



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI PADOVA

Università degli Studi di Padova

Dipartimento di Studi Linguistici e Letterari

Corso di Laurea Magistrale in
Lingue Moderne per la Comunicazione e la Cooperazione Internazionale
Classe LM-38

Tesi di Laurea

*Gender bias in machine translation:
an investigation of the causes,
characteristics, and effects
of gender-biased MT output*

Relatrice
Prof.ssa Sabina Fata

Laureanda
Serena Rizzardi
n° matr. 2029239 / LMLCC

Anno Accademico 2022/2023

Table of contents

Introduction	1
Chapter 1	
Machine Translation: history, development and state of the art	7
1.1 Early history of machine translation	7
1.2 Why and what Machine Translation	12
1.3 Rule-Based Machine Translation	15
1.4 Statistical Machine Translation	17
1.5 Neural Networks – Towards Neural Machine Translation	19
1.6 Neural Machine Translation	21
1.7 Evaluation systems	23
Chapter 2	
Language, gender, power: the relevance of gender bias in machine translation	29
2.1 Language and power	29
2.2 Language, power, and gender	34
2.3 Gender bias in Machine Translation	38
2.4 Gender bias evaluation systems	44
2.5 How MT can be de-biased	50
2.6 The Fairslator project	56
Chapter 3	
Gender is fluid: transgender and non-binary identities	61
3.1 What is gender?	61
3.2 Transgender and non-binary identities	64
3.3 Rise of new pronouns – the language void in Italian	68
Chapter 4	
Transgender and non-binary identities in Machine Translation: a case study	73
4.1 Outline	73
4.2 Transgender and non-binary identities in raw MT output	76
4.3 De-biasing the system: DeepL glossaries and Language Weaver dictionaries	92
4.4 De-biasing the system: ModernMT and SYSTRAN	107
4.4.1 <i>ModernMT</i>	107

4.4.2 <i>SYSTRAN</i>	115
Conclusions	133
Bibliography	136
Online resources	138
Riassunto	
Appendix	153
1. Articles used in the test set	153
2. Articles used in the TM	330

INTRODUCTION

Machine translation is the reason why, when translation students are asked what they want to do in their future, any regarding comment is accompanied by a pitiful look and maybe a joke, such as “Oh, I thought translators would be extinct, what with Google Translate and all”. Said students have long learned to plaster a smile on their face, knowing that (1) machine translation has definitely changed the landscape of translation, and that (2) not all that glitters is gold. Machine translation is a revolutionary tool, in that it has accomplished incredible milestones in the years since it was first introduced, but it is still far from perfection. As many other human-manufactured tools, it needs to be considered in its context with its own nuances, and when one does so, they may notice that machine translation acts as an involuntary mirror of society, and is bound to reflect every detail, and, more importantly for the purpose of this work, even the smallest defect. Machine translation has, in fact, been found to be the vessel of many biases that permeate today’s society: racial, generational, gender biases.

Gender bias in machine translation is at the core of my dissertation, but what exactly is it, and why is it a relevant issue? Gender bias is the systematic occurrence of translation outputs skewed towards a determined gender for no reason other than erroneous assumptions made by a system. The system reproduces and amplifies social prejudices which are present in the training material and have harmful effects on the interested audience. I want to underline these two verbs: ‘reproduce’ and ‘amplify’. Gender bias in machine translation, which has been found to be harmful especially to women, is further proof and somehow useful highlighter of the patriarchal system we are involuntarily part of. Women being erased even in automated systems is a worrying perspective, and we are still far from long-term, all-encompassing solutions. Many who have researched gender bias in machine translation, evaluation systems, and debiasing models, would commonly agree that a most helpful solution would be large sets of debiased, natural-environment created, training data. Given the pervasiveness of stereotypes and gender disparities still present in our society today, such a goal seems almost unattainable, although things are definitely changing. Additionally, what machine translation will also have to learn to accommodate is the overcoming of gender binarism. As much as women have been constantly erased by the over-extensive use of masculine forms, so have other minorities that are finally acquiring their voice, i.e., gender non-

conforming people. Machine translation and the gender bias that permeates it have their effect on these identities too, and this is what I am going to explore in the course of my study.

The first chapter is a necessary introduction to the world of machine translation: it explains what machine translation is and how and why it has originated. Its history surprisingly has its beginning much earlier than one would think, with first ideas about it documented in the 17th century. It was only in the 20th century, however, that such ideas took shape, and the first machine translation systems were designed. In those early days the models were too complex for their worth, human assistance was mandatory, and they seemed to cause more trouble than reduce translation problems. This is what brought machine translation research to a general halt in 1966 with the ALPAC report, which affirmed the futility and fund-consuming nature of this task. It started to become evident that the translation task could not be easily delegated to a machine while hoping that all the common issues might be avoided: as well as a human translator might often face ambiguity, fluency, and adequacy problems, so would an automatised model. Research did not really stop, however, and more and more machine translation systems were created and refined. The first rule-based machine translation systems were built to rely on a set of linguistic rules that would aid the analysis of the source text and provide useful information for the creation of the target text. The approach might seem rough, but it still has its perks even after new models have been introduced. The growing importance of the computer, which allows the management of huge quantities of data, was fundamental for corpus-based approaches, in which the machine translation systems could use the information stored in corpora. Statistical machine translation relies on statistical models to compute the probability of a text being the translation of the source text and is a huge step forward in the world of machine translation. In the most recent decades, the paradigm has shifted to neural machine translation, which utilises neural networks. This enables neural machine translation to improve constantly and automatically, as neural networks grow and learn, but it also means that extensive amounts of data are needed. As new MT systems keep being developed, the problem of evaluating them has also been considered, and therefore different evaluation metrics have been introduced. However, as much as machine translation has its flaws due to its machine nature, so do automatic evaluation

systems. As of today, many metrics have been considered but none has been deemed omni-comprehensive.

The second chapter brings the reader deeper into the question of gender bias in machine translation. The importance of what someone may call a ‘pet peeve’ of hardcore feminists needs to be examined starting from the inner workings of a language. It should not come as a surprise that language is tightly linked to power, and the last century has seen a few philosophers debating about it, from Antonio Gramsci to Michel Foucault. Language has aided imperialism, the dictatorships of the 21st century, and many other historical shows of power. Language is also what has shaped today’s society as culture based on yesterday’s society and culture. Language is the means through which certain people were, have been, and still are in power. Language is not that important, one might say. It is just something human beings have come to use to exchange information. And similarly to what Miranda Priestly (Meryl Streep) has said in ‘The Devil Wears Prada’, someone else might reply: ‘Oh, okay, I see. You think this has nothing to do with you’. But language makes up the fabric of reality, shapes thoughts, shapes opinions, shapes the people and their future. Language is not neutral but carries a layer of meanings that need to be deconstructed in order to understand the capacity of language exchanges. These dynamics of power in language have been a fundamental endorsement of the patriarchal society, where men and women are strictly divided and assigned a role that they need to play without questions. Women’s role has historically been secondary and been confirmed as such time and time again. Stereotypes, gender roles, the inescapability of them, are all conveyed through language. This kind of language, unfortunately, bleeds into machine translation through the huge amount of data processed by the system, and further propagates the power structures of society. This is gender bias in machine translation. The fact that machine translation systems are indeed gender biased can be proved with the simple input of a gender-ambiguous sentence into a standard MT engine. Over the past years, evaluation metrics to value the presence of gender bias have been developed, although again the results are not always omni-comprehensive. De-biasing methods have also been tested by taking different approaches and have partially been proven successful. The approach that would be most successful of all, however, would probably consist in the availability of large amounts of unbiased data, fruit of a gender-equal society.

Chapter three provides a brief excursus on what it is actually meant when people talk of ‘gender’, and how a new way of thinking language needs to be considered. People are usually taught to think, talk, and behave according to a scheme of rules apparently set in stone: there are the men, who are strong, masculine, wear blue and cannot cry; there are the women, who are meek, feminine, wear pink and are too emotional. One’s biological sex seems to be the determiner of one’s entire life and behaviour, with physical characteristics firmly connected to social roles. The binary cage that divides people into men and women, into females and males, is no other thing than this: a cage, of which the definitive binary should be overcome. Even the bodies do not follow the binarism of sex, much less should people’s identity follow the binarism of gender. The problem is that these fixed gender roles, set in stone, allow structures of power to be maintained in a society. The overcoming of gender binarism may well mean liberation from the oppression of such structured power. The proliferation of gender-diverse, gender-non-conforming identities, should, therefore, be welcomed and not discriminated against. The sudden emergence of such identities, which were always here, but are only now gaining their voice, highlights a number of voids in some languages, such as Italian, where gender-neutrality is achieved with difficulty. This is the reason why in recent years new ideas have been brought forward in order to present alternatives and morphological changes to accommodate the presence of gender-non-conforming identities. The state-of-the-art, however, is still far from thorough gender-inclusivity.

Chapter four investigates the behaviour of machine translation systems when confronting texts with non-binary and transgender identities. A test set of different web news articles is fed to different machine translation engines, and their output is considered and qualitatively evaluated. The results are then compared to the output of the same engines, although with the addition of different tools that aid the customisation of the translation. The findings will highlight that the void in gender-neutral language is evident, and that machine translation still needs to learn to overcome situations that were usually conditioned by gender binarism. However, customisation, even on a small scale, such as the addition of a short glossary, can be successful in producing a more gender-balanced and inclusive output.

By the end of this dissertation, the reader will have gained a conscious understanding of the work and history behind machine translation and how it is integrated

into the fabric of society. Machine translation has certainly aided the work of translators all over the world, but has also presented a number of challenges related not only to its linguistic and technological aspects, but also to the ethics and consequences of its use. Gender bias spread through machine translation can be propagated and reinforced and contribute to the building of a patriarchal society that is not merely discriminating against women, but against gender-diverse identities too. This is the reason why such a topic needs to be further discussed and investigated, without shying away from the problem, adducing as an excuse that ‘it has always been like this’, ‘people are too sensitive nowadays’, ‘there are other problems’.

CHAPTER ONE
MACHINE TRANSLATION:
HISTORY, DEVELOPMENT AND STATE OF THE ART

In the following chapter I will introduce the main topic of my dissertation, i.e., machine translation. Its history, albeit short, has encompassed different stages of development, which are undoubtedly worth our attention in order to understand the progress that has been made and how the modern systems work.

1.1 Early history of Machine Translation

Surprising as it might seem, the idea of mechanical translation did not occur only in the 20th century, but has its roots in the 17th century, with Leibniz and Descartes, although for them the issue revolved more around “philosophical, logical and moral problems” (Poibeau 2017: 34). In fact, it was reasoning on the Tower of Babel and the Adamic language – which was believed to be a protolanguage common to all humanity in ancient times – that led Leibniz to develop an artificial language that would overcome any ambiguity, and consequently any dilemma, between languages (Poibeau 2017:33-4). Descartes similarly hypothesised a language made of symbols, numerical codes, that would replace words with the same meaning but from different languages. In the following decades and even centuries, attempts had been made at developing the numerical dictionaries Descartes had imagined (Poibeau 2017:34). However, their application was limited to the encoding and decoding of messages and did not have a direct influence on the actual birth and development of machine translation (Poibeau 2017:34-5).

The idea of mechanical translation started becoming reality in 1933 with the release of two different patents in France and in Russia. They were respectively issued to Georges Artsrouni and Petr Troyanskii for machines that functioned fundamentally as mechanical multilingual dictionaries (Hutchins 2007:1). Artstrouni was not a linguist, and his prototype was not formally designed for translation and translation only, but he admitted that it was the field for which the machine was most promising. The machine stored linguistic data – and different translations – relatively to a word, which was

encoded through perforations paper strips, which could be thus retrieved on command after entering the word with a keyboard (Poibeau 2017:36).

Differently from Artsrouni's, Troyanskii's patent included schemes of coding and interpreting base forms and functions using universal symbols based on Esperanto (Hutchins 2007:1). Interestingly, as he assumed an environment of assisted and not completely automatic translation, Troyanskii divided the process of translation into three stages: the first would see an editor, versed only in the language the source text is written in, performing a morphological and syntactical analysis of the words; the second would consist in the machine taking the results of the first editor's analysis and converting them into sentences in the second language; the third and final stage would see a second editor, versed only in the target language, adjusting the machine output in natural-sounding target-language sentences (Hutchins 1995:3, Hutchins 2007:1, Poibeau 2017:37-8)). These patents, groundbreaking for the time, remained mostly unknown, which is why work and research on mechanical translation had their proper beginning in the 1940s, with the intuition of Andrew Booth and Warren Weaver of "using the newly invented computers for translating natural languages" (Hutchins 2007:1).

To Booth goes the merit of focussing on morphology, which helped to diminish the size of electronic dictionaries; an understandable achievement, given the limited capacity of computer storage of the times (Poibeau 2017:41). Booth, in fact, designed a new algorithm that would not search for entries in a dictionary basing only on the whole string of letters, but by a technique called *stemming* (Poibeau 2017:41). The algorithm, if it did not find any entry matching the researched word, would strip the word of a letter – and upon necessity of another, and then another – in order to search for an entry that would finally match (Poibeau 2017:41). This means that, from a morphologically inflected word, the algorithm would manage to go back to the base form, and thus find its meaning. On a later collaboration with Richard H. Richens, who had previously and independently work on a punch-cards based translation system, Booth would apply his research on morphology to the mechanisation of a bilingual dictionary, that would be able to propose word-for-word translation (Hutchins 2007:1, Hutchins 1995:3, Poibeau 2017:41).

Weaver applied to mechanical translation ideas related to cryptography. He famously compared translation to a matter of mere decoding – what is a text in a foreign

language, if not a text encoded with unknown symbols according to an unknown rule (Poibeau 2017:42)? Therefore, in collaboration with mathematician and cryptographer Claude Shannon, Weaver developed a mathematical model that would properly describe communication as the encoding of a message by the sender and the consequent decoding by the receiver (Poibeau 2017:42). In a memorandum Weaver published in 1949, entitled 'Translation', he reported the research developed by Booth and Richens, but carefully recognised that one of the greatest hindrances of mechanical translation is ambiguity, something cyberneticist Norbert Wiener adduced as the reason why automated translation would be an impossible goal (Hutchins 1999:1, Poibeau 2017:42). The memorandum is a fundamental part of machine translation history, as Weaver listed four proposals on the possible paths to explore in order to develop a successful system. Weaver's ideas relied on the analysis of context, the belief that language was a logical system and that language universals existed, the comparison between translation and cryptography (Hutchins 1999:1-3, Poibeau 2017:43-5). The memorandum was met with criticism and an understanding of the limits of mechanical translation at the time, limits that would prove difficult to overcome in the following years.

In the decades of the 1950s and the 1960s machine translation would see its high and low points, optimism at first and then pessimism. Due to the Cold War taking place during these decades, it should come to no surprise that a considerable amount of research in the US was focused on Russian to English translation. On the contrary, the Soviet Union, beside the multilingual character of the territory it encompassed and that gave great scope for research, was set more extensively on English-Russian translation (Hutchins 2001:7, Poibeau 2017:46). In 1951 Israeli scholar Yehoshua Bar-Hillel began his research at the Massachusetts Institute of Technology (MIT) and the following year, after writing a state-of-the-art report, he organised the first MT conference. Fully automated translation was regarded as a definite impossibility, and in the discussion of future plans, public demonstration of MT was proposed as a way to show that MT could work successfully and to attract funding (Hutchins 1995:3-4, 2001:5). This demonstration took place in 1954, at Georgetown University, following the work of Paul Garvin and Peter Sheridan of IBM, with a model trained on 49 Russian sentences, with a limited amount of words and grammatical rules (Hutchins 2001:6). Regardless, the model was

enough to convince a greater public of the feasibility of MT, attract funding, and stimulate research elsewhere in the world (Hutchins 1995:4).

With still little help coming from linguists, research was divided between so-called ‘brute-force’ approaches that were based on purely empirical methods of statistically analysing texts in order to extract and apply grammatical and lexical regularities (Hutchins 2001:6). The ‘brute-force’ appellative comes from the trial-and-error characteristic of this approach, of which the objective was simply to reach a usable output in a short period of time (Hutchins 2001:6). On the other hand, the ‘perfectionist’ approach was characterised by the employment of linguistically accurate research in order to obtain, in the long run, a final product that would need close-to-none post-editing of the output (Hutchins 2001:6). Given the short-term character of the approach, ‘brute-force’ researchers focused more on a direct translation method, while some of those who were working on a long-term solution introduced the idea of an *interlingua* (Hutchins 2001:6-7). This term refers to a language in-between languages, made up of codes or symbols, that would thus divide the process of translating a text into two steps, the former from the SL to the interlingua and the latter from the interlingua to the TL (Hutchins 2001:6-7).

Aside from this distinction, multiple approaches were explored across the world. In the US at the University of Washington Erwin Reifler conducted research towards a word-for-word model that would use lexicographic information to solve grammatical issues (Hutchins 1995:4). The RAND Corporation was the epitome of the empirical approach and largely focused on statistical analysis, meaning that starting from a corpus they would build bilingual glossaries and a grammar, use them to translate the corpus (Hutchins 1995:4). The result would then be studied, revised, the glossaries and grammar would be revised as well, and the cycle of translation and revision would begin again (Hutchins 1995:4). At Georgetown University more than one path was taken, as groups varied from a ‘code-matching’ method, to a ‘syntactic analysis’ method, to a ‘sentence-by-sentence’ method, to a ‘general analysis’ method that would later be employed as the Georgetown Automatic Translation (GAT) and included morphological, syntagmatic, and syntactic analysis (Hutchins 1995:4). At the Ramo-Wooldridge Corporation Paul Garvin worked on a middle ground between the above-described ‘perfectionist’ and empiricist approach, later introducing a heuristic method that would be employed at

Wayne State University (Hutchins 1995:5). At Harvard University Anthony Oettinger pursued a gradualist approach; at MIT after Bar-Hillel Victor Yngve led the research with a special attention to syntactic analysis – his model planned translation as a process from SL to a syntactical representation of the input and then to the TL through a ‘structure transfer routine’ (Hutchins 1995:5). Similarly, also the Linguistic Research Center (University of Texas) put their focus on syntactic analysis, while at Berkeley (University of California) it was believed that a linguistic theory tailored for MT was a necessary element in the field for later developments (Hutchins 1995:5). It was only overseas, in the UK and in Italy, that the interlingua approach was explored. Margaret Masterman at the Cambridge Language Research Unit worked on the creation of a pidgin-interlingua based on word-for-word translation and ways to refine MT output; Silvio Ceccato in Milan worked on an interlingua developed from an analysis of words and the context and words surrounding them (Hutchins 1995:6). In the Soviet Union, research on an interlingua was mostly carried out at the Institute of Linguistics in Moscow – on a more theoretical level – and at Leningrad University, where Nikolai Andreev aimed for a whole artificial language, complete of morphology and syntax (Hutchins 1995:6). The Institute of Precision Mechanics worked on an approach that was similar to that in development at Georgetown University, and the Steklov Mathematical Institute built its research along similar lines to the MIT approach to linguistic processes (Hutchins 1995:6).

While in the 1950s hopes for a successful employment of MT were high, they started to decline in the 1960s, only to ultimately be crushed after the infamous ALPAC report. After a decade of research on the matter, it started to appear clear that the linguistic issues could not be easily overcome, also due to the still limited technology of the time (Hutchins 2001:11). In 1959 Bar-Hillel wrote a state-of-the-art report of the progress made in machine translation across the world – and the results were most definitely negative (Poibeau 2017:52). According to Bar-Hillel, it was pointless to aim for a fully automatic high quality translation system, as completely independent MT was downright impossible and human intervention would always be necessary, and he stated that research on MT should instead be focussing on the development of tools that would aid the work of a translator (Hutchins 2001:11, Poibeau 2017:53). This report prompted the funding agencies to inquire whether this was true and in 1964 they appointed the Automatic Language Processing Advisory Committee (ALPAC) to investigate. In 1966,

with their report, the ALPA Committee came to the conclusion that the funding of MT research was unreasonable and unnecessary, as MT output was constantly in need of a human translator for post-editing reasons and it was slower and more expensive than a simple human-made translation (Hutchins 1995:6). The ALPAC report was criticised, considered influential, and also not as impactful as it seemed, but it undeniably is a milestone in the history of machine translation (Hutchins 1995:6, Hutchins 2001:11, Poibeau 2017:58-60). From then on, funding was drastically cut down, and MT underwent a long pause in its research and development (Poibeau 2017:60-1).

1.2 Why and What Machine Translation

Machine translation, automatic translation in non-English-speaking countries, mechanical translation as it was called until the 1960s (Hutchins 2007:1), as described above, has had a rocky start, therefore one might wonder why, in fact, a way to automatise translation would be needed. Since the early days of its development, it was the scientific field that supplied most of the material that was to be translated – Booth and Richens used their machine to translate scientific abstracts – and it was this the field where the demand for translation was of the highest and was already difficult to satisfy, given the huge amount of information that needed to be gathered and shared (Hutchins 2007:1). The demand for translation in an increasingly interconnected and globalised world continues growing even now, a demand that would be impossible to be satisfied by human translators only (Hutchins 2007:1) and the need for the gathering of information cannot be hindered by a mere issue of a text written in a language unknown to a user. One might only imagine what the Internet means for the creation of content that is shared everywhere across the world: there are approximately 1.14 billion websites on the Internet (although only 17% of them are active) and each minute, 175 new ones are created (Huss 2022). With a simple Google Translate plug-in, these websites are made accessible to every person living on this planet (Koehn 2020:19). Often the translation that is offered by such services and other machine translation providers is not flawless but roughly and quickly conveys the meaning and the salient points of the text to a person who is interested only in the general flavour of the text. This is what is called translation for assimilation, as opposed to translation for dissemination, which is a more accurate translation output,

since it sees the intervention of human translators who polish the end result in order to make it of publishable quality (Hutchins 2007:1). This involves a process called post-editing, i.e., the act of editing the raw result of machine translation by adjusting mistakes, inaccuracies, wording, with the aim of improving the final product. Depending on the quality of the raw machine translation product, post-editing might be a lengthy process as well as a short one. Similarly, a text might be also pre-edited before being fed to a machine translation system, in order to aid the machine in the processing of the input. The text might for example be tagged with part-of-speech tags and other indicators, which may help the machine to resolve ambiguity issues and other problems that arise in the translation process (Hutchins 1995:1).

I have now mentioned ambiguity repeatedly, and it is a concept that deserves to be analysed in detail, since, as already mentioned, it is the issue that most of all is bound to hinder machine translation. We, as humans, deal with ambiguity on a daily basis and know how to pay attention to signs that indicate ambiguity, or how to interpret the context in order to single out the exact meaning intended by the speaker or writer. Ambiguity can be found both in the context and the inner meaning of the word, and also in the morphological and syntactical aspects of a word or expression – sometimes it escapes even human beings’ understanding, let alone natural language processing machines (Koehn 2020:5). Let me illustrate with a few examples how common and pervasive the issue of ambiguity is. In the sentence

The crane was on the other side of the river.

crane might refer either to a bird or to a machine used in construction, but without any other clue even we cannot infer the meaning intended. On the other hand, in

The dog’s bark scared the mouse and it hid under the tree bark on the ground.

it is certainly easier to discern the different meanings of the word *bark* as they are marked by definers that help to clear the context. This is the work we unconsciously do and machines are trained to do, as “Natural language processing is difficult because, by default, computers do not have any knowledge of what a language is. It is thus necessary

to specify the definition of a word, a phrase, and a sentence.” (Poibeau 2017:20). On a syntactical and morphological plane, and using an example that will return later, let me consider the sentence

The doctor asked the nurse if she could help her.

Without any context, since English is a notional gender language, i.e., nouns are generally genderless while pronouns are gendered, we are left to wonder whether the *she* refers to the nurse or to the doctor, and then whether the *her* refers to the doctor, the nurse, or maybe even to another third party, e.g., a patient. And if we do not know, how can a MT system know? And finally:

It was raining cats and dogs.

A person familiar with English will immediately recognise in raining cats and dogs the idiom to express how much it was raining, but someone else will wonder what kind of clouds there must be for animals to fall out of them, and an ignorant person as well as an ignorant MT system will translate this sentence into Italian as “Piovevano gatti e cani”.

Post-editing, pre-editing, ambiguity: the aim of everything that is taken into consideration when approaching the task of translating something is a *good* translation, although what makes a translation good or bad a question for the ages. The issue begins already at the definition of the meaning of the ST, as it could be interpreted differently by different users, so how can the TT be a good interpretation *and* translation (Poibeau 2017:15)? Poibeau (2017) states:

The translation of a text should be faithful to the original text: it should respect the main characteristics of the original text, the tone and style, the details of the ideas as well as its overall structure. The result should be easy to read in the target language, and it should also be linguistically correct, which means that a subtle process of reformulation must be used. Ideally, the reader should not realize he is reading a translation if he does not know the origin of the text, which implies that all formulaic and idiomatic expressions should be rendered appropriately. [...]
The inherent subjectivity of these criteria is undeniable, however.

(Poibeau 2017:16)

And, in fact, Koehn (2020) will later state: “Translation is always an approximation” (Koehn 2020:4). In the ocean of opinions and choices that is translation, we may define

two lighthouses, i.e. fluency and adequacy (Koehn 2020:4). Fluency is achieved when a text reads as well as an original target language piece, adequacy when the meaning of the text is fully preserved in the translation. The two do not always coexist, and depending on public, social and cultural context, purpose of translation, the translator's sensibility, choices may be made towards one or the other (Koehn 2020:4).

Ambiguity, context, purpose, fluency and adequacy, these are all concepts to compute in order to understand why machine translation is one of the most difficult tasks of natural language processing and how the approaches that have been taken have their perks and their weaknesses. In the following sections I will describe the main systems that have been developed in the field of machine translation.

1.3 Rule-Based Machine Translation

Rule-based machine translation (RBMT) systems were the earliest to appear, of which one example is the above-mentioned prototype presented in 1954 by the collaboration between Georgetown University and IBM (Costa-Jussà et al. 2012:248). In RBMT systems linguistic rules are of the utmost importance as they are what defines how words in the input text are to be processed and finally translated. RBMT involves three different stages, i.e., analysis, transfer and generation, and requires a set of linguistic rules that define the morphology, syntax, and semantics of not only the source language but also of the target language, as well as bilingual or multilingual lexicon (Banitz 2020:56, Costa-Jussà et al. 2012:248, Sreelekha 2017:2).

The steps, which imply semantic and syntactic analysis that are followed by a semantic and syntactic generation, can be exemplified by the following structure in Figure 1. Firstly, the morphological analyser, which is fed chunks and segments of the text, finds and reports the base form and tags for each chunk by looking them up in a dictionary. Afterwards, the part-of-speech tagger resolves possible ambiguities assigning the right tag to the examined segments, and then through lexical selection they are also assigned their meaning. In the following step, structural transfer and lexical transfer are responsible for finding the right target-language equivalent – the former – and the latter for highlighting the grammatical differences between source and target language, creating and reordering sequences of segments, and substituting in the sequences of segments the

tagged SL-forms with tagged TL-forms. The morphological generator then proposes the correct target language forms aided by the tags employed until now and at last in the post-generator phase any orthographic issue is resolved (Costa-Jussà et al. 2012:148-9).

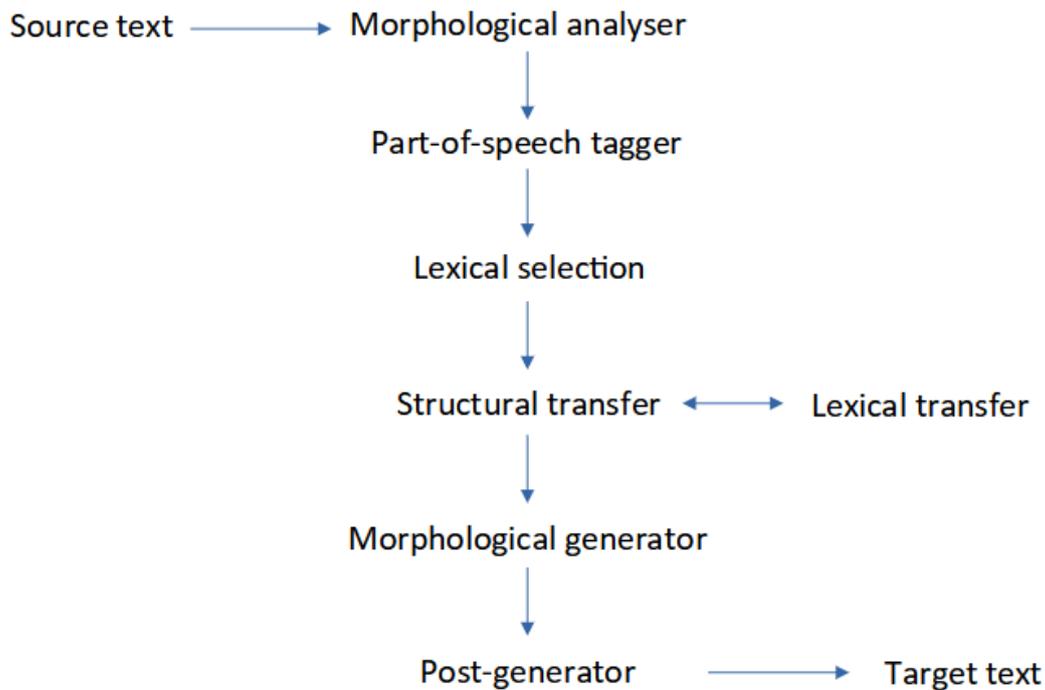


Figure 1.1 Structure of a RBMT system (Costa-Jussà et al. 2012:148)

Even though in the past decades huge steps have been made in the development of machine translation, with new approaches gaining more and more momentum, such as statistical and neural machine translation, which I will show in detail later, rule-based machine translation still has its reasons to be investigated even today. Building a rule-based system makes machine translation possible even for languages that are less dominant and less resourced (Hurskainen, Tiedemann 2017:323). In fact, digitalisation actually seems to increase the gap between languages instead of building bridges over it, therefore RBMT can be an easier and less demanding way to ensure machine translation. Moreover, in a rule-based machine translation system it is possible to intervene in every step of the process in order to solve every issue that might arise and adjust the system at will, given that the translation is divided in a controlled set of operations (Hurskainen, Tiedemann 2017:323). However, although RBMT can be employed for less-resourced

languages, it still requires an extensive amount of resources, such as bilingual and multilingual dictionaries, grammars and accounts of linguistic rules, which make the method lengthy and expensive (Okpor 2014:161). Furthermore, the system is not fully automated, as manual intervention is sometimes needed in order to insert linguistic information, and finally difficulties arise in big systems when managing numerous ambiguity issues and rules (Okpor 2014:161).

1.4 Statistical Machine Translation

Statistical Machine Translation (SMT) systems are part of the corpus-based machine translation approach – or, alternatively, data-driven machine translation approach – which, as the name implies, relies on corpora in order to offer the translation output in the target language. Corpus-based approaches spring from the intuition that past translations might be the best examples for future tasks, and thus the first data-driven systems were built, starting in Japan in the 1980s (Koehn 2020:36). Throughout the 1980s and 1990s, while RBMT systems still absorbed much attention, the increased capacity of data storage, computing power of computers, and availability of textual resources began allowing for improved research on statistical methods of translation, which came into full power in the 2000s (Koehn 2020:36-7). The corpus-based MT approach is not based on any corpora, however, but bilingual parallel corpora, i.e., corpora in which texts in a language have been aligned with their translation in another language (Banitz 2020:57). To align a set of texts means to match a text divided into segments with the correspondent and equivalent segments translated by professional human translators in another language (Bowker and Ciro 2019:42). Unlike RBMT, in corpus-based machine translation the linguistic knowledge is not fed manually to the system but it is extracted automatically from the corpus, thus sensibly accelerating the training and the consequent translation process (Costa-Jussà 2012:247).

Statistical machine translation relies on statistical models in order to process the grade of probability of a translation, with the help of parameters extracted from the bilingual corpora (Costa-Jussà 2012:249-50, Okpor 2014:163) and the involvement of three different components, namely a translation model, a language model, and a decoder (Bowker and Ciro 2019:43). The language model is especially important since it is what

guarantees that the result computed by the algorithm of the statistical translation model is a translation that is likely to occur in the target language (Kenny and Doherty 2014 in Bowker and Ciro 2019:44). Initially SMT systems employed Bayes’ theorem, which in statistics “describes the probability of an event, based on prior knowledge of conditions that might be related to the event” (Wikipedia 2022). The general aim was thus to find a target string of character that has the highest probability of being the translation of the source string of character (Costa-Jussà 2012:249-50). With the source string being $s^J_I = s_1 \dots s_j \dots s_J$ and the target string being $t^I = t_1 \dots t_i \dots t_I$, the equation to calculate the probability is (Costa-Jussà 2012:250):

$$\tilde{t}_1^I = \underset{t_1^I}{\operatorname{argmax}} P(t_1^I | s_1^J)$$

Subsequently SMT systems started employing a “more general maximum entropy approach” (Costa-Jussà 2012:250), exemplified by the following log-linear combination of feature functions (Costa-Jussà 2012:251):

$$\tilde{t} = \operatorname{argmax} \left\{ \sum_{m=1}^M \lambda_m h_m(t, s) \right\}$$

While at first SMT systems were an improved approach to word-for-word translation, later they shifted to a phrase-based method, which was considered more successful in the computation of probabilities, therefore as of today statistical machine translation considers both single words and phrases to process its translation (Costa-Jussà 2012:249, 251). Be it segmented into phrases or words, the source text is compared to the bilingual corpus and the probability of a target-language sequence being a viable translation is computed by the SMT system (Quah 2006 in Banitz 2020:58). Although SMT positively improved machine translation in proposing a more efficient and faster model, it also presented some downsides, namely the limitations given by the domain of the texts considered by the system (Bowker and Ciro 2019:44). In fact, if a SMT calculates the probability of a translation being the possible solution basing on a set of examples belonging to a specific field or register, when applied to a source text that falls

outside the considered corpus, the system is very likely to offer an output that resembles the domain of the corpus but may not be acceptable in the field of the required texts (Bowker and Ciro 2019:44). Moreover, corpus-based approaches need an extensive quantity of examples in order to guarantee a probability not distorted by lack of data, therefore a corpus should count millions of aligned segments, which would take a lot of time and resources to build – and it would not always be possible for every language, especially the less dominant ones (Bowker and Ciro 2019:44), which is why RBMT, as mentioned above, can still be seen at times a valid approach.

Corpus-based machine translation, beside statistical machine translation, also involves the example-based machine translation approach (Okpor 2014:162). Example-based MT extracts from bilingual corpora literal examples of how the sentence or segment has been translated, which is extremely useful as many of the utterances people produce are carbon copies of much that has already been produced (Bowker and Ciro 2019:42). The system processes these examples and then uses them in a translation by analogy methods, meaning that segments similar to those in the examples are translated in an analogous way (Okpor 2014:163).

1.5 Neural Networks – Towards Neural Machine Translation

Neural networks started being investigated already in the last decades of the 20th century, but they were not a feasible area of research yet, as the computational capacity of technology at the time was still lacking (Koehn 2020:39). They sparked renewed interest when in the 2000s neural language models started being integrated in statistical machine translation systems, although the limitations of technology remained a hindrance (Koehn 2020:39). In the 2010s, neural machine translation approaches involved convolutional models and sequence-to-sequence models, which unfortunately did not give the expected results when the sentence length was increased, until the attention mechanism was introduced in 2015 by Bahdanau et al. (Koehn 2020:39). From that moment on, the paradigm of machine translation completely shifted, leaving neural machine translation in the lead.

Neural networks – more precisely, artificial neural networks, ANN – are so called because they have been inspired by the networks of neurons that are connected and

transmit impulses in the brain (Koehn 2020:31). In a similar way, artificial neurons receive inputs, become activated, and emit a consequent output, all in the form of numbers (Koehn 2020:31). Architectures of artificial neurons can count different layers and patterns and are trained to learn their weights (Koehn 2020:31). In NMT, the neural networks are trained on large parallel corpora, which makes this approach also a part of corpus-based machine translation (Forcada 2017:2). I will now try and explain how artificial neural networks work and how they can be employed in machine translation.

As already mentioned, neural networks architectures count different layers, in which multiple nodes with an activation function are interconnected. Both in SMT and NMT the mechanism sees input values being transformed into output values, but statistical machine translation uses a linear model in which weights – i.e., a parameter that sets the strength of the artificial neuron – are computed directly into the output, which does not allow for an extensive range of different instances and relationships (Koehn 2020:67-68). On the other hand, neural networks are implemented with one or more hidden layers, where in a linear combination the weighted input nodes are computed into hidden nodes, which are in turn computed into output nodes (Koehn 2020:68). The name deep learning is often used to refer to neural networks to highlight exactly their capacity of adding multiple hidden layers in order to achieve a higher performance (Koehn 2020:70,72).

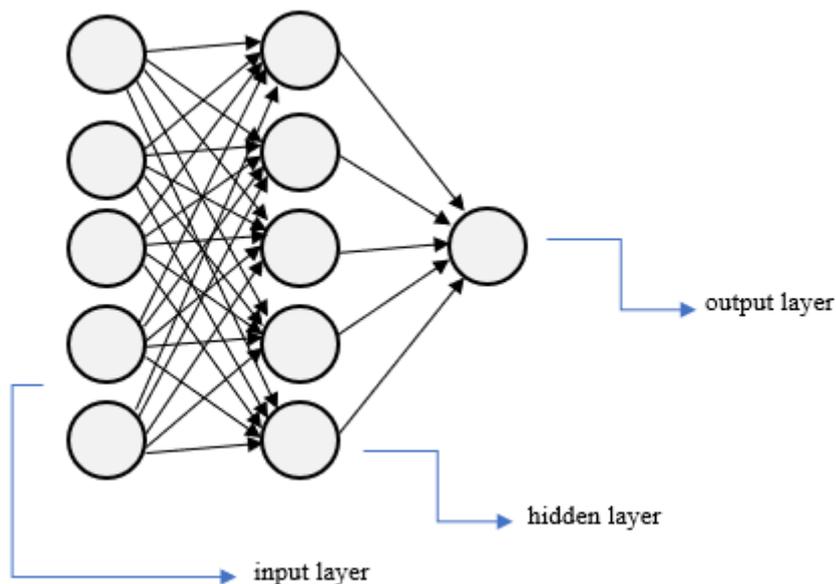


Figure 1.2 Structure of a neural network with one hidden layer

A neural network is thus composed of multiple layers, made of nodes (neural units), which operate on the basis of their state and activation. Similarly to what happens with the neurons in our brain, neural units pass stimuli one onto the other, but in neural networks there are coefficients and weighted connections to take into consideration. In each node, two functions take place. At first, after the data is fed into the input layer of a neural network, a linear function computes the values of the input nodes with the weight of the connection, and a bias – a constant used to offset the result and represents the tendency of the neuron to be excited – can then be then added to the total (Forcada 2017:3). The weights, which can be positive or negative, influence the behaviour of the stimulus, therefore when the weight in a connection is positive, the neuron connected to the excited neuron will likely be excited, while in case of a negative weight, the neuron connected to the excited neuron will likely be inhibited (Forcada 2017:3). Subsequently, in each node the values obtained from the linear functions are processed through an activation function, which determines the activation of the node and the passing of the stimulus (Forcada 2017:3). Finally, the information reaches the output layer and is computed into the output.

How does this translate into neural language models and neural translation models? Words are represented by high-dimensional and incredibly large vectors, which are grouped in layers, and additionally provide a distributed representation of the context where the words are found in (Forcada 2017:4, Koehn 2020:104). In order to gather evidence of the context where they occur, words are processed into a layer between the input layer and the hidden layer and generate lower-dimensional representations, called word embeddings (Koehn 2020:105). The more similar the context where their words occur is, the more semantically close some words are, the more similar the word embeddings should be (Koehn 2020:105).

1.6 Neural Machine Translation

Neural machine translation systems are trained on corpora in order to determine the correct weight for each connection in order for the distributed representations to produce an end result as close to the reference training material as possible (Forcada 2017:5). One can easily imagine how the amount of corpora needed for this task is

extensive, similarly to what has been described for statistical machine translation. In the training process, weights are adjusted and updated so as to make the output computed from them match the standard of the training material and to reduce at minimum the value of the loss function, i.e., the difference between the output and the reference (Forcada 2017:5). Training algorithms are employed in the process of modifying the imperfect weights to decrease the loss function as much as possible – some through means of back-propagation, which means that the errors in the output layers are updated first and then the error information propagates back to earlier layers (Forcada 2017:5, Koehn 2020:73).

Neural machine translation systems are often modelled after text completion devices, where words are predicted by considering the previously written words (Forcada 2017:5). Neural language models are usually trained on large monolingual corpora and automatically learn distributed representations of words, sub-words units, or compounds of parts of sentences in order to be able to reproduce and provide a specific word given the words on its left or right (Forcada 2017:6). As specified in the previous section, similar word embeddings usually led to semantically similar words or words found in the same context (Forcada 2017:6). Text completion devices usually run on recurrent neural networks, which involve two recurrent neural networks: the *encoder* of the system provides the representation of each part of the source sentence in its context, while the *decoder* computes the probability of a word being the continuation of the sentence, given its position in the target sentence (Forcada 2017:5-6). In NMT, the input sentence is fed to the network and in the encoder part its meaning is encoded in the initial hidden layers of the model, meaning that each word embedding is computed one after the other into producing a sentence embedding (Forcada 2017:6, Koehn 2020:125). The same process might be reversed with the addition of another recurrent neural network, i.e., a reverse encoder, which processes the sentence and the context in the direction right-to-left (Forcada 2017:6, Koehn 2020:127). The sentence embedding is later processed by the decoder in order to finally provide a translation, therefore for each word it computes two vectors, the string of target words and the likelihood of a word being in that place in a sentence: the word with the most likelihood is then output, and the system will proceed and compute the updated string of target words and the likelihood of a word being in a given place (Forcada 2017:7, Koehn 2020:125).

