



NOTE INFORMATIVE SUL SERVIZI a cura di

Prof. Aldo Felici

Dipartimento di Scienze Chirurgiche
Struttura Complessa di Chirurgia Plastica e
Ricostruttiva
Azienda Ospedaliera San Camillo - Forlanini
Circ. Gianicolense, 87 00152 ROMA

in collaborazione con

Prof. Vezio Ruggieri

Cattedra di Psicofisiologia Clinica
Università degli Studi "La Sapienza"
via dei Marsi, 78 00185 ROMA

Dott. Luca Chianura

Équipe di intervento clinico sull'Identità di Genere
Istituto di Psicoterapia Familiare e Relazionale
sede di Bari e Roma
V. M. di Montrone, 5 70121 BARI
V.le delle Provincie, 184 00162 ROMA

SAIFIP

SERVIZIO DI ADEGUAMENTO TRA IDENTITÀ FISICA E IDENTITÀ PSICHICA

Il SAIFIP è stato istituito come Servizio di consulenza e di sostegno al percorso di adeguamento per le persone che intendono chiedere la "rettificazione di attribuzione di sesso" secondo la legge n.164 del 1982 e si rivolgono all'Ospedale S.Camillo come previsto dalla legge della Regione Lazio n.59 del 1990 (vedi allegato 3). Qualora se ne faccia richiesta, nei casi ritenuti idonei, infatti il giudice autorizza con sentenza gli interventi chirurgici di asportazione degli organi della riproduzione del sesso biologico di appartenenza e, su successiva istanza dell'interessato il cambio anagrafico del nome proprio e del sesso attribuito alla nascita.

Il processo di crescita personale tuttavia non ha una direzione unica e, a seconda delle diverse situazioni e delle potenzialità degli individui, si manifesta e si concretizza con tempi e modalità differenti. La richiesta di "riattribuzione chirurgica di sesso-RCS" (vedi glossario e allegato 2) deve essere valutata, quindi, in relazione alla storia della persona, alla sua consapevolezza di bisogni e desideri, alla stabilità della sua decisione e in relazione alla reale conoscenza del percorso di adeguamento in tutti gli aspetti: psicologici, medici, chirurgici, legali e sociali. E' in questa linea che già nella sua denominazione, "..... adeguamento *tra* Identità", il Servizio sottolinea la possibilità di diverse modalità e livelli di intervento.

Solo così i differenti percorsi possono portare un reale miglioramento della qualità di vita della persona ed un benessere globale e protratto nel tempo.

INDICE

Obiettivi	pag. 1
Operatori	pag. 2
Protocollo integrato di intervento	pag. 4
Sportello informativo	pag. 6
Modalità di accesso alle prestazioni	pag. 6
Percorso psicologico	pag. 8
Consenso informato	pag. 8
Perizia del C.T.U. e del C.T.P.	pag. 12
Centro clinico e di ricerca per l'età evolutiva	pag. 13
Percorso medico-chirurgico	
1- la terapia ormonale	pag. 18
2- depilazione	pag. 24
3- interventi chirurgici: efficacia e limiti	pag. 25
4- chirurgia estetica	pag. 38
Glossario	pag. 39
Allegato 1- Standard sui percorsi di adeguamento – Osservatorio Nazionale sull'Identità di Genere	pag. 46
Allegato 2- Legge n.164/1982	pag. 53
Allegato 3- Legge della regione Lazio n.59/1990	pag. 56

OBIETTIVI

Il SAIFIP, centro di intervento clinico e di ricerca sui Disturbi dell'Identità di Genere¹, è sorto nel 1992 con i seguenti obiettivi:

- definire un percorso pubblico, interdisciplinare e integrato, dove la persona che chiede la “riattribuzione chirurgica di sesso” (vedi Glossario, Allegato 1 e Allegato 2) trovi consulenze e sostegni adeguati ai propri personali bisogni sia in ambito medico-chirurgico che psico-sociale;
- promuovere attività di ricerca che, con caratteri di interdisciplinarietà e attraverso il confronto con esperienze nazionali e internazionali, permetta di approfondire le conoscenze sulla tematica dell'Identità intesa come nucleo fondante del benessere personale.

Il Saifip offre un servizio interdisciplinare che pone attenzione agli aspetti psicologici, medico-chirurgici e socio-legali implicati nel processo di adeguamento tra identità fisica e identità psichica. Gli operatori del Servizio utilizzano la dizione “Disturbo dell'Identità di Genere” dando al termine “disturbo” il significato di “disagio” con riferimento allo stato della persona che si rivolge all'ospedale per superare l'attuale condizione di malessere.

OPERATORI

¹ La dizione “Disturbi dell'Identità di Genere” è tratta dall'ultima edizione del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM IV-TR - 2001 ed. Apa, Washington D.C.) dove scompare il termine transessualismo adottato nelle edizioni precedenti e tale condizione è descritta non più nella categoria “Disturbi nell'infanzia, adolescenza e fanciullezza” ma tra i “Disturbi sessuali e dell'Identità di Genere”.

Il Servizio si avvale dell'attività dei seguenti operatori:

- Coordinatore SAIFIP:*
- Prof. Aldo Felici (Direttore della Struttura Complessa di Chirurgia Plastica e Ricostruttiva dell'Ospedale S.Camillo, Roma).
- Responsabile Scientifico:*
- Prof. Vezio Ruggieri (Cattedra di Psicofisiologia Clinica, Università “La Sapienza”, Roma)
- Responsabile Clinico:*
- Dott. Luca Chianura (Istituto di Psicoterapia Familiare e Relazionale, sede di Roma)
- Supervisor:*
- Prof. Pasquale Chianura (Direttore dell'Istituto di Psicoterapia Familiare e Relazionale sede di Bari e Roma).
 - Prof.ssa Anna R. Ravenna (Direttrice dell'Istituto Gestalt Firenze – I.G.F., sede di Roma).
 - Prof. Vezio Ruggieri (Cattedra di Psicofisiologia Clinica, Università “La Sapienza”, Roma).
- Collaboratori :*
- Équipe medica della Struttura Complessa di Chirurgia Plastica e Ricostruttiva dell'Ospedale S.Camillo, Roma.
 - Personale infermieristico e ausiliario della Struttura Complessa di Chirurgia Plastica e Ricostruttiva dell'Ospedale S.Camillo, Roma.
 - Dr. F. Valentini – Struttura Semplice di Endocrinologia, Ambulatorio di Endocrinologia per i “D.I.G.”. Ospedale S.Camillo, c/o ambulatori di Chirurgia Plastica e Ricostruttiva, Padiglione Piastra.
 - Dr. S. Longo, responsabile coordinamento servizi sociali e di psicologia, specialista in psichiatria
 - Prof. B. Dalla Piccola, Dott.ssa P. Grammatico – Istituto di Genetica, Università “La Sapienza” presso l'Azienda Ospedaliera S. Cavilli – Forlanini, Roma.

Équipe di intervento clinico e ricerca dell'Istituto di Psicoterapia Familiare e Relazionale (sede di Bari e Roma)

- Dott. Luca Chianura

(Responsabile Clinico, psicologo e didatta)

- Dott.ssa Anna M. Acocella

(psicoterapeuta, supervisore e didatta)

- Dott.ssa Maddalena Mosconi

(psicologa e psicodiagnosta)

- Dott.ssa Katia De Santis

(psicologa e psicodiagnosta)

- Dott. Fernando Incurvati

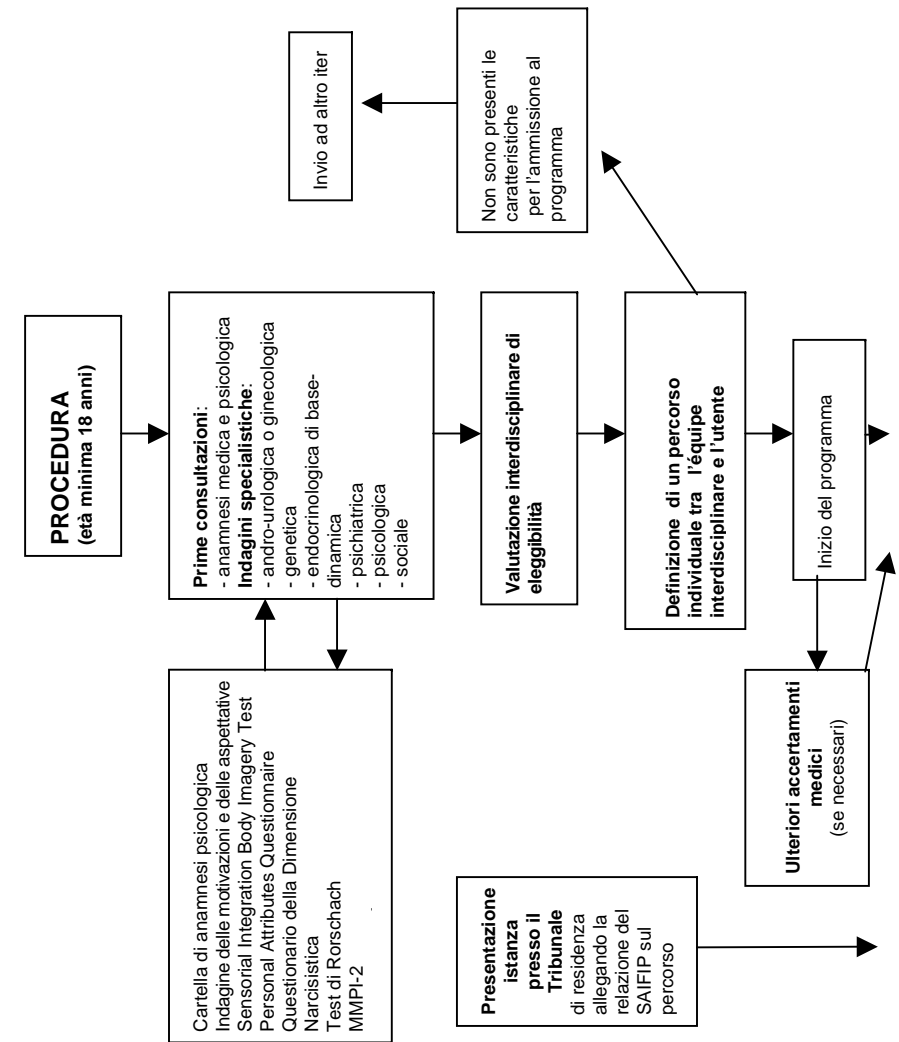
(psicologo, psicodiagnosta e psicofisiologo)

- I professionisti e le strutture dell'Ospedale S.Camillo la cui attività si renda necessaria: U.O. di Ginecologia, Urologia, Servizi Diagnostici, etc.

- Servizi e professionisti del territorio; Movimenti ed Associazioni di persone con Disturbo dell'Identità di Genere, Istituti scolastici.

