenomenologia, nel corso dello sviluppo e negli approcci terapeutici per la disforia di genere in bambini, adolescenti o adulti. Nei bambini e negli adolescenti è coinvolto un rapido e drammatico processo di sviluppo (fisico, psicologico e sessuale) e vi è una maggiore fluidità e variabilità di risultati, particolarmente in bambini in età pre puberale. Di conseguenza, questa sezione degli *Standards di Cura* fornisce delle linee guida specifiche per la valutazione ed il trattamento della disforia di genere in bambini ed adolescenti.

Differenze tra Bambini ed Adolescenti con Disforia di Genere.

Un'importante differenza tra i bambini e gli adolescenti con disforia di genere sta nella proporzione di coloro nei quali la disforia persiste fino all'età adulta. La disforia di genere presente durante l'infanzia non continua necessariamente fino al raggiungimento dell'età adulta.⁵ Negli studi di follow-up sui bambini di età pre-pubere (principalmente maschi) che erano stati indirizzati a cliniche per la valutazione della disforia di genere, la disforia era continuata fino all'età adulta solo per il 6-23% di essi (Cohen-Kettenis, 2001; Zucker & Bradley, 1995). I ragazzi oggetto di questi studi erano più propensi ad identificarsi come gay nell'età adulta, piuttosto che come transgender (Green, 1987; Money & Russo, 1979 ; Zucker & Bradley, 1995; Zucker, 1984). Altri studi più recenti, che comprendono anche femmine, hanno mostrato un 12-27% di persistenza della disforia di genere fino all'età adulta (Drummond, Bradley, Peterson-Badali & Zucker, 2008; Wallien & Cohen-Kettenis, 2008).

Viceversa, la persistenza della disforia di genere nell'età adulta pare essere maggiore negli adolescenti. Non esistono studi prospettici precedenti, tuttavia, in uno studio di follow-up su 70 adolescenti con diagnosi di disforia di genere, ai quali furono somministrati ormoni per il blocco della pubertà, tutti proseguirono il percorso di riattribuzione di sesso a partire dalle terapie ormonali femminilizzanti/mascolinizzanti (de Vries, Steensma, Doreleijers & Cohen-Kettenis, 2010).

Un'altra differenza tra i bambini e gli adolescenti con disforia di genere sta nella proporzione tra il sesso per ogni gruppo d'età. Nei bambini sotto i 12 anni, la proporzione maschio/femmina va da 6:1 a 3:1 (Zucker, 2004); mentre negli adolescenti con disforia, oltre i 12 anni, la proporzione maschio/femmina si avvicina a 1:1 (Cohen-Kettenis & Pfäfflin, 2003).

Come discusso nella sezione IV e da Zucker e Lawrence (2009), mancano studi epidemiologici precedenti (in bambini, adolescenti e adulti): sono necessarie ulteriori ricerche per affinare le stime della sua prevalenza e persistenza nelle diverse popolazioni nel mondo.

5. I comportamenti non-conformi nel genere dei bambini possono anche continuare nell'età adulta, ma questi comportamenti non indicano necessariamente che i bambini sono affetti da disforia di genere e che necessitano di trattamento. Come descritto nella sez. III, la disforia di genere non è un sinonimo di diversità nell'espressione di genere.

Fenomenologia nei Bambini

Già nei bambini di due 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 (Cohen-Kettenis et al, 2006; Knudson, De Cuypere & Bockting, 2010a).

Nei bambini con disforia di genere è piuttosto comune la presenza di disturbi come ansia e depressione (Cohen-Kettenis, Owen, Kaijser, Bradley & Zucker, 2003; Wallien, Swaab & Cohen-Kettenis, 2007; Zucker, Owen, Bradley & Ameeriar, 2002). Anche la prevalenza dei disturbi dello spettro autistico pare sia più alta nei bambini affetti da disforia di genere che nella popolazione generale (de Vries, Noens, Cohen-Kettenis, van Berckelaer-Onnes & Doreleijers, 2010).

Fenomenologia negli Adolescenti

Nella maggior parte dei bambini, la disforia di genere sparirà prima della pubertà o con il suo inizio. Tuttavia, in alcuni, questi sentimenti si intensificheranno e l'avversione al proprio corpo si svilupperà o aumenterà con la crescita e con lo sviluppo delle caratteristiche sessuali secondarie (Cohen-Kettenis, 2001; Cohen-Kettenis & Pfäfflin, 2003; Drummond et al., 2008; Wallien & Cohen-Kettenis, 2008; Zucker & Bradley, 1995). I dati di uno studio suggeriscono che la non conformità di genere più estrema nell'infanzia è associata alla persistenza della disforia di genere nella tarda adolescenza e nell'età adulta (Wallien & Cohen-Kettenis, 2008). Eppure in molti adolescenti e adulti con disforia di genere non risultano comportamenti di genere non conforme nell'infanzia (Docter, 1988; Landén, Wålinder, & Lundström, 1998). Di conseguenza, può sorprendere (genitori, parenti, amici) quando la disforia di genere si presenta nell'adolescenza.

Gli adolescenti che considerano le proprie caratteristiche sessuali primarie o secondarie sviluppate non conformi alla propria identità di genere, ne possono essere altamente angosciati. Molti di questi adolescenti con disforia di genere hanno un forte desiderio di prendere ormoni o di un intervento chirurgico. Un numero sempre crescente di adolescenti ha cominciato a vivere nel ruolo di genere desiderato già all'inizio delle scuole superiori (Cohen-Kettenis & Pfäfflin, 2003).

Tra gli adolescenti presi in carico dalle cliniche che trattano i problemi d'identità di genere, il numero di coloro considerati eleggibili per il trattamento medico (iniziando dagli analoghi del GnRH per sopprimere la pubertà nei primi stadi di Tanner) differiscono tra i vari paesi e centri. Non tutte le cliniche offrono ormoni soppressivi della pubertà: se questo trattamento è disponibile, l'età in cui può essere iniziato varia dallo stadio 2 allo stadio 4 di Tanner (Delemarre-van de Waal & Cohen-Kettenis, 2006; Zucker et al, in stampa). La percentuale degli adolescenti trattati è verosimilmente influenzata dal tipo di organizzazione sanitaria, dagli aspetti assicurativi, dalle differenze culturali, dalle opinioni degli specialisti nonché dalle procedure diagnostiche adottate nei diversi luoghi.

Clinici inesperti possono erroneamente scambiare i sintomi della disforia di genere per un delirio. Dal punto di vista fenomenologico, c'è una differenza qualitativa tra la manifestazione di una disforia di genere e di un delirio o di altri sintomi psicotici: la vasta maggioranza di bambini e adolescenti con disforia di genere non sono affetti da altre malattie psichiatriche severe come i disturbi psicotici (Steensma, Biemond, de Boer & Cohen-Kettenis, pubblicato online prima della versione stampata il 7 gennaio 2011).

Per gli adolescenti con disforia di genere è comune avere altre condizioni coesistenti come ansia o depressione e/o disturbo oppositivo provocatorio (de Vries et al, 2010). Come nei bambini, anche negli adolescenti con disforia di genere pare esserci una prevalenza di disturbi dello spettro autistico rispetto alla popolazione generale (de Vries et al, 2010).

Competenza dei Professionisti della Salute Mentale che Lavorano con Bambini o Adolescenti con Disforia di Genere

Qui di seguito elenchiamo delle credenziali di minima per gli specialisti della salute mentale che devono valutare, riferire e offrire terapie a bambini e adolescenti affetti da disforia di genere:

1. Avere i requisiti di competenza richiesti per gli specialisti che lavorano con gli adulti, come definiti nella sezione VII;
2. Essere qualificati nella psicopatologia dello sviluppo dei bambini e degli adolescenti;
3. Essere in grado di diagnosticare e trattare i problemi comuni di bambini e adolescenti.

Ruolo dei Professionisti della Salute Mentale che Lavorano con Bambini o Adolescenti con Disforia di Genere

I diversi ruoli degli specialisti che lavorano con bambini ed adolescenti con disforia di genere possono comprendere:

1. Valutare direttamente la disforia di genere in bambini ed adolescenti (vedi le linee guida generali più avanti).
2. Fornire consulti alla famiglia e psicoterapia di supporto per assistere bambini e adolescenti nell'esplorazione della propria identità di genere, alleviare lo stress collegato alla disforia di genere e migliorare qualsiasi altra difficoltà psicosociale.
3. Valutare e trattare eventuali altri sintomi riguardanti la salute mentale del soggetto (o inviare il soggetto ad altro professionista competente). Tali sintomi dovrebbero essere considerati come parte del piano terapeutico generale.
4. Indirizzare ad altro specialista gli adolescenti per ulteriori interventi fisici al fine di alleviare la disforia di genere (come gli ormoni soppressori della pubertà). Questo indirizzo deve comprendere tutta la documentazione valutativa riguardante la disforia di genere e la salute mentale, la possibilità di eseguire gli interventi sul fisico (indicati di seguito), l'esperienza dello specialista e qualsiasi altra informazione o suggerimento sui trattamenti specifici per la salute del giovane.
5. Educare e fornire supporto a bambini ed adolescenti con disforia di genere ed ai loro familiari all'interno della comunità (ad es., consultori, scuole, campi, organizzazioni). Questo è particolarmente importante alla luce del fatto che bambini ed adolescenti che non si conformano alle norme di genere socialmente prescritte possono essere soggetti di molestie a scuola (Grossman, D'Augelli & Salter, 2006; Grossman, D'Augelli, Howell & Hubbard, 2006; Sausa, 2005), che li mette a rischio di isolamento sociale, depressione ed altre conseguenze negative (Nuttbrock et al, 2010).
6. Fornire a bambini, giovani ed alle loro famiglie informazioni ed indirizzi per un supporto, come ad esempio, i gruppi di genitori di bambini con genere non-conforme o transgender (Gold & MacNish, 2011; Pleak, 1999; Rosenberg, 2002).

Valutazioni e interventi psicosociali per bambini ed adolescenti sono spesso forniti da un servizio speciale multi-disciplinare per l'identità di genere. Se tale servizio non è disponibile, un professionista della salute mentale dovrebbe fornire una consultazione e collaborare con un endocrinologo pediatra per la valutazione, l'istruzione ed il coinvolgimento in qualsiasi decisione riguardo agli interventi sul fisico.

Valutazione Psicologica di Bambini e Adolescenti

I professionisti della salute mentale dovrebbero seguire a grandi linee queste linee guida, nella valutazione di bambini e adolescenti con disforia di genere:

1. I professionisti della salute mentale non dovrebbero temere o manifestare un atteggiamento negativo verso l'identità di genere non-conforme o i sintomi di disforia di genere. Piuttosto, dovrebbero riconoscere le preoccupazioni dei bambini, degli adolescenti e delle loro famiglie; offrire una completa valutazione sulla disforia di genere e qualsiasi altro sintomo coesistente di disturbo mentale e, se necessario, illustrare ai propri utenti ed alle loro famiglie le varie opzioni terapeutiche. L'accettazione o l'eliminazione della segretezza può portare un considerevole sollievo ai bambini/adolescenti con disforia di genere o alle loro famiglie.
2. La valutazione della disforia di genere e della salute mentale dovrebbe esplorare la natura e le caratteristiche dell'identità di genere del bambino o dell'adolescente. Dovrebbe anche essere fatta una valutazione psicodiagnostica e psichiatrica (relativa alle aree della funzionalità emozionale, alla relazione con compagni e alle altre relazioni sociali, ai risultati scolastici ed intellettivi). Questa valutazione dovrebbe comprendere i punti di forza e di debolezza della funzionalità familiare. Nell'ambito del bambino o dell'adolescente sono piuttosto comuni i problemi emozionali e comportamentali, così come le problematiche irrisolte (de Vries, Doreleijers, Steensma & Cohen-Kettenis, 2011; Di Ceglie & Thümmel, 2006; Wallien et al, 2007).
3. Per gli adolescenti, la fase valutativa dovrebbe anche servire per informare il giovane e la sua famiglia sulle possibilità e sui limiti dei diversi trattamenti disponibili. Questo è un passo necessario per il consenso informato, ma anche per la valutazione stessa, infatti il modo in cui l'adolescente reagisce alla realtà della riattribuzione di sesso, può rivelarsi molto utile dal punto di vista diagnostico. Un'informazione corretta può far cambiare il desiderio di un giovane per un certo trattamento, se il desiderio si basa su aspettative non realistiche.

Interventi Psicologici e Sociali per Bambini e Adolescenti

Nel sostenere e curare i bambini e gli adolescenti con disforia di genere, gli specialisti dovrebbero conformarsi alle seguenti linee guida:

1. Il professionista della salute mentale dovrebbe aiutare le famiglie a rispondere positivamente e ad accettare le preoccupazioni del loro bambino o adolescente con disforia di genere. La famiglia svolge un ruolo importante per la salute psicologica ed il benessere dei giovani (Brill & Pepper, 2008; Lev, 2004). Questo vale anche per gli adulti e le figure di riferimento del giovane all'interno della comunità, che possono essere un'altra fonte di sostegno sociale.

2. La psicoterapia dovrebbe concentrarsi sulla riduzione del disagio del bambino o dell'adolescente legato alla disforia di genere e sul miglioramento di eventuali altre difficoltà psicosociali. Per il giovane che cerca la riattribuzione di sesso, la psicoterapia può concentrarsi sul sostegno prima, durante e dopo la riattribuzione. Le valutazioni formali dei diversi approcci psicoterapeutici per questa situazione non sono state pubblicate, ma sono stati documentati vari metodi di assistenza (Cohen-Kettenis, 2006; de Vries, Cohen-Kettenis & Delemarre-van de Waal, 2006; Di Ceglie & Thümmel, 2006; Hill, Menvielle, Sica & Johnson, 2010; Malpas, in stampa; Menvielle & Tuerk, 2002; Rosenberg, 2002; Vanderburgh, 2009; Zucker, 2006).

Il trattamento volto a cercare di cambiare l'identità e l'espressione di genere di una persona per diventare più congruente con il sesso assegnato alla nascita è stato tentato in passato senza successo (Gelder & Marks, 1969; Greenson, 1964), particolarmente sul lungo temine (Cohen-Kettenis & Kuiper, 1984; Pauly, 1965). Questo tipo di trattamento non è più considerato etico.

3. Le famiglie dovrebbero essere supportate nella gestione di incertezza e ansia degli sviluppi psicosessuali del loro bambino o adolescente e nell'aiutare il giovane a sviluppare un positivo concetto di sé.
4. I professionisti della salute mentale non dovrebbero imporre una visione binaria di genere. Dovrebbero dare ampio spazio agli utenti per esplorare le diverse opzioni dell'espressione di genere. Terapie ormonali o chirurgiche sono appropriate per alcuni adolescenti, mentre per altri non lo sono.
5. Gli utenti e le loro famiglie dovrebbero essere supportati nel prendere decisioni difficili che riguardano quando esprimere il proprio ruolo di genere coerentemente alla propria identità di genere, così come i tempi per modificare il proprio ruolo di genere e le possibili modificazioni sociali. Ad esempio, un utente potrebbe frequentare la scuola mentre si trova in fase di transizione solo in parte (ad esempio, indossando abiti e con un taglio di capelli che rispecchia l'identità di genere) o completamente (ad esempio, utilizzando anche un nome e pronomi congruenti con l'identità di genere). Un problema potrebbe essere se e quando informare altre persone della situazione dell'utente, e come queste altre persone potrebbero reagire.
6. I professionisti della salute mentale dovrebbero sostenere gli utenti e le loro famiglie, come educatori e sostenitori nelle loro interazioni con i membri della comunità e con autorità quali insegnanti, consigli scolastici e tribunali.
7. Gli psicologi dovrebbero sforzarsi di mantenere un rapporto terapeutico con i bambini/adolescenti di genere non-conforme e le loro famiglie durante ogni successiva modifica sociale o interventi fisici. Questo assicura che le decisioni riguardanti l'espressione di genere e il trattamento della disforia di genere siano attentamente e continuamente valutate. Lo stesso ragionamento si applica se un bambino o un adolescente ha già socialmente cambiato ruolo di genere prima di essere visitato da uno specialista.

Transizione Sociale nella Prima Infanzia

Alcuni bambini affermano di voler fare una transizione sociale ad un ruolo di genere diverso, molto tempo prima della pubertà. Per alcuni di essi, questo può riflettere l'espressione della loro identità di genere; per altri, potrebbe essere motivato da altri fattori. Le famiglie reagiscono in modo diverso le une dalle altre nel modo in cui permettono ai loro figli di fare una transizione ad un altro ruolo di genere: la transizione sociale nella prima infanzia si verifica con successo all'interno di alcune famiglie. Si tratta di una questione controversa, e gli specialisti hanno punti di vista divergenti; l'evidenza scientifica attuale non è sufficiente per predire gli esiti a lungo termine del completamento di una transizione di ruolo di genere durante la prima infanzia. I risultati della ricerca con i bambini che hanno completato una transizione sociale precoce sarebbero di grande valore per le future linee guida cliniche.

I professionisti della salute mentale possono aiutare le famiglie a decidere rispetto alle tempistiche ed al processo di cambiamento del ruolo di genere dei loro figli piccoli. Devono fornire informazioni e aiutare i genitori a valutare i potenziali benefici e le sfide di quelle particolari scelte. Rilevante in questo senso è l'incidenza relativamente bassa di disforia di genere nell'infanzia precedentemente descritta (Drummond et al, 2008 ; Wallien & Cohen-Kettenis, 2008). Tornare al ruolo di genere originale può essere molto doloroso o addirittura provocare il rinvio di questa seconda transizione sociale da parte del bambino (Steensma & Cohen-Kettenis, 2011). Per motivi come questi, i genitori possono voler considerare questo cambiamento di ruolo come una prova di vita in un altro ruolo di genere, piuttosto che in una situazione irreversibile. I professionisti della salute mentale possono aiutare i genitori ad individuare potenziali compromessi (ad esempio, solo durante una vacanza). E' anche importante che i genitori facciano esplicitamente capire al bambino che c'è la possibilità di tornare indietro.

Indipendentemente dalla decisione della famiglia sulla transizione (tempi, portata), gli specialisti devono consigliare e sostenere i genitori con le varie opzioni ed implicazioni. Se i genitori non permettono al loro bambino di fare la transizione nel ruolo di genere, potrebbero avere bisogno di assistenza psicologica in modo da aiutarli a soddisfare i bisogni dei figli in maniera sensibile e amorevole, assicurando al proprio bambino ampie possibilità di esplorare i propri sentimenti di genere e il proprio comportamento in un ambiente sicuro. Se i genitori permettono ai loro figli di fare la transizione di ruolo di genere, potrebbero avere bisogno di assistenza psicologica per favorire un'esperienza positiva per il loro bambino. Per esempio, potrebbero avere bisogno di supporto per utilizzare i pronomi corretti, per il mantenimento di un ambiente sicuro e di sostegno per il loro bambino in transizione (ad esempio a scuola o nel gruppo dei compagni), e per comunicare con altre persone che fanno parte della vita del loro bambino. In entrambi i casi, quando un bambino si avvicina alla pubertà, potrebbero essere necessarie ulteriori valutazioni sul fatto che gli interventi sul fisico diventino importanti.

Interventi sul Fisico negli Adolescenti

Prima di considerare qualsiasi intervento fisico per gli adolescenti, deve essere effettuata una valutazione completa degli aspetti psicologici, familiari e sociali, come indicato sopra. La durata di questa valutazione può variare notevolmente a seconda della complessità della situazione.

Gli interventi fisici dovrebbero essere affrontati nel contesto dello sviluppo adolescenziale. Alcune affermazioni dell'identità negli adolescenti possono essere fermamente e fortemente espresse dando una falsa impressione di irreversibilità. Lo spostamento di un adolescente verso la conformità di genere può verificarsi in primo luogo per compiacere i genitori e potrebbe non persistere o riflettere un cambiamento permanente nella disforia di genere (Hembree et al, 2009; Steensma et al, pubblicato online prima della stampa, 7 Gennaio 2011).

Gli interventi fisici per gli adolescenti rientrano in tre categorie o stadi (Hembree et al, 2009):

1. *Completamente reversibili.* Questi comportano l'uso di GnRH-analoghi per sopprimere la produzione di estrogeni o testosterone ritardando così i cambiamenti fisici della pubertà. Trattamenti alternativi comprendono progestinici (più comunemente medrossiprogesterone) o altri farmaci ad esempio lo spironolattone) che riducono gli effetti degli androgeni secreti dai testicoli degli adolescenti che non hanno ricevuto GnRH-analoghi. Contraccettivi orali (o medrossiprogesterone depot) possono essere utilizzati per sopprimere le mestruazioni.
2. *Parzialmente reversibili.* Questi comprendono la terapia ormonale per mascolinizzare o femminilizzare il corpo. Alcuni cambiamenti indotti dagli ormoni potrebbero necessitare di chirurgia ricostruttiva per invertirne l'effetto (per esempio, ginecomastia causata da estrogeni), mentre altri cambiamenti non sono reversibili (ad esempio, l'abbassamento della voce causata dal testosterone).
3. *Irreversibili.* Si tratta di procedure chirurgiche. Si raccomanda un percorso a stadi per lasciare aperte diverse possibilità mentre si affrontano i due stadi precedenti. Non si dovrebbe passare da una fase all'altra fino a quando non ci sia stato il tempo sufficiente per gli adolescenti ed i loro genitori di assimilare completamente gli effetti degli interventi precedenti.

Interventi Completamente Reversibili

Gli adolescenti possono beneficiare di ormoni per bloccare la pubertà non appena i cambiamenti fisici hanno inizio. Per far sì che gli adolescenti ed i loro genitori prendano una decisione informata riguardo al ritardo puberale, si raccomanda che gli adolescenti sperimentino l'inizio della pubertà fino ad almeno al secondo Stadio di Tanner 2. Alcuni

bambini possono raggiungere questo stadio in età molto giovane (anche a partire dai 9 anni). Alcuni studi che valutano questo approccio includevano solamente bambini di almeno 12 anni d'età (Cohen-Kettenis, Schagen, Steensma, de Vries & Delemarre-van de Waal, 2011; de Vries, Steensma et al, 2010; Delemarre-van de Waal, van Weissenbruch & Cohen Kettenis, 2004; Delemarre-van de Waal & Cohen-Kettenis, 2006).

Il blocco della pubertà può continuare per alcuni anni, dopo di che bisogna decidere se interrompere la terapia ormonale o se proseguire per arrivare alla transizione femminilizzante o mascolinizzante. Il blocco della pubertà non porta necessariamente alla transizione sociale o al cambio di sesso.

Criteri per gli ormoni atti a bloccare la pubertà

Per ricevere gli ormoni atti a bloccare la pubertà gli adolescenti devono rientrare nei seguenti parametri minimi:

1. L'adolescente ha mostrato un comportamento intenso e duraturo di non-conformità di genere o di disforia di genere (sia represso che espresso);
2. La disforia di genere è venuta alla luce o è peggiorata con l'arrivo della pubertà
3. Sono stati affrontati eventuali problemi psicologici, medici o sociali coesistenti che potevano interferire con il trattamento (ad esempio, che potevano comprometterne la continuità), in modo che la situazione dell'adolescente sia sufficientemente stabilizzata per iniziare il trattamento;
4. L'adolescente ha fornito il consenso informato e, in particolare quando l'adolescente non ha raggiunto l'età per il consenso medico, i genitori o altri tutori hanno acconsentito al trattamento e sono disposti a sostenere l'adolescente in tutto il processo di trattamento.

Schemi terapeutici, monitoraggio e rischi del blocco della pubertà

Per il blocco della pubertà, gli adolescenti con genitali maschili devono essere trattati con GnRH-analoghi che bloccano la secrezione dell'ormone luteinizzante e, pertanto, la secrezione di testosterone. In alternativa, possono essere trattati con progestinici (come il medrossiprogesterone) o con altri farmaci che bloccano la secrezione di testosterone e/o ne neutralizzano l'azione. Gli adolescenti con genitali femminili devono essere trattati con GnRH-analoghi, che bloccano la produzione di estrogeni e progesterone. In alternativa, possono essere trattati con progestinici (come il medrossiprogesterone). Contraccettivi orali (o medrossiprogesterone depot) possono essere utilizzati per sopprimere le mestruazioni. In entrambi i gruppi di adolescenti, è da preferire l'uso di GnRH-analoghi (Hembree et al, 2009), ma il loro alto costo è proibitivo per alcuni pazienti.

Durante il blocco della pubertà, lo sviluppo fisico di un adolescente deve essere attentamente monitorato - preferibilmente da un endocrinologo pediatrico - in modo da poter apportare eventuali correzioni che si rendano necessarie (ad es., per stabilire un'altezza adeguata per uomini e donne, o per migliorare una bassa densità del midollo osseo) (Hembree et al, 2009).

Durante il blocco della pubertà, lo sviluppo fisico di un adolescente deve essere attentamente monitorato - preferibilmente da un endocrinologo pediatrico - in modo da poter apportare eventuali correzioni che si rendano necessarie (ad es., per stabilire un'altezza adeguata per uomini e donne, o per migliorare una bassa densità del midollo osseo) (Hembree et al, 2009).

L'uso precoce di ormoni per bloccare la pubertà possono permettere di evitare conseguenze sociali ed emotive negative della disforia di genere in modo più efficace rispetto al quel che si sarebbe ottenuto con il loro utilizzo in un periodo più tardivo. Gli interventi durante la prima adolescenza dovrebbero essere gestiti con la consulenza di un endocrinologo pediatrico, quando disponibile. Gli adolescenti con genitali maschili che iniziano i GnRH-analoghi nella prima pubertà devono essere informati che ciò potrebbe causare insufficiente crescita del tessuto del pene per tecniche di vaginoplastica con inversione peniena (sono disponibili tecniche alternative, come l'uso di un innesto di pelle o tessuto dal colon).

Né il blocco della pubertà, né il suo sviluppo è un atto neutrale. Da un lato, il funzionamento del corpo più avanti nella vita può essere compromesso dallo sviluppo irreversibile di caratteristiche sessuali secondarie durante la pubertà e da anni di esperienza intensa di disforia di genere. D'altra parte, vi sono preoccupazioni circa gli effetti collaterali negativi dei GnRH-analoghi (ad es., sullo sviluppo delle ossa e dell'altezza). Sebbene i primissimi risultati di questo approccio (valutato su adolescenti seguiti per 10 anni) siano promettenti (Cohen-Kettenis et al, 2011; Delemarre-van de Waal e Cohen-Kettenis, 2006), gli effetti a lungo termine potranno solo essere determinati quando i primi pazienti trattati raggiungeranno l'età appropriata.

Interventi Parzialmente Reversibili

Gli adolescenti possono iniziare la terapia ormonale femminilizzante/mascolinizzante, preferibilmente con il consenso dei genitori. In molti paesi i sedicenni sono adulti dal punto di vista medicolegale e possono decidere per se stessi senza bisogno del consenso dei genitori. La situazione ideale sarebbe che la decisione sul trattamento fosse condivisa fra l'adolescente, la sua famiglia e il team di specialisti che lo segue.

I protocolli di terapia ormonale negli adolescenti con disforia di genere sono sostanzialmente diversi da quelli usati per gli adulti (Hembree et al, 2009), in quanto i protocolli ormonali per i giovani devono tener conto dello sviluppo somatico, emotivo e mentale che si verifica durante tutta l'adolescenza (Hembree et al, 2009).

Interventi Irreversibili

La chirurgia sui genitali non dovrebbe essere effettuata fino a quando (i) i pazienti raggiungono la maggiore età in un determinato paese, e (ii) i pazienti hanno vissuto ininterrottamente per almeno 12 mesi nel ruolo di genere congruente con la propria identità di genere. La soglia di età dovrebbe essere vista come un criterio minimo e non solo come l'indicazione per un intervento effettivo.

La chirurgia toracica nei pazienti FtM può essere effettuata in precedenza, preferibilmente dopo un ampio periodo di vita nel ruolo di genere desiderato e dopo un anno di trattamento con testosterone. L'intento di queste indicazioni è quello di dare agli adolescenti sufficienti opportunità di provare un ruolo di genere più maschile, e di adattarsi alla società, prima di sottoporsi ad un intervento chirurgico irreversibile. Tuttavia, ci possono essere diversi approcci, a seconda della specifica situazione clinica dell'adolescente e degli obiettivi per l'espressione di genere.

Rischi del Negare il Trattamento Medico per gli Adolescenti

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 la 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.

VII

Salute Mentale

Persone transessuali, transgender e di genere non-conforme potrebbero chiedere l'assistenza di un professionista della salute mentale per diverse ragioni. Indipendentemente dal motivo per il quale una persona ricerca delle cure, i professionisti della salute mentale dovrebbero avere familiarità con la non conformità di genere, agire con adeguate competenze culturali e mostrare sensibilità nel fornire assistenza.

Questa sezione degli *Standards di Cura* si concentra sul ruolo dei professionisti della salute mentale nella cura di adulti in cerca di aiuto per la disforia di genere e le preoccupazioni ad essa collegate. Gli specialisti che lavorano con bambini ed adolescenti con disforia di genere e le loro famiglie dovrebbero consultare la VI sezione.

Competenza dei Professionisti della Salute Mentale che Lavorano con Adulti con Disforia di Genere

La formazione dei professionisti della salute mentale adatti a lavorare con gli adulti con disforia di genere si basa su competenze cliniche generali per la diagnosi, la valutazione ed il trattamento di problemi di salute mentale. La formazione clinica si può ottenere all'interno di qualsiasi disciplina che prepara gli specialisti per la pratica clinica, come psicologia, psichiatria, assistenza sociale, consulenza di salute mentale, terapia di coppia e familiare, cura o medicina di famiglia con una formazione specifica nel campo della salute comportamentale e counseling. I requisiti minimi per gli specialisti della salute mentale che lavorano con gli adulti affetti da disforia di genere sono i seguenti:

1. Laurea o equivalente in un campo delle scienze del comportamento. Questa laurea o specializzazione più specifica dovrebbe essere ottenuta da un ente accreditato nel paese o nella regione di competenza. Le credenziali dello specialista dovrebbero essere certificate da una commissione competente.
2. Competenza nell'utilizzo del *Manuale Diagnostico Statistico dei Disturbi Mentali e/o Classificazione Internazionale delle Malattie* per scopi diagnostici.
3. Capacità di riconoscere e diagnosticare problemi di salute mentale coesistenti e saperli distinguere dalla disforia di genere.
4. Documentata competenza in psicoterapia o counseling.
5. Informazione circa le identità e le espressioni di genere, nonché la valutazione ed il trattamento della disforia di genere.
6. Continua formazione sulla valutazione ed il trattamento della disforia di genere. Questo può prevedere la partecipazione a congressi di professionisti, a workshop o seminari; supervisione di un professionista della salute mentale con provata esperienza nel settore, ovvero partecipazione alla ricerca relativa la non-conformità di genere e la disforia di genere.

In aggiunta alle credenziali minime di cui sopra, si raccomanda agli specialisti di sviluppare e mantenere le competenze culturali necessarie per facilitare il loro lavoro con le persone transessuali, transgender e di genere non-conforme. Ciò può comportare, per esempio, l'essere informati sulle diverse comunità, l'avvocatura e sulle questioni di politica pubblica rilevanti per questi utenti e per le loro famiglie. Inoltre è consigliabile avere conoscenze su sessualità, problemi di salute sessuale, valutazione e trattamento dei disturbi sessuali.

I professionisti della salute mentale che sono nuovi a questo settore (a prescindere dal loro livello di formazione ed esperienza in altri) dovrebbero operare sotto la supervisione di uno specialista con provate competenze nella valutazione e nel trattamento della disforia di genere.

Compiti dei Professionisti della Salute Mentale che Lavorano con Adulti con Disforia di Genere

I professionisti della salute mentale possono essere utili in molti modi alle persone transessuali, transgender, e di genere non-conforme ed alle loro famiglie, a seconda delle esigenze dell'utente. Per esempio, possono servire come psicoterapeuti, counselor o terapeuti familiari, o ancora per giungere a una psicodiagnosi, un patrocinio o una consulenza educativa.