Given that the recurrent neural network of the decoder has to account for the retaining of all the information of a sentence, from its beginning to its end, for what parts have been translated, and for what has not been translated, the model is not completely feasible for long sentences, e.g., with more than 10-15 words (Koehn 2020:126). This problem was improved by the attention mechanism, which allows the decoder to process (pay *attention* to) the final sentence embedding output of the encoder but also every single input word embedding, creating thus associations between the decoder and the input words that provide additional information on their relevance (Koehn 2020:129). In summary, in attentional NMT relevant input source parts are not “lost” in the encoder state but are influential in the decoder state in generating a suitable target translation (Ghader and Monz 2017:1).

1.7 Evaluation systems

In section 1.2 I briefly described the constant issue of translation, i.e., what makes it a *good* translation, and in section 1.1 I explained how machine translation research came to an alt in 1966 after the ALPAC report, which claimed that the output of machine translation could never be as good as the product of a human translator’s work, and it would always need post-editing. As of today, many steps forward have been made, at the point that some may claim that indeed, human translation is entirely unnecessary, blatantly ignoring the at times comical mistakes one might find all around the world caused by imperfect machine translation. Although defining whether a translation is good or bad is – and will probably always be – difficult if not completely impossible, there may be multiple methods to evaluate the quality of machine translation systems.

Intuitive ways to evaluate a MT system is to define whether they accomplish the task they are employed for, for example the sharing of information. Again, let me repeat a concept I have mentioned above: sometimes, when talking about translation for assimilation, it is not important for the translation to be perfect, but good enough that it allows the user who needs it to work on its basis: it is up to these users, therefore, to evaluate the systems (Koehn 2020:42). As Koehn (2020) writes, “This [...] demonstrates that machine translation in the real world is not an end goal” (Koehn 2020:42). Evaluators might also be asked to be the judge of a machine translation output on the terms of

understanding its meaning, often in the shape of question-answering exercises (Koehn 2020:43). An example of this might be presenting the subject with machine translated text and inquiring about the essence of the text, although too many variables should be accounted for, e.g., devising standardised questions and choosing the benchmark text, thus making this kind of evaluation less feasible (Koehn 2020:43). In the 2010 WMT (Conference on Machine Translation) evaluation campaign an evaluation was conducted involving two sets of evaluators, where the first would edit the machine translation output in fluent target language without having access to the source segment, while the second evaluator would be granted access to the source sentence, the previously edited translation, and a reference translation, and express their judgement on the edited target sentence (Koehn 2020:43). The reference translation, product of human translation, would be judged as well, and almost unsurprisingly, the results showed that the level of correctness of human translations was much higher than the machine translated output (Callison-Burch et al. 2010 in Koehn 2020:43). Translators can also be asked to be evaluators of machine translation systems, by taking into consideration the amount of post-editing an output would need to make the translation publishable and high-quality and how much it would improve their workflow (Koehn 2020:43). Often MT systems are marketed as being the means of an increase in productivity of translators, but if translators incur in the same problem expressed by the 1966 ALPAC report, namely they spend more time fixing the MT output than translating from scratch, machine translation might obviously be only an obstacle. In Sanchez-Torron and Koehn's study carried out in 2016, the translators would on average spend 4.06 seconds per word when using the best MT system's output – a specialised translator commonly spends 3 to 7 seconds per word (Koehn 2020:43). However, when computing the human variable of translators working differently and being differently trained and differently specialised, such evaluations might not be as certain (Koehn 2020:43).

Evaluations of machine translation output on a larger scale can be conducted by means of human assessment, for example by offering human translators questionnaires with scales graded 1 to 5 in order to express their judgement over the correctness of a sentence on criteria of adequacy and fluency (Koehn 2020:45-6). As explained above, fluency implies that the target segment reads well in the target language, while adequacy ensures that the meaning of a source text is preserved in the target text. However, the

limited values of these evaluations might leave little space for accommodating possible variables and provide an impartial and precise judgement, beside the fact that even inferring the meaning of an utterance is bound to the sensibility of the reader/listener, which puts the evaluation at a fault (Koehn 2020:46-7). This kind of assessment may have been overcome by the more recent proposal of an evaluation of systems based on ranking them from the ones that give the worst output to the ones that provide an actually good translation. An ulterior improvement in the context of human assessment of MT output is represented by direct assessment, which develops the idea presented earlier in this paragraph of evaluating a translation by assigning a value set on a scale, increasing the values from 1 to 5 to 1 to 100 (Koehn 2020:49). These evaluations, conducted by professional translators, can thus be more detailed, and if the output is paired with a reference translation and the source text, they may give interesting results on the whole performance of machines as compared to human beings (Koehn 2020:50). In 2017 the IWSLT (International Conference on Spoken Language Translation) published its evaluation campaign report, in which HTER, Human Translation Edit Rate, was employed, in order to understand and assess how much effort machine translations from different systems would need (Koehn 2020:52).

A common thread that links the human evaluations previously considered is the undoubted requirement of extensive human and monetary resources, which is the reason why automatic systems have been devised to process and evaluate the quality of machine translation output (Koehn 2020:53). Due to the automatic nature of the systems, some challenges may arise, starting from the human reference translation, which understandably will never be the only translation possible as different translators do their job differently, and word order issues (Koehn 2020:53). Moreover, in the researchers' community such systems also cause some debate and doubt on whether they can actually provide a proper assessment (Koehn 2020:59).

One of these methods is the BLEU metric, developed at IBM, representing both the corporate colour (*bleu* is French for *blue*) and the acronym *bilingual evaluation understudy* (Koehn 2020:53). This metric pays attention both to the matches between source text words and their respective translation and to the general order of *n*-gram matches, using not only one but multiple human translation references, so as not to limit the possibility of different translations (Koehn 2020:54). The BLEU score is computed

by the combination of the precision value, i.e., the number of matches of n -grams per number of total reference translation, and the brevity penalty, which lowers the score if the machine translation is shorter than the reference translation (Fomicheva and Specia 2019:5, Koehn 2020:54). The BLEU metric, however, creates various questions, starting from the difficult interpretability of its score, and the fact that it considers only word and n -gram order, without paying attention to their relevance or the overall grammar of the text (Koehn 2020:59-60).

The TER metric stems from another automatic evaluation system, WER, which stands for word error rate and is employed in speech recognition to evaluate the quality of a transcription. TER, translation error rate, moves on from WER, which accounts for each word that is added, deleted or substituted, by counting the changes to the words as 1 single error, leaving some space for variations in word order (Fomicheva and Specia 2019:6, Koehn 2020:56). Since TER is based only on surface words and how they match with a reference, this metric incurs in the same problem that emerged with BLEU, namely ignoring morphology and lexical similarity.

Another automatic evaluation system is METEOR, which considers something that the BLEU and TER metrics leave out, i.e., the semantics of the words and texts to assess: while checking if words and n -grams match with the words in the reference translation, BLEU and TER completely ignore the fact that word meanings, although they belong to different morphological classes, might be relatively similar (Koehn 2020:55). Therefore METEOR enhances the matching technique developed with BLEU by adding a stemming mechanism in order to match words of different morphological classes and a synonyms lookup to link words from the same semantic class (Koehn 2020:55). Unfortunately, all these parameters make the computing of a single score difficult, but it is done so by combining the grade of similarity between output and match, the grade of lexical similarity, and a penalty for different word orders (Fomicheva and Specia 2019:6, Koehn 2020:55). CHARACTER has the similar perk of considering morphology in its evaluation, meaning that matches happen at a character-level instead of word-level, however, this also implies that the system needs increased period of time to function, but is incredibly useful for morphologically rich languages (Koehn 2020:57).

The challenge for recent and upcoming MT evaluation metric developers appears then to be the creation of a system that encompasses and takes into consideration each

and every single parameter that a human evaluator would consider, and even then it might not be the preferred solution. In their 2019 study, Fomicheva and Specia highlighted how “both evaluation metrics and human annotators are less reliable when working with low-quality translation” (Fomicheva and Specia 2019:551), that in NMT human and metric evaluations were highly correlated, and that most of NMT errors regarded the adequacy of the output instead of its fluency (Fomicheva and Specia 2019:552). New metrics continue to be developed: BLEU has been updated basing on the research of METEOR and now BLEU-S rewards matches that happen under less-strict conditions; BEER as a new system incorporates a training based on human evaluations and also analysis of words, sub-words, and characters; RIBES, instead of assessing whether word orders match, considers how many n -grams are in the correct order; MEANT employs semantic and syntactic structures as a reference (Koehn 2020:64).

This chapter has been a necessary introduction to the field of machine translation as the fundamental background for the issues that are going to be explored in the following chapters. In the next part of this work the matter of gender bias will be introduced along with the essential context to understand its implications and effects on language, translation, and machine translation.

CHAPTER TWO
LANGUAGE, GENDER, POWER:
THE RELEVANCE OF GENDER BIAS
IN MACHINE TRANSLATION

In Chapter Two I am going to explore the relationship between language and power in order to introduce the links between gender, gender expression and the structures of power expressed by language. This is a necessary premise before exploring the concept of gender bias, what it entails and why it is a relevant factor to account for in machine translation and in machine translation evaluation. I will report some of the most relevant evaluation and de-biasing systems in circulation and describe the functioning of a new, innovative tool in MT-de-biasing.

2.1 Language and power

Why do human beings speak, why do human beings write? Why do human beings use language? The answers are many and all seemingly obvious: to communicate, to share information, to express thoughts and feelings. What might escape a first glance is, however, that language, i.e., the concatenation of words that have arbitrarily been assigned meaning, a compromise in which all society participates, is what builds and shapes the world. Things, events, the whole world is communicable because humans have decided to share in a set of rules and meanings in order to ensure reciprocal understanding. Due to the intrinsic arbitrary nature of language, one might also expect it to be a neutral and independent unit, but arguably “language is a part of society” (Fairclough 2015 [1989]:54), and linguistic and social phenomena are deeply correlated; language shapes and is shaped by a society, and society itself impacts the use of language (Siddiqui 2014:4-7). The impact of society on language shows itself in the production and interpretation of spoken or written texts by members of a society, who rely on what Fairclough (2015 [1989]) calls ‘members’ resources’, i.e., individual pools of knowledge originated from social interactions, social practices, social conditions (Fairclough 2015 [1989]:57). In this section I will present theories from different thinkers about the relationship between language and power.

French philosopher Michel Foucault (1926-1984) introduced a fundamental key in the comprehension of language, by linking it to knowledge through the concept of discourse. Language, discourse, produces knowledge, and knowledge defines power. Before focussing on how discourse and power are related, I will explain what Foucault means in his theorisation of discourse. Discourse is defined as the whole of statements, rules, interpretations, knowledge, that constitutes the fabric of truth and reality – it is through discourse that participants in a society understand and know the world, it is discourse that defines the relationships and structures within a society, and it is rules that impose limits and determine what can be expressed (Ashcroft et al. 2007 [2000]:62-3). Those who are in control of the rules and have the power of defining what discourse is, have the power of determining how knowledge is distributed and what can be known, and have power over those who do not have any insight on such dynamics (Ashcroft et al. 2007 [2000]:62-3), who then perpetuate and share these structures of knowledge and power. To exemplify this concept, one could consider different dynamics of oppression, e.g., the phenomenon of colonisation and imperialism at the hands of European powers that took place until the 20th century. Palestinian-American scholar Edward Said (1935-2003), in his 1978 work *Orientalism*, explained how the building of an imperial discourse around the Orient in Europe enabled the consolidation of power over a world that was seen and communicated as lesser: less intelligent, less capable, less disciplined, overall, *less than* European people. It was this way of knowing, this discourse concentrated around Euro-centric values, that allowed colonists to consider themselves superior, feel as if they deserved to rule (Ashcroft et al. 2007 [2000]:63-4), even to believe that it was their mission and vocation to colonise, educate, bring salvation to savage people who did not know about the love of the Christian God. These beliefs, working in tandem with knowledge and power, were allowed to become truth, and as Foucault said, “[t]ruth is a thing of this world; it is produced only by virtue of multiple forms of constraint, and it induces regular effects of power” (Foucault 1980 in Hall 2002 [1998]:49). Foucault’s reasoning stems from Italian philosopher and Marxist Antonio Gramsci, who investigated the success of Mussolini’s party in fascist Italy and spoke about hegemony as the subtle power that allows the ruling class to dominate by creating consent. Language and communications were exploited to spread ideas dictated by the ruling class, with the entire society being influenced into thinking in the same exact way (Ashcroft, Griffiths, Tiffin

2007 [2000]:106-8). It might seem clear then that the way we think is more influenced by how we speak rather than the other way around, and that language can be a means of oppression.

In a similar fashion, Fairclough (2015 [1989]) argues that social structures and institutions shape discourse in such a way as to consolidate relationships of power, defining discourse as the whole of: written or spoken texts interchanged between members of a society; the process of production and interpretation of these texts; the social conditions that determined the texts, their production and their interpretation (Fairclough 2015 [1989]:57-8). The capitalist society in which we – willingly or not – participate defines the characteristics of an economic production that necessarily divides society mainly in the class that owns the means of production (capitalist class) and the one that sells its power to the former in exchange for a wage (working class) (Fairclough 2015 [1989]:63-4). The continuity of the capitalist class is ensured by social institutions, such as the education and law systems, religion, the media, which permeate the ideas, or ideologies, that legitimise and naturalise the already existing power relations (Fairclough 2015 [1989]:64). As much as in Gramsci's concept of hegemony the ruling class would influence the mass into thinking in the same way, similarly, in Fairclough's view, power is easily controlled and maintained through consent, which clearly implies discourse as its means of diffusion (Fairclough 2015 [1989]:65). However, these concepts should not be limited only to social classes, e.g., the ruling class imposing consent: one might solely look at smaller-scale everyday life, and especially online everyday life. As of today, influencers with smaller or bigger audiences seem to establish a relationship with their followers focussed on one kind of ideology, the same influencer's: they build a discourse around their life and their values, and when the occasional drama between personalities of the internet happens, followers might forget any objectivity in favour of supporting one or the other party, pushed by the discourse, logic, and *consent* created by their favourite. Power relationships thus exist not only between social classes but also social groups, divided by any characteristic, e.g., women and men, different ethnic groups, different generations (Fairclough 2015 [1989]:65). Dynamics of power through discourse can be expressed face-to-face or, alternatively, be hidden (Fairclough 2015 [1989]:78). Face-to-face discourse, as the name implies, is typical of real time interactions with participants adjusting their texts to the situation and acting around feedbacks from other

participants (Fairclough 2015 [1989]:78). Hidden discourse, e.g., media discourse, on the other hand, given its indirect and one-sided nature, naturally progresses by keeping in mind only one ideal subject and not the whole variety of users, readers, listeners, each with their own nuances, that the product reaches (Fairclough 2015 [1989]:78). This entails that whoever the user of the piece of media is, they are bound to share in a view offered and imposed by that who is in power behind the media product, be they the editor, director, or owner of the paper (Fairclough 2015 [1989]:80). The language used in the piece is carefully crafted in order to respond to and incite a determined interpretation of the events and of reality, and it leads to manipulating the users into inadvertently playing into a plethora of stereotypes and invisible power structures (Fairclough 2015 [1989]:82). Fairclough 2015 [1989] in analysing an article about Jenny Keeble, wife of then Major Christopher Keeble, who was going to succeed as 2nd Parachute Battalion leader, reports:

The process is profoundly sexist: it works by attaching to Jenny Keeble attributes which are already conventionally definers of 'a good wife'. [...] the process depends entirely on an 'ideal reader's' capacity to *infer* [emphasis in original] that from the list of attributes – she expresses confidence in her husband's professional abilities, she is concerned for his safety, she 'prays' she had 'done enough', she tries to 'maintain an air of normality for the children's sake'. [...] the process presupposes an ideal reader who will indeed make the 'right' inferences from the list, i.e., have the 'right' ideas about what a 'good wife' is.

(Fairclough 2015 [1989]:82)

To make another example that is closer in time and place, I propose considering the narration of femicides in contemporary Italy. Killing women mainly for the reason that they are women, highlighting the misogynistic character of the action, was given its own redefined term, *femicide*, in 1976 by Diana Russell before the International Tribunal on Crimes against women. Femicides are often the clearest testimony of the still much patriarchal society in which we live today, and the narrations that can be read in the newspapers or heard from the TV or radio do little else than consolidate it. In fact, when women are considered as a vulnerable and inferior sex, and are constantly represented as such, femicides are almost considered a natural and inevitable turn of events (Capelli et al. 2022:8). Capelli, Lalli, and Zingone (2022) report that femicide are often given frames of interpretation that normalise the event, attaching to the people involved pre-assigned, stereotyped, at times even grotesquely caricatural characteristics: the man perpetrating the crime is a brute, an animal, acting on instinct and fear of being abandoned, of a love

being over; the woman, victim of the crime, is beautiful, sweet, but provocative, cause of her own death, as it was her decision to end or change the relationship to sentence her; the event is inevitable, a probable outcome of any relationship, as feasible and normal as a marriage or a divorce (Capelli et al. 2022:29-30). What this discourse in describing femicides often does, moreover, is shifting the blame onto the victim (victim-blaming) or onto institutions that could not stop this from happening (Capelli et al. 2022:30). It thus fails to observe that the man playing into patriarchal structures of ownership of women is the only one to blame, even describing him as an animal takes away agency from his crime, and such narration only succeeds in making the ideal reader absurdly empathise with the perpetrator and the reasons for his actions, rather than the victim (Capelli et al. 2022:31). It is not difficult to understand how the hidden power of such a discourse, subtly humanising and justifying a killer, diffuses and consolidates patriarchal dynamics of power, and those who do not have the means to discern these nuances in narration are moulded into the creation of consent.

Lastly, in order to provide another important key to understand how language and power are interconnected, I intend to briefly describe sociologist Stuart Hall's idea of representation. According to Hall, representation is a process of construction of meaning at the intersection of language and culture. This involves two systems of representation. The first implies culture, which, in Hall's opinion, is a shared map of concepts, ideas, values, encoded by means of 'signs', i.e., the language with which society communicates. Signs are indexical and arbitrary, as I mentioned previously, and there is no obvious relationship to the things they refer to, therefore meaning is constructed by this second system of representation. Representation connects meaning and language to culture. The shared code – language – that puts things and words, concepts and signs, together allows intelligibility and translatability. Taking in consideration the constructionist approach to representation, it should be noted that, beyond the material world, meaning and representation operate on a symbolic plane (Hall 2002 [1998]:25). Participants in a society interact on the basis of shared systems of representation that make it possible to communicate meaningfully and refer to meanings, which in turn have connotations and symbolic functions that properly work and are understandable to a person when they have knowledge of this system (Hall 2022 [1998]:25). Therefore, as meaning is connected to culture, as culture shifts and society changes, so does meaning, and representation

provides insight into what is meaningful (meaning-full, literally full of meaning) to a society.

2.2 Language, power, and gender

‘Gender’ is nowadays a word that is thrown around across papers, television debates, any kind of media, often provoking negative reactions and, at worst, enraged cries of debauchery from usually right-wing thinkers. With the pervasive and relatively new nature of the internet and other communication means, the debate over gender and gender-related issues seems to have a more recent character, but gender began to be discussed as opposed to biological sex already at the beginning of the second half of the 20th century. In the 1960s, post-war feminism began to question the relationship between one’s biological features and the role arbitrarily over-imposed by society: this followed Simone de Beauvoir’s 1949 work *The Second Sex*, in which she wrote: “on ne naît pas femme, on le devient”, “one is not born a woman, they become one” (translation by me) (Flotow 1997:5). In fact, her thesis suggests that women are *made* ‘women’, not by their female reproductive organs, but rather by the amount of expectations and rules that society bestows upon women (Flotow 1997:5). What is gender, then? “[G]ender refers to the sociocultural construction of *both* sexes” (emphasis in the original) (Flotow 1997:5): it is the way different sexes are seen in a society and the whole of attributes, values, expectations, understandings, behaviours, typically associated with one’s sex in a society. As much as sex might be believed to be dichotomous, and not a continuum (Bergvall and Bing in Siddiqui 2014:29), gender has for the longest been assumed to be equally dichotomous, assigning then masculine-gender-expected characteristics to people presenting male reproductive organs, and feminine-gender-expected characteristics to people presenting female reproductive organs (Goddard and Patterson, 2004 [2000]:2, Siddiqui 2014:29-30).

The process of assigning and conditioning people into the categorisation of gender is an all-encompassing effort that involves family, religion, public institutions, media, and it might be conscious as well as unconscious (Siddiqui 2014:30). Siddiqui (2014) argues that the knowledge transmitted by society is either learnt, thus consciously assimilated, or acquired unconsciously, through socialisation and stereotyping, i.e., using simplified

categories in order to assimilate the world, negating the complexity of an individual (Siddiqui 2014:30-1). As stereotypes are largely accepted, whether they reflect the truth or not is secondary, and rely on all kinds of institutions for their spreading and formalisation (Siddiqui 2014:37). Stereotypes are harmful but unfortunately deeply embedded in all society, and they characterise gender too, making it difficult for people to see beyond the dichotomy of feminine vs. masculine (Siddiqui 2014:31). Binarism might often entail viewing items as in stark contrast with one another, without any grey area: night/day, black/white, in our case, women/men, and the binarism might often inexorably lead to categorise these juxtapositions as good/bad, normal/abnormal (Siddiqui 2014:32). Siddiqui (2014) writes “[t]he politics of categorization always favours the powerful” (Siddiqui 2014:31): considering, as discussed before, that the powerful are in charge of defining a dominating discourse, this entails that the discourse is necessarily bound to set a standard and divide society into groups, in which some will inevitably be considered inferior, bad, lesser (Siddiqui 2014:32).

Who is powerful and who is not appears quite clearly in how language is used, and the connotation words have. The connotation of a word refers to its meaning not as defined by a dictionary, but with the unspoken implications of the word when used in a determined group or society (Goddard and Patterson 2004 [2000]:27). As many have reported, female terms are often accompanied by negative connotations as opposed to their corresponding male term (Goddard and Patterson 2004, Sunderland 2006 in Siddiqui 2014), and the examples are almost endless. One explanatory case includes the terms used for indicating an ‘unmarried adult male’ and an ‘unmarried adult female’, respectively ‘bachelor’ and ‘spinster’. Most, if not all, people have two very different images sprung to mind when reading these two terms: for ‘bachelor’, an unmarried man who is choosing not to marry, for ‘spinster’, an unmarried woman who has not managed to find a man that will marry her. The man has agency, he is strong, carefree, values his freedom; the woman is unlucky, sad, and must have some kind of attribute that makes her unappealing to men. This is the effect of connotations. The phenomenon encompasses many other terms, nouns and adjectives. When describing a male or a female body, either completely different attributes are employed, or the same attribute might have completely different implications. Usually in the description of a man the adjectives used refer to their physique, their strength, and their abilities, while women are described more in terms of

their physical attractiveness (Goddard and Patterson 2004 [2000]:31). Moreover, Goddard and Patterson (2004 [2000]) notice that the same adjective, in the example they consider ‘well-built’, may have different consequences: on the one hand, a ‘well-built man’ reads as a man who is in physical shape and emanates a sense of strength; on the other hand, a ‘well-built woman’ gives the idea of euphemistically describing said woman as fat (Goddard and Patterson 2004 [2000]:31).

The categorisation of terms as belonging to men or women, of what is masculine and what is feminine, consequently bleed into defining specific social roles for men and women in a given society: men are strong and stable and provide for themselves and their family, while women are fragile and dependant and need only take care of the children and the house (Goddard and Patterson 2004 [2000]:34). Gendered portrayal of the sexes starts operating on children from a very young age, through seemingly innocuous means, such as toys (tool-box and cars for boys, babies and kitchen utensils for girls), colours (pink is for girls, blue is for boys), ideal professions for when they grow up, and stock phrases (‘boys don’t cry’, ‘don’t cry like a girl’, ‘good girls stay silent and behave’). It influences one’s own sense of identity, which is created and cultivated according to the information accumulated, and the conditioning continues well into adulthood, with language playing a fundamental role in describing women and men – see the ‘good wife’ example mentioned above, in targeting products at them, in how they are portrayed in fiction (Goddard and Patterson 2004 [2000]:38-40). Hygiene products, for example, are often specifically marketed with names, labels, and scents according to a given sense of masculinity or femininity; cosmetics products are targeted only to a feminine audience because ‘make-up is for girls’; advertisements often point to an ideal image of man or woman that further reinforces the gendered stereotypes of what are seen as the only two possible categories in a society (Goddard and Patterson 2004 [2000]:38). It is worth mentioning that the actions of the media in reinforcing stereotypes and spreading consent towards a determined view of society and its components affect men as much as women. Women are undoubtedly forced to constantly compare themselves to an ideal image of the perfect woman (Saddiqui 2014:36), but men are equally pushed to strive for the role of the powerful, dominant, ‘alpha male’, which is as much constraining.

The impact of language on setting specific roles based on gender and viceversa the impact *on* language is reflected by terms which carry the burden of the expectations

of a society. For terms that involuntarily recall male images, a specific modifier seems to be needed to clearly state whether they are referring to a man or a woman, e.g., doctor vs. lady doctor (Saddiqui 2014:42). Other similar terms have had morphologically marked forms stemming from the initial word, by means of suffixes, e.g., actor/actress, waiter/waitress, usher/usherette: firstly, it is noticeable that, the unmarked form is male, while the marked form is female, thus suggesting that the former is the ‘norm’ and on other hand the latter is ‘deviant’; secondly, the employment of the suffix -ette suggests an idea of ‘diminution or imitation’; thirdly, the female form is *derived*, i.e., has a secondary status, almost a biblical metaphor of Eve being born from Adam’s rib (Goddard and Patterson 2004 [2000]:60-1). Women might also need to be grateful these forms exist at all, as normally generic talk uses only masculine forms to include both men and women, from words such as mankind, chairman, foreman, to the pronoun ‘he’ employed for standard examples about a person (Saddiqui 2014:44-5). Although it should be acknowledged that in recent times a wave of political correctness has been proposing replacing the above mentioned nouns with gender-neutral alternatives, namely humankind, chairperson, foreperson, and replacing ‘he’ with ‘they’. Moreover, in order to overcome the idea of derivativeness and inferiority suggested by female form of job titles, there have been neutral forms introduced: ‘stewardess’ has become ‘flight attendant’, ‘fireman has become firefighter’ (Sperling 2019). For other occupational nouns the approach has been of using only the technically male term as standard (‘actor’ instead of ‘actor’/‘actress’) or completely ignoring unfamiliar sounding terms such as ‘senatrix’ (Sperling 2019). A consequent approach has been refraining from using awkward compound names such as the above mentioned ‘lady doctor’, ‘woman doctor’, ‘woman lawyer’, which underline the unusual feat of women taking on traditionally male jobs (Sperling 2019).

Unfortunately, when one opens the gate, a flood comes through, and gendered stereotypes and sexist power structure seem to pervade every single corner of a language. To the top of my head, I can think of at least five jokes and proverbs involving and belittling women, both in English and in Italian, my mother tongue. ‘Good girls stay silent and behave’, I wrote a few lines above, and, in fact, as language is such a potent tool of power, silencing an inferior, marginalised, group has often been the most effective way to preserve authority (Saddiqui 2014:63). It is no coincidence that women have repeatedly

been excluded from the domains of education and literature, in the past and in the present: they have been silenced, '*prevented* from speaking, either by social taboos and restrictions or by the more genteel tyrannies of custom and practice' (emphasis in original) (Cameron 1990 in Saddiqui 2014:64). And when women *do* speak, they may happen to do so in a substantially different way to men. According to Robin Lakoff's thesis, women use language in such a way as to make it weaker than men's usage, thus reinforcing and reflecting the subordinate role of women in society (Saddiqui 2014:53). Her thesis has since been disputed, with critics pointing out that such a model was corrupted by the author's own introspection and intuition (Saddiqui 2014:54). Dale Spender instead proposed the dominance model, in which she argued that differences in language between men and women reflect men's dominant role in society, that language is man-made and tailored to men, who are still and definitely the dominant group (Saddiqui 2014:55). Deborah Tannen, instead, present the difference model, according to which men and women are raised in terms of different culture and therefore do not share the same way of using a language: men are taught to lead the conversation, present arguments, accumulate consent, while women tend to support other participant's point of view and negotiate for knowledge (Saddiqui 2014:55-6). These three models have in recent years been overcome by the dynamic approach, which has a more intersectional character and focuses on how language is used to talk *about* (and not *by*) women, referring to their representation (Saddiqui 2014:59-60). To summarise, language is evidently not a neutral means of communications, and beyond the general structures of power encoded in discourse, it seems evident that language can also be a highly discriminatory tool to all those who do not identify as men, as men are the undiscussed dominant group in every scenario.

2.3 Gender bias in machine translation

In Section 1.2 I used this sentence as an example of ambiguous language:

The doctor asked the nurse if she could help her.

I pointed out that, English being a notional gender language, it was difficult to understand to whom the pronouns used are referring to, whether *she* refers to the doctor or the nurse, and who is this *her*. Now I am going to show you what happens when the sentence above is translated, via neural machine translation with Google Translate and DeepL, arguably two of the best state-of-art MT systems commercially available today, into Italian and Russian, grammatical gender languages. In grammatical gender languages nouns and adjectives are gendered, so they belong either to a masculine, feminine, or, if present, a neutral class. The division of nouns referring to human entities into these classes is then linked to the semantics of the terms, meaning that terms referring to, for example, a ‘male doctor’ and a ‘female doctor’ will have different forms. Consequently, a machine translation system, when translating from a genderless or notional gender language, needs to take into account the gender of the entities involved to correctly express the meaning of the source text.

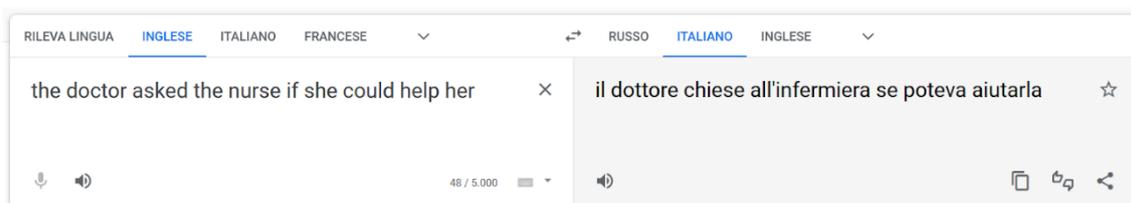


Figure 2.1 Google Translate output EN>IT of the sentence ‘The doctor asked the nurse if she could help her.’

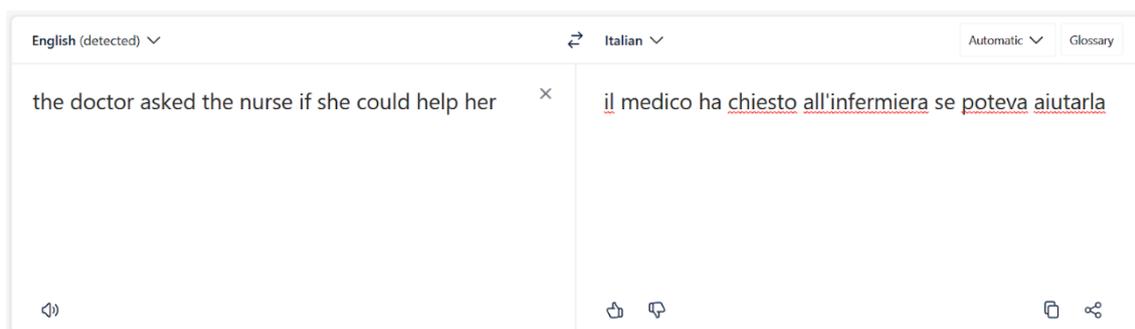


Figure 2.2 DeepL Translate output EN>IT of the sentence ‘The doctor asked the nurse if she could help her.’

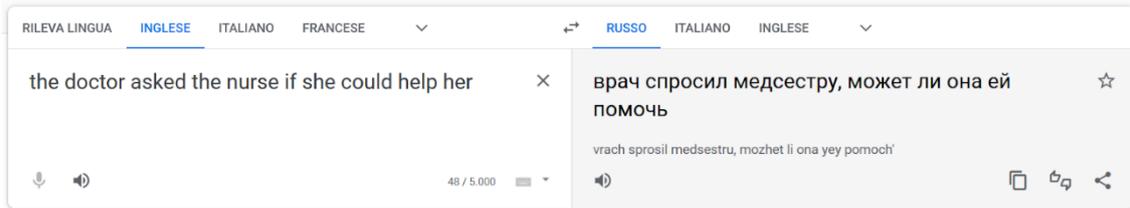


Figure 2.3 Google Translate output EN>RU of the sentence ‘The doctor asked the nurse if she could help her.’

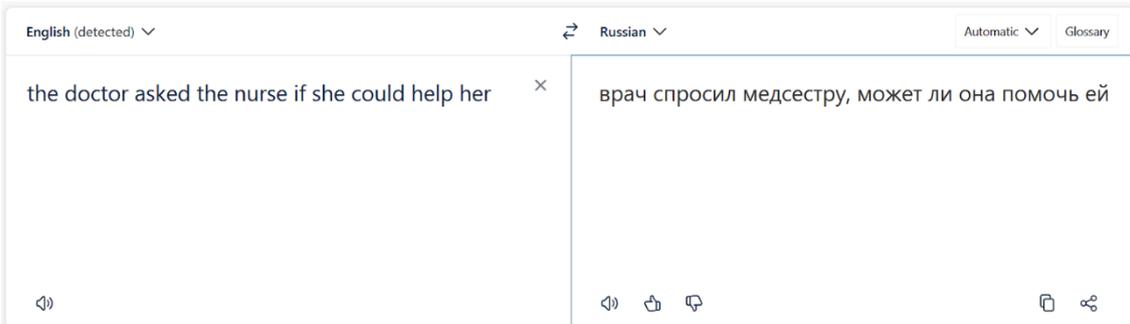


Figure 2.4 DeepL Translate output EN>RU of the sentence ‘The doctor asked the nurse if she could help her.’

First, a disclaimer: in Russian, most occupation nouns are traditionally male, and in recent times feminists have started arguing for a fairer use of language with the employment of female-gendered suffixes, although controversy has ensued (Sterling 2019). People see them either as an unnecessary and artificial emphasis, or as an awkward-sounding, endearing, and belittling diminutive (Sterling 2019). However, Sterling (2019) reports:

[...] as Olga Lipovskaia, a doyenne of the feminist movement in Saint Petersburg, argues, the only reason that *ka* or *essa* sounds diminutive and signifies something less substantial than the noun without that suffix, is that patriarchy has taught us that things identified with women are less valuable than things identified with men.

(Sterling 2019)

Therefore, by taking into account the example of ‘doctor’, ‘врач’ (m.) in Russian has feminine corresponding terms, namely ‘врачиха’ (f.) and ‘докторша’ (f.), but they implicate negative and informal register connotations. Similarly, the Treccani vocabulary reports that in Italian the suffix *-essa*, often employed to form the feminine form of dignitary or job titles, might at times be used in an ironic or pejorative way (Treccani). The previous translations substantially show the same outcome for both MT systems and both the Italian and Russian language. Although both terms ‘doctor’ and ‘nurse’ are not

gendered and might refer to men or women equally, the MT output in all cases presents the gendered male term for doctor ('dottore', 'врач') and the gendered female term for nurse ('infermiera', 'медсестра'). These are simple, maybe banal, examples of a phenomenon that has been studied for some time, i.e., the presence of gender bias in commercial systems machine translation.

In the field of artificial intelligence (AI), bias is the phenomenon of systematic errors occurring repeatedly due to the erroneous assumptions produced by models in order to predict their outputs, correlated to harmful social effects and consequences (Savoldi et al. 2021:846). Different types of software may exhibit discrimination and show biases regarding not only one's gender but also their ethnicity, e.g., facial recognition technologies working poorly on African American faces, search engines suggesting arrest records checks when looking up traditionally African American names, language processing tools performing better with English written by white people (Brun 2018:754). NLP systems, and more interestingly for the purpose of this work, MT systems have been often found to be a reflection and propagator of socially encoded prejudices (Savoldi et al. 2021:846). A biased MT system reproduces the same kind of discrimination in a systematic way against different people or categories of people, resulting in harmful consequences for the users of these systems who are in the focus of such discrimination (Savoldi et al. 2021:846). Savoldi et al. (2021) relies on Crawford (2017) for the classification of the harms caused by a biased system, dividing them in Representational harms and Allocational harms (Savoldi et al. 2021:846). Allocational harms regards the withholding or distribution of information to a certain group; Representational harms are associated with the general representation of a certain group and their identity, and can be further divided into under-representation – i.e., low representation of discriminated groups and their identity – and stereotyping – i.e., the endorsement of the previously-seen simplified categorisations that negate the complexity of an individual (Savoldi et al. 2021:846).

Different factors play a role in gender disparity in machine translation, as different sets of biases are already present in the data, models, and contexts in which MT systems are used, which entails that said biases are amplified and propagated further (Savoldi et al. 2021:849). The most intuitive reason of gender bias in MT output is that the sets of data on which MT models are trained are biased themselves: as I have explained in

Section 2.1 and Section 2.2, the way language is used is profoundly related to the social structures of powers in act in a society (Savoldi et al. 2021:849). MT systems are fed a large quantity of corpora that might clearly display how women and femaleness are less present if not blatantly absent, until explicitly made seen (*lady/female* doctor) (Savoldi et al. 2021:849). This phenomenon is also related to the debates occurring in different countries where gendered languages are spoken. In Italy, for example, there are resistances in using feminine referents for human entities and job titles, laying the blame on cacophony, unusuality, or lack of prestige, which may be exemplified by the use of the appellative ‘il Presidente (del Consiglio dei Ministri)’, i.e., masculine article and noun for ‘the president’, for Prime Minister Giorgia Meloni. The move was motivated by a note from Palazzo Chigi explaining that ‘il Presidente’ is the most appropriate form according to the Government Office for Etiquette and Honours (L’Eco del Sud, 2022). This in turn resulted in some incongruities when writing about Prime Minister Meloni, since sentences such as ‘il Presidente del Consiglio si è recata...’, show the feminine suffix in the verb, as opposed to the masculine form of its subject. Moreover, grammar in some gendered languages asks for the masculine plural form as the generic standard to refer to a group of people, and the masculine singular form is similarly employed for referents of unknown identity, which might consistently lower the presence of feminine forms in data. The biases present in the language data could then be further confirmed and amplified by testing procedures and model designs that reward the pattern of gender distribution learned by the system on the basis of biased data, thus causing phenomena such as leaving out under-represented forms in viable MT translations (Savoldi et al. 2021:849-50). This goes to show that the raw data employed in training MT systems should effectively be analysed and curated in order not to compromise the generated output, both from a technical as well as sociological and pragmatic point of view (Savoldi et al. 2021:849-50). Finally, bias may ensue when a system is employed in a context it was not designed for, or by a demographic group it was not intended for, meaning that the creation of a MT model might have involuntarily been tailored to male users only (Savoldi et al. 2021:850). Starting December 6, 2018, Google Translate has taken steps in adjusting such gender asymmetries by proposing for gendered languages both the feminine and masculine translation of determined gender ambiguous terms, e.g., job titles, and short phrases.

Nonetheless, some incongruencies still arise. When one looks up ‘professor’, the system indeed offers two options, ‘professoressa’ (f.) and ‘professore’ (m.):

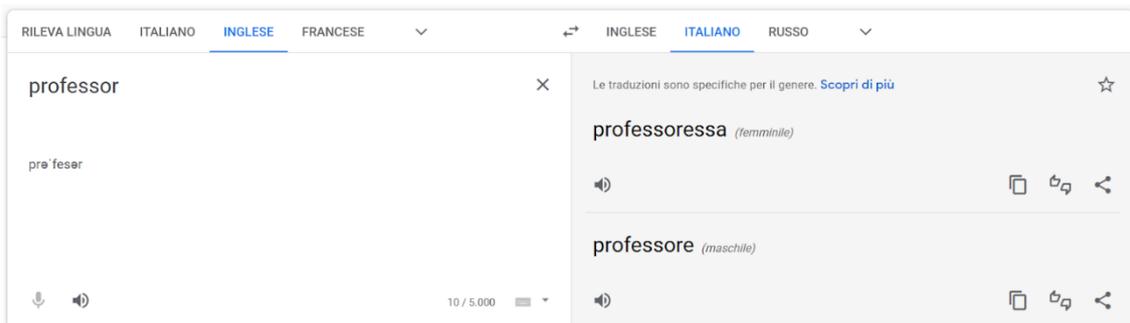


Figure 2.5 Google Translate output EN>IT of ‘professor’

However, when looking up ‘doctor’, the feminine option does not appear, and ‘medico’ (m.) is the only translation offered.

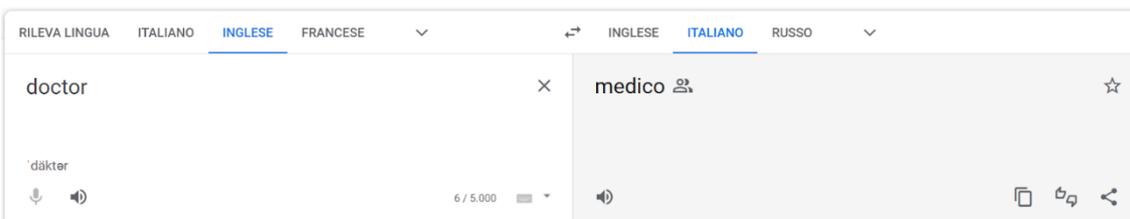


Figure 2.6 Google Translate output EN>IT of ‘doctor’

It might interesting to note that ‘doctor’ in English can both refer to a person whose job is to treat ill or injured people and also to a person who holds the highest kind of university title, both of which find their corresponding meaning in the Italian *dottore* (m.) and *dottoressa* (f.). The query ‘physician’, on the other hand, offers both ‘medica’ (f.) and ‘medico’ (m.).