Il SAIFIP cura il collegamento con le diverse strutture sanitarie del territorio sia urbano che nazionale (DSM, TSRMEE, etc.) per costituire servizi in rete per le prestazioni non effettuate all'interno dell'Ospedale San Camillo di Roma. Tra le attività dell'èquipe è compresa quella di formazione e di supervisione per gli operatori del settore che ne facciano richiesta. Il Servizio promuove incontri scientifici, professionali e culturali sia a livello nazionale che internazionale (in collaborazione con la Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association Inc. -HBIGDA- vedi glossario). E' stato inoltre promotore della costituzione dell'Osservatorio Nazionale sull'Identità di Genere (vedi glossario).

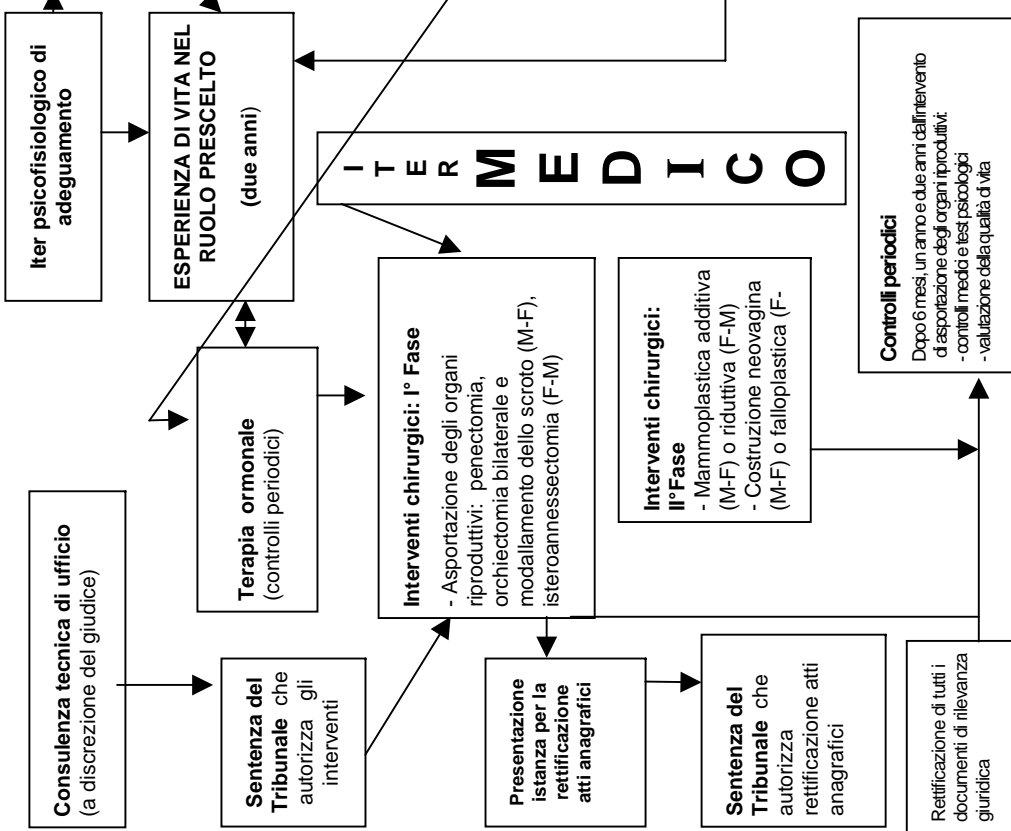
SERVIZIO DI ADEGUAMENTO TRA IDENTITÀ FISICA E IDENTITÀ PSICHICA SAIFIP
PROTOCOLLO INTEGRATO MEDICO-CHIRURGICO, PSICOLOGICO E SOCIO-LEGALE



ITER PSICOLOGICO

Sostegno psicologico e psicoterapia:
Counseling individuale
 Incontri su richiesta dell'individuo, della coppia, della famiglia per l'elaborazione di problematiche specifiche e per il sostegno nelle situazioni di crisi e durante i ricoveri.
Counseling in gruppo
 Un incontro settimanale per agevolare:
 a- la corretta informazione;
 b- il confronto e la socializzazione;
 c- l'accettazione di sé e dell'altro.

Psicoterapia
 Incontro settimanale, individuale e/o di gruppo per due anni prima e un anno dopo la procedura chirurgica di asportazione degli organi riproduttivi.
Obiettivi:
 a- contestualizzazione ed elaborazione delle problematiche intrapsichiche, familiari e socio-ambientali;
 b- elaborazione dei conflitti cognitivi ed emozionali che si presentano durante l'iter; elaborazione del vissuto di identità e assunzione di responsabilità nei confronti delle proprie scelte;
 c- elaborazione ed assimilazione delle modificazioni somatiche relate alle terapie ormonali e delle esperienze relazionali e socio-legali durante e dopo l'iter.



ITER LEGALE

SPORTELLO INFORMATIVO

Il Lunedì (14.00-17.00) e il Mercoledì (09.00-11.00) è attivo nella sede del Servizio uno sportello per le informazioni gestito dagli psicologi del Servizio (tel: 06/58704213).

Lo sportello costituisce non solo uno strumento per diffondere informazioni complete e corrette, ma anche un polo di raccolta delle informazioni provenienti dagli stessi utenti per poter organizzare un servizio sempre più rispondente alle esigenze delle persone che ad esso si rivolgono.

PROCEDURA PER LA VALUTAZIONE INTERDISCIPLINARE DI ELEGGIBILITA' ALL'ITER PSICOFISIOLOGICO DI ADEGUAMENTO

Costi

Il Servizio, in quanto pubblico, prevede le sole spese dei ticket richiesti dal Servizio Sanitario Nazionale per le prestazioni in ambulatorio.

A partire dal primo contatto con lo Sportello Informativo, su richiesta dell'utente, può essere prenotato un **incontro** con il responsabile clinico del SAIFIP o con uno degli psicologi.

In via preliminare sono previste le seguenti consultazioni ed i relativi accertamenti:

Visita Medica: presso la S.C. di Chirurgia Plastica e Ricostruttiva.

Referente: Dott.ssa L. Puccio. Prenotazioni presso lo Sportello Informativo.

Indagine genetica (mappa cromosomica): presso l’Ospedale Forlanini - Istituto di Genetica, Università “La Sapienza” - Direttore Prof. B. Dalla Piccola – Per le prenotazioni rivolgersi alla Dott.ssa P. Grammatico, tel. 06/58704355.

Consulenza endocrinologica (valutazione di laboratorio e clinica dell’assetto ormonale di base): presso l’Ambulatorio di Endocrinologia per i “D.I.G.” - Dott. F. Valentini, c/o Padiglione Piastra dei Servizi (ambulatorio di chirurgia plastica). Prenotazioni presso lo Sportello Informativo.

Indagine psichiatrica: valutazione dell’assenza, o eventuale presenza, di patologie di interesse psichiatrico. Può essere effettuata presso la ASL di appartenenza oppure presso l’Ospedale Forlanini (Dr. S. Longo, responsabile coordinamento servizi sociali e di psicologia, specialista in psichiatria) su richiesta del medico di base di visita specialistica. Prenotazioni presso lo Sportello Informativo.

Ecografia pelvica: può essere effettuato presso la ASL di appartenenza, su richiesta del medico di base.

Ecografia renale: può essere effettuato presso la ASL di appartenenza, su richiesta del medico di base

Qualora necessari, saranno richiesti ulteriori accertamenti. Le certificazioni di tutte gli accertamenti effettuati devono essere consegnate *in fotocopia* allo Sportello informativo del SAIFIP.

Percorso psicologico: pur non specificato dalla legge 164/82, l’iter psicologico è ritenuto essenziale dalle strutture nazionali che hanno approvato e recepito gli Standard italiani sui percorsi di adeguamento dell’ Osservatorio Nazionale sull’Identità di Genere e dalle maggiori organizzazioni

internazionali tra cui The Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association Inc.- HBIGDA alle quali il Servizio aderisce.

PRIMA FASE - PERCORSO PSICOLOGICO: la psicodiagnosi

Sono previsti colloqui psicologici e somministrazione di test finalizzati a raccogliere la storia di vita della persona e a delinearne il profilo psicologico. La relazione risultante dall'elaborazione dei dati derivanti dalle consultazioni, dagli accertamenti di laboratorio e dai test psicologici è oggetto di valutazione interdisciplinare di eleggibilità nell'iter psicofisiologico di adeguamento e viene consegnata all'utente con il quale si concorda un percorso individualizzato che corrisponda alle sue effettive esigenze.

IL CONSENSO INFORMATO

L'ingresso nel percorso integrato di adeguamento (psicologico, medico-chirurgico e socio-legale) prevede, in fase preliminare, che la persona venga informata sulle procedure, sui trattamenti, sui risultati possibili nonché sui rischi che le terapie comportano e sulla irreversibilità di alcune di esse. Gli incontri tra operatore ed utente sono finalizzati ad uno *scambio reciproco* di informazioni realmente condivise e mirate alla stesura di un percorso di adeguamento individuale che impegni entrambe le parti verso un maggiore benessere e un miglioramento reale della qualità di vita della persona. Solo così l'utente può raggiungere la consapevolezza necessaria ad esprimere per iscritto (compilazione e sottoscrizione di schede), nelle varie fasi dell'iter, quel consenso realmente informato essenziale nel momento in cui intraprende ciascuna delle diverse procedure e terapie concordate.

SECONDA FASE - PERCORSO PSICOLOGICO: il counselling

a- **individuale, di coppia e familiare:** a richiesta.

Finalità:

- ricevere informazioni e chiarimenti;
- aggiornare gli operatori del SAIFIP sull'andamento del percorso (per persone che seguono terapie esterne al Servizio);
- sostenere la persona nell'affrontare momenti di crisi e/o problematiche specifiche legate alle relazioni familiari, di lavoro o all'iter burocratico - legislativo;
- sostenere il / la partner e la famiglia nell'affrontare specifici problemi e/o momenti di crisi;
- sostenere l'emotività legata all'esperienza del ricovero ospedaliero.

b- **in gruppo** un incontro con frequenza settimanale.

Finalità:

- agevolare una corretta informazione;
- rendere possibile il confronto di esperienze comuni e favorire la socializzazione;
- agevolare l'espressione personale e l'accettazione di sé e dell'altro nel rispetto delle differenze individuali.

TERZA FASE - PERCORSO PSICOLOGICO: la psicoterapia

Il percorso può essere individuale e/o di gruppo: un incontro settimanale per due anni prima della procedura chirurgica di asportazione degli organi riproduttivi e un anno dopo questo intervento.

Finalità:

1. contestualizzazione ed elaborazione delle problematiche intrapsichiche, familiari e socio-ambientali;
2. elaborazione del vissuto di identità;

3. agevolazione dell'espressione emotiva;
4. elaborazione dei conflitti cognitivi ed emozionali che si presentano durante il percorso di adeguamento;
5. sviluppo del potenziale individuale ed assunzione di responsabilità delle proprie scelte;
6. sostegno all'integrazione delle modificazioni somatiche relate alle terapie ormonali;
7. sostegno all'inserimento in nuove realtà sia relazionali che sociali.

