



UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PADOVA

SCUOLA DI MEDICINA E CHIRURGIA

Dipartimento di Medicina

Corso di Laurea in Infermieristica

**VALUTAZIONE SUL GRADO DI CONOSCENZE DEL
PAZIENTE CON DISFORIA DI GENERE ALLA PRIMA VISITA
AMBULATORIALE, UNO STUDIO OSSERVAZIONALE**

Relatore: **Prof. De Toni Luca**

Laureando: **Rossi Nicola**

(matricola n°: 2013652)

Anno Accademico 2022-2023

ABSTRACT

La pratica infermieristica prevede la spiegazione degli interventi e comportamenti atti a fornire un'assistenza personalizzata e aderente alle esigenze dell'utente, secondo recenti studi e linee guida. A tale proposito, nel presente studio sono state valutate le conoscenze dei pazienti con Disforia di Genere (DIG), alla prima visita ambulatoriale, circa le conoscenze sulla terapia ormonale di riassegnazione di genere: nello specifico gli effetti della terapia e le vie di somministrazione con i relativi possibili effetti collaterali. Il supporto infermieristico al paziente con DIG prevede l'iniziale inquadramento della terapia ormonale, rispettivamente a base di testosterone e anti-androgeni per gli uomini transgender (AFAB) e gli estrogeni per le donne transgender (AMAB), gli effetti attesi, i tempi, le vie di somministrazione e i rischi correlati.

La valutazione delle conoscenze dei pazienti ha previsto l'uso due questionari, distinti per AMAB e per AFAB, proposti a tutti i soggetti con età maggiore o uguale a 18 anni afferenti al Centro di Riferimento Regionale per l'Incongruenza di Genere con diagnosi di DIG. I questionari comprendevano quesiti su informazioni anagrafiche generali, sullo stile di vita, sulla consapevolezza degli effetti dei farmaci sull'aspetto fisico e sugli scenari relativi alla genitorialità dopo la riassegnazione.

Dallo studio, che ha coinvolto complessivamente 11 soggetti (5 AMAB, 6 AFAB) emerge che più della metà dei partecipanti abbia avuto comportamenti autolesionistici o di etero-aggressività nei sei mesi precedenti allo studio. Inoltre, sembra esservi una generale buona conoscenza sugli effetti della terapia, con alcune apparenti incongruenze circa modifica del volume del seno. In merito alle vie di somministrazione, un solo partecipante ha dichiarato di non avere nessuna conoscenza sulle diverse formulazioni dei farmaci. Infine, circa la metà dei partecipanti esprimeva il desiderio di crioconservare i gameti per la preservazione della fertilità.

Le apparenti incongruenze circa la modifica del volume del seno possono essere associate alla impossibilità di sottoporsi all'intervento chirurgico. Nell'ambito della diversa propensione alla crioconservazione, possono influire fattori come il costo delle procedure di conservazione. Inoltre, attuali vuoti legislativi possono aver contribuito alla propensione al ricorso della procreazione medicalmente assistita. In

conclusione, sono necessari ulteriori studi per identificare quali siano i fattori che influiscono nello sviluppo di comportamenti autolesionistici e/o di etero-aggressività, nonché di chiarire l'accesso ai pazienti a una formazione più completa circa le terapie di ri-assegnazione di genere, in particolare per ciò che riguarda la modifica dell'aspetto fisico e le vie di somministrazione.

Parole chiave: Disforia di Genere, terapia ormonale, chirurgia affermativa, cambio anagrafico, vie di somministrazione, conoscenze.

Key Words: Gender Dysphoria, hormone therapy, affirmative surgery, change of registry, routes of administration, knowledge.

INDICE				
1.	INTRODUZIONE			Pag. 1
2.	QUADRO TEORICO			Pag. 3
	2.1	Quadro teorico medico		Pag. 3
		2.1.1	Epidemiologia del fenomeno	Pag. 3
		2.1.2	Descrizione del fenomeno	Pag. 3
		2.1.3	Descrizione della terapia ormonale	Pag. 4
		2.1.4	Percorso legale per la riassegnazione anagrafica	Pag. 9
		2.1.5	Descrizione della chirurgia affermativa	Pag. 10
	2.2	Quadro teorico infermieristico		Pag. 10
		2.2.1	La teoria del Nursing Transculturale	Pag. 10
		2.2.2	Rilevanza del problema per la professione infermieristica	Pag. 11
		2.2.3	Descrizione degli interventi e comportamenti infermieristici	Pag. 11
		2.2.4	La realtà del Centro di Riferimento Regionale per l’Incongruenza di Genere dell’AOU di Padova	Pag. 13
3.	SCOPO DELLO STUDIO			Pag. 14
4.	MATERIALI E METODI			Pag. 15
	4.1	Criteri di inclusione ed esclusione		Pag. 15
	4.2	Creazione del questionario		Pag. 15
	4.3	Raccolta dati tramite questionario		Pag. 16
	4.4	Analisi statistica		Pag. 16
5.	RISULTATI			Pag. 17
	5.1	Campione		Pag. 17
	5.2	Analisi dei questionari		Pag. 17

6.	DISCUSSIONE E CONCLUSIONI	Pag. 21
6.1	Discussione	Pag. 21
6.2	Conclusioni	Pag. 23
6.3	Limiti dello studio	Pag. 23
BIBLIOGRAFIA		
ALLEGATI		
Allegato 1. Questionario AFAB		
Allegato 2. Questionario AMAB		

1. INTRODUZIONE

La medicina di genere è una branca della medicina e si occupa della differenza tra uomini e donne non solo per quanto riguarda l'aspetto biologico e la funzione riproduttiva ma anche per fattori ambientali, culturali, relazionali e sociali definiti con la terminologia "genere". Le diversità nei generi si manifestano con diverse modalità: i) nei comportamenti, come nel vissuto individuale e sociale; ii) nello stato di salute, come la differente prevalenza di patologie, ricorso a farmaci, alterazione della salute mentale, etc; iii) nell'utilizzo dei servizi sanitari a fini di prevenzione, diagnosi, e cura. (1).

Il "sesso biologico" viene definito come il complesso dei caratteri anatomici, fisiologici e morfologici che, negli organismi a riproduzione sessuata, contraddistinguono le femmine dai maschi della stessa specie. Il "sesso assegnato alla nascita" si riferisce ad uno status di maschio o femmina (che viene definito dal personale sanitario) e basato sulle caratteristiche fisiche alla nascita. In questo momento si identificano due gruppi di individui: gli Assigned Female At Birth (AFAB) e gli Assigned Male At Birth (AMAB). "L'identità di genere" viene definita come la percezione del proprio sesso da parte di una persona ed è un fattore intrinseco al senso di appartenenza al genere. Infine, l'orientamento sessuale riguarda l'attrazione che una persona ha, a livello sentimentale-sessuale, verso le persone di un dato sesso. In un'intervista rilasciata all'emittente ABC nel 2015, a Caitlyn Jenner, donna transgender e che si dichiarava eterosessuale, venne chiesto dall'intervistatrice Diane Sawyer se avesse subito un cambiamento nel suo orientamento sessuale durante il processo di transizione di genere. Jenner rispose dichiarando di non essere omosessuale. L'errore commesso dall'intervistatrice fu quello di pensare che la transizione fosse legata all'orientamento sessuale. Questo è un errore importante in quanto non c'è nessuna correlazione tra orientamento sessuale e identità di genere e l'uno non influenza l'altro.