I professionisti della salute mentale dovrebbero capire le motivazioni dell'utente per la ricerca di assistenza professionale. Per esempio, un utente può presentarsi per ricevere una qualsiasi combinazione dei seguenti servizi sanitari: assistenza psicoterapeutica per esplorare l'identità o l'espressione di genere o per aiutare un processo di coming out; valutazione e riferimento per interventi medici femminilizzanti o mascolinizzanti; sostegno psicologico ai familiari (partner, figli, famiglia allargata) o psicoterapia non correlata a problematiche di genere, nonché anche per altri servizi specifici.

Di seguito sono elencate le linee guida generali per le attività comuni che i professionisti della salute mentale possono compiere nel lavoro con gli adulti che si presentano con disforia di genere.

Attività Correlate alla Valutazione ed Invio ad Altri Specialisti

I. Valutare la disforia di genere

Il professionista della salute mentale deve valutare la disforia di genere dell'utente nel contesto di una valutazione del suo adattamento psicosociale (Bockting et al, 2006; Lev, 2004, 2009). La valutazione include, come minimo, il livello d'identità di genere e di disforia, la storia e lo sviluppo di sensazioni di disforia di genere, l'impatto dello stigma collegato alla non-conformità di genere sulla salute mentale, la disponibilità di sostegno a familiari, amici e colleghi (per esempio, o di contatto online o di persona fisica con altri individui transessuali, transgender, o di sesso non-conforme o con gruppi). La valutazione può non portare ad alcuna diagnosi, oppure può portare ad una diagnosi formale di disforia di genere e/o ad altre diagnosi che descrivono gli aspetti della salute dell'utente ed il suo adattamento psicosociale. Il ruolo dei professionisti della salute mentale comprende anche l'assicurarsi che la disforia di genere non sia secondaria o meglio espressa da altre diagnosi.

Il professionista della salute mentale con le competenze di cui sopra (di seguito chiamato "un professionista della salute mentale qualificato") è la persona migliore per condurre una valutazione di disforia di genere. Tuttavia questo compito può anche essere svolto da un altro tipo di specialista che abbia una formazione adeguata in materia di salute comportamentale e che sia competente nella valutazione della disforia di genere, in particolare quando fa parte

di un team specialistico multidisciplinare che fornisca l'accesso alla terapia ormonale femminilizzante/mascolinizzante. Sia questo specialista che un membro del team sanitario può prescrivere tale terapia.

2. Fornire informazioni sulle opzioni per l'identità e l'espressione di genere e su possibili interventi medici

Un compito importante per i professionisti della salute mentale è quello di informare gli utenti sulle diverse identità ed espressioni di genere e sulle varie opzioni disponibili per alleviare la disforia di genere. Lo specialista può facilitare (o riferire ad altri) il processo di scelta tra queste diverse opzioni, con l'obiettivo di trovare un ruolo o un'espressione di genere in cui l'utente si senta a proprio agio e riesca, se necessario, a prendere una decisione pienamente informata sugli interventi medici. Questo processo può includere il sostegno di altri specialisti per una terapia individuale, familiare o di gruppo e/o l'appoggio a risorse già presenti nella comunità o il sostegno da parte del gruppo dei pari. Lo specialista e l'utente devono discutere le implicazioni sia a breve che a lungo termine, le eventuali variazioni di ruolo di genere e l'utilizzo di interventi medici. Queste implicazioni possono essere di tipo psicologico, sociale, fisico, sessuale, professionale, finanziario e legale (Bockting et al, 2006; Lev, 2004).

Anche questo compito è meglio portato avanti da un professionista della salute mentale, ma può essere svolto anche da un altro specialista con formazione appropriata sulle scienze comportamentali e con una conoscenza sufficiente sull'identità e le espressioni di genere non-conforme e sui possibili interventi medici per la disforia di genere, in particolare quando fa parte di un team specialistico multidisciplinare che fornisca l'accesso alla terapia ormonale femminilizzante/mascolinizzante.

3. Valutare, diagnosticare e discutere le opzioni di trattamento per problemi di comorbilità

Gli utenti che si presentano con disforia di genere possono avere una serie di problemi di salute mentale (Gomez-Gil, Trilla, Salamero, Godas & Valdes, 2009; Murad et al, 2010), anche connessi ad una lunga storia di disforia di genere e/o di minority stress. Possibili preoccupazioni comprendono ansia, depressione, autolesionismo, storie di abuso o di abbandono, compulsività, abuso di sostanze, problemi sessuali, disturbi della personalità, disturbi alimentari, disturbi psicotici e disturbi dello spettro autistico (Bockting et al, 2006; Nuttbrock et al, 2010; Robinow, 2009). Lo specialista dovrebbe ricercare questi ed altri problemi di salute mentale e includere i problemi individuati nel piano di trattamento globale. Queste comorbilità possono essere importanti fonti di disagio e, se non trattate, complicare il processo di esplorazione dell'identità di genere e la risoluzione della disforia (Bockting et al, 2006; Fraser, 2009a; Lev, 2009). Affrontarle può notevolmente facilitare la risoluzione della disforia di genere, portare ad eventuali modifiche nel ruolo di genere, scegliere in modo consapevole gli interventi medici e veder migliorare la propria qualità della vita.

Alcuni utenti possono beneficiare di farmaci psicotropi per alleviare sintomi o curare problemi di salute mentale coesistenti. I professionisti della salute mentale dovrebbero riconoscere questa situazione e fornire una farmacoterapia adeguata o rimandare l'utente ad un collega che sia qualificato a farlo. La presenza di problemi di salute mentale coesistenti non preclude necessariamente ad eventuali modifiche di ruolo di genere o all'accesso a terapia ormonale femminilizzante/mascolinizzante o ad interventi chirurgici, anzi, queste problematiche devono essere gestite in modo ottimale prima o in concomitanza con il trattamento della disforia. Inoltre va valutato se gli utenti siano in grado di fornire il consenso informato per i trattamenti medici.

I professionisti della salute mentale qualificati sono specificamente specializzati per valutare, diagnosticare e trattare (o riferire ad altri per il trattamento) questi problemi di salute mentale coesistenti. Anche altri specialisti con formazione appropriata sulla salute comportamentale, in particolare se facente parte di un team specialistico multidisciplinare che fornisce l'accesso alla terapia ormonale, possono ricercare questi problemi di salute mentale e, se necessario, inviare il paziente ad un professionista della salute mentale qualificato per una valutazione completa e per il trattamento.

4. Se necessario, valutare l'idoneità, preparare e inviare per la terapia ormonale

Gli *Standards di Cura* forniscono i criteri per prendere le decisioni appropriate in merito alla terapia ormonale femminilizzante/mascolinizzante (di cui al punto VIII e Appendice C). Il professionista della salute mentale può aiutare gli utenti che stanno valutando la terapia ormonale ad essere sia psicologicamente preparati (per esempio a prendere una decisione consapevole, basata su aspettative chiare e realistiche; pronto a ricevere un servizio in linea con il piano di trattamento globale; includendo la famiglia o la comunità a seconda dei casi) che effettivamente pronti (per esempio se è stato valutato da un medico per escludere o affrontare le controindicazioni mediche rispetto all'utilizzo degli ormoni o se ha preso in considerazione le implicazioni psico-sociali). Se gli utenti sono in età fertile, le opzioni relative alla riproduzione (Sezione IX) dovrebbero essere esplorate prima di iniziare la terapia ormonale.

E' importante per il professionista della salute mentale riconoscere che la decisione di prendere ormoni è in primo luogo decisione dell'utente - così come lo sono tutte le decisioni riguardanti la sua salute. Tuttavia, gli specialisti hanno la responsabilità di incoraggiare, guidare ed assistere gli utenti nel prendere decisioni pienamente consapevoli, informandoli adeguatamente. Per meglio supportare le decisioni dei loro utenti, i professionisti della salute mentale devono avere con loro un buon rapporto di lavoro e devono avere su di loro informazioni sufficienti. Gli utenti dovrebbero ricevere una valutazione tempestiva e attenta, con l'obiettivo di alleviare la propria disforia di genere e fornire loro assistenza medica adeguata.

Invio per la terapia ormonale femminilizzante/mascolinizzante

Le persone che desiderano ottenere la terapia ormonale, possono rivolgersi ad uno specialista in qualsiasi settore. Tuttavia, l'assistenza sanitaria delle persone transgender è un campo interdisciplinare, ed è raccomandato un coordinamento delle cure e la collaborazione tra i membri di un team specialistico.

La terapia ormonale può essere iniziata con l'invio del paziente da parte di un professionista della salute mentale ad altro medico. In alternativa, un sanitario formato in salute comportamentale e competente nella valutazione della disforia di genere, può valutare l'idoneità, preparare ed indirizzare il paziente per la terapia ormonale, se ha valutato l'assenza di significativa comorbidità psichiatrica e fa parte di un team specialistico multidisciplinare. Lo specialista che indirizza l'utente ad altro medico fornirà, nella lettera di riferimento - della storia personale e delle cure del paziente, il suo progresso e la sua idoneità alla terapia. Gli psicologi che raccomandano la terapia ormonale condividono la responsabilità etica e giuridica di tale decisione con il medico che fornisce il servizio.

Il contenuto della lettera di invio per la terapia ormonale dovrebbe essere il seguente:

1. Caratteristiche identificative generali dell'utente.
2. Risultati della valutazione psicosociale dell'utente, comprese eventuali diagnosi.
3. La durata del rapporto del professionista inviante con l'utente, compreso il tipo di valutazione e la terapia o il counseling svolti sino a quel momento.
4. Una spiegazione sul soddisfacimento dei criteri per la terapia ormonale e una breve descrizione delle motivazioni cliniche per sostenere la richiesta dell'utente a questa terapia.
5. Una dichiarazione che il consenso informato è stato ottenuto dal paziente.
6. Una dichiarazione che il professionista inviante è a disposizione, anche telefonicamente, per il coordinamento delle cure.

Per i medici che lavorano all'interno di un team specialistico multidisciplinare, una lettera può non essere necessaria, ma la valutazione e la raccomandazione possono essere allegate alla cartella clinica del paziente.

5. Se necessario, valutare l'ammissibilità, preparare ed inviare per la chirurgia

Gli *Standards di Cura* forniscono anche le linee guida per le decisioni in merito agli interventi di chirurgia toracica/seno e genitale (punto XI e Appendice C). Il professionista della salute mentale può aiutare gli utenti che stanno valutando un intervento chirurgico sia ad essere psicologicamente preparati (per esempio, prendendo una

decisione consapevole delle reali aspettative; è pronto a ricevere il servizio in linea con il piano di trattamento globale; ha incluso famiglia o comunità a seconda dei casi) che ad essere effettivamente pronti (per esempio, avendo scelto accuratamente un chirurgo per eseguire la procedura; ha organizzato il periodo post-operatorio). Se gli utenti sono in età fertile, le opzioni di riproduzione (Sezione IX) dovrebbero essere esplorate prima di essere sottoposti ad intervento chirurgico genitale.

Gli *Standards di Cura* non citano i criteri specifici per altre procedure chirurgiche, come ad esempio la chirurgia facciale atta a femminilizzare o mascolinizzare i tratti; tuttavia i professionisti della salute mentale possono svolgere un ruolo importante nell'aiutare i propri pazienti a prendere decisioni consapevoli sui tempi e sulle implicazioni di tali procedure nel contesto dell'intero processo di transizione o di coming-out.

E' importante per il professionista della salute mentale capire che la decisione di sottoporsi ad intervento chirurgico è in primo luogo decisione dell'utente - così come lo sono tutte le decisioni riguardanti la sua salute. Tuttavia, gli specialisti della salute mentale hanno la responsabilità di incoraggiare, guidare ed assistere gli utenti nel prendere decisioni pienamente consapevoli, informandoli adeguatamente. Per meglio supportare le decisioni dei loro pazienti, i professionisti della salute mentale devono avere con loro un buon rapporto di lavoro e devono avere su di loro informazioni sufficienti. Gli utenti dovrebbero ricevere una valutazione tempestiva e attenta, con l'obiettivo di alleviare la loro disforia di genere e fornire loro adeguati servizi medici.

Invio per la terapia chirurgica

I trattamenti chirurgici per la disforia di genere possono essere iniziati con un invio ad altro medico (uno o due, a seconda del tipo di intervento chirurgico) da parte di uno specialista della salute mentale. Il referente fornirà la documentazione - nella lettera di riferimento - della storia personale e delle cure del paziente, il suo progresso e la sua idoneità alla terapia. Gli specialisti della salute mentale che raccomandano gli interventi chirurgici condividono la responsabilità etica e giuridica di tale decisione con il chirurgo che fornisce il servizio.

- L'invio da parte di un professionista della salute mentale ad altro specialista è necessario per gli interventi al torace/seno (ad esempio, mastectomia, ricostruzione del torace o mastoplastica additiva).

- L'invio da parte di due professionisti della salute mentale che abbiano valutato in maniera indipendente il paziente, è invece necessario per la chirurgia dei genitali (ad esempio, l'isterectomia/salpingo-ovariectomia, orchietomia, chirurgia ricostruttiva dei genitali). Se il primo referente è lo psicoterapeuta del paziente, il secondo dovrebbe essere una persona che ha avuto solo un ruolo valutativo. Saranno necessarie due lettere separate, o una lettera firmata da entrambi (ad esempio, se entrambi lavorano nella stessa clinica). Ogni lettera, tuttavia, dovrebbe contenere gli stessi argomenti nelle aree descritte di seguito.

Il contenuto delle lettere di raccomandazione per la chirurgia è il seguente:

1. Caratteristiche identificative generali dell'utente;
2. Risultati della valutazione psicosociale dell'utente, comprese eventuali diagnosi;
3. La durata del rapporto del referente con l'utente, compreso il tipo di valutazione e la terapia o il counseling svolti sino ad oggi;
4. Una spiegazione sul soddisfacimento dei criteri per gli interventi chirurgici e una breve descrizione delle motivazioni cliniche per sostenere la richiesta del paziente per gli interventi;
5. Una dichiarazione che il consenso informato è stato ottenuto dal paziente;
6. Una dichiarazione che il professionista della salute mentale è a disposizione, anche telefonicamente, per il coordinamento delle cure.

Per i medici che lavorano all'interno di un team specialistico multidisciplinare la lettera può non essere necessaria ma la valutazione e la raccomandazione possono essere allegate alla cartella clinica del paziente.

Rapporti tra Professionisti della Salute Mentale ed Endocrinologi, Chirurghi, ed Altri Operatori Sanitari

La situazione ideale sarebbe che i professionisti della salute mentale si consultassero e discutessero periodicamente dei loro progressi nella valutazione e nel trattamento della disforia di genere con altri specialisti competenti (sia del proprio settore che di altre discipline sanitarie). Il rapporto tra i professionisti coinvolti nella cura della salute dell'utente deve essere collaborativo, con coordinamento e dialogo quando e dove necessario. Una comunicazione aperta e costante è necessaria per la consultazione, l'invio e la gestione delle problematiche post-operatorie.

Attività Correlate alla Psicoterapia

1. La psicoterapia non è un requisito assoluto per la terapia ormonale e la chirurgia

Uno screening della salute mentale e/o di valutazione come spiegato precedentemente, è necessario per l'invio a trattamenti ormonali e chirurgici per la disforia di genere. Al contrario, la psicoterapia, anche se vivamente consigliata, non è un requisito necessario.

Gli *Standards di Cura* non prevedono un numero minimo di sedute di psicoterapia prima della terapia ormonale o di un intervento chirurgico. Le ragioni di ciò sono molteplici (Lev, 2009): in primo luogo, un numero minimo di sedute tende ad essere interpretato come un ostacolo, che scoraggia la reale opportunità di crescita personale;

in secondo luogo, i professionisti della salute mentale sono in grado di offrire un importante supporto agli utenti in tutte le fasi di esplorazione dell'identità di genere, dell'espressione di genere, e della possibile transizione, non soltanto prima di un intervento medico. Infine, non è detto che gli utenti raggiungano gli stessi obiettivi in un periodo di tempo standardizzato.

2. Obiettivi della psicoterapia per gli adulti con problemi di genere

L'obiettivo generale della psicoterapia è quello riuscire a massimizzare il benessere psicologico complessivo di una persona, la sua qualità di vita e la realizzazione di sé. La psicoterapia non è destinata ad alterare l'identità di genere di una persona, anzi, può aiutare un individuo ad esplorare le questioni di genere e a trovare il modo per alleviare la disforia, se presente (Bockting et al, 2006; Bockting & Coleman, 2007; Fraser, 2009a; Lev, 2004). Tipicamente, l'obiettivo terapeutico generale è quello di aiutare le persone transessuali, transgender e di genere non-conforme ad ottenere dei benefici a lungo termine nell'espressione della loro identità di genere, con realistiche possibilità di successo nei loro rapporti interpersonali, a scuola o nel lavoro. Per ulteriori dettagli, vedere Fraser (Fraser, 2009c).

La psicoterapia può essere per singole persone, coppie, famiglie o gruppi, quest'ultimo tipo è particolarmente importante per promuovere il sostegno tra i pari.

3. La psicoterapia per le persone transessuali, transgender e di genere non-conforme - compresa la consulenza e il sostegno per i cambiamenti nel ruolo di genere

Trovare un ruolo di genere in cui ci si senta a proprio agio è, innanzi tutto, un processo psico-sociale. La psicoterapia può essere un prezioso aiuto per le persone transessuali, transgender e di genere non-conforme per tutto ciò che segue: (i) chiarire ed esplorare l'identità ed il ruolo di genere, (ii) affrontare l'impatto dello stigma e di altri stress minori sulla propria salute mentale e sul proprio sviluppo e (iii) facilitare il processo di coming out (Bockting & Coleman, 2007; Devor, 2004; Lev, 2004), che per alcuni individui può includere cambiamenti nell'espressione di ruolo di genere e l'uso di interventi medici femminilizzanti/mascolinizzanti.

I professionisti della salute mentale sono in grado di fornire supporto e promuovere le abilità interpersonali e le capacità di recupero negli individui e nelle loro famiglie, in un mondo che spesso è mal preparato ad accogliere e rispettare le persone transgender, transessuali e di genere non-conforme. La psicoterapia può anche aiutare ad alleviare quei problemi di salute mentale coesistenti (ad esempio ansia e depressione) identificati durante l'osservazione e la valutazione psicodiagnostica.

Per le persone transessuali, transgender e di genere non-conforme intenzionate a cambiare il proprio ruolo di genere in modo permanente e a fare una transizione sociale,

il professionista della salute mentale può aiutare a sviluppare un piano individuale con obiettivi e scadenze specifici. Mentre l'esperienza di cambiare il proprio ruolo di genere differisce da persona a persona, le implicazioni sociali di questa esperienza sono solitamente difficili da affrontare, spesso più degli aspetti fisici. Poiché la modifica di ruolo di genere può avere profonde conseguenze sociali e personali, questa decisione deve essere presa con la consapevolezza di ciò che probabilmente saranno le sfide a livello familiare, interpersonale, educativo, professionale, economico e giuridico, in modo da poter vivere con successo il proprio ruolo di genere.

Molte persone transessuali, transgender e di genere non-conforme si presentano per le cure senza essere mai stati accettati nel ruolo di genere più congruente con la loro identità di genere. Il professionista della salute mentale può aiutare questi pazienti a esplorare e anticipare le implicazioni dei cambiamenti di ruolo di genere e definire il ritmo del loro processo di attuazione. La psicoterapia è in grado di fornire uno spazio dove gli utenti possono cominciare ad esprimersi in modo congruente con la propria identità di genere e, per alcuni, a superare la paura dei cambiamenti nell'espressione di genere. Al di fuori della terapia possono essere affrontati i rischi calcolati per acquisire esperienza e costruire fiducia nel nuovo ruolo. Può anche essere fornita assistenza per il coming-out in famiglia e nella propria comunità (amici, scuola, posto di lavoro).

Altri si presenteranno per le cure avendo già acquisito esperienze di vita (minime, moderate o estese) in un ruolo di genere che si differenzia da quello associato al sesso assegnato loro alla nascita. Il professionista della salute mentale può aiutare questi utenti ad identificare e ad affrontare potenziali sfide così come a promuovere l'adeguamento ottimale al ruolo di genere durante i cambiamenti.

4. Terapia familiare o di sostegno per i familiari

Le decisioni sui cambiamenti nel ruolo di genere e sugli interventi medici per la disforia di genere hanno implicazioni non solo per gli utenti, ma anche per le loro famiglie (Emerson & Rosenfeld, 1996; Fraser, 2009a; Lev, 2004). Il professionista della salute mentale è in grado di assistere gli utenti nel prendere decisioni ponderate su come comunicare ai familiari e agli altri la propria identità di genere e le proprie decisioni terapeutiche. La terapia familiare può includere il lavoro con coniugi o partner, così come con bambini e con gli altri membri della famiglia allargata.

Gli utenti possono anche richiedere assistenza nelle loro relazioni e per quel che riguarda la salute sessuale. Per esempio, possono decidere di esplorare la loro sessualità ed eventuali preoccupazioni collegate all'intimità.

La terapia familiare può essere offerta come parte della terapia individuale dell'utente e, se clinicamente appropriato, essere svolta dallo stesso psicologo. In alternativa si può indirizzare ad un altro terapeuta con competenze specifiche per lavorare con i membri della famiglia o verso altre fonti di sostegno tra pari (ad esempio, reti di sostegno online o gruppi per partner o famiglie).

5. Follow-up per tutta la vita

I professionisti della salute mentale possono lavorare con gli utenti e le loro famiglie in diverse fasi della loro vita. La psicoterapia può essere utile in tempi diversi e per diversi problemi durante tutto il ciclo di vita.

6. E-therapy, counseling on-line, o counseling a distanza

La terapia online o e-therapy ha dimostrato essere particolarmente utile per le persone che hanno difficoltà ad accedere ad un trattamento psicoterapeutico competente e che possono essere soggette ad isolamento e stigma (Derrig - Palumbo & Zeine, 2005; Fenichel et al, 2004; Fraser, 2009b). Di conseguenza l'e-therapy può rivelarsi una modalità utile per la psicoterapia con persone transessuali, transgender e di genere non-conforme. L'e-therapy offre opportunità per servizi specifici potenzialmente migliorati, ampliati, creativi e personalizzati sebbene, come modalità di sviluppo, può anche portare rischi imprevisti. Le linee guida di Telemedicina (Telemedicina) sono chiare per quel che riguarda alcune discipline in alcune parti degli Stati Uniti (Fraser, 2009b; Maheu, Pulier, Wilhelm, McMenamin & Brown-Connolly, 2005) ma non in tutti gli stati; la situazione internazionale è ancor meno definita (Maheu et al. 2005). Fino a che non ci sarà una conferma più ampia dei dati sull'uso dell'e-therapy, si consiglia cautela nel suo utilizzo.

Agli specialisti che adottano l'e-therapy si consiglia di rimanere costantemente aggiornati tramite le proprie associazioni professionali, le regolamentazioni specifiche del paese e la diversa letteratura esistente su questo strumento in così rapida evoluzione. E' già stata pubblicata una descrizione più approfondita degli usi potenziali, dei processi e delle considerazioni etiche relative alla e-therapy (Fraser, 2009b).

Altri Compiti dei Professionisti della Salute Mentale

1. Istruire e sostenere gli utenti all'interno delle loro comunità (scuole, luoghi di lavoro, altre organizzazioni) ed assisterli durante la modifica dei documenti di identità

Le persone transessuali, transgender e di genere non-conforme possono affrontare le sfide nelle loro vite professionali, educative ecc, via via che la loro identità/espressione di genere si sviluppa (Lev, 2004, 2009). I professionisti della salute mentale possono svolgere un ruolo importante per educare le persone a questi temi relativi alla non-conformità di genere con il sostegno ai propri utenti (Currah, Juang & Minter, 2006) (Currah & Minter, 2000). Questo ruolo può prevedere un confronto con consulenti scolastici, insegnanti e amministratori, personale delle risorse umane, responsabili del personale e datori di lavoro, rappresentanti di altre organizzazioni e istituzioni. Inoltre, gli operatori sanitari possono essere chiamati a sostenere i cambiamenti di nome di un utente e/o l'indicazione del sesso sui documenti d'identità quali passaporti, patenti di guida, certificati di nascita e diplomi.

2. Fornire informazioni e riferimento per il sostegno tra pari

Per alcune persone transessuali, transgender e di genere non-conforme, un'esperienza in gruppi di auto aiuto può essere più utile per lo sviluppo della propria espressione di genere che non la psicoterapia individuale (Rachlin, 2002). Entrambe le esperienze sono potenzialmente importanti e tutte le persone che trattano questioni di genere dovrebbero essere incoraggiate a partecipare alle attività della comunità, se possibile. Dovrebbero essere rese disponibili tutte quelle risorse per il sostegno reciproco e le informazioni necessarie.

Cultura e sue Ramificazioni per la Valutazione e la Psicoterapia

Gli specialisti sanitari lavorano in ambienti estremamente diversi in tutto il mondo. Le forme di disagio che portano le persone a cercare assistenza professionale sono comprese e classificate in metodi e tipologie influenzate dalla propria cultura (Frank & Frank, 1993). I diversi contesti culturali sono determinanti nel modo in cui tali condizioni sono comprese dai professionisti della salute mentale. Le differenze culturali relative all'identità e all'espressione di genere possono influenzare i pazienti, gli specialisti e la pratica stessa della psicoterapia. La WPATH riconosce che gli *Standards di Cura* si sono sviluppati in una tradizione culturale occidentale e potrebbero dover essere adattati a seconda del contesto culturale.

Linee Guida Etiche Legate alla Salute Mentale

I professionisti della salute mentale devono essere certificati per praticare in un determinato paese, secondo le norme professionali di quel paese (Fraser, 2009b; Papa e Vasquez, 2011). Essi devono rispettare i codici etico-deontologici della loro licenza professionale o delle organizzazioni di certificazione nel loro lavoro e con gli utenti transessuali, transgender e di genere non-conforme.

Già in passato sono stati tentati trattamenti volti a cercare di cambiare l'identità o l'espressione di genere di una persona per renderla più congruente con il sesso assegnato alla nascita (Gelder & Marks, 1969; Greenson, 1964), ma senza successo, in particolare nel lungo termine (Cohen-Kettenis & Kuiper, 1984; Pauly, 1965). Tale trattamento non è più considerato etico.

Se il professionista della salute mentale si trova a disagio o non ha esperienza nel lavorare con persone transessuali, transgender e di genere non-conforme e con le loro famiglie, dovrebbe inviare gli utenti a un altro specialista competente o almeno consultare un esperto tra i propri colleghi. Se gli operatori locali non sono disponibili, la consultazione può essere fatta tramite il metodo telesalute, cercando di soddisfare i requisiti locali per la consultazione a distanza.

Problemi di Accesso alle Cure

I professionisti della salute mentale qualificati non sono disponibili ovunque, quindi l'accesso alle cure appropriate potrebbe essere limitato. La WPATH intende migliorare la disponibilità di questi specialisti e offre regolarmente corsi di formazione per formare professionisti di varie discipline in modo che possano offrire assistenza sanitaria qualificata alle persone transgender. Un metodo per migliorare l'accesso alle cure potrebbe anche essere quello di fornire cure per la salute mentale a distanza, attraverso l'uso della tecnologia (Fraser, 2009b).

In molti luoghi in tutto il mondo, l'accesso alle cure sanitarie per transessuali, transgender e persone di genere non-conforme è anche limitato dalla mancanza di assicurazione sanitaria o di altri mezzi per pagare le terapie necessarie: la WPATH invita le compagnie di assicurazioni sanitarie e di terze parti a coprire le cure mediche necessarie per alleviare la disforia di genere (American Medical Association, 2008; Anton, 2009; The World Professional Association for Transgender Health, 2008).

Un utente che non è in grado di accedere alle cure e ai servizi dovrebbe essere indirizzato alle risorse disponibili di supporto tra pari (online e non). Infine, potrebbe essere indicato un servizio di riduzione del danno per assistere gli utenti nelle decisioni più importanti, volte al miglioramento della loro qualità di vita.

VIII

Terapia Ormonale

Necessità Medica della Terapia Ormonale

La terapia ormonale femminilizzante/mascolinizzante - la somministrazione di agenti esogeni endocrini per indurre cambiamenti al femminile o al maschile - è un intervento medico indispensabile per molte persone transessuali, transgender e di genere non-conforme con disforia di genere (Newfield, Hart, Dibble & Kohler, 2006; Pfäfflin & Junge, 1998). Alcune persone cercano il massimo livello di femminilizzazione/mascolinizzazione, mentre altri provano sollievo con un risultato androgino che derivi dalla minimizzazione delle caratteristiche sessuali secondarie (Factor & Rothblum, 2008). I risultati psicosociali della terapia ormonale sono riassunti nell'Appendice D.

La terapia ormonale deve essere individuata sulla base degli obiettivi del paziente, il rapporto rischi/benefici dei farmaci, la presenza di altre condizioni mediche e la valutazione delle diverse problematiche socio-economiche. La terapia ormonale può offrire un benessere notevole ai pazienti che non desiderino fare una transizione sociale di ruolo di genere o sottoporsi all'intervento chirurgico, oppure che non siano in grado di farla (Meyer III, 2009).

La terapia ormonale è raccomandata per alcuni trattamenti chirurgici per la disforia di genere, ma non per tutti (vedere Sezione XI e Appendice C).

Criteri per la Terapia Ormonale

La terapia ormonale può essere prescritta da un professionista della salute mentale qualificato dopo una valutazione psico-sociale e dopo aver ottenuto il consenso informato dal paziente, come indicato nella Sezione VII degli *Standards di Cura*. E' richiesto un invio da parte dello specialista che ha eseguito la valutazione, a meno che la valutazione sia stata effettuata da un prescrittore di ormoni che sia anch'esso qualificato in questo settore.

I criteri per prescrivere la terapia ormonale sono i seguenti:

1. Disforia di genere persistente e ben documentata;
2. Capacità di prendere una decisione pienamente consapevole dando il consenso al trattamento;
3. Raggiungimento della maggiore età per quel dato paese (se più giovani, si seguono gli standard di assistenza di cui al punto VI);
4. Nel caso siano presenti rilevanti problematiche mediche o riguardanti la salute mentale, devono essere svolti adeguati approfondimenti.

Come indicato al punto VII degli *Standards di Cura*, la presenza di problemi di salute mentale concomitanti non preclude necessariamente l'accesso al trattamento ormonale, anzi, queste problematiche devono essere gestite prima o contemporaneamente al trattamento per la disforia di genere.

In casi specifici, è possibile prescrivere ormoni a pazienti che non hanno soddisfatto questi criteri: ad esempio per favorire la somministrazione di ormoni sicuramente efficaci sotto supervisione medica piuttosto che lasciare il paziente a cure illecite o fai-da-te senza supervisione quando essi sono già affermati nel loro genere scelto ed hanno già assunto ormoni. Non è considerato etico negare l'idoneità alla terapia ormonale o negarne l'accesso sulla base di sieropositività del sangue del paziente, o per infezioni come l'HIV o l'epatite B o C.

In rari casi, la terapia ormonale può essere controindicata a causa di gravi condizioni di salute specifiche. Gli operatori sanitari dovrebbero aiutare questi pazienti ad accedere a quegli interventi non ormonali previsti per la disforia di genere. In queste circostanze, è utilissima la presenza di un professionista della salute mentale qualificato che abbia familiarità con il paziente.

Consenso Informato

La terapia ormonale femminilizzante/mascolinizzante può portare a cambiamenti fisici irreversibili, quindi dovrebbe essere prescritta solo a coloro che sono legalmente in grado di fornire il consenso informato per la terapia. Questo include le persone che sono state dichiarate da un tribunale “minori emancipati”, le persone in carcere, le persone con deficit cognitivi comunque considerate competenti a partecipare alle decisioni mediche riguardanti la loro persona (si veda anche Bockting et al, 2006). Il medico deve documentare all'interno della cartella clinica del paziente di avergli fornito tutte le informazioni sulla terapia ormonale, i possibili benefici, i rischi e l'impatto sulla sua capacità riproduttiva, e che queste informazioni siano state recepite e capite.