LA FUNZIONE DELLO PSICOLOGO NELL'ÉQUIPE INTERDISCIPLINARE

Lo psicologo/psicoterapeuta oltre alle funzioni specifiche svolge nell'équipe ulteriori funzioni:

1. Raccoglie la storia dello sviluppo psicologico della persona che si rivolge al servizio, con una particolare attenzione allo sviluppo dell'identità di genere. Per questa funzione sono previsti sia colloqui clinici volti a introdurre il percorso psicodiagnostico e ad agevolare l'incontro della persona con il Servizio, sia colloqui dedicati alla somministrazione della Cartella clinica di anamnesi psicologica, dell'Indagine sulle motivazioni e aspettative e dei test psicologici con raccolta di dati che consenta di delineare il profilo psicologico della persona ed integrare la cartella di anamnesi medica. Un ulteriore colloquio è orientato a delineare un percorso individuale sulla base delle esigenze della persona, delle informazioni raccolte attraverso i diversi accertamenti, di quanto evidenziato dalla elaborazione dei test e di quanto previsto dal protocollo del SAIFIP nel caso si sia giunti alla diagnosi di "Disturbo dell'Identità di Genere". In questo caso all'utente verrà consegnata una relazione utile anche a fini legali;

2. Svolge consulenze psicologiche finalizzate al sostegno in qualsiasi momento del percorso di adeguamento qualora la persona debba affrontare problemi specifici inerenti la relazione con i familiari, il partner, i datori di lavoro e colleghi, o problematiche che emergano durante la terapia ormonale, in preparazione al ricovero etc...

In ogni momento la persona può far riferimento allo psicologo del Servizio che in particolare può offrire sostegno durante i ricoveri ospedalieri, momenti questi di forte tensione emotiva.

3. Supporta i membri dell'équipe interdisciplinare e tutto il personale del reparto ospedaliero con interventi formali (seminari, supervisioni, corsi di formazione) o informali. Lo psicologo aiuta il personale ad acquisire ed integrare nuove e specifiche competenze e ad affrontare temi professionali e relazionali non sempre di facile gestione.

Secondo gli Standard sui percorsi di adeguamento dell'Osservatorio Nazionale sull'Identità di Genere-ONIG ed in adesione agli standard internazionali adottati dalla Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association Inc.-HBIGDA, è previsto anche un percorso psicoterapeutico ritenuto indispensabile per elaborare tematiche inerenti l'identità e la struttura di personalità al fine di meglio sostenere e integrare le modificazioni ormonali e somatiche, nonché le esperienze relazionali e sociali della persona e per favorire lo sviluppo delle sue potenzialità e la sua integrazione sociale.

Soltanto all'interno di questo percorso la persona può decidere l'inizio della terapia ormonale e il momento e la durata dell'esperienza di vita nel ruolo adeguato al genere prescelto, momento essenziale per la verifica delle motivazioni ed aspettative prima di dar luogo a procedure medico-chirurgiche irreversibili.

PERIZIA, DEL C.T.U. E DEL C.T.P.

Quando la persona presenta al Tribunale di residenza domanda di “rettificazione di attribuzione di sesso”, secondo la legge 164/82, il giudice istruttore può disporre una “consulenza intesa ad accertare le condizioni psico-sessuali dell’interessato” (art.2, comma 4^o).

Il Giudice può quindi nominare un **consulente tecnico d’ufficio** (C.T.U.) che effettua alcuni incontri con la persona che ha richiesto la rettificazione e svolge una serie di indagini per rispondere ad uno o più **quesiti** posti dal giudice, nei tempi stabiliti dal Tribunale. Al termine del lavoro il C.T.U. prepara una relazione (generalmente scritta) in cui riporta i risultati delle attività svolte e risponde ai quesiti posti dal giudice.

La persona che ha richiesto la rettificazione, al momento della nomina del C.T.U., può a sua volta scegliere un proprio **consulente tecnico di parte** (C.T.P.), che dopo aver ottenuto il permesso dal giudice, assiste alle operazioni peritali, partecipa alle udienze ed è ammesso alla camera di consiglio con funzione di sostegno delle esigenze del richiedente.

CENTRO CLINICO E DI RICERCA PER L’ETA’ EVOLUTIVA

Nel corso degli ultimi anni, il Servizio ha visto incrementare le richieste di sostegno psicologico sia effettuate direttamente da adolescenti e da genitori di bambini con problematiche relative all’identità di genere sia eseguite per figli di utenti (MtF e FtM) generati prima di iniziare il percorso di adeguamento.

Tali condizioni sembrano accomunate da uno stato di intensa sofferenza, intrapsichica e relazionale, associata spesso a difficoltà comportamentali ed emozionali.

Nel SAIFIP è stata, quindi, prevista a partire da febbraio 2004, un’attività rivolta in modo specifico ai:

- ***Disturbi dell’identità di genere in bambini ed adolescenti***
- ***Figli di utenti del Servizio***

1. Disturbi dell’identità di genere in bambini ed adolescenti:

La presenza di interessi tipici del sesso opposto è un fenomeno che si manifesta sia nel corso del normale sviluppo sia quando i processi evolutivi vengono alterati. Talvolta, comportamenti tipici del sesso opposto rappresentano solo una breve fase di transizione, soprattutto nel bambino intorno ai due anni, in altri casi indicano una “flessibilità di genere” e, in altri casi ancora, rappresentano un segnale di sofferenza intensa e possono dare l’avvio a serie difficoltà emotive che potrebbero portare a dei veri e propri disagi a lungo termine. L’inizio del disturbo si situa generalmente tra la fine del primo anno di vita e il terzo, anche se solitamente i bambini giungono all’osservazione clinica in concomitanza con l’inizio della scolarizzazione, su segnalazione degli insegnanti e/o

perché i genitori si preoccupano del fatto che quella che essi consideravano una “fase” non accenni a passare.

Non esiste una stima attendibile riguardo all’incidenza del Disturbo dell’Identità di Genere nell’infanzia e nell’adolescenza nella popolazione generale.

L’esperienza clinica indica che si tratta di una sindrome piuttosto rara. I maschi vengono inviati per una valutazione più spesso delle femmine con un rapporto approssimativo di 5:1.

In ambito nazionale ed internazionale, i professionisti che svolgono l’attività clinica in Servizi specifici per i disturbi dell’identità di genere in età evolutiva ritengono indispensabile un intervento di sostegno psicologico rivolto sia ai soggetti in età evolutiva che alle loro famiglie.

Quando, nel bambino, le problematiche relative al genere assumono un carattere intenso, persistente e invasivo, la condizione viene definita “Disturbo dell’Identità di Genere nell’infanzia” (DSM IV TR, 1997).

2. Figli di utenti del Servizio

I casi, seppur molto rari, in cui siano presenti figli di utenti (sia MtF sia FtM) generati prima di avere dato inizio al percorso di adeguamento, si presentano particolarmente complessi da poter costituire fonte di difficoltà e problemi sia nello sviluppo psicosessuale e psicosociale dei bambini con rischi di confusione relativi allo sviluppo della propria identità di genere, sia per gli stessi genitori che necessitano sostegno e supporto perché la funzione genitoriale continui ad essere consapevole, responsabile ed efficace.

Nella pratica clinica e nella letteratura scientifica internazionale si è osservato che molteplici sono le variabili in gioco in queste situazioni: la fase dello sviluppo in cui si trova il figlio quando avviene l’adeguamento di genere del genitore, le modalità con le quali quest’ultimo gestisce il percorso di adeguamento, le modalità con cui si evolve la relazione coniugale.

Inoltre, e gli atteggiamenti della rete familiare allargata ed il livello di sostegno offerto, sono da considerarsi variabili rilevanti al fine dello stabilizzarsi di un più o meno adeguato benessere a livello individuale e familiare sia negli adulti che nei bambini.

Tabella 1. Criteri diagnostici del DSM-IV per il disturbo dell'identità di genere

A. Una forte e persistente identificazione col sesso opposto (non un semplice desiderio di appartenere al sesso opposto per usufruire dei vantaggi culturali considerati ad esso legati).

Nei bambini devono essere presenti almeno quattro delle modalità sottoelencate:

1. desiderio ripetutamente dichiarato di appartenere al sesso opposto, o insistenza sul fatto di appartenere al sesso opposto;
2. nei maschi, preferenza per l'abbigliamento o acconciature femminili; nelle femmine, insistenza nel voler indossare abiti tipicamente maschili;
3. forti e persistenti preferenze per i ruoli del sesso opposto nei giochi di finzione o fantasie persistenti di appartenere all'altro sesso;
4. desiderio intenso di partecipare ai giochi e passatempi tipici dell'altro sesso;
5. forte preferenza per i compagni di gioco dell'altro sesso.

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

B. Disagio persistente riguardo al proprio sesso o senso di inappropriatezza nel ruolo sessuale ad esso connesso.

Nei bambini, l'anomalia si manifesta con uno dei seguenti sintomi:

- nei maschi: dichiarazioni sul fatto che il pene o i testicoli sono disgustosi o scompariranno o che sarebbe meglio non avere il pene; oppure avversione per i giochi maschili violenti e rumorosi e disprezzo e rifiuto per i giocattoli, giochi e attività tipicamente maschili;

- nelle femmine: rifiuto di far pipì in posizione seduta, affermazione di avere un pene o che sta crescendo, o di non volere che il seno cresca o di avere le mestruazioni, oppure rifiuto marcato per gli abiti tradizionalmente femminili.

Negli adolescenti, l'anomalia si manifesta con sintomi come preoccupazione di sbarazzarsi delle proprie caratteristiche sessuali primarie o secondarie o convinzione di essere nati del sesso sbagliato.

C. L'anomalia non è concomitante con una condizione fisica intersessuale.

D. L'anomalia causa disagio clinicamente significativo o compromissione dell'area sociale, lavorativa o di altre aree importanti del funzionamento.

PERCORSO MEDICO CHIRURGICO

1. LA TERAPIA ORMONALE

OBIETTIVI

1. involuzione di funzioni e strutture del sesso biologico di appartenenza;
2. evoluzione di funzioni e strutture coerenti con l'identità psichica.

MODALITA'

Il tempo necessario per ottenere delle modifiche somatiche nonché la loro entità variano da individuo a individuo in relazione a:

1. contesto psicosomatico individuale: specifiche caratteristiche, strutturali e funzionali del soggetto;
2. tipo di farmaci somministrati;
3. modalità di somministrazione, dosi assunte e durata del trattamento.

La terapia ormonale può essere intrapresa solo dopo aver iniziato un percorso di sostegno psicologico e deve essere assolutamente prescritta e periodicamente controllata da endocrinologi esperti nel trattamento ormonale del D.I.G.

Gli effetti della terapia ormonale da una parte possono procurare sollievo e dall'altra possono procurare scompensi anche gravi negli organi deputati al loro metabolismo (p.es. fegato). D'altra parte i cambiamenti somatici, pur tanto desiderati, non creano quel benessere immaginato se la persona non è sostenuta in un processo di elaborazione e assimilazione profonda non solo dei cambiamenti stessi, ma anche del nuovo stile di vita che inevitabilmente essi comportano.