In questo contesto, la percezione di una identità di genere diversa dal sesso biologico assegnato alla nascita, viene definita Disforia di Genere (DIG) (6), (7), (8), (9). La DIG può portare ad una sofferenza clinicamente significativa e/o ad una compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree

importanti. Ciò comporta una qualità di vita scadente le cui cause sono lo stigma, l'isolamento sociale, l'emarginazione, il bullismo e, anche, nuclei familiari omofobici e transfobici. La DIG è associata a problemi di natura emotiva come ansia e depressione (con la somministrazione della sola terapia ormonale si ha una riduzione dei livelli di depressione: odds ratio aggiustato (aOR= 0,73) (4)) e comportamentale con rischio aumentato nell'abuso di sostanze, autolesionismo/eteroaggressività, comorbilità psichiatrica ed un più alto tasso suicidario (anche qui con la terapia ormonale il rischio si riduce ottenendo un aOR= 0,74 (4)) (5). In risposta alla somatizzazione legata alla DIG, nasce il percorso di affermazione di genere ha come finalità quello di affiancare la persona, attraverso un trattamento terapeutico, che possa risolvere l'incongruenza percepita modificandone l'aspetto fisico in conformità con l'identità ed espressione di genere e promuovendone il benessere psico-fisico (2), (3), (4). Lo studio nasce con l'obiettivo di investigare le conoscenze del paziente circa il percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale che il paziente deve affrontare. In particolare, l'indagine verte sulle conoscenze del paziente relativamente alle terapie della riassegnazione di genere, gli effetti e le complicanze di queste, attraverso la somministrazione di un questionario anonimo proposto ai pazienti afferenti all'ambulatorio DIG dell'Azienda Ospedaliera di Padova nel periodo Febbraio - Settembre 2023.

2. QUADRO TEORICO

Capitolo 2.1 QUADRO TEORICO MEDICO

Capitolo 2.1.1 Epidemiologia del fenomeno

Dall'analisi dei dati epidemiologici prodotti nel corso degli anni, è emersa la necessità di una profonda revisione dei termini adottati per definire l'entità del fenomeno DIG. In primo luogo, è consigliabile evitare l'uso di definizioni quali "incidenza" e "prevalenza" in quanto possono sottintendere, seppur indirettamente, una condizione patologica della persona transgender. Ne deriva la raccomandazione dell'uso di termini quali "numeri" e "proporzioni". (6) Un problema nella ricerca epidemiologica del fenomeno DIG si basa sui criteri utilizzati per identificare la popolazione transgender. Molti studi presentano, infatti, dati limitati a soggetti con riconosciuta diagnosi di Disforia di Genere (6). Tuttavia, una proporzione non trascurabile di studi invece si riferisce anche a persone auto-definitesi transgender senza diagnosi (6). Un altro limite di reperibilità degli studi riguarda l'età della popolazione analizzata. E' il caso in particolare delle persone transgender in età adolescenziale che in alcuni studi vengono incluse in popolazioni più ampie mentre in altri studi vengono considerate separatamente. (6) Ad oggi, i dati della letteratura scientifica internazionale stimano che la percentuale dei soggetti transgender nella popolazione dovrebbe essere compresa tra lo 0,3% e il 4,5% (6).

Capitolo 2.1.2 Descrizione del fenomeno

In passato il transgenderismo era considerato un disturbo mentale e nella V edizione del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5 (DSM-5, 2013) fu rinominato "disforia". (7) La The World Professional Association for Transgender Health (WPATH) rilasciò, nel Maggio 2010, una dichiarazione che spingeva la depatologizzazione delle non-conformità di genere in tutto il mondo (Consiglio Direttivo WPATH, 2010)". A conseguenza di ciò, l'International Classification of Diseases 11th Revision (ICD-11, 2019) collocò la DIG dal capitolo dei disturbi mentali nel nuovo capitolo dell'incongruenza di genere proprio per de-patologizzare il termine stesso. (7), (8) Ad oggi, il percorso per il riconoscimento della DIG richiede una

valutazione psicologica di durata non inferiore a 6 mesi, per la quale verrà poi rilasciato un documento che ne sancisce la diagnosi effettuata dallo psicologo specialista (6). Già dalla metà del XX secolo aumentò la consapevolezza degli specialisti nel dover fornire assistenza attraverso cure individuali per alleviare i sintomi dovuti alla Disforia di Genere attraverso terapie che modificano i caratteri sessuali primari e secondari, come la terapia ormonale e quella chirurgica. Con il miglioramento delle conoscenze nel campo, gli specialisti hanno scoperto come non tutte le persone, per alleviare la propria Disforia di Genere, necessitano del trattamento completo. (9) Alcuni individui, infatti esprimono la necessità di avvalersi soltanto di una delle due cure. Altri ancora non richiedono alcuna delle terapie proposte, preferendo integrare il proprio transessualismo con il travestitismo, senza modificare il proprio corpo. Il numero, il tipo e l'ordine degli interventi può variare da persona a persona in base alle necessità e priorità dell'assistito.

Le opzioni terapeutiche comprendono: i) la terapia ormonale per femminilizzare o mascolinizzare il corpo (6), ii) la chirurgia per cambiare le caratteristiche sessuali primarie o secondarie come, ad esempio, il seno il torace o le caratteristiche del volto) (6) e iii) la psicoterapia il cui scopo è quello di fornire un supporto psicologico per aiutare la persona ad affrontare le diverse complicanze personali e sociali come lo stigma sulla salute mentale. (9)

Capitolo 2.1.3 Descrizione della terapia ormonale

La terapia ormonale può essere prescritta solo a seguito una valutazione psico-sociale e dopo aver ottenuto il consenso informato dal paziente, poiché la terapia ormonale porta a cambiamenti fisici, alcuni dei quali irreversibili, e per questo è essenziale che l'assistito/a sia legalmente in grado di dare il consenso, dimostrando di aver recepito le informazioni ricevute. I criteri per prescrivere la terapia sono: la diagnosi di disforia di genere persistente, la documentata capacità di poter prendere decisioni con consapevolezza e l'assenza di concomitanti problematiche cliniche tali da controindicarne l'impiego. (6) A tale proposito, la terapia può essere controindicata a causa di gravi condizioni di salute specifiche come: malattie cardiovascolari

(ipertensione, arresto cardiaco), malattie oncologiche, malattie neurovascolari (ictus) o malattie della salute mentale. (6)

Sono tre i farmaci-ormone che fanno parte della terapia e sono il testosterone, gli estrogeni e gli anti-androgeni. Il testosterone è un ormone appartenente alla categoria degli androgeni (ormoni sessuali maschili e femminili), prodotto nelle cellule di Leydig dei testicoli grazie al rilascio dell'ormone lutenizzante (LH); i suoi ruoli sono: sviluppare e maturare gli organi genitali esterni, influenzare il comportamento, aumentare la massa muscolare, stimolare la spermatogenesi, aumentare la produzione di eritropoietina (EPO) e inibisce la produzione epatica di epidina che inibisce la ferroportina, principale trasportatore cellulare del Ferro. (10) Gli estrogeni sono i principali ormoni sessuali femminili, prodotti dalle ovaie e, se in gravidanza, anche dalla placenta. Hanno come ruolo la regolazione della maturazione sessuale, lo sviluppo dei caratteri sessuali secondari, la promozione della crescita ossea, il condizionamento del desiderio sessuale, la regolazione del ciclo mestruale e alcune funzioni cognitive e lo stimolo della sintesi delle lipoproteine ad alta densità. (10) Infine gli anti-androgeni sono un gruppo antagonista del recettore dell'ormone androgeno; possono prevenire o bloccare gli effetti biologici sui tessuti sensibili a questo ormone; permettono, in particolare, di reprimere la mascolinizzazione nel paziente con DIG. (10)