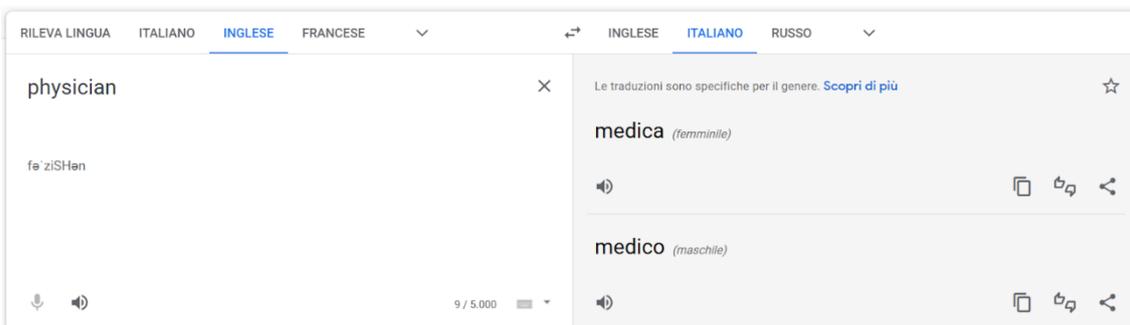


Figure 2.7 Google Translate output EN>IT of ‘physician’

This appears especially unusual when the noun ‘medica’ to refer to a female physician has been the object of many controversies and only recently it has been admitted in the records of the Treccani vocabulary (QS 2022), while the term ‘dottoressa’, both to refer to a female graduate and to a female physician, has been normally in use for much longer. As mentioned above, the suffix *-éssa* has been used in the past with pejorative and ironic intentions, and even the noun ‘dottoressa’ between the 19th and the 20th centuries had assumed a scornful connotation, with female doctors asking to be called ‘doctor’ (Angeli 2014). Those times have long been gone, however, and the term ‘dottoressa’ has spread everywhere and has lost any kind of negative connotation – it only retains that of referring to a woman, which can maybe still be negative for some people. Google Translate’s intervention thus seems not to have reached an all-encompassing coverage, and continues to be at times inadequate: it relies on manually annotated training data, and longer phrases or full sentences still prove to be too complex to allow for a correct identification of gender ambiguity (Měchura 2022b). Different studies have been conducted in order to assess the actual presence of gender bias in machine translation. In the following section I am going to present some of them, with their methodologies and their findings.

2.4 Gender bias evaluation systems

Prates et al. (2018) focussed on commercial MT system Google Translate because of its important presence on the market for the general audience and its reliance both on huge amount of data from United Nations and European Parliament transcripts, and, since 2014, on the aid of the Translate Community initiative (Prates et al. 2020:6365). The initial assumption of this study is that MT will logically and naturally offer translations that reflect and reproduce the asymmetries present in society, therefore Google Translate shows a ‘negative gender bias if the frequency of male defaults overestimates the (possibly unequal) distribution of male employees per female employee in a given occupation’ (Prates et al. 2020:6365-6). Gender bias is researched by translating gender neutral languages into English, using a challenge dataset of occupations and adjectives in 12 languages and by considering the statistics of male- or female-dominated fields (Prates et al. 2020:6366-7). The standard sentence would include a gender-neutral pronoun and an occupation (Prates et al. 2020:6365). Generally, Google

Translate was demonstrated to be more likely to translate sentences using a male pronoun, especially with occupations related to the male-dominated fields, namely architecture or the STEM area (Prates et al. 2020:6368). On December 6th, 2018, however, Google released a statement recognising the existing bias in its translation tool, thus introducing the mentioned-above feature that offers both the masculine and feminine version of gendered-language words (Prates et al. 2020:6376). The motivation for the presence of gender bias in Google Translate is the conclusion at which the authors of the study had arrived: the system is bound to replicate the biases existing in the language and the examples it is trained on (Prates et al. 2020:6376). Nonetheless, the resulting data displayed a lingering bias, in that male pronouns are often the default, although unjustified by the real occupation data that show more distributed frequencies of male and female workers (Prates et al. 2020:6378).

Zhao et al. (2018) works on discerning whether a system is based off the basis of coreference resolution, i.e., the process of identifying the expressions that refer to the same entity (Zhao et al. 2018:15). For the purpose of the study, Winobias, a challenge corpus, is created according to the winograd format, and it contains vocabulary related to 40 occupations, sourced from the US Department of Labor, together with statistics on ‘what constitutes gender stereotypical roles’ (Zhao et al. 2018:15-6). Gender bias is deemed to be present when the system predicts with more precision pronouns of the gender that stereotypically belongs to an occupation field (pro-stereotyped co-reference decision) as compared to pronouns of the gender that does not usually dominate a field (anti-stereotyped co-reference decision) (Zhao et al. 2018:15-7). The 3,160 sentences included in the dataset were built according to two types of templates in order to cover both semantics and syntax circumstances and the system needs to present the same accuracy in both examples in pro- and anti-stereotyped conditions to be considered unbiased (Zhao et al. 2018:17). Winobias demonstrates that all the three representative systems considered in the study exhibit gender bias, but strategies are proposed in order to, at least partially, remove it (Zhao et al. 2018:17). To avoid any bias resulting from training data or system resources the corpus used for the training of co-reference systems can be enriched with gender-swapped versions of the pre-existing examples in the corpus (Zhao et al. 2018:17). In addition, the word embeddings employed in NLP tools that have been demonstrated to be biased, with vectors showing ‘programmer’ closer to ‘man’ than

‘woman’, can be substituted with debiased vectors (Zhao et al. 2018:17). These methods have proved to be effective in consistently decreasing gender bias in the considered system, with little to no loss in performance (Zhao et al. 2018:18).

Stanovsky et al. (2019) similarly proposes a multilingual evaluation of gender bias in machine translation based on the Winograd schema and using data from the Winogender and the previously mentioned Winobias datasets – both these studies have highlighted the presence of stereotypically connotated social biases in coreference resolution models (Stanovsky et al. 2019:1679). The six systems evaluated in this study are both commercial – Google Translate, Microsoft Translator, Amazon Translate, SYSTRAN – and for academic research models – English-to-French translation by Ott et al. (2018), English-to-German translation by Edunov et al. (2018), while the eight grammatical gender languages investigated comprise four families, i.e., Slavic, Romance, Germanic and Semitic languages, and involve Russian, Ukrainian, Italian, Spanish, French, German, Hebrew and Arabic (Stanovsky et al. 2019:1680). WinoMT, the challenge set used in this study to determine whether a system is gender biased, is composed of three steps: firstly, the 3,888 sentences in WinoMT are translated from English into the target language; secondly, source and target segments are aligned, with the English entity linked to its translation; thirdly, the target-sentence entity’s gender is extracted by means of morphological analysis and the result is then compared to the original English data (Stanovsky et al. 2019:1680). The overall results indicate that all MT systems are indeed gender biased, offering at best a random guess that poorly reflects the correct gender inflection of the source sentence, with German being the only exception, probably due to its proximity to English (Stanovsky et al. 2019:1681). Moreover, the accuracy of the systems improves when they are presented with pro-stereotypical test sentences, and diminishes under anti-stereotypical conditions (Stanovsky et al. 2019:1682). Interesting is also the attempt of the study at ‘fighting bias with bias’: the addition of adjectives generally used for either male or female entities shows in some cases to play a role in reducing biases, although it further confirms the presence of gender bias in MT (Stanovsky et al. 2019:1682).

Cho et al. (2019) investigates the preservation of gender neutrality in the language pair Korean-English, starting from a lexicon set of 735 occupation words and 324 sentiment phrases, and using as a template the Korean equivalent of ‘S/he is [xx]’ (Cho

et al. 2019:174-5). Korean is, in fact, not a grammatical gender language, although gendered pronouns and terms exist, therefore in this study either the informal neutral pronoun *kyay* or the more formal variant *ku salam* for ‘the person’ are used as subject (Cho et al. 2019:175). The sentiment words were sourced from the *Korean Sentiment Word Dictionary* and evaluated by Korean native speakers to discern whether they were negatively or positively connotated and whether they conveyed any kind of prejudice (Cho et al. 2019:175). The occupational words were collected from official government websites and deprived of gender-connotated words and discriminatory words (Cho et al. 2019:175-6). The study computes the portion of a sentence translated as female, the portion translated as male, and the portion that remains neutral with the following formula:

$$P_s = \sqrt{p_w p_m + p_n}$$

By averaging each P_s for the sentences considered it is possible to obtain the value P , which is the translation gender bias index (TGBI) in a sentence set (Cho et al. 2019:176). The value of TGBI is 1 when each sentence is translated in neutral forms (Cho et al. 2019:176). Cho et al. (2019) also accounts for two different types of bias, the one due to the low frequency of female referents in corpora (*VBias*) and the one due to the social bias propagated by the lexicon (*SBias*), therefore at times p_w can be higher, but only for the reason that *SBias* bends translations of determined words and occupation towards femaleness (Cho et al. 2019:176). The results obtained by testing the sentences on Google Translate, Naver Papago, and Kakao Translator, show the prominence of male translations, mainly due to *VBias*, with *SBias* causing an increase in the tendency in formal contexts (Cho et al. 2019:178). The reason is likely to be found in that the corpora data extracted from news, technical reports, papers, often links occupation words with males (Cho et al. 2019:177). While Google Translate and Kakao Translator display biases due to social sentiment in occupation words, Naver Papago seems to go against the general stereotypes, offering frequent translations of ‘engineer’ and ‘researcher’ with female pronouns, which is however still a random guess and does not preserve the original neutrality (Cho et al. 2019:178). Overall, however, it is Google Translate that scores the highest, although Naver Papago presents the mentioned improvements in reducing bias, while Kakao Translator scores the lowest (Cho et al. 2019:178).

Gonen and Webster (2020) introduces and implements a model that can automatically identify gender issues in naturally-occurring language and the consequences of translating from a notional gender language such as English into grammatical gender languages, namely French, Spanish, German, and Russian (Gonen and Webster 2020:1991-2). The novelty of the model resides in the possibility of being applied beyond word lists and to different language pairs and parts of speech (Gonen and Webster 2020:1991). The work starts with the identification and extraction of gender neutral sentences with one single human entity included using a BERT-based Named Entity Recognition, meaning that gendered terms, e.g., father, mother, niece, are also excluded (Gonen and Webster 2020:1992). BERT, acronym for Bidirectional Encoder Representations from Transformers, i.e., a transformer-based machine learning technique for NLP, is then used to identify words that can substitute the entities found in the filtering step, without affecting the fluency of the output and thus generating pairs of sentences with only the human entity differing (Gonen and Webster 2020:1992). Similarly to Stanovsky et al. (2019), the sentences are translated via Google Translate, the source and target examples are aligned, and they undergo a morphological analysis (Gonen and Webster 2020:1992). Finally, the last step consists in pinpointing the pairs of sentences where a different gender is assigned to each and analysing the results (Gonen and Webster 2020:1992). The study reports some issues when the translated sentences include words with a fixed grammatical gender, which can cause false results; in examples that are not touched by this issues, the times a word is translated as masculine rather than feminine and vice versa constitutes a ratio that provides an evaluation on whether the translation model ‘has a systematic preference for one gender over another, i.e., a gendered representation’ (Gonen and Webster 2020:1993).

Hovy et al. (2020) proposes another perspective on gender bias affecting machine translation output, notes that demographic factors have an impact on the sound and style in language, and puts the focus on the changes that occur and make the translation sound as if uttered by older and typically male authors (Hovy et al. 2020:1686). The data is translated with Google Translate, DeepL Translate, and Microsoft Translator, and consist of reviews in five languages, Dutch, English, French, German, Italian, which has the perks of retaining information regarding gender and age of the reviewer (Hovy et al. 2020:1687). Models for age and gender classification are trained on material that is not

part of any test set and they are later used to discern the demographic of the examples in the different languages (Hovy et al. 2020:1686). The test set texts are assessed on the basis of the classifiers previously trained, which provide also a prediction on the demographics of the translation of said texts (Hovy et al. 2020:1687). The texts are then translated via each of the three systems considered, assessed by the classifiers of the respective language, and the distribution of age and gender of the predictions is compared to the actual distribution (Hovy et al. 2020:1687). The results, both when translating into and from English, similarly show male bias, and also sound older than they are, independently from the MT system used (Hovy et al. 2020:1688).

Each of these studies has demonstrated the pervasiveness of gender bias in machine translation, although the tests are often conducted in carefully crafted environments, that allow to highlight an important phenomenon but may fail to be comprehensive of other related issues. Standards are useful tools to analyse the behaviour of MT systems, but real-life conditions should also start to be considered (Savoldi et al. 2021:854), and practical studies may need to consider the ethics of translation and include individuality, contextual clues, and fairness in the problem (Binns 2017 in Cho et al. 2019:174). A step forward in this sense might be represented by the introduction of MT-GenEval (Currey et al. 2022), a benchmark for the evaluation of gender accuracy that involves a counterfactual and contextual dataset (Currey et al. 2022:1). The clear aim of this benchmark is to overcome previous limitations such as closely bounded gender-phenomena and types of sentences: MT-GenEval is based on realistic, diverse, and gender-balanced data, distinguishes only between two genders, and includes translation from English into eight languages (Currey et al. 2022:1). The data comprise sentences where gender is unambiguous and is explicitly expressed by a human entity and/or the surrounding context (Currey et al. 2022:1). The counterfactual test set is sourced from Wikipedia text in English to include sentences with gender-referring words (Zhao et al. 2018) and is manually checked in order to avoid references to different-gender individuals and first names (Currey et al. 2022:2). These sentences are then manually rewritten into their counterfactual version, i.e., the references to one gender are transformed into references to the other gender, both are translated, and special attention is paid to ensure that this happens without affecting the material that is not related to gender (Currey et al. 2022:2-3). The contextual set is also sourced from Wikipedia to include no gender

markings and no gendered words but professions that might belong to stereotypically male, stereotypically female, or neutral, categories (Currey et al. 2022:3-4). In the set also included are two context sentences coming prior to the main sentence, in order to make it possible to linguistically disambiguate the gender of the entity in question (Currey et al. 2022:4). The selected sentences are then paired with two contrastive translations, one that correctly reports the gender of the individual, and the other that reports the opposite gender, again ensuring that no other marking is introduced (Currey et al. 2022:4). With the contextual set, gender accuracy is obtained when the hypothetical segment does not present words that are unique to the gender appearing in the contrastive translation; with the counterfactual set, gender accuracy is obtained when both segments, the original and the counterfactual, are deemed correct (Currey et al. 2022:4-5). The application of the contextual set on three different commercial MT systems shows that they similarly perform poorly in considering the context for gender disambiguation and accuracy (Currey et al. 2022:7). The counterfactual set, instead, is used to find a gender quality gap index, that is, to investigate whether the translation quality is affected by the presence of one gender over the other (Currey et al. 2022:5,7). Different segments were found to exhibit gender quality gap, but more interestingly, the human-perceived gap was larger for sentences where male-referring translation was better than the female-referring one (Currey et al. 2022:7). The study also reports that the accuracy of contextual NMT models is improved by contextual and gender-filtered data, while non-contextual models are penalised by gender-balance on the contextual set; substantially, contextual data overall helps in increasing the performance of MT models and decreasing the presence of gender bias (Currey et al. 2022:8-9). With the emergence of the factuality of gender bias in machine translation, different approaches have been proposed in order to improve the outcome of MT systems and mitigate the effects of gender asymmetries, stereotypes, and prejudices. In the following section I am going to briefly present some viable solutions that have proved to be in some measure useful in the adjustment of gender bias.

2.5 How MT can be de-biased

Bolukbasi et al. (2016) claims and demonstrates that word embeddings are ‘blatantly sexist’ (Bolukbasi et al. 2016:1) and proceeds to show how by analysing

analogy puzzles solved by embedding vectors (Bolukbasi et al. 2016:1). In the analogy ‘man is to king as woman is to x ’, the embedding vectors will find $x =$ ‘queen’, similarly to how in ‘Paris is to France as Tokyo is to x ’, the vectors will find $x =$ ‘Japan’, which shows the usefulness of embeddings for a variety of NLP tools (Bolukbasi et al. 2016:1). However, such analogies may also exhibit gender bias and a sexist character when vectors propose ‘man is to woman as computer programmer is to homemaker’, or ‘she is to nurse as he is to surgeon’, which clearly displays how the stereotypes existing in real-life society have bled through the training data into the geometry of neural networks (Bolukbasi et al. 2016:1,3). Bias is quantified by determining whether the distance between a neutral word embedding and two gender-specific words is unequal, e.g., the vector for ‘nurse’ is closer to ‘woman’ than it is to ‘man’ (Bolukbasi et al. 2016:3). The study distinguishes between direct and indirect bias, with the former being related to the correlation between a gender-neutral word and a clear gender-specific word and the latter comprising an association between different gender-neutral words for reasons of gender, e.g., ‘receptionist’ is closer to ‘softball’ than to ‘football’ (Bolukbasi et al. 2016:4). The first step in debiasing word embeddings is to define the relationship of the biases found between the vectors and the gender stereotype existing in society (Bolukbasi et al. 2016:4). For the purpose of the study, occupation words are taken into account, and evaluated both on whether the embedding systems show any bias, and whether they produce gender-stereotyped analogies based on the stereotypes known to human notion (Bolukbasi et al. 2016:6-7). The debiasing algorithm identifies a gender subspace, which means that by aggregating different directions of paired word embeddings it is possible to define a gender direction that can be considered the reflection of gender in the embedding (Bolukbasi et al. 2016:8). After defining a subspace, the algorithm can follow two paths, one of hard-debiasing and one of soft bias correction: the hard-debiasing method neutralises gender-neutral words in the subspace and equalises the words outside the subspace; the soft method tries to preserve as much similarity of the original embeddings as possible but reduces the difference between pairs of vectors (Bolukbasi et al. 2016:8). The results show that the hard-debiasing method has indeed a significant impact on the reduction of gender bias without affecting the quality and usefulness of the embedding, both for direct and indirect biases (Bolukbasi et al. 2016:15). Interestingly, the paper notes that the presence of gender bias in word embeddings is due to the systemic recurrence of gender biases and

stereotypes in society, of which embedding is merely a reflection, and points out that some may adduce this as a an innocuous statistical representation (Bolukbasi et al. 2016:15). Nonetheless, given the potential harmful effects the amplification of biases may have on the same society, which will feed additional training data, in an endless vicious cycle, it seems reasonable to work on machine learning in order to decrease the amount and consequence of biases (Bolukbasi et al. 2016:15).

Vanmassenhove et al. (2018) explores the idea of integrating information and data regarding the authors of the texts into NMT systems (Vanmassenhove et al. 2018:3003-4). The study underlines that MT systems have difficulties in discerning morphological variant and often tends to opt for a masculine default, affecting thus the accuracy of the translation and the user, who might feel discriminated, essentially because MT does not have the ability of extracting morphological clues from the context as much as a human translator would do (Vanmassenhove et al. 2018:3003). Therefore, the addition of material such as the gender of the speaker and style and textual clues related to gender should improve the quality of NMT translations (Vanmassenhove et al. 2018:3001-2). The dataset used in the study comprises parallel texts in ten languages sourced from Europarl, which is tagged and includes information about the speaker, namely age, gender, date of birth, and date of the session (Vanmassenhove et al. 2018:3004). The experiment is carried out by training two NMT systems for each language pair, i.e., EN-IT, EN-DE, EN-FR, EN-ES, EN-EL, EN-PT, EN-FI, EN-SV, EN-NL, EN-DA, one with baseline data and the other with the tagged corpora, and by testing them on a general set (Vanmassenhove et al. 2018:3005). The resulting BLEU scores reveal that for the languages pairs involving a grammatical gender language, namely Italian, French, Portuguese, and Greek, with the exclusion of Spanish, the gender-tagged corpora significantly improves translation of the NMT system (Vanmassenhove et al. 2018:3006). The product of enriched NMT does not, instead, show any relevant improvement with languages such as Dutch, German, Finnish and Swedish (Vanmassenhove et al. 2018:3006). The improvements and changes observed in the gender-aware systems product do not only concern the morphological features of grammatical gender languages, but also pick up on the differences in style and syntax, thus offering different choices and different preferred variants (Vanmassenhove et al. 2018:3007).

Habash et al. (2019) works on a method to improve the output of gender-blind NMT systems, which operates as a post processing application on re-inflecting and rephrasing the translations to make the system gender-aware (Habash et al. 2019:1-2). The process of selection of a gender-specific form can be left either to the user or to two automatic components that perform first gender identification and then gender reinflection (Habash et al. 2019:2). The corpus used in the experiment is an Arabic-English parallel corpus comprising first-person sentences that have been translated, annotated and tagged with B, F, or M to show whether the speaker is, respectively, gender-ambiguous, feminine or masculine (Habash et al. 2019:4). The corpus has been annotated by four Arabic native speakers who were also in charge of turning the gender-specific sentences into sentences with the opposite gender, without any alteration in the number or choice of words: these reinflections have then been reintroduced in the corpus as original input in order to balance the overabundance of M-labelled sentences (Habash et al. 2019:5). For the first-person-singular gender identification component four models are developed, one rule-based and three machine learning, with the former being the least efficient but as precise as the better performing machine learning model (Habash et al. 2019:7). The purpose of this first component is to identify the gender-specificity of a sentence and label it according to the previously seen B, M, and F (Habash et al. 2019:6). The second component, the automatic first person singular gender reinflection, has the task of processing an unspecified first-person-singular gender sentence and reproduce it in two gender-specific versions and can take on two forms: the single direct reinflection system and the two-step identify-then-reinflect system (Habash et al. 2019:8). In the former, the system does not identify the input gender but only generates either M or F target; in the latter, the system identifies the input-gender (through a gender identification model) and then, according to need, generates an F- or an M-sentence (Habash et al. 2019:8). The tests with balanced input report higher BLEU scores when using the two-step systems, while Google Translate shows better results with one single-step system, likely because of the increased noise in the input (Habash et al. 2019:9). The approach presented in Habash et al. (2019) is a useful tool to enhance gender identification and inflection in the generation of texts for users in a variety of NLP models and especially to improve gender-specific machine translation output (Habash et al. 2019:9).

Costa-jussà and De Jorge (2020) starts from the notion that gender bias in machine translation is the direct consequence of training material exhibit the same bias and a general imbalance in the distribution of one gender over the other, therefore training a system on balanced data via domain adaptation might considerably decrease the phenomenon (Costa-jussà and De Jorge 2020:26). Domain adaptation, in NLP, is the act of fine-tuning an already trained model on a new dataset, which may be specific to a determined field, in order to generate a more accurate output (Politi 2022). To create an English-Spanish gender-balanced corpus the study uses Gebiotookit (Costa-jussà et al. 2019 in Costa-jussà and De Jorge 2020:27), which consist of three steps, namely a corpus extractor (in this case, from Wikipedia Biographies), a corpus aligner, and a gender classifier that identifies the gender of the segment and generates the final parallel corpus (Costa-jussà and De Jorge 2020:27). This dataset is analysed via word embeddings to determine the amount of gender bias present, and is reported to be decidedly less biased than the English-Spanish Europarl corpus used as comparison: the gender-balance is confirmed (Costa-jussà and De Jorge 2020:29). The balanced dataset is employed in concert with fine-tuning techniques, i.e., by experimenting with slightly different parameters: the strategy involves training MT models with datasets that are a mix of different percentages of balanced and unbalanced corpora and the concatenation of the two corpora (Balanced corpus and Europarl) (Costa-jussà and De Jorge 2020:29-30). The results highlight an improved BLEU score of +1,5 in the performance of the translation model trained with the concatenated corpus as compared to the one trained with the Europarl corpus only, while the fine-tuned datasets generally perform better than both (Costa-jussà and De Jorge 2020:31). The evaluation operated with WinoMT (Stanovsky et al. 2019) reveals also notably improved accuracy in the fine-tuned concatenated corpus (Costa-jussà and De Jorge 2020:32). The overall conclusion is that, in spite of the fact that the information originates from a different domain, a balanced dataset has a significant positive influence on both translation and gender accuracy (Costa-jussà and De Jorge 2020:33).

The 2020 study by Saunders and Byrne similarly looks at gender debiasing in terms of domain adaptation, presenting the intuition of using a small gender-balanced dataset without incurring in catastrophic forgetting (Saunders and Byrne 2020:7724-5). Catastrophic forgetting, or catastrophic interference, is the tendency of a neural network

to ‘forget’ the previously learned information upon being fed new one: this means that training a MT system with a smaller, de-biased set might result in a less accurate translation (Savoldi et al. 2021:856). Different datasets are created: the small ‘handcrafted’ corpus includes German, Spanish, and Hebrew, and contains a gender-balanced set of 388 manually translated sentences based on the following templates (Saunders and Byrne 2020:7727):

The [PROFESSION] finished [his|her] work.

The tall [man|woman] finished [his|her] work.

Another series of dataset is created using counterfactual data augmentation, i.e., the sentences identified as containing gender bias are counterbalanced by the addition of a gender-swapped version of the same sentence (Saunders and Byrne 2020:7727). In Saunders and Byrne (2020) the risk of catastrophic forgetting due to the use of these datasets is avoided by employing EWC, Elastic Weight Consolidation, a form of regularised training, or by lattice rescoring, which means that the system output can be processed via a module that maps gender marked words to all their possible variants in terms of morphology (Savoldi et al. 2021:856, Saunders and Byrne 2020:7728). The accuracy of the translation is therefore preserved, and by comparing the results obtained to the WinoMT challenge set (Stanovsky et al. 2019), the study demonstrates that this de-biasing system is definitely effective and efficient (Saunders and Byrne 2020:7732). As the same study notes, however, the system is helpful in the post-process of machine translation, but it does not solve the problem of gender bias in NMT (Saunders and Byrne 2020:7732). There seems to be, however, a recurring theme across all the studies I briefly reported here, i.e., they are only short-term solutions that are not yet effectively incremented outside academic research. A thorough solution would require a multi-faceted and organic response to the problem, a consideration both on the ethics of gender bias and on the technical component that appears to validate it. In the following section I will introduce an interesting project that tackles gender bias in a unique and apparently simple way.

2.6 The Fairslator project

Fairslator (www.fairslator.com) is a plugin that enables the user to disambiguate gender in the output of a MT system and re-inflect it accordingly; it offers the possibility of having multiple translations available instead of limiting the system to a single output that incurs in the risk of being biased almost solely on its being *one* option. Fairslator is born of the intuition of language technologist Michal Měchura, who notes that machine translation systems, when approaching a translation, often incur in ambiguous words, such as ‘doctor’, which may be resolvable when the context provides some clues, e.g., ‘*she* is a doctor’ (Měchura 2022c:1). Sometimes, however, in sentences such as ‘*I* am a doctor’ the ambiguity is unresolvable, as there is no clue indicating what gender the pronoun *I* refers to: the choice is left to the translation system, which will rely on its statistical data to make an unjustified assumption, ‘unjustified because unsupported by anything actually present in the text being translated’ (Měchura 2022c:1). Fairslator is built on a taxonomy of bias that allows a correct identification of different ambiguities that might ensue: gender bias is, in fact, only one of different biases present in machine translation (Měchura 2022c:1). English is a primary example of how in a language words such as ‘you’, ‘your’ might present ambiguity both in terms of number – does it refer to one person or many? – and in terms of formality – who is this ‘you’ addressing? This is what Měchura defines as a low-detailed language, meaning that its words encode less data, as compared to high-detailed languages, in which words encode different information, for example by means of morphological terminations (Měchura 2022a:16). As I have previously noted, Italian distinguishes words in feminine and masculine forms; it is a high-detailed language and equally offers different forms for ‘you’ (sing.), *tu*, and ‘you’ (plur.), *voi*, and for formal ‘you’, *lei/voi*. This entails the translation of the sentence ‘Where are you?’ into Italian would have three different options, with *Dove sei?*, *Dove siete?*, and *Dov’è?*, and the MT system does not know which of them is the correct one. The user looking for the translation does, however, and this is at the core of Fairslator. It should be noted that the fact that low-detailed languages may be used as pivot languages in machine translation systems might cause inaccuracies to occur even between high-detailed languages (Měchura 2022a:18). In Měchura’s work the concept of bias takes on a slightly different meaning: in Section 2.3 bias has been defined as ‘the phenomenon of

systematic errors occurring repeatedly due to the erroneous assumptions produced by models in order to predict their outputs, correlated to harmful social effects and consequences’. Měchura strips the definition of the harmful consequences and refers only to the technical process of it and its incorrectness (Měchura 2022c:3). In Fairslator the text is analysed along three axes of ambiguity, the speaker axis, the the listener axis, and the bystander axis, which aim to distinguish, respectively, whether and how the speaker, the listener, or a bystander are mentioned and encoded in the translation (Měchura 2022c:3). The taxonomy shows the allowed readings of the text on the basis of the unresolvable ambiguities in the text (Měchura 2022c:3). The ambiguities are encoded by descriptors for gender, number, and level of formality, which allow the taxonomy to generate human-friendly questions that can therefore be easily answered by the user (Měchura 2022c:3). After the user has selected their preferred options, Fairslator re-reflects the translation. As of January 2023, Fairslator offers its services for four language pairs, English>French, English>German, English>Czech, and English>Irish, with three commercial MT systems, namely Microsoft Translator, DeepL, and Google Translate.

I am now going to show an example of what happens exactly when using Fairslator, and as an example I input the sentence with which Section 2.3 started, ‘The doctor asked the nurse to help her’, and translate it into German. The Google Translate output (Fig. 2.8), as previously reported, offers the gender-biased sentence ‘Der Arzt bat die Krankenschwester, ihr zu helfen’, which, in the case the doctor is indeed a woman, also might present a problem of co-reference, given that ‘ihr’ is still a female pronoun, while ‘der Arzt’ is a male noun. By adjusting the notation, opting for ‘doctor’ to be a woman and for ‘nurse’ to be a man, the sentence now reads ‘Die Ärztin bat den Krankenpfleger, ihr zu helfen’ (Fig. 2.9). Notably, the unknown gender option opens to other two choices, ‘male-default’ and ‘use gender-neutral notation’. The latter option shows the possibility of using a gender-inclusive neologism, which might be a significant step towards overcoming gender binarism: ‘Der/die Arzt:tin bat den/die Krankenpfleger:schwester, ihr zu helfen’ (Fig 2.10). The gender-neutral notation is not included for Irish and French (Fig 2.11) – which is also the last language to have been added to Fairslator – but it is for Czech. Interestingly, the system does not seem to offer disambiguation for the French translation of ‘the doctor’, which in French is the same,

‘médecin’, for both female and male genders, but requires different articles for gender specificity, ‘la’ (f.) or ‘le’ (m.).

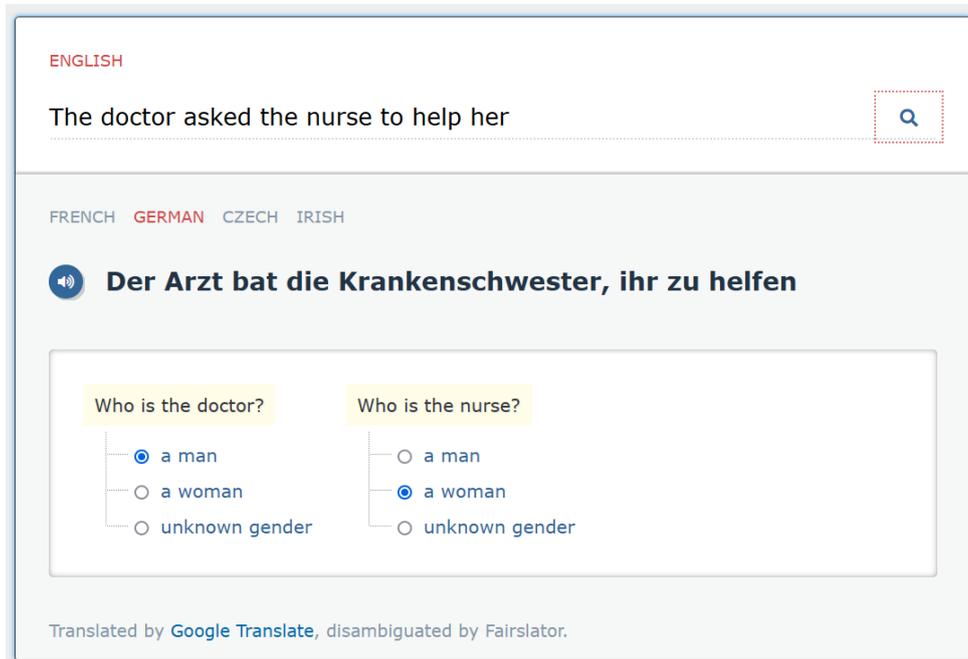


Figure 2.8 Google Translate output EN>DE of ‘The doctor asked the nurse to help her’. Google Translate offers the automatically gendered output with ‘doctor’ being male and ‘nurse’ being female.

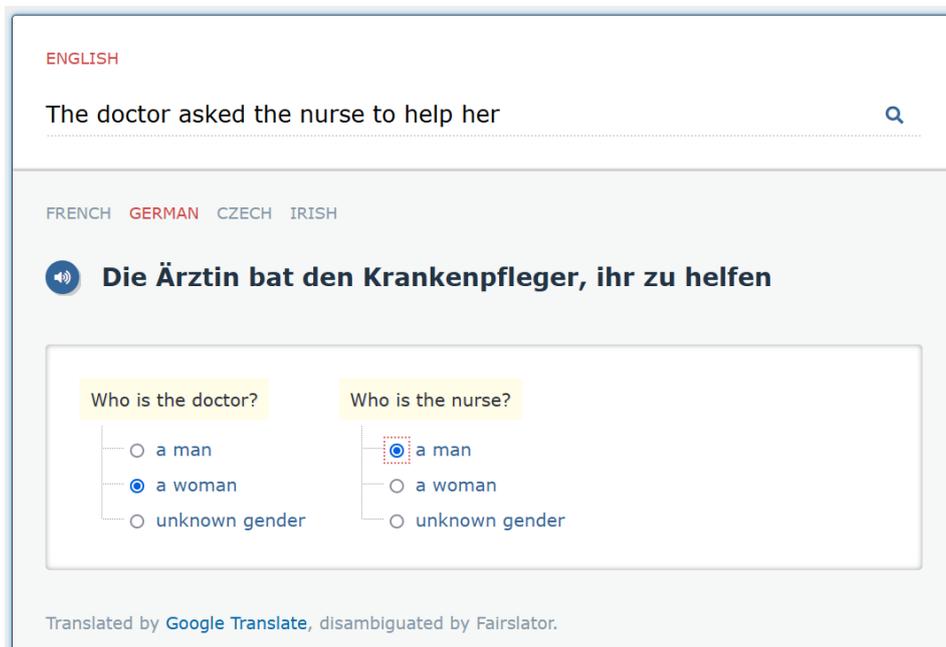


Figure 2.9 Google Translate output EN>DE of ‘The doctor asked the nurse to help her’, disambiguated. The result is re-inflected with the user’s choice of ‘doctor’ being female and ‘nurse’ being male.

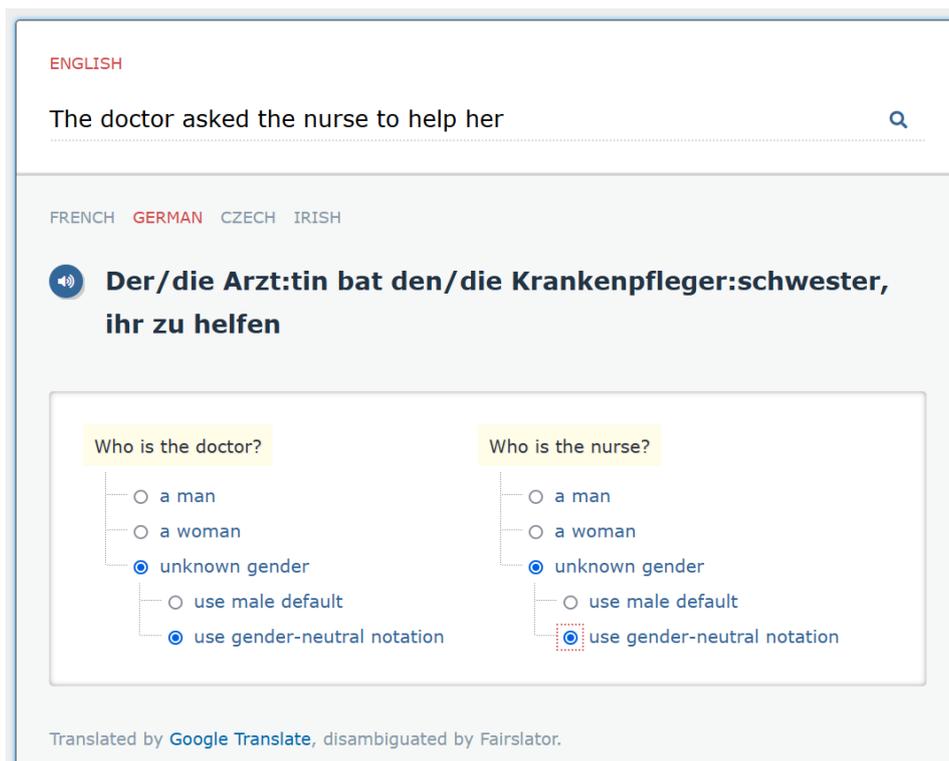


Figure 2.10 Google Translate output EN>DE of ‘The doctor asked the nurse to help her’, disambiguated. Fairslator offers the option of selecting ‘unknown gender’.

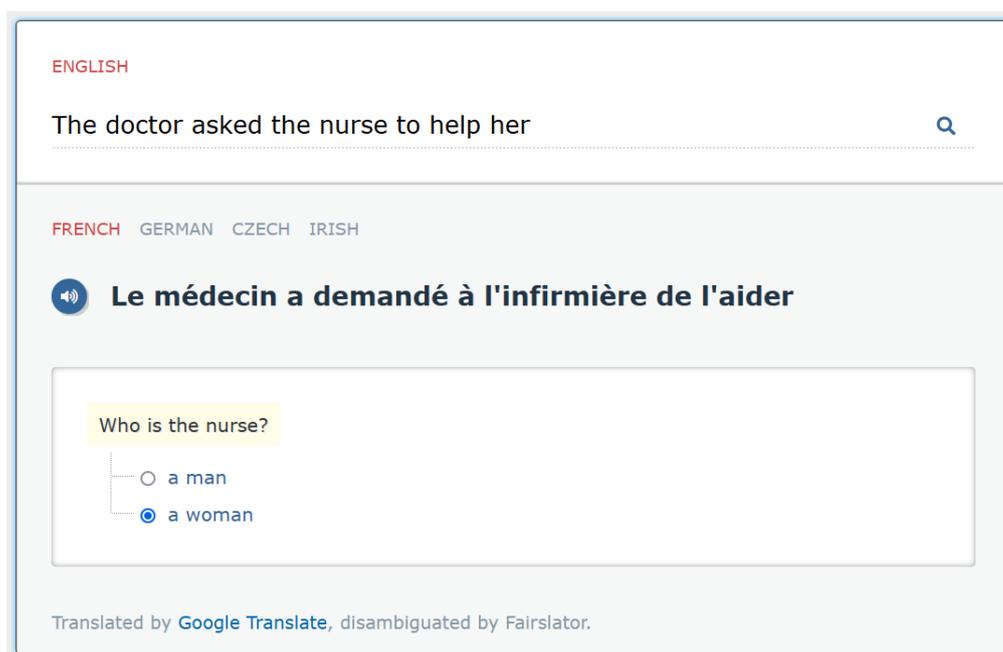


Figure 2.11 Google Translate output EN>FR of ‘The doctor asked the nurse to help her’. Fairslator does not offer the option of selecting ‘unknown gender’.

In this chapter I have explored the relationship between language, power, and gender, and introduced the problem of gender bias in machine translation. I have investigated the state-of-the-art in gender bias evaluation and gender debiasing methods and reasoned that there is still no definitive and all-encompassing solution to the problem. I have then presented a most valid answer to different biases appearing in machine translation outputs, i.e., Fairslator, of which it will be interesting to follow the developments.

CHAPTER THREE
GENDER IS FLUID:
TRANSGENDER AND NON-BINARY IDENTITIES

In this chapter I am going to explore the concept of gender beyond the binary division of male/female and masculine/feminine traits and present the complexity behind it. I will report that gender fluidity brings forward new ways of thinking gender identity that require new ways of speaking, which are sometimes highlighters of voids in different languages, especially grammatical gender languages, e.g., Italian. I will investigate the state of the art of inclusive language in Italy and the proposed neutral, inclusive, and non-misgendering alternatives.

3.1 What is gender?

In Section 2.2 I briefly introduced a description of the concept of ‘gender’ that is arguably over-simplified, non-inclusive, and fails to include the many shades of the term. I am now going to delve deeper in the theory of gender, although I do not claim to be completely exhaustive on the topic. In the explanation produced in Chapter Two and, moreover, in the evaluation and debiasing systems presented, the binarism of gender was the general rule, and the main focus remained on models being skewed towards masculine forms, as opposed to the feminine alternatives. Rarely has the non-binarism of entities been considered an option, for a variety of different reasons. Judith Butler, American philosopher and gender theorist, is of fundamental importance in the modern conceptualisation of ‘gender’. Whereas the common understanding wants gender as binary (masculine/feminine, man/woman) and linked to a binary vision of biological sex (male/female), and the latter influencing the former in terms of culture, Butler argues that the dichotomy of sex has been similarly restricted by institutions and their interpretation of anatomy (Ben Hagai and Zurbriggen 2022:23). This interpretation is due to what Butler calls the ‘heterosexual matrix’, which is made up of binary oppositions, i.e., the male/female bodies are mapped to masculine/feminine genders in a complementary way, so that stereotypical masculine or feminine traits are naturally attributed to determined

characteristics of, respectively, the male or female body (Ben Hagai and Zurbriggen 2022:23). With this Butler introduces the concept of gender performativity, claiming that the heterosexual matrix imposes an imperative towards behaving in a certain way and repeating, over and over again, the same set of actions that are fit for the rigid frame of one gender category (Ben Hagai and Zurbriggen 2022:23-4). The repetition of stylised acts are set to ‘produce the appearance of substance, of a natural sort of being’ (Butler 1990 in Ben Hagai and Zurbriggen 2022:24), meaning that they help in building a sense of (gendered) self (Ben Hagai and Zurbriggen 2022:24).