Nell'adeguamento Femmina-Maschio (FtM) entrambi gli obiettivi possono essere ottenuti con l'uso del solo ormone mascolinizante (testosterone), mentre

nell'adeguamento Maschio-Femmina (MtF) è quasi sempre necessario unire agli estrogeni femminilizzanti un farmaco antiandrogeno associati ad un derivato del progesterone.

EFFETTI COLLATERALI

Diversi sono gli effetti collaterali nel percorso di adeguamento MtF e FtM (vedi paragrafi seguenti). In entrambi i casi, comunque, le variabili che intervengono sono:

1. contesto psicosomatico individuale: specifiche caratteristiche, strutturali e funzionali del soggetto;
2. tipo di farmaci somministrati;
3. modalità di somministrazione, dosi assunte e durata del trattamento.

Alcuni effetti collaterali, sia psichici che fisici, possono essere di scarsa rilevanza mentre altri possono essere gravi sino a *mettere in pericolo la vita stessa della persona* (p.es. depressione, tromboembolia polmonare). E' indispensabile, quindi, praticare una *terapia ormonale personalizzata* affinché, nel tentativo di soddisfare alcune esigenze della persona, non si procurino eccessivi scompensi funzionale e quindi danni alla salute.

L'*autoprescrizione* non è utile in alcun caso in quanto non può tener conto delle caratteristiche biologiche individuali e quindi della possibilità di raggiungere il miglior risultato con il minimo aggravio psicofisiologico possibile. Al contrario può dare conseguenze dannose, anche gravissime.

A) FtM - Effetti e limiti del testosterone

- PELI

Il testosterone fa aumentare in estensione e qualità (ispessimento) tutti i peli sulla superficie corporea e determina la comparsa della barba. Il tempo che intercorre tra l'inizio del trattamento e la comparsa di questi effetti risente non solo delle variabili generali, ma è largamente influenzato dalle caratteristiche dei bulbi piliferi già geneticamente presenti.

Se si interrompe il trattamento tali effetti possono attenuarsi ma non scomparire del tutto (vedi anche voce pelle).

- VOCE

La somministrazione del testosterone determina un ispessimento delle corde vocali e quindi una tonalità più bassa della voce, con effetto che permane nel tempo anche in caso di interruzione delle terapie ormonali.

- STRUTTURA OSSEA

Il testosterone non influenza la struttura ossea. In particolare, mani, piedi, torace e altezza non variano.

- MAMMELLE

Il testosterone non ha un'influenza diretta sulla ghiandola mammaria. Si evidenzia in molti casi una diminuzione del volume complessivo della mammella perché ne riduce la massa adiposa.

- GENITALI

I primi cambiamenti visibili dovuti al testosterone sono la scomparsa del ciclo mestruale e l'aumento di volume (ipertrofia) del clitoride. La rapidità di questi cambiamenti dipende dalle caratteristiche biologiche individuali e dal tipo di farmaci adottato. L'aumento di volume del clitoride è irreversibile.

- CORPO

La somministrazione del testosterone produce una diminuzione e una redistribuzione del grasso di tipo maschile soprattutto una diminuzione dell'accumulo di adipe su mammelle, fianchi, cosce e natiche, un aumento di volume e di tono della muscolatura con conseguente aumento di peso.

Nel periodo di più intensa somministrazione si determina una forte sensibilità alle variazioni di peso; è quindi importante fare attenzione alla dieta e praticare attività fisica.

- PELLE

La pelle diventa seborroica, acneica per l'azione degli androgeni che stimolano l'azione delle ghiandole sebacee, anche i capelli diventano quindi più grassi. Questo effetto collaterale può ritenersi costante ed è, a volte, accompagnato da una più o meno accentuata perdita di capelli.

- EMOZIONI E ATTIVITÀ SESSUALE

Il testosterone influenza le funzioni cognitive ed emotive della persona. Si può verificare un incremento del desiderio sessuale e dell'aggressività che, presenti nel primo periodo del trattamento in modo contenuto, vengono elaborati all'interno del percorso psicoterapeutico per consentire alla persona una miglior conoscenza di sé e la possibilità di sperimentare diverse e più ampie modalità di gestione del proprio vissuto emotivo.

In ogni caso è necessario richiedere all'endocrinologo un costante adattamento del dosaggio degli ormoni assunti.

- ALTRI EFFETTI COLLATERALI

Tali effetti collaterali non sono significativamente indotti con l'uso di derivati del testosterone per via transdermica (cerotti o gel di testosterone). Può riscontrarsi aumento della colesterolemia e una conseguente patologia vascolare e quindi anche coronarica, eventualità riportata in letteratura come molto rara.

E' possibile l'aumento della pressione arteriosa e del numero dei globuli rossi in circolo (poliglobulia).

B) MtF - Effetti e limiti degli estrogeni e degli antiandrogeni

- PELI

Gli estrogeni e gli antiandrogeni determinano un rallentamento della crescita dei peli e della barba e un ammorbidimento degli stessi. Tuttavia nè gli uni nè l'altra sono completamente eliminati. I soli trattamenti permanenti per la rimozione della barba e dei peli sono l'elettrocoagulazione e le più recenti tecniche di rimozione mediante "laser".

- VOCE

Il trattamento non determina cambiamenti significativi nella voce.

- STRUTTURA OSSEA

Gli estrogeni e gli antiandrogeni non influenzano la struttura ossea per cui, in particolare, mani, piedi, torace e altezza non variano.

- MAMMELLE

Il trattamento conduce ad uno sviluppo molto lento e altamente individualizzato delle mammelle. Si riscontrano infatti risposte significative e veloci al trattamento, risposte molto lente ma anche assenza di risposte. E' consigliabile effettuare annualmente ecografie mammarie di controllo, soprattutto se vengono

effettuati interventi di mammoplastica additiva con protesi. Dopo i 40 anni, è consigliato associare la mammografia all'esame ecografico.

- GENITALI

La somministrazione degli estrogeni e degli antiandrogeni conduce ad una diminuzione della frequenza dell'erezione spontanea, della sua durata e alla scomparsa graduale dell'eiaculazione. Si può verificare una diminuzione di volume e di consistenza del tessuto scrotale e penieno. Sono, comunque, possibili erezioni durante la stimolazione erotica.

- CORPO

Il trattamento produce una redistribuzione del grasso e soprattutto un aumento su cosce, natiche e mammelle. Il tessuto muscolare tende a ridursi di volume e di tono.

Nel periodo di più intensa somministrazione si determina una forte sensibilità alle variazioni di peso; è quindi importante fare attenzione alla dieta e praticare attività fisica.

- EMOZIONI E ATTIVITÀ SESSUALE

Gli estrogeni e gli antiandrogeni influenzano anche le funzioni cognitive e emotive della persona. Si può verificare una diminuzione del desiderio sessuale e può aumentare l'aggressività; cambiamenti che, presenti nel primo periodo del trattamento in modo contenuto, vengono elaborati all'interno del percorso psicoterapeutico per consentire alla persona una miglior conoscenza di sé e la possibilità di sperimentare diverse e più ampie modalità di gestione del proprio vissuto emotivo.

In ogni caso è necessario richiedere all'endocrinologo un costante adattamento del dosaggio degli ormoni assunti.

- ALTRI EFFETTI COLLATERALI

E' ridotta, in modo significativo, l'incidenza di tromboembolia polmonare, dopo i 40 anni, con la somministrazione degli estrogeni per via transdermica (cerotti o gel di estrogeni). Il fumo può aumentare questo rischio. Una sindrome depressiva può essere legata sia all'assunzione di estrogeni che di antiandrogeni. Questi possono, inoltre, determinare un aumento della prolattina con la rarissima possibilità di insorgenza di un adenoma ipofisario prolattino-secerne.

Gli estrogeni, peraltro, possono indurre ipertensione arteriosa, incremento della transaminasi con possibile danno epatico. Dopo 2 anni consecutivi di terapia estrogenica è quasi certa la perdita della capacità riproduttiva per danno irreversibile sui tubuli seminiferi testicolari, sede di maturazione degli spermatozoi.

L'associazione agli estrogeni di un derivato del progesterone per 10 giorni al mese mima la secrezione ormonale dell'ovaio in età fertile e riduce, in modo significativo, l'incidenza degli effetti collaterali degli estrogeni.

DEPILAZIONE

La depilazione può essere effettuata con le tecniche tradizionali (creme, rasoi, etc.), con l'elettrodepilazione o con le più recenti tecniche di laser-terapia. Si consiglia di sottoporsi alle tecniche di laser-terapia dopo circa 3 mesi dall'inizio della terapia ormonale, al fine di ottimizzare i risultati.

Presso il SAIFIP, la Responsabile del Servizio di laser-terapia è la Dott.ssa L. Puccio (per prenotazioni tel.06/58704499).

2. INTERVENTI CHIRURGICI: EFFICACIA E LIMITI

Gli interventi chirurgici possono essere effettuati *solo se autorizzati dal Tribunale con sentenza* in quanto prevedono l'asportazione di organi della riproduzione integri e deputati a funzioni essenziali dell'essere umano.

L'iter legale si intraprende presentando domanda di rettificazione chirurgica di sesso al Tribunale della città di residenza dell'interessato; il giudice valuta quanto gli interventi possano contribuire a migliorare la qualità di vita della persona. Questa valutazione è fondamentale in quanto l'atto chirurgico asporta in maniera *radicale e irreversibile* gli organi genitali, interni ed esterni, e interviene irreversibilmente sulla struttura mammaria sia nell'iter di adeguamento MtF che FtM. Attualmente, in assenza di protocolli di intesa tra Tribunale e strutture sanitarie, la procedura legale può comportare il ripetersi, poco utile e psicologicamente ed economicamente molto gravoso, di percorsi di verifica già effettuati presso centri specializzati pubblici.

○ ITER CHIRURGICO MASCHIO-FEMMINA (MtF)

Mammoplastica additiva

L'intervento di mammoplastica additiva può essere effettuato per integrare l'azione della terapia ormonale oppure quando questa non ha effetto o non viene attuata. In genere tale intervento viene richiesto in quanto la terapia ormonale, pur influenzandone il volume, non permette di ottenere un aumento della dimensione della mammella soddisfacente per la persona.

La mammoplastica additiva è un intervento che prevede l'introduzione di una protesi (in genere un involucro che contiene un gel di silicone) attraverso un'incisione effettuata nella piega sottomammaria o nella zona periareolare o nella zona ascellare; nei punti cioè dove si nota meno la cicatrice che è, di

solito, lunga 3 o 4 centimetri. Attraverso questa incisione, la protesi viene introdotta dietro la ghiandola mammaria o, alcune volte, se necessario, dietro il muscolo pettorale.

Si tratta di un intervento abbastanza semplice che richiede 1 o 2 giorni di ricovero e che viene effettuato in anestesia generale. Non è doloroso e non richiede particolari attenzioni tranne quella di portare il reggiseno per un periodo di almeno quattro settimane. I punti vengono rimossi dopo sette o otto giorni dall'intervento.