La terapia per gli AFAB è a base di Testosterone. La tabella (Figura 1, Tabella I) mostra le varie tipologie di farmaco, modalità di somministrazione, dose e frequenza. La terapia deve essere decisa e discussa con il paziente per andare incontro alle sue necessità, obiettivi e ottenere la maggior collaborazione terapeutica possibile. Secondo le linee guida internazionali (6) il paziente può scegliere tra: la via parenterale (intramuscolo o sottocute), transdermica (cerotto o gel) e orale. (2), (6), (9), (11) Le due vie di somministrazione maggiormente richieste sono l'intramuscolo e la transdermica. La prima ha un rilascio più rapido con un picco ormonale conseguente all'iniezione e che si abbassa gradualmente. La via transdermica ha un rilascio più prolungato (circa 24 ore) con picco inferiore che permette di mantenere un livello costante di ormone nel sangue. E' inoltre possibile modificarne il dosaggio in base alle caratteristiche e necessità del paziente e per questo è considerato la via strategicamente più conveniente. Gli effetti clinic associati alla terapia con testosterone sono:

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. (6), (9), (11), (20) Per gli uomini transgender che decidessero di intraprendere la terapia ormonale ci sono dei rischi a cui possono andare incontro. A tale scopo, alla prima visita viene effettuato un accertamento clinico che valuta se i pazienti hanno una storia tromboembolica (TVP, embolia polmonare) per la quale dovranno essere valutati e sottoposti ad un'adeguato trattamento prima di poter iniziare la terapia. Ci sono dei fattori di rischio quali fumo, obesità e vita sedentaria che aumentano il rischio di patologie tromboemboliche e che devono essere opportunamente modificati. Vengono valutate se presenti altre malattie come i tumori ormono-sensibili, malattie coronariche, malattie cerebrovascolari, ipertrigliceridemia e coetiliassi poiché queste patologie possono verificarsi con maggiore probabilità a causa della somministrazione della terapia. E' importante che il paziente transgender abbia uno stile di vita sano in quanto fumo e alcol associati con la terapia con testosterone può aumentare il rischio di tumori. (4), (9), (13), (14), (15), (16), (17), (24) Nella tabella (Figura 5, Tabella V) vedere i vari rischi legati al tipo di terapia; con la parola "rischio" si intende definire la probabilità con il quale l'evento può avvenire. (6)

La terapia per gli AMAB è a base di Estrogeni e associato ad una terapia demascolinizzante a base di Antiandrogeni che prevede la co-somministrazione di agonisti per il recettore GnRH (Gonadotropin Releasing Hormone), dimostrati più sicuri per i possibili effetti collaterali. La tabella (Figura 2, Tabella II) mostra le varie tipologie di farmaco, modalità di somministrazione, dose e frequenza. Come per l'AFAB, anche con l'AMAB è necessario discutere della terapia e la sua posologia. Inoltre la paziente può scegliere tra la via parenterale (intramuscolo o sottocute) e quella transdermica (cerotto o gel). (2), (6), (9), (11) Sono prediletti gli estrogeni naturali e in formulazione transdermica o orale. In Italia le forme iniettive non sono disponibili. Degli antiandrogeni, i farmaci più utilizzati sono l'Acetato di Ciproterone e lo Spironolattone i cui effetti sono, rispettivamente: l'antagonismo presso i recettori degli androgeni, ii) l'inibizione della secrezione di gonadotropine, così da sopprimere la produzione testicolare di testosterone. Gli effetti che si otterranno saranno: crescita

del seno (variabile), la diminuzione della libido e delle erezioni, la riduzione della dimensione dei testicoli l'aumento della percentuale di grasso corporeo rispetto alla massa muscolare. (6), (9), (11), (20) Anche per le donne transgender, come per gli AMAB, sussistono gli stessi rischi e devono essere effettuati gli stessi controlli per i vari fattori di rischio. (4), (9), (13), (14), (15), (16), (17), (24)

La terapia ormonale per l'affermazione di genere rientra nella prescrizione di farmaci off-label in quanto non esistono farmaci creati appositamente per la terapia affermativa. L'indicazione clinica di tali specialità è infatti trattamento dell'ipogonadismo femminile e maschile. E' quindi richiesto un consenso informato al paziente per l'utilizzo dei farmaci off-label.

I cambiamenti fisici, nella maggior parte dei casi, si verificano nel corso di due anni e la sequenza temporale esatta degli effetti può variare. Nelle tabelle (Figura 3, Tabella III), (Figura 4, Tabella IV) si delineano i tempi circa con cui si presentano i vari cambiamenti fisici.

Tabella I. Terapia AFAB.

Terapia AFAB				
Ormone	Modalità di Somministrazione	Tipo	Dose totale (mg)	Frequenza
Testosterone	Intramuscolare	Esteri del testosterone	200-250	Ogni 2-3 settimane
		Testosterone undecanoato	1000	Ogni 10-12 settimane
	Sottocutaneo	Esteri del testosterone	75-125	Ogni settimana
	Transdermico	Gel di androgeni	25-100	Una volta al giorno
	Orale	Testosterone undecanoato	160	1-2 volte al giorno

Tabella II. Terapia AMAB.

Terapia AMAB				
Ormone	Modalità di Somministrazione	Tipo	Dose totale	Frequenza
Estrogeni	Orale	Estradiolo (17beta-estradiolo valerato)	2-6 mg	1-2 volte al giorno
	Intramuscolare	Estradiolo valerato	5-30 mg	Ogni 1-2 settimane
		Estradiolo cipionato	2-10 mg	Ogni settimana
	Transdermico	Cerotto di estradiolo	25-100 g/24h	Nuova patch ogni 3 giorni
		Gel di estradiolo	1,5 mg	1-2 volte al giorno
Antiandrogeni	Orale	Spirolattone	100 mg	1-2 volte al giorno
		Acetato di ciproterone	10-50 mg	1-2 volte al giorno

Tabella III. Effetti e cronologia della terapia mascolinizante.

Effetti e cronologia della terapia mascolinizante		
Effetto	Inizio atteso effetti	Massimo effetto atteso
acne	1-6 mesi	1-2 anni
crescita dei peli facciali/corporei	6-12 mesi	> 5 anni
perdita dei capelli (alopecia)	6-12 mesi	> 5 anni
aumento della massa muscolare	6-12 mesi	2-5 anni
redistribuzione del grasso corporeo	1-6 mesi	2-5 anni
cessazione delle mestruazioni	1-6 mesi	1-2 anni
ipertrofia cliteroidea	1-6 mesi	1-2 anni
atrofia vaginale	1-6 mesi	1-2 anni
abbassamento della voce	1-6 mesi	1-2 anni

Tabella IV. Effetti e cronologia della terapia femminilizzante.

Effetti e cronologia della terapia femminilizzante		
Effetto	Inizio atteso effetti	Massimo effetto atteso
ridistribuzione del grasso corporeo	3-6 mesi	2-5 anni
diminuzione della massa muscolare	3-6 mesi	1-2 anni
diminuzione della libido	1-3 mesi	nessuno
diminuzione delle erezioni spontanee	1-3 mesi	3-6 mesi
disfunzioni sessuali maschili	variabile	2 anni
crescita del seno	3-6 mesi	2-5 anni
diminuzione del volume testicolare	3-6 mesi	variabile
crescita rallentata di peli su viso e corpo	6-12 mesi	>3 anni
calvizie tipica maschile		variabile
cambiamento tono della voce		nessuno

Tabella V. Livello di rischio della terapia.