Rapporto tra gli Standards di Cura ed i Protocolli del Modello di Consenso Informato

Un certo numero di centri di salute negli Stati Uniti hanno sviluppato dei protocolli per fornire la terapia ormonale basata su un approccio che è diventato noto come il modello di consenso informato (Callen Lorde Community Health Center, 2000, 2011; Fenway Community Health Transgender Health Program, 2007; Tom Waddell Health Center, 2006). Questi protocolli sono in accordo con le linee guida presentate nella settima versione degli *Standards di Cura* della WPATH. Tali Standards costituiscono linee guida cliniche flessibili che consentono di adattare gli interventi alle esigenze dei singoli servizi di ricezione e l'adattamento dei protocolli al contesto in cui tali servizi sono prestati (Ehrbar & Gorton, 2010).

Ottenere il consenso informato per la terapia ormonale è un compito importante per assicurare che il paziente comprenda i benefici psicologici e fisici ed i rischi della terapia ormonale, così come le sue implicazioni psicosociali. I prescrittori di ormoni o gli psicologi che raccomandano gli ormoni dovrebbero avere la conoscenza e l'esperienza per valutare la disforia di genere. Essi dovrebbero informare gli utenti dei particolari benefici, limiti e rischi degli ormoni, considerando età del paziente, precedenti esperienze con ormoni e concomitanti problemi di salute fisica o mentale.

Lo screening per l'individuazione di eventuali problemi di salute mentale è una parte importante del processo del consenso informato. Questo può essere fatto da un professionista della salute mentale o da un prescrittore specificatamente formato (vedere la Sezione VII degli *Standards di Cura*). Quando necessario il prescrittore stesso o un altro membro del team di assistenza sanitaria (ad esempio, un infermiere) può affrontare le implicazioni psico-sociali connesse all'assunzione di ormoni (ad esempio, l'impatto della mascolinizzazione/femminilizzazione su come si viene percepiti ed il suo potenziale impatto nei rapporti con familiari, amici e colleghi di lavoro). Se indicato, invieranno il paziente alla psicoterapia o alla valutazione e al trattamento dei problemi di salute mentale coesistenti, come ansia o depressione.

La differenza tra il Modello di Consenso Informato e la settima versione degli *Standards di Cura* è che gli *Standards di Cura* mettono in maggior risalto l'importante ruolo che il professionista della salute mentale può giocare per alleviare la disforia di genere e per favorire i cambiamenti nel ruolo di genere e nell'adattamento psicosociale. Questo può includere una valutazione globale della salute mentale e la psicoterapia, quando indicato. Nel Modello di Consenso Informato, l'obiettivo è ottenere questo consenso informato per poter iniziare la terapia ormonale in un approccio multidisciplinare, e di riduzione del danno. Minor enfasi viene posta sul fornire assistenza sanitaria mentale, a meno che il paziente non lo richieda o a meno che non compaiano problematiche di salute mentale che debbano essere affrontate prima di prescrivere gli ormoni.

Effetti Fisici della Terapia Ormonale

La terapia ormonale femminilizzante/mascolinizzante può indurre cambiamenti fisici che sono più congruenti con l'identità di genere di un paziente.

- Nei pazienti FtM, ci si attendono i seguenti cambiamenti fisici: abbassamento della voce, ingrossamento del clitoride (variabile), crescita dei peli del viso e del corpo, cessazione delle mestruazioni, atrofia del tessuto mammario, aumento della libido e diminuzione della percentuale di grasso corporeo rispetto alla massa muscolare.

- Nelle pazienti MtF, ci si attendono i seguenti cambiamenti fisici: crescita del seno (variabile), diminuzione della libido e delle erezioni, riduzione della dimensione dei testicoli e aumento della percentuale di grasso corporeo rispetto alla massa muscolare.

La maggior parte dei cambiamenti fisici, sia femminilizzanti che mascolinizzanti, si verificano nel corso di due anni. L'entità dei cambiamenti fisici e la sequenza temporale esatta degli effetti possono essere molto variabili. Le tabelle IA e IB delineano approssimativamente la cronologia di questi cambiamenti fisici.

tab.A - EFFETTI E CRONOLOGIA ATTESA DEGLI ORMONI MASCOLINIZZANTI ^(a)

Effetto	Inizio atteso Effetti ^(b)	Massimo Effetto atteso ^(b)
seborrea / acne	1-6 mesi	1-2 anni
crescita di peli facciali / corporei	3-6 mesi	3-5 anni
perdita di capelli (alopecia)	>12 mesi ^(c)	variabile
aumento della massa muscolare/forza	6-12 mesi	2-5 anni ^(d)
ridistribuzione del grasso corporeo	3-6 mesi	2-5 anni
cessazione delle mestruazioni	2-6 mesi	-
ipertrofia clitoridea	3-6 mesi	1-2 anni
atrofia vaginale	3-6 mesi	1-2 anni
abbassamento della voce	3-12 mesi	1-2 anni

(a) Adattati con il permesso di Hembree et al. (2009). Copyright 2009, The Endocrine Society

(b) Queste stime rappresentano osservazioni cliniche pubblicate e non

(c) Grandemente variabile a seconda dell'età e dell'ereditarietà: potrebbe essere minima

(d) Dipendente in modo significativo dall'entità dell'attività fisica

tab. B - EFFETTI E CRONOLOGIA ATTESA DEGLI ORMONI FEMMINILIZZANTI ^(a)

Effetto	Inizio atteso Effetti ^(b)	Massimo Effetto atteso^(b)
ridistribuzione del grasso corporeo	3-6 mesi	2-5 anni
diminuzione della massa muscolare/forza	3-6 mesi	1-2 anni ^(c)
assottigliamento della pelle/diminuzione seborrea	3-6 mesi	non noto
diminuzione della libido	1-3 mesi	1-2 anni
diminuzione delle erezioni spontanee	1-3 mesi	3-6 mesi
disfunzioni sessuali maschili	variabile	variabile
crescita del seno	3-6 mesi	2-3 anni
diminuzione del volume testicolare	3-6 mesi	2-3 anni
diminuzione della produzione di sperma	variabile	variabile
assottigliamento e crescita rallentata di peli su viso e corpo	6-12 mesi	> 3 anni ^(d)
calvizie tipica maschile	non c'è ricrescita la perdita di capelli cessa, si arresta in 1-3 mesi	1-2 anni

(a) Adattati con il permesso di Hembree et al. (2009). Copyright 2009, The Endocrine Society

(b) Queste stime rappresentano osservazioni cliniche pubblicate e non

(c) Dipendente in modo significativo dall'entità dell'attività fisica

(d) Per una completa rimozione dei peli corporei e facciali sono necessari trattamenti con elettrolisi, laser, o entrambi.

Il grado ed il tasso (entità) degli effetti fisici dipende in parte dalla dose, dalla via di somministrazione e dalla tipologia dei farmaci usati, scelti in conformità con gli obiettivi specifici di un paziente (per esempio, cambiamenti nell'espressione/ruolo di genere, prospettiva di riattribuzione di sesso) ed in parte dal profilo di rischio medico. Al momento non c'è evidenza che la risposta alla terapia ormonale possa dipendere da età, aspetto fisico, etnia, o aspetto familiare, con la possibile eccezione dell'abbassamento della voce in soggetti FtM. A parità di tutti gli altri fattori, non ci sono prove che suggeriscano che un metodo di somministrazione di ormoni o una tipologia di ormone sia più efficace di un altro nell'indurre i cambiamenti fisici desiderati.

Rischi della Terapia Ormonale

Tutti gli interventi medici comportano dei rischi. La probabilità di un evento avverso grave dipende da numerosi fattori: il farmaco stesso, il dosaggio, la via di somministrazione, e le caratteristiche cliniche del paziente (età, co-morbidità, storia familiare, abitudini sanitarie). E' quindi impossibile prevedere se un dato effetto avverso accadrà in un determinato paziente.

I rischi associati alla terapia ormonale femminilizzante/mascolinizzante per transessuali, transgender, e persone di genere non-conforme nel suo complesso, sono riassunte nella tabella 2. In base al livello dell'evidenza, i rischi sono classificati come segue: (i) probabile aumento del rischio con la terapia ormonale, (ii) possibile aumento del rischio con la terapia ormonale, o (iii) in conclusive rischio non aumentato. Gli elementi dell'ultima categoria potrebbero presentare dei rischi, ma il riscontro è talmente minimo che non si può giungere ad alcuna conclusione effettiva.

Ulteriori dettagli su questi rischi si trovano nell'Appendice B, basata su due revisioni della letteratura relativa alla terapia ormonale mascolinizzante/femminilizzante complete, e basate sulle evidenze (Feldman & Safer, 2009; Hembree et al, 2009), e su di un ampio studio di coorte (Asscheman et al, 2011). Queste revisioni possono servire come riferimenti dettagliati per i prescrittori insieme ad altri materiali clinici largamente riconosciuti nel settore e pubblicati (Dahl, Feldman, Goldberg & Jaber, 2006; Ettner, Monstrey & Eyler, 2007).

tab. 2 - RISCHI ASSOCIATI ALLA TERAPIA ORMONALE.
IN GRASSETTO GLI ELEMENTI CLINICAMENTE SIGNIFICATIVI

Livello di Rischio	Ormoni Femminilizzanti	Ormoni Mascolinizzanti
Probabile aumento	Malattie trombo-emboliche venose ^A Calcoli biliari Aumento degli enzimi epatici Aumento di peso Ipertrigliceridemia	Policitemia Aumento di peso Acne Alopecia androgenica (calvizie) Apnea notturna
Probabile aumento in presenza di ulteriori fattori di rischio ^B	Malattie cardiovascolari	
Possibile aumento di rischio	Iperensione Iperprolattinemia o prolattinoma	Aumento degli enzimi epatici Iperlipidemia
Possibile aumento in presenza di ulteriori fattori di rischio ^B	Diabete di tipo 2 ^A	Destabilizz. di alcuni disturbi psichiatrici ^C Malattie cardiovascolari Iperensione Diabete di tipo 2
Non aumentato o inconcludente	Carcinoma mammario	Perdita di densità ossea Carcinoma mammario Cancro alla cervice Cancro alle ovaie Cancro all'utero

(A) Il rischio è maggiore con la somministrazione di estrogeni per via orale rispetto alla somministrazione transdermica

(B) Ulteriori fattori di rischio comprendono l'età

(C) Comprende disturbi bipolari, schizoaffettivi ed altri sintomi psicotici o maniacali. Questo evento avverso, pare sia associato a posologie più elevate o a livelli ematici sovralfisiologici di testosterone.

Competenza dei Medici che Prescrivono Ormoni, Rapporti con Altri Operatori Sanitari

La terapia ormonale femminilizzante/mascolinizzante è meglio intrapresa se associata a un'assistenza sanitaria completa, che comprende l'assistenza primaria e un approccio coordinato ai problemi psicosociali (Feldman & Safer, 2009). Mentre la psicoterapia o il counseling non sono richiesti per iniziare la terapia ormonale, se un terapeuta è coinvolto è consigliabile la regolare comunicazione tra gli specialisti (con il consenso del paziente) in modo da garantire che il processo di transizione prosegua bene, sia dal punto di vista fisico che psicosociale.

Con una formazione adeguata, la terapia ormonale femminilizzante/mascolinizzante può essere gestita da operatori diversi, compresi infermieri e medici di base (Dahl et al, 2006). Le visite mediche durante la terapia di mantenimento offrono l'opportunità di fornire una più ampia assistenza a persone che spesso sono meno seguite dal punto di vista clinico (Clements, Wilkinson, Kitano & Marx, 1999; Feldman, 2007; Xavier, 2000). Molte delle attività di screening e la gestione di co-morbidità associate all'uso di ormoni a lungo termine, come i fattori di rischio cardiovascolare e lo screening dei tumori, rientrano più nell'ambito delle cure primarie, piuttosto che in quelle specialistiche (American Academy of Family Physicians, 2005; Eyer, 2007; Organizzazione Mondiale della Sanità, 2008), in particolare in quei luoghi dove non sono disponibili medici specializzati o team di specialisti esperti sull'identità di genere.

Dati i bisogni multidisciplinari delle persone transessuali, transgender, e di genere non-conforme che richiedono la terapia ormonale, così come le difficoltà legate alla frammentazione delle cure in generale, (Organizzazione Mondiale della Sanità, 2008), la WPATH incoraggia vivamente la maggiore formazione ed il coinvolgimento dei medici di base nell'ambito delle terapie ormonali femminilizzanti/mascolinizzanti. Se gli ormoni vengono prescritti da uno specialista, ci dovrebbe essere stretta collaborazione con il medico che fornisce l'assistenza di base al paziente. Al contrario, dovrebbe essere coinvolto un prescrittore esperto di ormoni o un se il medico di base non ha alcuna esperienza con questo tipo di terapia ormonale, o se il paziente ha una malattia metabolica o endocrina preesistente sulla quale la terapia endocrina potrebbe influire.

Mentre corsi di formazione specifici sulla medicina transgender non esistono ancora, coloro che prescrivono ormoni hanno la responsabilità di acquisire le adeguate conoscenze e l'esperienza in questo settore. I medici possono aumentare la loro esperienza ed il comfort nel fornire la terapia ormonale femminilizzante/mascolinizzante lavorando in collaborazione o consultando un prescrittore di maggior esperienza, o fornendo tipi più limitati di terapia ormonale prima di passare all'inizio della terapia vera e propria. Poiché questo campo della medicina si sta evolvendo, i medici dovrebbero tenersi aggiornati con la letteratura medica specifica, e discutere i problemi emergenti con i colleghi. Tali discussioni potrebbero svolgersi, tenersi attraverso le reti costituite dalla WPATH e da altre organizzazioni nazionali / locali.

Responsabilità dei Medici che Prescrivono Ormoni

In generale, i clinici che prescrivono la terapia ormonale dovrebbero:

1. Effettuare una prima valutazione che comprenda la discussione degli obiettivi di transizione fisica di un paziente, l'anamnesi, l'esame obiettivo, la valutazione del rischio ed i relativi test di laboratorio.
2. Discutere con il paziente gli effetti previsti dei farmaci femminilizzanti/mascolinizzanti ed i possibili effetti negativi sulla salute. Questi effetti possono includere una riduzione della fertilità (Feldman & Safer, 2009; Hembree et al, 2009). Pertanto, le opzioni riproduttive devono essere discusse con i pazienti prima di iniziare la terapia ormonale (vedi sezione IX).
3. Confermare che i pazienti abbiano la capacità di comprendere rischi e benefici del trattamento e siano in grado di prendere una decisione consapevole circa le cure mediche.
4. Fornire monitoraggio medico costante durante le cure, tra cui regolari esami obiettivi e di laboratorio per monitorare l'efficacia degli ormoni ed eventuali effetti collaterali.
5. Comunicare, se necessario, con il medico di base del paziente, il professionista della salute mentale ed il chirurgo.
6. Se necessario, fornire al paziente una breve dichiarazione scritta che indichi il loro essere sotto supervisione medica e terapia che includono una terapia ormonale femminilizzante/mascolinizzante. Soprattutto durante le prime fasi di trattamento ormonale, il paziente potrebbe voler portare con sé questa dichiarazione per prevenire difficoltà o incomprensioni con la polizia o altre autorità.

A seconda della situazione clinica per la fornitura di ormoni (vedi sotto), alcune di queste responsabilità sono meno rilevanti. Così, il livello di counseling, di esami obiettivi e di laboratorio deve essere personalizzato in base alle esigenze del paziente.

Situazioni Cliniche per la Terapia Ormonale

Ci sono circostanze in cui i medici potrebbero dover fornire ormoni senza necessariamente iniziare o mantenere una terapia femminilizzante/mascolinizzante a lungo termine. A seconda di queste diverse situazioni cliniche (vedi sotto, dal meno alto al più alto livello di complessità), si possono coinvolgere dei medici nella terapia ormonale femminilizzante/mascolinizzante che non si sentirebbero altrimenti in grado di offrire questo trattamento.

1. Collegamento

Nel caso in cui gli ormoni sono prescritti da un altro medico o ottenuti con altri mezzi (ad esempio, acquistando su internet), i pazienti possono presentarsi per le cure avendo già iniziato una terapia ormonale. Il medico può prescrivere ormoni per un periodo limitato (1-6 mesi) mentre aiuta il paziente a trovare un medico che possa prescrivergli la terapia ormonale a lungo termine. Questo medico deve valutare la sicurezza e le interazioni farmacologiche dello schema terapeutico attuale del paziente, sostituire i farmaci o variare i dosaggi quando indicato (Dahl et al, 2006; Feldman & Safer, 2009). Se gli ormoni sono stati precedentemente prescritti, devono essere richieste le cartelle cliniche (con il permesso del paziente) per ottenere i risultati degli esami basali e dei test di laboratorio e per valutare eventuali eventi avversi. Chi prescrive gli ormoni dovrebbe anche comunicare con il professionista della salute mentale attualmente impegnato nella cura del paziente. Se il paziente non è mai stato sottoposto ad una valutazione psico-sociale, come raccomandato dagli *Standards di Cura* (vedere la Sezione VII), il medico dovrebbe indirizzarlo ad un professionista della salute mentale qualificato, se opportuno e fattibile (Feldman & Safer, 2009). I medici che prescrivono ormoni in questa situazione, devono lavorare con i pazienti per stabilire i limiti della durata di questo tipo di terapia di collegamento.

2. Terapia ormonale dopo la rimozione delle gonadi

La terapia ormonale sostitutiva con estrogeni o testosterone, di solito continua per tutta la vita dopo una ovariectomia o orchiectomia, salvo controindicazioni mediche specifiche. Dato che la dose di ormoni viene solitamente diminuita dopo questi interventi (Basson, 2001; Levy, Crown & Reid, 2003; Moore, Wisniewski & Dobs, 2003) e solo regolata per età ed eventuali co-morbidità, la gestione della terapia ormonale è piuttosto simile alla terapia ormonale sostitutiva dei pazienti ipogonadici.

3. Terapia di mantenimento prima della rimozione delle gonadi

Una volta che i pazienti hanno raggiunto i massimi benefici femminilizzanti/mascolinizzanti dagli ormoni (in genere due o più anni), mantengono una dose di mantenimento. Questa dose viene poi adattata in base ad eventuali cambiamenti delle condizioni di salute, invecchiamento, o altre considerazioni quali i cambiamenti dello stile di vita (Dahl et al, 2006). Quando un paziente in regime di mantenimento ormonale si presenta per la cura, il medico deve valutare la sicurezza e le interazioni farmacologiche dello schema terapeutico attuale del paziente e sostituire i farmaci o variare i dosaggi quando indicato. Il paziente deve continuare ad essere monitorato con esami fisici e test di laboratorio su base regolare, come descritto nella letteratura relativa (Feldman & Safer 2009; Hembree et al, 2009). Le dosi ed il tipo di ormoni dovrebbero essere rivisti regolarmente in base a qualsiasi variazione dello stato di salute del paziente ed alle evidenze disponibili sui potenziali rischi dell'utilizzo di ormoni a lungo termine (vedi Schemi Terapeutici Ormonali, sotto).

4. Avvio della terapia di femminilizzazione/mascolinizzazione

Questa situazione clinica richiede il massimo impegno per il medico in termini di tempo e di competenza. La terapia ormonale deve essere individualizzata sulla base degli obiettivi del paziente, del rapporto rischi/benefici dei farmaci, della presenza di altre condizioni mediche, e della considerazione delle problematiche sociali ed economiche. Anche se sono stati pubblicati un gran numero di schemi di terapia (Dahl et al, 2006; Hembree et al, 2009; Moore et al, 2003), non sono mai stati pubblicati dei rapporti su studi clinici randomizzati sul confronto tra sicurezza ed efficacia. Nonostante questa variazione, si può ottenere un quadro generale per la valutazione dei rischi iniziali e per il monitoraggio costante della terapia ormonale, sulla base delle evidenze sull'efficacia e sulla sicurezza di cui sopra.

Valutazione dei Rischi e Modifiche per Iniziare la Terapia Ormonale

La valutazione iniziale per la terapia ormonale considera gli obiettivi clinici del paziente ed i fattori di rischio potenzialmente derivanti dalla terapia. Durante questa valutazione, il paziente ed il medico dovrebbero sviluppare un piano per la riduzione dei rischi quando possibile, sia prima di iniziare la terapia che come riduzione del danno in corso.

Tutte le valutazioni dovrebbero includere un esame obiettivo completo, compreso peso, altezza e pressione arteriosa. La necessità di esaminare seno, genitali e di esplorazione rettale, che sono temi delicati per la maggior parte dei pazienti transessuali, transgender, e di genere non-conforme, dovrebbe essere basata sui rischi individuali e sui bisogni di prevenzione sanitaria (Feldman & Goldberg, 2006; Feldman, 2007).

Prevenzione

Coloro che prescrivono ormoni dovrebbero discutere di prevenzione sanitaria con il paziente, soprattutto se questo non ha un medico di base. A seconda dell'età del paziente e del suo profilo di rischio, vi sono dei test di screening o degli esami appropriati per condizioni che possono risentire dalla terapia ormonale. Idealmente, questi test devono essere effettuati prima dell'inizio della terapia ormonale.

Valutazione dei rischi e modifiche della terapia ormonale femminilizzante (MtF)

Non ci sono controindicazioni assolute alla terapia femminilizzante di per sé, ma esistono controindicazioni assolute per i diversi agenti femminilizzanti, in particolare gli estrogeni. Tra questi, eventi trombotici venosi precedenti relativi ad una condizione preesistente di ipercoagulabilità, anamnesi di neoplasia estrogeno-sensibile e stadio terminale di malattia epatica cronica (Gharib et al, 2005).

Altre condizioni mediche, come indicato nella Tabella 2 e nell'Appendice B, possono essere aggravate da estrogeni o anti-androgeni, e quindi devono essere valutate e ben controllate prima di iniziare la terapia ormonale (Feldman & Safer, 2009; Hembree et al, 2009). I medici dovrebbero preoccuparsi in particolare dell'uso del tabacco, in quanto è associato ad un aumentato rischio di trombosi venosa, che è ulteriormente aumentato con l'uso di estrogeni. Può essere consigliabile consultare un cardiologo per i pazienti con malattie cardiache o cerebrovascolari note.

I valori di laboratorio basali sono importanti per valutare sia il rischio iniziale sia possibili futuri eventi avversi. Le valutazioni di laboratorio iniziali dovrebbero basarsi sui rischi della terapia ormonale femminilizzante indicati in Tabella 2, così come sui fattori di rischio individuali del paziente, inclusa la storia familiare. Sono stati pubblicati dei protocolli consigliati di esami di laboratorio basali (Feldman & Safer, 2009; Hembree et al, 2009). Questi possono essere modificati per pazienti o sistemi sanitari con risorse limitate, e per pazienti altrimenti sani.

Valutazione dei rischi e modifiche della terapia ormonale mascolinizzante (FtM)

Controindicazioni assolute alla terapia con testosterone sono: gravidanza, malattie coronariche instabili, policitemia non curata con un ematocrito del 55% o superiore (Carnegie, 2004). Poiché la aromatizzazione del testosterone in estrogeni può aumentare il rischio nei pazienti con una storia di cancro al seno o di altri tipi di cancro estrogeno-dipendenti (Moore et al, 2003), può essere indicato consultare un oncologo prima di iniziare la terapia ormonale. Condizioni di co-morbidità che potrebbero essere aggravate dall'uso di testosterone devono essere valutate e curate, possibilmente prima di iniziare la terapia ormonale (Feldman & Safer, 2009; Hembree et al, 2009). Può essere consigliabile consultare un cardiologo per i pazienti con malattie cardiache o cerebrovascolari note.

Tra i pazienti FtM è stata osservata una maggiore prevalenza di sindrome dell'ovaio policistico (PCOS) anche in assenza di uso di testosterone (Baba et al, 2007; Balen, Schachter, Montgomery, Reid & Jacobs, 1993; Bosinski et al, 1997). Mentre non vi è alcuna prova che la PCOS sia legata allo sviluppo di un'identità transessuale, transgender o di genere non-conforme, PCOS è associata ad un maggior rischio di diabete, malattie cardiache, ipertensione, e tumori delle ovaie e dell'endometrio (Cattrall & Healy, 2004). Segni e sintomi della PCOS devono essere valutati prima di iniziare la terapia con testosterone, poiché esso può influenzare molte di queste condizioni. Il testosterone può incidere sullo sviluppo del feto (Physicians Desk Reference, 2011), ed i pazienti a rischio di gravidanza necessitano di un sistema veramente efficace di controllo delle nascite.

I valori di laboratorio basali sono importanti per valutare sia il rischio iniziale sia possibili futuri eventi avversi. Le valutazioni di laboratorio iniziali dovrebbero basarsi sui rischi della terapia ormonale mascolinizzante indicati in Tabella 2, così come sui fattori di rischio individuali del paziente, inclusa la storia familiare. Sono stati pubblicati

protocolli consigliati di laboratorio basali (Feldman & Safer, 2009; Hembree et al, 2009). Questi possono essere modificati per pazienti o sistemi sanitari con risorse limitate, e per pazienti altrimenti sani.

Monitoraggio Clinico Durante la Terapia Ormonale per Efficacia ed Effetti Avversi

Lo scopo del monitoraggio clinico durante l'uso degli ormoni è quello di valutare il grado di femminilizzazione/mascolinizzazione e la possibile presenza di effetti avversi dei farmaci. Tuttavia, come con il monitoraggio di qualsiasi terapia a lungo termine, questi controlli devono avvenire nell'ambito dell'assistenza sanitaria generale. Sono stati pubblicati su questo argomento dei protocolli consigliati di monitoraggio clinico (Feldman & Safer, 2009; Hembree et al, 2009). I pazienti con condizioni mediche di co-morbidità potrebbero necessitare di controlli più frequenti. I pazienti sani in zone geograficamente remote o povere di risorse potrebbero utilizzare strategie alternative, come la telemedicina, o la cooperazione con operatori locali, come infermieri e assistenti medici. In assenza di altre indicazioni, gli operatori sanitari possono dare priorità al monitoraggio di quei rischi che sono probabili o che potrebbero aumentare con la terapia ormonale, ma gravi dal punto di vista clinico.

Monitoraggio dell'efficacia e del rischio durante la terapia ormonale femminilizzante (MtF)

La migliore valutazione dell'efficacia della terapia ormonale è la risposta clinica: il paziente sviluppa caratteristiche femminili, riducendo al minimo quelle maschili, in accordo con i suoi obiettivi di genere? Al fine di prevedere più rapidamente i dosaggi ormonali clinicamente efficaci, si possono misurare i livelli di testosterone per la soppressione al di sotto del limite superiore di normalità del range femminile, e livelli di estradiolo in un range premenopausale, ma comunque ben al di sotto dei livelli sovralfisiologici (Feldman & Safer, 2009; Hembree et al, 2009).

Il monitoraggio degli eventi avversi dovrebbe comprendere sia la valutazione clinica che di laboratorio. Il follow-up dovrebbe comprendere una valutazione attenta dei segni di compromissione cardiovascolare e tromboembolismo venoso (TEV) attraverso la misurazione di pressione arteriosa, peso e polso; valutazione di cuore e polmoni, e delle estremità per edema periferico, gonfiore localizzato, o dolore (Feldman e Safer, 2009). Il monitoraggio di laboratorio dovrebbe essere basato sui rischi della terapia ormonale di cui sopra, le co-morbidità specifiche ed i fattori di rischio e la terapia ormonale stessa. Sono stati pubblicati su questo argomento dei protocolli di monitoraggio di laboratorio (Feldman & Safer 2009; Hembree et al, 2009).

Monitoraggio dell'efficacia e del rischio durante la terapia ormonale mascolinizzante (FtM)

La migliore valutazione dell'efficacia della terapia ormonale è la risposta clinica: il paziente sviluppa caratteristiche maschili, riducendo al minimo quelle femminili, in accordo con i suoi obiettivi di genere? I medici possono ottenere una buona risposta clinica riducendo al minimo la possibilità di eventi avversi, mantenendo i livelli di testosterone nel range di normalità maschile evitando livelli sovralfisiologici (Dahl et al, 2006; Hembree et al, 2009). Per i pazienti che utilizzano testosterone cipionato o enantato intramuscolare (IM), alcuni medici controllano i livelli minimi, mentre altri preferiscono valori di metà ciclo (Dahl et al, 2006; Hembree et al, 2009; Tangpricha, Turner, Malabanan & Holick, 2001; Tangpricha, Ducharme, Barber & Chipkin, 2003).

Il monitoraggio degli eventi avversi dovrebbe comprendere sia la valutazione clinica che di laboratorio. Il follow-up dovrebbe comprendere una valutazione attenta dei segni e sintomi di eccessivo aumento di peso, acne, emorragie uterine e compromissione cardiovascolare, oltre a sintomi psichiatrici in pazienti a rischio. Gli esami fisici dovrebbero comprendere la misurazione di pressione, peso, polso, pelle e cuore e polmoni (Feldman & Safer, 2009). Il monitoraggio di laboratorio dovrebbe essere basato sui rischi della terapia ormonale di cui sopra, le co-morbidità specifiche ed i fattori di rischio e la terapia ormonale stessa. Sono stati pubblicati su questo argomento dei protocolli di monitoraggio di laboratorio (Feldman & Safer 2009; Hembree et al, 2009).

Schemi di terapia ormonale

Ad oggi, non esistono studi clinici controllati sulla sicurezza o sull'efficacia di nessuno schema di terapia ormonale femminilizzante/mascolinizzante finalizzata alla transizione fisica. Di conseguenza, la letteratura medica ha pubblicato un'ampia gamma di varietà di dosi e tipi di ormoni (Moore et al, 2003; Tangpricha et al, 2003; van Kesteren, Asscheman, Megens & Gooren, 1997). Inoltre, l'accesso a determinati farmaci può essere limitato dall'ubicazione geografica di un paziente e/o da particolari situazioni sociali o economiche. Per queste ragioni, WPATH non descrive né approva uno specifico schema di terapia ormonale femminilizzante/mascolinizzante. Piuttosto fa un'ampia revisione delle classi di farmaci e delle vie di somministrazione utilizzate nella maggior parte degli schemi terapeutici pubblicati.

Come indicato sopra, ci sono comprovate differenze sulla sicurezza di singoli elementi nei diversi schemi. Le linee guida dell'Endocrine Society (Hembree et al, 2009) e Feldman & Safer (2009) forniscono indicazioni specifiche per quanto riguarda le tipologie di ormoni ed i dosaggi suggeriti per mantenere i livelli ormonali entro i valori fisiologici del genere desiderato (basata sugli obiettivi di totale femminilizzazione/mascolinizzazione). E' vivamente consigliabile che coloro che prescrivono ormoni si tengano costantemente informati sulle nuove pubblicazioni per utilizzare quei farmaci che soddisfino in modo sicuro le esigenze del paziente con le risorse locali a disposizione.

Schemi di terapia ormonale femminilizzante (MtF)

Estrogeni

L'uso di estrogeni per via orale, ed in particolare l'etinilestradiolo, sembra aumentare il rischio di TEV. A causa di questo problema di sicurezza, l'etinilestradiolo non è raccomandato per la terapia ormonale femminilizzante. L'estrogeno transdermico è indicato per quelle pazienti con fattori di rischio di tromboembolismo venoso. Il rischio di eventi avversi aumenta con le dosi più elevate, in particolare quelle che determinano livelli sovralfisiologici (Hembree et al, 2009). Le pazienti con co-morbidità che possono essere influenzate dagli estrogeni dovrebbero evitare gli estrogeni per via orale e, se possibile, iniziare con dosaggi inferiori. Alcune pazienti potrebbero essere non in grado di utilizzare gli estrogeni ai livelli corretti per la necessità di ottenere i risultati desiderati. Questa possibilità deve essere discussa con le pazienti con ampio anticipo rispetto all'inizio della terapia ormonale.