Il volume delle mammelle varia in quanto la protesi utilizzata può essere più o meno grande a seconda dei desideri e della condizione fisica dell'interessata. In genere è opportuno realizzare un seno che sia proporzionato alla struttura fisica della persona.

Il risultato estetico di tale intervento è in genere ottimo e l'unica evidenza consiste in una piccola cicatrice nella sede della incisione necessaria per introdurre la protesi.

Complicanze

L'inconveniente più frequente consiste nella formazione, intorno alla protesi, di una capsula fibrosa. Questa deriva dalla modalità con cui i tessuti reagiscono al corpo estraneo e formano intorno ad esso una cicatrice interna, cicatrice che può dare un aspetto innaturale in quanto determina una massa di consistenza aumentata. Alcune volte questa capsula è così consistente da produrre fastidi fisici. In questi casi è necessario un reintervento che prevede una incisione sulla precedente cicatrice, l'asportazione della protesi, l'eliminazione della capsula cicatriziale che la circonda, il reinserimento di una nuova protesi.

Questo inconveniente si verifica, in genere, dopo qualche mese dall'intervento ma, alcune volte, può manifestarsi anche a distanza di tempo.

Altre complicanze, anche se rare, sono: ematomi, infezioni o dislocazione della protesi con asimmetria delle mammelle. In questi casi possono essere necessari interventi secondari di correzione quali: svuotamento dell'ematoma; estrazione della protesi, in caso di infezione, e reintroduzione a processo infiammatorio completamente guarito; riposizionamento della protesi.

Vaginoplastica

L'intervento di vaginoplastica consta di due fasi: demolitiva e ricostruttiva. La *fase demolitiva* prevede l'asportazione degli organi genitali originari: testicoli, epididimi e funicoli (castrazione), corpi cavernosi, uretra peniena. Nella *fase ricostruttiva* la pelle del pene viene introflessa a "dito di guanto" per foderare una neo-cavità ricavata tra retto e vescica. Una porzione del glande viene conservata per costruire un clitoride che conservi sensibilità erogena specifica e permetta nel 70-80 % dei casi di avere una buona sensibilità erotica durante i rapporti sessuali. Per questo scopo la piccola parte del glande viene isolata mantenendo il collegamento con i nervi, le arterie e le vene che assicurano sensibilità e nutrimento. Si effettua anche l'asportazione della parte distale dell'uretra e del corpo spongioso che l'avvolge perchè quest'ultimo non crei disturbo durante i rapporti sessuali. Per ultimo si modella la vulva, le grandi e piccole labbra e il monte di Venere per ottenere una forma più simile possibile al corrispondente organo femminile. Questo modellamento della parte esterna è possibile, in questa prima fase, solo parzialmente per non compromettere la vitalità dei lembi. Seguono, in genere, altri brevi interventi di modellamento che spesso vengono effettuati in un secondo tempo, in ambulatorio e, per lo più, in anestesia locale. L'intervento di vaginoplastica dura solitamente

quattro/cinque ore e richiede una degenza media di dieci, quindici giorni. Alla fine dell'intervento viene introdotto un conformatore vaginale elastico a forma di palloncino che deve essere tenuto in sede con molta attenzione quasi continuamente per i primi 15 giorni e, poi per circa sei mesi, durante la notte e per mezz'ora, due o tre volte al giorno. L'uso può variare caso per caso, ma è indispensabile osservare scrupolosamente le prescrizioni per evitare la tendenza naturale dei tessuti a ridurre il diametro e la profondità della neocavità. I rapporti sessuali possono essere ripresi mediamente dopo due mesi. In genere sono soddisfacenti, se non si sono verificate complicanze rilevanti, e nel 70-80% dei casi permettono il raggiungimento dell'orgasmo.

Complicanze

Anche se raramente, possono verificarsi complicanze anche gravi. L'intervento richiede molta cautela in quanto coinvolge un distretto corporeo in cui sono presenti organi particolarmente vulnerabili quali il retto e la vescica. Lesioni su questi organi possono produrre fistole (comunicazioni cioè tra il retto e la neovagina, tra la vescica e la neovagina) con conseguente perdita di urina o di feci attraverso la neovagina stessa e una serie di problemi conseguenti, anche gravi (quali processi infettivi locali o generalizzati). Queste complicanze richiedono interventi chirurgici riparatori delicati e impegnativi e l'elaborazione dei complessi effetti psicologici relati a tali complicanze.

Complicanze meno gravi e poco frequenti sono l'ematoma, il sieroma, l'infezione, la suppurazione, e si risolvono in genere spontaneamente o con opportune medicazioni.

A volte una parte della cute con cui è rivestita la cavità vaginale può essere poco vitale sino ad andare in necrosi. In questo caso si può determinare un

restringimento marcato della vagina in quanto la pelle necrotica determina una cicatrice che tende a ritrarsi. Una riduzione del volume della vagina può verificarsi per un uso non corretto del tutore. In tali casi può essere necessario un intervento successivo di rimodellamento e ampliamento della neovagina.

La fase demolitiva dell'intervento preclude irreversibilmente la capacità di procreazione.

○ ITER CHIRURGICO FEMMINA-MASCHIO (FtM)

Adenectomia sottocutanea

Una riduzione del volume mammario si verifica come effetto della terapia ormonale. Questa riduzione, tuttavia, nella quasi totalità dei casi, non è sufficiente a realizzare un aspetto maschile del torace. Si ricorre allora all'asportazione chirurgica della ghiandola mammaria e della cute eccedente, alla riduzione dell'areola e del volume del capezzolo. Le tecniche chirurgiche che possono essere impiegate sono varie. Presso il SAIFIP generalmente viene effettuata la riduzione attraverso un'incisione periareolare che permette sia di ridurre il diametro dell'areola sia di accedere all'interno della mammella per asportare completamente la ghiandola e ridurre in parte anche la pelle circostante. Residua così una sola cicatrice intorno all'areola pur determinandosi un "arricciamento" della pelle eccedente intorno alla cicatrice periareolare. Questa, in genere, tende spontaneamente, nel giro di tre o quattro mesi, a distendersi. Spesso è necessario un altro intervento ed eventuali ritocchi successivi per migliorare l'aspetto estetico dell'areola. Questa tecnica ha il vantaggio di non lasciare altre cicatrici all'infuori di quella periareolare. Altri metodi consentono di asportare anche inizialmente maggiori quantità di pelle, ma lasciano cicatrici molto evidenti, tipiche delle

mammoplastiche riduttive. Per questo motivo presso il Servizio si ritiene più conveniente effettuare anche più interventi pur di ottenere alla fine un buon risultato con la sola cicatrice periareolare. Il primo intervento richiede due o tre giorni di ricovero e non è doloroso. Il secondo e gli eventuali ritocchi successivi sono, in genere, effettuati in anestesia locale e in regime ambulatoriale.

Questo intervento preclude irreversibilmente la capacità di lattazione.

Complicanze

Non sono frequenti. Possono tuttavia verificarsi: ematomi, sieromi, infezioni. Talvolta si può determinare una sofferenza vascolare che mette in pericolo la vitalità della areola e una parte di questa può andare in necrosi. In questi casi è necessaria una ricostruzione secondaria e un rimodellamento dei tessuti del capezzolo e dell'areola.

Istero - annessectomia

Con un unico intervento chirurgico si asportano utero e ovaie. La vagina, in genere, non viene rimossa perchè la sua asportazione complica e prolunga la durata dell'intervento e comporta sempre una grossa perdita di sangue con conseguenti necessarie emotrasfusioni.

D'altra parte la vagina tende a ridursi spontaneamente e, se richiesto, può essere asportata successivamente.

Questo intervento preclude irreversibilmente la capacità di procreazione.

Complicanze

Non sono frequenti le infezioni, gli ematomi, le suppurazioni; solo raramente si verificano gravi complicazioni, in genere dell'apparato urinario, a carico di vescica o uretra.

Falloplastica

E' questo un intervento opzionale che non tutte le persone con D.I.G vogliono effettuare. E' necessario programmare chiaramente con la persona quali aspettative si possono effettivamente realizzare. Differenti metodi chirurgici permettono di perseguire diversi obiettivi ma comportano anche conseguenze e rischi differenti e non sempre ben valutabili a priori. Non è possibile in questa sede entrare nello specifico di queste complesse problematiche. Si sottolinea ancora l'importanza di un chiaro confronto tra la persona ed il chirurgo scelto.

Obiettivi che si possono perseguire:

- *funzione estetica:* realizzazione di un organo di forma cilindrica simile al pene (autotrapianto in sede pubica di tessuti prelevati da altra parte del proprio corpo o impiego di lembi locali utilizzati per modellare il fallo);
- *funzione urinaria:* costruzione di neouretra che permetta la fuoriuscita dell'urina all'apice dell'organo costruito;
- *funzione sessuale:* inserimento nel fallo di una protesi del tipo di quelle usate per l'impotenza maschile con possibilità di rendere rigido l'organo costruito e idoneo a rapporti sessuali con penetrazione. I metodi di costruzione del fallo sono molti.

Falloplastica con lembo antibrachiale o lembo cinese

Questo tipo di falloplastica comporta due diversi momenti operatori. Il primo consiste nella preparazione del lembo dell'avambraccio, il secondo nel trasferimento del lembo modellato "a tubo" con tutti i vasi che lo nutrono ed il trapianto in regione soprapubica con un intervento di microchirurgia che in genere dura molte ore (da 8 a 12). Le arterie, le vene e i nervi di tale lembo vengono collegati ai vasi e ai nervi della regione inguinale per assicurare nutrimento e una certa sensibilità anche se esclusivamente di tipo tattile (capacità di sentirsi toccare). La specifica sensibilità erogena, presente nel clitoride, viene mantenuta lasciando questa struttura nella sede originaria, alla base del neofallo costruito.

Complicanze

L'intervento di falloplastica è particolarmente complesso e, come tutti gli interventi di microchirurgia, può comportare la necrosi totale dell'organo costruito se i vasi collegati si ostruiscono ed il sangue non raggiunge i tessuti trapiantati. Meno gravi le perdite parziali per necrosi locali e le comuni complicanze quali sieromi, ematomi, infezioni.

La costruzione della neouretra è un intervento piuttosto complesso perché richiede la costruzione "ex-novo" di un canale di oltre venti centimetri, con tessuti non abituati a sopportare il passaggio dell'urina (in genere pelle o mucosa). I problemi che si possono verificare con maggiore frequenza nella neouretra sono le stenosi - cioè restringimenti - e le fistole - cioè comunicazioni con l'esterno, da cui l'urina può uscire in uno o più punti lungo il percorso del canale costruito. Questa complicanza richiede interventi secondari, talvolta impegnativi e ripetuti, per correggere sia le stenosi che le fistole.

L'uso di protesi può comportare ulteriori problemi in quanto il tessuto del neopene non è il più idoneo a sopportare una protesi. Nei casi di impotenza maschile le protesi vengono introdotte nei corpi cavernosi che sono strutture molto resistenti e robuste. Nei casi del D.I.G. il rischio che i tessuti dell'organo costruito vengano traumatizzati è maggiore soprattutto durante i rapporti sessuali che comportano un traumatismo continuo e ripetuto. Qualche volta i tessuti non sopportano questo trauma e la protesi erode il rivestimento cutaneo e "si espone" infettandosi e rendendo necessaria la sua rimozione.