LIVELLO DI RISCHIO	TERAPIA CON ESTROGENI	TERAPIA CON TESTOSTERONE
Rischio elevato	TVP	Acne
	Infertilità	Alopecia
	Iperkaliemia	Ipertensione
	Ipertriglicidemia	Apnea notturna
	Aumento di peso	Aumento di peso
	Malattie cardiovascolari	Diminuzione HDL/aumento LDL
	Malattie cerebrovascolari	Malattie cardiovascolari
	Poliuria/Disidratazione	Ipertriglicidemia
Rischio medio	Ipertensione	Diabete tipo-2
	Disfunzione erettile	
	Diabete tipo-2	
	Osteoporosi	
Nessun rischio	Tumore mammella	Osteoporosi
	Tumore prostata	Tumore mammella
		Tumore ovaio
		Tumore dell'utero

Capitolo 2.1.4 Percorso legale per la riassegnazione anagrafica

Storicamente, la legge n°164 del 14 Aprile 1982 sanciva la possibilità di richiedere la riassegnazione anagrafica per tutte le persone sottoposte alla chirurgia affermativa. Tuttavia, tale normativa era automaticamente limitante per la popolazione transgender non accedente alla chirurgia per motivazioni economiche o personali. Il percorso che attualmente gli utenti transgender possono seguire è stato definito dalle sentenze del 2015 ad opera delle Corti Costituzionale, Cassazione ed Europea. Le prime due, in particolare, hanno fatto riferimento agli artt. 2, 3, 32 della Costituzione Italiana mentre all'art. 8 la Corte Europea dei Diritti dell'Uomo (CEDU). Secondo tali sentenze, oggi è possibile ottenere la riassegnazione anagrafica dei dati personali, quali nome e sesso, chiedendo l'autorizzazione al tribunale di residenza dietro presentazione della documentazione medica e psicologica, consentendo all'autorità giudiziaria di valutare la consapevolezza e la determinazione con le quali la persona transgender affronterà cambiamenti irreversibili associati alla transizione. Si può, inoltre, richiedere al tribunale l'accesso alla chirurgia affermativa mediante Sistema Sanitario Nazionale (SSN) nel caso si fosse interessati a questa opzione.

Capitolo 2.1.5 Descrizione della chirurgia affermativa

La chirurgia è l'ultimo passo e per alcuni/e quello più importante nel processo di transizione di genere. In più casi questa esigenza è dovuta al sentirsi a proprio agio con il partner oppure in luoghi dove è presente il pubblico (es. piscine e palestre). E' inoltre essenziale l'ottenimento del consenso informato del paziente, dando tempo all'utente di valutare le varie opzioni e di avere quante più informazioni possibili dato che gli interventi sono irreversibili. (2), (9) Per la paziente AMAB gli interventi chirurgici riguardano principalmente i) seno e torace e includono la mastoplastica additiva, mediante impianti o lipofilling, ii) la chirurgia genitale che prevede penectomia, orchietomia o vaginoplastica, clitoridoplastica e vulvoplastica, iii) interventi chirurgici al di fuori di genitali/seno che prevede le chirurgia di femminilizzazione facciale, liposuzione, lipofilling, chirurgia vocale, riduzione della cartilagine tiroidea, aumento dei glutei mediante impianti o lipofilling, ricostruzione dei capelli, e altre procedure estetiche. (2), (6) Per il paziente AFAB gli interventi chirurgici riguardano altresì: iv) seno e torace mediante mastectomia sottocutanea e creazione di una cassa toracica di tipo maschile, v) chirurgia genitale, che prevede isterectomia/ovariectomia, ricostruzione della parte fissa dell'uretra (quest'ultima può essere realizzata in concomitanza di metoidioplastica o di falloplastica utilizzando un lembo peduncolato o libero vascularizzato), vaginectomia, scrotoplastica, impianto di protesi per l'erezione e/o testicolari, vi) interventi chirurgici al di fuori di genitali/seno: chirurgia vocale (raro), liposuzione, lipofilling, impianti pettorali, ed altre procedure estetiche. (2), (6)

Capitolo 2.2 QUADRO TEORICO INFERMIERISTICO

Capitolo 2.2.1 La teoria del Nursing Transculturale

Madeleine Leininger (1925-2012) fu un'infermiera statunitense che teorizzò il "nursing transculturale" che è oggi uno dei capisaldi dell'assistenza infermieristica. La società contemporanea presenta una crescente identità multi-culturale alla quale gli infermieri e il personale sanitario devono fornire cure individualizzate e olistiche. L'approccio transculturale presenta come concetti fondamentali:

- la competenza culturale, che permette di acquisire conoscenze e abilità per adottare le scelte più appropriate ed efficaci,
- la competenza culturalmente congruente e competente, secondo la quale l'assistenza deve adattarsi alle necessità e modi di vita di una cultura,
- l'assistenza infermieristica culturalmente congruente, secondo la quale l'assistenza infermieristica conosce espressioni, convinzioni e valori della cultura.

Tali principi permettono e garantiscono la dignità culturale. (18)

Capitolo 2.2.2 Rilevanza del problema per la professione infermieristica

La complessità del sistema salute, i nuovi bisogni della popolazione e un quadro sociale in continuo mutamento pongono una serie di quesiti alla figura infermieristica per implementare e personalizzare l'assistenza alla persona. Risulta necessario approfondire le conoscenze di questa tematica non solo per la sola assistenza ma anche per comprendere meglio il vissuto che queste persone vivono ogni giorno e questo grazie al ruolo che l'ascolto e il dialogo hanno all'interno della relazione che si instaura tra paziente ed infermiere/a. Inoltre ciò ci permette di affrontare il tema del potere *antropologico* del professionista infermieristico così in grado di rispettare, non discriminare ma di integrare la persona e i suoi bisogni anche "al di là della propria morale stoica". (19), (28)

Capitolo 2.2.3 Descrizione degli interventi e comportamenti infermieristici

L'assistenza infermieristica all'utente con diagnosi di Disforia di Genere è ancora oggi in fase di studio e viene frequentemente stigmatizzata la sua trattazione nei Corsi di Laurea in Infermieristica. (20), (21) In uno studio americano veniva segnalato come nel 50% dei casi, i soggetti transgender intervistati avevano avuto un ruolo attivo nel formare i propri operatori sanitari circa le cure loro fornite. (20) Alcuni studi hanno evidenziato che la mancanza di conoscenze parte dagli stessi docenti coinvolti nella formazione del personale sanitario. (20) Agli infermieri viene chiesto di adottare prima di tutto la "sicurezza culturale", ovvero di essere consapevoli delle