Farmaci “anti-androgeni”

Un'associazione di estrogeni e “anti-androgeni” è lo schema terapeutico più comunemente utilizzato per la femminilizzazione. I diversi farmaci “anti-androgeni” hanno l'effetto di ridurre sia i livelli di testosterone endogeno che l'attività del testosterone, e quindi di diminuire le caratteristiche maschili, come i peli del corpo. In questo modo riducono al minimo la dose di estrogeni necessaria per sopprimere il testosterone, riducendo così anche i rischi associati ad alte dosi di estrogeni esogeni (Prior, Vigna, Watson, Diewold & Robinow 1986; Prior, Vigna & Watson, 1989).

Gli anti-androgeni più comuni sono i seguenti:

- Spironolattone - un agente antiipertensivo, inibisce direttamente la secrezione di testosterone e il legame dell'androgeno ai recettori per gli androgeni. La pressione arteriosa e gli elettroliti devono essere monitorati a causa del potenziale rischio di iperkaliemia.
- Ciproterone acetato - è un progestinico con proprietà anti-androgene. Questo farmaco non è approvato negli Stati Uniti a causa della sua potenziale epatotossicità, ma è ampiamente usato altrove (De Cuypere et al, 2005).
- GnRH-analoghi (ad esempio, goserelin, buserelin, triptorelina) - sono neuro-ormoni che bloccano il recettore per il GnRH, bloccando il rilascio di ormone follicolo-stimolante e ormone luteinizzante. Questo porta ad un blocco delle gonadi altamente efficace. Tuttavia, questi farmaci sono costosi e disponibili solo come iniettabili o come impianti.
- Inibitori della 5-alfa reduttasi (finasteride e dutasteride) - bloccano la conversione del testosterone nell'agente più attivo, 5-alfa-diidrotestosterone. Questi farmaci hanno effetti benefici contro la perdita dei capelli, la crescita dei peli del corpo, le ghiandole sebacee, e la struttura della pelle.

Il ciproterone e lo spironolattone sono gli anti-androgeni più comunemente usati e probabilmente anche i più economici.

Progestinici

Con l'eccezione del ciproterone, l'utilizzo di progestinici nella terapia ormonale femminilizzante è controversa (Oriol, 2000). Poiché i progestinici hanno un ruolo nello sviluppo della mammella a livello cellulare, alcuni medici ritengono che questi agenti siano necessari per il completo sviluppo del seno (Basson & Prior, 1998; Oriol, 2000). Tuttavia, un confronto clinico tra schemi terapeutici di femminilizzazione con e senza progestinici evidenzia che l'aggiunta di progestinici non ha indotto maggior crescita del seno né abbassato i livelli di testosterone libero (Meyer III et al, 1986). Ci sono delle preoccupazioni sui potenziali effetti negativi dei progestinici, tra i quali depressione, aumento di peso e variazioni del quadro lipidico (Meyer III et al, 1986; Tangpricha et al, 2003). I progestinici (soprattutto il medrossiprogesterone) sono anche sospettati di aumentare il rischio di cancro al seno ed il rischio cardiovascolare nelle donne (Rossouw et al, 2002). Il progesterone micronizzato può essere meglio tollerato ed ha un impatto più favorevole sul profilo lipidico rispetto al medrossiprogesterone (de Lignieres, 1999; Fitzpatrick, Pace & Wiita, 2000).

Schemi di terapia ormonale mascolinizzante (FtM)

Testosterone

Il testosterone può essere generalmente somministrato per via orale, transdermica, o parenterale (IM), anche se sono disponibili dei preparati buccali ed impiantabili. Il testosterone orale undecanoato, disponibile al di fuori degli Stati Uniti, determina livelli serici di testosterone più bassi rispetto ai preparati non-orali ed ha efficacia limitata nel sopprimere il ciclo mestruale (Feldman, 2005, aprile; Moore et al, 2003). Dato che il testosterone intramuscolare cipionato o enantato è spesso somministrato ogni 2-4 settimane, alcuni pazienti possono notare una variazione ciclica negli effetti (ad esempio, stanchezza ed irritabilità al termine del periodo di durata dell'iniezione; aggressività o umore espansivo subito dopo l'iniezione), così come più tempo al di fuori dei normali livelli fisiologici (Jockenhövel, 2004; Nieschlag et al, 2004). Questo può essere ridotto utilizzando dosaggi minori di somministrazioni più frequenti o utilizzando formulazioni trans-dermiche quotidiane. Il testosterone intramuscolare undecanoato (attualmente non disponibile negli Stati Uniti) mantiene livelli stabili e fisiologici di testosterone per circa 12 settimane ed è stato efficace sia per trattare l'ipogonadismo che in soggetti FtM (Mueller, Kiesewetter, Binder, Beckmann & Dittrich, 2007; Zitzmann, Saad & Nieschlag, 2006). E' provato che sia il testosterone transdermico che quello intramuscolare raggiungono risultati simili nella mascolinizzazione, anche se il tempo può essere più lento nel caso di preparati transdermici (Feldman, aprile 2005). Soprattutto con l'avanzamento dell'età dei pazienti, l'obiettivo è quello di utilizzare la più bassa dose necessaria per mantenere il risultato clinico desiderato, con le opportune precauzioni per mantenere la densità ossea.

Altri agenti

I progestinici, più comunemente il medrossiprogesterone, possono essere utilizzati per un breve periodo di tempo per eliminare il ciclo mestruale all'inizio della terapia ormonale. I GnRH-agonisti possono essere utilizzati in modo simile, così come per il sanguinamento uterino refrattario nei pazienti senza altre anomalie ginecologiche.

Ormoni bioidentici e composti

Mentre si è intensificato il dibattito sull'uso di ormoni bioidentici nella terapia ormonale sostitutiva postmenopausale, è aumentato anche l'interesse nell'uso di composti simili nelle terapie ormonali femminilizzanti/mascolinizzanti. Non ci sono prove che questo tipo di ormoni sia più sicuro e più efficace di quelli bioidentici approvati dall'agenzia governativa (Sood, Shuster, Smith, Vincent & Jatoi, 2011). Pertanto, la North American Menopause Society (2010) e altri ritengono che, sia che l'ormone sia composto da una farmacia o no, se i principi attivi sono simili, dovrebbe essere simile anche il profilo degli effetti collaterali. WPATH concorda con questa valutazione.

IX

Salute Riproduttiva

Molte persone transgender, transessuali e di genere non-conforme vogliono avere figli. Poiché la terapia ormonale femminilizzante/mascolinizzante limita la fertilità (Darney, 2008; Cui Zhang, Gu, Wang & Bremner, 1999), è auspicabile che i pazienti prendano decisioni riguardanti la fertilità prima di iniziare la terapia ormonale o di sottoporsi ad intervento chirurgico per rimuovere/modificare i propri organi riproduttivi. Sono noti casi di persone che hanno ricevuto la terapia ormonale e la chirurgia dei genitali e poi si sono pentiti per la loro incapacità di procreare bambini geneticamente propri (De Sutter, Kira, Verschoor & Hotimsky, 2002).

Gli operatori sanitari - tra cui i professionisti della salute mentale che raccomandano la terapia ormonale o l'intervento chirurgico, i medici che prescrivono ormoni ed i chirurghi - dovrebbero discutere le opzioni di riproduzione con i pazienti prima di iniziare i trattamenti medici per la disforia di genere. Queste discussioni dovrebbero verificarsi anche se i pazienti non sono interessati a questi problemi al momento del trattamento, il che può essere più comune per i pazienti più giovani (De Sutter, 2009). L'affrontare questi argomenti è auspicabile, ma non sempre possibile; se un individuo non si è ancora sottoposto a riattribuzione chirurgica completa del sesso, potrebbe

interrompere gli ormoni abbastanza a lungo perché riprenda la produzione di quelli nativi, permettendo la produzione di gameti maturi (Payer, Meyer III & Walker, 1979; Van den Broecke, Van der Elst, Liu, Hovatta & Dhont, 2001).

A parte dibattiti e giornali di opinione, pochissimi articoli scientifici sono stati pubblicati sul problema della salute riproduttiva delle persone che ricevono diversi trattamenti medici per la disforia di genere. Un altro gruppo che affronta la necessità di preservare la funzione riproduttiva nonostante la perdita o danni alle gonadi sono le persone con tumori maligni che obbligano alla rimozione degli organi riproduttivi o all'utilizzo di radiazioni dannose o alla chemioterapia. Gli insegnamenti appresi da questo gruppo possono essere applicati alle persone trattate per la disforia di genere.

Le pazienti MtF, specialmente quelle che non si sono ancora riprodotte, devono essere informate sulle opzioni di conservazione dello sperma ed incoraggiate a considerare una banca del seme prima della terapia ormonale. In uno studio che analizza i testicoli esposti ad alte dosi di estrogeni (Payer et al, 1979), i risultati suggeriscono che l'interruzione degli estrogeni può permetterne il recupero. In un articolo riportante le opinioni delle persone MtF riguardo al congelamento degli spermatozoi (De Sutter et al, 2002), la stragrande maggioranza delle 121 intervistate ritiene che la disponibilità di congelamento dello sperma dovrebbe essere discussa e offerta dal mondo medico. Lo sperma deve essere raccolto prima della terapia ormonale o dopo l'interruzione della terapia fino a quando il numero di spermatozoi aumenta nuovamente. La crioconservazione dovrebbe essere discussa, anche se lo sperma è di scarsa qualità; negli adulti con azoospermia, ad esempio, è possibile conservare il materiale ottenuto con una biopsia testicolare, ma potrebbe non avere successo.

Le opzioni riproduttive per i pazienti FtM potrebbero includere il congelamento dell'ovocita (ovulo) o degli embrioni. I gameti e gli embrioni congelati potrebbero poi essere utilizzati da una donna che porta a termine la gravidanza. Gli studi delle donne con sindrome dell'ovaio policistico suggeriscono che l'ovaio può in parte recuperare dagli effetti provocati da alti livelli di testosterone (Hunter & Sterrett, 2000). Una breve sospensione del testosterone potrebbe consentire alle ovaie di recuperare abbastanza per ritornare ad ovulare, il successo dipende anche dall'età del paziente e dalla durata del trattamento con testosterone. Anche se non sistematicamente studiato, alcuni soggetti FtM stanno facendo esattamente questo, ed alcuni sono stati in grado di iniziare una gravidanza e partorire un figlio (More, 1998).

I pazienti devono essere informati che queste tecniche non sono disponibili ovunque e che possono essere molto costose. Alle persone transessuali, transgender e di genere non-conforme non dovrebbero essere precluse le opzioni di riproduzione per nessun motivo.

Alcuni di questi individui sono adolescenti in età prepuberale o puberale che non svilupperanno mai la funzione riproduttiva nel loro sesso biologico a causa di ormoni bloccanti o cross gender. Ad oggi non esiste una tecnica per preservare la funzione dalle gonadi di queste persone.

X

Voce e Terapia della Comunicazione

La comunicazione, verbale e non, è un aspetto importante del comportamento umano e dell'espressione di genere. Le persone transessuali, transgender, e di genere non-conforme possono chiedere l'assistenza di un esperto di comunicazione verbale per sviluppare alcune caratteristiche (ad esempio, altezza del timbro di voce, intonazione, risonanza, velocità di eloquio, modelli di fraseggio) e modelli di comunicazione non verbale (ad esempio, gesti, postura/movimenti, espressioni facciali) che permettano loro di sentirsi a proprio agio con la propria identità di genere. La terapia della voce e della comunicazione può aiutare ad alleviare la disforia di genere ed essere un passo positivo e motivante per raggiungere i propri obiettivi nell'espressione di genere.

Competenze degli Specialisti della Voce che Lavorano con Utenti Transessuali, Transgender e di Genere Non-conforme

Gli specialisti possono essere logopedisti, terapisti del linguaggio, o terapisti della parola/voce. In molti paesi l'associazione professionale dei logopedisti richiede qualifiche e credenziali specifiche per l'adesione. In alcuni paesi il governo regola la pratica attraverso licenze, certificazioni o procedure di registrazione (American Speech-Language-Hearing Association, 2011; Canadian Association of Speech-Language Pathologists and Audiologists, Royal College of Speech Therapists, Regno Unito; Speech Pathology Australia; Vancouver Coastal Health, Vancouver, British Columbia, Canada).

Le credenziali minime consigliate per gli specialisti di comunicazione verbale che lavorano con utenti transessuali, transgender e di genere non-conforme sono le seguenti:

1. Formazione specialistica e competenza nella valutazione e nello sviluppo delle capacità di comunicazione delle persone transessuali, transgender e di genere non-conforme.
2. Una conoscenza di base della salute transgender, compresi i trattamenti ormonali e chirurgici per la femminilizzazione/mascolinizzazione e i problemi psicosociali trans-specifici come indicato negli *Standards di Cura* e una familiarità con i protocolli di sensibilità di base, come l'uso del pronome e del nome (Canadian Association of Speech-Language Pathologists and Audiologists, Royal College of Speech Therapists, Regno Unito; Speech Pathology Australia).

3. Formazione continua per la valutazione e lo sviluppo delle competenze comunicative nelle persone transessuali, transgender e di genere non-conforme. Questo può includere la partecipazione a incontri professionali, workshop o seminari, la partecipazione a ricerche legate alle questioni di identità di genere, studi indipendenti o tutoraggio da parte di uno specialista certificato.

Altri professionisti, come vocal coach, professionisti dello spettacolo, insegnanti di canto, di movimento e gli esperti possono svolgere un ruolo complementare prezioso. Tali professionisti dovrebbero avere esperienza di lavoro, o stare attivamente collaborando, con logopedisti.

Considerazioni di Valutazione e Trattamento

L'obiettivo generale della terapia vocale e comunicativa è quello di aiutare gli utenti a modellare la loro voce e comunicazione in modo che sia sicura e autentica, con il risultato di ottenere dei modelli di comunicazione che gli utenti sentono congruenti con la propria identità di genere e che riflettano il loro senso di sé (Adler, Hirsch & Mordaunt, 2006). È essenziale che i logopedisti siano sensibili alle preferenze di comunicazione individuale. La comunicazione - stile, voce, scelta del linguaggio, ecc - è personale. L'individuo non deve essere consigliato ad adottare comportamenti con i quali non si trova a proprio agio o che non sente come autentici. I logopedisti possono servire meglio i loro utenti cercando di capire le problematiche di genere di una persona ed i suoi obiettivi per l'espressione del suo ruolo di genere (American Speech-Language-Hearing Association, 2011; Canadian Association of Speech-Language Pathologists and Audiologists, Royal College of Speech Therapists, Regno Unito; Speech Pathology Australia).

Gli individui possono scegliere i comportamenti di comunicazione che desiderano acquisire in conformità con la loro identità di genere. Queste decisioni sono supportate dalla conoscenza del logopedista e dalla valutazione clinica specifica (Hancock, Krissinger & Owen, 2010). Questa valutazione include l'auto-valutazione dell'utente e la valutazione di uno specialista su voce, risonanza, articolazione, lingua parlata, e comunicazione non verbale (Adler et al, 2006; Hancock et al, 2010).

I piani di trattamento della comunicazione verbale sono stati sviluppati considerando i risultati delle diverse ricerche, le conoscenze cliniche, l'esperienza del logopedista e gli obiettivi dell'utente stesso (American Speech-Language-Hearing Association, 2011; Canadian Association of Speech-Language Pathologists and Audiologists, Royal College of Speech Therapists, Regno Unito; Speech Pathology Australia, Vancouver Coastal Health, Vancouver, British Columbia, Canada). Gli obiettivi del trattamento includono tipicamente timbro di voce, intonazione, tono sotto stress, qualità della voce, risonanza, articolazione, fraseggio e velocità di eloquio, linguaggio e comunicazione non verbale (Adler et al, 2006; Davies & Goldberg, 2006; de Bruin, Coerts & Greven, 2000; Gelfer, 1999; McNeill, 2006; Dacakis & Oates, 1983). Il trattamento può comportare sessioni individuali e/o di gruppo. La frequenza e la durata del trattamento varia a seconda delle

esigenze dell'utente. Nello sviluppo di un piano individualizzato di terapia si possono considerare i diversi protocolli esistenti per voce e comunicazione (Carew, Dacakis & Oates, 2007; Dacakis, 2000; Davies & Goldberg, 2006; Gelfer, 1999; McNeill, Wilson, Clark & Deakin, 2008; Mount & Salmon, 1988).

La femminilizzazione/mascolinizzazione della voce coinvolge dei meccanismi di produzione vocale non abituali. Sono necessarie misure di prevenzione per evitare la possibilità di abusi vocali e danni a lungo termine. Tutti i servizi vocali e la terapia di comunicazione dovrebbero quindi includere una componente sulla salute vocale (Adler et al, 2006).

Considerazioni sulla Salute della Voce dopo la Chirurgia Vocale Femminilizzante

Come osservato nella sezione XI, alcune persone transessuali, transgender e di genere non-conforme affronteranno una chirurgia vocale femminilizzante (l'abbassamento del timbro della voce è raggiungibile con la terapia ormonale mascolinizzante, ma gli ormoni femminilizzanti non hanno alcun impatto sulla voce di MtF adulte). Ci sono vari gradi di soddisfazione, sicurezza e miglioramento a lungo termine nei pazienti che hanno subito un intervento chirurgico del genere. Si raccomanda che coloro che si sottopongono ad un intervento chirurgico femminilizzante della voce consultino un logopedista per ottimizzare il risultato chirurgico aiutando a proteggere la salute vocale ed affrontino gli aspetti legati alla comunicazione non verbale. Le procedure di chirurgia vocale dovrebbero includere sessioni di follow-up con uno specialista accreditato dalle istituzioni responsabili per logopedisti in quel determinato paese (Kanagalingam et al, 2005; Welzel & Neumann, 2004).

XI

Chirurgia

La Riattribuzione Chirurgica di Sesso è Efficace e Necessaria per Motivi di Salute

La chirurgia - in particolare quella genitale - è spesso l'ultimo passo e quello più considerato nel processo di trattamento della disforia di genere. Mentre molte persone transessuali, transgender e di genere non-conforme si trovano a proprio agio con la loro identità di genere, ruolo ed espressione senza bisogno di interventi chirurgici, per molti altri la chirurgia è essenziale e necessaria dal punto di vista medico per alleviare

la loro disforia (Hage & Karim, 2000). Per quest'ultimo gruppo, il sollievo dalla disforia di genere non può essere raggiunto senza le modifiche dei loro caratteri sessuali primari e/o secondari necessari ad ottenere una maggiore congruenza con la propria identità di genere. Inoltre, la chirurgia può aiutare i pazienti a sentirsi più a proprio agio in presenza di partner o in luoghi come ambulatori, piscine o palestre. In alcuni ambienti, la chirurgia può ridurre il rischio di problemi in caso di arresto o di ricerca da parte della polizia o altre autorità.

Studi di follow-up hanno dimostrato l'effetto benefico innegabile della chirurgia di riattribuzione di sesso con esiti postoperatori come benessere soggettivo, cosmesi, e funzione sessuale (De Cuypere et al, 2005; Gijs & Brewaeys, 2007; Klein & Gorzalka, 2009; Pfäfflin & Junge, 1998). Ulteriori informazioni sui risultati dei trattamenti chirurgici sono riassunte nell'Appendice D.

Questioni Etiche sulla Riattribuzione Chirurgica del Sesso

Nella pratica chirurgica ordinaria, i tessuti malati vengono rimossi per ripristinare le funzioni normali o alcune caratteristiche vengono alterate per migliorare l'immagine del paziente. Alcune persone, compresi alcuni specialisti si oppongono alla chirurgia come trattamento per la disforia di genere per motivi etici, perché si pensa che queste condizioni non siano applicabili.

E' importante che gli operatori sanitari che assistono i pazienti con disforia di genere si sentano a proprio agio nel modificare organi anatomicamente normali. Per capire come la chirurgia può alleviare il disagio psicologico e le difficoltà fisiche delle persone con disforia di genere, gli specialisti devono ascoltare questi pazienti e discutere i loro sintomi, dilemmi e storia clinica. La resistenza verso l'esecuzione di interventi chirurgici sulla base etica del "prima di tutto non nuocere" dovrebbe essere rispettata e discussa con il paziente per avere l'opportunità di capire il disagio psicologico che comporta la disforia di genere e quali eventuali danni potrebbero essere causati negando l'accesso alle cure appropriate.

I trattamenti chirurgici ai genitali e al seno/torace per la disforia di genere non sono semplicemente un altro gruppo di procedure tipiche. Per "procedure tipiche" si intende un contratto privato consenziente tra il paziente ed il chirurgo. La chirurgia genitale e del seno/torace come trattamento necessario dal punto di vista medico per la disforia di genere deve essere intrapresa solo dopo che il paziente è stato valutato da professionisti della salute mentale qualificati, come indicato nella sezione VII degli *Standards di Cura*. Questi interventi possono essere eseguiti dietro documentazione scritta che questa valutazione è stata fatta e che la persona può essere sottoposta ad uno specifico trattamento chirurgico. Seguendo questa procedura, i professionisti della salute mentale i chirurghi e, naturalmente, i pazienti, condividono la responsabilità per la decisione di apportare modifiche irreversibili al corpo.

Non è etico negare la disponibilità dei trattamenti chirurgici o l' idoneità agli interventi esclusivamente sulla base di sieropositività del sangue o per infezioni come l'HIV o l'epatite C o B.

Relazione tra Chirurghi e Professionisti della Salute Mentale, Medici che Prescrivono Ormoni (se applicabile) e Pazienti (Consenso Informato)

Il ruolo di un chirurgo nel trattamento della disforia di genere non è quello di un semplice tecnico. Piuttosto, i chirurghi dovranno avere una panoramica sulla storia di ciascun paziente e sulla logica che ha portato all'indirizzamento verso un certo intervento chirurgico. A tal fine i chirurghi devono parlare a lungo con i loro pazienti e stringere rapporti con altri operatori sanitari attivamente coinvolti nelle loro cure.

La consultazione avviene più rapidamente se il chirurgo fa parte di un team sanitario interdisciplinare. In assenza di questo, il chirurgo deve essere certo che lo specialista della salute mentale ed eventualmente il medico che prescrive ormoni, invariati, siano competenti nelle loro valutazioni e nel trattamento della disforia di genere, poiché il chirurgo si basa moltissimo sulla loro competenza.

Una volta che il chirurgo ritiene che i criteri per gli interventi specifici siano stati rispettati (come illustrato di seguito), il trattamento chirurgico deve essere preso in considerazione e si dovrebbe eseguire una consultazione pre-operatoria con il paziente durante la quale si discute il corso post-operatorio e la procedura chirurgica. I chirurghi devono affrontare i seguenti argomenti con i pazienti che chiedono gli interventi per la disforia di genere:

- le diverse tecniche chirurgiche disponibili (anche indirizzando a colleghi che forniscono metodi alternativi);
- vantaggi e svantaggi di ogni tecnica;
- limiti di una procedura per l'ottenimento di risultati "ideali": i chirurghi dovrebbero fornire una gamma completa di fotografie del "prima e dopo" dei propri pazienti, sia con esiti positivi che negativi;
- rischi ed eventuali complicanze delle varie tecniche; i chirurghi devono informare i pazienti dei loro propri tassi di complicanze con ciascuna procedura.

Questi confronti sono il cuore del consenso informato, che rappresenta sia un'esigenza etica che legale per qualsiasi intervento chirurgico. Assicurare che i pazienti abbiano un'aspettativa realistica dei risultati è importante per raggiungere un risultato che allevierà la loro disforia di genere.

Tutte queste informazioni dovrebbero essere fornite ai pazienti in forma scritta, in una lingua in cui sono fluenti, e con illustrazioni grafiche. I pazienti devono ricevere le informazioni in anticipo (magari via internet) e deve essere dato loro il tempo di prenderne visione con attenzione. Gli elementi del consenso informato devono essere sempre discussi di persona prima dell'intervento chirurgico, in modo da dare risposte ad eventuali domande ed ottenere il consenso informato scritto da parte del paziente. Poiché questi interventi sono irreversibili, occorre garantire al paziente il tempo sufficiente per assorbire completamente le informazioni prima di richiedere loro il consenso informato. Si consiglia un periodo minimo di 24 ore.

I chirurghi dovrebbero fornire immediata assistenza nel post-operatorio e consultazione con altri medici che siano al servizio del paziente in futuro. I pazienti devono lavorare con il loro chirurgo per stabilire un adeguato piano di convalescenza dopo l'intervento chirurgico.

Visione d'Insieme delle Procedure Chirurgiche per il Trattamento dei Pazienti Affetti da Disforia di Genere

Per la paziente da Maschio-a-Femmina (MtF), gli interventi chirurgici possono essere i seguenti:

1. Seno/torace: mastoplastica additiva (impianti/lipofilling);
2. Chirurgia genitale: penectomia, orchiectomia, vaginoplastica, clitoridoplastica, vulvoplastica;
3. Interventi chirurgici al di fuori di genitali/seno: chirurgia di femminilizzazione facciale, liposuzione, lipofilling, chirurgia vocale, riduzione della cartilagine tiroidea, aumento dei glutei (impianti/lipofilling), ricostruzione dei capelli, e altre procedure estetiche.

Per il paziente da Femmina-a-Maschio (FtM), gli interventi chirurgici possono essere i seguenti:

1. Seno/torace: mastectomia sottocutanea, creazione di una cassa toracica di tipo maschile;
2. Chirurgia genitale: isterectomia/ovariectomia, ricostruzione della parte fissa dell'uretra, che può essere fatta in concomitanza di metoidioplastica o di falloplastica

(utilizzando un lembo peduncolato o libero vascolarizzato), vaginectomia, scrotoplastica, e impianto di protesi per l'erezione e/o testicolari;

3. Interventi chirurgici al di fuori di genitali/seno: chirurgia vocale (raro), liposuzione, lipofilling, impianti pettorali, ed altre procedure estetiche.

Chirurgia Ricostruttiva Contrapposta a Quella Estetica

La domanda se un'operazione per cambiare sesso deve essere considerata chirurgia "estetica" o "ricostruttiva" è pertinente, non solo dal punto di vista filosofico, ma anche da un punto di vista finanziario. La chirurgia estetica o cosmetica è per lo più considerata come non medicalmente necessaria e, pertanto, è di solito interamente a carico del paziente. Al contrario, le procedure ricostruttive sono considerate medicalmente necessarie - con indiscutibili risultati terapeutici - e quindi pagate parzialmente o interamente dai sistemi sanitari nazionali o dalle compagnie di assicurazione.

Purtroppo, nel campo della chirurgia plastica e ricostruttiva (sia in generale che specificatamente per gli interventi chirurgici di genere), non vi è una chiara distinzione tra ciò che è puramente ricostruttivo e ciò che è puramente estetico. La maggior parte delle procedure di chirurgia plastica sono in realtà una miscela di fattori sia ricostruttivi che estetici.

Mentre la maggior parte dei professionisti concordano sul fatto che la chirurgia genitale e la mastectomia non possano essere considerati interventi puramente estetici, le opinioni divergono, come anche su fino a che punto altre procedure chirurgiche (ad esempio, l'aumento del seno o la chirurgia di femminilizzazione del viso) possano essere considerate puramente ricostruttive. Anche se può essere molto più facile vedere una falloplastica o vaginoplastica come un intervento per porre fine ad una sofferenza permanente, per alcuni pazienti un intervento come una rinoplastica riduttiva può avere un effetto radicale e permanente sulla loro qualità di vita e quindi rivelarsi molto più necessario che per quelle persone non affette da disforia di genere.

Criteri per gli Interventi Chirurgici

Come per tutti gli *Standards di Cura*, le linee guida per l'inizio dei trattamenti chirurgici per la disforia di genere sono state sviluppate per promuovere la cura ottimale dei pazienti. Mentre gli *Standards di Cura* permettono un approccio individualizzato per soddisfare al meglio i bisogni della salute di ogni paziente, un criterio per tutte le operazioni chirurgiche al seno/torace ed ai genitali è una documentazione sulla persistenza della disforia di genere fatta da uno psicologo qualificato. Per alcuni interventi, vi sono da considerare dei criteri aggiuntivi come la preparazione e il trattamento con terapia ormonale femminilizzante/mascolinizzante ed un anno di esperienza di vita reale nel ruolo di genere congruente con la propria identità di genere.

Questi criteri sono descritti di seguito. Sulla base delle evidenze cliniche disponibili, vi sono consigli diversi per interventi chirurgici diversi.

Gli *Standards di Cura* non specificano un ordine preciso in cui i diversi interventi chirurgici dovrebbero verificarsi. Il numero e la sequenza delle procedure chirurgiche può variare da paziente a paziente, in base alle diverse esigenze cliniche.

Criteri per la chirurgia al seno/torace (un riferimento)

Criteri per la mastectomia e la creazione di una cassa toracica di tipo maschile nei pazienti FtM:

1. disforia di genere persistente e ben documentata;
2. capacità decisionale e consenso informato per il trattamento;
3. maggiore età nel paese specifico (se più giovani, seguire il SOC per bambini e adolescenti);
4. se sono presenti significativi problemi di salute medica o mentale, devono essere tenuti sotto controllo.

La terapia ormonale non è un pre-requisito.

Criteri per la mastoplastica additiva (protesi/lipofilling) nelle pazienti MtF:

1. disforia di genere persistente e ben documentata;
2. capacità decisionale e consenso informato per il trattamento;
3. maggiore età nel paese specifico (se più giovani, seguire il SOC per bambini e adolescenti);
4. se sono presenti significativi problemi di salute medica o mentale, devono essere tenuti sotto controllo.

Anche se non è un criterio esplicito, si raccomanda che le pazienti MtF si sottopongano a terapia ormonale femminilizzante (minimo 12 mesi) prima di un intervento chirurgico di aumento del seno. Lo scopo è quello di massimizzare la crescita del seno in modo da ottenere migliori risultati (estetici) dalla chirurgia.

Criteria per la chirurgia genitale (due riferimenti)

I criteri per la chirurgia genitale sono specifici per il tipo di intervento che viene richiesto.

Criteria per isterectomia e ovariectomia nei pazienti FtM e per orchietomia nelle pazienti MtF:

1. disforia di genere persistente e ben documentata;
2. capacità decisionale e consenso informato per il trattamento;
3. maggiore età nel paese specifico;
4. se sono presenti significativi problemi di salute medica o mentale, devono essere tenuti sotto controllo;
5. 12 mesi continui di terapia ormonale a seconda degli obiettivi del paziente (a meno che ci siano controindicazioni mediche o comunque il paziente non sia in grado o non voglia prendere ormoni).

Lo scopo della terapia ormonale prima della gonadectomia è principalmente quello di permettere al paziente di assumere estrogeni o testosterone per un certo periodo con effetti ancora reversibili, prima di sottoporsi ad un intervento chirurgico irreversibile.

Questi criteri non sono applicabili ai pazienti che subiscono le stesse operazioni per problematiche mediche diverse dalla disforia di genere.

Criteria per metoidioplastica o falloplastica in pazienti FtM e vaginoplastica nelle pazienti MtF:

1. disforia di genere persistente e ben documentata;
2. capacità decisionale e consenso informato per il trattamento;
3. maggiore età nel paese specifico;
4. se sono presenti significativi problemi di salute medica o mentale, devono essere tenuti sotto controllo;
5. 12 mesi continui di terapia ormonale a seconda degli obiettivi del paziente (a meno che ci siano controindicazioni mediche o comunque il paziente non sia in grado o non voglia prendere ormoni):

6. 12 mesi continuativi di vita nel ruolo di genere congruente con l'identità di genere scelta dal paziente. Anche se non è un criterio esplicito, si raccomanda che questi pazienti siano anche regolarmente visitati da uno specialista della salute mentale o da un altro specialista.

Ragioni per un'esperienza di vita consistente con il proprio genere, di 12 mesi, nel periodo pre-operatorio:

Il criterio di cui sopra - vale a dire, che i pazienti si impegnino per 12 mesi continuativi a vivere in un ruolo di genere congruente con la loro identità di genere - si basa sul parere di esperti che affermano che questa esperienza offre ampie opportunità per i pazienti di sperimentare ed adattare il ruolo di genere desiderato, prima di sottoporsi ad un intervento chirurgico irreversibile. Come osservato nella sezione VII, gli aspetti sociali del cambiare il proprio ruolo di genere sono solitamente difficili - spesso più che gli aspetti fisici. Cambiare ruolo di genere può avere profonde conseguenze personali e sociali, e la decisione di farlo dovrebbe includere la consapevolezza delle sfide che esso comporta in ambito familiare, interpersonale, educativo, professionale, economico e giuridico, in modo che le persone possano avere successo nel ruolo di genere desiderato. Il supporto di un professionista della salute mentale qualificato e dei propri coetanei può essere prezioso per garantire un efficace adattamento al ruolo di genere (Bockting, 2008).