As mentioned in Section 2.2, categories are bound to divide entities in more and less powerful, and in the heterosexual matrix, man, male, heterosexual are the categories that are inevitably privileged over woman, female, homosexual (Ben Hagai and Zurbriggen 2022:67). The male body is seen as the vessel for dominance, aggression, agency, while the female body is the vessel for subordination and passivity (Ben Hagai and Zurbriggen 2022:68-9). According to Butler, the fact that *bodies* are seen in such a manner highlights how the binary distinction of sexes is biased per se, and cannot be considered an objective categorisation based on biological features (Ben Hagai and Zurbriggen 2022:69). Therefore, Butler argues, sex and gender are both equally and wrongly seen through the lens of culture, which leads to the hypothesis that they are not actually distinguishable (Ben Hagai and Zurbriggen 2022:69). Moreover, that sex exists prior to gender has been further disproven by scientific research that shows how there is no ‘female’ or ‘male brain’ (Ben Hagai and Zurbriggen 2022:70), and that culture can, in fact, have an impact on the physicality of bodies, e.g., masculine behaviours lead to higher testosterone levels (van Anders in Ben Hagai and Zurbriggen 2022:70). Van Anders consequently proposes the use of the term ‘gender/sex’ in order to refer to ‘whole people/identities and/or aspect of women, men, and people that relate to identity and/or cannot really be sourced specifically to sex or gender’ (van Anders in Ben Hagai and Zurbriggen 2022:70).

In psychology special attention has been paid to the social processes that shape gender identity. According to Alice Eagle’s social role theory, different physical qualities influence the division of labour and give origin to different social roles; in turn, the distinction between roles in a society generates gendered differences through behaviours typically related to a role (Ben Hagai and Zurbriggen 2022:72). This enables a vicious

cycle to continue feeding on itself, as men's roles usually have more wealth and power, which establishes their dominance over women and women's roles (Ben Hagai and Zurbriggen 2022:72). The social role theory entails that men and women will behave according to what is asked of their role, i.e., to the expectations of society, acting on the internalisation of an idea of self (Ben Hagai and Zurbriggen 2022:72). Reliance on the expectations of society also causes people who display non-conforming behaviours to be treated as outcasts, arguably adding fear of persecution to the reasons for following the dictates of one specific gender (Ben Hagai and Zurbriggen 2022:73). Distinctive and gendered kinds of behaviour, attitudes, preferences are then internalised as part of one's identity and sense of self (Ben Hagai and Zurbriggen 2022:73). Ashforth and Schinoff (2016) suggest a take on Daryl Bem's self-perception theory, arguing that individuals will internalise the identity of which they display and act out the characteristics, similarly to Butler's theory of performativity: a repeated gendered behaviour shapes the identity of the individual (Ben Hagai and Zurbriggen 2022:73).

The gender schema theory brought forward by Sandra Bem focuses on the internalisation of gender, which begins during early childhood when individuals start noticing the categories of boy/girl, masculine/feminine (Ben Hagai and Zurbriggen 2022:74). Through observation they pick up gender schemas to help understand the world, process information, and decide how to behave (Ben Hagai and Zurbriggen 2022:74). There may be highly gender schematic people who rigidly rely on categorisations of gender to make sense of the world, while gender aschematic people do not see gender as a fundamental key in understanding and tend to behave regardless of the binary division of gender (Ben Hagai and Zurbriggen 2022:74-5). Charlotte Tate, however, will later claim that children may understand and realise whether they are a 'girl' or a 'boy' before they start expressing gender, disregarding the category they were assigned at birth and performing instead their self-identified gender (Ben Hagai and Zurbriggen 2022:76).

So how can society move on from the nonsensical binary categorisation of gender, seeing as it is not much more than an over-imposed rigid frame of being that limits individuals? Butler suggests that the heterosexual matrix be disrupted by deviant bodies, genders, sexualities, reflected in queer and transgender identities (Ben Hagai and Zurbriggen 2022:81). Being queer mines the very foundation of heterosexuality and the

binary conformation of the matrix, as the proliferation of identities and desires nullifies the one-on-one oppositions, challenges boundaries, disregards expectations (Ben Hagai and Zurbriggen 2022:81). Such an approach has been shared by Sandra Bem, who calls for a proliferation of gender identities in order to overpower the privileged status of the binary categorisation (Ben Hagai and Zurbriggen 2022:82). She also notes that one should not think of this proliferation as a further rigid framing of identities but as a free and fluid environment in which identities can shift and change according to the individual's sensitivity (Ben Hagai and Zurbriggen 2022:83).

3.2 Transgender and non-binary identities

'Transgender' nowadays is a term generally used to describe people whose sense of gender does not match the gender they were assigned at birth, as opposed to 'cisgender', that describe people whose sense of gender does, on the contrary, match what they were assigned at birth. The term 'transgender' has a controversial history, with different theorists adding different connotations to it. It was first introduced by Virginia Prince to use as an alternative to the term 'transsexual', which had been in use since the turn of the 20th century to indicate people who did not identify with the gender that they were assigned at birth and relied on medical care to resolve this incongruence (Ben Hagai and Zurbriggen 2022:100, Darwin 2020:359). According to Prince, 'transgender' would refer to people who, like her, did not seek medical assistance while living as a gender different from the one assigned at birth (Darwin 2020:359). In the early 1990s Kate Bornstein suggested the usage of the term 'transgender' to refer to any identity that distanced itself from binary man/woman categories, calling transgender people 'gender rebels' who resisted the conventionality of the binary system (Darwin 2020:359, Ben Hagai and Zurbriggen 2022:112). This was followed by Leslie Feinberg, who criticised how contemporary times asked of transgender people to necessarily pass as a woman or a man, and claimed the right to fall outside of such a categorisation, and the freedom to build one's own identity (Ben Hagai and Zurbriggen 2022:25, Darwin 2020:359).

The medical transgender narrative of 'being born in the wrong body' has been criticised too, firstly by Sandy Stone and later by more recent transgender studies (Ben Hagai and Zurbriggen 2022:26). In the 1970s and 1980s, in order to have access to

medical services tending to gender affirmation procedures, the medical narrative of being transgender required specific answers to rigid questions, (Ben Hagai and Zurbriggen 2022:26). With transgender tendencies being included in the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder as Gender Identity Disorder, the image that appears shows a strict and stigmatised organisation of symptoms and diagnosis (Ben Hagai and Zurbriggen 2022:103). The fact that a diagnosis exists entails, however, that there are some premises to fulfil and diagnosis boxes to check, thus paving the way to possibly invalidate transgender individual's sense of self when it did not correspond to said checkboxes (Ben Hagai and Zurbriggen 2022:106) Stone rejected the medical transgender narrative, claiming that the transgender identity is not just a third gender, a third category, characterised by gender dysphoria, but rather the means of disruption of the heterosexual matrix via a variety of gender configurations (Ben Hagai and Zurbriggen 2022:26). Further studies have responded to the medical narrative with the gender self-determination approach, which refutes authorities from the outside that define the individual as different and abnormal based on some characteristics (Ben Hagai and Zurbriggen 2022:107). The gender self-determination approach defies the passivity of a medical diagnosis and recognises the agency of transgender individuals in defining and expressing their identity (Ben Hagai and Zurbriggen 2022:107). Jack Halberstam has more recently presented the formula 'trans*' to refer to a 'multiplicity of gender expressions that transgress heteronormative linkages between sex, gender, and sexuality' (Ben Hagai and Zurbriggen 2022:26). The resistance to binary categorisation of gender is not necessarily connected to feelings of discomfort and gender dysphoria, but rather to the excitement and pleasure that derives from claiming the body and rethinking and expressing one's identity (Ben Hagai and Zurbriggen 2022:113). The overall view of transgender theorists comprises gender as the ever-flowing, ever-changing, nature of identities, bodies, and self (Ben Hagai and Zurbriggen 2022:27).

I have now mentioned 'gender dysphoria' a few times and it is important to understand what it means for further reasoning. Gender dysphoria is the term used for the psychological stress and continued sense of discomfort caused in some transgender people by the dissonance of their gender identity and the physical characteristics of their bodies (NHS, APA). Gender dysphoria, while not a mental illness in itself, may be the cause of mental health problems, such as depression and anxiety (NHS). People

experiencing gender dysphoria may seek to change their aspect, the way they behave, or undergo hormonal therapy and gender affirming surgeries in order to overcome this feeling of uneasiness in their own body (NHS, APA).

Under the 'transgender' umbrella term it is possible to find non-binary, or genderqueer, individuals, i.e., individuals whose identity does not fall under solely either male or female categories, but experience gender in a whole other way (Ben Hagai and Zurbriggen 2022:84). Not all non-binary people, however, usually identify as transgender (Darwin 2020:358). Non-binary identities may include agender individuals, i.e., people who do not experience gender, pangender individuals, i.e., people who experience a combination of different genders, genderqueer individuals, i.e., people who defy any kind of binary categorisation of gender, and individuals who have an entirely different sense of gender, identify with a third gender, or feel their gender as fluid (Ben Hagai and Zurbriggen 2022:84). These denominations should not, however, be used as definitive and unchanging labels, as people may recognise themselves in them differently and interpret them in a variety of ways (Ben Hagai and Zurbriggen 2022:84). Some think that this proliferation of labels mine the same intent of disruption of gender binarism they are meant to embody, providing newer boxes for people to categorise themselves in (Reilly-Cooper 2016). This might be a parallel to the many opinions on the variety of labels to identify one's sexuality, deemed as unnecessary, to mask hidden judgement with the freedom of doing as one pleases without useless categories. What may be failed to understand is that the disruption of gender categories overnight is both impossible and foolish, and labels are fundamental in the changing of general opinion. Society is now changing but still relies hugely on the binary male/female categorisation of gender, which is a controversial topic almost everywhere, and research on which is limited. Gender can be seen as the imposed socialisation of children based on the assumption made on the gender assigned to them at birth, female reproductive organs leading to the stereotypical role of women, male reproductive organs leading to the stereotypical role of men. But in the evolution of thought on gender seen in the past decade, understanding gender becomes a political act, and gender is connected as much to one's own sense of self, which is shaped since childhood, as to one's developing sensitivity. Gender is arguably still experienced as binary by a large number of people who may not have the tools to identify the sense of discomfort they feel in their body or in their categorisation, or the pleasure

they derive from behaviours that do not typically belong to their assigned-at-birth gender. With gender performativity, gender is shaped by a repetition of behaviours, and having pliable labels might educate in the understanding and developing of a sense of gender that does not solely rely on the stereotyped linked to the two binary male/female categories. Reilly-Cooper (2016) claims that recognising themselves as non-binary/transgender and asking non-transgender people to identify themselves as cis-gender is almost as asking cis-gender people to stay in their boxes while trans-gender people defy these boxes. What in my opinion is at fault here is the same persevering of the stereotypes linked to the binary genders: non-binarism and gender-disruption is not meant to leave women oppression in its place (Reilly-Cooper 2016), it is meant instead to explore and finally make any kind of categorisation linked to gender useless. Moreover, to link so closely masculinity and femininity to the stereotypical dynamics of oppressing/oppressed stirs some incongruencies when considering transgender men or transgender women, who are definitely men and women but arguably do not take part in these dynamics. It might be interesting to also remember that the idea of only two genders existing is not as ‘natural’ as one may believe, but on the contrary, it is a western division imposed by white colonial settlers on many indigenous people who did not share the same belief (Darwin 2020:358). One example of this is the Yoruba society, where prior to colonisation, there was no concept of gender and social roles were divided based on the individual’s age. In the transition towards such a future where gender categorisation is futile, femininity and masculinity can be emptied of oppressive features and just represent oppositional characteristics without any hierarchical connotation – if we take black and white, why is it assumed that one is bad, and the other is good? If we take man and woman, why is it assumed that one is powerful, and the other is powerless? Because the past has taught us to. But with the passing of time and new theories on gender, society can move on from these rigid schematics and reach a point where femininity, masculinity, non-binary, are all equal and possible choices, until the urge of distinguishing gender will not be necessary anymore.

Again, it is evident how language can be a means through which to express power, and how ill usage of it can be extremely harmful when erasing or distorting gender. LGBTQIA+ people, acronym for Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, Queer, Intersex and Asexual and umbrella term for individuals of non-conforming gender and sexual

identity, are a minority, and as such are not extraneous to discrimination. The way LGBTQIA+ people express their identity is encoded also in the way they speak, they write, they describe themselves, and this adds relevance to the preservation of such markings in the process of machine translation. Gender bias in MT systems thus becomes not only a problem for the oppression of women but an issue for all diverse gender identities.

3.3 Rise of new pronouns – the language void in Italian

Although transgender and non-binary identities are arguably not an invention of the 21st century – although many conservatives may like to believe so – it is only thanks to the studies of the past few decades on the topic that a change in language has been considered due in order to accommodate the identities that are emerging. This is paired with the need, in some languages, to introduce an innovative use of language, so as to cater to the whole variety of people it may refer to, without biases, without asymmetries regarding women and gender-non-conforming people, without linguistic sexism (Sulis and Gheno 2022:156). Linguistic sexism is considered the ‘linguistic manifestation’ (Sulis and Gheno 2022:156) of behaviours, prejudices, stereotypes rooted in sexism and mentality against women (Sulis and Gheno 2022:156). Times and society are changing, it may seem only right that language changes too. As Sulis and Gheno (2022) notes, the change and rebalancing in the dynamics of language is not entirely new, and reports what already Antonio Gramsci argued in his *Quaderni del carcere*: ‘every time the question of language surfaces, in one way or another, it means that a series of other problems are coming to the fore’ (Gramsci 1975 in Sulis and Gheno 2022:154). Debates on language and the observation of the unbalanced representation of genders and minorities may be a symptom for a necessity of reclaiming a voice in a patriarchal society that has kept women and gender-non-conforming people silent for too long.

The English language in this sense is considerably pliable, given its notional gender language nature: most words do not distinguish between masculine and feminine forms, and in recent years ‘they/them’ has taken on the role of a gender-neutral pronoun, used both for people who do not identify in the dichotomic genders and in order not to specify one’s gender. This overcomes the use of the ‘standard-male’ as a general

indication of people: as mentioned in Section 2.2, words such as mankind, policeman are being replaced with gender-neutral alternatives, i.e., humankind, police officer; the same is happening with the standard he/him to talk about an unspecified person. English uses an already existing pronoun, but there has been one case in which a whole new gender-neutral pronoun was introduced in a language, namely in Sweden, where to the masculine ‘han’ and the feminine ‘hon’, the neutral ‘hen’ has been added (Tavits and Pérez 2019:16782). Although people have claimed the uselessness of such a measure, studies have been conducted in order to understand the impact such a choice has had on the mass audience, and the results showed that the bias towards men had indeed decreased (Tavits and Pérez 2019:16782-3). There is in fact correlation between the language used and the attitudes generated towards the topic of which it is talked about: if using only male referents the addressee will be led to imagine a only-men scenario, gender-neutral pronouns will stimulate the salience of women and gender-non-conforming people in the utterance (Tavits and Pérez 2019:16785). The study also highlights that ‘gender-neutral language influences attitudes and beliefs about gender equality and tolerance towards LGBT individuals by decreasing the cognitive salience of male’ (Tavits and Pérez 2019:16786).

In the Italian language, which is a grammatical gender language, things are more complicated. In Italy the debate on gender and language sees a fundamental milestone in the essay *Raccomandazioni per un uso non sessista della lingua italiana* (‘Recommendations for a non-sexist use of the Italian language’, 1986), in which linguist, teacher and feminist activist Alma Sabatini provides useful guidelines for the use of feminine referents in Italian. Sabatini (1986) additionally discusses the current state of the acceptance of linguistic changes in the 1980s and the important correlation between the visibility of women in language and the gender asymmetries of the Italian language (Sulis and Gheno 2022:158). The guidelines provided regard the use of feminine version of job titles, the use of the article in front of surnames of women only or the use of their first name for female public figures, the use of the over-extended masculine form to indicate a group of people of mixed genders (Sulis and Gheno 2022:159). Sabatini suggests implementing the use of feminine job titles, referring to a mixed group of people using the feminine or masculine alternative based on the majority of people present, or even both forms, using gender neutral alternatives (‘persona’ instead of ‘uomo’) (Sulis

and Gheno 2022:159). The *Raccomandazioni* were welcomed with scepticism if not with condescension and humour, with intellectuals and the general audience considering them ‘an imposition, an attack against freedom of speech, and a waste of time’ (Sulis and Gheno 2022:159). If one has paid any attention to the current debate on language and gender, these words may sound more than familiar: it is the demonstration that changes in language are often not openly welcome. Sulis and Gheno (2022) also notes that in Italy stress is added by the memory of the linguistic policies imposed by Mussolini in the fascist period, although one should consider the considerably different matrix of such changes (Sulis and Gheno 2022:160). Similarly to what has been stated above, linguist Cecilia Robustelli has also written in favour of feminine *nomina agentis* that they can improve the representation and status of women in society, and has wondered about the reasons of such fierce resistance against forms that are at times not even new, just unusual, because unused (Robustelli 2013 in Sulis and Gheno 2022:161). Vittorio Coletti, disregarding decades of debate, has recently argued that forms such as the one suggested even by Sabatini that include both feminine and masculine alternatives, e.g., addressing a mixed group with *Buongiorno a tutte e tutti*, are redundant and priggish, and that the over-extended masculine does not ‘praise or mortify anyone’ (Coletti 2021 in Sulis and Gheno 2022:163). In the past also former President of the Republic Giorgio Napolitano has defined some feminine job titles, namely *ministra* and *sindaca*, as abhorrent, because of cacophonous reasons (Sulis and Gheno 2022:164). It may not surprise that such comments arrive from men, in an arguably condescending tone, that does little else than erase the requests of a less powerful minority and further prove the point that feminine nouns are often considered cacophonous because they have rarely been heard before (Sulis and Gheno 2022:164). The pervasiveness of sexism leads also to fearful discussion with people (men) claiming their right to resist erasure, reflecting the similar argument that feminism is an extremist movement and that moderation is key. The truth is, however, that asking for a language to be representative of someone else does not erase the representation of who was already there, as much as feminists ask for equal rights for women and men, not that men be stripped of their rights.

The debate has been often more focussed on masculine and feminine forms, but Sabatini in the 1980s had already presented the issue of referring to a mixed-gender reality without resorting to the over-extended masculine, issue that has further evolved with the

consideration of non-binary identities (Sulis and Gheno 2022:167). It is the time of inclusive language, i.e., a language that is considerate of all the individuals by whom it is used and whom it may refer to without biases and prejudice in terms of race, gender, or sexuality, that may cause discrimination. In Italian the debate is particularly heated. In the past few years many attempts have been made at introducing gender-neutral endings, namely the asterisk (*Buongiorno a tutt**), different letters (*Buongiorno a tuttx / tuttu / tutty*), different other signs (*Buongiorno a tutt_ / tutt@ / tutt'*), and the schwa (*Buongiorno a tuttə*) (Sulis and Gheno 2022:167). Unfortunately, the underlying problem that pools these solutions together is that they work very well in written language – and thanks to the internet they are also widely spread – but they are not as successful in spoken language: how do you pronounce an asterisk (Sulis and Gheno 2022:167)? The schwa is one of the most known, favourite, and object of debate of the many solutions, as it is difficult to pronounce, write (both manually and digitally), be recognised by vocal text readers, and be assimilated by people with reading impairments or processed by the elderly (Sulis and Gheno 2022:167). Most of all, the use of a schwa would need to be met by a morphological change of the entire language, a lengthy and complex process (Sulis and Gheno 2022:168). The schwa therefore is improbable to be a definite solution, although its use is spreading more and more, especially in the online world and in LGBTQIA+ communities, where it had first been introduced (Sulis and Gheno 2022:168). It seems to be catered especially to the younger generations, for whom the issue is much more pressing than for older people who may be more reluctant to language changes (Sulis and Gheno 2022:168). Nonetheless, the schwa has started to appear even in printed books – namely non-fiction books by the ‘effequ’ publishing house (Sulis and Gheno 2022:168). The growing interest in such inclusive devices has moved the location of the debate to the public (online) square, involving therefore not only linguists but also the larger audience, with the consequence of a hugely spread outrage sparking. Language purists and conservatives are predictably appalled at and resistant to what they consider just another side-effect of the ever-growing and voice-silencing political correctness (Sulis and Gheno 2022:170). On the other hand, the users of the schwa or other inclusive endings are thoroughly aware of the limitations and tentative nature of such temporary solutions (Sulis and Gheno 2022:170). Although as noted by Sulis and Gheno (2022) the focus of the debate seems to be centred more on the changes applied to the language than

to the reasons why such changes are proposed (Sulis and Gheno 2022:170), it might be a healthy sign that this debate is happening at all. As many defenders of the language like to say, changes to language happen, and are not imposed, therefore these might be the precedent of the changes that are going to be assimilated in the future. A thorough reflection of what language is and does, much more so now that it reaches people who are not generally close to these thematics, might bring about a deeper sense of conscience of how one uses the words at their disposal. As discussed extensively, culture, society and language are not watertight containers, nor do they influence each other in a one-way direction: they influence each other constantly. Lastly, to stand at the top of a hierarchy, that although in the process of being dismantled, is still standing, and cry ‘wolf’ because those who are at the bottom ask for a measure that might make them feel more part of a society seems to be mere misuse of power. In the time to come it will be interesting to observe how the debate evolves and how and whether the Italian language will change.

In this shorter chapter I have introduced the concept of gender and as the disruption of rigid gender categories has shed light on a variety of identities, namely transgender and non-binary individuals. This has led to the consideration that a change in language is in order, so as to effectively represent all members that are part of a society. In the past few decades in different countries, but more importantly for the purpose of this work in Italy, the debate over inclusive language has been growing. From advice to include women and women’s role in language to the devisement of linguistic experiments that consider non-binary individuals, the discussion is alive and fermenting and deserves attention.

CHAPTER FOUR
TRANSGENDER AND NON-BINARY IDENTITIES
IN MACHINE TRANSLATION:
A CASE STUDY

In the following chapter I am going to present a small case study on the presence of bias towards transgender and non-binary identities in machine translation. A sample of different web articles (see Appendix) is subjected to the test of different MT systems and the results are analysed, with their strengths and weaknesses. Afterwards the same texts are going to be tested against customised and improved MT systems in order to test what differences and changes may occur.

4.1 Outline

The aim of the study is to verify the presence of gender bias towards transgender and non-binary identities and the improvements that can be implemented. In order to do this, the study is articulated in more parts. The first part comprises the testing of different MT systems against a sample of ten texts found across the web on the topic of transgender and non-binary identities and health care. Later, different engines are customised, two with a glossary (Section 4.3), and two with a Translation Memory (Section 4.4).

The first MT systems considered are Google Translate, DeepL Translator, and Language Weaver. The former has been chosen because they are arguably the most widely known and popular commercial MT systems in use, while Language Weaver, owned by the major language services provider RWS, will be useful for a later comparison. All systems are neural network based and offer a variety of services. Google Translate uses its own proprietary technology Google Neural Machine Translation (Weglot 2023), but it is also accompanied by the Translate Community feature, which allows the software to be constantly improved by the contribution of its users. Moreover, Google Translate can be used for the translation of PDF and Microsoft Office files, in addition to the translation of websites, which can be also carried out in Google Chrome with the Google Translate plug-in. Finally, Google Translate supports more than 120 languages. Meanwhile, DeepL Translator may offer fewer services, but its accuracy has

been proven to be higher (Colin 2023). DeepL supports 31 languages and can also be used for the translation of PDF and Microsoft files, but does not have a website-translation feature. In turn, it gives the possibility to users to add a limited glossary in order to specify terminology, and to paying users to set a formal or informal tone to the output and enlarge the glossary, or create more. DeepL Translator was created from the online dictionary Linguee, which works as a translation memory created from parallel segments sourced from the web (Wyndham 2021). DeepL Translator often outperforms Google Translate, but while the Google giant provides a wide offer of research and data on its technology and future possibilities, DeepL Translator has managed to keep the reasons behind its success secret (Wyndham 2021). DeepL Translator, as well as Language Weaver, guarantee to paying users also the respect of the privacy of the documents and texts that are translated, without using them for further training of the system. Language Weaver also gives the possibility of translating entire documents, with much less limitations regarding their format, in addition to the possibility of creating dictionaries to customise the terminology of the translation. The MT systems used later in the experiment are powered by SYSTRAN and ModernMT. SYSTRAN is one of the oldest machine translation companies in circulation. It relies on NMT and offers service for more than 50 languages, with options to make the end product tailored to the customer's needs. It offers both the possibility of translating document files, and the possibility of choosing a domain into which to conduct the translation, in addition to a Generic baseline engine. ModernMT, when integrated into different CAT tools (MemoQ, Trados Studio, Matecat), can guarantee the comprehension of the whole document in the translation. Their latest addition is the Human-In-The-Loop feature, which supposedly changes the output based on the changes made by a human translator as the work progresses. They offer 2100 language combinations. All systems considered offer, in different kinds of subscriptions, API credentials to integrate MT technology into the user's desired application. This means that a translator can use them while using a CAT tool, e.g., Trados Studio. In this work, however, only the web translations interfaces are considered.

The language pair used in the experiment is English>Italian, with the source texts extracted from the web. The texts are ten news articles of various lengths with a similar topic, i.e., transgender and non-binary identities in health care and medical assistance. The choice has been dictated by the desire of finding these identities discussed in a natural

environment, for a topic that is hugely relevant. It has been demonstrated by various recent studies that transgender and non-binary people often experience discrimination, unawareness, or indifference when they turn to health care institutions for assistance (Carlström et al 2020:600). Hypothesising that transgender and non-binary people may refer to the internet to look for people having similar experiences has led to considering this parameter for the selection of texts. The initial analyses are not done on translations of single sentences but rather on translations of paragraphs, in order to provide the MT system with surrounding context to aid the process (see Section 2.4), although it might not always be helpful. As explained in Section 3.3, the Italian language does not as of today have a recognised and all-encompassing solution to non-binary morphological forms, i.e., not masculine nor feminine. Consequently, it is not expected that the MT output generates inclusive formulas similar to the ones seen in the previous chapter, such as asterisks, or schwas. It will therefore be analysed whether and how the assumptions made by the MT systems respect the gender of the people involved and what kind of errors might occur.

Later in the study the same texts are fed to MT systems that offer a number of varied approaches for the customisation of the output. DeepL Translator and Language Weaver are used with the addition of a glossary and dictionary, and SYSTRAN and ModernMT with the addition of a Translation Memory. For the DeepL Translator and Language Weaver glossaries, entries are created for the terms related to gender that are found to be most likely to be misgendered or entirely mistaken. For SYSTRAN and ModernMT a Translation Memory of about 20,000 words is created, based on articles on similar topics as the ones used in the test set, which are machine translated and post-edited. The changes observed are then analysed and reported, and it is considered whether the output has improved or worsened in terms of gender neutrality. The aim of this study is to tackle the complexities of transgender and non-binary identities and investigate the ways language can be bent to accommodate neutral formulas. It is also investigated how different systems can be employed in making language more inclusive even at the hands of those who may not be as very well versed in translation as linguists are.

4.2 Transgender and non-binary identities in raw MT output

For the first part of this study, 10 web news articles in English have been sourced from the internet, all related to the same topic, i.e., transgender and non-binary people and healthcare. The web news articles are chosen to report first-hand experiences of medical assistance, and medical issues, with interviews and accounts from transgender and non-binary people, so as to pool as much of a natural environment as possible. Medical reports and papers were therefore avoided. The topic reflects a relevant issue in today's society, which is the stigma transgender and non-binary people endure on their skin when they try to access basic health care services and have guidance from medical institutions. Transgender and non-binary people may often recur to the internet to solve their doubts and come across similar or totally different stories that might be helpful as well as triggering. The experiment is done thinking about people who may turn to the internet for answers, use MT systems to access information in a foreign language, and inevitably incur in content that is not curated and possibly not de-biased. In order not to cloud the MT systems with an excess of data, the news articles are manually divided into 125 paragraphs, which preserve coherence and arguably aid the outcome. The first analysis is carried out on only three baseline MT systems, i.e., Google Translate, DeepL Translator, Language Weaver, and the major characteristics of the Italian texts as compared to the English source and the other target texts are highlighted. Later, on the basis of the initial findings a glossary is built and tested on DeepL Translator and Language Weaver, and the results further analysed.

The first issue that needs to be addressed is the omnipresent relevance of gender bias, which has been extensively explored in Chapter 2. It should not be, therefore, unexpected that the translations examined count many of the biases related to job fields that have already been accounted for in the past. Often, across all paragraphs, aside from where differently specified, terms such as 'psychiatrist', 'doctor', 'healthcare provider' have been translated with their male Italian corresponding term 'dottore', 'operatore sanitario', or at least with the masculine article for 'psichiatria', which stays the same both for male or female psychiatrist. DeepL Translator, moreover, adds the feminine article 'la' in front of women specialists' surnames (Table 4.1, line 1), which, it may be recalled, is part of Sabatini's (1986) recommendations on what to avoid for gender equality in

language. Additionally, and again as it should be expected, all plurals referring to a group of mixed people are formed with masculine endings (Table 4.1, line 2). As explained in Chapter 3, the overextended masculine in Italian is a feature that is overcome with difficulties without changing the morphology of the language, and there are not widely accepted solutions yet. The overextended masculine endings do, however, offer some discrepancies with the semantics of the words involved when the translation for groups of words where the adjective ‘non-binary’ is paired with a male-referring noun: this is the case of ‘non-binary patients’ being translated ‘i pazienti non binari’ (Table 4.1, line 2).

The fact that ‘transgender’ and ‘non-binary’ are adjectives that in the texts considered very often occur in front of people had a definitive positive impact on the overall translation, as no harm was done in translating ‘transgender and non-binary people’ with ‘persone transgender e non binarie’. However, as ‘non-binary’ is always translated with an adjective, it then submits to Italian laws of morphology, causing incongruencies such as the above mentioned ‘i pazienti non-binari’, or other instances of automatic gender-assignment. This may cause the harmful consequences of misgendering, i.e., the act of addressing or referring to someone without respecting their gender identity, and maybe triggering feelings of gender dysphoria. When the English text reported ‘they became aware they identified as non-binary’, the Italian translation in all systems would make an assumption and read ‘di essersi accorta di essersi identificata come transgender, non binaria’, ‘di essersi resa conto di essere transgender e non binaria’, or ‘è diventato consapevole di aver identificato come transgender, non binario’ (Table 4.1, line 3), which undoubtedly defeats the purpose of a person identifying as non-binary. Further misgendering in terms of standard masculine endings extend to other adjectives and verbs (past participle forms) present in the texts that refer to the same non-binary people. A similar issue appears when in talking about transgender people, in a sentence such as ‘Zahad was born female at birth’, Google Translate and Language Weaver offer ‘Zahad è nata femmina/donna alla nascita’ (Table 4.1, line 4), even when later in the sentence there are male pronouns referring to Zahad.

All systems show a level of inadequacy in recognising gender-non-conforming and transition-adjacent terminology, such as the verb ‘to come out’, the pronouns ‘they/them’, the use of the ‘gender-affirming’ and ‘affirming’ adjectives, and the compound noun ‘chest binder’. In Italian these terms are often not translated or translated

with a formula that maintains the English original. ‘To come out’ in Google Translate is often translated as ‘si è dichiarato/a’ (Table 4.1, line 5), or in an instance with the literal ‘venire’ (Table 4.1, line 3), while in Language Weaver the phrase is translated as ‘uscire’ and ‘uscita’ (Table 4.1, line 3, 5). This might be more suitably substituted with the self-explanatory ‘fare coming out come’, as seen more thoroughly in the DeepL Translator output, since it has entered the Italian language and is commonly recognised. Moreover, ‘si è dichiarato/a’ still leaves space for non-binary misgendering. The pronouns ‘they/them’ (Table 4.1, line 10), when appearing in the text in this exact formulation, are translated as ‘loro/loro’, which is perfectly reasonable, but does not make sense in an Italian context and does not convey the information behind. Gender affirmation is a term that refers to the whole of steps a trans or non-binary person can take to live as their gendered self (TransHub 2021). Gender-affirming processes can involve social affirmation, legal affirmation, and medical affirmation. DeepL Translator performs very well with the adjective ‘gender-affirming’, usually presenting the translations ‘di affermazione del genere’, ‘di conferma del genere’, while Google Translate often opts to transform the adjective into a relative sentence ‘che afferma il genere’. Language Weaver presents a number of different translations, with positive instances of ‘per il rispetto del genere’ or ‘che affermi il genere’. However, both DeepL Translator and Language Weaver at times translates ‘gender-affirming care’ with ‘assistenza di genere’, which, while not being completely semantically wrong, in Italian does not have the connotation of ‘care for issues related to gender identity’ but is more used in the area of medical assistance for women. In some instances DeepL Translator and Language Weaver propose ‘per l’affermazione del sesso’ or ‘per affermare il sesso’, ‘per il rispetto del sesso’, which deviate from the original meaning. Language Weaver, additionally, in one instance simply offers a calque of the English word, such as ‘genere-afferming’ (Table 4.1, line 7). The adjective ‘affirming’ (Table 4.1, line 8), which is used in one instance as referring to a physician, fails to be translated in a way that explicits the nature of their role in aiding the gender affirmation of a patient in Google Translate and Language Weaver, which propose ‘affermato’. More correct is, instead, DeepL Translation with ‘affermativo’. Both Google Translate and DeepL Translator, nonetheless, translate ‘affirming care’ with ‘cure affermative’, which is accurate. Language Weaver, on the other hand, presents some issues in translating ‘gender affirming’, without dash in

between, producing ‘è per il genere che afferma l’assistenza’ for ‘it’s for gender affirming care’ (Table 4.1, line 17). Moreover, at times it either ignores the adjective ‘affirming’ altogether or translates it as ‘per affermare’. Lastly, ‘chest binder’ (Table 4.1, line 9), which is a piece of clothing that trans and non-binary assigned-female-at-birth people use to flatten their chest and make it more reflecting of their gender identity, is translated as ‘raccoglitore per il petto’ (Google Translate), ‘pettorale’ (DeepL Translator), or ‘pettorina’ (Language Weaver). In Italian, however, it is common to use the English word ‘binder’, without translation. This goes arguably to show a void in the Italian language of terms, phrases, formulas to talk about gender non-conforming identities.

In the translation of paragraphs including non-binary people who are described as using ‘they/them’ pronouns, the systems fail to recognise that the identity they are referring to is singular, so the output often reports the plural form ‘hanno raccontato’, ‘hanno detto’, ‘loro’ when the English ‘they said’, ‘their’ are actually used for a singular subject (Table 4.1, line 15). DeepL Translator seems to perform better in this case, as it may occasionally reprise the speaker’s name (‘ha detto Linloff’) or rightly keep the verb and pronoun in the singular form (Table 4.1, line 15, 16). This gives way to incongruent-sounding paragraphs where plural and singular forms of the verbs recur while all pointing to the same referent, a singular person. It was not expected that the translation output present a new kind of pronoun and single-handedly resolve the debated issues of neutral pronouns. Apparently, contextual clues that signalled the speaker as a single person are not clear nor processed. When non-binary people are involved, moreover, Google Translate and DeepL Translator appear to make assumptions based on what gender the name used by the person is usually assigned to, with Violette, for example, leading to the use of feminine pronouns (Table 4.1, line 6). In one case the systems seem to make an assumption based also on a profession, as a non-binary midwife is constantly referred to with feminine endings (Table 4.1, line 10). On an interesting note, nouns and adjectives that in Italian are completely gender-neutral, namely ‘giovane’, ‘adolescente’, ‘xyenne’ (to nominalise a person based on their age), often end up being gendered by the article, which may at times be avoided, as in the Language Weaver output in this case (Table 4.1, line 9).

When translating paragraphs regarding trans people, all systems presented difficulties in rightly gendering the subjects involved. In the web articles talking about

pregnancy the adjective for the English ‘pregnant’ was often translated with the feminine ending -a, i.e., ‘incinta’, even when in direct concordance with the term ‘man’: ‘pregnant man’ thus becomes ‘uomo incinta’ (Table 4.1, line 11, 12). The masculine version ‘incinto’ appears in a few cases, but only in DeepL Translator outputs, while in Google Translate and Language Weaver it never does. This is probably due to the fact that the vast majority of data used to train these systems involve only cisgender women’s pregnancies, as compared with the rarity of transgender men’s pregnancies. However, using the Italian adjective ‘incinto’ may be accompanied by backlash, as the term is sometimes listed in Italian dictionaries with the explanation that it might be a way to describe a father to be or a man that is ironically thought to be pregnant (Garzanti Linguistica 2023). In a puzzling instance (Table 4.1, line 13), in a context again regarding a trans man’s pregnancy, all systems correctly assign the masculine article in front of the man’s job title. Google Translate later in the sentence uses the feminine adjective ‘incinta’ (from ‘is eight months pregnant’) while DeepL Translator and Language Weaver use a neutral formula by saying ‘all’ottavo mese di gravidanza’ and ‘in stato di gravidanza di otto mesi’. However, in the same paragraph, when the trans man’s partner, who is a trans woman, is mentioned without any distinguishing pronouns, Google Translate translates with feminine pronouns and endings, while DeepL Translator and Language Weaver offer masculine pronouns and endings. It might be interesting to understand whether the different choices from each part are due in Google’s case to a strictly heterosexual understanding of couples, which entails that if the ‘man-position’ is filled, the other must be a woman, and to gender bias automatically skewing the results towards male in DeepL and Language Weaver. Lastly, in one instance DeepL Translator fails to translate correctly the adjective ‘female-to-male’ in the phrase ‘female-to-male transgender people’, which becomes ‘i transgender di sesso femminile e maschile’ (Table 4.1, line 14), reporting thus both an accuracy error and the harmful way to refer to transgender people as ‘i transgender’, which is an expression to be avoided. In the same line it can be noticed how the Language Weaver output shows the translation ‘trasgressori’ for ‘transgenders’, which is probably related to the unusual (and wrong) input ‘transgenders’ (Table 4.1, line 14). Language Weaver is also the only system that sometimes translates ‘trans’ as ‘trasne’. As a sidenote, all systems in some cases offer the translation ‘sesso’

for the English ‘gender’, although the terms are different and not interchangeable (Table 4.1, line 1, 7, 14).

As a last comment on this first section, it should be noted that often the source texts (including those that have not been considered in this study) may contain harmful sentences that pass onto the target text, thus being triggering both in the source language and in the target language. As explained with gender bias, the issue does not only fall on automatic AI systems but on the same society and environment that creates the training data used for such systems. The overall output of the MT systems analysed in this section is not disastrous but certainly lacks the adequacy of translating transgender and non-binary identities in detail. The systems perform well when the topic is looked at from the outside or experiences are narrated in a more neutral way that allows that neutrality to pass onto the translation. When translating first-hand experiences of non-binary and transgender people and couples, however, where different pronouns are mixed, the systems tend to perform more poorly.

In summary, the features to which most attention will be paid to in the following analyses are:

- Adequacy of translation of the terms ‘transgender’, ‘trans’, ‘non-binary’, and correlated harmful consequences;
- Over-extended masculine forms even in referring to non-binary identities;
- Random gender-assignment in the shape of articles, pronouns, word endings, to both non-binary and transgender identities and whether it proves appropriate based on surrounding contextual clues;
- Adequacy of translation of non-binary and transgender related terms, namely ‘gender affirming’, ‘affirming’, ‘to come out’, ‘chest binder’, ‘they/them pronouns’;
- Adequacy of translation of transgender pregnancy and misgendering in pregnancy-related terms.