diseguaglianze sociali e dei pregiudizi che hanno colpito e continuano a colpire la comunità LGBT+. E' inoltre necessario essere consapevoli dei propri pregiudizi e supposizioni per relazionarsi il meglio possibile con le persone transgender. (20), (21) Un altro fattore molto importante è "l'invisibilità" latente del paziente transgender. Ad esempio, la somministrazione di questionari, documenti nelle quali è prevista l'esplicitazione di due sole opzioni di genere è stata correlata allo sviluppo di un sentimento di genere-disagio correlato. (20), (22), (23), (24), (25) Altro aspetto critico è la disponibilità di "spazi sicuri e neutri", come servizi igienici neutrali rispetto al genere, opzione che tutela la privacy dell'individuo senza sperimentare disagio. Gli infermieri possono sostenere una maggiore neutralità, rispetto al genere, circa gli spazi riservati agli utenti nelle loro istituzioni, al fine di trasmettere sicurezza culturale alle persone transgender e una consapevolezza a tutte le altre persone. (20), (23), (24), (25) Gli infermieri possono inoltre adottare una serie di comportamenti per aiutare l'utente ad alleviare la disforia di genere con interventi come: utilizzare un linguaggio neutro in modo da mettere a proprio agio l'assistito/a. Ad esempio, chiedere con rispetto alla persona transgender come preferisca essere chiamata, acquisire familiarità con i termini comunemente utilizzati da e in riferimento alla comunità LGBT+, evitare di desumere l'orientamento sessuale in quanto l'identità di genere non fornisce nessuna indicazione rispetto a tale caratteristica del paziente, porre domande che interessino esclusivamente il motivo della visita ed evitare domande inopportune riguardanti la sfera personale dell'utente sulla sua scelta di transizione, nonché non presumere quale sia percorso il/la paziente sta seguendo. (22), (23), (24), (25) L'infermiere/a può inoltre offrire informazioni circa opzioni complementari alla terapia farmacologica per aiutare ad alleviare la Disforia di Genere come: fornire informazioni su gruppi od organizzazioni che forniscano sostegno sociale e legale, terapie della voce e comunicative per sviluppare tecniche verbali e non verbali per vivere meglio la propria identità di genere e depilazione con elettrolisi, laser o cerette. (9)

Capitolo 2.2.4 La realtà del Centro di Riferimento Regionale per l’Incongruenza di Genere dell’Azienda Ospedale-Università di Padova

A inizio settembre 2023 il numero di pazienti seguiti dal Centro di Riferimento Regionale per l’Incongruenza di Genere (CRRIG) dell’Azienda Ospedale-Università (AOU) di Padova per la terapia affermativa è di 246 suddivisi in 125 AFAB e 121 AMAB. Nel 2009 venne aperto l’ambulatorio, e nel 2021, erano seguiti solamente 38 pazienti, negli ultimi due anni c’è stato un incremento di quasi 5 volte raggiungendo i 198 pazienti facendo diventare l’ambulatorio il Centro di Riferimento Regionale (CRRIG) secondo le indicazioni dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA). Oggi all’ambulatorio si rivolgono ad ogni visita tra 1 e 2 persone per la gestione della Disforia di Genere con la terapia affermativa.

3. SCOPO DELLO STUDIO

Lo scopo di questo studio è indagare la consapevolezza che il/la paziente con diagnosi di Disforia di Genere, ha al momento della prima visita ambulatoriale, relativamente alla terapia ormonale, al fine di individuare eventuali carenze di informazioni che, nelle pertinenze del personale sanitario, possono essere fornite direttamente all'assistito/a.

4. MATERIALI E METODI

4.1 Criteri di inclusione ed esclusione

Sono stati inclusi nello studio i soggetti AMAB e AFAB, aventi diagnosi certificata di DIG rilasciata da uno/a psicologo/a competente, con un'età maggiore o uguale a 18 anni, afferenti per la prima volta all'ambulatorio CRRIG dell'AOU di Padova ai fini di intraprendere il percorso di affermazione di genere. I pazienti sono stati informati dello studio prima di iniziare la visita ai fini del reclutamento in modo anonimo. Sono stati esclusi dallo studio tutti coloro che hanno negato la disponibilità, che avevano un'età inferiore ai 18 anni o che non erano ancora in possesso della certificazione di diagnosi di DIG.

4.2 Creazione del questionario

Sono stati creati 2 questionari esplorativi, uno per il gruppo AFAB (per maggiori dettagli si veda l'Allegato 1) e uno per il gruppo AMAB (per maggiori dettagli si veda l'Allegato 2) rispettivamente. Il questionario AFAB era composto da 17 quesiti:

- Cinque erano relativi ad informazioni generali sul paziente (intervista FtM domande n°1,2,12,58,73) (27).

- Dieci quesiti vertevano sulle conoscenze personali riguardo alle variazioni della fisionomia a seguito della terapia ormonale quali: modifica della peluria (n°6), del timbro della voce (n°7), del tessuto adiposo (n°8), del seno (n°9), delle formulazioni farmacologiche (n°13) e dei relativi effetti indesiderati (n°14). Erano inoltre compresi quesiti inerenti all'abitudine al fumo (n°15), alcol (n°16), all'effetto del testosterone sull'ovaio (n°17) alle conoscenze sulla crioconservazione degli ovuli (n°17A). (9)

- Due quesiti (n.°11 e 12) indagavano le fonti di informazione e la partecipazione a gruppi di divulgazione. (2), (4), (9), (11), (12), (15), (17), (24), (25)

Il questionario AMAB seguiva le stesse logiche dell'AFAB:

- le prime cinque domande, sovrapponibili al questionario AFAB, contemplavano informazioni generali sulla paziente (intervista MtF domande n°1,2,12,59,74) (26).

- Nove quesiti trattavano le conoscenze circa le variazioni della peluria (n°6), del timbro della voce (n°7), del tessuto adiposo (n°8), del seno (n°9), legate alla terapia farmacologica, formulazioni di quest'ultima (n°12), gli effetti indesiderati (n°13), l'effetto degli estrogeni sugli spermatozoi (n°14) e la crioconservazione dei gameti (n°14A), l'abitudine al fumo (n°15) e all'alcol (n°16). Le domande n.°10 e 11 riguardavano la partecipazione a gruppi di divulgazione e le fonti di informazioni terapeutiche. (2), (4), (9), (11), (12), (15), (17), (24), (25) Le risposte erano a scelta multipla o dicotomiche SI/NO.

4.3 Raccolta dati tramite questionario

La raccolta dei dati tramite questionario è avvenuta tra il mese di Febbraio 2023 e Settembre 2023 presso la clinica CRRIG dell'AOU di Padova. Il questionario veniva fornito a tutti/e coloro che, dopo aver dato disponibilità a prendere parte allo studio, venivano per la prima visita ambulatoriale. Dopo aver accolto l'utente, veniva somministrato il questionario in presenza dello studente in modo assistere l'assistita/o in caso di necessità. Al termine il questionario veniva riconsegnato allo studente che valutava il completamento del questionario dirimeva eventuali dubbi.

4.4 Analisi statistica

I dati sono stati analizzati mediante il software specifico SPSS versione 23 (IBM Corp. Released 2015. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 23.0. Armonk, NY: IBM Corp). Il confronto delle frequenze tra parametri categoriali è stato effettuato mediante test Chi-quadrato

5. RISULTATI

5.1 Campione

Il campione che ha preso parte allo studio e ne ha permesso una raccolta dati è composto da un totale di 11 pazienti, dei quali 5 AMAB e 6 AFAB. L'età media dei partecipanti AMAB era di $22,6 \pm 3,2$ anni mentre per i partecipanti AFAB è di $22,3 \pm 3,19$ anni. E' da notare la giovane età dei partecipanti, segno di un percepimento della DIG nella fascia di età più bassa.