Una durata di 12 mesi consente il verificarsi di diverse esperienze ed eventi nel corso dell'anno (ad esempio, eventi familiari, vacanze, specifiche esperienze di lavoro o di scuola). Durante questo periodo, i pazienti devono presentarsi in modo coerente al genere desiderato ogni giorno e in tutti gli ambiti della vita. Ciò include il coming out con partner, famiglia, amici, ed altri membri della comunità (ad esempio, a scuola, al lavoro, ed altre situazioni).

Gli operatori sanitari dovrebbero chiaramente documentare l'esperienza del paziente nel ruolo di genere nella cartella clinica, compresa la data di inizio della vita nel ruolo di genere desiderato per coloro che si preparano per un intervento chirurgico genitale. In alcune situazioni, se necessario, gli operatori sanitari possono richiedere una verifica che questo criterio sia stato rispettato: possono comunicare con persone che hanno incontrato il paziente nel ruolo di genere desiderato, o ottenere della documentazione sulla richiesta di un nome legale e/o di genere, se applicabile.

Chirurgia per le Persone con Condizioni Psicotiche e altre Gravi Malattie Mentali

Quando i pazienti con disforia di genere hanno una diagnosi di gravi disturbi psichiatrici e di alterazione della realtà (ad esempio, episodi psicotici, disturbo bipolare, disturbo dissociativo dell'identità, disturbo borderline di personalità), bisogna cercare

di migliorare queste condizioni con farmaci psicotropi e/o con psicoterapia prima dell'intervento chirurgico. Prima dell'intervento chirurgico è necessaria la rivalutazione del paziente da parte di un professionista della salute mentale in grado di valutarne e gestirne le condizioni psicotiche che descriva lo stato mentale del paziente e la sua preparazione per affrontare l'intervento.

E' preferibile che questo psichiatra abbia familiarità con il paziente. Nessun intervento chirurgico dovrebbe essere eseguito su di un paziente psicotico (De Cuypere & Vercruyse, 2009).

Competenza dei Chirurghi che Operano Seno/Torace o Genitali

I chirurghi che eseguono le operazioni per la disforia genere dovrebbero essere urologi, ginecologi, chirurghi plastici o chirurghi generali, certificati dalle autorità nazionali e/o dalle associazioni regionali competenti. Questi chirurghi dovrebbero avere competenze specifiche in tecniche ricostruttive dell'apparato genitale come indicato da documentata formazione sotto la supervisione di un chirurgo più esperto. Anche i chirurghi esperti devono essere disposti a vedere le loro abilità recensite dai loro colleghi. Una verifica ufficiale dei risultati chirurgici e la pubblicazione di questi risultati sarebbe molto rassicurante sia per gli specialisti che affidano loro i pazienti che per i pazienti stessi. I chirurghi dovrebbero partecipare regolarmente alle riunioni professionali dove vengono presentate nuove tecniche. Internet è spesso efficacemente utilizzato dai pazienti per condividere le informazioni sulla loro esperienza con i chirurghi e con il loro team.

Idealmente, i chirurghi dovrebbero essere informati riguardo a più di una tecnica chirurgica per la ricostruzione dei genitali in modo che, dopo il consulto con il paziente, siano in grado di scegliere la tecnica ideale per ogni individuo. In alternativa, se un chirurgo è specializzato in una singola tecnica e questa procedura non è adatta o desiderata da quel paziente, il chirurgo deve saperlo informare su procedure diverse ed indirizzarlo ad altro chirurgo in grado di applicare quelle tecniche.

Tecniche di Chirurgia al Seno/Torace e Complicanze

Anche se il seno/torace è un'importante caratteristica sessuale secondaria, la presenza o le dimensioni del seno non sono direttamente coinvolti nella definizione legale di sesso e genere e non è necessario per la riproduzione. Le operazioni al seno/torace per il trattamento della disforia di genere dovrebbero essere considerate con la stessa attenzione riservata all'inizio della terapia ormonale, dato che entrambi producono cambiamenti relativamente irreversibili al corpo.

Per la paziente MtF, un aumento del seno (a volte chiamato "ricostruzione del torace") non è diverso dalla procedura per una qualsiasi paziente di sesso femminile. Di solito è eseguita attraverso l'impianto di protesi al seno e, occasionalmente, con la tecnica

del lipofilling. Infezioni e fibrosi capsulari sono complicazioni rare derivanti dalla mastoplastica accrescitiva nelle pazienti MtF (Kanhai, Hage, Karim & Mulder, 1999). Per il paziente FtM, una mastectomia o “rimodellamento del torace maschile” è una procedura disponibile. Per molti pazienti FtM, questo è l’unico intervento chirurgico intrapreso. Quando la quantità di tessuto mammario rimosso richiede la rimozione della pelle, risulterà una cicatrice ed il paziente deve esserne informato. Le complicanze della mastectomia sottocutanea possono includere necrosi del capezzolo, irregolarità del contorno e cicatrici antiestetiche (Monstrey et al, 2008).

Tecniche di Chirurgia Genitale e Complicanze

Le procedure chirurgiche dell’apparato genitale per la paziente MtF possono comprendere orchietomia, penectomia, vaginoplastica, clitoridoplastica e labiaplastica. Queste tecniche comprendono l’inversione della pelle del pene, il trapianto peduncolato colosigmoide e innesti cutanei liberi per affiancare la neovagina. La sensibilità sessuale è un obiettivo importante della vaginoplastica, così come la creazione di una vagina funzionale ed esteticamente accettabile.

Le complicanze chirurgiche nella chirurgia genitale MtF possono comprendere una necrosi completa o parziale della vagina e delle labbra, fistole alla vescica o all’intestino, stenosi dell’uretra o vagine che sono o troppo poco profonde o troppo piccole per il coito. Mentre le tecniche chirurgiche per la creazione di una neovagina sono funzionalmente ed esteticamente eccellenti, è stata segnalata un’anorgasmia seguendo queste procedure, ed una labiaplastica può essere necessaria in seguito per estetica (Klein & Gorzalka, 2009; Lawrence, 2006).

Le procedure chirurgiche per i pazienti FtM possono comprendere isterectomia, ovariectomia (salpingo-ovariectomia), vaginectomia, metoidioplastica, scrotoplastica, uretroplastica, posizionamento di protesi testicolari e falloplastica. Per i pazienti senza precedente chirurgia addominale, si raccomanda la tecnica laparoscopica per l’isterectomia e annessiectomia per evitare una cicatrice all’addome inferiore. L’accesso vaginale può essere difficile in quanto la maggior parte dei pazienti sono nullipare e non hanno avuto rapporti sessuali con penetrazione. Le attuali tecniche chirurgiche per la falloplastica sono molteplici. La scelta delle tecniche può essere limitata da considerazioni anatomiche o chirurgiche e da considerazioni finanziarie. Se gli obiettivi di falloplastica sono un neofallo di bell’aspetto, minzione in piedi, sensazione sessuale e/o la capacità coitale, i pazienti devono essere chiaramente informati che ci sono diverse fasi distinte di intervento chirurgico e frequenti difficoltà tecniche, che possono richiedere operazioni aggiuntive. Anche la metoidioplastica, che in teoria è fatta in una sola fase per la costruzione di un micropene, richiede spesso più di un’operazione. L’obiettivo della minzione in piedi con questa tecnica non può essere sempre garantito (Monstrey et al, 2009).

Complicazioni della falloplastica negli FtM possono comprendere frequenti stenosi e fistole delle vie urinarie, e occasionalmente necrosi del neofallo. La metoidioplastica

risulterà in un micropene, senza la capacità di urinare in piedi. La falloplastica, utilizzando un lembo peduncolato o libero vascularizzato, è una procedura più lunga, in più fasi, con significativa morbidità, che può portare a frequenti complicanze urinarie ed inevitabili cicatrici al sito donatore. Per questo motivo, non molti FtM si sottopongono ad un intervento chirurgico genitale diverso da isterectomia e annessiectomia (Hage & De Graaf, 1993).

Anche i pazienti che sviluppano gravi complicazioni chirurgiche raramente si rammaricano di aver subito l'intervento. L'importanza di un intervento chirurgico può essere confermato dalla sempre migliore qualità dei risultati ed è uno dei migliori indicatori del risultato complessivo di riattribuzione di sesso (Lawrence, 2006).

Altri Interventi Chirurgici

Altri interventi chirurgici per assistere la femminilizzazione del corpo includono condroplastica tiroidea riduttiva (riduzione del pomo d'Adamo), modifica chirurgica della voce, lipoplastica assistita (modellazione contorno) della vita, rinoplastica (correzione del naso), riduzione delle ossa del viso, lifting, e blefaroplastica (ringiovanimento della palpebra). Altri interventi chirurgici per assistere la mascolinizzazione del corpo sono liposuzione, lipofilling e impianti pettorali. La chirurgia vocale per ottenere una voce più profonda è rara, ma può essere raccomandata in alcuni casi, ad esempio se la terapia ormonale si è rivelata inefficace.

Anche se questi interventi non necessitano di una raccomandazione da parte di uno psicologo, tali specialisti possono svolgere un ruolo importante nell'assistere gli utenti nel prendere una decisione pienamente informati circa i tempi e le implicazioni di queste procedure nel contesto della transizione sociale.

Sebbene la maggior parte di queste procedure siano generalmente etichettate come "puramente estetiche", queste stesse operazioni in un individuo con disforia di genere grave possono essere considerate necessarie dal punto di vista medico, a seconda della situazione specifica e della condizione clinica e di vita del singolo paziente. Questa ambiguità riflette la realtà nelle situazioni cliniche, e permette di raggiungere decisioni individuali in merito alla necessità e all'opportunità di eseguire tali procedure.

XII

Cura Post-operatoria e Follow-up

L'assistenza post-operatoria a lungo termine ed il follow-up dopo i trattamenti chirurgici per la disforia di genere sono associati a buoni esiti chirurgici e psicosociali (Monstrey et al, 2009). Il follow-up è importante per la successiva salute fisica e mentale del paziente e per l'informazione del chirurgo su vantaggi e limiti della chirurgia. I chirurghi che operano su pazienti provenienti da molto lontano dovrebbero includere il follow-up personale nel loro piano di assistenza nel tentativo di garantire a prezzi accessibili una fase post-terapia a lungo termine nella regione geografica del loro paziente.

Alcuni pazienti possono a volte escludersi dal follow-up post-operatorio degli specialisti, tra cui i medici che prescrivono ormoni (per i pazienti che hanno ricevuto ormoni), non riconoscendo che tali medici sono spesso in grado di prevenire, diagnosticare e trattare meglio le condizioni mediche tipiche dei pazienti sottoposti a trattamenti ormonali e chirurgici. La necessità di follow-up si estende anche ai professionisti della salute mentale, che possono avere trascorso un periodo di tempo più lungo con il paziente di qualsiasi altro specialista e che quindi sono in una posizione eccellente per aiutarli in qualsiasi difficoltà di adattamento post-operatorio. Gli operatori sanitari dovrebbero sottolineare l'importanza del follow-up post-operatorio ai loro pazienti e offrire loro continuità di cure.

I pazienti operati dovrebbero essere sottoposti a regolare screening medico in base alle linee guida raccomandate per la loro età. Questo viene discusso meglio nella prossima sezione.

XIII

Cure Preventive e di Base per Tutta la Vita

Le persone transessuali, transgender e di genere non-conforme hanno bisogno di assistenza sanitaria per tutta la vita. Ad esempio, per evitare gli effetti secondari della gonadectomia in età relativamente giovane e/o di ricevere alte dosi di ormoni a lungo termine, i pazienti necessitano di cure mediche approfondite da parte di medici esperti in cure primarie e di salute transgender. Se un medico non è in grado di fornire tutti i servizi, è essenziale la comunicazione continua tra i diversi specialisti.

L'assistenza primaria ed i problemi di mantenimento della salute dovrebbero essere affrontate prima, durante e dopo eventuali modifiche del ruolo di genere e degli

interventi medici per alleviare la disforia di genere. Mentre coloro che forniscono ormoni ed i chirurghi svolgono un ruolo importante nella cura preventiva, ogni persona transessuale, transgender e di genere non-conforme dovrebbe collaborare con un medico di base per le esigenze di assistenza sanitaria generale (Feldman, 2007).

Prevenzione Sanitaria Generale

Le linee guida sviluppate per lo screening generale della popolazione sono adatte per gruppi di organi che è improbabile siano interessati dalla terapia ormonale femminilizzante/mascolinizzante. Tuttavia, in aree come i fattori di rischio cardiovascolare ed alcuni tipi di cancro (mammella, collo dell'utero, dell'ovaio, dell'utero e della prostata), tali linee-guida generali possono sovrastimare o sottostimare il rapporto costi-benefici di uno screening sugli individui sottoposti a terapia ormonale.

Diverse fonti forniscono protocolli dettagliati per l'assistenza di base ai pazienti sottoposti a terapia ormonale femminilizzante/mascolinizzante, inclusa la terapia fornita dopo gli interventi chirurgici di riattribuzione di sesso (Centro di Eccellenza per la Salute Transgender, UCSF, 2011; Feldman & Goldberg, 2006; Feldman, 2007; Gorton, Buth & Spade, 2005). I medici dovrebbero consultare le loro linee guida nazionali basate sulle evidenze e discutere di screening con i loro pazienti alla luce degli effetti della terapia ormonale sul loro rischio basale.

Screening per il cancro

Lo screening per i tumori ai sistemi di organi associati con il sesso può presentare particolari problematiche mediche e psicosociali per i pazienti transessuali, transgender, e di genere non-conforme e per i loro medici. In assenza di studi prospettici su larga scala, gli specialisti non avranno abbastanza prove per determinare il tipo appropriato e la frequenza di screening per il tumore per questa categoria. Un eccessivo numero di controlli si traduce in costi sanitari più elevati, alti tassi di falsi positivi e spesso un'inutile esposizione a radiazioni e/o ad interventi diagnostici come le biopsie. Un numero troppo basso di controlli può portare ad un ritardo nella diagnosi di tumori potenzialmente curabili. Alcuni pazienti possono trovare questi controlli correlati al genere (come la mammografia per le pazienti MtF) o sia fisicamente che emotivamente dolorosi (come il Pap test per i pazienti FtM).

Assistenza urogenitale

Per le persone transessuali, transgender e di genere non-conforme di entrambi i sessi possono rendersi necessarie cure ginecologiche. Per i pazienti FtM, i controlli ginecologici sono necessari soprattutto per coloro che non hanno subito un intervento chirurgico genitale. Per le pazienti MtF, questi controlli diventano necessari dopo

l'intervento chirurgico genitale. Anche se molti chirurghi consigliano i pazienti sulle cure urogenitali postoperatorie, i medici di base ed i ginecologi dovrebbero essere a conoscenza delle esigenze genitali specifiche di questa categoria di persone.

Tutte le pazienti MtF dovrebbero ricevere consulenza in materia di igiene genitale, sessualità e prevenzione delle infezioni sessualmente trasmesse; coloro che hanno subito un intervento chirurgico genitale dovrebbero anche essere informate sulla necessità di continuare con le dilatazioni vaginali o avere rapporti sessuali con penetrazione al fine di mantenere la profondità della vagina e la sua larghezza (van Trotsenburg, 2009). A causa dell'anatomia del bacino maschile, l'asse e le dimensioni della neovagina sono sostanzialmente diverse da quelle di una vagina biologica. Questa differenza anatomica può influire sul rapporto, se non viene capito dalle pazienti MtF e dai loro partner (van Trotsenburg, 2009).

Le infezioni delle basse vie urinarie sono frequenti nelle pazienti MtF che hanno subito un intervento chirurgico a causa delle caratteristiche della ricostruzione dell'uretra accorciata. Inoltre, queste pazienti possono soffrire di disturbi funzionali del tratto urinario inferiore, disturbi che possono essere causati da danni di innervazione autonoma del pavimento vescicale durante la dissezione tra il retto e la vescica, e da un cambiamento della posizione della vescica stessa. Dopo l'intervento chirurgico di riattribuzione di sesso potrebbero sorgere problemi di funzionalità della vescica come, ad esempio, vescica iperattiva o incontinenza urinaria da stress o da urgenza (Hoebeke et al, 2005; Kuhn, Hildebrand & Birkhauser, 2007).

La maggior parte dei pazienti FtM non vengono sottoposti a vaginectomia (colpectomia). Per i pazienti che assumono ormoni mascolinizzanti, nonostante una notevole trasformazione del testosterone in estrogeni, si possono osservare dei cambiamenti atrofici della mucosa vaginale che possono portare a prurito o bruciore. L'esame può essere sia fisicamente che emotivamente doloroso, ma la mancanza di trattamento può seriamente aggravare la situazione. I ginecologi che trattano i disturbi genitali dei pazienti FtM devono essere consapevoli della sensibilità che questi pazienti con un'identità ed un'espressione di genere maschile potrebbero avere riguardo a dei genitali tipicamente associati con il sesso femminile.

XIV

Applicabilità degli *Standards di Cura* alle Persone che Vivono in Strutture Istituzionali

Il SOC nel suo complesso è applicabile a tutte le persone transessuali, transgender e di sesso non-conforme, indipendentemente dalla loro situazione abitativa. Le persone non dovrebbero essere discriminate nel loro accesso alle cure mediche appropriate in base

a dove vivono, compresi gli ambienti istituzionali come prigioni o strutture sanitarie a medio e lungo termine (Brown, 2009). L'assistenza sanitaria per le persone transessuali, transgender e di genere non-conforme che vivono in strutture istituzionali deve essere la stessa che avrebbero se vivessero in una struttura non istituzionale all'interno della stessa comunità.

Tutti gli elementi di valutazione e trattamento, come descritto nel SOC possono essere forniti anche alle persone che vivono in istituti (Brown, 2009). L'accesso a queste cure mediche necessarie, non dovrebbe essere negata sulla base di accordi di istituzionalizzazione o di custodia. Se l'esperienza nella struttura dei medici alle dipendenze dirette o indirette dell'istituzione non esiste, per valutare e/o trattare le persone con disforia di genere, è opportuno consultarsi al di fuori della struttura con degli specialisti che conoscano questo settore specifico di assistenza sanitaria.

Le persone con disforia di genere ospitate in strutture istituzionali possono anche avere problemi mentali concomitanti (Cole et al, 1997). Queste condizioni devono essere valutate e trattate in modo appropriato.

Quelle persone che entrano in un istituto mentre già seguono un regime di terapia ormonale, devono poter continuare la terapia ed i controlli come stabilito dal SOC. Un "periodo di sospensione" non è solitamente considerato appropriato (Kosilek vs. Massachusetts Department of Corrections / Maloney, CA n. 92-12820-MLW, 2002). Alle persone con disforia di genere alle quali si ritiene opportuno far iniziare la terapia ormonale (seguendo il SOC), dovrebbero ottenerne la concessione. Le conseguenze della sospensione brusca degli ormoni o il non iniziare la terapia quando medicalmente necessaria, portano ad un'elevata probabilità di conseguenze negative, come autocastrazione, depressione, disforia, e/o tentativi di suicidio (Brown, 2010).

Nelle strutture istituzionali può essere creato un ambiente confortevole portando avanti le cure coerenti con il SOC, se la sistemazione in tali strutture non compromette la prestazione delle cure medicalmente necessarie alle persone con disforia di genere. Un esempio di soluzione è l'uso di ormoni iniettabili, se non clinicamente controindicata, piuttosto che di preparati orali (Brown, 2009). Secondo il SOC, la negazione dei cambiamenti necessari nel ruolo di genere o l'accesso ai trattamenti, compresa la chirurgia di riattribuzione di sesso, sulla base della residenza in un istituto, non è ragionevole (Brown, 2010).

Le abitazioni e le strutture sanitarie (doccia/bagno) per le persone transessuali, transgender e di genere non-conforme che vivono in strutture istituzionali dovrebbero tener conto della loro identità di genere e del loro ruolo di genere, dello stato fisico, della dignità e della sicurezza personale. L'inserimento in un'abitazione o reparto basandosi sull'aspetto dei genitali esterni della persona, non può essere appropriato e può mettere l'individuo a rischio di vittimizzazione (Brown, 2009).

Le istituzioni dove queste persone risiedono e ricevono assistenza sanitaria dovrebbero assicurare un clima tollerante e positivo per garantire che i residenti non siano attaccati dal personale o da altri residenti.

XV

Applicabilità degli *Standards di Cura* alle Persone con Disturbi dello Sviluppo Sessuale

Terminologia

Il termine *disturbo dello sviluppo sessuale* (DSS) si riferisce ad una condizione somatica di sviluppo atipico del tratto riproduttivo (Hughes, Houk, Ahmed, Lee & LWPESI/ESPE2 Consensus Group, 2006). I DSS comprendono quella condizione conosciuta come *intersessualità*. Anche se la terminologia è stata modificata in *Disturbo dello Sviluppo Sessuale* nel corso di una conferenza internazionale nel 2005 (Hughes et al, 2006), rimane un disaccordo sull'uso del termine. Alcune persone si oppongono fermamente all'etichetta di "disturbo", preferendo invece visualizzare queste condizioni congenite come una questione di diversità (Diamond, 2009) e di continuare ad utilizzare i termini di *intersex* o *intersessualità*. Nel SOC, WPATH usa il termine DSS in modo obiettivo e senza attribuirgli alcun valore particolare, con lo scopo di garantire che gli specialisti riconoscano questo termine medico e lo utilizzino per accedere alla letteratura relativa via via che si fanno progressi in questo campo. WPATH rimane aperto ad una nuova terminologia che si adatti ulteriormente all'esperienza dei membri di questa popolazione e che porti a miglioramenti nell'accesso alle cure sanitarie.

Motivi di Inclusione nel SOC

In precedenza, gli individui con DSS inclusi anche nei criteri di comportamento per il Disturbo di Identità di Genere del *DSM-IV-TR* (American Psychiatric Association, 2000) furono esclusi da questa diagnosi generale e furono stati classificati invece come aventi un "Disturbo dell'Identità di Genere - Non Altrimenti Specificato." Furono anche esclusi dagli *Standards of Care* del WPATH.

L'attuale proposta per il *DSM-5* (www.dsm.org) è quella di sostituire il termine *disturbo dell'identità di genere* con *disforia di genere*. Un'altra modifica proposta al DSM è quella di considerare le persone con un genere disforico DSS di avere un sottotipo di disforia di genere. Questa classificazione, che differenzia esplicitamente gli individui disforici di genere con e senza DSS, trova giustificazione nel fatto che, in persone con DSS, la disforia di genere differisce nella sua presentazione fenomenologica, epidemiologia, traiettorie di vita, ed eziologia (Meyer-Bahlburg, 2009).

Gli adulti con una disforia di genere e DSS hanno sempre attirato l'attenzione dei medici, per questo abbiamo incluso una breve discussione della loro cura in questa versione del SOC.

Considerazioni sulla Storia Sanitaria

Gli operatori sanitari che assistono i pazienti sia con DSS che disforia di genere devono essere consapevoli che il contesto medico in cui questi pazienti sono cresciuti è in genere molto diverso da quello di persone senza DSS.

Alcune persone sono riconosciute con DSS grazie all'osservazione dei genitali di genere atipico alla nascita (sempre di più questa osservazione viene fatta durante il periodo prenatale per mezzo di procedure di imaging come l'ecografia). Questi bambini sono poi sottoposti a procedure mediche diagnostiche estese. Previa consultazione tra la famiglia e gli operatori sanitari - durante il quale sono considerati la diagnosi specifica, i risultati fisici e ormonali, ed il feedback da studi a lungo termine (Cohen-Kettenis, 2005; Dessens, Slijper & Drop, 2005; Jurgensen, Hiort, Holterhus & Thyen, 2007; Mazur, 2005; Meyer-Bahlburg, 2005; Stikkelbroeck et al, 2003; Wisniewski, Migeon, Malouf e Gearhart, 2004) - al neonato viene assegnato un sesso, maschio o femmina.

Altri individui con DSS attirano l'attenzione dei medici intorno all'età della pubertà, con l'osservazione di uno sviluppo atipico dei caratteri sessuali secondari. Questa osservazione porta anche ad una valutazione medica specifica.

Il tipo di DSS e la gravità della condizione ha implicazioni significative per le decisioni circa l'assegnazione del sesso iniziale di un paziente, a seguito di intervento chirurgico genitale e di altre cure mediche e psicosociali (Meyer-Bahlburg, 2009). Per esempio, il grado di esposizione prenatale ad androgeni in individui con un DSS è stata correlata con il grado di mascolinizzazione di genere legate al comportamento (ossia *ruolo di genere ed espressione*), ma la correlazione è solo moderata, ed una notevole variabilità comportamentale rimane scollegata dall'esposizione prenatale agli androgeni (Jurgensen et al, 2007; Meyer-Bahlburg, Dolezal, Baker, Ehrhardt & New, 2006). In particolare, non è mai stata dimostrata una correlazione simile (esposizione ormonale prenatale) con l'identità di genere (ad esempio, Meyer-Bahlburg et al, 2004). Ciò è sottolineato dal fatto che persone con la stessa identità di genere di base possono variare notevolmente nel grado di mascolinizzazione legato al loro comportamento di genere.

Valutazione e Trattamento della Disforia di Genere in Persone con Disturbi dello Sviluppo Sessuale

Molto raramente gli individui con un DSS vengono identificati come affetti da disforia di genere prima che sia fatta una diagnosi di DSS. Anche in questo caso, una diagnosi di DSS è evidente solo con un'anamnesi appropriata ed un esame fisico di base, entrambi parte di una valutazione medica per l'adeguatezza della terapia ormonale o degli interventi chirurgici per la disforia di genere. Gli psicologi dovrebbero chiedere ai loro utenti che presentano disforia di genere di sottoporsi ad un esame fisico, specialmente se non sono attualmente seguiti da un medico di base.

La maggior parte delle persone con DSS che nascono con ambiguità genitali non sviluppano disforia di genere (ad esempio, Meyer-Bahlburg et al, 2004; Wisniewski et al, 2004). Tuttavia, alcune persone con DSS svilupperanno disforia di genere cronica, sottoponendosi ad un cambio di sesso rispetto a quello loro assegnato alla nascita e/o del loro ruolo di genere (Meyer-Bahlburg, 2005; Wilson, 1999; Zucker, 1999). Se ci sono indicazioni forti e persistenti della presenza di disforia di genere, è essenziale ottenere una valutazione completa di medici esperti nella valutazione e nel trattamento della disforia, a prescindere dall'età del paziente. Raccomandazioni dettagliate sono state pubblicate per lo svolgimento di tale valutazione e trattamento per prendere le giuste decisioni e per affrontare la disforia di genere nell'ambito della persona con DSS (Meyer-Bahlburg, in stampa). Solo dopo una valutazione completa si dovrebbero adottare provvedimenti nella direzione del cambiamento di sesso o di ruolo di genere attribuito al paziente alla nascita.

I medici che assistono questi pazienti con opzioni di trattamento per alleviare la disforia di genere, possono approfittare delle conoscenze acquisite nelle cure a pazienti senza DSS (Cohen-Kettenis, 2010). Tuttavia, alcuni criteri per il trattamento (ad esempio, età, durata dell'esperienza di vita nel ruolo di genere desiderato) di solito non vengono applicate a persone con DSS, anzi, i criteri sono interpretati alla luce della situazione specifica del paziente (Meyer-Bahlburg, in stampa). Nel contesto di DSS, i cambiamenti al sesso e genere assegnati alla nascita sono stati effettuati tra i primi anni di scuola elementare e l'età adulta media. Anche la chirurgia genitale può essere effettuata molto prima in questi pazienti rispetto agli individui con disforia di genere senza DSS, se tale chirurgia è giustificata dalla diagnosi, dall'identità di genere data dalla prognosi per la sindrome specifica e la gravità della sindrome stessa, nonché dai desideri del paziente.

Una delle ragioni di queste differenze di trattamento è che la chirurgia genitale in individui con DSS è abbastanza comune nell'infanzia e nell'adolescenza. L'infertilità può essere già presente a causa di disfunzioni gonadiche o per gonadectomia dovuta al rischio di tumori maligni. Anche in questo caso, è comunque consigliabile per i pazienti con DSS di sottoporsi ad una piena transizione sociale ad un altro ruolo di genere solo se c'è una lunga storia di comportamento di genere atipico, e se la disforia di genere e/o il desiderio di cambiare il proprio ruolo di genere è stata forte e persistente per un considerevole periodo di tempo. Sei mesi sono il periodo di tempo previsto per l'espressione di tutti i sintomi per la diagnosi di disforia di genere proposto per il DSM-5 (Meyer-Bahlburg, in stampa).

Altre Risorse

La storia medica specifica per le persone con DSS è spesso complessa. La storia dei pazienti può includere una grande varietà di atipicità innate genetiche, endocrine e somatiche, così come diversi trattamenti ormonali, chirurgici, ed altre cure mediche. Per questa ragione, nella cura psicosociale e medica di questi pazienti devono essere considerati tutti questi diversi fattori, indipendentemente dalla presenza di disforia di genere. La considerazione di queste problematiche va oltre ciò che può essere coperto dal SOC. Il lettore interessato può fare riferimento alle pubblicazioni esistenti (per esempio, Cohen-Kettenis & Pfäfflin, 2003; Meyer-Bahlburg, 2002, 2008). Alcune famiglie e pazienti possono anche trovare utile consultare o lavorare con gruppi di sostegno.

Esiste una letteratura medica sostanziale per la gestione dei pazienti con DSS. Gran parte di questa letteratura è stata prodotta da specialisti di alto livello in endocrinologia pediatrica e urologia, con il contributo di psicologi, soprattutto nell'area relativa al genere. Le recenti conferenze internazionali, hanno affrontato le linee guida basate sulle prove di efficacia delle terapie (comprese le questioni di genere e della chirurgia genitale) per il DSS in generale (Hughes et al, 2006) e specificamente per iperplasia surrenalica congenita (LWPES/ESPE CAH Working Group et al, 2002; Speiser et al, 2010). Altri hanno affrontato delle ricerche sul DSS in generale (Meyer-Bahlburg e Blizzard, 2004) e su sindromi particolari come la 46,XXY (Simpson et al, 2003).



Riferimenti

Abramowitz, S. I. (1986). Psychosocial outcomes of sex reassignment surgery. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54(2), 183-189. doi:10.1037/0022-006X.54.2.183

ACOG Committee of Gynecologic Practice. (2005). Committee opinion #322: Compounded bioidentical hormones. *Obstetrics & Gynecology*, 106(5), 139-140.

Adler, R. K., Hirsch, S., & Mordaunt, M. (2006). *Voice and communication therapy for the transgender/transsexual client: A comprehensive clinical guide*. San Diego, CA: Plural Pub.