	Source Text	Google Translate output	DeepL Translator output	Language Weaver output
1	<p>U.S. District Judge Reed O'Connor issued a permanent injunction last week against the nondiscrimination protections in the Affordable Care Act, ruling in favor of religious health care providers who said the rules would force them to perform abortions or provide gender-affirming treatment against their religious beliefs. While Gruberg expects the decision to be overturned, she said "that threat is still there."</p> <p>The report's authors also recommended that Congress and state and local governments increase funding for LGBTQ community health centers, which often fill the health care gaps that trans people face.</p>	<p>La scorsa settimana il giudice distrettuale degli Stati Uniti Reed O'Connor ha emesso un'ingiunzione permanente contro le protezioni previste dall'Affordable Care Act, pronunciandosi a favore degli operatori sanitari religiosi che hanno affermato che le regole li costringerebbero a eseguire aborti o a fornire trattamenti di affermazione di genere contro i loro religiosi credenze. Mentre Gruberg si aspetta che la decisione venga ribaltata, ha affermato che "quella minaccia è ancora lì". Gli autori del rapporto hanno anche raccomandato al Congresso e ai governi statali e locali di aumentare i finanziamenti per i centri sanitari della comunità LGBTQ, che spesso colmano le lacune sanitarie che devono affrontare le persone trans.</p>	<p>La scorsa settimana il giudice distrettuale Reed O'Connor ha emesso un'ingiunzione permanente contro le protezioni di non discriminazione previste dall'Affordable Care Act, dando ragione agli operatori sanitari religiosi che sostenevano che le norme li avrebbero costretti a praticare aborti o a fornire trattamenti per l'affermazione del sesso contro le loro convinzioni religiose. Anche se la Gruberg si aspetta che la decisione venga ribaltata, ha detto che "la minaccia è ancora presente". Gli autori del rapporto hanno anche raccomandato al Congresso e ai governi statali e locali di aumentare i finanziamenti per i centri sanitari delle comunità LGBTQ, che spesso colmano le lacune sanitarie delle persone trans.</p>	<p>STATI UNITI Il giudice distrettuale Reed o'Connor ha emesso un'ingiunzione permanente la scorsa settimana contro le tutele non discriminatorie contenute nell'Affordable Care Act, pronunciandosi a favore dei fornitori di assistenza sanitaria religiosi che hanno affermato che le regole li obbligherebbero a compiere aborti o a fornire trattamenti di genere contro le loro credenze religiose. Mentre Gruberg si aspetta che la decisione venga ribaltata, ha detto "quella minaccia è ancora lì". Gli autori del rapporto hanno anche raccomandato che il Congresso e i governi statali e locali aumentino i fondi per i centri sanitari della comunità LGBTQ, che spesso colmano i divari sanitari che le persone devono affrontare.</p>
2	<p>For nonbinary patients, seeking health care can be a painful task. When gender nonbinary patients interact with health care providers, they often feel "misunderstood, disrespected and frustrated," according to a new study.</p>	<p>Per i pazienti non binari, cercare assistenza sanitaria può essere un compito doloroso. Quando i pazienti non binari di genere interagiscono con gli operatori sanitari, spesso si sentono "fraintesi, mancati di rispetto e frustrati", secondo un nuovo studio.</p>	<p>Per i pazienti non binari, la ricerca di assistenza sanitaria può essere un compito doloroso. Secondo un nuovo studio, quando i pazienti di genere non binario interagiscono con gli operatori sanitari, spesso si sentono "incompresi, non rispettati e frustrati".</p>	<p>Per i pazienti non binari, cercare assistenza sanitaria può essere un compito doloroso. Quando i pazienti non binari di genere interagiscono con gli operatori sanitari, si sentono spesso "fraintesi, inrispettati e frustrati", secondo un nuovo studio.</p>

3	<p>Taylor Linloff, a 28-year-old from Pot Hawkesbury, who will soon be enrolled at the Nova Scotia Community College for social services, explained they became aware they identified as transgender, non-binary around 2014. "But I didn't come out officially until 2021, on a bigger scale. It took me a long time to figure out exactly where in the non-binary, transgender umbrella I was, and I figured out I was genderless, non-binary specifically around 2016," Linloff told /The Reporter/. "I lived slightly under the radar, only going by they/them pronouns online and I changed my gender marker in about 2020."</p>	<p>Taylor Linloff, una 28enne di Pot Hawkesbury, che presto sarà iscritta al Nova Scotia Community College for social services, ha spiegato di essersi accorta di essersi identificata come transgender, non binaria intorno al 2014. "Ma non sono venuta ufficialmente fino al 2021, su scala più ampia. Mi ci è voluto molto tempo per capire esattamente dove mi trovassi nell'ombrello non binario e transgender, e ho capito di essere senza genere, non binario in particolare intorno al 2016", ha detto Linloff a /The Reporter/. "Ho vissuto leggermente sotto il radar, usando solo loro / loro pronomi online e ho cambiato il mio indicatore di genere intorno al 2020."</p>	<p>Taylor Linloff, 28enne di Pot Hawkesbury, che presto si iscriverà al Nova Scotia Community College per i servizi sociali, ha spiegato di essersi resa conto di essere transgender e non binaria intorno al 2014. "Ma non ho fatto coming out ufficiale fino al 2021, su scala più ampia. Mi ci è voluto molto tempo per capire esattamente in quale punto dell'ombrello non-binario e transgender mi trovassi, e ho capito di essere senza genere, non-binario, in particolare intorno al 2016", ha detto Linloff a /The Reporter/. "Ho vissuto un po' sottotraccia, usando solo i pronomi "loro"/"loro" online e ho cambiato il mio marcatore di genere nel 2020 circa".</p>	<p>Taylor Lolloff, un 28 anni di Pot Hawkesbury, che presto si iscrisse al Nova Scotia Community College per i servizi sociali, ha spiegato che è diventato consapevole di aver identificato come transgender, non binario intorno al 2014. "Ma non sono uscito ufficialmente fino al 2021, su scala più ampia. Mi ci è voluto molto tempo per capire esattamente dove mi trovavo nell'ombrello non binario e transgender, e ho capito che ero senza genere, non binario in particolare intorno al 2016", ha detto Linloff /The Reporter/. "Ho vissuto leggermente sotto il radar, andando solo da loro pronomi online e ho cambiato il mio marcatore di sesso in circa 2020."</p>
4	<p>"Time brought us together. It's been three years. Like my dream of being a mother, his dream of being a father." Zahad was born a female at birth, and his partner, who is undergoing a male-to-female transition, paused the transition process last year to be able to become parents. For the sex-transition surgery, doctors had removed the breasts but not the reproductive organs and so the couple has been able to conceive normally.</p>	<p>"Il tempo ci ha uniti. Sono passati tre anni. Come il mio sogno di essere madre, il suo sogno di essere padre." Zahad è nata femmina alla nascita e la sua compagna, che sta attraversando una transizione da maschio a femmina, l'anno scorso ha interrotto il processo di transizione per poter diventare genitori. Per l'operazione di transizione sessuale, i medici avevano rimosso i seni ma non gli organi riproduttivi e così la coppia ha potuto concepire normalmente.</p>	<p>"Il tempo ci ha fatto incontrare. Sono passati tre anni. Come il mio sogno di essere madre, il suo sogno di essere padre". Zahad è nato femmina alla nascita e il suo compagno, che si sta sottoponendo a una transizione da maschio a femmina, ha interrotto il processo di transizione l'anno scorso per poter diventare genitori. Per l'intervento di transizione sessuale, i medici hanno rimosso i seni ma non gli organi riproduttivi e quindi la coppia ha potuto concepire normalmente.</p>	<p>"Il tempo ci ha riuniti. Sono passati tre anni. Come il mio sogno di essere madre, il suo sogno di essere padre." Zahad è nata una donna alla nascita, e il suo partner, che sta attraversando una transizione da maschio a femmina, ha interrotto il processo di transizione lo scorso anno per poter diventare genitori. Per la chirurgia sessuale-transizione, i medici avevano rimosso i seni, ma non gli organi riproduttivi e così la coppia è stata in grado di concepire normalmente.</p>

5	<p>“After I came out as non-binary, the most glaring thing to me, when you go to the hospital, you get those wristbands, to identify you and for some reason they still require to list you as male or female,” they said. “Even though my gender marker on my legal identification is X, so I look down at this gender marker and think that’s not right.”</p>	<p>"Dopo che mi sono dichiarato non binario, la cosa più lampante per me, quando vai in ospedale, ricevi quei braccialetti, per identificarti e per qualche motivo richiedono ancora di elencarti come maschio o femmina", hanno detto . "Anche se il mio indicatore di genere sulla mia identificazione legale è X, quindi guardo questo indicatore di genere e penso che non sia giusto."</p>	<p>"Dopo il mio coming out come non-binario, la cosa più evidente per me è che quando vai in ospedale, ti danno quei braccialetti per identificarti e per qualche motivo richiedono ancora che tu sia maschio o femmina", hanno detto. "Anche se il mio segno di genere sulla mia identificazione legale è X, guardo questo segno di genere e penso che non sia giusto".</p>	<p>“Dopo che sono uscito come non binario, la cosa più eclatante per me, quando si va in ospedale, si ottiene quei braccialetti, per identificarti e per qualche motivo hanno ancora bisogno di elencare voi come maschio o femmina”, hanno detto. “Anche se il mio indicatore di genere sulla mia identificazione legale è X, quindi guardo in basso questo indicatore di genere e penso che non sia giusto”.</p>
6	<p>Violette Skye, 42, an activist in Salem, Oregon, who was born intersex and identifies as gender nonbinary, said doctors forced them to go on testosterone. “Most doctors operate within the binary and only see people as either male or female,” said Skye, an advisory committee member for the Intersex and Genderqueer Recognition Project, a nonbinary advocacy group in Fremont, California. “My body rejected testosterone for the decades that I was on it.”</p>	<p>Violette Skye, 42 anni, un'attivista di Salem, Oregon, nata intersessuale e identificata come genere non binario, ha detto che i medici le hanno costrette a prendere il testosterone. "La maggior parte dei medici opera all'interno del binario e vede le persone solo come maschi o femmine", ha affermato Skye, membro del comitato consultivo per l'Intersex and Genderqueer Recognition Project, un gruppo di difesa non binario a Fremont, in California. "Il mio corpo ha rifiutato il testosterone per i decenni in cui ci sono stato."</p>	<p>Violette Skye, 42 anni, attivista di Salem, Oregon, nata intersessuale e identificata come genere non binario, ha raccontato che i medici l'hanno costretta ad assumere testosterone. "La maggior parte dei medici opera all'interno di un sistema binario e vede le persone solo come maschi o femmine", ha detto Skye, membro del comitato consultivo dell'Intersex and Genderqueer Recognition Project, un gruppo di difesa del genere non binario di Fremont, in California. "Il mio corpo ha rifiutato il testosterone per decenni".</p>	<p>Violette Skye, 42 anni, un attivista a Salem, Oregon, che è nato intersex e si identifica come il sesso non binario, ha detto i medici costretti ad andare sul testosterone. “La maggior parte dei medici opera all’interno del binario e vede le persone solo come maschi o femmine”, ha affermato Skye, membro di un comitato consultivo per il progetto Intersex and Genderqueer Recognition, un gruppo di advocacy non binario a Fremont, California. “Il mio corpo ha rifiutato il testosterone per i decenni in cui ero su di esso”.</p>
7	<p>Gender-affirming care is essential to trans and non-binary people’s health and well-being. Research has consistently found that gender-affirming medical care significantly improves the mental health and</p>	<p>L'assistenza che afferma il genere è essenziale per la salute e il benessere delle persone trans e non binarie. La ricerca ha costantemente scoperto che l'assistenza medica che afferma il genere migliora significativamente la</p>	<p>L'assistenza di genere è essenziale per la salute e il benessere delle persone trans e non binarie. Le ricerche hanno costantemente dimostrato che le cure mediche che confermano il genere migliorano</p>	<p>Un’assistenza che affermi il genere è essenziale per la salute e il benessere delle persone trans e non binarie. La ricerca ha costantemente trovato che l'assistenza medica di genere-afferming migliora</p>

	<p>quality of life of trans and non-binary people. Based on a large survey of trans and non-binary people in Ontario, members of our Trans PULSE Canada research team found that having access to all desired gender-affirming medical care reduced suicidal ideation by 62 per cent.</p>	<p>salute mentale e la qualità della vita delle persone trans e non binarie. Sulla base di un ampio sondaggio tra persone trans e non binarie in Ontario, i membri del nostro team di ricerca Trans PULSE Canada hanno scoperto che l'accesso a tutte le cure mediche desiderate che affermano il genere ha ridotto l'ideazione suicidaria del 62%.</p>	<p>significativamente la salute mentale e la qualità della vita delle persone trans e non binarie. Sulla base di un'ampia indagine condotta su persone trans e non binarie dell'Ontario, i membri del nostro team di ricerca Trans PULSE Canada hanno scoperto che l'accesso a tutte le cure mediche di conferma del genere desiderate riduce del 62% l'ideazione di suicidio.</p>	<p>significativamente la salute mentale e la qualità di vita delle persone trans e non-binary. Sulla base di un ampio sondaggio di persone trans e non-binary in Ontario, i membri del nostro team di ricerca Trans PULSE Canada hanno scoperto che avere accesso a tutte le cure mediche desiderate per affermare il sesso ha ridotto l'ideazione suicida del 62 per cento.</p>
8	<p>Groves was connected with an affirming primary care physician through the Knights and Orchids Society, a grassroots organization in Selma, Alabama, led by Black trans people. He drives about 4½ hours from his home in Jackson, Mississippi, to Auburn, Alabama, when he needs care. Although groups like the Knights and Orchids Society have provided what Groves described as “life-changing” support, he said it’s ultimately up to the medical system and society to address pervasive issues like discrimination.</p>	<p>Groves era in contatto con un affermato medico di base attraverso la Knights and Orchids Society, un'organizzazione di base a Selma, in Alabama, guidata da persone trans nere. Guida per circa 4 ore e mezza da casa sua a Jackson, Mississippi, ad Auburn, Alabama, quando ha bisogno di cure. Sebbene gruppi come la Knights and Orchids Society abbiano fornito quello che Groves ha descritto come supporto "che cambia la vita", ha affermato che alla fine spetta al sistema medico e alla società affrontare questioni pervasive come la discriminazione.</p>	<p>Groves è stato messo in contatto con un medico di base affermativo attraverso la Knights and Orchids Society, un'organizzazione di base a Selma, in Alabama, guidata da persone trans nere. Quando ha bisogno di cure, guida per circa 4 ore e mezza da casa sua a Jackson, Mississippi, fino ad Auburn, Alabama. Sebbene gruppi come la Knights and Orchids Society abbiano fornito un sostegno che ha cambiato la sua vita, Groves ha detto che in ultima analisi spetta al sistema medico e alla società affrontare problemi diffusi come la discriminazione.</p>	<p>Il Grove è stato collegato con un medico di base affermato attraverso la Knights and Orchids Society, un'organizzazione di base a Selma, Alabama, guidata dal Black Trans People. Guida circa 4½ ore dalla sua casa a Jackson, Mississippi, ad Auburn, Alabama, quando ha bisogno di cure. Anche se gruppi come la Knights and Orchids Society hanno fornito ciò che gli Grove hanno descritto come un sostegno “in grado di cambiare la vita”, ha affermato che alla fine spetta al sistema medico e alla società affrontare questioni pervasive come la discriminazione.</p>
9	<p>When 19-year-old Kam Brooks was admitted to a behavioral health care facility in Sanford, Florida, after having suicidal thoughts, a nurse following her usual procedure asked the teen to remove personal items,</p>	<p>Quando la diciannovenne Kam Brooks è stata ricoverata in una struttura di assistenza sanitaria comportamentale a Sanford, in Florida, dopo aver avuto pensieri suicidi, un'infermiera seguendo la sua</p>	<p>Quando la diciannovenne Kam Brooks è stata ricoverata in una struttura sanitaria di Sanford, in Florida, dopo aver avuto pensieri suicidi, un'infermiera, seguendo la procedura abituale, ha chiesto</p>	<p>Quando Kam Brooks di 19 anni è stato ammesso in una struttura di assistenza sanitaria comportamentale a Sanford, Florida, dopo aver avuto pensieri suicidari, un'infermiera seguendo la sua procedura abituale ha</p>

	<p>including a bra. “It’s a chest binder, not a bra,” Brooks, who identifies as neither male nor female but as gender nonbinary, responded before changing into a long-sleeve shirt and gray sweatpants. During another interaction at the same facility, Aspire Health Partners, a nonprofit that caters to low-income patients, a counselor asked if Brooks was "male or female." This question, Brooks lamented, ignored the possibility that someone could identify as neither — or as somewhere in between.</p>	<p>solita procedura ha chiesto all'adolescente di rimuovere oggetti personali, incluso un reggiseno. "È un raccogliore per il petto, non un reggiseno", ha risposto Brooks, che non si identifica né come maschio né femmina ma come genere non binario, prima di trasformarsi in una camicia a maniche lunghe e pantaloni della tuta grigi. Durante un'altra interazione presso la stessa struttura, Aspire Health Partners, un'organizzazione no profit che si rivolge a pazienti a basso reddito, un consulente ha chiesto se Brooks fosse "maschio o femmina". Questa domanda, si lamentava Brooks, ignorava la possibilità che qualcuno potesse identificarsi come nessuno dei due o come una via di mezzo.</p>	<p>all'adolescente di togliersi gli oggetti personali, compreso il reggiseno. "È un pettorale, non un reggiseno", ha risposto Brooks, che non si identifica né come maschio né come femmina ma come genere non binario, prima di cambiarsi con una maglietta a maniche lunghe e pantaloni grigi della tuta. Durante un'altra interazione presso la stessa struttura, Aspire Health Partners, un'organizzazione no-profit che si rivolge a pazienti a basso reddito, un consulente ha chiesto se Brooks fosse "maschio o femmina". Questa domanda, ha lamentato Brooks, ignorava la possibilità che qualcuno potesse identificarsi come nessuno dei due, o come una via di mezzo.</p>	<p>chiesto all'adolescente di rimuovere oggetti personali, compreso un reggiseno. “È un pettorina, non un reggiseno”, Brooks, che non si identifica né come maschio né come femmina, ma come genere non binario, ha risposto prima di passare a una camicia a maniche lunghe e a pantaloni felpati grigi. Durante un'altra interazione nella stessa struttura, Aspire Health Partners, un'organizzazione no-profit che si rivolge a pazienti a basso reddito, un consulente ha chiesto se Brooks fosse "maschio o femmina". Questa domanda, lamentata da Brooks, ignorava la possibilità che qualcuno potesse identificarsi come nessuno — o come un posto nel mezzo.</p>
10	<p>According to a small 2014 study published by the American College of Obstetricians and Gynecologists, 22 percent of trans and nonbinary people said they chose to give birth at home with the assistance of a midwife or doula. Overall, just 1.36 percent of births in the U.S. were outside of hospitals in 2012, according to the Centers for Disease Control and Prevention. Jasper Moon, a midwife in Portland, Oregon, who is nonbinary and uses “they” and “them” pronouns, is four</p>	<p>Secondo un piccolo studio del 2014 pubblicato dall'American College of Obstetricians and Gynecologists, il 22% delle persone trans e non binarie ha dichiarato di aver scelto di partorire a casa con l'assistenza di un'ostetrica o di una doula. Complessivamente, solo l'1,36% delle nascite negli Stati Uniti è avvenuto al di fuori degli ospedali nel 2012, secondo i Centers for Disease Control and Prevention. Jasper Moon, un'ostetrica di Portland, Oregon, che non è binaria e usa i</p>	<p>Secondo un piccolo studio del 2014 pubblicato dall'American College of Obstetricians and Gynecologists, il 22% delle persone trans e non binarie ha dichiarato di aver scelto di partorire in casa con l'assistenza di un'ostetrica o di una doula. In generale, secondo i Centers for Disease Control and Prevention, nel 2012 solo l'1,36% delle nascite negli Stati Uniti è avvenuto al di fuori degli ospedali. Jasper Moon, un'ostetrica di Portland, Oregon, che è non binaria e usa i pronomi “loro” e</p>	<p>Secondo un piccolo studio del 2014 pubblicato dall'American College of Obstetricians and Gynecologists, il 22% delle persone trans e non binary ha detto di aver scelto di partorire a casa con l'assistenza di un'ostetrica o di una doula. In generale, solo il 1,36 per cento delle nascite negli Stati Uniti erano al di fuori degli ospedali nel 2012, secondo i Centri per il controllo e la prevenzione delle malattie. Jasper Moon, un'ostetrica a Portland, Oregon, che è non binaria e utilizza pronomi “loro” e “loro”,</p>

	months pregnant and plans to give birth at home with the assistance of midwives. “They know me really well, I know them really well, I trust them, and everything goes appropriately because I don’t have random newcomers like I would at a hospital birth,” Moon said.	pronomi "loro" e "loro" , è incinta di quattro mesi e intende partorire a casa con l'assistenza delle ostetriche. "Mi conoscono molto bene, li conosco molto bene, mi fido di loro e tutto va in modo appropriato perché non ho nuovi arrivati casuali come farei con un parto in ospedale", ha detto Moon.	"loro" , è incinta di quattro mesi e intende partorire in casa con l'assistenza delle ostetriche. "Loro mi conoscono molto bene, io conosco loro molto bene, mi fido di loro e tutto si svolge in modo appropriato perché non ci sono nuovi arrivati a caso come in un parto in ospedale", ha detto Moon.	è in gravidanza da quattro mesi e prevede di partorire a casa con l'aiuto delle ostetriche. “Mi conoscono molto bene, li conosco molto bene, mi fido di loro, e tutto va bene perché non ho dei nuovi arrivati casuali come se fossi alla nascita di un ospedale”, ha detto Moon.
11	But doctors, nurses and medical office staff are still adjusting to the idea that those who are pregnant may not identify as women . Transgender and nonbinary people describe gaps in medical professionals’ understanding ranging from an ultrasound technician calling them by the wrong name to doctors who tell them hormone therapy probably ruined their fertility. The consequences can be dire. A recently published case study described a transgender man who went to an emergency room with severe abdominal pain — but doctors were slow to realize that he was pregnant and in danger. The man delivered a stillborn baby several hours later.	Ma medici, infermieri e personale degli studi medici si stanno ancora adattando all'idea che coloro che sono incinte potrebbero non identificarsi come donne . Le persone transgender e non binarie descrivono lacune nella comprensione dei professionisti medici che vanno da un tecnico ecografico che li chiama con il nome sbagliato a medici che dicono loro che la terapia ormonale probabilmente ha rovinato la loro fertilità. Le conseguenze possono essere terribili. Un caso di studio pubblicato di recente ha descritto un uomo transgender che è andato al pronto soccorso con un forte dolore addominale, ma i medici hanno tardato a rendersi conto che era incinta e in pericolo. L'uomo ha partorito un bambino nato morto diverse ore dopo.	Ma medici, infermieri e personale medico si stanno ancora adattando all'idea che chi è incinta potrebbe non identificarsi come donna . Le persone transgender e non binarie descrivono lacune nella comprensione da parte dei medici, che vanno da un ecografista che le chiama con il nome sbagliato a medici che dicono loro che la terapia ormonale ha probabilmente rovinato la loro fertilità. Le conseguenze possono essere terribili. Un caso di studio pubblicato di recente descrive un uomo transgender che si è recato al pronto soccorso con forti dolori addominali, ma i medici hanno tardato a capire che era incinta e in pericolo. L'uomo ha partorito un bambino nato morto alcune ore dopo.	Ma medici, infermieri e personale medico stanno ancora adattandosi all'idea che coloro che sono incinta non possono identificarsi come donne . Le persone transgender e non binarie descrivono lacune nella comprensione dei professionisti medici che vanno da un tecnico degli ultrasuoni che li chiama con un nome sbagliato a medici che dicono loro la terapia ormonale probabilmente ha rovinato la loro fertilità. Le conseguenze possono essere terribili. Un case study pubblicato di recente ha descritto un uomo transgender che è andato in un pronto soccorso con dolore addominale grave — ma i medici erano lenti a rendersi conto che era incinta e in pericolo. L'uomo consegnò un bambino ancora nato diverse ore dopo.
12	Blurred lines: A pregnant man's tragedy tests gender notions. A	Linee sfocate: la tragedia di un uomo incinta mette alla prova le nozioni di	Linee confuse: La tragedia di un uomo incinto mette alla prova le	Linee sfocate: La tragedia di un uomo incinta mette alla prova le

	transgender man delivered a stillborn baby, drawing attention to larger issues about assigning labels and making assumptions in health care.	genere. Un uomo transgender ha partorito un bambino nato morto, attirando l'attenzione su questioni più ampie sull'assegnazione di etichette e sulla formulazione di ipotesi nell'assistenza sanitaria.	nozioni di genere. Un uomo transgender ha partorito un bambino nato morto, richiamando l'attenzione su questioni più ampie riguardanti l'assegnazione di etichette e la formulazione di ipotesi nell'assistenza sanitaria.	nozioni di genere. Un uomo transgender ha fornito un bambino stillborn, attirando l'attenzione sulle questioni più grandi circa l'assegnazione delle etichette e fare le ipotesi nell'assistenza sanitaria.
13	New Delhi: As a first case in India, a trans man from Kerala is expecting a baby, to be born in March. Zahad, an accountant from Thiruvananthapuram is eight months pregnant and preparing for the arrival of his partner Ziya . The couple has been together for three years now, and after the birth plans to carry on gender-affirming care. As far as we know this is India's first trans man pregnancy," Ziya, a professional classical dancer, wrote in an Instagram post, sharing snippets of their pregnancy photoshoot.	Nuova Delhi: come primo caso in India, un uomo trans del Kerala aspetta un bambino, che nascerà a marzo. Zahad, un contabile di Thiruvananthapuram è incinta di otto mesi e si sta preparando per l'arrivo della sua compagna Ziya . La coppia sta insieme da tre anni ormai, e dopo il parto ha in programma di continuare a prendersi cura dell'affermazione di genere. Per quanto ne sappiamo, questa è la prima gravidanza di un uomo trans in India", ha scritto Ziya, una ballerina classica professionista, in un post su Instagram, condividendo frammenti del loro servizio fotografico di gravidanza.	Nuova Delhi: come primo caso in India, un uomo trans del Kerala aspetta un bambino, che nascerà a marzo. Zahad, un contabile di Thiruvananthapuram, è all'ottavo mese di gravidanza e si sta preparando all'arrivo del suo compagno Ziya . La coppia sta insieme da tre anni e, dopo il parto, ha intenzione di continuare a praticare l'assistenza di genere. Per quanto ne sappiamo, questa è la prima gravidanza di un uomo trans in India", ha scritto Ziya, ballerino classico professionista, in un post su Instagram, condividendo frammenti del servizio fotografico della gravidanza.	Nuova Delhi: Come primo caso in India, un uomo trans dal Kerala si aspetta un bambino, per essere nato nel mese di marzo. Zahad, un ragioniere di Thiruvananthapuram è in stato di gravidanza di otto mesi e si prepara all'arrivo del suo partner Ziya . La coppia è stata insieme da tre anni, e dopo la nascita piani per continuare a sostenere il sesso di assistenza. Per quanto sappiamo questa è la prima gravidanza trans man dell'India," Ziya, un ballerino classico professionista, ha scritto in un post Instagram, condividendo frammenti della loro gravidanza photoshoot.
14	Pregnancy and childbirth are always associated with women. However, people of all genders who have a uterus can get pregnant and give birth to babies. But most transgender people giving birth are those born with a uterus — transgender men, non-binary people, gender fluid people , genderqueer people, two-	La gravidanza e il parto sono sempre associati alle donne. Tuttavia, le persone di tutti i sessi che hanno un utero possono rimanere incinte e dare alla luce bambini. Ma la maggior parte delle persone transgender che partoriscono sono quelle nate con un utero: uomini transgender, persone non binarie, persone gender fluid ,	La gravidanza e il parto sono sempre associati alle donne. Tuttavia, le persone di tutti i generi che hanno un utero possono rimanere incinte e dare alla luce dei bambini. Ma la maggior parte delle persone transgender che partoriscono sono quelle nate con un utero: uomini transgender, persone non binarie, persone gender fluid ,	La gravidanza e il parto sono sempre associati alle donne. Tuttavia, le persone di tutti i generi che hanno un utero possono rimanere incinte e partorire i bambini. Ma la maggior parte delle persone transgender che partoriscono sono quelle nate con un utero — uomini transgender, persone non binarie, persone di sesso fluido ,

	<p>spirit people, and others with uteruses who do not identify as women. According to health professionals, it is a misconception that taking testosterone will make transgenders “sterile” and potentially unable to conceive. A recent study that researched female-to-male transgender people receiving in-vitro fertilization found that egg quality and quantity were similar between transgender men and cisgender women. While taking testosterone, ovulation may stop but egg reserves continue to be there. So, if a transgender man stops taking his testosterone, his menstrual cycle often returns, reportedly within about six months.</p>	<p>persone genderqueer, persone con due spiriti e altri con uteri che non si identificano come donne. Secondo gli operatori sanitari, è un'idea sbagliata che l'assunzione di testosterone renda i transgender "sterili" e potenzialmente incapaci di concepire. Un recente studio che ha studiato le persone transgender da femmina a maschio che ricevono la fecondazione in vitro ha rilevato che la qualità e la quantità delle uova erano simili tra uomini transgender e donne cisgender. Durante l'assunzione di testosterone, l'ovulazione può interrompersi ma le riserve di uova continuano ad essere presenti. Quindi, se un uomo transgender smette di prendere il suo testosterone, il suo ciclo mestruale spesso ritorna, secondo quanto riferito entro circa sei mesi.</p>	<p>persone genderqueer, persone a due spiriti e altre persone con utero che non si identificano come donne. Secondo i professionisti della salute, è un'idea sbagliata che l'assunzione di testosterone renda i transgender "sterili" e potenzialmente incapaci di concepire. Un recente studio che ha analizzato i transgender di sesso femminile e maschile sottoposti a fecondazione in vitro ha rilevato che la qualità e la quantità degli ovuli erano simili tra gli uomini transgender e le donne cisgender. Durante l'assunzione di testosterone, l'ovulazione può interrompersi, ma le riserve di ovuli continuano a essere presenti. Quindi, se un uomo transgender interrompe l'assunzione di testosterone, il ciclo mestruale spesso ritorna, secondo quanto riferito, entro circa sei mesi.</p>	<p>persone di genere, persone di due spiriti, ed altri con uteri che non si identificano come donne. Secondo i professionisti della salute, è un'idea sbagliata che prendere il testosterone renderà i trasgressori "sterili" e potenzialmente incapaci di concepire. Un recente studio condotto su persone transgender da donna a maschio che ricevevano fecondazione in vitro ha rilevato che la qualità e la quantità delle uova erano simili tra gli uomini transgender e le donne cisgender. Durante l'assunzione di testosterone, l'ovulazione può smettere, ma le riserve di uova continuano ad essere lì. Così, se un uomo transgender smette di prendere il suo testosterone, il suo ciclo mestruale ritorna spesso, secondo quanto riferito entro circa sei mesi.</p>
15	<p>For three years, Jesse Brace avoided getting care for their seizures after they experienced discrimination at an emergency room near their home in Lawrence, Kansas, in 2017. They said they told the staff that they are transgender and nonbinary, that their name is different from their legal name and that they use gender-neutral pronouns. “They refused to even so much as acknowledge this information, and not only did they</p>	<p>Per tre anni, Jesse Brace ha evitato di farsi curare per le crisi epilettiche dopo aver subito discriminazioni in un pronto soccorso vicino a casa loro a Lawrence, Kansas, nel 2017. Hanno detto di aver detto allo staff che sono transgender e non binari, che il loro nome è diverso da il loro nome legale e che usano pronomi neutri rispetto al genere. "Si sono rifiutati anche solo di riconoscere queste informazioni, e non solo non</p>	<p>Per tre anni, Jesse Brace ha evitato di farsi curare per le sue crisi epilettiche dopo aver subito discriminazioni in un pronto soccorso vicino alla sua casa di Lawrence, in Kansas, nel 2017. Hanno raccontato di aver detto al personale che sono transgender e non binarie, che il loro nome è diverso da quello legale e che usano pronomi di genere neutro. "Si sono rifiutati anche solo di riconoscere questa informazione e non</p>	<p>Per tre anni, Jesse Brace ha evitato di prendersi cura dei loro sequestri dopo aver sperimentato la discriminazione in un pronto soccorso vicino alla loro casa a Lawrence, Kansas, nel 2017. Hanno detto che hanno detto al personale che sono transgender e non binari, che il loro nome è diverso dal loro nome legale e che usano pronomi neutri al genere. “Si sono rifiutati di riconoscere queste informazioni, e</p>

	not use [my pronouns], but they also sent me home without treating me for what I went in for," said Brace, 25. When they tried to get care elsewhere after that, they said , they had similar experiences, so they avoided care entirely.	hanno usato [i miei pronomi], ma mi hanno anche mandato a casa senza curarmi per quello per cui ero andato", ha detto Brace, 25 anni. dopo aver ricevuto cure altrove, hanno detto, hanno avuto esperienze simili, quindi hanno evitato completamente le cure.	solo non hanno usato [i miei pronomi], ma mi hanno anche mandato a casa senza curarmi per quello per cui ero entrato", ha detto Brace, 25 anni. Quando hanno cercato di farsi curare altrove, hanno raccontato, hanno avuto esperienze simili, quindi hanno evitato del tutto le cure.	non solo non hanno usato [i miei pronomi], ma mi hanno anche mandato a casa senza trattarmi per quello che ho fatto io", ha detto Brace, 25. Quando hanno cercato di ottenere assistenza altrove, hanno detto, hanno avuto esperienze simili, in modo da hanno evitato completamente la cura.
16	There's not an option for individuals to list a pronoun to be identified by so that medical professionals in the health care system can identify patients correctly, said Linloff. "A lot of it is just ignorance," they said . "Because it's so ingrained in our culture to be polite with ma'am, mister, and miss." When asked on how the province is doing on access to primary health care services for the LGBTQ2+ community, Linloff said the majority of services are centralized in Halifax.	Non c'è un'opzione per le persone di elencare un pronome da identificare in modo che i professionisti medici del sistema sanitario possano identificare correttamente i pazienti, ha affermato Linloff. "Molto è solo ignoranza", hanno detto . "Perché è così radicato nella nostra cultura essere educati con la signora, il signore e la signorina." Alla domanda su come sta andando la provincia per quanto riguarda l'accesso ai servizi di assistenza sanitaria di base per la comunità LGBTQ2+, Linloff ha affermato che la maggior parte dei servizi è centralizzata ad Halifax.	Non c'è un'opzione che permetta alle persone di indicare un pronome con cui essere identificate, in modo che i professionisti del sistema sanitario possano identificare correttamente i pazienti, ha detto Linloff. "In gran parte si tratta solo di ignoranza", ha detto Linloff . "Perché è così radicato nella nostra cultura essere educati con signora, signore e signorina". Quando gli è stato chiesto come si sta comportando la provincia per quanto riguarda l'accesso ai servizi di assistenza sanitaria primaria per la comunità LGBTQ2+, Linloff ha risposto che la maggior parte dei servizi è centralizzata ad Halifax.	Non esiste un'opzione per gli individui di elencare un pronome da identificare in modo che i medici del sistema sanitario possano identificare i pazienti correttamente, ha detto Lilloff. "Molto è solo ignoranza", hanno detto . "Perché è così radicato nella nostra cultura essere educati con ma'am, mister e miss." Alla domanda su come la provincia sta facendo sull'accesso ai servizi sanitari primari per la comunità LGBTQ2+, Lilloff ha detto che la maggior parte dei servizi sono centralizzati a Halifax.
17	"Even though it's for gender affirming care," they said. "The fact that it's viewed as voluntary care, or aesthetic care, is disheartening because Trans-affirming health care saves lives." Thankfully, for Linloff, the surgery they are seeking is available in Nova Scotia. A study of	"Anche se è per la cura che afferma il genere ", hanno detto. "Il fatto che sia visto come cure volontarie, o cure estetiche, è scoraggiante perché l'assistenza sanitaria trans-affermata salva vite". Per fortuna, per Linloff, l'intervento che stanno cercando è disponibile in Nuova Scozia. Uno	"Anche se si tratta di cure per l'affermazione del genere ", hanno detto. "Il fatto che sia considerata un'assistenza volontaria o estetica è scoraggiante perché l'assistenza sanitaria per l'affermazione del genere salva delle vite". Fortunatamente, per i Linloff, l'intervento che stanno	"Anche se è per il genere che afferma l'assistenza ", hanno detto. "Il fatto che venga visto come un'assistenza volontaria, o un'assistenza estetica, è scoraggiante perché l'assistenza sanitaria trans-affermante salva vite umane". Fortunatamente, per Lilloff,

	<p>this magnitude looking at the experiences of Trans and Queer young adults accessing primary health care, means everything to Linloff.</p>	<p>studio di questa portata che esamina le esperienze dei giovani adulti trans e queer che accedono all'assistenza sanitaria di base, significa tutto per Linloff.</p>	<p>cercando è disponibile in Nuova Scozia. Uno studio di questa portata che esamina le esperienze dei giovani adulti trans e queer che accedono all'assistenza sanitaria di base, significa tutto per Linloff.</p>	<p>l'intervento chirurgico che stanno cercando è disponibile in Nuova Scozia. Uno studio di questa grandezza guardando le esperienze dei giovani adulti Trans e Queer che accedono all'assistenza sanitaria di base, significa tutto a Lilloff.</p>
--	--	--	--	---

Table 4.1 Transgender and non-binary identities in raw MT output in Google Translate, DeepL Translator and Language Weaver.

4.3 Debiasing the system: DeepL glossaries and Language Weaver dictionaries

This following part of the work involves the option available in DeepL Translator and Language Weaver for creating a glossary and adjusting the translation of the web news articles observed in the previous section. Both systems offer to paying users complete data encryption and privacy protection of the texts that are submitted for translation, so that no third party can access them or use them as training data. They also offer the possibility of creating a glossary in order to influence the translation of the system according to the user's wishes. This feature is used to create a glossary with the terms that according to the findings of the previous section are likely to generate problematic translations. Figure 4.1 and 4.2 shows the interfaces of DeepL Translator with an active Glossary and Language Weaver with the Dictionary. It can be noticed that in DeepL Translator the terms influenced by the glossary are formatted in blue to show the change.

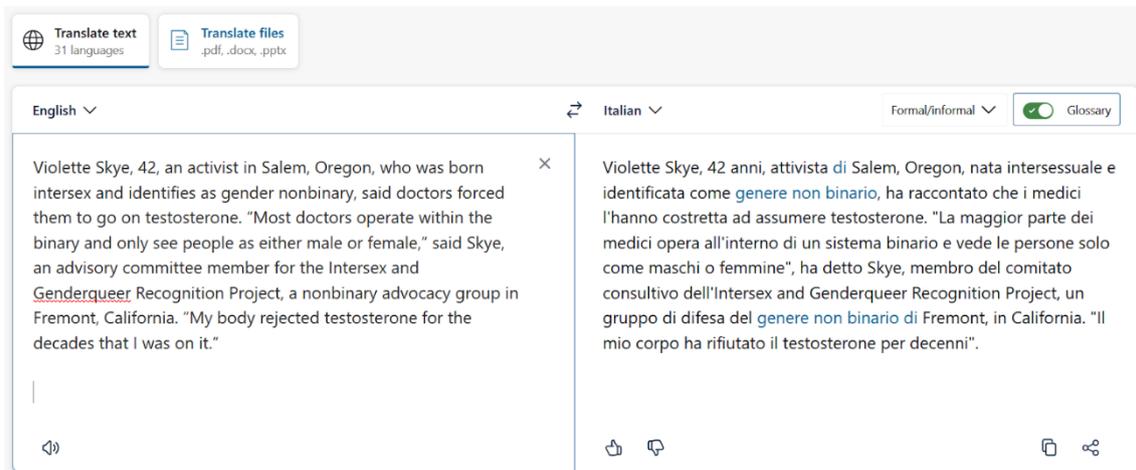


Figure 4.1 DeepL Translator interface with active glossary



Figure 4.2 Language Weaver with active Dictionary

In Table 4.2 the entries for the glossary are reported. In order to avoid misgendering issues, gender-neutral phrases are proposed, which may be longer than a single adjective/noun but could prevent unfortunate mistakes. The glossary does not provide a gender-neutral alternative for every single noun possible but the choices are limited to what will supposedly be more likely to refer to transgender and non-binary identities. Different spellings for ‘non-binary’ and ‘gender-affirming’ are included in order not to miss any. Neither DeepL Translator nor Language Weaver offer the possibility of specifying what part of speech the entries are, and no entry can be the same as another. Therefore the choices made reflect this constraint, by entering the Italian ‘persona transgender’/‘persona trans’ for the English ‘transgender’/‘trans’ in order to catch all possible instances where the target text might benefit from the addition. The list is not the original since few re-adjustments were required: as a matter of fact, entries were added or deleted in the course of the work in order to cover more terms that could have caused a biased translation output.

English	Italian
adult	persona adulta
affirming	affermativo
assigned female at birth	a cui è stato assegnato il genere femminile alla nascita
assigned male at birth	a cui è stato assegnato il genere maschile alla nascita
born	alla nascita
chest binder	binder
female-to-male	FtM
gender	genere
gender affirming	per l’affermazione di genere
gender-affirming	per l’affermazione di genere
male-to-female	MtF
non-binary	di genere non binario
nonbinary	di genere non binario
patient	persona in cura

pregnant	in stato di gravidanza
teen	in età adolescente
they/them	i pronomi neutri they/them
to come out	fare coming out
to get pregnant	concepire
trans	persona trans
trans man	uomo trans
trans woman	donna trans
transgender	persona transgender
transgender man	uomo transgender
transgender woman	donna transgender
was born	alla nascita
young adult	giovane persona adulta
youth	persone giovani

Table 4.2 Entries for the DeepL glossary and Language Weaver dictionary

Generally, DeepL Translator seems to perform much better than Language Weaver in terms of accuracy, with the latter sometimes reporting the English output without translating it. DeepL Translator also is able to integrate more effectively the suggestions from the glossary with its translation output. The major weakness of Language Weaver and its dictionary feature is, in fact, that it seemingly limits itself to replacing the source language term with the target language term suggested by the dictionary without inflecting it or interacting with the context. This leads to plural versions of the terms being completely ignored by the system, since they have not been entered as a possible source language term, and repetitions in the case the target language entry has some words that are also in the surrounding context (Table 4.3 line 1, 7). For example, the terms ‘trans’ and ‘transgender’ were set to be translated with ‘persona trans’ and ‘persona transgender’, in order to offer a valid translation for all instances of these terms. Therefore, for the English term ‘transgender’, DeepL Translator inflects the word in the plural, and if there is already ‘person’ or ‘people’ present, the system offers the single form ‘persone transgender’. On the other hand, Language Weaver behaves in such

a way as to translate ‘trans(gender) people’ with phrases of the kind of ‘le persone di persona trans(gender)’, ‘le persone persona trans(gender)’, ‘persone provenienti da persona trans(gender)’ (Table 4.3 line 1). Additionally, with ‘transgender patients’, it may even present the translation ‘pazienti affetti da persona transgender’ (Table 4.3 line 19).

The limitations of Language Weaver also entail that ‘patients’ (plural) are never translated as ‘persone in cura’ but simply as ‘pazienti’. This furthers the problem of having ‘pazienti’ (m.) being ‘non-binary’, which is a contradiction in itself (Table 4.3 line 3). Conversely, DeepL Translator displays a pattern when two different terms are set to be translated as ‘persona *x*’ and ‘persona *y*’, according to which one attribute is erased: ‘non-binary patients’ becomes ‘persone di genere non binario’ (Table 4.3 line 3). Similarly, the same problem occurred for ‘transgender patients’, occurs for ‘nonbinary patients’, with Language Weaver reporting ‘pazienti affetti da di genere non binario’ (Table 4.3, line 10). This has led to the decision of introducing the specifications of entries such as ‘transgender man’, set to be translated as ‘uomo transgender’. In fact, when the glossary counted only the entry ‘transgender’ – ‘persona transgender’, DeepL Translator would always present in the output ‘persone transgender’ even when the input reported ‘transgender men’ (Table 4.3 line 4). In the same line it can be observed again as the plural form of ‘man’ is ignored, leading to the non-sensical translation ‘gli uomini di persona transgender’. Language Weaver, moreover, seems not to be able to distinguish the grammatical gender of words, given that ‘The 32-year-old patient’ is translated as ‘Il 32-year-old persona in cura’, with the masculine article ‘il’, probably intended for ‘paziente’ (m.), used in front of the feminine noun ‘persona’ (Table 4.3 line 4). Language Weaver appears to perform better with the adjective ‘gender-affirming’, although there have been some instances where the output reports ‘per per l’affermazione di genere Care’ for ‘gender-affirming care’ (Table 4.3 line 2). Its rigidity also allowed ‘chest binder’ to be translated as ‘binder’ alone, while DeepL Translator added ‘per il petto’ (Table 4.3 line 5). However, in the previous sentence the same rigidity produced ‘ha chiesto al in età adolescente’ for ‘asked the teen’ (Table 4.3 line 5).