Metaoidoplastica

Questo intervento permette di valorizzare al massimo le modificazioni ottenute sul clitoride con la terapia ormonale. Questa determina infatti una ipertrofia che lo rende simile ad un piccolo fallo che in certi casi permette di raggiungere la lunghezza di 5-7 centimetri durante l'erezione. L'intervento consiste nella costruzione di una neouretra tra il meato originario e l'apice del piccolo glande con una tecnica simile a quella usata per la cura dell'ipospadia.

L'uretroplastica consente la minzione in stazione eretta. Piccoli allungamenti del neofallo sono possibili mediante liberazione dei corpi cavernosi e rimozione del grasso soprapubico.

Questo intervento ha il vantaggio di realizzare un neofallo di forma molto naturale e di sensibilità inalterata ma di dimensioni ridotte e non adeguate alla penetrazione.

Falloplastica con lembo soprapubico

Questo metodo prevede la costruzione del neofallo mediante un lembo a base inferiore di tessuto cutaneo e sottocutaneo, prelevato dalla regione

soprapubica e ripiegato su se stesso a forma di tubo. Le dimensioni del neofallo sono condizionate dalla quantità di tessuto utilizzabile e quindi maggiore nelle persone più obese. Tale tecnica non è realizzabile in presenza di cicatrici addominali preesistenti che possono comprometterne la vitalità. Per questo motivo è opportuno effettuare una programmazione prima di eseguire altri interventi sull'addome ed, in particolare, l'isterectomia che può essere comunque programmata contemporaneamente alla falloplastica. Quando richiesto può essere effettuata, nello stesso tempo, la costruzione del canale uretrale dalla base fino all'apice del fallo con un lembo di cute prelevato dalla regione sopraclitoridea e dalle piccole labbra. La perdita di sostanza sovrapubica viene riparata facendo scorrere verso il basso la cute dell'addome come per una addominoplastica. La cicatrice residua è trasversale sovrapubica e rimane coperta dagli slip.

Nello stesso intervento oppure in un secondo momento si costruisce il tratto intermedio dell'uretra e si realizza la continuità del condotto dall'orifizio originale fino a quello precedentemente costruito alla base del pene. In questa fase il clitoride viene mimetizzato accanto al canale uretrale in modo da renderlo poco visibile pur mantenendone la caratteristica sensibilità erogena specifica. I vantaggi di questa metodica consistono nella semplicità di esecuzione, nella minore durata dell'intervento, nella più frequente possibilità di eseguire contemporaneamente isterectomia e falloplastica. Le limitazioni sono dovute ad eventuale scarsità di tessuto sovrapubico alla presenza di cicatrici che possono compromettere la vitalità del lembo, talora dalle dimensioni del fallo più ridotte rispetto a quelle ottenibili con altre tecniche.

Anche in questo caso l'inserzione di una protesi per ottenere una rigidità viene rinviata ad un secondo intervento e presenta le stesse caratteristiche ed inconvenienti già descritti per la falloplastica con lembo antibrachiale.

Falloplastica con lembo anterolaterale di coscia

Questa è una tecnica introdotta da pochi anni, ma che ha già dato buoni risultati dal punto di vista estetico sia del neo-fallo che della zona donatrice.

Dalla superficie antero-laterale della coscia si preleva un lembo di cute e tessuto sottocutaneo (risparmiando muscoli e fasce muscolari) con il peduncolo vascolare (arteria e vena che portano il flusso di sangue necessario al lembo) ed un nervo successivamente usato per fornire al neo-fallo una sensibilità tattile (non erogena).

Il lembo, di forma rettangolare, viene successivamente tubulizzato per formare il neo-fallo e trapiantarlo in regione pubica dove viene inserito sopra un piccolo lembo cutaneo di forma triangolare creato sul pube per allargare la base di impianto. Come il lembo prelevato dall'avambraccio, anche questo viene trasferito con tecnica microchirurgica eseguendo microanastomosi arteriose, venose e nervose. Si ripristina cioè il flusso di sangue nel lembo e spiantato dalla coscia con le sue arterie e vene unendo queste con alcune arterie e vene che si trovano nella regione inguinale. Questi vasi arteriosi e venosi sono molto piccoli (diametro di circa 1mm) e vengono collegati utilizzando il microscopio. Si tratta di una tecnica molto sofisticata. Esiste la possibilità (soprattutto nei fumatori) che una di queste microanastomosi nei primi giorni dopo

l'intervento si possa occludere a causa di una microtrombosi o di uno spasmo della parete arteriosa che non consente il passaggio di un adeguato flusso di sangue verso il lembo. Le probabilità che ciò avvenga e che si verifichi la necrosi del neo-fallo sono circa del 2-4% come per il lembo dell'avambraccio. In questo caso deve essere progettato un nuovo intervento per la costruzione del neo-fallo. La superficie di prelievo della coscia viene coperta con un sottile innesto cutaneo prelevato dalla coscia controlaterale. Il risultato "estetico" che si ottiene sulla zona donatrice è simile a quello che si ottiene sull'avambraccio dopo il prelievo di un lembo radiale con la differenza che la cicatrice sulla coscia può essere nascosta anche nelle stagioni estive semplicemente indossando un paio di pantaloncini da mare. L'altro vantaggio che presenta il lembo anterolaterale è che non comporta il sacrificio di un asse vascolare maggiore (come l'arteria radiale nell'impiego del lembo di avambraccio), ma solo vasi perforanti (cioè piccoli vasi arteriosi e venosi che servono solo ad irrorare quella determinata superficie cutanea). Il sacrificio funzionale della zona donatrice è veramente minimo. Si può verificare la possibilità (1-4% dei casi) che questi vasi perforanti non siano di calibro abbastanza grande (meno di 0,5mm) da garantire un adeguato flusso di sangue al lembo; questo può essere verificato solo all'inizio dell'intervento, dopo avere effettuato la prima incisione sulla coscia. Se i vasi perforanti non vengono ritenuti affidabili si sutura l'incisione (rimarrà solo una cicatrice lineare verticale sulla superficie anteriore della coscia) e si esegue la falloplastica con un'altra delle tecniche che il paziente avrà preventivamente indicato come tecnica di seconda scelta.

Ovviamente anche con questa tecnica, se il paziente lo richiede, è possibile ottenere un'uretra peniena, che viene allestita con l'impiego di un sottile lembo periclitorideo ed un innesto di cute vaginale.

Scrotoplastica

E' un intervento relativamente semplice che si realizza con l'introduzione di due protesi testicolari di forma, dimensioni e consistenza simili a quelle di un testicolo, in genere all'interno di cavità ricavate nelle grandi labbra. Se i tessuti presenti non sono adeguati, può essere opportuno introdurre inizialmente degli espansori cutanei per ottenere una tasca più idonea a contenere le protesi testicolari che verranno introdotte in un tempo successivo.

Complicanze

Si possono verificare infezioni e creare ematomi. In tali casi, ove necessario, si asportano le protesi che, in un secondo tempo, possono essere reintrodotte nella stessa sede.

CHIRURGIA ESTETICA

Interventi di chirurgia estetica (rinoplastica, profiloplastica, addominoplastica, liposuzione, etc.), ove richiesti e ritenuti opportuni, possono essere effettuati privatamente nell'Azienda Ospedaliera San Camillo-Forlanini in regime di attività "intraoena". Per informazioni, rivolgersi presso lo Sportello Informativo del SAIFIP.

N.B.: *Le persone che hanno iniziato l'iter di adeguamento in altri Servizi/Strutture e vogliono proseguirlo presso il SAIFIP, devono consegnare presso lo Sportello Informativo la documentazione completa (in fotocopia) del percorso effettuato. Sarà cura dello Sportello Informativo dare un appuntamento con gli operatori sanitari competenti ai quali verrà inoltrata la documentazione.*

GLOSSARIO

1♦ IDENTITÀ DI GENERE

Il termine *identità* indica il vissuto personale di esistere nel tempo continuando ad essere se stessa malgrado i cambiamenti che avvengono durante l'intero arco di vita.

Dal punto di vista psicofisiologico si definisce l'identità come “quel processo dinamico di corrispondenza tra esperienza sensoriale, rappresentazione del corpo presente a livello cerebrale e rappresentazione di sè” (AA.VV. a cura di V.Ruggieri, A.R.Ravenna 1998).

L'*identità di genere* è una delle componenti fondamentali del processo di costruzione dell'identità. Il termine, coniato da Money e Ehrhardt (1972), si riferisce al vissuto di appartenenza ad un genere o all'altro, maschile o femminile, o in modo ambivalente ad entrambi. Tale appartenenza può esprimersi quindi con vissuti e comportamenti corrispondenti o non corrispondenti al sesso biologico. Il soggetto può vivere la non corrispondenza in modo ambiguo, ambivalente o lineare al punto da non riconoscersi appartenente al proprio sesso biologico e/o riconoscersi e desiderare di appartenere all'altro sesso.

2♦ RUOLO DI GENERE

Modalità con cui, attraverso i comportamenti verbali e non verbali, si esprime a sè stessi e agli altri il genere, maschile o femminile, cui sente di appartenere.

3♦ ETEROSESSUALITÀ

Complesso delle caratteristiche personali e dei fenomeni relativi alla scelta di vivere relazioni affettive, di intimità e sessuali con partner dell'altro sesso biologico.

4♦ OMOSESSUALITÀ

Complesso delle caratteristiche personali e dei fenomeni relativi alla scelta di vivere relazioni affettive, di intimità e sessuali con partner del proprio sesso biologico.

La persona omosessuale vive in modo soddisfacente la propria appartenenza al genere maschile o femminile e, anche quando sono presenti modalità espressive che comunemente vengono attribuite all'altro sesso, l'individuo non ha alcuna intenzione di intervenire per modificare i propri caratteri ed attributi sessuali.

Su invito dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), nel 1974 i membri dell'American Psychiatric Association (A.P.A.) hanno deciso di eliminare l'omosessualità dall'elenco dei disordini mentali e tale termine è stato eliminato anche dal Manuale Diagnostico e Statistico dei disordini Mentali a partire dalla terza edizione (DSM III, 1980).

5♦ BISESSUALITÀ

Complesso delle caratteristiche personali e dei fenomeni relativi alla scelta di vivere relazioni affettive, di intimità e sessuali con partner sia del proprio che dell'altro sesso biologico. La bisessualità non coinvolge l'identità di genere; la persona vive in modo soddisfacente la propria appartenenza al genere maschile

6♦ TRAVESTITISMO O TRANSVESTISMO

Uso di abbigliamenti femminili, per gli uomini, o abbigliamenti maschili, per le donne, a scopo di eccitazione sessuale. La persona non rifiuta l'identità maschile o femminile; è consapevole di essere uomo o donna, non vuole rinunciare ad esserlo e l'abbigliamento risulta eccitante proprio perché dell'altro sesso.