American Academy of Family Physicians. (2005). *Definition of family medicine*. Retrieved August 10, 2009, from <http://www.aafp.org/online/en/home/policy/policies/f/fammeddef.html>

- American Medical Association. (2008). *Resolution 122 (A-08)*. Retrieved from <http://www.ama-assn.org/ama/pub/upload/mm/471/122.doc>
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-IV-TR* (4th ed., text rev.). Washington, DC: Author.
- American Speech-Language-Hearing Association. (2011). *Scope of practice*. Retrieved from www.asha.org
- Anton, B. S. (2009). Proceedings of the American Psychological Association for the legislative year 2008: Minutes of the annual meeting of the council of representatives, February 22-24(2008, Washington, DC, and August 13 and 17, 2008, Boston, MA, and minutes of the February, June, August, and December 2008 meetings of the board of directors. *American Psychologist*, 64, 372-453. doi:10.1037/a0015932
- Asscheman, H., Giltay, E. J., Megens, J. A. J., de Ronde, W., van Trotsenburg, M.A.A., & Gooren, L. J. G. (2011). A long-term follow-up study of mortality in transsexuals receiving treatment with cross-sex hormones. *European Journal of Endocrinology*, 164(4), 635-642. doi:10.1530/EJE-10-1038
- Baba, T., Endo, T., Honnma, H., Kitajima, Y., Hayashi, T., Ikeda, H., . . . Saito, T. (2007). Association between polycystic ovary syndrome and female-to-male transsexuality. *Human Reproduction*, 22(4), 1011-1016. doi:10.1093/humrep/del474
- Bakker, A., Van Kesteren, P. J., Gooren, L. J., & Bezemer, P. D. (1993). The prevalence of transsexualism in the Netherlands. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 87(4), 237-238. doi:10.1111/j.1600-0447.1993.tb03364.x
- Balen, A. H., Schachter, M. E., Montgomery, D., Reid, R. W., & Jacobs, H. S. (1993). Polycystic ovaries are a common finding in untreated female to male transsexuals. *Clinical Endocrinology*, 38(3), 325-329. doi:10.1111/j.1365-2265.1993.tb01013.x
- Basson, R. (2001). Towards optimal hormonal treatment of male to female gender identity disorder. *Journal of Sexual and Reproductive Medicine*, 1(1), 45-51.
- Basson, R., & Prior, J. C. (1998). Hormonal therapy of gender dysphoria: The male-to-female transsexual. In D. Denny (Ed.), *Current concepts in transgender identity* (pp. 277-296). New York: Garland Publishing, Inc.
- Benjamin, H. (1966). *The transsexual phenomenon*. New York: Julian Press.
- Besnier, N. (1994). Polynesian gender liminality through time and space. In G. Herdt (Ed.), *Third sex, third gender: Beyond sexual dimorphism in culture and history* (pp. 285-328). New York: Zone Books.
- Bockting, W. O. (1999). From construction to context: Gender through the eyes of the transgendered. *Siecus Report*, 28(1), 3-7.
- Bockting, W. O. (2008). Psychotherapy and the real-life experience: From gender dichotomy to gender diversity. *Sexologies*, 17(4), 211-224. doi:10.1016/j.sexol.2008.08.001
- Bockting, W. O., & Coleman, E. (2007). Developmental stages of the transgender coming out process: Toward an integrated identity. In R. Ettner, S. Monstrey & A. Eyler (Eds.), *Principles of transgender medicine and surgery* (pp. 185-208). New York: The Haworth Press.
- Bockting, W. O., & Goldberg, J. M. (2006). Guidelines for transgender care (special issue). *International Journal of Transgenderism*, 9(3/4).

- Bockting, W. O., Knudson, G., & Goldberg, J. M. (2006). Counseling and mental health care for transgender adults and loved ones. *International Journal of Transgenderism, 9*(3/4), 35-82. doi:10.1300/J485v09n03_03
- Bolin, A. (1988). *In search of Eve* (pp. 189-192). New York: Bergin & Garvey.
- Bolin, A. (1994). Transcending and transgenering: Male-to-female transsexuals, dichotomy and diversity. In G. Herdt (Ed.), *Third sex, third gender: Beyond sexual dimorphism in culture and history* (pp. 447-486). New York: Zone Books.
- Bornstein, K. (1994). *Gender outlaw: On men, women, and the rest of us*. New York: Routledge.
- Bosinski, H. A. G., Peter, M., Bonatz, G., Arndt, R., Heidenreich, M., Sippell, W. G., & Wille, R. (1997). A higher rate of hyperandrogenic disorders in female-to-male transsexuals. *Psychoneuroendocrinology, 22*(5), 361-380. doi:10.1016/S0306-4530(97)00033-4
- Brill, S. A., & Pepper, R. (2008). *The transgender child: A handbook for families and professionals*. Berkeley, CA: Cleis Press.
- Brown, G. R. (2009). Recommended revisions to The World Professional Association for Transgender Health's Standards of Care section on medical care for incarcerated persons with gender identity disorder. *International Journal of Transgenderism, 11*(2), 133-139. doi:10.1080/15532730903008073
- Brown, G. R. (2010). Autocastration and autopenectomy as surgical self-treatment in incarcerated persons with gender identity disorder. *International Journal of Transgenderism, 12*(1), 31-39. doi:10.1080/15532731003688970
- Bullough, V. L., & Bullough, B. (1993). *Cross dressing, sex, and gender*. Philadelphia, PA: University of Pennsylvania Press.
- Callen Lorde Community Health Center. (2000). *Transgender health program protocols*. Retrieved from http://www.callen-lorde.org/documents/TG_Protocol_Request_Form2.pdf
- Callen Lorde Community Health Center. (2011). *Transgender health program protocols*. Retrieved from http://www.callen-lorde.org/documents/TG_Protocol_Request_Form2.pdf
- Canadian Association of Speech-Language Pathologists and Audiologists. <http://www.caspa.ca/>
- Carew, L., Dacakis, G., & Oates, J. (2007). The effectiveness of oral resonance therapy on the perception of femininity of voice in male-to-female transsexuals. *Journal of Voice, 21*(5), 591-603. doi:10.1016/j.jvoice.2006.05.005
- Carnegie, C. (2004). Diagnosis of hypogonadism: Clinical assessments and laboratory tests. *Reviews in Urology, 6*(Suppl 6), S3-8.
- Cattrall, F. R., & Healy, D. L. (2004). Long-term metabolic, cardiovascular and neoplastic risks with polycystic ovary syndrome. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology, 18*(5), 803-812. doi:10.1016/j.bpobgyn.204.05.005
- Center of Excellence for Transgender Health, UCSF. (2011). *Primary care protocol for transgender health care*. Retrieved from <http://transhealth.ucsf.edu/trans?page=protocol-00-00>
- Chiñas, B. (1995). Isthmus Zapotec attitudes toward sex and gender anomalies. In S. O. Murray (Ed.), *Latin American male homosexualities* (pp. 293-302). Albuquerque, NM: University of New Mexico Press.

- Clements, K., Wilkinson, W., Kitano, K., & Marx, R. (1999). HIV prevention and health service needs of the transgender community in San Francisco. *International Journal of Transgenderism, 3*(1), 2-17.
- Cohen-Kettenis, P.T. (2001). Gender identity disorder in DSM? *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 40*(4), 391-391. doi:10.1097/00004583-200104000-00006
- Cohen-Kettenis, P.T. (2005). Gender change in 46,XY persons with 5 α -reductase-2 deficiency and 17 β -hydroxysteroid dehydrogenase-3 deficiency. *Archives of Sexual Behavior, 34*(4), 399-410. doi:10.1007/s10508-005-4339-4
- Cohen-Kettenis, P.T. (2006). Gender identity disorders. In C. Gillberg, R. Harrington & H. C. Steinhausen (Eds.), *A clinician's handbook of child and adolescent psychiatry* (pp. 695-725). New York: Cambridge University Press.
- Cohen-Kettenis, P.T. (2010). Psychosocial and psychosexual aspects of disorders of sex development. *Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism, 24*(2), 325-334. doi:10.1016/j.beem.2009.11.005
- Cohen-Kettenis, P.T., & Kuiper, A. J. (1984). Transseksualiteit en psychotherapie. *Tijdschrift Voor Psychotherapie, 10*, 153-166.
- Cohen-Kettenis, P.T., Owen, A., Kaijser, V. G., Bradley, S. J., & Zucker, K. J. (2003). Demographic characteristics, social competence, and behavior problems in children with gender identity disorder: A cross-national, cross-clinic comparative analysis. *Journal of Abnormal Child Psychology, 31*(1), 41-53. doi:10.1023/A:1021769215342
- Cohen-Kettenis, P.T., & Pfäfflin, F. (2003). *Transgenderism and intersexuality in childhood and adolescence: Making choices*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, Inc.
- Cohen-Kettenis, P.T., & Pfäfflin, F. (2010). The DSM diagnostic criteria for gender identity disorder in adolescents and adults. *Archives of Sexual Behavior, 39*(2), 499-513. doi:10.1007/s10508-009-9562-y
- Cohen-Kettenis, P.T., Schagen, S. E. E., Steensma, T. D., de Vries, A. L. C., & Delemarre-van de Waal, H. A. (2011). Puberty suppression in a gender-dysphoric adolescent: A 22-year follow-up. *Archives of Sexual Behavior, 40*(4), 843-847. doi:10.1007/s10508-011-9758-9
- Cohen-Kettenis, P.T., Wallien, M., Johnson, L. L., Owen-Anderson, A. F. H., Bradley, S. J., & Zucker, K. J. (2006). A parent report gender identity questionnaire for children: A cross-national, cross-clinic comparative analysis. *Clinical Child Psychology and Psychiatry, 11*(3), 397-405. doi:10.1177/1359104506059135
- Cole, C. M., O'Boyle, M., Emory, L. E., & Meyer III, W. J. (1997). Comorbidity of gender dysphoria and other major psychiatric diagnoses. *Archives of Sexual Behavior, 26*(1), 13-26.
- Coleman, E., Colgan, P., & Gooren, L. (1992). Male cross-gender behavior in Myanmar (Burma): A description of the acault. *Archives of Sexual Behavior, 21*(3), 313-321.
- Costa, L. M., & Matzner, A. (2007). *Male bodies, women's souls: Personal narratives of Thailand's transgendered youth*. Binghamton, NY: Haworth Press.
- Currah, P., Juang, R. M., & Minter, S. (2006). *Transgender rights*. Minneapolis, MN: University of Minnesota Press.
- Currah, P., & Minter, S. (2000). Unprincipled exclusions: The struggle to achieve judicial and legislative equality for transgender people. *William and Mary Journal of Women and Law, 7*, 37-60.

- Dacakis, G. (2000). Long-term maintenance of fundamental frequency increases in male-to-female transsexuals. *Journal of Voice*, 14(4), 549-556. doi:10.1016/S0892-1997(00)80010-7
- Dahl, M., Feldman, J. L., Goldberg, J. M., & Jaber, A. (2006). Physical aspects of transgender endocrine therapy. *International Journal of Transgenderism*, 9(3), 111-134. doi:10.1300/J485v09n03_06
- Darney, P. D. (2008). Hormonal contraception. In H. M. Kronenberg, S. Melmer, K. S. Polonsky & P. R. Larsen (Eds.), *Williams textbook of endocrinology* (11th ed., pp. 615-644). Philadelphia: Saunders.
- Davies, S., & Goldberg, J. M. (2006). Clinical aspects of transgender speech feminization and masculinization. *International Journal of Transgenderism*, 9(3-4), 167-196. doi:10.1300/J485v09n03_08
- de Bruin, M. D., Coerts, M. J., & Greven, A. J. (2000). Speech therapy in the management of male-to-female transsexuals. *Folia Phoniatria Et Logopaedica*, 52(5), 220-227.
- De Cuypere, G., T'Sjoen, G., Beerten, R., Selvaggi, G., De Sutter, P., Hoebeke, P., . . . Rubens, R. (2005). Sexual and physical health after sex reassignment surgery. *Archives of Sexual Behavior*, 34(6), 679-690. doi:10.1007/s10508-005-7926-5
- De Cuypere, G., Van Hemelrijck, M., Michel, A., Carael, B., Heylens, G., Rubens, R., . . . Monstrey, S. (2007). Prevalence and demography of transsexualism in Belgium. *European Psychiatry*, 22(3), 137-141. doi:10.1016/j.eurpsi.2006.10.002
- De Cuypere, G., & Vercruyse, H. (2009). Eligibility and readiness criteria for sex reassignment surgery: Recommendations for revision of the WPATH standards of care. *International Journal of Transgenderism*, 11(3), 194-205. doi:10.1080/15532730903383781
- de Lignières, B. (1999). Oral micronized progesterone. *Clinical Therapeutics*, 21(1), 41-60. doi:10.1016/S0149-2918(00)88267-3
- De Sutter, P. (2009). Reproductive options for transpeople: Recommendations for revision of the WPATH's standards of care. *International Journal of Transgenderism*, 11(3), 183-185. doi:10.1080/1553270903383765
- De Sutter, P., Kira, K., Verschoor, A., & Hotimsky, A. (2002). The desire to have children and the preservation of fertility in transsexual women: A survey. *International Journal of Transgenderism*, 6(3), retrieved from http://www.wpath.org/journal/www.iiv.nl/eazines/web/IJT/97-03/numbers/symposion/ijtvo06no03_02.htm
- de Vries, A. L. C., Cohen-Kettenis, P.T., & Delemarre-van de Waal, H.A. (2006). Clinical management of gender dysphoria in adolescents. *International Journal of Transgenderism*, 9(3-4), 83-94. doi:10.1300/J485v09n03_04
- de Vries, A. L. C., Doreleijers, T.A. H., Steensma, T. D., & Cohen-Kettenis, P. T. (2011). Psychiatric comorbidity in gender dysphoric adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. Advance online publication. doi:10.1111/j.1469-7610.2011.02426.x
- de Vries, A. L. C., Noens, I. L. J., Cohen-Kettenis, P.T., van Berckelaer-Onnes, I.A., & Doreleijers, T.A. (2010). Autism spectrum disorders in gender dysphoric children and adolescents. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 40(8), 930-936. doi:10.1007/s10803-010-0935-9
- de Vries, A. L. C., Steensma, T. D., Doreleijers, T.A. H., & Cohen-Kettenis, P.T. (2010). Puberty suppression in adolescents with gender identity disorder: A prospective follow-up study. *The Journal of Sexual Medicine*. Advance online publication. doi:10.1111/j.1743-6109.2010.01943.x

- Delemarre-van de Waal, H. A., & Cohen-Kettenis, P. T. (2006). Clinical management of gender identity disorder in adolescents: A protocol on psychological and paediatric endocrinology aspects. *European Journal of Endocrinology*, *155*(suppl 1), S131-S137. doi:10.1530/eje.1.02231
- Delemarre-van de Waal, H. A., van Weissenbruch, M. M., & Cohen Kettenis, P. T. (2004). Management of puberty in transsexual boys and girls. *Hormone Research in Paediatrics*, *62*(suppl 2), 75-75. doi:10.1159/000081145
- Derrig-Palumbo, K., & Zeine, F. (2005). *Online therapy: A therapist's guide to expanding your practice*. New York: W.W. Norton & Co.
- Dessens, A. B., Slijper, F. M. E., & Drop, S. L. S. (2005). Gender dysphoria and gender change in chromosomal females with congenital adrenal hyperplasia. *Archives of Sexual Behavior*, *34*(4), 389-387. doi:10.1007/s10508-005-4338-5
- Devor, A. H. (2004). Witnessing and mirroring: A fourteen stage model. *Journal of Gay and Lesbian Psychotherapy*, *8*(1/2), 41-67.
- Di Ceglie, D., & Thümmel, E. C. (2006). An experience of group work with parents of children and adolescents with gender identity disorder. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, *11*(3), 387-396. doi:10.1177/1359104506064983
- Diamond, M. (2009). Human intersexuality: Difference or disorder? *Archives of Sexual Behavior*, *38*(2), 172-172. doi:10.1007/s10508-008-9438-6
- Dobs, A. S., Meikle, A. W., Arver, S., Sanders, S. W., Caramelli, K. E., & Mazer, N. A. (1999). Pharmacokinetics, efficacy, and safety of a permeation-enhanced testosterone transdermal system in comparison with bi-weekly injections of testosterone enanthate for the treatment of hypogonadal men. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, *84*(10), 3469-3478. doi:10.1210/jc.84.10.3469
- Docter, R. F. (1988). *Transvestites and transsexuals: Toward a theory of cross-gender behavior*. New York: Plenum Press.
- Drummond, K. D., Bradley, S. J., Peterson-Badali, M., & Zucker, K. J. (2008). A followup study of girls with gender identity disorder. *Developmental Psychology*, *44*(1), 34-45. doi:10.1037/0012-1649.44.1.34
- Ehrbar, R. D., & Gorton, R. N. (2010). Exploring provider treatment models in interpreting the standards of care. *International Journal of Transgenderism*, *12*(4), 198-2010. doi:10.1080/15532739.2010.544235
- Ekins, R., & King, D. (2006). *The transgender phenomenon*. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications Ltd.
- Eklund, P. L., Gooren, L. J., & Bezemer, P. D. (1988). Prevalence of transsexualism in the Netherlands. *British Journal of Psychiatry*, *152*(5), 638-640.
- Eldh, J., Berg, A., & Gustafsson, M. (1997). Long-term follow up after sex reassignment surgery. *Scandinavian Journal of Plastic and Reconstructive Surgery and Hand Surgery*, *31*(1), 39-45.
- Emerson, S., & Rosenfeld, C. (1996). Stages of adjustment in family members of transgender individuals. *Journal of Family Psychotherapy*, *7*(3), 1-12. doi:10.1300/J085V07N03_01

- Emory, L. E., Cole, C. M., Avery, E., Meyer, O., & Meyer III, W. J. (2003). Client's view of gender identity: Life, treatment status and outcome. *18th Biennial Harry Benjamin Symposium*, Gent, Belgium.
- Ettner, R., Monstrey, S., & Eyler, A. (Eds.) (2007). *Principles of transgender medicine and surgery*. Binghamton, NY: The Haworth Press.
- Eyler, A. E. (2007). Primary medical care of the gender-variant patient. In R. Ettner, S. Monstrey & E. Eyler (Eds.), *Principles of transgender medicine and surgery* (pp. 15-32). Binghamton, NY: The Haworth Press.
- Factor, R. J., & Rothblum, E. (2008). Exploring gender identity and community among three groups of transgender individuals in the United States: MTFs, FTMs, and genderqueers. *Health Sociology Review*, 17(3), 235-253.
- Feinberg, L. (2008). *Transgender warriors: Making history from Joan of Arc to Dennis Rodman*. Boston, MA: Beacon Press.
- Feldman, J. (2005, April). *Masculinizing hormone therapy with testosterone 1% topical gel*. Paper presented at the 19th Biennial Symposium of the Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association, Bologna, Italy.
- Feldman, J. (2007). Preventive care of the transgendered patient. In R. Ettner, S. Monstrey & E. Eyler (Eds.), *Principles of transgender surgery and medicine* (pp. 33-72). Binghamton, NY: The Haworth Press.
- Feldman, J., & Goldberg, J. (2006). Transgender primary medical care. *International Journal of Transgenderism*, 9(3), 3-34. doi:10.1300/J485v09n03_02
- Feldman, J., & Safer, J. (2009). Hormone therapy in adults: Suggested revisions to the sixth version of the standards of care. *International Journal of Transgenderism*, 11(3), 146-182. doi:10.1080/15532730903383757
- Fenichel, M., Suler, J., Barak, A., Zelvin, E., Jones, G., Munro, K., . . . Walker-Schmucker, W. (2004). *Myths and realities of online clinical work, observations on the phenomena of online behavior, experience, and therapeutic relationships. A 3rd-year report from ISMHO's clinical case study group*. Retrieved May 24, 2011, from https://www.ismho.org/myths_n_realities.asp
- Fenway Community Health Transgender Health Program. (2007). *Protocol for hormone therapy*. Retrieved from http://www.fenwayhealth.org/site/DocServer/Fenway_Protocols.pdf?docID=2181
- 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. *Western Journal of Medicine*, 120(5), 386-391.
- Fitzpatrick, L.A., Pace, C., & Wiita, B. (2000). Comparison of regimens containing oral micronized progesterone or medroxyprogesterone acetate on quality of life in postmenopausal women: A cross-sectional survey. *Journal of Women's Health & Gender-Based Medicine*, 9(4), 381-387.
- Frank, J. D., & Frank, J. B. (1993). *Persuasion and healing: A comparative study of psychotherapy* (Third ed.). Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.
- Fraser, L. (2009a). Depth psychotherapy with transgender people. *Sexual and Relationship Therapy*, 24(2), 126-142. doi:10.1080/1468199093003878

- Fraser, L. (2009b). Etherapy: Ethical and clinical considerations for version 7 of The World Professional Association for Transgender Health's standards of care. *International Journal of Transgenderism*, 11(4), 247-263. doi:10.1080/15532730903439492
- Fraser, L. (2009c). Psychotherapy in The World Professional Association for Transgender Health's standards of care: Background and recommendations. *International Journal of Transgenderism*, 11(2), 110-126. doi:10.1080/15532730903008057
- Garaffa, G., Christopher, N.A., & Ralph, D. J. (2010). Total phallic reconstruction in female-to-male transsexuals. *European Urology*, 57(4), 715-722. doi:10.1016/j.eururo.2009.05.018
- Gelder, M. G., & Marks, I. M. (1969). Aversion treatment in transvestism and transsexualism. In R. Green, & J. Money (Eds.), *Transsexualism and sex reassignment* (pp. 383-413). Baltimore, MD: Johns Hopkins Press.
- Gelfer, M. P. (1999). Voice treatment for the male-to-female transgendered client. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 8(3), 201-208.
- Gharib, S., Bigby, J., Chapin, M., Ginsburg, E., Johnson, P., Manson, J., & Solomon, C. (2005). *Menopause: A guide to management*. Boston, MA: Brigham and Women's Hospital.
- Gijs, L., & Brewaeys, A. (2007). Surgical treatment of gender dysphoria in adults and adolescents: Recent developments, effectiveness, and challenges. *Annual Review of Sex Research*, 18, 178-224.
- Gold, M., & MacNish, M. (2011). *Adjustment and resiliency following disclosure of transgender identity in families of adolescents and young adults: Themes and clinical implications*. Washington, DC: American Family Therapy Academy.
- Gómez-Gil, E., Trilla, A., Salamero, M., Godás, T., & Valdés, M. (2009). Sociodemographic, clinical, and psychiatric characteristics of transsexuals from Spain. *Archives of Sexual Behavior*, 38(3), 378-392. doi:10.1007/s10508-007-9307-8
- Gooren, L. (2005). Hormone treatment of the adult transsexual patient. *Hormone Research in Paediatrics*, 64(Suppl 2), 31-36. doi:10.1159/000087751
- Gorton, R. N., Buth, J., & Spade, D. (2005). *Medical therapy and health maintenance for transgender men: A guide for health care providers*. San Francisco, CA: Lyon-Martin Women's Health Services.
- Green, R. (1987). *The "sissy boy syndrome" and the development of homosexuality*. New Haven, CT: Yale University Press.
- Green, R., & Fleming, D. (1990). Transsexual surgery follow-up: Status in the 1990s. *Annual Review of Sex Research*, 1(1), 163-174.
- Greenson, R. R. (1964). On homosexuality and gender identity. *International Journal of Psycho-Analysis*, 45, 217-219.
- Grossman, A. H., D'Augelli, A. R., Howell, T. J., & Hubbard, S. (2006). Parent's reactions to transgender youth's gender nonconforming expression and identity. *Journal of Gay & Lesbian Social Services*, 18(1), 3-16. doi:10.1300/J041v18n01_02

- Grossman, A. H., D'Augelli, A. R., & Salter, N. P. (2006). Male-to-female transgender youth: Gender expression milestones, gender atypicality, victimization, and parents' responses. *Journal of GLBT Family Studies, 2*(1), 71-92.
- Grumbach, M. M., Hughes, I. A., & Conte, F. A. (2003). Disorders of sex differentiation. In P. R. Larsen, H. M. Kronenberg, S. Melmed & K. S. Polonsky (Eds.), *Williams textbook of endocrinology* (10th ed., pp. 842-1002). Philadelphia, PA: Saunders.
- Hage, J. J., & De Graaf, F. H. (1993). Addressing the ideal requirements by free flap phalloplasty: Some reflections on refinements of technique. *Microsurgery, 14*(9), 592-598. doi:10.1002/micr.1920140910
- Hage, J. J., & Karim, R. B. (2000). Ought GIDNOS get nought? Treatment options for nontranssexual gender dysphoria. *Plastic and Reconstructive Surgery, 105*(3), 1222-1227
- Hancock, A. B., Krissinger, J., & Owen, K. (2010). Voice perceptions and quality of life of transgender people. *Journal of Voice*. Advance online publication. doi:10.1016/j.jvoice.2010.07.013
- Hastings, D. W. (1974). Postsurgical adjustment of male transsexual patients. *Clinics in Plastic Surgery, 1*(2), 335-344.
- Hembree, W. C., Cohen-Kettenis, P., Delemarre-van de Waal, H. A., Gooren, L. J., Meyer III, W. J., Spack, N. P., . . . Montori, V. M. (2009). Endocrine treatment of transsexual persons: An Endocrine Society clinical practice guideline. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, 94*(9), 3132-3154. doi:10.1210/jc.2009-0345
- Hill, D. B., Menvielle, E., Sica, K. M., & Johnson, A. (2010). An affirmative intervention for families with gender-variant children: Parental ratings of child mental health and gender. *Journal of Sex and Marital Therapy, 36*(1), 6-23. doi:10.1080/00926230903375560
- Hoebeke, P., Selvaggi, G., Ceulemans, P., De Cuypere, G. D., T'Sjoen, G., Weyers, S., . . . Monstrey, S. (2005). Impact of sex reassignment surgery on lower urinary tract function. *European Urology, 47*(3), 398-402. doi:10.1016/j.eururo.2004.10.008
- Hoenig, J., & Kenna, J. C. (1974). The prevalence of transsexualism in England and Wales. *British Journal of Psychiatry, 124*(579), 181-190. doi:10.1192/bjp.124.2.181
- Hughes, I. A., Houk, C. P., Ahmed, S. F., Lee, P. A., & LWPE2/ESPE2 Consensus Group. (2006). Consensus statement on management of intersex disorders. *Archives of Disease in Childhood, 91*(7), 554-563. doi:10.1136/adc.2006.098319
- Hunter, M. H., & Sterrett, J. J. (2000). Polycystic ovary syndrome: It's not just infertility. *American Family Physician, 62*(5), 1079-1095.
- Institute of Medicine. (2011). *The health of lesbian, gay, bisexual, and transgender people: Building a foundation for better understanding*. Washington, DC: The National Academies Press.
- Jackson, P. A., & Sullivan, G. (Eds.). (1999). *Lady boys, tom boys, rent boys: Male and female homosexualities in contemporary Thailand*. Binghamton, NY: The Haworth Press.
- Jockenhövel, F. (2004). Testosterone therapy-what, when and to whom? *The Aging Male, 7*(4), 319-324. doi:10.1080/1368553040016557

- Johansson, A., Sundbom, E., Höjerback, T., & Bodlund, O. (2010). A five-year follow-up study of Swedish adults with gender identity disorder. *Archives of Sexual Behavior, 39*(6), 1429-1437. doi:10.1007/s10508-009-9551-1
- Joint LWPES/ESPE CAH Working Group, Clayton, P. E., Miller, W. L., Oberfield, S. E., Ritzen, E. M., Sippell, W. G., & Speiser, P. W. (2002). Consensus statement on 21-hydroxylase deficiency from the Lawson Wilkins Pediatric Endocrine Society and the European Society for Pediatric Endocrinology. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, 87*(9), 4048-4053. doi:10.1210/jc.2002-020611
- Jurgensen, M., Hiort, O., Holterhus, P. M., & Thyen, U. (2007). Gender role behavior in children with XY karyotype and disorders of sex development. *Hormones and Behavior, 51*(3), 443-453. doi:0.1016/j.yhbeh.2007.01.001
- Kanagalingam, J., Georgalas, C., Wood, G. R., Ahluwalia, S., Sandhu, G., & Cheesman, A. D. (2005). Cricothyroid approximation and sublaxation in 21 male-to-female transsexuals. *The Laryngoscope, 115*(4), 611-618. doi:10.1097/01.mlg.0000161357.12826.33
- Kanhai, R. C. J., Hage, J. J., Karim, R. B., & Mulder, J. W. (1999). Exceptional presenting conditions and outcome of augmentation mammoplasty in male-to-female transsexuals. *Annals of Plastic Surgery, 43*(5), 476-483.
- Kimberly, S. (1997). I am transsexual - hear me roar. *Minnesota Law & Politics, June*, 21-49.
- Klein, C., & Gorzalka, B. B. (2009). Sexual functioning in transsexuals following hormone therapy and genital surgery: A review (CME). *The Journal of Sexual Medicine, 6*(11), 2922-2939. doi:10.1111/j.1743-6109.2009.01370.x
- Knudson, G., De Cuypere, G., & Bockting, W. (2010a). Process toward consensus on recommendations for revision of the DSM diagnoses of gender identity disorders by The World Professional Association for Transgender Health. *International Journal of Transgenderism, 12*(2), 54-59. doi:10.1080/15532739.2010.509213
- Knudson, G., De Cuypere, G., & Bockting, W. (2010b). Recommendations for revision of the DSM diagnoses of gender identity disorders: Consensus statement of The World Professional Association for Transgender Health. *International Journal of Transgenderism, 12*(2), 115-118. doi:10.1080/15532739.2010.509215
- Kosilek v. Massachusetts Department of Corrections/Maloney, C.A. No. 92-12820-MLW (U.S. Federal District Court, Boston, MA, 2002).
- Krege, S., Bex, A., Lümmer, G., & Rübber, H. (2001). Male-to-female transsexualism: A technique, results and long-term follow-up in 66 patients. *British Journal of Urology, 88*(4), 396-402. doi:10.1046/j.1464-410X.2001.02323.x
- Kuhn, A., Bodmer, C., Stadlmayr, W., Kuhn, P., Mueller, M. D., & Birkhäuser, M. (2009). Quality of life 15 years after sex reassignment surgery for transsexualism. *Fertility and Sterility, 92*(5), 1685-1689. doi:10.1016/j.fertnstert.2008.08.126
- Kuhn, A., Hildebrand, R., & Birkhauser, M. (2007). Do transsexuals have micturition disorders? *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology, 131*(2), 226-230. doi:10.1016/j.ejogrb.2006.03.019
- Landén, M., Wälinder, J., & Lundström, B. (1998). Clinical characteristics of a total cohort of female and male applicants for sex reassignment: A descriptive study. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 97*(3), 189-194. doi:10.1111/j.1600-0447.1998.tb09986.x

- Lawrence, A. A. (2003). Factors associated with satisfaction or regret following male-to-female sex reassignment surgery. *Archives of Sexual Behavior, 32*(4), 299-315. doi:10.1023/A:1024086814364
- Lawrence, A. A. (2006). Patient-reported complications and functional outcomes of male-to-female sex reassignment surgery. *Archives of Sexual Behavior, 35*(6), 717-727. doi:10.1007/s10508-006-9104-9
- Lev, A. I. (2004). *Transgender emergence: Therapeutic guidelines for working with gender-variant people and their families*. Binghamton, NY: Haworth Clinical Practice Press.
- Lev, A. I. (2009). The ten tasks of the mental health provider: Recommendations for revision of The World Professional Association for Transgender Health's standards of care. *International Journal of Transgenderism, 11*(2), 74-99. doi:10.1080/15532730903008032
- Levy, A., Crown, A., & Reid, R. (2003). Endocrine intervention for transsexuals. *Clinical Endocrinology, 59*(4), 409-418. doi:10.1046/j.1365-2265.2003.01821.x
- MacLaughlin, D. T., & Donahoe, P. K. (2004). Sex determination and differentiation. *New England Journal of Medicine, 350*(4), 367-378.
- Maheu, M. M., Pulier, M. L., Wilhelm, F. H., McMenamin, J. P., & Brown-Connolly, N. E. (2005). *The mental health professional and the new technologies: A handbook for practice today*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Malpas, J. (in press). Between pink and blue: A multi-dimensional family approach to gender nonconforming children and their families. *Family Process*.
- Mazur, T. (2005). Gender dysphoria and gender change in androgen insensitivity or micropenis. *Archives of Sexual Behavior, 34*(4), 411-421. doi:10.1007/s10508-005-4341-x
- McNeill, E. J. M. (2006). Management of the transgender voice. *The Journal of Laryngology & Otology, 120*(07), 521-523. doi:10.1017/S0022215106001174
- McNeill, E. J. M., Wilson, J. A., Clark, S., & Deakin, J. (2008). Perception of voice in the transgender client. *Journal of Voice, 22*(6), 727-733. doi:10.1016/j.jvoice.2006.12.010
- Menvielle, E. J., & Tuerk, C. (2002). A support group for parents of gender-nonconforming boys. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 41*(8), 1010-1013. doi:10.1097/00004583-200208000-00021
- Meyer, I. H. (2003). Prejudice as stress: Conceptual and measurement problems. *American Journal of Public Health, 93*(2), 262-265.
- Meyer, J. K., & Reter, D. J. (1979). Sex reassignment: Follow-up. *Archives of General Psychiatry, 36*(9), 1010-1015.
- Meyer III, W. J. (2009). World Professional Association for Transgender Health's standards of care requirements of hormone therapy for adults with gender identity disorder. *International Journal of Transgenderism, 11*(2), 127-132. doi:10.1080/15532730903008065
- Meyer III, W. J., Webb, A., Stuart, C. A., Finkelstein, J. W., Lawrence, B., & Walker, P. A. (1986). Physical and hormonal evaluation of transsexual patients: A longitudinal study. *Archives of Sexual Behavior, 15*(2), 121-138. doi:10.1007/BF01542220