Both systems, as expected, present a gendered output when referring to a non-binary person, and Italian verbs in the plural when translating singular ‘they’ sentences. This cannot be avoided by any glossary or dictionary, as it is connected to the same morphology of the language. Even if words ending in schwa (ə) were inserted,

morphological endings would not be comprehensive and become a source of further misgendering. Translations such as ‘persone adulte’, ‘persone giovani’, ‘giovani persone adulte’, ‘persona in cura’ however, were partially successful, although lengthy, turns of phrases to preserve the gender-neutrality of the people objects of the considered texts (Table 4.3 line 7, 13, 18). The addition of the term ‘minor’ – ‘di età minorenne’ was considered but discarded, since it would also impact the noun ‘minority’ (‘minoranza’). Before reaching the definitive list of terms, moreover, paragraphs were tested with the inclusion of the term ‘to be born’ – ‘essere alla nascita’, which produced in DeepL Translator the gender-neutral (and not entirely grammatically sound) ‘che è alla nascita intersessuale’. This preserved the gender-neutrality of the non-binary person the verb referred to but was discarded in favour of ‘was born’- ‘alla nascita’, since it also produced ‘che sarà alla nascita’ for ‘who will be born’. Therefore, with the definitive list the sentence reports the feminine ‘nata’ and ‘identificata’ (Table 4.3, line 8). In Language Weaver, instead, the gender-neutrality was preserved, even though there are gaps in the grammaticality of the sentence. Line 6 displays that both systems integrated well the entry ‘they/them’ – ‘i pronomi neutri they/them’, although Language Weaver still presents some gaps in the translation of ‘gender’ as ‘genere’, as shown in the same line (Table 4.5, line 6). The rigidity of Language Weaver again impacts positively the output when DeepL offers ‘gli individui che si identificano come non binari’ instead of ‘come di genere non binario’ (Table 4.3, line 9). In one instance the entry ‘patient’ – ‘persona in cura’, however, produced the smile-inducing sentence ‘siate persone in cura’ / ‘basta essere persona in cura’, because neither system allowed adjectives and nouns to be distinguished in the glossary or dictionary (Table 4.3, line 14).

Adding the terms ‘pregnant’ – ‘in stato di gravidanza’ and ‘to get pregnant’ – ‘concepire’ has had a positive impact on the overall output, without the mixed presence of ‘incinta’ and ‘incinto’, and on the neutralisation of some sentences, such as ‘those who are pregnant may not identify as women’ (Table 4.3, line 16) However, some issues remain with the translation of the gender of the partners involved (Table 4.3 line 11, 15). It leaves to wonder if this is at the core of DeepL Translator’s translation of ‘male-to-female’ with ‘FtM’, which is incorrect (Table 4.3, line 11). The translation with such an acronym appears to be an issue for DeepL Translator, which in a later paragraph reports MtF for male/female (Table 4.3, line 17). DeepL Translator, also, when ‘transgender

woman’ was added, proceeded to translate in one instance ‘cisgender women’ with ‘donne transgender’ (Table 4.3 line 12). There are nonetheless some clashes between ‘pregnant’ and ‘to get pregnant’, which led to some weirdly sounding translations such as ‘siamo rimasti in stato di gravidanza’ and ‘abbiamo ottenuto in stato di gravidanza’. (Table 4.3 line 15).

Overall, the DeepL Translator output conditioned by the glossary is slightly improved and preserves a high level of accuracy, although it still makes ‘assumptions’ at times. Language Weaver, on the other hand, systematically replaces the entries with the forced translation, but does not integrate it into the context, which penalises the global output. At times it may be a good thing (‘male-to-female’ translated with the appropriate ‘MtF’), but it mostly hinders the rendition. What would probably be beneficial to both systems is the possibility of distinguishing the part-of-speech category of the entries for the glossary and dictionary, in order to avoid mistakes such as ‘be patient’ translated as ‘siate persone in cura’. It could not be possible to make the whole translation gender-neutral, because, as mentioned, the problem is related to the morphology of the language and goes beyond the capabilities of a glossary.

	Source text	DeepL glossary	Language Weaver dictionary
1	In 2019, we surveyed nearly 3,000 trans and non-binary people from across Canada. We found that only 55 per cent of participants from Ontario had a primary care provider with whom they were comfortable discussing their gender. Furthermore, 42 per cent of Ontario participants had at least one unmet health care need in the past year. In comparison, less than seven per cent of the general population said the same in 2019. The closure of the Connect-Clinic is likely to make accessing health care even harder for trans and non-binary people.	Nel 2019 abbiamo intervistato quasi 3.000 persone trans e di genere non binario di tutto il Canada. Abbiamo scoperto che solo il 55% dei partecipanti dell'Ontario aveva un fornitore di cure primarie con cui si sentiva a proprio agio a parlare del proprio genere. Inoltre, il 42% dei partecipanti dell'Ontario ha avuto almeno un bisogno di assistenza sanitaria non soddisfatto nell'ultimo anno. In confronto, meno del sette per cento della popolazione generale ha detto lo stesso nel 2019. La chiusura della Connect-Clinic renderà probabilmente ancora più difficile l'accesso all'assistenza sanitaria per le persone trans e di genere non binario.	Nel 2019, abbiamo condotto un sondaggio su circa 3.000 persone provenienti da persona trans e di genere non binario provenienti da tutto il Canada. Abbiamo scoperto che solo il 55 per cento dei partecipanti dell'Ontario aveva un fornitore di cure primarie con il quale si sentivano a proprio agio a discutere del loro sesso. Inoltre, il 42 per cento dei partecipanti all'Ontario ha avuto almeno un bisogno di assistenza sanitaria insoddisfatto nell'ultimo anno. In confronto, meno del sette per cento della popolazione generale ha detto lo stesso nel 2019. La chiusura della Connect-Clinic renderà molto più difficile l'accesso all'assistenza sanitaria per le persone persona trans e di genere non binario.
2	Other medical providers, such as those providing addiction medicine, were given an exemption from the physician services agreement. That exemption allows them to continue to be paid the same amount for virtual and in-person appointments. Considering the unique needs of trans and non-binary patients, gender-affirming care must be provided the same exemption. Addiction medicine and gender-affirming care both require specialized expertise and non-stigmatizing providers that are not always available to patients locally. Maintaining the previous billing rates for virtual visits is essential to enable the Connect-Clinic and other clinics to continue providing vital gender-affirming care for trans and non-binary people in Ontario.	Ad altri medici, come quelli che si occupano di medicina delle dipendenze, è stata concessa un'esenzione dall'accordo sui servizi medici. Tale esenzione consente loro di continuare a essere pagati allo stesso modo per gli appuntamenti virtuali e di persona. Considerando le esigenze uniche delle persone trans e di genere non binario, le cure per l'affermazione di genere devono godere della stessa esenzione. La medicina delle dipendenze e le cure per l'affermazione di genere richiedono entrambe competenze specialistiche e fornitori non stigmatizzanti che non sempre sono disponibili per le persone in cura a livello locale. Il mantenimento delle precedenti tariffe di fatturazione per le visite virtuali è essenziale per consentire alla Connect-Clinic e ad altre cliniche di continuare a fornire cure vitali per l'affermazione di	Ad altri fornitori di servizi medici, come quelli che forniscono medicinali per tossicodipendenza, è stata concessa un'esenzione dall'accordo sui servizi medici. Tale esenzione consente loro di continuare a pagare lo stesso importo per gli appuntamenti virtuali e di persona. Considerando le esigenze specifiche dei pazienti con persona trans e di genere non binario, è necessario concedere la stessa esenzione per per l'affermazione di genere Care . La medicina della dipendenza e la cura di per l'affermazione di genere entrambi richiedono l'esperienza specializzata e fornitori non stigmatizzanti che non sono sempre disponibili per i pazienti a livello locale. Mantenere le precedenti tariffe di fatturazione per le visite virtuali è essenziale per consentire alla Connect-Clinic e ad altre cliniche di continuare a fornire assistenza per

		genere alle persone trans e di genere non binario in Ontario.	l'affermazione di genere vitale per le persone persona trans e di genere non binario in Ontario.
3	For nonbinary patients , seeking health care can be a painful task. When gender nonbinary patients interact with health care providers, they often feel "misunderstood, disrespected and frustrated," according to a new study.	Per le persone di genere non binario , la ricerca di assistenza sanitaria può essere un compito doloroso. Secondo un nuovo studio, quando le persone di genere non binario interagiscono con gli operatori sanitari, spesso si sentono "incomprese, non rispettate e frustrate".	Per i pazienti di di genere non binario , cercare assistenza sanitaria può essere un compito doloroso. Quando i pazienti di sesso di genere non binario interagiscono con gli operatori sanitari, si sentono spesso "fraintesi, inrispettati e frustrati", secondo un nuovo studio.
4	Transgender men , who are considered female at birth but who identify as male, may or may not be using masculinizing hormones or have had surgical alterations, such as womb removal. The 32-year-old patient told the nurse he was transgender when he arrived at the emergency room and his electronic medical record listed him as male. He hadn't had a period in several years and had been taking testosterone, a hormone that has masculinizing effects and can decrease ovulation and menstruation. But he quit taking the hormone and blood pressure medication after he lost insurance.	Gli uomini transgender , che sono considerati femmine alla nascita ma che si identificano come maschi, possono usare o meno ormoni masculinizzanti o hanno subito alterazioni chirurgiche, come la rimozione dell'utero. La persona in cura, di 32 anni , ha detto all'infermiera di essere una persona transgender quando è arrivata al pronto soccorso e la sua cartella clinica elettronica lo riportava come maschio. Non aveva avuto mestruazioni da diversi anni e stava assumendo testosterone, un ormone che ha effetti masculinizzanti e può ridurre l'ovulazione e le mestruazioni. Ma ha smesso di prendere l'ormone e i farmaci per la pressione sanguigna dopo aver perso l'assicurazione.	Gli uomini di persona transgender , che sono considerati femmine alla nascita ma che si identificano come maschi, possono o non possono usare ormoni masculinizzanti o avere avuto alterazioni chirurgiche, come la rimozione dell'utero. Il 32-year-old persona in cura ha detto all'infermiera che era persona transgender quando è arrivato al pronto soccorso e la sua cartella medica elettronica lo ha elencato come maschio. Non aveva avuto un periodo in diversi anni ed aveva preso il testosterone, un ormone che ha effetti masculinizzanti e può diminuire l'ovulazione e le mestruazioni. Ma ha smesso di prendere l'ormone e la pressione sanguigna farmaci dopo aver perso l'assicurazione.
5	When 19-year-old Kam Brooks was admitted to a behavioral health care facility in Sanford, Florida, after having suicidal thoughts, a nurse following her usual procedure asked the teen to remove personal items, including a bra. "It's a chest binder , not a bra," Brooks, who identifies as neither male nor female but as gender nonbinary, responded before changing into a long-sleeve shirt and gray sweatpants. During another interaction at the same facility, Aspire Health	Quando Kam Brooks, 19 anni, è stato ricoverato in una struttura sanitaria di Sanford, in Florida, dopo aver avuto pensieri suicidi, un'infermiera che seguiva la procedura abituale ha chiesto all'adolescente di togliersi gli oggetti personali, tra cui il reggiseno. "È un binder per il petto , non un reggiseno", ha risposto Brooks, che non si identifica né come maschio né come femmina ma come genere non binario, prima di cambiarsi con una camicia a maniche lunghe e pantaloni grigi	Quando Kam Brooks di 19 anni è stato ammesso in una struttura di assistenza sanitaria comportamentale a Sanford, Florida, dopo aver avuto pensieri suicidari, un'infermiera seguendo la sua procedura abituale ha chiesto al in età adolescente di rimuovere oggetti personali, compreso un reggiseno. "È un binder , non un reggiseno", Brooks, che non si identifica né come maschio né come femmina, ma come di genere non binario di genere, ha risposto prima di passare a una

	Partners, a nonprofit that caters to low-income patients, a counselor asked if Brooks was "male or female." This question, Brooks lamented, ignored the possibility that someone could identify as neither — or as somewhere in between.	della tuta. Durante un'altra interazione presso la stessa struttura, Aspire Health Partners, un'organizzazione no-profit che si rivolge a persone a basso reddito, un consulente ha chiesto se Brooks fosse "maschio o femmina". Questa domanda, ha lamentato Brooks, ignorava la possibilità che qualcuno potesse identificarsi come nessuno dei due, o come una via di mezzo.	camicia a maniche lunghe e a pantaloni felpa grigi. Durante un'altra interazione nella stessa struttura, Aspire Health Partners, un'organizzazione no-profit che si rivolge a pazienti a basso reddito, un consulente ha chiesto se Brooks fosse "maschio o femmina". Questa domanda, lamentata da Brooks, ignorava la possibilità che qualcuno potesse identificarsi come nessuno — o come un posto nel mezzo.
6	"I went with the lesser of two evils and decided to portray myself as a man," said Brooks, who had been struggling with gender dysphoria, a conflict between a person's gender assigned at birth and the gender with which they identify. "I didn't want to re-educate them on the correct terminology," Brooks added. "I just wanted to get out of there." Brooks, who was assigned female at birth and uses they/them pronouns , was eventually put on a list of female patients by the nursing staff and repeatedly referred to as a girl.	"Ho scelto il male minore e ho deciso di ritrarmi come uomo", ha detto Brooks, che ha lottato contro la disforia di genere, un conflitto tra il genere assegnato alla nascita e quello con cui una persona si identifica. "Non volevo rieducarli alla terminologia corretta", ha aggiunto Brooks. "Volevo solo andarmene da lì". Brooks, a cui è stato assegnato il genere femminile alla nascita e che usa i pronomi neutri they/them , alla fine è stato inserito dal personale infermieristico in una lista di persone in cura e ripetutamente indicato come una ragazza.	"Sono andato con il minore dei due mali e ho deciso di ritrarre me stesso come un uomo", ha detto Brooks, che aveva lottato con la disforia di genere, un conflitto tra il sesso di una persona assegnato alla nascita e il sesso con cui si identificano. "Non volevo rieducarli sulla terminologia corretta", ha aggiunto Brooks. "Volevo solo uscire di lì". Brooks, che era a cui è stato assegnato il genere femminile alla nascita e che usa i pronomi i pronomi neutri they/them , è stato infine messo in una lista di pazienti femminili dal personale infermieristico e ripetutamente indicato come una ragazza.
7	A recent study in the journal LGBT Health found Brooks' experience is not uncommon among nonbinary patients. The report, conducted by researchers at San Francisco State University and Columbia University, found nearly all nonbinary participants surveyed reported encountering health care providers who did not provide gender-affirming or inclusive care. "Participants felt that providers — even those with training in transgender care — lack the knowledge, training and experience to provide them with the health care they need," the report's authors, James E. Lykens and Allen J. LeBlanc of SFSU and Walter	Secondo un recente studio pubblicato sulla rivista LGBT Health, l'esperienza di Brooks non è rara tra le persone di genere non binario. Il rapporto, condotto da ricercatori della San Francisco State University e della Columbia University, ha rilevato che quasi tutti i partecipanti di genere non binario intervistati hanno riferito di essersi imbattuti in fornitori di assistenza sanitaria che non fornivano cure per l'affermazione di genere o inclusive. "I partecipanti hanno ritenuto che gli operatori, anche quelli con una formazione in materia di persone transgender , non abbiano le conoscenze, la formazione e l'esperienza necessarie per fornire	Un recente studio sulla rivista LGBT Health ha trovato l'esperienza di Brooks non è raro tra i pazienti di genere non binario. Il rapporto, condotto da ricercatori della San Francisco state University e della Columbia University, ha rilevato che quasi tutti i partecipanti al sondaggio di genere non binario hanno riferito di incontrare fornitori di assistenza sanitaria che non fornivano assistenza per l'affermazione di genere o inclusiva. "I partecipanti hanno ritenuto che i fornitori, anche quelli che hanno una formazione in persona transgender Care , non avessero le conoscenze, la formazione e l'esperienza necessarie per fornire loro l'assistenza

	O. Bockting of Columbia, concluded. Genderqueer and nonbinary " young adults in our study often felt misunderstood, disrespected and frustrated as they sought and received health care."	loro l'assistenza sanitaria di cui hanno bisogno", hanno concluso gli autori del rapporto, James E. Lykens e Allen J. LeBlanc della SFSU e Walter O. Bockting della Columbia. Le giovani persone di genere non binario adulte del nostro studio si sono sentite spesso incomprese, non rispettate e frustrate mentre cercavano e ricevevano assistenza sanitaria".	sanitaria di cui hanno bisogno", hanno concluso gli autori del rapporto, James E. Lykens e Allen J. LeBlanc della SFSU e Walter O. Bockting della Columbia. Genderqueer e di genere non binario " i giovani adulti nel nostro studio si sentivano spesso fraintesi, inrispettati e frustrati mentre cercavano e ricevevano assistenza sanitaria."
8	Violette Skye, 42, an activist in Salem, Oregon, who was born intersex and identifies as gender nonbinary, said doctors forced them to go on testosterone. "Most doctors operate within the binary and only see people as either male or female," said Skye, an advisory committee member for the Intersex and Genderqueer Recognition Project, a nonbinary advocacy group in Fremont, California. "My body rejected testosterone for the decades that I was on it."	Definitive: Violette Skye, 42 anni, attivista di Salem, Oregon, nata intersessuale e identificata come genere non binario, ha raccontato che i medici l'hanno costretta ad assumere testosterone. "La maggior parte dei medici opera all'interno di un sistema binario e vede le persone solo come maschi o femmine", ha detto Skye, membro del comitato consultivo dell'Intersex and Genderqueer Recognition Project, un gruppo di difesa del genere non binario di Fremont, in California. "Il mio corpo ha rifiutato il testosterone per decenni". // With to be born – essere alla nascita Violette Skye, 42 anni, attivista di Salem, Oregon, che è alla nascita intersessuale e si identifica come genere non binario, ha detto che i medici li hanno costretti ad assumere testosterone. "La maggior parte dei medici opera all'interno di un sistema binario e vede le persone solo come maschi o femmine", ha detto Skye, membro del comitato consultivo dell'Intersex and Genderqueer Recognition Project, un gruppo di difesa del genere non binario di Fremont, in California. "Il mio corpo ha rifiutato il testosterone per decenni".	Violette Skye, 42 anni, un attivista a Salem, Oregon, che alla nascita intersex e identifica come sesso di genere non binario , ha detto i medici costretti ad andare sul testosterone. "La maggior parte dei medici opera all'interno del binario e vede le persone solo come maschi o femmine", ha affermato Skye, un membro del comitato consultivo per il progetto di riconoscimento intersessuale e geneista, un gruppo di advocacy di genere non binario a Fremont, California. "Il mio corpo ha rifiutato il testosterone per i decenni in cui ero su di esso".
9	Individuals who identify as nonbinary or genderqueer (another term used to describe those who identify as neither exclusively male nor	Gli individui che si identificano come non binari o genderqueer (un altro termine usato per descrivere coloro che non si identificano né	Secondo Lykens, LeBlanc e Bockting, gli individui che si identificano come di genere non binario o Genderqueer (un altro termine usato per descrivere

	<p>female) are a "substantial and growing subgroup of the gender nonconforming community," according to Lykens, LeBlanc and Bockting. In a 2017 survey published by the LGBTQ media advocacy group GLAAD, 12 percent of respondents between 18 and 34 identified with a gender identity other than the one they were assigned at birth. Three percent of those surveyed identified as "agender"; 3 percent as "gender fluid"; 2 percent as "transgender"; 2 percent as "unsure/questioning"; 1 percent as "bigender"; and 1 percent as "genderqueer." While the specific term "nonbinary" was not one of the options, a number of the other terms would fall under the nonbinary umbrella.</p>	<p>esclusivamente come maschi né come femmine) sono un "sottogruppo sostanziale e in crescita della comunità di genere non conforme", secondo Lykens, LeBlanc e Bockting. In un sondaggio del 2017 pubblicato dal gruppo di difesa dei media LGBTQ GLAAD, il 12% degli intervistati tra i 18 e i 34 anni si è identificato con un'identità di genere diversa da quella assegnata alla nascita. Il 3% degli intervistati si è identificato come "agender"; il 3% come "gender fluid"; il 2% come "transgender"; il 2% come "incerto/interrogativo"; l'1% come "bigender"; e l'1% come "genderqueer". Anche se il termine specifico "non binario" non era tra le opzioni, alcuni degli altri termini rientrano nel genere non binario.</p>	<p>coloro che si identificano non esclusivamente come uomini o donne) sono un "sottogruppo sostanziale e crescente della comunità non conforme al genere". In un'indagine del 2017 pubblicata dal gruppo LGBTQ media advocacy GLAAD, il 12% degli intervistati tra il 18 e il 34 ha identificato un'identità di genere diversa da quella assegnata alla nascita. Il tre per cento degli intervistati ha identificato come "agender"; il 3 per cento come "Gender Fluid"; il 2 per cento come "persona transgender"; il 2 per cento come "incerto/interrogativo"; il 1 per cento come "bigender" e il 1 per cento come "genderqueer". Mentre il termine specifico "di genere non binario" non era una delle opzioni, alcuni degli altri termini ricadrebbero sotto l'ombrello di di genere non binario.</p>
10	<p>In their report, Lykens, LeBlanc and Bockting recommended that health forms "be inclusive and affirmative of a range of gender identities and expressions"; that providers receive more training in order to "establish a higher level of gender literacy and competence" to better serve nonbinary patients; and that providers "avoid assumptions" about patients' gender identity and "ask open-ended questions" to "encourage them to relate their unique experiences of identity and health."</p>	<p>Nel loro rapporto, Lykens, LeBlanc e Bockting raccomandano che i moduli sanitari "siano inclusivi e affermativi di una gamma di identità ed espressioni di genere"; che gli operatori ricevano una maggiore formazione per "stabilire un livello più alto di alfabetizzazione e competenza di genere" per servire meglio le persone di genere non binario; e che gli operatori "evitino le supposizioni" sull'identità di genere dei pazienti e "facciano domande aperte" per "incoraggiarli a raccontare le loro esperienze uniche di identità e salute".</p>	<p>Nel loro rapporto, Lykens, LeBlanc e Bockting hanno raccomandato che le forme sanitarie "siano inclusive e affermative di una serie di identità ed espressioni di genere"; che i fornitori ricevano una maggiore formazione al fine di "stabilire un livello più elevato di alfabetizzazione e competenza di genere" per servire meglio i pazienti affetti da di genere non binario; e che i fornitori "evitino ipotesi" sull'identità di genere dei pazienti e "pongano domande aperte" per "incoraggiarli a relazionare le loro esperienze uniche di identità e salute".</p>
11	<p>"Time brought us together. It's been three years. Like my dream of being a mother, his dream of being a father." Zahad was born a female at birth, and his partner, who is undergoing a male-to-female transition, paused the transition process last year to be able to become parents. For the</p>	<p>"Il tempo ci ha fatto incontrare. Sono passati tre anni. Come il mio sogno di essere madre, il suo sogno di essere padre". Zahad è nato femmina alla nascita e il suo compagno, che si sta sottoponendo a una transizione FtM, ha interrotto il processo di transizione l'anno scorso per poter diventare</p>	<p>"Il tempo ci ha riuniti. Sono passati tre anni. Come il mio sogno di essere madre, il suo sogno di essere padre." Zahad alla nascita, una donna alla nascita, e il suo partner, che sta subendo una transizione MtF, ha messo in pausa il processo di transizione lo scorso anno per poter diventare genitori. Per la</p>

	sex-transition surgery, doctors had removed the breasts but not the reproductive organs and so the couple has been able to conceive normally.	genitori. Per l'intervento di transizione sessuale, i medici hanno rimosso i seni ma non gli organi riproduttivi e quindi la coppia ha potuto concepire normalmente.	chirurgia sessuale-transizione, i medici avevano rimosso i seni, ma non gli organi riproduttivi e così la coppia è stata in grado di concepire normalmente.
12	Pregnancy and childbirth are always associated with women. However, people of all genders who have a uterus can get pregnant and give birth to babies. But most transgender people giving birth are those born with a uterus — transgender men, non-binary people, gender fluid people, genderqueer people, two-spirit people, and others with uteruses who do not identify as women. According to health professionals, it is a misconception that taking testosterone will make transgenders “sterile” and potentially unable to conceive. A recent study that researched female-to-male transgender people receiving in-vitro fertilization found that egg quality and quantity were similar between transgender men and cisgender women . While taking testosterone, ovulation may stop but egg reserves continue to be there. So, if a transgender man stops taking his testosterone, his menstrual cycle often returns, reportedly within about six months.	La gravidanza e il parto sono sempre associati alle donne. Tuttavia, le persone di ogni genere che hanno un utero possono concepire e dare alla luce bambini. Ma la maggior parte delle persone transgender che partoriscono sono quelle alla nascita con un utero: uomini transgender, persone di genere non binario, persone gender fluid, persone genderqueer, persone two-spirit e altre persone con utero che non si identificano come donne. Secondo i professionisti della salute, è un'idea sbagliata che l'assunzione di testosterone renda le persone transgender "sterili" e potenzialmente incapaci di concepire. Un recente studio condotto su persone transgender FtM sottoposte a fecondazione in vitro ha rilevato che la qualità e la quantità degli ovuli erano simili tra gli uomini transgender e le donne transgender . Durante l'assunzione di testosterone, l'ovulazione può interrompersi, ma le riserve di ovuli continuano a essere presenti. Quindi, se una persona transgender smette di assumere testosterone, spesso il ciclo mestruale ritorna, secondo quanto riferito, entro circa sei mesi.	La gravidanza e il parto sono sempre associati alle donne. Tuttavia, le persone di tutti i generi che hanno un utero possono ottenere in stato di gravidanza e dare alla luce i bambini. Ma la maggior parte delle persone di persona transgender che partoriscono sono quelle alla nascita con un utero — uomini di persona transgender, persone di genere non binario, persone di sesso fluido, persone di genere, persone di due spiriti, ed altri con uteri che non si identificano come donne. Secondo i professionisti della salute, è un'idea sbagliata che prendere il testosterone renderà i trasgressori "sterili" e potenzialmente incapaci di concepire. Un recente studio condotto su persone FtM persona transgender che ricevevano fecondazione in vitro ha rilevato che la qualità e la quantità delle uova erano simili tra gli uomini persona transgender e le donne cisgender . Durante l'assunzione di testosterone, l'ovulazione può smettere, ma le riserve di uova continuano ad essere lì. Così, se un uomo transgender smette di prendere il suo testosterone, il suo ciclo mestruale spesso ritorna, secondo quanto riferito entro circa sei mesi.
13	StFX study examines health care experiences of Trans and Queer adults .	Lo studio StFX esamina le esperienze di assistenza sanitaria delle persone trans e queer adulte .	Lo studio StFX esamina le esperienze di assistenza sanitaria degli adulti di persona trans e Queer.
14	And for people who are just figuring out who they truly are, Linloff said that is a journey. “You are more than what other people think of you; your experiences are valid, your identity, who you are	Per le persone che stanno scoprendo chi sono veramente, Linloff ha detto che si tratta di un viaggio. "Voi siete più di quello che gli altri pensano di voi; le vostre esperienze sono valide, la	E per le persone che sono solo capire chi sono veramente, Linloff ha detto che è un viaggio. "Sei più di quello che altri pensano di te; le tue esperienze sono valide, la tua identità, chi sei è così

	is so important and don't let fear of the medical system, or the fear of stigma, impact what your potential is," they added. "Just be patient , and enjoy the ride."	vostra identità, chi siete è così importante e non lasciate che la paura del sistema medico, o la paura dello stigma, influisca su quello che è il vostro potenziale", ha aggiunto. "Siate persone in cura e godetevi il viaggio".	importante e non lascia che la paura del sistema medico, o la paura dello stigma, influenzino il tuo potenziale", hanno aggiunto. "Basta essere persona in cura e godersi la corsa."
15	When Jay Thomas, 33, decided he wanted to get pregnant in 2016, he spoke to his physician. Thomas, a cook who lives in Louisville, Kentucky, explained to his doctor that he and his wife, Jamie Brewster, 33, a bank employee , are both transgender, and that he had been on testosterone for more than two years. The physician said Thomas had likely gone through early menopause, and that if they were able to conceive at all, he would have to go off the hormone for at least 18 months. But none of that turned out to be true, according to Thomas, who gave birth to the couple's son Dorian, 2, less than a year after that doctor's appointment. " We got pregnant in three months," Thomas said.	Quando nel 2016 Jay Thomas, 33 anni, ha deciso di voler concepire un figlio, ha parlato con il suo medico. Thomas, un cuoco che vive a Louisville, nel Kentucky, ha spiegato al medico che lui e sua moglie, Jamie Brewster, 33 anni, impiegata in banca , sono entrambi persone transgender e che lui assumeva testosterone da più di due anni. Il medico disse che Thomas era probabilmente entrato in menopausa precoce e che, se fossero riusciti a concepire, avrebbe dovuto sospendere l'ormone per almeno 18 mesi. Ma nulla di tutto ciò si è rivelato vero, secondo Thomas, che ha dato alla luce il figlio della coppia, Dorian, di 2 anni, meno di un anno dopo la visita medica. " Siamo rimasti in stato di gravidanza in tre mesi", ha detto Thomas.	Quando Jay Thomas, 33 anni, decise di volere concepire nel 2016, parlò con il suo medico. Thomas, un cuoco che vive a Louisville, Kentucky, ha spiegato al suo medico che lui e sua moglie, Jamie Brewster, 33, un dipendente della banca , sono entrambi persona transgender, e che era stato sul testosterone per più di due anni. Il medico ha detto che Thomas probabilmente era andato attraverso la menopausa iniziale e che se fossero riusciti a concepire affatto, avrebbe dovuto uscire dall'ormone per almeno 18 mesi. Ma niente di tutto ciò si è rivelato vero, secondo Thomas, che ha dato alla luce il figlio della coppia Dorian, 2 anni, meno di un anno dopo la nomina di quel medico. " Abbiamo ottenuto in stato di gravidanza in tre mesi", ha affermato Thomas.
16	But doctors, nurses and medical office staff are still adjusting to the idea that those who are pregnant may not identify as women . Transgender and nonbinary people describe gaps in medical professionals' understanding ranging from an ultrasound technician calling them by the wrong name to doctors who tell them hormone therapy probably ruined their fertility. The consequences can be dire. A recently published case study described a transgender man who went to an emergency room with severe abdominal pain — but doctors were slow to realize that he	Ma medici, infermieri e personale medico si stanno ancora adattando all'idea che chi è in stato di gravidanza potrebbe non identificarsi come donna . Le persone transgender e di genere non binario descrivono lacune nella comprensione da parte dei medici, che vanno da un ecografista che le chiama con il nome sbagliato a medici che dicono loro che la terapia ormonale ha probabilmente rovinato la loro fertilità. Le conseguenze possono essere terribili. Un caso di studio pubblicato di recente descrive una persona transgender che si è recata al pronto soccorso con forti dolori addominali, ma i medici hanno tardato a capire che	Ma medici, infermieri e personale medico stanno ancora adattandosi all'idea che coloro che sono in stato di gravidanza potrebbero non identificarsi come donne . Le persone di persona transgender e di genere non binario descrivono lacune nella comprensione dei medici che vanno da un tecnico degli ultrasuoni che li chiama con il nome sbagliato a medici che dicono loro la terapia ormonale probabilmente ha rovinato la loro fertilità. Le conseguenze possono essere terribili. Un case study pubblicato di recente ha descritto un uomo transgender che è andato in un pronto soccorso con dolore addominale grave, ma i medici erano lenti a

	was pregnant and in danger. The man delivered a stillborn baby several hours later.	era in stato di gravidanza e in pericolo. L'uomo ha partorito un bambino nato morto alcune ore dopo.	rendersi conto che era in stato di gravidanza e in pericolo. L'uomo consegnò un bambino ancora nato diverse ore dopo.
17	We use the term transgender (or trans) to refer to people who identify with a gender different to that assigned to them at birth. The term non-binary describes people who don't identify with the male/female gender binary . There are other gender identities such as takatāpui, a traditional Māori term which has been reclaimed to embrace all Māori who identify with diverse genders and sexualities. Not everyone will identify with these umbrella descriptors. Transgender identities are not an illness or a mental health problem. They are a variation of human experience.	Il termine transgender (o trans) si riferisce alle persone che si identificano con un genere diverso da quello assegnato loro alla nascita. Il termine non binario descrive le persone che non si identificano con il genere binario MtF . Esistono altre identità di genere come takatāpui, un termine tradizionale Māori che è stato recuperato per abbracciare tutti i Māori che si identificano con diversi generi e sessualità. Non tutti si identificano con questi termini ombrello. Le identità transgender non sono una malattia o un problema di salute mentale. Sono una variante dell'esperienza umana.	Il termine persona transgender (o persona trans) viene utilizzato per indicare le persone che si identificano con un sesso diverso da quello assegnato alla nascita. Il termine di genere non binario descrive le persone che non si identificano con il binario di genere maschile/femminile . Ci sono altre identità di genere come takatāpui, un termine tradizionale Māori che è stato rivendicato per abbracciare tutte le Māori che si identificano con diversi generi e sessualità. Non tutti si identificheranno con questi descrittori di ombrello. Le identità di persona transgender non sono una malattia o un problema di salute mentale. Sono una variante dell'esperienza umana.
18	While some care requires hospital specialists, general practitioners (GPs) can provide much gender-affirming care. GPs are experts in supporting people with normal life issues, as well as addressing physical and psychological needs in a holistic manner. GPs who wish to provide gender-affirming care based on an informed consent model, should be supported and encouraged to do so. This aligns with best practice models that view the patient as the expert in their identity and recognise them as a competent adult who can make choices about their own healthcare.	Mentre alcune cure richiedono l'intervento di specialisti ospedalieri, i medici di base possono fornire molte cure per l'affermazione di genere. I medici di base sono esperti nell'aiutare le persone a risolvere i problemi della vita normale e ad affrontare i bisogni fisici e psicologici in modo olistico. I medici di base che desiderano fornire cure per l'affermazione di genere sulla base di un modello di consenso informato, dovrebbero essere sostenuti e incoraggiati a farlo. Ciò è in linea con i modelli di best practice che vedono la persona in cura come esperta della propria identità e la riconoscono come persona adulta e competente in grado di fare scelte sulla propria assistenza sanitaria.	Mentre alcune cure richiedono specialisti ospedalieri, i medici generici (GPS) possono fornire molte cure per l'affermazione di genere. I GPS sono esperti nel supportare le persone con problemi di vita normali, nonché nell'affrontare le esigenze fisiche e psicologiche in modo olistico. I GPS che desiderano fornire assistenza per l'affermazione di genere sulla base di un modello di consenso informato devono essere supportati e incoraggiati a farlo. Ciò è in linea con i modelli di Best practice che considerano il persona in cura come l'esperto nella loro identità e li riconoscono come un persona adulta competente in grado di fare scelte in merito alla propria assistenza sanitaria.

19	<p>A woman showing up with similar symptoms “would almost surely have been triaged and evaluated more urgently for pregnancy-related problems,” the authors wrote. “It’s a very upsetting incident, it’s a tragic outcome,” said Dr. Tamara Wexler, a hormone specialist at NYU Langone Medical Center. “Medical training should include exposure to transgender patients” so health workers are better able to meet their needs, Wexler said. “A lot of doctors who are practicing didn’t have that in their training” but can still learn from such patients now.</p>	<p>Una donna che si fosse presentata con sintomi simili "sarebbe stata quasi sicuramente indirizzata e valutata con maggiore urgenza per problemi legati alla gravidanza", hanno scritto gli autori. "È un incidente molto sconvolgente, un esito tragico", ha dichiarato la dottoressa Tamara Wexler, specialista in ormoni presso il NYU Langone Medical Center. "La formazione medica dovrebbe includere l'esposizione alle persone transgender", in modo che gli operatori sanitari siano in grado di rispondere meglio alle loro esigenze, ha detto Wexler. "Molti medici che esercitano non hanno avuto questa possibilità nella loro formazione", ma possono comunque imparare da queste persone in cura.</p>	<p>Una donna che manifesta sintomi simili “sarebbe stata quasi sicuramente triaged e valutata con maggiore urgenza per i problemi legati alla gravidanza”, hanno scritto gli autori. “Si tratta di un incidente molto sconvolgente, è un esito tragico”, ha affermato Tamara Wexler, specialista in ormoni presso il NYU Langone Medical Center. “La formazione medica dovrebbe includere l’esposizione ai pazienti affetti da persona transgender”, così gli operatori sanitari sono in grado di soddisfare meglio le loro esigenze, ha affermato Wexler. “Molti medici che praticano la pratica non ne hanno avuta nella loro formazione”, ma possono ancora imparare da questi pazienti ora.</p>
----	--	---	--

Table 4.3 MT output of DeepL Translator and Language Weaver conditioned by the addition of a glossary / dictionary.

4.4 Debiasing the system: ModernMT and SYSTRAN

This last part of the experiment involves the MT output of the ModernMT and SYSTRAN engines. Both providers offer the possibility of customising the translation with the addition of Translation Memories (TMs), which are translation databases where information is stored in the shape of paired source-target sentences, called translation units (Alsan 2022). These datasets are especially used in CAT tools to aid the work of a translator, as they suggest previous translations of similar segments that may repeat themselves in a project (Alsan 2022). They can also be used to train, and in this case to influence and customise, the work of a baseline MT system. The TM used for this work is made up of 349 translation units, with a total of around 20,000 words. The original texts (see Appendix) are web news articles and pages sourced from the internet and all related to transgender and non-binary identities in the healthcare field, in order to provide an adequate TM for the test set. The texts have been translated via MT, post-edited in Trados Studio 2021, and the translation units stored in a TM. For the storage of TMs, .xml files are usually employed, therefore the TM has been exported into a single .xml file that would be compatible with the tools used. The 10 test-articles are first translated using the generic MT engine of both systems. The TM is then added, the texts translated again, and the results compared (see Sections 4.4.1 and 4.4.2 for details).

4.4.1 *ModernMT*

The raw MT output of ModernMT presents the usual gender bias, according to which most job titles are translated into their Italian male version, aside from terms such as ‘nurse’, which is almost always translated as ‘infermiera’ (f.). Overall, the translation offered by ModernMT does not distance itself too much from the previously considered systems, the issues are the same and no improvements are apparent in comparison.

It needs to be noted again how having the adjectives ‘transgender’ and ‘non-binary’ in front of the noun ‘people’ has a positive impact and avoids misgendering issues. These issues ensue, however, when ‘non-binary patients’ is translated as ‘pazienti non binari’ (m.), or when non-binary people are randomly assigned a gender by the system. Line 1, 2, and 3 (Table 4.4) show how all three people are assigned feminine articles (‘*la*

diciannovenne’, ‘*una 28enne*’) and endings (‘*nata intersessuale*’). Line 3 is also interesting in that it highlights how singular, gender-neutral, they/them pronouns are not recognised and therefore translated as plural pronouns, thus influencing the inflection of the verbs. As much here as in other parts of the texts, the verbs are in the plural, leading to the incongruencies of having different sentences referring to the same (one) person, some ‘Linloff ha detto’ (sing.) and others ‘ha spiegato che si sono resi conto di essersi identificati’ (plu.). The system shows some inadequacy in translating the nuances of the verb ‘to come out’, as it always opts for the literal translation ‘uscire’ (Table 4.4, line 3, 4, 5), and ‘chest binder’, which is reported as ‘legante per il torace’ (Table 4.4, line 1). The adjectives ‘gender-affirming’ and ‘affirming’ are mainly translated as relative sentences (‘che affermano il genere’) or phrases such as ‘per l’affermazione del genere’, and only in a few cases with ‘assistenza di genere’, which, as mentioned above, might not have the right connotation in Italian. While ‘affirming care’ has mostly been successfully translated as ‘cure affermative’, ‘affirming primary care physician’ resulted in ‘affermante medico di base’ (Table 4.4, line 6).

In the pieces of texts regarding pregnancy, transgender men have again been described as ‘incinta’ (f.) and no gender-neutral alternatives were proposed (Table 4.4, line 7, 8, 9). This leads to nonsensical and harmful sentences such as ‘le donne incinte potrebbero non identificarsi come donne’ (Table 4.4, line 8). On a positive note, the right gender has been assigned to the pregnant man’s partner in line 9 (Table 4.4), and in one instance, ‘pregnant men’ has been translated as ‘uomini trans in gravidanza’ (Table 4.4, line 13). When the source text reports ‘the transgenders’, the system offers the semantically right translation ‘i transgender’, but as mentioned above, it is an expression that should be avoided as it is considered disrespectful (Table 4.4, line 10). Sometimes the term ‘trans’ has also been translated as ‘transessuale’, which might occasionally be right, but it refers to a person who is medically transitioning (Table 4.4, line 12). ‘Transgender’ is the more general term that should be more properly used.