5.2 Analisi dei questionari

Le risposte alle cinque domande dei questionari riguardanti l'anagrafica dei/delle pazienti hanno fatto emergere complessivamente che:

- i) il titolo di studio posseduto nel 63,3% dei casi era il diploma di scuola superiore di 2° grado, il 9,1% possedeva un diploma professionale, il 18,2% era uno studente universitario mentre il 9,1% aveva la licenza media;
- ii) relativamente all'occupazione, il 63,6% dei soggetti dichiarava di essere studente, il 27,3% era disoccupato o in cerca di lavoro mentre il 9,1% era lavoratore;
- iii) nel 91% dei casi l'età di sviluppo sessuale era avvenuta tra i 9-15 anni e per il 9% oltre i 15 anni;
- iv) la percezione di una identità di genere diversa dal sesso biologico assegnato alla nascita si era manifestata tra i 3 e i 7 anni nel 54,5% dei casi, tra gli 8 e gli 11 anni nel 18,2% e tra i 12 e i 19 anni;
- v) nel 63,6% dei casi ha dichiarato i soggetti dichiaravano di aver manifestato episodi di autolesionismo o eteroaggressività, mentre per il 36,4% nessuno dei due. (Figura VI, Tabella VI)

Nell'ambito di valutazione della conoscenza circa gli effetti della terapia ormonale, il campione considerato dichiarava che:

- i) il 72,7% dei soggetti si aspettava un cambiamento della distribuzione della peluria corporea mentre il 27,3% non attendeva alcuna modifica; (Figura VII, Tabella VII)

- ii) la modifica nella diffusione della peluria corporea era considerato come normale o positivo nel 72,7% dei casi, il 18,2% manifestava indifferenza circa tale eventualità mentre il 9,1% la percepiva come negativa;
- iii) il 72,7% dichiara di attendersi un cambiamento del timbro della voce mentre per il 27,3% dei casi tale variazione è inattesa; (Figura VII, Tabella VII)
- iv) la variazione della distribuzione del tessuto adiposo è attesa nel 100% dei casi, il 45,5% dei quali, in particolare, su viso e arti superiori, il 72,7% su addome e bacino e il 54,5% sugli arti inferiori; (Figura VII, Tabella VII)
- v) la modifica del volume toracico è attesa nel 54,5% dei casi. In particolare, vi è una significativa differenza di attesa di tale dimorfismo corporeo in quanto tra AMAB (100%) e AFAB (83,3%, $P=0,015$). Inoltre, i soggetti AFAB percepivano il trattamento chirurgico come unico approccio per la riduzione del seno nell'83,3% dei casi; (Figura VII, Tabella VII)
- vi) nel 91% dei casi sono note diverse modalità di somministrazione del farmaco, tra le quali gel e iniezioni (54,5%), per via orale con compresse (27,3%), con cerotti transdermici (9,2%); (Figura VII, Tabella VII)
- vii) i possibili effetti collaterali della terapia sono noti nel 100% dei casi. Nel dettaglio, per la terapia AMAB, il 40% è consapevole di un possibile aumento della pressione arteriosa e del peso corporeo, il 100% non si aspetta l'insorgenza di dislipidemia, il 20% si aspetta l'insorgenza di insufficienza epatica e l'80% dei casi una possibile sindrome depressiva e la perdita di fertilità. Per la terapia AFAB, il 100% si aspetta un possibile aumento della pressione, il 33,3% l'insorgenza di insufficienza epatica, il 66,7% si aspetta l'aumento di peso e aggressività, l'83,3% si aspetta l'alopecia e l'aumento del desiderio sessuale;
- viii) il 72,7% dei casi dichiara di essere consapevole che il fumo di sigaretta potrà influire sull'efficacia della terapia. Tale consapevolezza per il consumo di alcol è altresì nota nel 91% dei casi; (Figura VII, Tabella VII)
- ix) l'81,8% dei soggetti dichiara di essere informato dell'effetto negativo della terapia ormonale di riassegnazione di genere sui gameti; (Figura VII, Tabella VII)

x) solo il 36,3% dei soggetti dichiara di essere interessato alla crioconservazione dei gameti, dove gli AMAB rappresentano il 20% (una persona sola) mentre gli AFAB il 50%. (Figura VI, Tabella VI)

Infine, relativamente alle fonti di informazione a disposizione dei partecipanti allo studio, emergeva che il 45,5% dichiara di aver ricevuto informazioni e/o una qualsiasi forma di educazione da parte di gruppi focalizzati sulla disforia di genere, il 36,3% dichiarava una formazione autonoma dalla rete Internet mentre solo il 18,2% da operatori sanitari.

Tabella VI, Scelta dicotomica su comportamenti e crioconservazione

	SI	NO	Totale
Autolesionismo/Eteroaggressività	63,60%	36,40%	100,00%
Crioconservazione dei gameti	36,30%	63,70%	100,00%

Tabella VII, Conoscenze sulla terapia ormonale

	Possiede conoscenze adeguate	Non possiede conoscenze adeguate	Totale
Modifica distribuzione della peluria	72,70%	27,30%	100,00%
Modifica del timbro della voce	72,70%	27,30%	100,00%
Modifica della distribuzione del tessuto adiposo	100%	0%	100%
Modifica del volume toracico	54,50%	45,50%	100,00%
Modalità di somministrazione del farmaco	91%	9%	100%
Effetti del fumo di sigaretta	73%	27%	100%
Effetti dell'alcol	91%	9%	100%
Effetti collaterali del farmaco	100%	0%	100%
Effetti farmacologici sui gameti	81,80%	18,20%	100,00%

6. DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

6.1 Discussione

Dai risultati ottenuti in questo studio emergono sia evidenze già consolidate nella gestione del soggetto con disforia di genere, sia nuovi elementi di rilievo di possibile interesse per l'attività di alcune figure professionali sanitarie come l'infermiere.

La manifestazione di comportamenti autolesionistici o di eteroaggressività è una fenomenologia che interessa quasi il 63% dei casi, indipendentemente che il percorso di riassegnazione sia stato iniziato, a partire dal riconoscimento della diagnosi di DIG o dal trattamento ormonale. Tale manifestazione è il chiaro correlato dell'alterata percezione dell'immagine corporea dei soggetti con DIG. Fattori precipitanti sono rappresentati dalla mancata accettazione della propria condizione da parte del soggetto o da fattori esterni come lo stigma sociale, o fenomeni quali il bullismo e l'isolamento sociale che possono sfociare in azioni violente contro l'utente che la/lo portano a non accettarsi o a reagire a questi atti (2), (4), (6). L'accesso al percorso di riassegnazione di genere può quindi rappresentare il primo momento di ascolto, comprensione e supporto alla persona con DIG, finalizzato ad indirizzarla a specialisti e a gruppi di supporto per accompagnarla nel percorso di affermazione di genere. Si dimostra inoltre essenziale organizzare programmi di informazione per la comunità su questo fenomeno in modo da permettere, con la conoscenza acquisita, di comprendere le persone transgender senza pregiudizi o comportamenti inadatti.

Dallo studio emerge un'apparente incoerenza riguardo la modifica del volume del seno. Se infatti le variazioni della peluria corporea, del timbro della voce e della diversa distribuzione del tessuto adiposo sono ampiamente conosciuti e attesi, le variazioni delle dimensioni del seno sono attese solo nel 54%, dato che si riduce ulteriormente negli AFAB nei quali il 27% si attende alcun cambiamento di questa caratteristica corporea. Non è chiaro il motivo di questa evidenza, se sia associata alla percezione del genere di provenienza o se sia legata all'accessibilità all'intervento chirurgico di mastectomia. L'aumento della numerosità campionaria è l'introduzione di quesiti specifici all'interno del questionario potrebbe chiarire tale incongruenza.

In generale, è emersa una buona conoscenza della terapia ormonale per la riassegnazione di genere, sia per quanto riguarda le modalità di somministrazione che gli effetti indesiderati ad essa associati. Risulta, tuttavia, che un AMAB (il 9%) non avesse nessuna conoscenza in merito alle vie di somministrazione. Si è inoltre notato che tutte/i coloro che dichiaravano di preferire la via intramuscolo non avevano alcuna esperienza o formazione o, ancora, conoscenza sulla sua esecuzione. In questo contesto, l'educazione infermieristica risulta essenziale per la formazione del/la paziente e del caregiver sulla tecnica di somministrazione come ad esempio: i) la sede consigliata (deltoidea, ventrogluteale, vastolaterale), ii) la presenza minima di tessuto adiposo, iii) la pulizia del sito, iv) l'iniezione con inserimento dell'ago a 90° e il riconoscere i possibili effetti collaterali come l'insorgenza di ascessi, dolore e infezioni. Tali informazioni permetterebbero al soggetto di avere una maggiore sicurezza circa la continuità della terapia, oltre al ridurre il rischio di errori e danni dovuti alla procedura.