- Meyer-Bahlburg, H. F. L. (2002). Gender assignment and reassignment in intersexuality: Controversies, data, and guidelines for research. *Advances in Experimental Medicine and Biology*, 511, 199-223. doi:10.1007/978-1-4615-0621-8_12
- Meyer-Bahlburg, H. F. L. (2005). Gender identity outcome in female-raised 46,XY persons with penile agenesis, cloacal exstrophy of the bladder, or penile ablation. *Archives of Sexual Behavior*, 34(4), 423-438. doi:10.1007/s10508-005-4342-9
- Meyer-Bahlburg, H. F. L. (2008). Treatment guidelines for children with disorders of sex development. *Neuropsychiatrie De l'Enfance Et De l'Adolescence*, 56(6), 345-349. doi:10.1016/j.neurenf.2008.06.002
- Meyer-Bahlburg, H. F. L. (2009). Variants of gender differentiation in somatic disorders of sex development. *International Journal of Transgenderism*, 11(4), 226-237. doi:10.1080/15532730903439476
- Meyer-Bahlburg, H. F. L. (2010). From mental disorder to iatrogenic hypogonadism: Dilemmas in conceptualizing gender identity variants as psychiatric conditions. *Archives of Sexual Behavior*, 39(2), 461-476. doi:10.1007/s10508-009-9532-4
- Meyer-Bahlburg, H. F. L. (in press). Gender monitoring and gender reassignment of children and adolescents with a somatic disorder of sex development. *Child & Adolescent Psychiatric Clinics of North America*.
- Meyer-Bahlburg, H. F. L., & Blizzard, R. M. (2004). Conference proceedings: Research on intersex: Summary of a planning workshop. *The Endocrinologist*, 14(2), 59-69. doi:10.1097/01ten.0000123701.61007.4e
- Meyer-Bahlburg, H. F. L., Dolezal, C., Baker, S. W., Carlson, A. D., Obeid, J. S., & New, M. I. (2004). Prenatal androgenization affects gender-related behavior but not gender identity in 5-12-year-old girls with congenital adrenal hyperplasia. *Archives of Sexual Behavior*, 33(2), 97-104. doi:10.1023/B:ASEB.0000014324.25718.51
- Meyer-Bahlburg, H. F. L., Dolezal, C., Baker, S. W., Ehrhardt, A. A., & New, M. I. (2006). Gender development in women with congenital adrenal hyperplasia as a function of disorder severity. *Archives of Sexual Behavior*, 35(6), 667-684. doi:10.1007/s10508-006-9068-9
- Meyer-Bahlburg, H. F. L., Migeon, C. J., Berkovitz, G. D., Gearhart, J. P., Dolezal, C., & Wisniewski, A. B. (2004). Attitudes of adult (46,XY) intersex persons to clinical management policies. *The Journal of Urology*, 171(4), 1615-1619. doi:10.1097/01.ju.0000117761.94734.b7
- Money, J., & Ehrhardt, A. A. (1972). *Man and woman, boy and girl*. Baltimore, MD: The Johns Hopkins University Press.
- Money, J., & Russo, A. J. (1979). Homosexual outcome of discordant gender identity/role in childhood: Longitudinal follow-up. *Journal of Pediatric Psychology*, 4(1), 29-41. doi:10.1093/jpepsy/4.1.29
- Monstrey, S., Hoebeke, P., Selvaggi, G., Ceulemans, P., Van Landuyt, K., Blondeel, P., . . . De Cuypere, G. (2009). Penile reconstruction: Is the radial forearm flap really the standard technique? *Plastic and Reconstructive Surgery*, 124(2), 510-518.
- Monstrey, S., Selvaggi, G., Ceulemans, P., Van Landuyt, K., Bowman, C., Blondeel, P., . . . De Cuypere, G. (2008). Chest-wall contouring surgery in female-to-male transsexuals: A new algorithm. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 121(3), 849-859. doi:10.1097/01.prs.0000299921.15447.b2

- Moore, E., Wisniewski, A., & Dobs, A. (2003). Endocrine treatment of transsexual people: A review of treatment regimens, outcomes, and adverse effects. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 88(8), 3467-3473. doi:10.1210/jc.2002-021967
- More, S. D. (1998). The pregnant man-an oxymoron? *Journal of Gender Studies*, 7(3), 319-328. doi:10.1080/09589236.1998.9960725
- Mount, K. H., & Salmon, S. J. (1988). Changing the vocal characteristics of a post-operative transsexual patient: A longitudinal study. *Journal of Communication Disorders*, 21(3), 229-238. doi:10.1016/0021-9924(88)90031-7
- Mueller, A., Kiesewetter, F., Binder, H., Beckmann, M. W., & Dittrich, R. (2007). Long-term administration of testosterone undecanoate every 4 months for testosterone supplementation in female-to-male transsexuals. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 92(9), 3470-3475. doi:10.1210/jc.2007-07-46
- Murad, M. H., Elamin, M. B., Garcia, M. Z., Mullan, R. J., Murad, A., Erwin, P. J., & Montori, V. M. (2010). Hormonal therapy and sex reassignment: A systematic review and meta-analysis of quality of life and psychosocial outcomes. *Clinical Endocrinology*, 72(2), 214-231. doi:10.1111/j.1365-2265.2009.03625.x
- Nanda, S. (1998). *Neither man nor woman: The hijras of India*. Belmont, CA: Wadsworth Publishing.
- Nestle, J., Wilchins, R. A., & Howell, C. (2002). *Genderqueer: Voices from beyond the sexual binary*. Los Angeles, CA: Alyson Publications.
- Neumann, K., & Welzel, C. (2004). The importance of voice in male-to-female transsexualism. *Journal of Voice*, 18(1), 153-167.
- Newfield, E., Hart, S., Dibble, S., & Kohler, L. (2006). Female-to-male transgender quality of life. *Quality of Life Research*, 15(9), 1447-1457. doi:10.1007/s11136-006-0002-3
- Nieschlag, E., Behre, H. M., Bouchard, P., Corrales, J. J., Jones, T. H., Stalla, G. K., . . . Wu, F. C. W. (2004). Testosterone replacement therapy: Current trends and future directions. *Human Reproduction Update*, 10(5), 409-419. doi:10.1093/humupd/dmh035
- North American Menopause Society. (2010). Estrogen and progestogen use in postmenopausal women: 2010 position statement. *Menopause*, 17(2), 242-255. doi:10.1097/gme.0b013e3181d0f6b9
- Nuttbrock, L., Hwahng, S., Bockting, W., Rosenblum, A., Mason, M., Macri, M., & Becker, J. (2010). Psychiatric impact of gender-related abuse across the life course of male-to-female transgender persons. *Journal of Sex Research*, 47(1), 12-23. doi:10.1080/00224490903062258
- Oates, J. M., & Dacakis, G. (1983). Speech pathology considerations in the management of transsexualism—a review. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 18(3), 139-151. doi:10.3109/13682828309012237
- Olyslager, F., & Conway, L. (2007). On the calculation of the prevalence of transsexualism. Paper presented at the *World Professional Association for Transgender Health 20th International Symposium*, Chicago, Illinois. Retrieved April 22, 2010 from http://www.changelingaspects.com/PDF/2007-09-06-Prevalence_of_Transsexualism.pdf
- Oriel, K. A. (2000). Clinical update: Medical care of transsexual patients. *Journal of the Gay and Lesbian Medical Association*, 4(4), 185-194. doi:1090-7173/00/1200-0185\$18.00/1

- Pauly, I. B. (1965). Male psychosexual inversion: Transsexualism: A review of 100 cases. *Archives of General Psychiatry*, 13(2), 172-181.
- Payer, A. F., Meyer III, W. J., & Walker, P. A. (1979). The ultrastructural response of human leydig cells to exogenous estrogens. *Andrologia*, 11(6), 423-436. doi:10.1111/j.1439-0272.1979.tb02232.x
- Peletz, M. G. (2006). Transgenderism and gender pluralism in southeast asia since early modern times. *Current Anthropology*, 47(2), 309-340. doi:10.1086/4989947
- Pfäfflin, F. (1998). Regrets after sex reassignment surgery. *Journal of Psychology & Human Sexuality*, 5(4), 69-85.
- Pfäfflin, F., & Junge, A. (1998). Sex reassignment. Thirty years of international follow-up studies after sex reassignment surgery: A comprehensive review, 1961-1991. *International Journal of Transgenderism*. Retrieved from <http://web.archive.org/web/20070503090247/http://www.symposion.com/ijtpfaefflin/1000.htm>
- Physicians' desk reference*. (61st ed.). (2007). Montvale, NJ: PDR.
- Physicians' desk reference*. (65th ed.). (2010). Montvale, NJ: PDR.
- Pleak, R. R. (1999). Ethical issues in diagnosing and treating gender-dysphoric children and adolescents. In M. Rottnek (Ed.), *Sissies and tomboys: Gender nonconformity and homosexual childhood* (pp. 34-51). New York: New York University Press.
- Pope, K. S., & Vasquez, M. J. (2011). *Ethics in psychotherapy and counseling: A practical guide* (Fourth ed.). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons, Inc.
- Prior, J. C., Vigna, Y. M., & Watson, D. (1989). Spironolactone with physiological female steroids for presurgical therapy of male-to-female transsexualism. *Archives of Sexual Behavior*, 18(1), 49-57. doi:10.1007/BF01579291
- Prior, J. C., Vigna, Y. M., Watson, D., Diewold, P., & Robinow, O. (1986). Spironolactone in the presurgical therapy of male to female transsexuals: Philosophy and experience of the Vancouver Gender Dysphoria Clinic. *Journal of Sex Information & Education Council of Canada*, 1, 1-7.
- Rachlin, K. (1999). Factors which influence individual's decisions when considering female-to-male genital reconstructive surgery. *International Journal of Transgenderism*, 3(3). Retrieved from <http://www.WPATH.org>
- Rachlin, K. (2002). Transgendered individuals' experiences of psychotherapy. *International Journal of Transgenderism*, 6(1). Retrieved from http://www.wpath.org/journal/www.iiav.nl/eazines/web/IJT/97-03/numbers/symposion/ijtv06no01_03.htm.
- Rachlin, K., Green, J., & Lombardi, E. (2008). Utilization of health care among female-to-male transgender individuals in the United States. *Journal of Homosexuality*, 54(3), 243-258. doi:10.1080/00918360801982124
- Rachlin, K., Hansbury, G., & Pardo, S. T. (2010). Hysterectomy and oophorectomy experiences of female-to-male transgender individuals. *International Journal of Transgenderism*, 12(3), 155-166. doi:10.1080/15532739.2010.514220
- Reed, B., Rhodes, S., Schofield, P. & Wylie, K. (2009). *Gender variance in the UK: Prevalence, incidence, growth and geographic distribution*. Retrieved June 8, 2011, from <http://www.gires.org.uk/assets/Medpro-Assets/GenderVarianceUK-report.pdf>

- Rehman, J., Lazer, S., Benet, A. E., Schaefer, L. C., & Melman, A. (1999). The reported sex and surgery satisfactions of 28 postoperative male-to-female transsexual patients. *Archives of Sexual Behavior, 28*(1), 71-89. doi:10.1023/A:1018745706354
- Robinow, O. (2009). Paraphilia and transgenderism: A connection with Asperger's disorder? *Sexual and Relationship Therapy, 24*(2), 143-151. doi:10.1080/14681990902951358
- Rosenberg, M. (2002). Children with gender identity issues and their parents in individual and group treatment. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 41*(5), 619-621. doi:10.1097/00004583-200205000-00020
- Rossouw, J. E., Anderson, G. L., Prentice, R. L., LaCroix, A. Z., Kooperberg, C., Stefanick, M. L., . . . Johnson, K. C. (2002). Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women: Principal results from the women's health initiative randomized controlled trial. *JAMA: The Journal of the American Medical Association, 288*(3), 321-333.
- Royal College of Speech Therapists, United Kingdom. <http://www.rcslt.org/>
- Ruble, D. N., Martin, C. L., & Berenbaum, S. A. (2006). Gender development. In N. Eisenberg, W. Damon & R. M. Lerner (Eds.), *Handbook of child psychology* (6th ed., pp. 858-932). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons, Inc.
- Sausa, L. A. (2005). Translating research into practice: Trans youth recommendations for improving school systems. *Journal of Gay & Lesbian Issues in Education, 3*(1), 15-28. doi:10.1300/J367v03n01_04
- Simpson, J. L., de la Cruz, F., Swerdloff, R. S., Samango-Sprouse, C., Skakkebaek, N. E., Graham, J. M. J., . . . Willard, H. F. (2003). Klinefelter syndrome: Expanding the phenotype and identifying new research directions. *Genetics in Medicine, 5*(6), 460-468. doi:10.1097/01.GIM.0000095626.54201.D0
- Smith, Y. L. S., Van Goozen, S. H. M., Kuiper, A. J., & Cohen-Kettenis, P. T. (2005). Sex reassignment: Outcomes and predictors of treatment for adolescent and adult transsexuals. *Psychological Medicine, 35*(1), 89-99. doi:10.1017/S0033291704002776
- Sood, R., Shuster, L., Smith, R., Vincent, A., & Jatoti, A. (2011). Counseling post-menopausal women about bioidentical hormones: Ten discussion points for practicing physicians. *Journal of the American Board of Family Practice, 24*(2), 202-210. doi:10.3122/jabfm.2011.02.100194
- Speech Pathology Australia. <http://www.speechpathologyaustralia.org.au/>
- Speiser, P. W., Azziz, R., Baskin, L. S., Ghizzoni, L., Hensle, T. W., Merke, D. P., . . . Oberfield, S. E. (2010). Congenital Adrenal hyperplasia due to steroid 21-hydroxylase deficiency: An endocrine society clinical practice guideline. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, 95*(9), 4133-4160. doi:10.1210/jc.2009-2631
- Steensma, T. D., Biemond, R., de Boer, F., & Cohen-Kettenis, P. T. (2011). Desisting and persisting gender dysphoria after childhood: A qualitative followup study. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*. Advance online publication. doi:10.1177/1359104510378303
- Steensma, T. D., & Cohen-Kettenis, P. T. (2011). Gender transitioning before puberty? *Archives of Sexual Behavior, 40*(4), 649-650. doi:10.1007/s10508-011-9752-2

- Stikkelbroeck, N. M. M. L., Beerendonk, C., Willemsen, W. N. P., Schreuders-Bais, C. A., Feitz, W. F. J., Rieu, P. N. M. A., . . . Otten, B. J. (&%%). The long term outcome of feminizing genital surgery for congenital adrenal hyperplasia: Anatomical, functional and cosmetic outcomes, psychosexual development, and satisfaction in adult female patients. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 16(5), 289-296. doi:10.1016/S1083-3188(03)00155-4
- Stoller, R. J. (1964). A contribution to the study of gender identity. *International Journal of Psychoanalysis*, 45, 220-226.
- Stone, S. (1991). The empire strikes back: A posttranssexual manifesto. In J. Epstein, & K. Straub (Eds.), *Body guards: The cultural politics of gender ambiguity* (pp. 280-304). London: Routledge.
- Tangpricha, V., Ducharme, S. H., Barber, T. W., & Chipkin, S. R. (2003). Endocrinologic treatment of gender identity disorders. *Endocrine Practice*, 9(1), 12-21.
- Tangpricha, V., Turner, A., Malabanan, A., & Holick, M. (2001). Effects of testosterone therapy on bone mineral density in the FTM patient. *International Journal of Transgenderism*, 5(4).
- Taywaditep, K. J., Coleman, E., & Dumronggittigule, P. (1997). Thailand (muang thai). In R. Francouer (Ed.), *International encyclopedia of sexuality*. New York: Continuum.
- The World Professional Association for Transgender Health, Inc. (2008). *WPATH clarification on medical necessity of treatment, sex reassignment, and insurance coverage in the U.S.A.* Retrieved from [http://www.wpath.org/documents/Med%20Nec%20on%202008 %20Letterhead.pdf](http://www.wpath.org/documents/Med%20Nec%20on%202008%20Letterhead.pdf)
- Thole, Z., Manso, G., Salgueiro, E., Revuelta, P., & Hidalgo, A. (2004). Hepatotoxicity induced by anti-androgens: A review of the literature. *Urologia Internationalis*, 73(4), 289-295. doi:10.1159/000081585
- Tom Waddell Health Center. (2006). *Protocols for hormonal reassignment of gender*. Retrieved from <http://www.sfdph.org/dph/comupg/oservices/medSvs/hlthCtrs/Trans-Gendprotocols122006.pdf>
- Tsoi, W. F. (1988). The prevalence of transsexualism in Singapore. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 78(4), 501-504. doi:10.1111/j.1600-0447.1988.tb06373.x
- Van den Broecke, R., Van der Elst, J., Liu, J., Hovatta, O., & Dhont, M. (2001). The female-to-male transsexual patient: A source of human ovarian cortical tissue for experimental use. *Human Reproduction*, 16(1), 145-147. doi:10.1093/humrep/16.1.145
- van Kesteren, P. J. M., Asscheman, H., Megens, J. A. J., & Gooren, L. J. G. (1997). Mortality and morbidity in transsexual subjects treated with cross-sex hormones. *Clinical Endocrinology*, 47(3), 337-343. doi:10.1046/j.1365-2265.1997.2601068.x
- van Kesteren, P. J. M., Gooren, L. J., & Megens, J. A. (1996). An epidemiological and demographic study of transsexuals in the Netherlands. *Archives of Sexual Behavior*, 25(6), 589-600. doi:10.1007/BF02437841
- van Trotsenburg, M. A. A. (2009). Gynecological aspects of transgender healthcare. *International Journal of Transgenderism*, 11(4), 238-246. doi:10.1080/15532730903439484
- Vancouver Coastal Health, Vancouver, British Columbia, Canada. <http://www.vch.ca/>

- Vanderburgh, R. (2009). Appropriate therapeutic care for families with pre-pubescent transgender/gender-dissonant children. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 26(2), 135-154. doi:10.1007/s10560-008-0158-5
- Vilain, E. (2000). Genetics of sexual development. *Annual Review of Sex Research*, 11, 1-25.
- Wålinder, J. (1968). Transsexualism: Definition, prevalence and sex distribution. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 43(S203), 255-257.
- Wålinder, J. (1971). Incidence and sex ratio of transsexualism in Sweden. *The British Journal of Psychiatry*, 119(549), 195-196.
- Wallien, M. S. C., & Cohen-Kettenis, P. T. (2008). Psychosexual outcome of gender-dysphoric children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 47(12), 1413-1423. doi:10.1097/CHI.0b013e31818956b9
- Wallien, M. S. C., Swaab, H., & Cohen-Kettenis, P.T. (2007). Psychiatric comorbidity among children with gender identity disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 46(10), 1307-1314. doi:10.1097/chi.0b013e3181373848
- Warren, B. E. (1993). Transsexuality, identity and empowerment. A view from the frontlines. *SIECUS Report*, February/March, 14-16.
- Weitze, C., & Osburg, S. (1996). Transsexualism in Germany: Empirical data on epidemiology and application of the German Transsexuals' Act during its first ten years. *Archives of Sexual Behavior*, 25(4), 409-425.
- Wilson, J. D. (1999). The role of androgens in male gender role behavior. *Endocrine Reviews*, 20(5), 726-737. doi:10.1210/er.20.5.726
- Winter, S. (2009). Cultural considerations for The World Professional Association for Transgender Health's standards of care: The Asian perspective. *International Journal of Transgenderism*, 11(1), 19-41. doi:10.1080/15532730902799938
- Winter, S., Chalungsooth, P., Teh, Y. K., Rojanalert, N., Maneerat, K., Wong, Y. W., . . . Macapagal, R. A. (2009). Transpeople, transprejudice and pathologization: A seven-country factor analytic study. *International Journal of Sexual Health*, 21(2), 96-118. doi:10.1080/19317610902922537
- Wisniewski, A. B., Migeon, C. J., Malouf, M. A., & Gearhart, J. P. (2004). Psychosexual outcome in women affected by congenital adrenal hyperplasia due to 21-hydroxylase deficiency. *The Journal of Urology*, 171(6, Part 1), 2497-2501. doi:10.1097/01.ju.0000125169.91938.f7
- World Health Organization. (2007). *International classification of diseases and related health problems-10th revision*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- World Health Organization. (2008). *The world health report 2008: Primary health care - now more than ever*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- WPATH Board of Directors. (2010). Depsycho-pathologisation statement released May 26, 2010. Retrieved from http://wpath.org/announcements_detail.cfm?pk_announcement=17

- Xavier, J. M. (2000). *The Washington, D.C. transgender needs assessment survey: Final report for phase two*. Washington, DC: Administration for HIV/AIDS of District of Columbia Government.
- Zhang, G., Gu, Y., Wang, X., Cui, Y., & Bremner, W. J. (1999). A clinical trial of injectable testosterone undecanoate as a potential male contraceptive in normal Chinese men. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, *84*(10), 3642-3647. doi:10.1210/jc.84.10.3642
- Zitzmann, M., Saad, F., & Nieschlag, E. (2006, April). *Long term experience of more than 8 years with a novel formulation of testosterone undecanoate (nebido) in substitution therapy of hypogonadal men*. Paper presented at European Congress of Endocrinology, Glasgow, UK, April 2006.
- Zucker, K. J. (1999). Intersexuality and gender identity differentiation. *Annual Review of Sex Research*, *10*(1), 1-69.
- Zucker, K. J. (2004). Gender identity development and issues. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, *13*(3), 551-568. doi:10.1016/j.chc.2004.02.006
- Zucker, K. J. (2006). 'I'm half-boy, half-girl': Play psychotherapy and parent counseling for gender identity disorder. In R. L. Spitzer, M. B. First, J. B. Williams & M. Gibbons (Eds.), *DSM-IV-TR casebook, volume 2* (pp. 321-334). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Zucker, K. J. (2010). The DSM diagnostic criteria for gender identity disorder in children. *Archives of Sexual Behavior*, *39*(2), 477-498. doi:10.1007/s10508-009-9540-4
- Zucker, K. J., & Bradley, S. J. (1995). *Gender identity disorder and psychosexual problems in children and adolescents*. New York: Guilford Press.
- Zucker, K. J., Bradley, S. J., Owen-Anderson, A., Kibblewhite, S. J., & Cantor, J. M. (2008). Is gender identity disorder in adolescents coming out of the closet? *Journal of Sex & Marital Therapy*, *34*(4), 287-290. doi:10.1080/00926230802096192
- Zucker, K. J., Bradley, S. J., Owen-Anderson, A., Kibblewhite, S. J., Wood, H., Singh, D., & Choi, K. (in press). Demographics, behavior problems, and psychosexual characteristics of adolescents with gender identity disorder or transvestic fetishism. *Journal of Sex & Marital Therapy*.
- Zucker, K. J., & Lawrence, A. A. (2009). Epidemiology of gender identity disorder: Recommendations for the standards of care of The World Professional Association for Transgender Health. *International Journal of Transgenderism*, *11*(1), 8-18. doi:10.1080/15532730902799946
- Zucker, K. J., Owen, A., Bradley, S. J., & Ameeriar, L. (2002). Gender-dysphoric children and adolescents: A comparative analysis of demographic characteristics and behavioral problems. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, *7*(3), 398-411.
- Zuger, B. (1984). Early effeminate behavior in boys: Outcome and significance for homosexuality. *Journal of Nervous and Mental Disease*, *172*(2), 90-97.

APPENDICE A

GLOSSARIO

La terminologia nel campo dell'assistenza sanitaria per le persone transessuali, transgender e di genere non conforme è in rapida evoluzione; nuovi termini vengono introdotti e le definizioni di termini già esistenti stanno cambiando. Quindi, vi sono spesso equivoci, discussioni o discordanze sul linguaggio da usare. I termini che possono essere sconosciuti o che hanno un significato specifico negli *SOC* sono definiti qui di seguito e sono validi soltanto per questo documento. Altri possono adottare queste definizioni, ma WPATH riconosce che questi termini possano essere definiti in modo diverso nelle diverse culture, comunità e contesti.

WPATH riconosce anche che molti termini utilizzati in relazione a queste persone non sono ideali. Per esempio, i termini *transessuale* e *travestito* - e, come sostengono alcuni, il termine più recente *transgender* - sono stati applicati alle persone in modo oggettivante. Eppure, tali termini sono stati più o meno adottati da molte persone che stanno facendo del loro meglio per farsi capire. Continuando ad utilizzare questi termini, WPATH intende solo garantire che i concetti ed i processi siano comprensibili, al fine di facilitare l'erogazione di un'assistenza sanitaria di qualità a persone transessuali, transgender e di sesso non conforme. WPATH rimane aperto a una nuova terminologia che rappresenti meglio l'esperienza dei membri di questa popolazione varia e che porti a miglioramenti nell'accesso ed erogazione delle cure sanitarie.

Ormoni Bioidentici: Ormoni *strutturalmente* identici a quelli presenti nel corpo umano (ACOG Comitato di Pratica ginecologica, 2005). Gli ormoni utilizzati nella terapia ormonale Bioidentica (BHT) sono generalmente derivati da fonti vegetali e sono strutturalmente simili agli ormoni endogeni umani, ma hanno bisogno di essere commercialmente trattati per diventare Bioidentici.

Terapia ormonale bioidentica composta (BCHT): l'uso di ormoni che vengono preparati, miscelati, assemblati, confezionati, o etichettati come farmaco da un farmacista e preparati su misura per un paziente secondo le specifiche di un medico. Non è possibile avere l'approvazione dell'agenzia governativa del farmaco preposta per ogni prodotto preparato per il singolo consumatore.

Crossdressing (travestitismo): Indossare indumenti ed adottare un ruolo di genere che, in una data cultura, è più tipico dell'altro sesso.

Disturbi dello sviluppo sessuale (DSS): condizioni congenite in cui lo sviluppo del sesso cromosomico, gonadico o anatomico è atipico. Alcune persone rifiutano decisamente l'etichetta "disturbo" e questa condizione viene vista come diversità (Diamond, 2009), preferendo termini come *intersessi* o *intersessualità*.

Da femmina a maschio (FtM - Female to Male): aggettivo per descrivere gli individui con sesso femminile assegnato alla nascita, che stanno cambiando o hanno cambiato il loro corpo e/o ruolo di genere ad uno più maschile.

Disforia di genere: sofferenza causata da una discrepanza tra l'identità di genere di una persona ed il sesso assegnato alla persona alla nascita (e il ruolo di genere e/o le caratteristiche sessuali primarie e secondarie associate ad esso) (Fisk, 1974; Knudson, De Cuypere & Bockting, 2010b).

Identità di genere: il senso intrinseco di una persona di essere maschio (un ragazzo o un uomo), femmina (una ragazza o una donna), o un genere alternativo (ad esempio, boygirl, girlboy, transgender, genderqueer, eunuco) (Bockting, 1999; Stoller, 1964).

Disturbo dell'identità di genere: diagnosi formale prevista dal *Manuale Diagnostico Statistico dei Disturbi Mentali, 4a edizione, Testo Rev (DSM IV-TR)* (American Psychiatric Association, 2000). Il disturbo dell'identità di genere è caratterizzato da una forte e persistente identificazione col genere opposto e da un disagio persistente con il proprio sesso o senso di inappropriattezza nel ruolo di genere di quel sesso, che causano una sofferenza clinicamente significativa o una compromissione dell'area sociale, professionale o altre importanti aree funzionali.

Genere non conforme: aggettivo per descrivere individui la cui identità di genere, ruolo, o espressione è diversa da quella abituale per il loro sesso assegnato in una data cultura e periodo storico.

Ruolo o espressione di genere: caratteristiche di personalità, aspetto e comportamento che in una data cultura e periodo storico sono definiti come maschile o femminile (cioè, più tipico del ruolo sociale maschile o di quello femminile) (Rublo, Martin & Berenbaum, 2006). Mentre la maggior parte degli individui si presenta socialmente in modo chiaro nei ruoli di genere maschile o femminile, alcune persone si presentano in un ruolo di genere alternativo come genderqueer o specificamente transgender. Ogni persona tende a presentare entrambe le caratteristiche maschili e femminili nella propria espressione di genere in modi diversi e in diversa misura (Bockting, 2008).

Genderqueer: etichetta d'identità che può essere utilizzata da individui la cui identità e/o ruolo di genere non è conforme ad un sistema binario, limitato alle categorie di uomo o donna, maschio o femmina (Bockting, 2008).

Da maschio a femmina (MtF - Male to Female): aggettivo per descrivere gli individui con sesso maschile assegnato alla nascita, che stanno cambiando o hanno cambiato il loro corpo e/o ruolo di genere ad uno più femminile.

Ormoni naturali: ormoni derivati da fonti naturali come piante o animali. Gli ormoni naturali possono essere o non essere Bioidentici.

Sesso: il sesso è assegnato alla nascita come maschile o femminile, di solito considerando l'aspetto dei genitali esterni. Quando i genitali esterni sono ambigui, vengono prese in considerazione altre caratteristiche del sesso come genitali interni, sesso cromosomico e ormonale, per assegnare il sesso (Grumbach, Hughes & Conte, 2003; MacLaughlin & Donahoe, 2004; Money & Ehrhardt, 1972; Vilain, 2000). Per la maggior parte delle persone, l'identità e l'espressione di genere sono coerenti con il sesso assegnato loro alla nascita, per gli individui di genere non conforme, transessuali e transgender, l'identità di genere o di espressione è diversa dal sesso assegnato loro alla nascita.

Riattribuzione chirurgica del sesso (chirurgia di affermazione di genere): intervento chirurgico per cambiare le caratteristiche sessuali primarie e/o secondarie ed affermare l'identità di genere di una persona. La riattribuzione chirurgica del sesso può essere una parte importante del trattamento medico necessario per alleviare la disforia di genere.

Transgender: aggettivo per descrivere un gruppo eterogeneo di individui che attraversano o trascendono le categorie di genere culturalmente definite. L'identità di genere delle persone transgender differisce in misura diversa dal sesso che è stato loro assegnato alla nascita (Bockting, 1999).

Transizione: periodo di tempo in cui gli individui passano dal ruolo di genere associato al sesso assegnato loro alla nascita ad un ruolo di genere diverso. Per molte persone, ciò comporta imparare a vivere socialmente nell' "altro" ruolo di genere, per altri questo significa trovare un ruolo/espressione di genere più consono per loro. La transizione può comprendere o no la femminilizzazione o la mascolinizzazione del corpo attraverso ormoni o altre procedure mediche. La natura e la durata della transizione è variabile ed individuale.

Transfobia, interiorizzata: disagio con i propri sentimenti transgender o di identità come risultato dell'interiorizzazione delle aspettative della società per il genere di nascita.

Transessuale: aggettivo (spesso applicato dalla classe medica) per descrivere le persone che cercano di cambiare o che hanno cambiato le loro caratteristiche sessuali primarie e/o secondarie con interventi medici femminilizzanti o mascolinizzanti (ormoni e/o interventi chirurgici), di solito accompagnato da un cambiamento permanente nel ruolo di genere.