ModernMT allows the upload of one or more TMs to the web interface, in addition to the possibility of creating one from scratch. The TM created for this work is therefore uploaded, and the texts translated. Figure 4.3 shows the web interface of ModernMT with the addition of a TM. Unfortunately, the output of the translation where the TM is applied do not present any major difference, and most of them regarded mostly adverbs. At times

‘gender-affirming care’ has reported different translations, with ‘che afferma il genere’ becoming ‘per l’affermazione di genere’ (Table 4.4, line 11). The phrases with more probability of being harmful, i.e., the ones with misgendering issues and where over-extended masculine forms are used, did not undergo any change (Table 4.4, line 1-10), although in one instance the system has recognised ‘coming out’ with its right connotation, thus providing the right translation ‘notizie di coming out’ (Table 4.4, line 12). The output has possibly worsened in some cases, such as line 6 (Table 4.4), where ‘affirming physician’ is translated as ‘affermato medico di base’.

In this case, the TM did not bear the expected results of considerably influencing the MT output. The reason behind this might be the limited amount of data fed to the system, which might also be the reason why the raw output of multiple MT systems is not yet up to date with the description of gender-diverse entities. It may be interesting in the future to explore the amount of data needed to successfully improve the raw output of ModernMT.

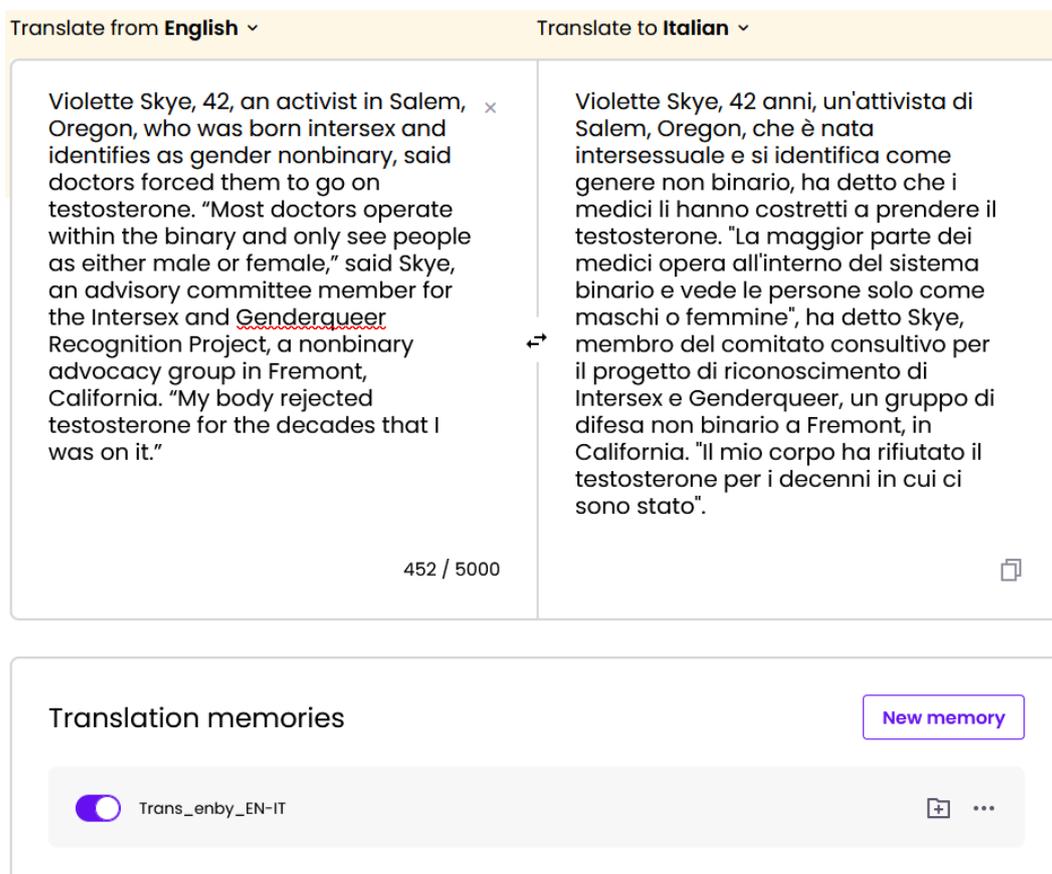


Figure 4.3 ModernMT interface with TM

	Source text	Raw ModernMT	ModernMT + TM
1	<p>When 19-year-old Kam Brooks was admitted to a behavioral health care facility in Sanford, Florida, after having suicidal thoughts, a nurse following her usual procedure asked the teen to remove personal items, including a bra. “It’s a chest binder, not a bra,” Brooks, who identifies as neither male nor female but as gender nonbinary, responded before changing into a long-sleeve shirt and gray sweatpants. During another interaction at the same facility, Aspire Health Partners, a nonprofit that caters to low-income patients, a counselor asked if Brooks was "male or female." This question, Brooks lamented, ignored the possibility that someone could identify as neither — or as somewhere in between.</p>	<p>Quando la diciannovenne Kam Brooks è stata ricoverata in una struttura sanitaria comportamentale a Sanford, in Florida, dopo aver avuto pensieri suicidi, un'infermiera seguendo la sua solita procedura ha chiesto all'adolescente di rimuovere gli oggetti personali, incluso un reggiseno. "È un legante per il torace, non un reggiseno", Brooks, che si identifica come né maschio né femmina, ma come genere non binario, ha risposto prima di indossare una camicia a maniche lunghe e pantaloni della tuta grigi. Durante un'altra interazione presso la stessa struttura, Aspire Health Partners, un'organizzazione no-profit che si rivolge a pazienti a basso reddito, un consulente ha chiesto se Brooks fosse "maschio o femmina". Questa domanda, si lamentava Brooks, ignorava la possibilità che qualcuno potesse identificarsi come nessuno dei due — o come da qualche parte nel mezzo.</p>	<p>Quando la diciannovenne Kam Brooks è stata ricoverata in una struttura sanitaria comportamentale a Sanford, in Florida, dopo aver avuto pensieri suicidi, un'infermiera seguendo la sua solita procedura ha chiesto all'adolescente di rimuovere gli oggetti personali, incluso un reggiseno. "È un legante per il torace, non un reggiseno", Brooks, che si identifica come né maschio né femmina, ma come genere non binario, ha risposto prima di indossare una camicia a maniche lunghe e pantaloni della tuta grigi. Durante un'altra interazione presso la stessa struttura, Aspire Health Partners, un'organizzazione no profit che si rivolge a pazienti a basso reddito, un consulente ha chiesto se Brooks fosse "maschio o femmina". Questa domanda, si lamentava Brooks, ignorava la possibilità che qualcuno potesse identificarsi come nessuno dei due — o come da qualche parte nel mezzo.</p>
2	<p>Violette Skye, 42, an activist in Salem, Oregon, who was born intersex and identifies as gender nonbinary, said doctors forced them to go on testosterone. “Most doctors operate within the binary and only see people as either male or female,” said Skye, an advisory committee member for the Intersex and Genderqueer Recognition Project, a nonbinary advocacy group in Fremont, California. “My body rejected testosterone for the decades that I was on it.”</p>	<p>Violette Skye, 42 anni, un'attivista di Salem, Oregon, che è nata intersessuale e si identifica come genere non binario, ha detto che i medici li hanno costretti a prendere il testosterone. "La maggior parte dei medici operano all'interno del binario e vedono le persone solo come maschi o femmine", ha detto Skye, un membro del comitato consultivo per l'Intersex and Genderqueer Recognition Project, un gruppo di difesa non binario a Fremont, in California. Il mio corpo ha rifiutato il testosterone per i decenni in cui ci sono stato.</p>	<p>Violette Skye, 42 anni, un'attivista di Salem, Oregon, che è nata intersessuale e si identifica come genere non binario, ha detto che i medici li hanno costretti a prendere il testosterone. "La maggior parte dei medici opera all'interno del sistema binario e vede le persone solo come maschi o femmine", ha detto Skye, membro del comitato consultivo per il progetto di riconoscimento di Intersex e Genderqueer, un gruppo di difesa non binario a Fremont, in California. "Il mio corpo ha rifiutato il testosterone per i decenni in cui ci sono stato".</p>

3	<p>Taylor Linloff, a 28-year-old from Pot Hawkesbury, who will soon be enrolled at the Nova Scotia Community College for social services, explained they became aware they identified as transgender, non-binary around 2014. "But I didn't come out officially until 2021, on a bigger scale. It took me a long time to figure out exactly where in the non-binary, transgender umbrella I was, and I figured out I was genderless, non-binary specifically around 2016," Linloff told /The Reporter/. "I lived slightly under the radar, only going by they/them pronouns online and I changed my gender marker in about 2020."</p>	<p>Taylor Linloff, una 28enne di Pot Hawkesbury, che presto sarà iscritta al Nova Scotia Community College per i servizi sociali, ha spiegato che si sono resi conto di essersi identificati come transgender, non binari, intorno al 2014. Ma non sono uscito ufficialmente fino al 2021, su una scala più grande. Mi ci è voluto molto tempo per capire esattamente dove mi trovavo nell'ombrello non binario e transgender, e ho capito di essere senza genere, non binario in particolare intorno al 2016 ", ha detto Linloff a The Reporter. "Ho vissuto leggermente sotto il radar, solo andando da loro/loro pronomi online e ho cambiato il mio marcatore di genere in circa 2020."</p>	<p>Taylor Linloff, una 28enne di Pot Hawkesbury, che presto sarà iscritta al Nova Scotia Community College per i servizi sociali, ha spiegato che si sono resi conto di essersi identificati come transgender, non binari, intorno al 2014. Ma non sono uscito ufficialmente fino al 2021, su una scala più grande. Mi ci è voluto molto tempo per capire esattamente dove mi trovavo nell'ombrello non binario e transgender, e ho capito di essere senza genere, non binario specificamente intorno al 2016. "Ho vissuto leggermente sotto il radar, solo andando da loro/loro pronomi online e ho cambiato il mio marcatore di genere in circa 2020."</p>
4	<p>"After I came out as non-binary, the most glaring thing to me, when you go to the hospital, you get those wristbands, to identify you and for some reason they still require to list you as male or female," they said. "Even though my gender marker on my legal identification is X, so I look down at this gender marker and think that's not right."</p>	<p>"Dopo che sono uscito come non binario, la cosa più lampante per me, quando vai in ospedale, ottieni quei braccialetti, per identificarti e per qualche motivo hanno ancora bisogno di elencarti come maschio o femmina", hanno detto. "Anche se il mio indicatore di genere sulla mia identificazione legale è X, quindi guardo verso il basso questo indicatore di genere e penso che non sia giusto."</p>	<p>"Dopo che sono uscito come non binario, la cosa più lampante per me, quando vai in ospedale, ottieni quei braccialetti, per identificarti e per qualche motivo devono ancora elencarti come maschio o femmina", hanno detto. "Anche se il mio indicatore di genere sulla mia identificazione legale è X, quindi guardo verso il basso questo indicatore di genere e penso che non sia giusto."</p>
5	<p>"We're very often under-represented in studies in the health care system, so a lot of people don't understand what we face, how to better serve us as clients and patients in the health care system," they said. "People just aren't familiar, or are unsure of what Trans-existence really is. They see our pride flags, they see our stories in the news about coming out, but they don't know the bare bones situation of our medical existence." It's an important topic to highlight, Linloff said, because transgender existence should be understood on</p>	<p>"Siamo molto spesso sottorappresentati negli studi nel sistema sanitario, quindi molte persone non capiscono cosa affrontiamo, come servirci meglio come clienti e pazienti nel sistema sanitario", hanno detto. Le persone semplicemente non sono familiari, o non sono sicure di cosa sia veramente la Trans-esistenza. Vedono le nostre bandiere dell'orgoglio, vedono le nostre storie nelle notizie che escono, ma non conoscono la situazione delle ossa nude della nostra esistenza medica. È un argomento importante da evidenziare, ha detto Linloff, perché l'esistenza transgender dovrebbe</p>	<p>"Siamo molto spesso sottorappresentati negli studi nel sistema sanitario, quindi molte persone non capiscono cosa affrontiamo, come servirci meglio come clienti e pazienti nel sistema sanitario", hanno detto. Le persone semplicemente non sono familiari, o non sono sicure di cosa sia veramente la Trans-esistenza. Vedono le nostre bandiere dell'orgoglio, vedono le nostre storie nelle notizie di coming out, ma non conoscono la situazione delle ossa nude della nostra esistenza medica. È un argomento importante da evidenziare, ha detto Linloff, perché l'esistenza transgender dovrebbe</p>

	multiple levels, because they're multi-faceted human beings, just like everyone else.	essere compresa su più livelli, perché sono esseri umani sfaccettati, proprio come tutti gli altri.	essere compresa su più livelli, perché sono esseri umani sfaccettati, proprio come tutti gli altri.
6	Groves was connected with an affirming primary care physician through the Knights and Orchids Society, a grassroots organization in Selma, Alabama, led by Black trans people. He drives about 4½ hours from his home in Jackson, Mississippi, to Auburn, Alabama, when he needs care. Although groups like the Knights and Orchids Society have provided what Groves described as “life-changing” support, he said it’s ultimately up to the medical system and society to address pervasive issues like discrimination.	Groves era collegato con un affermante medico di base attraverso la Knights and Orchids Society, un'organizzazione di base a Selma, in Alabama, guidata da persone trans nere. Guida per circa 4 ore e mezza da casa sua a Jackson, Mississippi, ad Auburn, Alabama, quando ha bisogno di cure. Sebbene gruppi come la Knights and Orchids Society abbiano fornito quello che Groves ha descritto come un supporto “che cambia la vita”, ha detto che alla fine spetta al sistema medico e alla società affrontare questioni pervasive come la discriminazione.	Groves era in contatto con un affermato medico di base attraverso la Knights and Orchids Society, un'organizzazione di base a Selma, in Alabama, guidata da persone trans nere. Guida per circa 4 ore e mezza da casa sua a Jackson, Mississippi, ad Auburn, Alabama, quando ha bisogno di cure. Sebbene gruppi come la Knights and Orchids Society abbiano fornito quello che Groves ha descritto come un supporto “che cambia la vita”, ha detto che alla fine spetta al sistema medico e alla società affrontare questioni pervasive come la discriminazione.
7	When Jay Thomas, 33, decided he wanted to get pregnant in 2016, he spoke to his physician. Thomas, a cook who lives in Louisville, Kentucky, explained to his doctor that he and his wife, Jamie Brewster, 33, a bank employee, are both transgender, and that he had been on testosterone for more than two years. The physician said Thomas had likely gone through early menopause, and that if they were able to conceive at all, he would have to go off the hormone for at least 18 months. But none of that turned out to be true, according to Thomas, who gave birth to the couple’s son Dorian, 2, less than a year after that doctor’s appointment. “We got pregnant in three months,” Thomas said.	Quando Jay Thomas, 33 anni, ha deciso di rimanere incinta nel 2016, ha parlato con il suo medico. Thomas, un cuoco che vive a Louisville, Kentucky, ha spiegato al suo medico che lui e sua moglie, Jamie Brewster, 33 anni, un impiegato di banca, sono entrambi transgender, e che era stato sul testosterone per più di due anni. Il medico ha detto che Thomas aveva probabilmente attraversato la menopausa precoce e che se fossero stati in grado di concepire, avrebbe dovuto interrompere l'ormone per almeno 18 mesi. Ma niente di tutto ciò si è rivelato essere vero, secondo Thomas, che ha dato alla luce il figlio della coppia Dorian, 2, meno di un anno dopo la nomina di quel medico. "Siamo rimasti incinta in tre mesi", ha detto Thomas.	Quando Jay Thomas, 33 anni, ha deciso di rimanere incinta nel 2016, ha parlato con il suo medico. Thomas, un cuoco che vive a Louisville, Kentucky, ha spiegato al suo medico che lui e sua moglie, Jamie Brewster, 33 anni, un impiegato di banca, sono entrambi transgender, e che era stato sul testosterone per più di due anni. Il medico ha detto che Thomas aveva probabilmente attraversato la menopausa precoce e che se fossero stati in grado di concepire, avrebbe dovuto interrompere l'ormone per almeno 18 mesi. Ma niente di tutto ciò si è rivelato vero, secondo Thomas, che ha dato alla luce il figlio della coppia Dorian, 2, meno di un anno dopo la nomina di quel medico. “Siamo rimaste incinte in tre mesi”, ha detto Thomas.
8	But doctors, nurses and medical office staff are still adjusting to the idea that those who are pregnant may not identify as women . Transgender and nonbinary people describe gaps	Ma medici, infermieri e personale dello studio medico si stanno ancora adattando all'idea che le donne incinte potrebbero non identificarsi come donne . Le persone transgender e non binarie	Ma medici, infermieri e personale dello studio medico si stanno ancora adattando all'idea che le donne incinte potrebbero non identificarsi come donne . Le persone transgender e non binarie

	<p>in medical professionals' understanding ranging from an ultrasound technician calling them by the wrong name to doctors who tell them hormone therapy probably ruined their fertility. The consequences can be dire. A recently published case study described a transgender man who went to an emergency room with severe abdominal pain — but doctors were slow to realize that he was pregnant and in danger. The man delivered a stillborn baby several hours later.</p>	<p>descrivono lacune nella comprensione dei professionisti medici che vanno da un tecnico ad ultrasuoni che li chiama con il nome sbagliato a medici che dicono loro che la terapia ormonale probabilmente ha rovinato la loro fertilità. Le conseguenze possono essere disastrose. Un caso di studio pubblicato di recente ha descritto un uomo transgender che è andato in un pronto soccorso con forti dolori addominali — ma i medici sono stati lenti a rendersi conto che era incinta e in pericolo. L'uomo ha partorito un bambino morto diverse ore dopo.</p>	<p>descrivono lacune nella comprensione dei professionisti medici che vanno da un tecnico di ultrasuoni che li chiama con il nome sbagliato a medici che dicono loro che la terapia ormonale probabilmente ha rovinato la loro fertilità. Le conseguenze possono essere disastrose. Un caso di studio pubblicato di recente ha descritto un uomo transgender che è andato in un pronto soccorso con forti dolori addominali — ma i medici sono stati lenti a rendersi conto che era incinta e in pericolo. L'uomo ha partorito un bambino morto diverse ore dopo.</p>
9	<p>New Delhi: As a first case in India, a trans man from Kerala is expecting a baby, to be born in March. Zahad, an accountant from Thiruvananthapuram is eight months pregnant and preparing for the arrival of his partner Ziya. The couple has been together for three years now, and after the birth plans to carry on gender-affirming care. As far as we know this is India's first trans man pregnancy," Ziya, a professional classical dancer, wrote in an Instagram post, sharing snippets of their pregnancy photoshoot.</p>	<p>Come primo caso in India, un uomo trans del Kerala è in attesa di un bambino, che nascerà a marzo. Zahad, un contabile di Thiruvananthapuram, è incinta di otto mesi e si sta preparando per l'arrivo della sua compagna Ziya. La coppia è stata insieme per tre anni e dopo la nascita prevede di portare avanti l'assistenza per l'affermazione del genere. Per quanto ne sappiamo questa è la prima gravidanza di un uomo trans in India ", ha scritto Ziya, una ballerina classica professionista, in un post su Instagram, condividendo frammenti del loro servizio fotografico di gravidanza.</p>	<p>Come primo caso in India, un uomo trans del Kerala è in attesa di un bambino, che nascerà a marzo. Zahad, un contabile di Thiruvananthapuram, è incinta di otto mesi e si sta preparando per l'arrivo della sua compagna Ziya. La coppia è stata insieme per tre anni e dopo la nascita prevede di portare avanti l'assistenza per l'affermazione di genere. Per quanto ne sappiamo questa è la prima gravidanza di un uomo trans in India ", ha scritto Ziya, una ballerina classica professionista, in un post su Instagram, condividendo frammenti del loro servizio fotografico di gravidanza.</p>
10	<p>However, many doctors suggest that for transgenders, getting and carrying a pregnancy has to come with more care, as there are higher chances of placental abruption, preterm labor, anemia, and even hypertension. Effect of surgeries on pregnancy. If a transgender man or non-binary person assigned female at birth has had a hysterectomy, they will not be able to carry a pregnancy as the ovaries are removed. However,</p>	<p>Tuttavia, molti medici suggeriscono che per i transgender, ottenere e portare una gravidanza deve venire con più cura, in quanto vi sono maggiori possibilità di distacco di placenta, parto pretermine, anemia e persino ipertensione. Effetti degli interventi chirurgici sulla gravidanza. Se un uomo transgender o una persona non binaria assegnata alla nascita ha subito un'isterectomia, non sarà in grado di portare avanti una gravidanza</p>	<p>Tuttavia, molti medici suggeriscono che per i transgender, ottenere e portare una gravidanza deve venire con più cura, in quanto vi sono maggiori possibilità di distacco di placenta, parto pretermine, anemia e persino ipertensione. Effetti degli interventi chirurgici sulla gravidanza. Se un uomo transgender o una persona non binaria assegnata alla nascita ha subito un'isterectomia, non sarà in grado di portare avanti una gravidanza</p>

	doctors say that they can consider egg retrieval therapy.	poiché le ovaie vengono rimosse. Tuttavia, i medici dicono che possono prendere in considerazione la terapia di recupero degli ovuli.	poiché le ovaie vengono rimosse. Tuttavia, i medici dicono che possono prendere in considerazione la terapia di recupero degli ovuli.
11	Gender-affirming care is essential to trans and non-binary people’s health and well-being. Research has consistently found that gender-affirming medical care significantly improves the mental health and quality of life of trans and non-binary people. Based on a large survey of trans and non-binary people in Ontario, members of our Trans PULSE Canada research team found that having access to all desired gender-affirming medical care reduced suicidal ideation by 62 per cent.	L' assistenza che afferma il genere è essenziale per la salute e il benessere delle persone trans e non binarie. La ricerca ha costantemente scoperto che l'assistenza medica che afferma il genere migliora significativamente la salute mentale e la qualità della vita delle persone trans e non binarie. Sulla base di un ampio sondaggio su persone trans e non binarie in Ontario, i membri del nostro team di ricerca Trans PULSE Canada hanno scoperto che avere accesso a tutte le cure mediche di genere desiderate ha ridotto l'ideazione suicidaria del 62%.	L'assistenza per l'affermazione di genere è essenziale per la salute e il benessere delle persone trans e non binarie. La ricerca ha costantemente scoperto che l'assistenza medica di genere migliora significativamente la salute mentale e la qualità della vita delle persone trans e non binarie. Sulla base di un ampio sondaggio di persone trans e non binarie in Ontario, i membri del nostro team di ricerca Trans PULSE Canada hanno scoperto che avere accesso a tutte le cure mediche di genere desiderate ha ridotto l'ideazione suicidaria del 62%.
12	Nearly half of trans people have been mistreated by medical providers, report finds. The onus of addressing discrimination against transgender people should fall on medical institutions, one of the report’s authors said.	Quasi la metà delle persone transessuali sono state maltrattate dai medici, secondo un rapporto. L'onere di affrontare la discriminazione contro le persone transgender dovrebbe ricadere sulle istituzioni mediche, ha affermato uno degli autori del rapporto.	Quasi la metà delle persone transessuali è stata maltrattata dai medici, secondo un rapporto. L'onere di affrontare la discriminazione contro le persone transgender dovrebbe ricadere sulle istituzioni mediche, ha affermato uno degli autori del rapporto.
13	Scott-Chung has worked with clinics that “have done that to avoid the pushback from more conservative, heterosexual clients,” she said. Pregnant trans men and nonbinary people also fight battles within their own bodies.	Scott-Chung ha lavorato con cliniche che “lo hanno fatto per evitare il rifiuto da parte di clienti più conservatori ed eterosessuali”, ha detto. Anche gli uomini trans in gravidanza e le persone non binarie combattono battaglie all'interno del proprio corpo.	Scott-Chung ha lavorato con cliniche che "lo hanno fatto per evitare il rifiuto da parte di clienti più conservatori ed eterosessuali", ha detto. Anche gli uomini trans in gravidanza e le persone non binarie combattono battaglie all'interno del proprio corpo.

Table 4.4 Generic ModernMT and Generic ModernMT + TM translation output

4.4.2 SYSTRAN

The output of SYSTRAN, as compared to all other systems that have been previously analysed, presents some very different characteristics. One of the perks of SYSTRAN, however, is that it provides users with different translation engines trained in different domains, in order to guarantee a high-quality translation output, without the risks caused by too much noise-material in the training data. Therefore, this part presents the results of the raw, Generic SYSTRAN MT output, the output when my TM is applied to the generic engine, and the output when my TM is applied to the Medical engine.

The raw SYSTRAN MT output presents as an overwhelming characteristic the translation of almost every English ‘trans’ and ‘transgender’ the Italian ‘transessuale’, which as briefly mentioned in the previous section, is not completely right. ‘Transgender’ is an umbrella term for all the people who do not identify as the gender that was assigned to them at their birth, while ‘transessuale’ is used for transgender people who are taking medical actions and changing their body to reflect their gender. Moreover, some transgender people may not like the term ‘transessuale’ for its closeness to terms such as ‘omosessuale’ and ‘bisessuale’, thus reflecting a non-existent reference to one’s sexuality. This is why the thoroughness of the term ‘transessuale’ in the Generic SYSTRAN output seems incredibly wrong. Moreover, while in all other systems the presence of the noun ‘people’ had an overall positive impact on the translation, in SYSTRAN the system at numerous times offers the translations ‘i transessuali’ for ‘transgender people’, or ‘un trans’ for ‘a trans man’, and similar (Table 4.5, line 1, 2). Again, using only a substantivised adjective is a harmful and incorrect way to refer to transgender people. The system also proves to be inadequate when translating terms such as ‘cisgender’, ‘agender’, or ‘bigender’, which have been replaced with incoherent, wrong, or non-existing terms, such as, respectively, ‘assessuare’, ‘[donne] di sesso maschile’ (Table 4.5, line 3), ‘di sesso sintetico’, ‘di sesso acetico’ (Table 4.5, line 4), ‘cissesso’, ‘cismiche’, ‘agendante’, ‘biganda’ (Table 4.5, line 5). In one instance, ‘transgenders’ is even translated as ‘trasgressori’ (Table 4.5, line 6), and in another, ‘transgender’ as ‘trasessionato’. The texts about transgender pregnancy do not show any gender-neutral option to translate ‘pregnant’ as substitution of the feminine adjective ‘incinta’, and in line 7 (Table 4.5), the

pregnant man's partner is even translated as 'socio'. The partner, a transgender woman, is however assigned the right gender later in the output (Table 4.5, line 7).

For the descriptions and utterances of non-binary people it can be observed that the use of the over-extended masculine erases the same nature of being non-binary, and the system automatically assigns gender by means of articles and morphological endings. The system also fails to distinguish between singular, neutral they and plural they, once again leading to incoherent sentences where the verbs are singular at first and later plural, although referring to the same subject. As shown in line 8 and 9 (Table 4.5), the system automatically assigns feminine or plural endings and verbs ('*nata intersessuale*', '*identificata*', '*li hanno obbligati*'), and uses plural verbs although the subject is logically singular ('*hanno detto al personale che sono*') (Table 4.5, line 8, 9). It even assigns the wrong gender to a transgender man in '*Zahad è nata femmina alla nascita*' (Table 4.5, line 10). The raw output also often translates 'gender' as 'sesso' (en. sex), which, as explained in Chapter 3, is not the same and is an inadequate rendition (Table 4.5, line 11). Again, the verb 'to come out' is never translated with its right connotation in Italian, but rather with the verbs '*venire fuori*' and '*uscire*' (Table 4.5, line 12), and 'chest binder' as '*raccoglitore toracico*' (Table 4.5, line 13). The adjective 'gender-affirming' is translated overall with the rather innocuous '*per affermare il genere*', '*che sostengono il genere*', '*di riconoscimento del genere*', '*per l'affermazione del genere*', and the less adequate '[*assistenza*] di genere', or '*che conferma il sesso*' and '*per l'affermazione del sesso*'. On the other hand, 'affirming' might not be translated or is translated as '*per affermare*'; the 'affirming primary care physician' becomes '*medico che affermava le cure*' (Table 4.5, line 14).

In order to apply the TM to the test set, two profiles are created in SYSTRAN, one with the Generic engine and one with the Medical engine, both with the customised TM. A profile is a set of preferences regarding engine and resources (TMs, dictionaries) either designed by the same user or made available by the system. SYSTRAN allows the user to apply a profile to the translation, for both web interface and documents. Figures 4.4 and 4.5 show the SYSTRAN interface. The TM applied to the generic SYSTRAN engine has the positive effect of changing the output in such a way that most English 'transgender' are translated as 'transgender' instead of 'transessuale', although the effect is not omni-comprehensive. Sometimes '*i transessuali*' is corrected into '*le persone*

transgender’ (Table 4.5, line 1), while other times the contrary happens (Table 4.5, line 15). When ‘transgenders’ was translated as ‘trasgressori’, however, the output with the TM is changed to ‘transessuali’, which is an improvement, but it retains some negative connotations (Table 4.5, line 6). All the instances of ‘cisgender’, moreover, are translated as the correct ‘cisgender’, leaving behind incoherent and non-existent options (Table 4.5, line 3, 4, 5). When ‘gender’ was often translated with the incorrect term ‘sesso’, the TM-conditioned output offers in the majority of instances the correct translation ‘genere’ (Table 4.5, line 11), although the contrary also occurs (Table 4.5, line 16). In line 17 (Table 4.5) it can be observed how ‘chi è incinta potrebbe non identificarsi come una donna’, which was very close to a neutral translation if it were not for ‘incinta’, changes to ‘le donne in gravidanza potrebbero non identificarsi come tali’, which is close to a neutral rendition too, with the use of the phrase ‘in gravidanza’. Unfortunately, the feminine adjective ‘incinta’ is still used across all texts, with one instance where the term ‘man’ is even ignored, leading to ‘donna trans del Kerala incinta’ (Table 4.5, line 2). Only in one piece of text the output presents ‘gli uomini possono iniziare una gravidanza’ instead of ‘gli uomini trans possono restare incinte’ (Table 4.5, line 18). The TM does not have any impact on neutralising discourse about non-binary people, who are still assigned to a random gender by the system by means of articles and adjective and verb endings (Table 4.5, line 8, 13). However, in the conditioned output, the right (male) gender is assigned to the transgender man who is misgendered in the raw output (Table 4.5, line 10). The ‘they/them’ pronouns are not recognised, and neither is the pronoun ‘they’ used in the singular sense (table 4.5, line 9). The system aided by the TM manages to translate the verb ‘to come out’ as the right ‘coming out’ in one instance, namely the one where the verb acts more as a noun (Table 4.5, line 12). The translations of the adjective ‘gender-affirming’ do not undergo major changes, although in one case it becomes ‘che affermano la parità di genere’ (Table 4.5, line 19). The adjective ‘affirming’ in one case is translated as the right ‘[cure] affermative’ (Table 4.5, line 20), while in other instances it is translated as ‘[assistenza] affermata’ or ‘affermato [medico di base]’ (Table 4.5, line 14).

The SYSTRAN output generated by the Medical engine in combination with my TM presents its most important differences in the use of medical terms: where the previous output translated ‘period’ as ‘periodo’, or ‘labour’ as ‘manodopera’ or ‘lavoro’, the Medical engine offers the more adequate ‘ciclo’ and ‘travaglio’. For the most part, it

also integrates the use of the term ‘transgender’ instead of ‘transessuale’, although there are more instances of the adjectives ‘transessuale’ and ‘trans’ being substantivised as compared to the Generic + TM output (Table 4.5, line 1). The Medical + TM output improves the translation in line 2 (Table 4.5) with ‘trans man’ correctly translated as ‘uomo trans’ and in line 6 (Table 4.5) where the Generic + TM output leaves out parts of ‘assigned female at birth’, although the end result is ambiguous with ‘a cui è stata assegnata una donna alla nascita’. Aside from these examples, the overall Medical + TM output is very close to the Generic + TM output, with more accuracy in terms of medical terminology. The increased amount of the term ‘transessuale’ is probably due to the medical-related nature of the term itself, and therefore should not be considered a surprise. The TM seems to have caused more improvements than in the ModernMT output, although this might be due to the fact that the ModernTM raw output was already a bit closer in terms of terminology to the TM used, while SYSTRAN had to integrate terms (such as ‘transgender’) which were never used in the raw output.

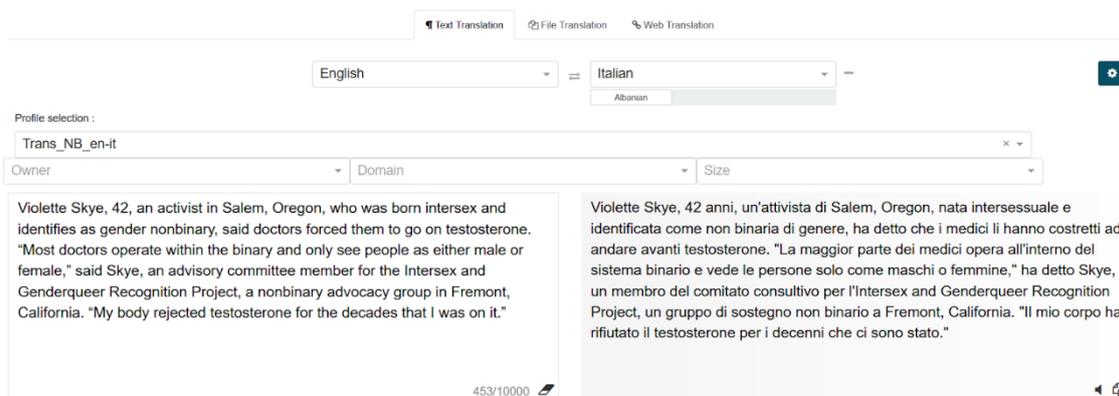


Figure 4.4 SYSTRAN interface for web translation

[Text Translation](#) | [File Translation](#) | [Web Translation](#)

Drop files here

or

[Select Files](#)

Files to translate

Filename	Size	Mime type	Status
Trans_NB_SYSTRAN_en.odt	38.2 kB		

Select Languages

Choose translation settings, select source and target languages, and click on "Translate" to translate the selected files. Once translation is finished, click on the download button to retrieve your translated file.

English ⇄ Italian

Profile selection :

Trans_NB_en-it		
Owner	Domain	Size

Figure 4.5 SYSTRAN interface for file translation

	Source text	Generic SYSTRAN output	Generic SYSTRAN + TM	Medical SYSTRAN + TM
1	The case is horrifying but “not terribly surprising,” said Gillian Branstetter, a spokeswoman for an advocacy group, the National Center for Transgender Equality in Washington. Transgender people often run into problems getting gender-specific health care such as cervical cancer screening, birth control and prostate cancer screenings. More needs to be done to improve medical awareness and recognition of diversity because “the consequences can be so dire, as this case shows,” Branstetter said.	Il caso è terrificante, ma "non terribilmente sorprendente", ha detto Gillian Branstetter, portavoce di un gruppo di difesa, il Centro Nazionale per l'uguaglianza tra i sessi di Washington. I transessuali incontrano spesso problemi nell'ottenere cure sanitarie specifiche per il genere, come lo screening del cancro alla cervice, il controllo delle nascite e lo screening del cancro alla prostata. Per migliorare la consapevolezza sanitaria e il riconoscimento della diversità, è necessario fare di più perché "le conseguenze possono essere terribili, come dimostra questo caso", ha dichiarato Branstetter.	Il caso è orribile, ma "non è proprio sorprendente", ha detto Gillian Branstetter, una portavoce di un gruppo di sostegno, il National Center for Transgender Equality a Washington. Le persone transgender spesso incontrano problemi nell'ottenere un'assistenza sanitaria specifica per genere, come lo screening del tumore della cervice uterina, il controllo delle nascite e lo screening del tumore della prostata. Si deve fare di più per migliorare la consapevolezza medica e il riconoscimento della diversità perché "le conseguenze possono essere così terribili, come dimostra questo caso", ha detto Branstetter.	Il caso è terrificante, ma "non molto sorprendente", ha detto Gillian Branstetter, una portavoce di un gruppo di sostegno, il National Center for Transgender Equality a Washington. I transessuali spesso incontrano problemi nell'ottenere cure sanitarie specifiche per genere, come lo screening del tumore della cervice uterina, il controllo delle nascite e lo screening del tumore della prostata. Bisogna fare di più per migliorare la consapevolezza medica e il riconoscimento della diversità perché "le conseguenze possono essere così terribili, come dimostra questo caso", ha detto Branstetter.
2	Kerala trans man pregnant ; couple set to welcome baby in March: EXPLAINED transgender and non-binary pregnancy. For the first time in India, a trans man from Kerala is expecting a baby, due to be born next month. The transgender couple, together for the last three years, have documented their parenthood journey in Instagram posts, recently getting a professional photoshoot also done. Read on to know all about how	Kerala trans, incinta ; coppia pronta per dare il benvenuto al bambino in marzo: gravidanza transessuale SPIEGATA e non binaria. Per la prima volta in India, un trans del Kerala si aspetta un bambino, che nascerà il mese prossimo. La coppia transessuale, insieme per gli ultimi tre anni, ha documentato il loro percorso parentale nei post di Instagram, ottenendo di recente anche una fotografia professionale. Continua a leggere per sapere come possono	Donna trans del Kerala incinta ; coppia pronta ad accogliere il bambino a marzo: SPIEGATO gravidanza transessuale e non binaria. Per la prima volta in India, un trans del Kerala aspetta un bambino, che nascerà il mese prossimo. La coppia transessuale, insieme da tre anni, ha documentato il suo viaggio di parentela in post su Instagram, ottenendo di recente anche un servizio fotografico professionale fatto. Continua a leggere per sapere tutto su	Kerala trans uomo incinta ; coppia pronta ad accogliere il bambino in marzo: SPIEGATO transgender e non binario gravidanza. Per la prima volta in India, un uomo trans del Kerala si aspetta un bambino, che nascerà il mese prossimo. La coppia transessuale, insieme da tre anni, ha documentato il loro viaggio da genitori in vari post su Instagram, ottenendo di recente anche un servizio fotografico professionale. Continua a leggere per sapere tutto

	people who identify as transgender non-binary can conceive.	concepire le persone che si identificano come transessuali non binari.	come le persone che si identificano come transgender non binario possono concepire.	su come le persone che si identificano come transgender non binario possono concepire.
3	<p>Only a small minority of our participants expressed concerns that terms like “pregnant people/parents” may erase (cisgender) women. While our data may not be representative of all midwives, the open letter against inclusive education equally cannot tell us how widely these views are held within the profession at large. The loudest voices may in fact be in the minority. The majority of our participants were keen to understand how to practise in an inclusive manner. Barriers to this included systems built exclusively for cisgender women, where it is assumed that all pregnancies take place in heterosexual relationships.</p>	<p>Solo una piccola minoranza dei nostri partecipanti ha espresso la preoccupazione che termini come "persone incinte/genitori" possano cancellare (asessuare) le donne. Anche se i nostri dati potrebbero non essere rappresentativi di tutte le ostetriche, la lettera aperta contro l'educazione inclusiva non può neanche indicarci l'ampiezza di queste opinioni nell'ambito della professione in generale. Le voci piu' forti potrebbero essere in minoranza. La maggior parte dei nostri partecipanti voleva capire come esercitarsi in modo inclusivo. Tra gli ostacoli a questo si annoverano i sistemi creati esclusivamente per le donne di sesso maschile, dove si presume che tutte le gravidanze avvengano in relazioni eterosessuali.</p>	<p>Solo una piccola minoranza dei nostri partecipanti ha espresso la preoccupazione che termini come "persone incinte/genitori" possano cancellare (cisgender) le donne. Anche se i nostri dati potrebbero non essere rappresentativi di tutte le ostetriche, la lettera aperta contro l'istruzione inclusiva non può nemmeno dirci quanto ampiamente queste opinioni siano tenute all'interno della professione in generale. Le voci più forti, INFATTI, POTREBBERO essere in minoranza. La maggior parte dei nostri partecipanti era desiderosa di capire come praticare in modo inclusivo. Le barriere a questo includevano sistemi costruiti esclusivamente per le donne cisgender, dove si presume che tutte le gravidanze avvengano in relazioni eterosessuali.</p>	<p>Solo una piccola minoranza dei nostri partecipanti ha espresso preoccupazione sul fatto che termini come "persone incinte/genitori" possano cancellare (cisgender) le donne. Anche se i nostri dati potrebbero non essere rappresentativi di tutte le ostetriche, la lettera aperta contro l'istruzione inclusiva non può nemmeno dirci quanto questi punti di vista siano diffusi all'interno della professione in generale. Le voci più forti, INFATTI, POTREBBERO essere in minoranza. La maggior parte dei nostri partecipanti era desiderosa di capire come praticare in modo inclusivo. Le barriere a questo includevano sistemi costruiti esclusivamente per le donne cisgender, dove si presume che tutte le gravidanze avvengano nelle relazioni eterosessuali.</p>
4	<p>The report cites the 2019 Behavioral Risk Factor Surveillance System data collected by the Centers for Disease Control and Prevention, which found that trans people were more than twice as likely as cisgender adults to be told they had depressive disorders.</p>	<p>La relazione cita i dati del sistema di sorveglianza del fattore di rischio comportamentale del 2019 raccolti dai Centri per il controllo e la prevenzione delle malattie, che hanno riscontrato che le persone trans erano più del doppio delle probabilità che gli adulti di sesso acetico si dicessero di avere disturbi</p>	<p>La relazione cita i dati del 2019 del Sistema di Sorveglianza dei Fattori di Rischio Comportamentale raccolti dai Centers for Disease Control and Prevention, che hanno rilevato che le persone trans avevano più del doppio delle probabilità rispetto agli adulti cisgender di essere informati di avere</p>	<p>Il rapporto cita i dati del 2019 Behavioral Risk Factor Surveillance System raccolti dai Centers for Disease Control and Prevention, che hanno rilevato che le persone trans avevano più del doppio delle probabilità rispetto agli adulti cisgender di sentirsi dire di avere</p>