7♦ TRANSGENDERISMO

Il termine si riferisce alla realtà di persone che vivono un'identità di genere (vedi voce 1) non congruente con il proprio sesso biologico. La persona desidera esprimere in comportamenti e nelle relazioni interpersonali il sentirsi uomo o donna al di là della propria struttura anatomica e senza dover essere costretta ad omologazioni di alcun tipo.

8♦ TRANSESSUALISMO

Termine entrato nell'uso corrente per indicare la condizione esistenziale di persone con identità di genere (vedi voce 1) non congruente con il proprio sesso biologico. Nella maggior parte delle persone transessuali si riscontra il desiderio profondo ed attuale di modificare alcune caratteristiche corporee e di cambiare i propri dati anagrafici (nome proprio e sesso anagrafico alla nascita) adeguandoli al genere cui sentono di appartenere (vedi voce seguente).

9♦ DISTURBO DELL'IDENTITÀ DI GENERE

Il termine transessualismo continua ad essere utilizzato nel linguaggio comune; nel Manuale Diagnostico e Statistico dei Disordini Mentali, DSM IV (1994), il termine non è più presente e la condizione transessuale è definita come “Disturbo dell’Identità di Genere” (DIG) e compresa nella classe “Disturbi della Sessualità e dell’Identità di Genere”.

L’elemento che accomuna le categorie nosografiche, Transessualismo (DSM III, 1980) e D.I.G. (DSM IV, 1994), è il malessere attuale e il desiderio della persona protratto nel tempo di intervenire per adeguare alla propria identità di genere (vedi voce 1) alcune caratteristiche corporee, sessuali e i propri dati anagrafici.

10♦ ITER DI ADEGUAMENTO

Percorsi che l’utente concorda con gli operatori sanitari per trovare una risposta adeguata alle proprie problematiche di genere. Le linee guida dei percorsi sono riassunte negli Standard approvati dall’Osservatorio Nazionale sull’Identità di Genere (vedi voce 15 e allegato 1).

11♦ ADEGUAMENTO DEI CARATTERI SESSUALI

“Il Tribunale, quando risulta necessario un adeguamento dei caratteri sessuali da realizzare mediante trattamento medico-chirurgico, lo autorizza con sentenza.”, art.3 della legge n.164 del 1982.

L’adeguamento chirurgico dei caratteri sessuali deve essere autorizzato con sentenza in quanto comporta l’asportazione degli organi della riproduzione che, in assenza di patologie organiche che la giustificano, è vietata nell’ordinamento giuridico italiano perché lesiva dell’integrità della persona.

L’adeguamento dei caratteri sessuali può avvenire, in parte, anche mediante la terapia endocrinologica (somministrazione di ormoni) per la quale, come ribadito dal Tribunale ordinario di Torino (sentenza n.6673 - 06/ 10 / 1997), non è necessaria l’autorizzazione.

La terapia ormonale deve avvenire comunque secondo le procedure previste dagli Standard per il percorso di adeguamento di sesso adottati dall’Osservatorio Nazionale sull’Identità di Genere (vedi voce 14 e allegato 1).

12♦ RIATTRIBUZIONE CHIRURGICA DI SESSO (RCS)

Questa dizione, traduzione dell’espressione inglese “Sex Reassignment Surgery-SRS”, è costantemente utilizzata nella letteratura internazionale, ma non dal nostro legislatore. Con riferimento all’iter effettuato in Italia è più corretto parlare di adeguamento dei caratteri sessuali (vedi voce precedente).

13♦ RIATTRIBUZIONE ANAGRAFICA

Con questi termini si fa riferimento a quanto nella legge n.164/1982 viene definito come “rettificazione di attribuzione di sesso” che avviene con la modifica dei dati personali, nome proprio e sesso attribuito alla nascita, nei registri dell’anagrafe a cui si è iscritti. L’ufficiale di stato civile effettua la rettifica su ordinanza del Tribunale dopo che quest’ultimo ha l’avvenuto adeguamento medico-chirurgico dei caratteri sessuali (vedi voce 11). La variazione risulta solo nell’atto di nascita *integrale*. Tutti gli altri certificati, usualmente richiesti per concorsi, passaporto etc..., riportano *esclusivamente* i nuovi dati personali.

14♦ ESPERIENZA DI VITA NEL RUOLO ADEGUATO AL GENERE SCELTO (REAL LIFE TEST –TEST DI VITA REALE)

Questa espressione ripresa dalla letteratura ed utilizzata nel linguaggio usuale sta in effetti ad indicare un momento essenziale per la verifica delle motivazioni ed aspettative della persona prima di dar luogo a procedure medico-chirurgiche irreversibili.

Nell'ambito della relazione terapeutica e in accordo con l'èquipe, lo psicoterapeuta e l'utente pianificheranno un tempo congruo, per periodo e durata, comunque non inferiore ad un anno. Il passaggio alla riattribuzione chirurgica di sesso (RCS) avverrà su parere concorde dei diversi operatori.

15♦OSSERVATORIO NAZIONALE SULL'IDENTITÀ DI GENERE

E' un'organizzazione nata su iniziativa del Servizio di adeguamento tra identità fisica e identità psichica, SAIFIP, della U.O. di Chirurgia Plastica e Ricostruttiva dell'Ospedale S.Camillo, per promuovere il confronto e la collaborazione tra strutture, professionisti, organizzazioni e movimenti pubblici e privati, interessati e operativi nell'ambito del Transessualismo e del Transgenderismo.

Finalità dell'Osservatorio Nazionale :

1. istituire un sistema di raccolta dati che favorisca una conoscenza articolata e dinamica sia della realtà delle persone transessuali che dei servizi offerti sul territorio nazionale;
2. promuovere la costituzione di una rete di servizi pubblici e privati, omogenei ed efficaci su tutto il territorio nazionale;
3. favorire il confronto e la collaborazione con tutte le realtà nazionali ed internazionali interessate ai temi del Transessualismo e del Transgenderismo per approfondire la ricerca scientifica sul tema dell'Identità di Genere.

16♦THE HARRY BENJAMIN INTERNATIONAL GENDER DYSPHORIA ASSOCIATION INC.-HBIGDA

E' un'associazione non profit fondata nel 1977 che riunisce a livello internazionale operatori e servizi interessati allo studio e alle applicazioni cliniche relative alle disforie di genere. L'organizzazione ha redatto nel 1979 i primi Standards of care - the hormonal and surgical sex reassignment of gender dysphoria persons, la cui ultima edizione è stata pubblicata nel 1990.

Osservatorio Nazionale sull'Identità di Genere

STANDARD SUI PERCORSI DI ADEGUAMENTO NEL DISTURBO DELL'IDENTITÀ DI GENERE (DIG)

PREMESSE

1. Il transgenderismo e la transessualità sono situazioni esistenziali per le quali le persone non si riconoscono nel proprio sesso biologico e vivono o desiderano vivere in conformità con la propria identità di genere.
2. La ricchezza di una cultura si fonda sulle differenze individuali e sul principio di non discriminazione; il benessere della comunità non può, quindi, prescindere dal diritto della persona di vivere in relazione con il proprio contesto secondo la propria identità, né può prescindere dal bisogno di facilitare un'evoluzione culturale generalizzata e basata sulla conoscenza e il confronto. Le scelte individuali di condizioni esistenziali e di modalità di vivere e di operare trovano il loro nucleo essenziale nel principio di autodeterminazione e nel rispetto dei diritti e della libertà altrui.
3. La costruzione dell'identità, e dell'identità di genere nello specifico, è un processo precoce e legato a complessi intrecci tra fattori biologici e fattori relazionali che, evolvendosi nel tempo, producono una molteplicità di differenze individuali collocabili lungo un continuum connotato ai due estremi da identità e ruoli considerati maschili e femminili, secondo parametri che variano da cultura a cultura.
4. Vivere coerentemente all'identità di genere cui si sente di appartenere coinvolge sia la realtà intrapsichica che quella interpersonale e sociale.

I disagi che possono emergere nel processo psicofisiologico di costruzione dell'identità richiedono percorsi terapeutici differenziati, ma basati su criteri di intervento condivisi che consentano omogeneità di trattamento nei diversi Servizi specialistici del territorio nazionale, garantendo il rispetto e il benessere del cittadino e un terreno comune di confronto e ricerca tra professionisti che operano nel campo.

5. Tenuto conto che le terapie ormonali possono produrre effetti irreversibili e che i cambiamenti somatici ottenuti chirurgicamente sono definitivi, è da ritenersi essenziale e prioritario un percorso psicologico mirato all'elaborazione e al sostegno delle varie fasi e dei diversi aspetti dell'iter di adeguamento.
6. I Servizi devono basare la loro attività su un lavoro interdisciplinare di operatori con una competenza specifica e qualificata in collegamento e secondo procedure concordate con i servizi territoriali (ASL, Scuole, ..), le agenzie sociali (Sindacati, Movimenti, Associazioni,...) e altre strutture (Tribunali, Pubblica Amministrazione, ...).
7. Ogni relazione tra gli operatori e gli utenti dei servizi deve essere caratterizzata da una corretta ed esauriente informazione reciproca, nel pieno rispetto dell'autodeterminazione della persona e della libertà professionale dell'operatore.

I criteri di seguito riportati devono considerarsi raccomandazioni minime indispensabili da applicare nelle richieste di riattribuzione ormonale e / o chirurgica di sesso.

CRITERI DI INTERVENTO

A) ANALISI DELLA DOMANDA E VALUTAZIONE DELL'ELEGGIBILITA'.

1. I percorsi di adeguamento medico - chirurgico e psico - sociale, nonché il percorso legale di riattribuzione di sesso secondo la legge n.164 del 1982, devono iniziare con una approfondita analisi della domanda del cliente e con una indagine della personalità e dell'ambiente socio - familiare, al fine di evidenziare le motivazioni, le aspettative e il contesto che hanno portato la persona alla richiesta di riattribuzione di sesso, e verificare quanto questa possa iscriversi nel quadro di una problematica di genere.
2. Ogni professionista (medico di base, urologo, ginecologo, endocrinologo, chirurgo, psichiatra, psicologo ...) deve collegarsi con operatori specializzati o inviare il cliente a strutture specialistiche, per la valutazione della transessualità, al fine di concordare e pianificare con il cliente stesso e con gli altri professionisti un progetto complessivo, integrato e individualizzato.
3. Ogni fase del progetto concordato deve ritenersi parte di un più ampio percorso psicofisiologico e pertanto prevedere un rapporto terapeutico costante sia sul piano medico - chirurgico che psico-sociale.

4. In presenza di diagnosi di rilievo o di altre problematiche psicologiche o comportamentali (ad es. tossicodipendenze) la cui risoluzione viene ritenuta primaria rispetto alla richiesta di riattribuzione medico - chirurgica di sesso, va data precedenza alle procedure terapeutiche comunemente adottate per tali condizioni. Nei casi in cui non si riscontrino i criteri di eleggibilità al percorso di riattribuzione (DSM IV / ICD 10) le persone verranno inviate ad altri Servizi o professionisti adeguati.
5. Il percorso di adeguamento può essere intrapreso da persone che abbiano raggiunto la maggiore età, tranne diversa disposizione del Tribunale dei Minori.