APPENDICE B

PANORAMICA DEI RISCHI MEDICI DELLA TERAPIA ORMONALE

I rischi descritti di seguito sono basati su due revisioni della letteratura relativi alla terapia ormonale femminilizzante/mascolinizzante esaustivi e basati sulle evidenze (Feldman & Safer 2009; Hembree et al, 2009), e su di un ampio studio di coorte (Asscheman et al, 2011). Questi studi possono servire come riferimenti dettagliati per i medici, insieme ad altro materiale clinico pubblicato ampiamente riconosciuto (per esempio, Dahl et al, 2006; Ettner et al, 2007).

I rischi della terapia ormonale femminilizzante (MtF)

Probabile aumento del rischio:

Malattia tromboembolica venosa

- L'uso di estrogeni aumenta il rischio di eventi tromboembolici venosi (TEV), in particolare nelle pazienti di età superiore ai 40 anni, fumatrici, molto sedentarie, obese, e che hanno dei disturbi trombofilici di base.

- Questo rischio aumenta con l'uso aggiuntivo di progestinici di terza generazione.

- Questo rischio diminuisce con l'uso di estradiolo per via transdermica, raccomandato nelle pazienti a maggior rischio di tromboembolia venosa.

Malattia cardiovascolare, cerebrovascolare

- L'uso di estrogeni aumenta il rischio di eventi cardiovascolari nelle pazienti di età superiore ai 50 anni con precedenti fattori di rischio cardiovascolare. L'aggiunta di un progestinico può aumentare questo rischio.

Lipidi

- L'uso di estrogeni per via orale può significativamente aumentare i trigliceridi, aumentando il rischio di pancreatite e di eventi cardiovascolari.

- Diverse vie di somministrazione avranno diversi effetti metabolici sui livelli di colesterolo HDL, colesterolo LDL e lipoproteina(a).

- In generale, l'evidenza clinica suggerisce che le pazienti MtF con preesistenti disordini del metabolismo lipidico possono trarre beneficio dall'uso di estrogeni per via transdermica piuttosto che orale.

Fegato / cistifellea

- L'uso di estrogeni e di ciproterone acetato può essere associato ad aumenti transitori degli enzimi epatici e, raramente, ad una epatotossicità clinica.

- L'uso di estrogeni aumenta il rischio di colelitiasi (calcoli biliari) e di colecistectomia successiva.

Possibile aumento del rischio:

Diabete mellito di tipo 2

- La terapia ormonale femminilizzante, in particolare gli estrogeni, possono aumentare il rischio di diabete di tipo 2, soprattutto tra le pazienti con una storia familiare di diabete o altri fattori di rischio per questa malattia.

Iperensione

- L'uso di estrogeni può aumentare la pressione arteriosa, ma l'effetto sull'incidenza di ipertensione conclamata è sconosciuto.

- Lo spironolattone riduce la pressione arteriosa ed è consigliato per le pazienti a rischio o ipertese che desiderano la femminilizzazione.

Prolattinoma

- L'uso di estrogeni aumenta il rischio di iperprolattinemia fra le pazienti MtF nel primo anno di trattamento, ma questo rischio è improbabile dopo il primo anno.

- L'uso di estrogeni ad alte dosi può favorire lo sviluppo di un prolattinoma pre-esistente, anche se clinicamente non-apparente.

Dubbio aumento del rischio, o rischio non aumentato: questa categoria comprende quei fattori che possono presentare rischi, ma per i quali l'evidenza è così minima che nessuna conclusione chiara può essere raggiunta.

Carcinoma mammario

- Le persone MtF che hanno assunto ormoni femminilizzanti possono contrarre il cancro al seno, ma non è noto come il loro grado di rischio sia paragonabile a quello di persone nate con genitali femminili.

- Probabilmente il livello di rischio è determinato anche dalla maggior durata della terapia ormonale femminilizzante (ad esempio, dal numero di anni durante i quali si assumono preparati estrogeni), dalla storia familiare di carcinoma mammario, dall'obesità (BMI > 35), e dall'uso di progestinici.

Altri effetti indesiderati della terapia femminilizzante:

I seguenti effetti possono essere considerati minori o addirittura desiderati, a seconda della paziente, ma sono chiaramente associati alla terapia ormonale femminilizzante.

Fertilità e la funzione sessuale

- La terapia ormonale femminilizzante può compromettere la fertilità.
- La terapia ormonale femminilizzante può diminuire la libido.
- La terapia ormonale femminilizzante riduce le erezioni notturne, con un impatto variabile sulle erezioni sessualmente stimolate.

Rischi dei farmaci anti-androgeni:

Gli schemi di ormoni femminilizzanti spesso comprendono una varietà di agenti che influenzano la produzione o l'azione del testosterone. Questi includono i GnRH-agonisti, i progestinici (incluso il ciproterone acetato), lo spironolattone, e gli inibitori della 5-alfa reduttasi. Una discussione approfondita sui rischi specifici di questi agenti va oltre lo scopo degli SOC, tuttavia, sia lo spironolattone che il ciproterone acetato sono ampiamente utilizzati e meritano qualche commento.

Il ciproterone acetato è un composto progestinico con proprietà anti-androgene (Gooren, 2005; Levy et al, 2003). Benché ampiamente utilizzato in Europa, il suo utilizzo non è approvato negli Stati Uniti a causa delle preoccupazioni sulla sua epatotossicità (Thole, Manso, Salgueiro, Revuelta & Hidalgo, 2004). Lo spironolattone è comunemente usato come un anti-androgeno nelle terapie ormonali femminilizzanti, in particolare nelle regioni in cui non è approvato l'uso del ciproterone (Dahl et al, 2006; Moore et al, 2003; Tangpricha et al, 2003). Lo spironolattone ha una lunga casistica nell'uso per il trattamento dell'ipertensione e dell'insufficienza cardiaca congestizia. I suoi effetti collaterali comuni includono iperkaliemia, vertigini e sintomi gastrointestinali (Physicians Desk Reference, 2007).

I rischi della terapia ormonale mascolinizzante (FtM)

Probabile aumento del rischio:

Policitemia

- La terapia ormonale mascolinizzante con testosterone o altri steroidi androgeni aumenta il rischio di policitemia (ematocrito > 50%), soprattutto nei pazienti con altri fattori di rischio.

- La somministrazione transdermica e l'adeguamento del dosaggio possono ridurre il rischio.

Aumento di peso/grasso viscerale

- La terapia ormonale mascolinizzante può provocare un aumento di peso modesto, con un aumento del grasso viscerale.

Possibile aumento del rischio:

Lipidi

- La terapia con testosterone diminuisce il colesterolo HDL, ma colpisce in misura variabile il colesterolo LDL ed i trigliceridi.

- I livelli serici sovralfisiologici di testosterone (oltre il limite superiore per il sesso maschile), spesso dopo prolungata somministrazione intramuscolare, possono peggiorare il profilo lipidico, mentre la somministrazione transdermica sembra essere più neutra.

- I pazienti con sindrome dell'ovaio policistico o con dislipidemia possono essere ad aumentato rischio di peggioramento della dislipidemia con la terapia con testosterone.

Fegato

- Possono verificarsi degli aumenti transitori degli enzimi epatici durante la terapia con testosterone.

- Con metiltestosterone orale sono stati segnalati disfunzione epatica e tumori maligni. Tuttavia, il metiltestosterone non è più disponibile nella maggior parte dei paesi e non dovrebbe più essere utilizzato.

Psichiatrico

La terapia mascolinizzante con testosterone o altri steroidi androgeni può aumentare il rischio di sintomi ipomaniacali, maniacali o psicotici nei pazienti affetti da disturbi psichiatrici che includono tali sintomi. Questo evento avverso sembra essere associato a dosi più elevate o a livelli sovrafisiologici di testosterone nel sangue.

Dubbio aumento del rischio, o rischio non aumentato: questa categoria comprende quei fattori che possono presentare rischi, ma per i quali l'evidenza è così minima che nessuna conclusione chiara può essere raggiunta.

Osteoporosi

- La terapia con testosterone mantiene o aumenta la densità minerale ossea nei pazienti FtM prima dell'ovariectomia, almeno nei primi tre anni di trattamento.

- Vi è un aumento del rischio di perdita di densità ossea dopo l'ovariectomia, soprattutto se la terapia con testosterone viene interrotta o è insufficiente. Questo include i pazienti che utilizzano esclusivamente il testosterone orale.

Cardiovascolare

- La terapia ormonale mascolinizzante alle normali dosi fisiologiche non sembra aumentare il rischio di eventi cardiovascolari tra i pazienti sani.

- La terapia ormonale mascolinizzante può aumentare il rischio di malattie cardiovascolari nei pazienti con concomitanti fattori di rischio.

Ipertensione

- La terapia ormonale mascolinizzante alle normali dosi fisiologiche può aumentare la pressione arteriosa, ma non sembra aumentare il rischio di ipertensione.

- I pazienti con fattori di rischio di ipertensione, come aumento di peso, storia familiare, o sindrome dell'ovaio policistico, possono essere più a rischio.

Diabete mellito di tipo 2

- La terapia con testosterone non sembra aumentare il rischio complessivo di diabete di tipo 2 tra i pazienti FtM.

- La terapia con testosterone può ulteriormente aumentare il rischio di diabete di tipo 2 nei pazienti con altri fattori di rischio, come un significativo aumento di peso, la storia familiare e sindrome dell'ovaio policistico. Non ci sono dati che suggeriscano o dimostrino un aumento del rischio nei soggetti con fattori di rischio per dislipidemia.

Carcinoma mammario

- La terapia con testosterone nei pazienti FtM non aumenta il rischio di carcinoma mammario.

Cancro della cervice uterina

- La terapia con testosterone nei pazienti FtM non aumenta il rischio di cancro della cervice uterina, anche se può aumentare il rischio di Pap test con minime anomalie a causa dei cambiamenti atrofici.

Cancro dell'ovaio

- Analogamente alle persone nate con genitali femminili con elevati livelli di androgeni, la terapia con testosterone nei pazienti FtM può aumentare il rischio di cancro alle ovaie, sebbene l'evidenza sia limitata.

Cancro dell'endometrio (dell'utero)

- La terapia con testosterone nei pazienti FtM può aumentare il rischio di cancro dell'endometrio, sebbene l'evidenza sia limitata.

Altri effetti indesiderati della terapia mascolinizante:

I seguenti effetti possono essere considerati minori o addirittura desiderati, a seconda del paziente, ma sono chiaramente associati alla mascolinizzazione.

La fertilità e la funzione sessuale

- La terapia con testosterone nei pazienti FtM riduce la fertilità, anche se il grado e la reversibilità sono sconosciuti.

- La terapia con testosterone può indurre modificazioni anatomiche permanenti nello sviluppo dell'embrione o del feto.

- La terapia con testosterone induce l'allargamento del clitoride e aumenta la libido.

Acne, alopecia androgenetica

Acne e gradi diversi di perdita di capelli (alopecia androgenetica) sono effetti indesiderati comuni della terapia ormonale mascolinizzante.

APPENDICE C

SINTESI DEI CRITERI PER LA TERAPIA ORMONALE E GLI INTERVENTI CHIRURGICI

Come per tutte le versioni precedenti degli *SOC*, i criteri adottati in questo documento per la terapia ormonale e per i trattamenti chirurgici per la disforia di genere sono linee guida cliniche; i singoli operatori sanitari e programmi possono modificarli. Il distacco dagli *SOC* può avvenire a causa di particolari caratteristiche anatomiche, sociali o psicologiche di un paziente; dall'evoluzione del metodo nel gestire una situazione comune da parte di un operatore sanitario esperto; di un protocollo di ricerca; della mancanza di risorse nelle diverse parti del mondo; o della necessità di specifiche strategie di riduzione del danno. Questi distacchi devono essere riconosciuti come tali, spiegati al paziente, e documentati con consenso informato per la cura del paziente e la tutela giuridica. Questa documentazione è preziosa anche per raccogliere nuovi dati, che possono essere esaminati retrospettivamente per consentire all'assistenza sanitaria - ed agli *SOC* - di evolversi.

Criteri per la Terapia Ormonale Femminilizzante/Mascolinizzante (un riferimento ad altro medico o tabella di valutazione psico-sociale)

1. Disforia di genere persistente, ben documentata;
2. Capacità di prendere una decisione pienamente consapevole e di dare il consenso al trattamento;
3. Maggiore età in un dato paese (se più giovani, seguire gli *SOC* per bambini e adolescenti);
4. Se sono presenti significative problematiche mentali o mediche, devono essere ragionevolmente ben controllate.

Criteria per Chirurgia del Seno/Torace (un riferimento)

Mastectomia e creazione di una cassa toracica maschile nei pazienti FtM:

1. Disforia di genere persistente, ben documentata;
2. Capacità di prendere una decisione pienamente consapevole e di dare il consenso al trattamento;
3. Maggiore età in un dato paese (se più giovani, seguire gli SOC per bambini e adolescenti);
4. Se sono presenti significative problematiche mentali o mediche, devono essere ragionevolmente ben controllate.

La terapia ormonale non è un pre-requisito.

Mastoplastica additiva (protesi/lipofilling) nelle pazienti MtF:

1. Disforia di genere persistente, ben documentata;
2. Capacità di prendere una decisione pienamente consapevole e di dare il consenso al trattamento;
3. Maggiore età in un dato paese (se più giovani, seguire gli SOC per bambini e adolescenti);
4. Se sono presenti significative problematiche mentali o mediche, devono essere ragionevolmente ben controllate.

Anche se non è un criterio esplicito, si raccomanda che le pazienti MtF si sottopongano a terapia ormonale femminilizzante per almeno 12 mesi prima di un intervento chirurgico di mammoplastica additiva. Lo scopo è quello di massimizzare la crescita mammaria in modo da ottenere un miglior risultato chirurgico (estetico).

Criteria per la chirurgia genitale (due riferimenti)

Isterectomia e ovariectomia nei pazienti FtM e orchietomia nelle pazienti MtF:

1. Disforia di genere persistente, ben documentata;
2. Capacità di prendere una decisione pienamente consapevole e di dare il consenso al trattamento;

3. Maggiore età in un dato paese;
4. Se sono presenti significative problematiche mentali o mediche, devono essere ben controllate.
5. 12 mesi consecutivi di terapia ormonale a seconda degli obiettivi di genere del paziente (a meno che il paziente abbia delle controindicazioni mediche o non sia in grado o non voglia assumere ormoni).

Lo scopo della terapia ormonale precedente alla gonadectomia è principalmente quello di avere un periodo di introduzione di estrogeni o di soppressione del testosterone con effetti reversibili, prima di procedere ad un intervento chirurgico irreversibile.

Questi criteri non si applicano ai pazienti che vengono sottoposti a queste procedure chirurgiche per indicazioni mediche diverse dalla disforia di genere.

Metoidioplastica o falloplastica nei pazienti FtM e vaginoplastica nelle pazienti MtF:

1. Disforia di genere persistente, ben documentata;
2. Capacità di prendere una decisione pienamente consapevole e di dare il consenso al trattamento;
3. Maggiore età in un dato paese;
4. Se sono presenti significative problematiche mentali o mediche, devono essere ben controllate.
5. 12 mesi consecutivi di terapia ormonale a seconda degli obiettivi di genere del paziente (a meno che il paziente abbia delle controindicazioni mediche o non sia in grado o non voglia assumere ormoni).
6. 12 mesi consecutivi di vita nel ruolo di genere congruente con la propria identità di genere.

Anche se non è un criterio esplicito, si raccomanda che questi pazienti abbiano visite regolari con uno psicologo o altro specialista medico.

Il criterio di cui sopra per alcune tipologie di interventi sui genitali - vale a dire, che i pazienti intraprendano 12 mesi consecutivi di vita nel ruolo di genere prescelto - si basa sul consenso clinico di esperti che questa esperienza permette al paziente ampia opportunità di sperimentare ed adeguare socialmente il suo ruolo di genere a ciò che preferisce, prima di sottoporsi ad intervento chirurgico irreversibile.

APPENDICE D

EVIDENZA DI RISULTATI CLINICI DEGLI APPROCCI TERAPEUTICI

Uno dei supporti reali per qualsiasi nuova terapia è l'analisi dei risultati. A causa della natura controversa della chirurgia di riattribuzione del sesso, questo tipo di analisi è molto importante: quasi tutti gli studi sui risultati in questo settore sono retrospettivi.

Uno dei primi studi per esaminare gli esiti psicosociali post-trattamento nei pazienti transessuali è stato fatto nel 1979 presso la Johns Hopkins University School of Medicine and Hospital (USA) (JK Meyer & Reter, 1979). Questo studio si è concentrato sulla stabilità dei pazienti nel campo del lavoro, educativo, coniugale e domiciliare. I risultati hanno rivelato numerosi cambiamenti significativi con il trattamento. Questi cambiamenti non sono stati visti come positivi, anzi, hanno dimostrato che molte persone entrate nel programma di trattamento dopo la partecipazione al programma non erano migliorate, o erano peggiorate per molti aspetti, portando così alla chiusura del programma in quell'ospedale universitario (Abramowitz, 1986).

Successivamente, un numero significativo di operatori sanitari chiesero uno standard che definisse l'ammissibilità per l'intervento chirurgico di riattribuzione di sesso. Ciò ha portato alla prima stesura degli *Standards di Cura* della Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association (ora WPATH) nel 1979.

Nel 1981, Pauly ha pubblicato i risultati di un ampio studio retrospettivo su persone che si erano sottoposte ad interventi chirurgici di riattribuzione del sesso. I partecipanti a questo studio hanno ottenuto risultati molto migliori: tra gli 83 pazienti FtM, l'80.7% ha avuto un esito soddisfacente (ad es., l'auto-rapporto del paziente di un "migliore adattamento sociale ed emotivo"), e solo il 6% ha avuto un esito insoddisfacente. Tra 283 pazienti MtF, il 71.4% ha avuto un esito soddisfacente, mentre l'8.1% insoddisfacente. Questo studio comprende anche quei pazienti che sono stati trattati prima della pubblicazione e dell'utilizzo degli *Standards di Cura*.

Da quando gli *Standards di Cura* sono in vigore, c'è stato un costante aumento della soddisfazione nei pazienti ed una riduzione dell'insoddisfazione negli esiti dell'intervento chirurgico di riattribuzione di sesso. Gli studi condotti dopo il 1996 si sono concentrati su pazienti trattati secondo gli *Standards di Cura*. I risultati di Rehman e colleghi (1999) e di Krege e colleghi (2001) costituiscono un tipico esempio, nessuno dei pazienti oggetto di questi studi si è pentito di essersi sottoposto ad un intervento chirurgico, e la maggior parte ha riferito di essere soddisfatto dei risultati estetici e funzionali dell'intervento. Anche i pazienti che hanno sviluppato gravi complicazioni chirurgiche raramente si pentono di aver subito l'intervento. La qualità dei risultati chirurgici è uno dei modi migliori per prevedere il risultato complessivo della riattribuzione di sesso (Lawrence, 2003). La stragrande maggioranza degli studi di follow-up ha dimostrato un innegabile effetto benefico dell'intervento chirurgico di riassegnazione del sesso sugli esiti post-operatori, come il benessere personale e la funzione sessuale (De Cuypere et al, 2005; Garaffa, Christopher & Ralph, 2010; Klein & Gorzalka, 2009), sebbene, dai dati disponibili, l'entità specifica dei benefici sia incerta.

Uno di questi studi (Emory, Cole, Avery, Meyer & Meyer III, 2003) mostrò anche un miglioramento del reddito dei pazienti.

Un rapporto preoccupante (Newfield et al, 2006) ha mostrato risultati più bassi sulla qualità

della vita (misurata con l'SF-36) per i pazienti FtM rispetto alla popolazione generale. Un punto debole di questo studio è che i suoi 384 partecipanti furono reclutati tramite e-mail piuttosto che da un approccio sistematico, e il grado e tipo di trattamento non è stato registrato. I partecipanti allo studio che stavano assumendo testosterone l'avevano fatto per meno di 5 anni. La qualità della vita era più alta per quei pazienti sottoposti a chirurgia toracica o al seno che per quelli che non l'avevano fatta: $p < .001$ (una simile analisi non è stata fatta per la chirurgia dei genitali). In un altro lavoro, Kuhn e colleghi (2009) hanno utilizzato il King's Health Questionnaire per valutare la qualità della vita di 55 pazienti transessuali a 15 anni dalla chirurgia. I punteggi sono stati confrontati con quelli di 20 pazienti sani di controllo (femmine) sottoposte in passato a chirurgia addominale/pelvica. I punteggi sulla qualità della vita dei pazienti transessuali erano gli stessi o migliori di quelli delle pazienti di controllo per alcune categorie (emozioni, sonno, incontinenza, gravità dei sintomi, e limitazioni di ruolo), ma peggiori in altri campi (salute generale, limitazione fisica e limitazione personale).

E' difficile determinare l'efficacia dei soli ormoni nel sollievo dalla disforia di genere. La maggior parte degli studi che valutano l'efficacia della terapia ormonale mascolinizzante/femminilizzante sulla disforia di genere sono stati condotti con pazienti che hanno subito anche un'operazione per cambiare sesso. Gli effetti favorevoli delle terapie che comprendevano sia ormoni che chirurgia sono stati riportati in una rassegna completa di oltre 2000 pazienti in 79 studi (per lo più osservazionali), condotti tra il 1961 ed il 1991 (Eldh, Berg & Gustafsson, 1997; Gijss & Brewaeys, 2007; Murad et al, 2010; Pfäfflin & Junge, 1998). I pazienti operati dopo il 1986 hanno avuto migliori risultati rispetto a quelli operati prima di quell'anno; questo riflette un significativo abbassamento nel numero di complicanze chirurgiche (Eldh et al, 1997). La maggior parte dei pazienti ha riportato un miglioramento dei risultati psico-sociali che oscilla tra un 87% per le pazienti MtF ed un 97% nei pazienti FtM (Green & Fleming, 1990). Miglioramenti simili sono stati riscontrati in uno studio svedese in cui "quasi tutti i pazienti sono stati soddisfatti con la riattribuzione di sesso a distanza di 5 anni, e l'86% di essi sono stati valutati dai medici tramite follow-up, come stabili o migliorati nel funzionamento globale" (Johansson, Sundbom, Höjerback & Bodlund, 2010). I punti deboli di questi studi precedenti sono la loro struttura retrospettiva e l'uso di criteri differenti per la valutazione dei risultati.

Uno studio prospettico condotto nei Paesi Bassi ha valutato 325 consecutivi soggetti adulti ed adolescenti in attesa di riattribuzione sessuale (Smith, Van Goozen, Kuiper & Cohen-Kettenis, 2005). I pazienti sottoposti a terapia di riattribuzione di sesso (con interventi ormonali e chirurgici) hanno mostrato miglioramenti nella media dei loro punteggi sulla disforia di genere, misurata tramite la Utrecht Gender Dysphoria Scale. Anche i punteggi sulla soddisfazione del corpo e sulla funzione psicologica sono migliorati nella maggior parte delle categorie. Meno del 2% dei pazienti ha espresso rammarico dopo la terapia. Questo è il più grande studio prospettico per affermare i risultati di studi retrospettivi che una combinazione di terapia ormonale e chirurgica migliora la disforia di genere e altre aree di funzionamento psicosociale. Vi è la necessità di ulteriori ricerche sugli effetti della terapia ormonale senza intervento chirurgico, e senza l'obiettivo di massima femminilizzazione o mascolinizzazione fisica.

Nel complesso, gli studi hanno segnalato un costante miglioramento nei risultati via via che questo campo diventa sempre più avanzato. La ricerca si è incentrata principalmente sui risultati dell'intervento chirurgico di riattribuzione di sesso. Nella pratica corrente ci sono una serie di adattamenti di identità, di ruolo e del fisico che potrebbero beneficiare di un ulteriore follow-up o di ricerche sui risultati (Institute of Medicine, 2011).

APPENDICE E

PROCESSO DI SVILUPPO PER GLI STANDARDS DI CURA, VERSIONE 7

Il processo di sviluppo degli *Standards di Cura, Versione 7* è iniziato quando un primo “gruppo di lavoro” SOC è stato fondato nel 2006. I membri sono stati invitati ad esaminare le sezioni specifiche degli SOC, *Versione 6*. Per ogni sezione, sono stati invitati ad una revisione della letteratura rilevante, ad identificare dove la ricerca era carente e necessaria, e a consigliare possibili revisioni degli SOC, come richiesto dalle nuove prove. I seguenti autori hanno presentato dei documenti: Aaron Devor, Walter Bockting, George Brown, Michael Brownstein, Peggy Cohen-Kettenis, Griet DeCuyper, Petra DeSutter, Jamie Feldman, Lin Fraser, Arlene Istar Lev, Stephen Levine, Walter Meyer, Heino Meyer-Bahlburg, Stan Monstrey, Loren Schechter, Mick van Trotsenburg, Sam Winter e Ken Zucker. Alcuni di questi autori hanno scelto di aggiungere dei co-autori per aiutarli nel loro compito.

Le bozze iniziali di questi documenti furono presentate entro il 1 Giugno 2007. La maggior parte di queste sono state completate entro il settembre 2007, con le restanti entro la fine dello stesso anno. Questi manoscritti sono stati poi presentati all'*International Journal of Transgenderism (IJT)*. Ogni documento è stato valutato dal *IJT*. I documenti finali sono stati pubblicati nel Volume 11 (1-4) nel 2009, e resi disponibili per la discussione ed il dibattito.

Dopo la pubblicazione degli articoli, nel 2010 è stato istituito dal Consiglio di Amministrazione WPATH un Comitato di Revisione degli *Standards di Cura*. Il Comitato di Revisione ha inizialmente dibattuto i documenti preparatori del *IJT* attraverso un sito web di Google. Un sottogruppo del Comitato fu nominato dal Consiglio di Amministrazione per diventare il “Gruppo Scrittura”. Questo gruppo fu incaricato di preparare la prima bozza degli SOC, *Versione 7* e di continuare a lavorare sulle revisioni da sottoporre all’esame della Commissione di Revisione più ampia. Il Consiglio ha inoltre nominato un “Gruppo Consultivo Internazionale” di transessuali, transgender e persone di genere non conforme per dare un contributo alla revisione.

Uno “Scrittore Tecnico” fu assunto per leggere (1) tutte le raccomandazioni per la revisione - sia le raccomandazioni originali, come indicato negli articoli *IJT* che le raccomandazioni aggiuntive derivate dalla discussione online - e (2) per creare un sondaggio per sollecitare ulteriori contributi su questi possibili revisioni. Dai risultati dell’indagine, il gruppo di scrittura ha capito quali aree necessitavano di maggiori discussioni e dibattiti. Lo Scrittore Tecnico ha poi sviluppato (3) una bozza molto approssimativa degli SOC, *Versione 7* per farlo sviluppare dal Gruppo Scrittura.

Il Gruppo Scrittura si riunì il 4 e 5 marzo 2011 in una riunione di consultazione. Furono esaminate tutte le modifiche suggerite e si raggiunse un punto di accordo su diverse aree controverse. Le decisioni furono prese sulla base delle migliori conoscenze scientifiche disponibili e con il consenso degli esperti. Queste decisioni sono state incorporate nel progetto, e gli articoli aggiuntivi furono scritti dal Gruppo Scrittura con l’assistenza dello Scrittore Tecnico.

La bozza emersa dalla riunione fu poi diffusa tra il Gruppo Scrittura e finalizzata con l'aiuto dello Scrittore Tecnico. Una volta che questa prima fase si concluse, la bozza fu distribuita fra una più ampia Commissione di Revisione SOC ed il Gruppo Consultivo Internazionale. Si aprì una discussione sul sito di Google e si tenne una conferenza per discutere e risolvere eventuali problemi. Il feedback di questi gruppi venne preso in considerazione dal Gruppo Scrittura, che produsse un'ulteriore revisione. Furono create altre due bozze pubblicate sul sito web di Google per l'esame da parte della più ampia Commissione di Revisione SOC e dal Gruppo Consultivo Internazionale. Al completamento di queste tre fasi di riesame e di revisione, il documento finale fu presentato al Consiglio di Amministrazione WPATH per l'approvazione. Il Consiglio di Amministrazione ha approvato questa versione il 14 settembre 2011.

Il progetto è di diffondere questa versione degli SOC ed ottenere un feedback per le revisioni future. Il Consiglio di Amministrazione WPATH decide la tempistica di qualsiasi revisione degli SOC.

Finanziamento

Il processo di revisione degli *Standards di Cura* è stato reso possibile con una generosa donazione della Fondazione Tawani e con una donazione anonima. Questi fondi sono serviti per:

1. I costi di uno Scrittore Tecnico professionista;
2. La sollecitazione dei contributi internazionali sulle modifiche proposte dagli specialisti sull'identità di genere e dalla comunità transgender;
3. L'incontro di lavoro del Gruppo Scrittura;
4. Il processo di raccolta di feedback aggiuntivi ed il raggiungimento del consenso finale degli esperti dalle comunità professionale e transgender, il Comitato di Revisione degli *Standards di Cura, Versione 7*, ed il Consiglio di Amministrazione WPATH;
5. I costi di stampa e distribuzione degli *Standards di Cura, Versione 7* e l'invio di una copia scaricabile gratuitamente sul sito WPATH;
6. La sessione plenaria per lanciare gli *Standards di Cura, Versione 7* al Simposio Biennale WPATH 2011 di Atlanta, Georgia, USA.

Membri del Comitato di Revisione degli *Standards di Cura*

Eli Coleman, PhD (USA)* - Capo Comitato
Richard Adler, PhD (USA)
Walter Bockting, PhD (USA)*
Marsha Botzer, MA (USA)*
George Brown, MD (USA)
Peggy Cohen-Kettenis, PhD (Paesi Bassi)*
Griet DeCuyper, MD (Belgio)*
Aaron Devor, PhD (Canada)
Randall Ehrbar, PsyD (USA)
Randi Ettner, PhD (USA)
Evan Eyler, MD (USA)
Jamie Feldman, MD, PhD (USA)*
Lin Fraser, EdD (USA)*
Rob Garofalo, MD, MPH (USA)
Jamison Green, PhD, MFA (USA)*
Dan Karasic, MD (USA)
Gail Knudson, MD (Canada)*
Arlene Istar Lev, LCSW (USA)
Gal Mayer, MD (USA)
Walter Meyer, MD (USA)*
Heino Meyer-Bahlburg, Dr. rer.nat. (USA)
Stan Monstrey, MD, PhD (Belgio)*
Blaine Paxton Hall, MHS-CL, PA-C (USA)
Friedmann Pfaefflin, MD, PhD (Germania)
Katherine Rachlin, PhD (USA)
Bean Robinson, PhD (USA)
Loren Schechter, MD (USA)
Vin Tangpricha, MD, PhD (USA)
Mick van Trotsenburg, MD (Paesi Bassi)
Anne Vitale, PhD (USA)
Sam Winter, PhD (Hong Kong)
Stephen Whittle, OBE (UK)
Kevan Wylie, MB, MD (UK)
Ken Zucker, PhD (Canada)

Comitato di Selezione del Gruppo di Avviso Internazionale

Walter Bockting, PhD (USA)
Marsha Botzer, MA (USA)
Aaron Devor, PhD (Canada)
Randall Ehrbar, PsyD (USA)
Evan Eyler, MD (USA)
Jamison Green, PhD, MFA (USA)
Blaine Paxton Hall, MHS-CL, PA-C (USA)

Gruppo Consultivo Internazionale

Tamara Adrian, LGBT Rights Venezuela (Venezuela)
Craig Andrews, FTM Australia (Australia)
Christine Burns, MBE, Plain Sense Ltd (UK)
Naomi Fontanos, Society for Transsexual Women's Rights in the Phillipines (Filippine)
Tone Marie Hansen, Harry Benjamin Resource Center (Norvegia)
Rupert Raj, Shelburne Health Center (Canada)
Masae Torai, FTM Japan (Giappone)
Kelley Winters, GID Reform Advocates (USA)

Scrittore Tecnico

Anne Marie Weber-Main, PhD (USA)

Assistenza Editoriale

Heidi Fall (USA)

I. *Membro del Gruppo Scrittura

Tutti i membri del Comitato di Revisione degli *Standards di Cura*, Versione 7, hanno donato il loro tempo per questa revisione