Risulta dai dati raccolti che circa l'82% dei partecipanti è informato sull'effetto negativo che la terapia ha sui gameti. Tuttavia, solo un AMAB e il 50% degli AFAB intende crioconservare i propri spermatozoi o ovuli. Le motivazioni che giustificano tale risultato sono varie: da un lato può essere dovuto ai costi legati alla crioconservazione dei gameti, dall'altro lato la giovane età del soggetto che non permette di fare una scelta certa sul desiderio di genitorialità. Un'ulteriore fattore può essere legato alla vigente normativa in materia (Legge n.40/2004) la quale, nonostante consenta di crioconservare i gameti, consente l'accesso alla procreazione medicalmente assistita (PMA) soltanto a coppie coniugate o conviventi di sesso diverso. Questo significa che i singoli individui e le coppie omosessuali sono escluse da questo trattamento. Si presenta in questo caso un vuoto normativo riguardante la definizione di coppia omosessuale correlata alla persona transgender in quanto prima del cambio anagrafico la coppia è considerata eterosessuale e ne viene permessa la crioconservazione dei gameti per la futura PMA. Il problema nasce nel momento del cambio anagrafico in quanto la coppia risulterà omosessuale e la legge non ne permette la PMA. Questo comporta una confusione a livello giuridico in quanto viene prima concessa questa via e poi ne viene impedita la fattibilità comportando un disagio alla coppia. E' da aggiungere che con lo svolgimento di questo studio è in corso l'iter

legislativo per rendere l'utero in affitto reato universale (cioè un reato talmente grave che può essere perseguito anche se viene compiuto in un paese estero) e questo renderebbe le scelte dei pazienti DIG ancora più complesse oltre ad incidere sulla loro salute mentale dato che questa è una via alternativa per soddisfare il loro desiderio di genitorialità.

6.2 Conclusioni

In conclusione, dai dati raccolti emerge che la maggioranza del campione ha o ha avuto atteggiamenti lesionistici verso sé stesso e gli altri. Risulta quindi importante indagare l'effetto della terapia ormonale e/o la chirurgia affermativa sul mantenimento di tali alterazioni comportamentali. Appare inoltre importante organizzazione di campagne d'informazione sull'argomento in modo da sensibilizzare l'opinione pubblica. L'integrazione di ambulatori infermieristici nei centri DIG può essere un approccio strategico per l'educazione dei/delle pazienti alla somministrazione della terapia e la valutazione di eventuali complicanze. La rivalutazione, a livello legislativo, dei criteri di crioconservazione ai fini di procreazione medicalmente assistita è infine un aspetto estremamente importante nella consapevolezza della possibile genitorialità dopo la transizione.

6.3 Limiti dello studio

La ricerca è stata limitata dal basso numero di partecipanti, tale da inficiare la rappresentatività del campione di popolazione transgender valutato.

Bibliografia

- (1) Ministero della Salute, «Piano per l'applicazione e la diffusione della Medicina di Genere (in attuazione dell'articolo 3, comma 1, Legge 3/2018),» 2019.
- (2) J D Safer, V Tangpricha ; Care of the Transgender Patient; Jul 2019.
- (3) P M Neira, C. Bowman; Improving Perioperative Nursing Care for Transgender and Gender-Diverse Patients; Oct 2022.
- (4) A E Green, J P DeChants, M N Price, C K Davis; Association of Gender-Affirming Hormone Therapy With Depression, Thoughts of Suicide, and Attempted Suicide Among Transgender and Nonbinary Youth; Apr 2022.
- (5) L S H Chong, J Kerklaan, S Clarke; Experiences and Perspectives of Transgender Youths in Accessing Health Care: A Systematic Review; JUL 2021.
- (6) E Coleman, A E Radix, W P Bouman, G R Brown, A L C de Vries, M B Deutsch, et al; Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8; 15 Sep 2022.
- (7) American Psychiatric Association, DSM-5, 2013
- (8) World Health Organization, ICD-11, 2019.
- (9) E Coleman, R Adler, W Bockting, M Botzer, G Brown, A Devor, et al; Standard of care for the Health of Transgender, 7th Version; Aug 2012.
- (10) K S Saladin; Anatomia e fisiologia; Piccin nuova libreria; 2019
- (11) L D'hoore, G T'Sjoen; Gender-affirming hormone therapy: An updated literature review with an eye on the future; Jan 2022.
- (12) M L Gray, M S Courey; Transgender Voice and Communication; Aug 2019.
- (13) Hembree WC, Cohen-Kettenis PT, Gooren L, Hannema SE, Meyer WJ, Murad MH, Rosenthal SM, Safer JD, Tangpricha V, T'Sjoen GG. Endocrine treatment of gender-dysphoric/gender-incongruent persons: an Endocrine Society clinical practice guideline. *J Clin Endocrinol Metab.* 2017
- (14) Braun H, Nash R, Tangpricha V, Brockman J, Ward K, Goodman M. Cancer in transgender people: evidence and methodological considerations. *Epidemiol Rev.* 2017
- (15) A G Leone, D Trapani, M B Schabath; Cancer in Transgender and Gender-Diverse Persons: A Review; Feb 2023.
- (16) K Ford, E Huggins, P Sheean; Characterising body composition and bone health in transgender individuals receiving gender-affirming hormone therapy; May 2022
- (17) G Aranda, I Halperin, E Gomez-Gil, F A Hanzu, N Seguí, A Guillamon, M Mora; Cardiovascular Risk Associated With Gender Affirming Hormone Therapy in Transgender Population; Sept 2021
- (18) M Leininger e M R McFarland, *Infermieristica transculturale*, a cura di Giuseppina Ledonne, Marta Nocchi, Casa Editrice Ambrosiana, 2004.

- (19) Codice Deontologico delle Professioni Infermieristiche; Comitato centrale della Federazione e Consiglio nazionale degli Ordini delle Professioni Infermieristiche; aprile 2019
- (20) P Kellett, C Fitton; Supporting transvisibility and gender diversity in nursing practice and education: embracing cultural safety; 2017 Jan.
- (21) J Medina-Martínez, C Saus-Ortega, M M Sánchez-Lorente, E M Sosa-Palanca, P García-Martínez, M I Mármol-López; Health Inequities in LGBT People and Nursing Interventions to Reduce Them: A Systematic Review; 2021 Nov.
- (22) Redazione a cura del gruppo di lavoro “Diseguaglianze di salute legate al genere”; Linee di indirizzo per la comunicazione del personale sanitario con i/le pazienti LGBT+; giugno 2023; ISS (Istituto Superiore di Sanità)
- (23) Nye, C Marie, Anderson, Amanda; Transgender and Gender Diverse Nursing Care; Oct 2021.
- (24) G T’sjoen, J Arcelus, L Gooren, D T Klink, V Tangpricha; Endocrinology of transgender Medicine; Feb 2019.
- (25) A S W Chan, J Mayoh, S Song, C Escobar-Viera, R Plackett; Social Media Use and Health and Well-being of Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, and Queer Youth: Systematic Review; Sep 2022.
- (26) Centro di Riferimento Regionale per l’Incongruenza di Genere; Intervista MtF; 2019.
- (27) Centro di Riferimento Regionale per l’Incongruenza di Genere; Intervista FtM; 2019.
- (28) FNOPI; Commentario al nuovo Codice Deontologico delle Professioni Infermieristiche; Maggio 2020.