B) ITER DI ADEGUAMENTO

1. L'ingresso nel percorso di riattribuzione medico - chirurgica prevede in fase preliminare che la persona venga informata circa tutte le procedure e le terapie, nonché su tutti i rischi che queste comportano e la irreversibilità di alcune di esse, al fine di far esprimere all'utente un consenso informato scritto, inerente il progetto di riattribuzione concordato. I Centri, i Servizi e i Professionisti che aderiscono al protocollo, non si fanno carico di persone che seguono percorsi terapeutici non concordati con l'équipe.
2. A partire dalla richiesta di riattribuzione, il percorso psicologico, parallelo e integrato con tutto il percorso di riattribuzione medico - chirurgica, si sviluppa secondo modalità individuate caso per caso, mira alla verifica continua dell'assunzione di responsabilità bei confronti delle proprie scelte ed ha la finalità di sostenere, elaborare le

modificazioni ormonali e somatiche, nonché le esperienze relazionali e sociali del cliente. L'iter psicoterapeutico mira più specificatamente all'elaborazione del conflitto di identità e dei conflitti cognitivi ed emozionali che si presentano durante il percorso.

3. In considerazione di alcuni effetti irreversibili e delle implicazioni psicologiche legate all'assunzione di ormoni, l'inizio della terapia ormonale prevede che il cliente abbia instaurato e portato avanti, secondo modalità concordate, una relazione psicoterapeutica di almeno sei mesi. La somministrazione ormonale deve essere subordinata alla valutazione degli specialisti, sentito il parere dello psicologo o psicoterapeuta che ha in carico il cliente.
4. "L'esperienza di vita" nel ruolo adeguato al genere prescelto è considerata parte fondamentale del percorso di preparazione alla riattribuzione chirurgica di sesso (RCS). Nell'ambito della relazione terapeutica e in accordo con l'équipe, lo psicoterapeuta e il cliente pianificheranno un tempo congruo, per periodo e durata, comunque non inferiore a un anno. Il passaggio alla riattribuzione di sesso avverrà su parere concorde dei diversi operatori.
5. Ottenuta l'autorizzazione del Tribunale, la RCS può effettuarsi su parere concorde degli operatori che hanno preso in carico la persona e comunque non prima di due anni dall'inizio dell'iter. In questo periodo devono essere ottemperate le indicazioni sulla terapia ormonale e sulla 'esperienza di vita' di cui ai punti 3 e 4.
6. Variazioni relative ai criteri e alle procedure d'intervento devono essere adottate solo in casi specifici, con motivazioni mediche e / o psicologiche ampiamente documentate.

C) FOLLOW - UP

1. Perché il benessere della persona possa realizzarsi in modo compiuto e stabile nel tempo si ritiene necessario effettuare, oltre ai dovuti controlli legati a specifiche situazioni personali, tre incontri di follow - up generalizzati (a 6 mesi, 1 anno, 2 anni dalla RCS). Il follow - up ha la finalità di verificare l'inserimento sociale e le condizioni psicofisiologiche connesse con gli adeguamenti effettuati. Per quanto attiene alla terapia ormonale deve effettuarsi, in assenza di problemi particolari, almeno un controllo annuale per l'intero arco di vita.

CONSIDERAZIONI

1. A fine di prevenzione, si ritiene oltremodo rilevante l'istituzione di Servizi di osservazione per i comportamenti attinenti l'identità di genere in età evolutiva, nonché la diffusione di una adeguata formazione - informazione di genitori e insegnanti a partire dalle scuole materne.
2. Viste le implicazioni sociali relative alla condizione di transessualità, si ritiene improrogabile una corretta e approfondita formazione - informazione delle figure professionali e sociali che svolgono funzioni attinenti questo campo (personale paramedico e della pubblica amministrazione).
3. Pur considerando i percorsi di riattribuzione di sesso una risposta oggi adeguata al disagio di chi si rivolge agli operatori della salute per ottenere una congruenza personalmente soddisfacente tra realtà somatica e vissuto di identità di genere, si ritiene fondamentale

approfondire la ricerca scientifica sia sulla genesi dell'identità che sull'eziopatogenesi dei suoi disturbi, sugli effetti a lungo termine delle terapie ormonali come sulle possibilità di tecniche chirurgiche ancor più sofisticate. A questo scopo si ritiene essenziale il contributo dei risultati a distanza ottenuti attraverso la raccolta di dati nei follow - up.

ALLEGATO N° 2

LEGGE 14 aprile 1982, n.164

Norme in materia di rettificazione di attribuzione di sesso

La Camera dei deputati ed il Senato della Repubblica hanno approvato;

IL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA

PROMULGA

la seguente legge:

Art. 1

La rettificazione di cui all'articolo 454 del codice civile si fa anche forza di sentenza del tribunale passata in giudicato che attribuisca ad una persona sesso diverso da quello enunciato nell'atto di nascita a seguito di intervenute modificazione dei suoi caratteri sessuali.

Art. 2

La domanda di rettificazione di attribuzione di sesso di cui all'articolo 1 è proposta con ricorso al tribunale del luogo dove ha residenza l'attore.

Il presidente del tribunale designa il giudice istruttore e fissa con decreto la data per la trattazione del ricorso e il termine per la notificazione al coniuge e ai figli.

Al giudizio partecipa il pubblico ministero ai sensi dell'articolo 70 del codice di procedura civile.

Quando e` necessario, il giudice istruttore dispone con ordinanza l'acquisizione di consulenza intesa ad accertare le condizioni psico-sessuali dell'interessato.

Con la sentenza che accoglie la domanda di rettificazione di attribuzione di sesso il tribunale ordina all'ufficiale di stato civile del comune dove fu compilato l'atto di nascita di effettuare la rettificazione nel relativo registro.

Art. 3

Il tribunale, quando risulta necessario un adeguamento dei caratteri sessuali da realizzare mediante trattamento medico-chirurgico, lo autorizza con sentenza.

In tal caso il tribunale, accertata la effettuazione del trattamento autorizzato, dispone la rettificazione in camera di consiglio.

Art. 4

La sentenza di rettificazione di attribuzione di sesso non ha effetto retroattivo. Esso provoca lo scioglimento del matrimonio o la cessazione degli effetti civili conseguenti alla trascrizione del matrimonio celebrato con rito religioso.

Si applicano le disposizioni del codice civile e della legge 1^o dicembre 1970, n.898, e successive modificazioni.

Art.5

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

Art. 6

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

Si applica la procedura di cui al secondo comma dell'articolo 3.

Art. 7

L'accoglimento della domanda di rettificazione di attribuzione di sesso estingue i reati cui abbia eventualmente dato luogo il trattamento medico-chirurgico di cui all'articolo precedente.

La presente legge, munita del sigillo dello Stato, sarà inserita nella Raccolta ufficiale delle leggi e dei decreti della Repubblica italiana. E` fatto obbligo a chiunque spetti di osservarla e di farla osservare come legge dello Stato.

Data a Ventimiglia, addì 14 aprile 1982

PERTINI

SPADOLINI - DARIDA - ROGNONI

Visto , il Guardasigilli: DARIDA

LEGGE REGIONE LAZIO 24 maggio 1990, n.59

Norme di attuazione della legge 14 aprile 1982, n.164, concernente:

< Norme in materia di rettificazione di attribuzione di sesso.>

IL CONSIGLIO REGIONALE

HA APPROVATO

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA REGIONALE

PROMULGA

la seguente legge:

Art. 1

Attività di consulenza

1. L'attività di consulenza di cui all'articolo 2 della legge 14 aprile 1982, n.164, gli accertamenti di cui all'articolo 3 della medesima legge, l'assistenza psicologica eventualmente richiesta dagli interessati ed un parere sugli interventi necessari ai fini del trattamento medico-chirurgico, sono a carico del servizio sanitario e vengono garantiti dai consultori familiari pubblici e dai consultori privati convenzionati con il servizio sanitario nazionale, secondo quanto previsto dalla legge regionale 16 aprile 1976, n.15.
2. La Giunta regionale è autorizzata a stipulare atti di convenzione con le strutture di cui al precedente comma autorizzando anche l'istituzione di corsi di qualificazione del personale ai fini delle prestazioni di cui al precedente comma.

Art.2

Trattamento medico-chirurgico

1. La Regione fornisce l'assistenza medico-chirurgica necessaria alla rettificazione di sesso e alle conseguenti modificazioni di ordine estetico nei casi autorizzati con sentenza del Tribunale.
2. A tal fine è istituito, di concerto con l'unità sanitaria locale RM/10, presso l'Ospedale S. Camillo in Roma il servizio per la modificazione dei caratteri sessuali, collegato alla divisione di urologia dell'ospedale. L'unità sanitaria locale RM/10, entro novanta giorni dalla promulgazione della legge trasmetterà alla Regione per i successivi adempimenti la pianta organica del servizio comprendente figure mediche specialistiche (chirurgia plastica, chirurgia urologica, endocrinologia) e personale infermieristico e di assistenza numericamente adeguato e debitamente selezionato.
3. La Giunta regionale, alla fine del primo anno di funzionamento del servizio verifica i livelli di attività del servizio e la sua rispondenza alle esigenze dell'utenza prendendo gli opportuni provvedimenti di programmazione su scala regionale.

Art. 3

Rimborsi

1. La Regione rimborsa fino ad un massimo del 50 per cento della spesa sostenuta dai cittadini del Lazio per gli interventi di rettificazione del sesso sulla base di una autorizzazione ottenuta ai sensi della legge n.164 del 1982.

Art. 4

Norme transitorie

1. Fino alla effettiva entrata in funzione del servizio per la modificazione dei caratteri sessuali di cui al precedente articolo 2, la Regione rimborsa fino al 100 per cento della spesa sostenuta dai cittadini del Lazio per gli interventi di rettificazione del sesso ai sensi della legge n.164 del 1982.
2. Per il primo anno di entrata in vigore della presente legge e in attesa dell'adeguamento dei consultori pubblici alle finalità di cui al precedente articolo 1, la Giunta regionale è autorizzata a stipulare una convenzione con l'A.I.E.D. (Associazione italiana per l'educazione demografica) per la fornitura gratuita delle consulenze di cui al precedente articolo 1.

Art. 5

Norme finanziarie

1. La spesa relativa alle prestazioni sanitarie previste ai precedenti articoli 3 e 4, per un ammontare complessivo previsto in L.500 milioni, graverà su apposito capitolo del bilancio regionale per l'anno 1990, che provvederà alla relativa copertura.

La presente legge regionale sarà pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione.

E' fatto obbligo a chiunque spetti di osservarla e di farla osservare come legge della Regione Lazio

Data a Roma, addì 24 maggio 1990

LANDI

Il visto del Commissario del Governo è stato apposto il 19 maggio 1990.

Il SAIFIP ringrazia la Dott.ssa Katia De Santis al cui impegno e competenza si deve la realizzazione di queste note informative.