ALLEGATI

Allegato 1. (Questionario AFAB)

QUESTIONARIO (1° visita) (AFAB)

Nome scelto:

Anno di nascita:

Data della 1° visita:

- 1) Qual è il suo titolo di studio?
 - Elementari/medie inferiori
 - Diploma professionale
 - Medie superiori
 - Laurea/post-laurea
- 2) Qual è la sua occupazione?
 - Studente
 - Lavoratore/casalingo
 - Disoccupato
 - Pensionato
- 3) A che età ha avuto lo sviluppo sessuale?
“se il soggetto non riesce a ricordare l’età, ma ci dice che è sviluppato come gli altri ragazzi, la risposta si considera (9-15 anni)”
 - < 9 anni
 - 9-15 anni
 - > 15 anni
 - > 15 anni indotto con farmaci
- 4) Quando ha iniziato a percepire la sua identità di genere diversa da quella fisica?
 - Dai 3 ai 7 anni
 - Dagli 8 agli 11 anni
 - Dai 12 ai 19 anni
 - > 19 anni
- 5) Ha mai avuto episodi di autolesionismo e/o eteroaggressività negli ultimi tre mesi?
 - No
 - Sì

Con “autolesionismo” si intende qualsiasi atto di violenza rivolto verso se stessa, con “eteroaggressività” qualsiasi atto di violenza rivolto verso gli altri e verso le cose.
- 6) Pensa che con il trattamento di genere, i suoi peli saranno maggiormente diffusi e visibili rispetto ad adesso?
 - SÌ
 - NO
- 6A) Come pensa sarà la presenza dei peli suo corpo?
 - Normale
 - Negativa
 - Non mi sono posto il problema/Indifferente
- 7) Pensa che il timbro della sua voce cambierà con il trattamento ormonale?
 - SÌ
 - NO

- 8) Pensa che la distribuzione del tessuto adiposo sarà coerente rispetto alla morfologia del corpo maschile?
- SI'
 - NO
- 8A) Quali tra le seguenti aree pensa saranno interessate?
- Viso
 - Arti superiori
 - Addome
 - Area pelvica (bacino)
 - Arti inferiori
- 9) Pensa che con il trattamento le dimensioni del suo seno si ridurranno?
- SI'
 - NO
- 10) Pensa che il seno possa essere ridotto/eliminato con solo un intervento chirurgico?
- SI'
 - NO
- 11) Lei fa parte di gruppi per la divulgazione, informazione e/o aiuto per le persone che soffrono di Disforia di Genere?
- SI'
 - NO
- Se sì, può indicare il nome?
- 12) Chi è che l'ha informata dei vari trattamenti possibili per il cambio di genere?
- Operatori sanitari (medico, infermiere, psicologo,...)
 - Gruppi per la disforia di genere
 - Internet (social media, siti web,...)
 - Altro:
- 13) Quali tipi di somministrazione del farmaco conosce/le sono stati presentati come scelta?
- Compresse
 - Gel
 - Cerotti
 - Iniezioni
 - Non ho nessuna conoscenza al riguardo
- 14) E' a conoscenza di possibili effetti collaterali della terapia?
- SI'
 - NO
- 14A) Tra i seguenti elencati, indichi quelli che le sono stati comunicati:
- Ipertensione arteriosa
 - Insufficienza epatica
 - Aumento di peso
 - Perdita dei capelli
 - Aumento del desiderio sessuale
 - Aggressività
- 15) Pensa che il fumo possa influire sulla terapia del cambio di genere?
- SI'
 - NO

16) Pensa che l'alcol possa influire sul cambio di genere?

- SI'
- NO

17) E' stato informato dell'effetto del testosterone sui suoi ovuli?

- SI'
- NO

17A) Ha intenzione di conservarli attraverso la crioconservazione?

- SI'
- NO

Allegato 2. (Questionario AMAB)

QUESTIONARIO (1° visita) (AMAB)

Nome scelto:

Anno di nascita:

Data della 1° visita:

- 1) Qual è il suo titolo di studio?
 - Elementari/medie inferiori
 - Diploma professionale
 - Medie superiori
 - Laurea/post-laurea
- 2) Qual è la sua occupazione?
 - Studentessa
 - Lavoratrice/casalinga
 - Disoccupata
 - Pensionata
- 3) A che età ha avuto lo sviluppo sessuale?
"se il soggetto non riesce a ricordare l'età, ma ci dice che è sviluppato come gli altri ragazzi, la risposta si considera (9-15 anni)"
 - < 9 anni
 - 9-15 anni
 - > 15 anni
 - > 15 anni indotto con farmaci
- 4) Quando ha iniziato a percepire la sua identità di genere diversa da quella fisica?
 - Dai 3 ai 7 anni
 - Dagli 8 agli 11 anni
 - Dai 12 ai 19 anni
 - > 19 anni
- 5) Ha mai avuto episodi di autolesionismo e/o eteroaggressività negli ultimi tre mesi?
 - No
 - Sì*Con "autolesionismo" si intende qualsiasi atto di violenza rivolto verso se stesso, con "eteroaggressività" qualsiasi atto di violenza rivolto verso gli altri e verso le cose.*
- 6) Pensa che con il trattamento di genere i suoi peli saranno ancora presenti?
 - SÌ
 - NO
- 6A) Come pensa sarà l'assenza dei peli dal suo corpo?
 - Normale
 - Negativa
 - Non mi sono posta il problema/Indifferente
- 7) Pensa che il timbro della sua voce cambierà con il trattamento ormonale?
 - SÌ
 - NO
- 8) Pensa che la distribuzione del tessuto adiposo sarà coerente rispetto alla morfologia del corpo femminile?

- SI'
 - NO
- 8A) Quali tra le seguenti aree pensa saranno interessate?
- Viso
 - Arti superiori
 - Addome
 - Area pelvica (bacino)
 - Arti inferiori
- 9) Pensa che con il trattamento il volume del suo seno aumenterà?
- SI'
 - NO
- 10) Lei fa parte di gruppi per la divulgazione, informazione e/o aiuto per le persone che soffrono di Disforia di Genere?
- SI'
 - NO
- Se sì, può indicare il nome?
- 11) Chi è che l'ha informata dei vari trattamenti possibili per il cambio di genere?
- Operatori sanitari (medico, infermiere, psicologo,...)
 - Gruppi per la disforia di genere
 - Internet (social media, siti web,...)
 - Altro:
- 12) Quali tipi di somministrazione del farmaco conosce/le sono stati presentati come scelta?
- Compresse
 - Gel
 - Cerotti
 - Iniezioni
 - Non ho nessuna conoscenza al riguardo
- 13) E' a conoscenza di possibili effetti collaterali della terapia?
- SI'
 - NO
- 13A) Tra i seguenti elencati, indichi quelli che le sono stati comunicati:
- Ipertensione arteriosa
 - Dislipidemia
 - Obesità
 - Insufficienza epatica
 - Sindrome depressiva
 - Perdita della capacità riproduttiva
- 14) E' stato informato dell'effetto della terapia ormonale sui suoi spermatozoi?
- SI'
 - NO
- 14A) Ha intenzione di conservarli attraverso la crioconservazione?
- SI'
 - NO
- 15) Pensa che il fumo possa influire sulla terapia del cambio di genere?

- SI'
- NO

16) Pensa che l'alcol possa influire sul cambio di genere?

- SI'
- NO