	<p>Fifty-four percent also reported poor physical health at least one day in the previous month, compared to 36 percent of cisgender respondents, according to the CDC data. Trans people also have an increased likelihood of having asthma and developing cardiovascular disease, according to the CAP report.</p>	<p>depressivi. Il 54 per cento ha denunciato anche una scarsa salute fisica almeno un giorno nel mese precedente, rispetto al 36 per cento degli intervistati in situazioni di cissesso, secondo i dati CDC. Secondo la relazione della PAC, anche le persone transessuali hanno maggiori probabilità di avere asma e di sviluppare malattie cardiovascolari.</p>	<p>disturbi depressivi. Il 54% ha anche riferito di scarsa salute fisica almeno un giorno nel mese precedente, rispetto al 36% degli intervistati cisgender, secondo i dati del CDC. I transessuali hanno anche una maggiore probabilità di avere asma e di sviluppare malattie cardiovascolari, secondo il rapporto CAP.</p>	<p>disturbi depressivi. Il 54% ha anche riferito scarsa salute fisica almeno un giorno nel mese precedente, rispetto al 36% di intervistati cisgender, secondo i dati del CDC. I transessuali hanno anche una maggiore probabilità di avere l'asma e di sviluppare malattie cardiovascolari, secondo il rapporto CAP.</p>
5	<p>Individuals who identify as nonbinary or genderqueer (another term used to describe those who identify as neither exclusively male nor female) are a "substantial and growing subgroup of the gender nonconforming community," according to Lykens, LeBlanc and Bockting. In a 2017 survey published by the LGBTQ media advocacy group GLAAD, 12 percent of respondents between 18 and 34 identified with a gender identity other than the one they were assigned at birth. Three percent of those surveyed identified as "agender"; 3 percent as "gender fluid"; 2 percent as "transgender"; 2 percent as "unsure/questioning"; 1 percent as "bigender"; and 1 percent as "genderqueer." While the specific term "nonbinary" was not one of the options, a number of</p>	<p>Secondo Lykens, LeBlanc e Bockting, gli individui che si identificano come non binari o genderqueer (un altro termine usato per descrivere coloro che non si identificano come esclusivamente maschi e femmine) sono un "sottogruppo sostanziale e in crescita della comunità non conforme al genere". In un'indagine del 2017 pubblicata dal gruppo di sostegno ai media LGBTQ GLAAD, il 12% degli intervistati tra i 18 e i 34 hanno identificato un'identità di genere diversa da quella loro assegnata alla nascita. Il 3% degli intervistati è identificato come "agendante"; il 3% come "fluido di genere"; il 2% come "transgenere"; il 2% come "incertezza/interrogatorio"; l'1% come "biganda"; e l'1% come "genderqueer". Anche se il termine specifico "non binario" non era una delle opzioni, alcuni degli altri termini rientrerebbero nell'ambito dell'ombrello non binario.</p>	<p>Gli individui che si identificano come non binari o genderqueer (un altro termine usato per descrivere coloro che non si identificano come esclusivamente maschi o femmine) sono un "sottogruppo sostanziale e in crescita della comunità di genere non conforme", secondo Lykens, LeBlanc e Bockting. In un sondaggio del 2017 pubblicato dal gruppo di sostegno ai media LGBTQ GLAAD, il 12% degli intervistati tra i 18 e i 34 anni si è identificato con un'identità di genere diversa da quella che era stata assegnata alla nascita. Il 3% degli intervistati si è identificato come "agender"; il 3% come "fluido di genere"; il 2% come "transgender"; il 2% come "insicuro/interrogativo"; l'1% come "bigender"; e l'1% come "genderqueer". Mentre il termine specifico "non binario" non era una delle opzioni, un certo numero degli</p>	<p>Gli individui che si identificano come non binari o genderqueer (un altro termine usato per descrivere coloro che non si identificano come esclusivamente maschi o femmine) sono un "sottogruppo sostanziale e in crescita della comunità di genere non conforme", secondo Lykens, LeBlanc e Bockting. In un sondaggio del 2017 pubblicato dal gruppo GLAAD per la difesa dei media LGBTQ, il 12% degli intervistati tra il 18 e il 34% si è identificato con un'identità di genere diversa da quella che gli è stata assegnata alla nascita. Il 3% degli intervistati si è identificato come "agender", il 3% come "gender fluid", il 2% come "transgender", il 2% come "incerto/interrogativo", l'1% come "bigender" e l'1% come "genderqueer". Mentre il termine specifico "non binario" non era una delle opzioni, un certo numero degli</p>

	the other terms would fall under the nonbinary umbrella.		altri termini rientrava sotto l'ombrello non binario.	altri termini ricadrebbe sotto l'ombrello non binario.
6	<p>However, many doctors suggest that for transgenders, getting and carrying a pregnancy has to come with more care, as there are higher chances of placental abruption, preterm labor, anemia, and even hypertension. Effect of surgeries on pregnancy. If a transgender man or non-binary person assigned female at birth has had a hysterectomy, they will not be able to carry a pregnancy as the ovaries are removed. However, doctors say that they can consider egg retrieval therapy.</p>	<p>Tuttavia, molti dottori suggeriscono che per i trasgressori, avere e portare con sé una gravidanza deve essere curato con maggiore cura, in quanto esistono maggiori possibilità di interruzione placentata, di lavoro pre-termine, di anemia e persino di ipertensione. Effetti degli interventi sulla gravidanza. Se un uomo transessuale o una persona non binaria assegnata alla femmina alla nascita ha avuto un'isterectomia, non sarà in grado di portare avanti una gravidanza quando le ovaie vengono rimosse. Tuttavia, i dottori dicono che possono considerare la terapia di recupero delle uova.</p>	<p>Tuttavia, molti medici suggeriscono che per i transessuali, ottenere e portare una gravidanza deve essere con più cura, in quanto ci sono maggiori probabilità di interruzione della placenta, travaglio pretermine, anemia e anche ipertensione. Effetto degli interventi chirurgici sulla gravidanza. Se un uomo transgender o una persona non binaria assegnata alla nascita ha avuto un'isterectomia, non sarà in grado di portare avanti una gravidanza mentre vengono rimosse le ovaie. Tuttavia, i medici dicono che possono prendere in considerazione la terapia di recupero delle uova.</p>	<p>Tuttavia, molti medici suggeriscono che per i transessuali, l'inizio e il trasporto di una gravidanza devono essere accompagnati da una maggiore attenzione, poiché ci sono maggiori possibilità di distacco di placenta, travaglio pretermine, anemia e anche ipertensione. Effetto degli interventi chirurgici sulla gravidanza. Se un uomo transessuale o una persona non binaria a cui è stata assegnata una donna alla nascita ha subito un'isterectomia, non sarà in grado di portare avanti una gravidanza quando le ovaie saranno rimosse. Tuttavia, i medici dicono che possono prendere in considerazione la terapia di recupero dell'ovulo.</p>
7	<p>New Delhi: As a first case in India, a trans man from Kerala is expecting a baby, to be born in March. Zahad, an accountant from Thiruvananthapuram is eight months pregnant and preparing for the arrival of his partner Ziya. The couple has been together for three years now, and after the birth plans to carry on gender-affirming care. As far as we know this is India's first trans man pregnancy," Ziya, a professional classical</p>	<p>New Delhi: come primo caso in India, un trans del Kerala si aspetta che nasca un bambino a marzo. Zahad, un contabile di Treuvananthapuram e' incinta di otto mesi e si sta preparando all'arrivo del suo socio Ziya. La coppia e' stata insieme per tre anni, e dopo i piani di nascita per continuare a fare cure per l'affermazione del genere. Per quel che ne sappiamo, questa è la prima gravidanza trans-maschile dell'India", ha scritto Ziya, una ballerina classica professionale, in un post su Instagram,</p>	<p>New Delhi: Come primo caso in India, un trans del Kerala aspetta un bambino, che nascerà a marzo. Zahad, un commercialista di Thiruvananthapuram è incinta di otto mesi e si prepara all'arrivo della sua compagna Ziya. La coppia sta insieme da tre anni, e dopo la nascita ha in programma di portare avanti le cure di affermazione del genere. Per quanto ne sappiamo, si tratta della prima gravidanza trans dell'India", ha scritto Ziya, una ballerina classica</p>	<p>New Delhi: Come primo caso in India, un transessuale del Kerala si aspetta un bambino, che nascerà a marzo. Zahad, contabile di Thiruvananthapuram, è incinta di otto mesi e si sta preparando per l'arrivo della sua compagna Ziya. La coppia è stata insieme per tre anni ora, e dopo la nascita ha in programma di continuare le cure di affermazione di genere. Per quanto ne sappiamo, questa è la prima gravidanza transessuale dell'India",</p>

	dancer , wrote in an Instagram post, sharing snippets of their pregnancy photoshoot.	condividendo frammenti delle loro foto di gravidanza.	professionista , in un post su Instagram, condividendo alcuni frammenti delle foto della loro gravidanza.	ha scritto Ziya, una ballerina classica professionista , in un post su Instagram, condividendo alcuni frammenti delle foto della gravidanza.
8	Violette Skye, 42, an activist in Salem, Oregon, who was born intersex and identifies as gender nonbinary, said doctors forced them to go on testosterone. "Most doctors operate within the binary and only see people as either male or female," said Skye, an advisory committee member for the Intersex and Genderqueer Recognition Project, a nonbinary advocacy group in Fremont, California. "My body rejected testosterone for the decades that I was on it."	Violette Skye, 42 anni, attivista di Salem, Oregon, nata intersessuale e identificata come non binaria di genere, ha detto che i dottori li hanno obbligati ad andare sul testosterone. "La maggior parte dei dottori lavora nel binario e vede solo persone di sesso maschile o femminile", ha detto Skye, membro del comitato consultivo per l'InterScene e Genderqueer Recognition Project, un gruppo di difesa non binario di Fremont, California. "Il mio corpo ha rifiutato il testosterone per i decenni in cui ci sono stato."	Violette Skye, 42 anni, un'attivista di Salem, Oregon, nata intersessuale e identificata come non binaria di genere, ha detto che i medici li hanno costretti ad andare avanti testosterone. "La maggior parte dei medici opera all'interno del sistema binario e vede le persone solo come maschi o femmine," ha detto Skye, un membro del comitato consultivo per l'Intersex and Genderqueer Recognition Project, un gruppo di sostegno non binario a Fremont, California. "Il mio corpo ha rifiutato il testosterone per i decenni che ci sono stato."	Violette Skye, 42 anni, un'attivista di Salem, Oregon, che è nata intersessuale e si identifica come genere non binario, ha detto i medici li hanno costretti ad andare avanti testosterone. "La maggior parte dei medici opera all'interno del sistema binario e vede le persone solo come maschi o femmine," ha detto Skye, un membro del comitato consultivo per l'Intersex and Genderqueer Recognition Project, un gruppo di sostegno non binario a Fremont, California. "Il mio corpo ha rifiutato il testosterone per i decenni in cui mi trovavo".
9	For three years, Jesse Brace avoided getting care for their seizures after they experienced discrimination at an emergency room near their home in Lawrence, Kansas, in 2017. They said they told the staff that they are transgender and nonbinary, that their name is different from their legal name and that they use gender-neutral pronouns. "They refused to even so much as acknowledge this information, and	Per tre anni, Jesse Brace ha evitato di prendersi cura delle proprie crisi dopo aver subito una discriminazione in un pronto soccorso vicino a casa loro a Lawrence, in Kansas, nel 2017. Hanno detto che hanno detto al personale che sono transessuali e non binari, che il loro nome è diverso dal loro nome legale e che usano pronomi neutri dal sesso. "Si sono rifiutati di accettare queste informazioni, e non solo non hanno usato [i miei pronomi], ma anche mi hanno mandato a casa senza curarmi	Per tre anni, Jesse Brace ha evitato di prendersi cura delle loro crisi epilettiche dopo aver subito discriminazioni in un pronto soccorso vicino alla loro casa a Lawrence, Kansas, nel 2017. Hanno detto allo staff che sono transgender e non binari, che il loro nome è diverso dal loro nome legale e che usano pronomi neutri di genere. "Si sono rifiutati anche solo di riconoscere queste informazioni, e non solo non hanno usato [i miei pronomi], ma mi	Per tre anni, Jesse Brace ha evitato di prendersi cura delle loro convulsioni dopo aver subito discriminazioni in un pronto soccorso vicino alla loro casa a Lawrence, Kansas, nel 2017. Hanno detto allo staff che sono transgender e non binari, che il loro nome è diverso dal loro nome legale e che usano pronomi neutrali rispetto al genere. "Si sono rifiutati anche solo di riconoscere queste informazioni, e non solo non hanno

	not only did they not use [my pronouns], but they also sent me home without treating me for what I went in for," said Brace, 25. When they tried to get care elsewhere after that, they said , they had similar experiences, so they avoided care entirely.	per quello che ho fatto," ha detto Brace, 25 anni. Quando hanno cercato di prendersi cura altrove, hanno detto di avere esperienze simili, così hanno evitato di preoccuparsene.	hanno anche mandato a casa senza trattarmi per quello che ho fatto", ha detto Brace, 25 anni. Quando hanno cercato di ottenere cure altrove dopo, hanno detto, hanno avuto esperienze simili, quindi hanno evitato completamente le cure.	usato [i miei pronomi], ma mi hanno anche mandato a casa senza trattarmi per quello che ho fatto", ha detto Brace, 25. Quando poi hanno cercato di ottenere assistenza altrove, hanno detto, hanno avuto esperienze simili, quindi hanno completamente evitato le cure.
10	"Time brought us together. It's been three years. Like my dream of being a mother, his dream of being a father." Zahad was born a female at birth , and his partner, who is undergoing a male-to-female transition, paused the transition process last year to be able to become parents. For the sex-transition surgery, doctors had removed the breasts but not the reproductive organs and so the couple has been able to conceive normally.	"Il tempo ci ha uniti. Sono passati tre anni. Come il mio sogno di essere madre, il suo sogno di essere padre." Zahad e' nata femmina alla nascita , e il suo partner, che e' in fase di transizione da uomo a donna, ha sospeso il processo di transizione l'anno scorso per poter diventare genitori. Per l'operazione di transizione sessuale, i dottori avevano rimosso il seno ma non gli organi riproduttivi, quindi la coppia è stata in grado di concepire normalmente.	"Il tempo ci ha riuniti. Sono passati tre anni. Come il mio sogno di essere madre, il suo sogno di essere padre." Zahad è nato femmina alla nascita , e la sua compagna, che sta attraversando una fase di transizione da maschio a femmina, ha sospeso il processo di transizione lo scorso anno per poter diventare genitori. Per l'intervento chirurgico di transizione sessuale, i medici hanno asportato le mammelle ma non gli organi riproduttivi e quindi la coppia è stata in grado di concepire normalmente.	"Il tempo ci ha riuniti. Sono passati tre anni. Come il mio sogno di essere madre, il suo sogno di essere padre." Zahad è nato alla nascita come donna e il suo partner, che sta attraversando una fase di transizione da maschio a femmina, ha interrotto il processo di transizione lo scorso anno per poter diventare genitori. Per l'intervento chirurgico di transizione sessuale, i medici hanno asportato le mammelle ma non gli organi riproduttivi e quindi la coppia è stata in grado di concepire normalmente.
11	In Australia, where government agencies began tracking both sex and gender in official records in 2013, 54 transgender men gave birth in 2014, according to statistics from the country's universal health care system. And a Dutch study published in the journal Human Reproduction in 2011 found that a majority of trans men reported wanting families.	In Australia, dove le agenzie governative hanno iniziato a tenere traccia del sex e del sex nei registri ufficiali nel 2013, 54 transessuali hanno partorito nel 2014, secondo le statistiche del sistema sanitario universale del paese. E uno studio olandese pubblicato sulla rivista "Riproduzione umana" nel 2011 ha scoperto che la maggior parte degli uomini trans avevano dichiarato di volere famiglie.	In Australia, dove le agenzie governative hanno iniziato a monitorare sia il sex che il genere nei registri ufficiali nel 2013, 54 uomini transgender hanno partorito nel 2014, secondo le statistiche del sistema sanitario universale del paese. E uno studio olandese pubblicato sulla rivista Human Reproduction nel 2011 ha scoperto che la maggior parte	In Australia, dove le agenzie governative hanno iniziato a tracciare sia il sex che il genere nei registri ufficiali nel 2013, 54 uomini transgender hanno partorito nel 2014, secondo le statistiche del sistema sanitario universale del paese. Uno studio olandese pubblicato sulla rivista Human Reproduction nel 2011 ha scoperto che la maggior parte degli uomini

			degli uomini trans ha riferito di voler avere famiglie.	trans dichiarava di voler avere una famiglia.
12	<p>“We’re very often under-represented in studies in the health care system, so a lot of people don’t understand what we face, how to better serve us as clients and patients in the health care system,” they said. “People just aren’t familiar, or are unsure of what Trans-existence really is. They see our pride flags, they see our stories in the news about coming out, but they don’t know the bare bones situation of our medical existence.” It’s an important topic to highlight, Linloff said, because transgender existence should be understood on multiple levels, because they’re multi-faceted human beings, just like everyone else.</p>	<p>"Spesso siamo sottorappresentate negli studi sul sistema sanitario, quindi molti non capiscono cosa ci troviamo di fronte, come possiamo servire meglio come clienti e come pazienti nel sistema sanitario", hanno dichiarato. "Le persone semplicemente non hanno familiarità, o non sono sicuri di cosa sia realmente la Trans-esistenza. Vedono le nostre bandiere dell'orgoglio, vedono le nostre storie sulle notizie di venire fuori, ma non sanno la situazione delle ossa nude della nostra esistenza medica." È un argomento importante da sottolineare, ha detto Linloff, perché l'esistenza tra i transessuali dovrebbe essere compresa su più livelli, perché sono esseri umani con molteplici sfaccettature, proprio come tutti gli altri.</p>	<p>"Siamo molto spesso sottorappresentati negli studi sul sistema sanitario, quindi molte persone non capiscono cosa affrontiamo, come servirci meglio come clienti e pazienti nel sistema sanitario," hanno detto. "Le persone semplicemente non hanno familiarità, o non sono sicure di cosa sia realmente la Trans-esistenza. Vedono le nostre bandiere dell'orgoglio, vedono le nostre storie nelle notizie sul coming out, ma non conoscono la situazione a ossa nude della nostra esistenza medica." È un argomento importante da evidenziare, ha detto Linloff, perché l'esistenza transgender dovrebbe essere compresa su più livelli, perché sono esseri umani multi-sfaccettati, proprio come tutti gli altri.</p>	<p>"Molto spesso siamo sottorappresentati negli studi sul sistema sanitario, quindi molte persone non capiscono cosa affrontiamo, come meglio servirci come clienti e pazienti nel sistema sanitario", hanno detto. "Le persone semplicemente non hanno familiarità, o non sono sicure di cosa sia realmente la Trans-esistenza. Vedono le nostre bandiere dell'orgoglio, vedono le nostre storie nelle notizie sul coming out, ma non conoscono la situazione a ossa nude della nostra esistenza medica." È un argomento importante da evidenziare, ha detto Linloff, perché l'esistenza transgender dovrebbe essere compresa su più livelli, perché sono esseri umani sfaccettati, proprio come tutti gli altri.</p>
13	<p>When 19-year-old Kam Brooks was admitted to a behavioral health care facility in Sanford, Florida, after having suicidal thoughts, a nurse following her usual procedure asked the teen to remove personal items, including a bra. “It’s a chest binder, not a bra,” Brooks, who identifies as neither male nor female but as gender nonbinary, responded</p>	<p>Quando Kam Brooks, 19 anni, fu ricoverato in una struttura comportamentale di Sanford, in Florida, dopo aver avuto pensieri suicidi, un'infermiera che seguiva la sua normale procedura chiese al ragazzo di rimuovere oggetti personali, incluso un reggiseno. "È un raccoglitore toracico, non un reggiseno", Brooks, che identifica non come maschio né femmina ma come non binario di sesso,</p>	<p>Quando la diciannovenne Kam Brooks è stata ricoverata in una struttura sanitaria comportamentale a Sanford, Florida, dopo aver avuto pensieri suicidi, un'infermiera, seguendo la sua procedura abituale, ha chiesto all'adolescente di rimuovere oggetti personali, tra cui un reggiseno. "È un legante del petto, non un reggiseno", rispose Brooks, che non si identifica né come maschio</p>	<p>Quando la diciannovenne Kam Brooks è stata ricoverata in una struttura sanitaria comportamentale a Sanford, Florida, dopo aver avuto pensieri suicidi, un'infermiera, seguendo la sua consueta procedura, ha chiesto all'adolescente di rimuovere oggetti personali, tra cui un reggiseno. Brooks, che non si identifica né come maschio né come femmina, ma come genere non</p>

	before changing into a long-sleeve shirt and gray sweatpants. During another interaction at the same facility, Aspire Health Partners, a nonprofit that caters to low-income patients, a counselor asked if Brooks was "male or female." This question, Brooks lamented, ignored the possibility that someone could identify as neither — or as somewhere in between.	ha risposto prima di passare a una camicia a manica lunga e pantaloni grigi. Durante un'altra interazione nella stessa struttura, Aspire Health Partners, un'organizzazione no profit che si occupa dei pazienti a basso reddito, un consulente ha chiesto se Brooks fosse "maschio o femmina". Questa domanda, lamentava Brooks, ignorava la possibilità che qualcuno potesse identificarsi come nessuno dei due, o come qualcosa nel mezzo.	né come femmina, ma come genere non binario, prima di cambiare in una camicia a maniche lunghe e pantaloni grigi. Durante un'altra interazione nella stessa struttura, Aspire Health Partners, un'organizzazione no-profit che si occupa di pazienti a basso reddito, un consulente ha chiesto se Brooks fosse "maschio o femmina". Brooks si lamentò di questa domanda e ignorò la possibilità che qualcuno potesse identificarsi come nessuno dei due — o come qualcosa nel mezzo.	binario, rispose prima di passare a una camicia a maniche lunghe e a pantaloni grigi. Durante un'altra interazione nella stessa struttura, Aspire Health Partners, un'organizzazione no-profit che si occupa di pazienti a basso reddito, un consulente ha chiesto se Brooks fosse "maschio o femmina". Questa domanda, Brooks si lamentò, ignorò la possibilità che qualcuno potesse identificarsi come nessuno dei due - o come qualcosa nel mezzo.
14	Groves was connected with an affirming primary care physician through the Knights and Orchids Society, a grassroots organization in Selma, Alabama, led by Black trans people. He drives about 4½ hours from his home in Jackson, Mississippi, to Auburn, Alabama, when he needs care. Although groups like the Knights and Orchids Society have provided what Groves described as “life-changing” support, he said it’s ultimately up to the medical system and society to address pervasive issues like discrimination.	Groves era collegato a un medico che affermava le cure primarie tramite la Knight and Orchids Society, un'organizzazione di base a Selma, in Alabama, guidata da Black trans. Guida 45 ore e mezzo da casa sua a Jackson, Mississippi, ad Auburn, in Alabama, quando gli serve cure. Anche se gruppi come la Knight e la Orchids Society hanno fornito un sostegno che i gruppi hanno definito "cambiamento di vita", ha affermato che alla fine spetta al sistema medico e alla società affrontare questioni estese come la discriminazione.	Groves era collegato con un affermato medico di base attraverso la Knights and Orchids Society, un'organizzazione di base a Selma, Alabama, guidata da persone trans di colore. Guida circa 4 ore e mezza dalla sua casa di Jackson, Mississippi, ad Auburn, Alabama, quando ha bisogno di cure. Sebbene gruppi come la Knights and Orchids Society abbiano fornito quello che Groves ha descritto come un supporto "che cambia la vita", ha detto che alla fine spetta al sistema medico e alla società affrontare problemi pervasivi come la discriminazione.	Groves era collegato ad un affermatore di cure primarie attraverso la Knights and Orchids Society, un'organizzazione di base a Selma, in Alabama, guidata da persone trans di colore. Guida circa 4 ore e mezza dalla sua casa di Jackson, Mississippi, ad Auburn, Alabama, quando ha bisogno di cure. Anche se gruppi come la Knights and Orchids Society hanno fornito quello che Groves ha descritto come un supporto "che cambia la vita", ha detto che alla fine è compito del sistema medico e della società affrontare problemi pervasivi come la discriminazione.
15	Nearly half of trans people have been mistreated by medical providers, report finds. The onus of addressing discrimination against	Quasi la metà' delle persone trans sono state maltrattate da fornitori di servizi medici, secondo le perizie. Uno degli autori del rapporto ha affermato che	Quasi la metà dei transessuali sono stati maltrattati dai fornitori medici, riferiscono i risultati. Uno degli autori del rapporto afferma che l'onere di	Quasi la metà dei transessuali sono stati maltrattati dai fornitori medici, riferiscono i risultati. Uno degli autori del rapporto sostiene che

	<p>transgender people should fall on medical institutions, one of the report's authors said.</p>	<p>l'obbligo di affrontare la discriminazione contro i transessuali dovrebbe ricadere sulle istituzioni mediche.</p>	<p>affrontare la discriminazione contro le persone transgender dovrebbe ricadere sulle istituzioni mediche.</p>	<p>l'onere di affrontare la discriminazione contro le persone transgender dovrebbe ricadere sulle istituzioni mediche.</p>
16	<p>Pregnancy and childbirth are always associated with women. However, people of all genders who have a uterus can get pregnant and give birth to babies. But most transgender people giving birth are those born with a uterus — transgender men, non-binary people, gender fluid people, genderqueer people, two-spirit people, and others with uteruses who do not identify as women. According to health professionals, it is a misconception that taking testosterone will make transgenders “sterile” and potentially unable to conceive. A recent study that researched female-to-male transgender people receiving in-vitro fertilization found that egg quality and quantity were similar between transgender men and cisgender women. While taking testosterone, ovulation may stop but egg reserves continue to be there. So, if a transgender man stops taking his testosterone, his menstrual cycle often returns, reportedly within about six months.</p>	<p>La gravidanza e il parto sono sempre associati alle donne. Tuttavia, le persone di tutti i generi che hanno un utero possono rimanere incinte e partorire bambini. Ma la maggior parte delle persone transessuali che partoriscono sono quelle che nascono con un utero... uomini transessuali, persone non binarie, persone fluide di genere, persone genderqueer, persone con due spiriti, e altre con uteri che non si identificano come donne. Secondo i professionisti della sanità, è un'errata convinzione che l'assunzione di testosterone renderà i transessuali "sterili" e potenzialmente incapaci di concepire. Uno studio recente che ha condotto ricerche su transessuali tra donne e uomini che ricevono la fecondazione in vitro ha rivelato che la qualità e la quantità delle uova erano simili tra uomini transessuali e donne di sesso maschile. Mentre si prende il testosterone, l'ovulazione può smettere, ma le riserve di uova continuano ad essere lì. Quindi, se un uomo transessuale smette di prendere il testosterone, il suo ciclo mestruale spesso ritorna, in base a quanto riferito, entro circa sei mesi.</p>	<p>La gravidanza e il parto sono sempre associati alle donne. Tuttavia, le persone di tutti i sessi che hanno l'utero possono rimanere incinte e partorire bambini. Ma la maggior parte delle persone transgender che partoriscono sono quelle nate con l'utero — uomini transgender, persone non binarie, persone sessualmente fluide, persone generiche, persone bispirituali, e altre persone con utero che non si identificano come donne. Secondo gli operatori sanitari, è un'errata concezione che l'assunzione di testosterone renderà i transgender "sterili" e potenzialmente incapaci di concepire. Un recente studio condotto su persone transgender da donna a uomo sottoposte a fecondazione in vitro ha rilevato che la qualità e la quantità delle uova erano simili tra gli uomini transgender e le donne cisgender. Durante l'assunzione di testosterone, l'ovulazione può cessare, ma le riserve di uova continuano ad essere presenti. Quindi, se un uomo transgender smette di assumere il testosterone, il suo ciclo</p>	<p>La gravidanza e il parto sono sempre associati alle donne. Tuttavia, le persone di tutti i sessi con utero possono rimanere incinte e partorire bambini. Ma la maggior parte delle persone transgender che partoriscono sono quelle nate con l'utero — uomini transgender, persone non binarie, persone di genere fluido, persone di genere queer, persone con due spiriti, e altre persone con utero che non si identificano come donne. Secondo gli operatori sanitari, è errato pensare che l'assunzione di testosterone renderà i transessuali "sterili" e potenzialmente incapaci di concepire. Un recente studio condotto su persone transgender da donna a uomo sottoposte a fecondazione in vitro ha rilevato che la qualità e la quantità delle uova erano simili tra uomini transgender e donne cisgender. Durante l'assunzione di testosterone, l'ovulazione può cessare, ma le riserve di uova continuano a essere presenti. Quindi, se un uomo transgender smette di assumere il testosterone, il ciclo mestruale</p>

			mestruale spesso ritorna, si dice entro circa sei mesi.	spesso ritorna, a quanto riferito, entro circa sei mesi.
17	<p>But doctors, nurses and medical office staff are still adjusting to the idea that those who are pregnant may not identify as women. Transgender and nonbinary people describe gaps in medical professionals' understanding ranging from an ultrasound technician calling them by the wrong name to doctors who tell them hormone therapy probably ruined their fertility. The consequences can be dire. A recently published case study described a transgender man who went to an emergency room with severe abdominal pain — but doctors were slow to realize that he was pregnant and in danger. The man delivered a stillborn baby several hours later.</p>	<p>Ma i dottori, le infermiere e il personale medico stanno ancora lavorando per capire che chi e' incinta potrebbe non identificarsi come una donna. I transessuali e le persone non binarie descrivono le lacune nella comprensione dei professionisti medici, che vanno da un tecnico di ultrasuoni che li chiama con il nome sbagliato ai medici che dicono loro che la terapia ormonale probabilmente ha rovinato la loro fertilità. Le conseguenze possono essere terribili. Un caso di studio pubblicato di recente ha descritto un uomo transessuale che è andato in un pronto soccorso con gravi dolori addominali — ma i dottori sono stati lenti a capire che era incinta e in pericolo. L'uomo ha partorito un bambino morto diverse ore dopo.</p>	<p>Ma i medici, gli infermieri e il personale dell'ufficio medico si stanno ancora adattando all'idea che le donne in gravidanza potrebbero non identificarsi come tali. Le persone transgender e non binarie descrivono lacune nella comprensione dei professionisti medici che vanno da un tecnico ecografico che li chiama con il nome sbagliato a medici che dicono che la terapia ormonale probabilmente ha rovinato la loro fertilità. Le conseguenze possono essere terribili. Un caso di studio pubblicato di recente ha descritto un transgender che si è recato al pronto soccorso con forti dolori addominali — ma i medici sono stati lenti nel rendersi conto che era incinta e in pericolo. L'uomo ha partorito un bambino nato morto diverse ore dopo.</p>	<p>Ma medici, infermieri e personale medico si stanno ancora adattando all'idea che le donne in gravidanza possano non identificarsi come tali. Le persone transgender e non binarie descrivono lacune nella comprensione dei professionisti medici che vanno da un tecnico ecografico che li chiama con il nome sbagliato a medici che dicono che la terapia ormonale probabilmente ne ha rovinato la fertilità. Le conseguenze possono essere terribili. Un caso di studio pubblicato di recente ha descritto un transgender che si è recato al pronto soccorso con forti dolori addominali — ma i medici non sono riusciti a capire che era incinta e in pericolo. L'uomo ha partorito un bambino nato morto diverse ore dopo.</p>
18	<p>One of the most persistent myths transgender men and nonbinary people hear from doctors is that testosterone has sterilized them, experts say. While testosterone generally blocks ovulation, trans men can get pregnant while taking it, particularly if they are not taking it regularly. It's just one example of the misinformation and</p>	<p>Uno dei miti più persistenti che gli uomini transessuali e le persone non binarie sentono dai dottori è che il testosterone li ha sterilizzati, dicono gli esperti. Mentre il testosterone blocca in genere l'ovulazione, gli uomini trans possono restare incinte mentre lo prendono, in particolare se non lo prendono regolarmente. E' solo un esempio della disinformazione e</p>	<p>Uno dei miti più persistenti uomini transgender e persone non binarie sentono da medici è che il testosterone li ha sterilizzati, dicono gli esperti. Mentre il testosterone generalmente blocca l'ovulazione, gli uomini trans possono iniziare una gravidanza mentre lo assumono, in particolare se non lo assumono regolarmente. È solo un esempio della</p>	<p>Uno dei miti più persistenti che uomini transgender e persone non binarie sentono dai medici è che il testosterone li ha sterilizzati, dicono gli esperti. Mentre il testosterone blocca generalmente l'ovulazione, gli uomini trans possono avere una gravidanza mentre lo assumono, in particolare se non lo assumono regolarmente. È solo un esempio</p>

	discouragement transgender men say they face from the medical establishment when they decide to get pregnant — a problem advocates and experts blame on a lack of training and research around transgender health care, as well as doctors’ biases.	scoraggiamento che gli uomini transessuali dicono di dover affrontare dall'istituto medico quando decidono di rimanere incinta — un problema che gli avvocati e gli esperti biasimano per la mancanza di formazione e ricerca nel campo dell'assistenza sanitaria transessuale, oltre che per le ragioni dei medici.	disinformazione e dello scoraggiamento che gli uomini transgender dicono di affrontare dalla struttura medica quando decidono di rimanere incinte — un problema che i sostenitori e gli esperti danno per colpa alla mancanza di formazione e ricerca sull'assistenza sanitaria transgender, così come i pregiudizi dei medici.	della disinformazione e dello scoraggiamento che gli uomini transessuali dicono di dover affrontare dalla struttura medica quando decidono di rimanere incinta — un problema che avvocati ed esperti biasimano per la mancanza di formazione e di ricerca sull'assistenza sanitaria transessuale, così come i pregiudizi dei medici.
19	Amid a crumbling health-care system and rising transphobia, trans and non-binary people in Ontario are facing a new challenge: reduced access to gender-affirming care. Changes to how the Ontario government funds virtual health-care services have led to the closure of a key resource, the Connect-Clinic. The clinic provides vital health-care services, and its closure means fewer trans and non-binary people will get the life-saving medical care they need. Gender-affirming care providers should be exempt from these rate cuts to maintain trans and non-binary people’s access to health-care services.	Tra un sistema sanitario in crisi e la crescente transfobia, le persone trans e non binarie dell'Ontario stanno affrontando una nuova sfida: un accesso ridotto all'assistenza per l'affermazione del genere. Le modifiche al modo in cui il governo dell'Ontario finanzia i servizi sanitari virtuali hanno portato alla chiusura di una risorsa chiave, la Connect-Clinic. La clinica fornisce servizi sanitari vitali, e la sua chiusura significa che meno persone trans e non binarie riceveranno le cure mediche salvavita di cui hanno bisogno. I fornitori di servizi di assistenza per l'affermazione del genere dovrebbero essere esentati da tali riduzioni delle aliquote per mantenere l'accesso delle persone trans e non binarie ai servizi di assistenza sanitaria.	In mezzo a un sistema sanitario fatiscente e all'aumento della transfobia, le persone trans e non binarie in Ontario stanno affrontando una nuova sfida: un accesso ridotto alle cure di affermazione del genere. Le modifiche apportate al modo in cui il governo dell'Ontario finanzia i servizi sanitari virtuali hanno portato alla chiusura di una risorsa chiave, la Connect-Clinic. La clinica fornisce servizi sanitari vitali, e la sua chiusura significa che meno persone trans e non binarie riceveranno le cure mediche salvavita di cui hanno bisogno. I prestatori di assistenza che affermano la parità di genere dovrebbero essere esentati da questi tagli delle tariffe per mantenere l'accesso delle persone trans e non binarie ai servizi sanitari.	Tra un sistema sanitario fatiscente e una crescente transfobia, le persone trans e non binarie in Ontario stanno affrontando una nuova sfida: un accesso ridotto alle cure di affermazione del genere. I cambiamenti nel modo in cui il governo dell'Ontario finanzia i servizi sanitari virtuali hanno portato alla chiusura di una risorsa chiave, la Connect-Clinic. La clinica fornisce servizi sanitari vitali, e la sua chiusura significa che meno persone trans e non binarie riceveranno le cure mediche salvavita di cui hanno bisogno. Gli operatori sanitari che affermano il genere dovrebbero essere esentati da questi tagli delle tariffe per mantenere l'accesso delle persone trans e non binarie ai servizi sanitari.
20	The report cited a 2018 brief from the Kaiser Family Foundation that found that more than half of	Il rapporto cita una relazione del 2018 della Kaiser Family Foundation che ha riscontrato che più della metà dei	Il rapporto cita un rapporto del 2018 della Kaiser Family Foundation che ha scoperto che più della metà dei	Il rapporto cita un documento del 2018 della Kaiser Family Foundation che ha scoperto che più

	<p>medical school curriculums lack information about unique health issues the LGBTQ community faces and don't cover treatment beyond HIV prevention and care, "likely contributing to transgender people's inability to access affirming care," CAP wrote. Alex Petrovnia, 24, a writer and scientific researcher living in central Pennsylvania, said that last fall, he had to report a primary care physician after a negative experience.</p>	<p>programmi di studio delle scuole mediche non dispone di informazioni su questioni sanitarie specifiche che la comunità LGBTQ deve affrontare e non copre trattamenti che vanno oltre la prevenzione e l'assistenza dell'HIV, "il che può contribuire all'incapacità delle persone transessuali di accedere all'assistenza per affermare", ha scritto CAP. Alex Petrovnia, 24 anni, scrittore e ricercatore scientifico che vive nel centro della Pennsylvania, ha detto che lo scorso autunno ha dovuto denunciare un medico primario dopo un'esperienza negativa.</p>	<p>programmi scolastici di medicina mancano di informazioni sui problemi di salute unici che la comunità LGBTQ affronta e non coprono il trattamento oltre la prevenzione e l'assistenza dell'HIV, "probabilmente contribuendo all'incapacità delle persone transgender di accedere alle cure affermative", ha scritto CAP. Alex Petrovnia, 24 anni, scrittore e ricercatore scientifico che vive nella Pennsylvania centrale, ha dichiarato che lo scorso autunno ha dovuto segnalare un medico di base dopo un'esperienza negativa.</p>	<p>della metà dei curricula delle scuole mediche mancano di informazioni su problemi di salute unici che la comunità LGBTQ deve affrontare e non coprono il trattamento oltre la prevenzione e l'assistenza dell'HIV, "probabilmente contribuendo all'incapacità delle persone transgender di accedere alle cure affermative", ha scritto CAP. Alex Petrovnia, 24 anni, scrittore e ricercatore scientifico residente nella Pennsylvania centrale, ha dichiarato che lo scorso autunno, dopo un'esperienza negativa, ha dovuto segnalare un medico di base.</p>
--	--	--	--	--

Table 4.5 Generic, Generic + TM, Medical + TM, SYSTRAN MT translation output

In this chapter raw MT outputs were analysed to investigate how transgender and non-binary identities are translated from English into Italian and whether gender bias lingers to such themes. The systems considered often prove inadequate, although much is due to the morphological features of the target language, that can accommodate especially non-binary identities with difficulty, and for the time being, only employing gender-neutral, but lengthy, turns of phrases. It therefore stands to reason that further reasoning on the morphology of the Italian language and the possible introduction of a gender-neutral ending needs thinking. As of today, pairing a glossary of gender-neutral and inclusive alternatives, such as the DeepL Translator Glossary that was created in Section 4.2, seems to be the most thorough means through which to adjust the output. As seen with Fairslator (Section 2.6), the integration of rule-based features appears to be a temporary winning solution. In the future it might be interesting to study the behaviour of a system integrated with a gender-neutral dictionary that incorporates new options for the Italian morphology and investigate whether this can improve gender-disparity in language and society.

CONCLUSIONS

This work had started on a technical foot, with the presentation of the evolution of machine translation, its state-of-the-art, and the alarming reports on the extensive presence of gender bias in MT output. I trust that it has been a clear and thorough explanation of the topic even to the non-expert reader. More importantly, gender bias in machine translation in this work has been considered together with the implications of power in language, which was necessary to understand its importance. The history of machine translation might seem lengthy, but it has also developed rather quickly, with vertiginous results obtained in a matter of years. The path to a full crowning of perfect results in every domain, every language, every evaluation is still long, and one might wonder if perfection will indeed ever be achieved.

For the time being, it should be expected that at least the major language services providers seek to improve and adapt their products to the growing necessity of gender-balanced language results. Furthermore, the research in gender bias evaluation and debiasing is a field around which the excitement is great, and it will be very interesting to follow the developments. Hopefully, the future research will pay special attention to the inclusion of gender-diverse identities, which have been little considered in machine translation until now. The theme can generate a lot of discussion that will be undoubtedly healthy to have: gender bias in machine translation arguably cannot be studied for longer without approaching the topic of changes in a language. Language is always evolving, and although it can be argued that changes cannot be imposed from above, avoiding and closing off to discussion about it is as much censorship as imparting sudden new rules.

The short research conducted in the last part of this work has highlighted the evident need of shaping language in order for it to accommodate the identities that, again, have always been here and finally deserve the language to speak about their experience. I strongly believe in the capability of machine translation to propagate this argument that needs to be discussed and studied. As I wrote at the beginning, in the Introduction, machine translation seems to be a mirror of society, it reflects the good, but also the bad. Introducing changes in machine translation may be a means through which to make society reflect something else, in a virtuous cycle of reciprocal influences. Maybe Google Translate will really leave translators on the streets, but not before being used to achieve other goals beyond mere translation.

At the end of this dissertation, I trust that the reader will have gained a deeper understanding of the features of machine translation, its development, and the effects and range of its use. Moreover, it is a thorough representation of one of its greatest challenges of the decade, i.e., the overcoming of gender bias in MT. This spotlight on gender bias should not, however, be considered only as a technical issue, but in a larger context that involves ethics and gender theory. Although incredibly briefly, this work has cited a number of theories about gender, and how the proliferation of gender identities might be seen as freedom from power structures. Integrating different gender identities in machine translation might be a small but important tassel in the change towards a better and inclusive society. I hope that this work will spark a conscious curiosity on the way MT technology is utilised and from where it evolves, in order not to blindly wield it as a tool that is separated from the inner workings of a society. Machines may never overpower human beings, but using them without thinking of the surrounding context makes people incredibly similar to them.

Bibliography

- Ashcroft, Bill, Griffiths, Gareth and Tiffin, Helen. 2007 [2000] *Post-colonial Studies. The Key Concepts*. 2nd edn. Oxon and New York: Routledge.
- Banitz, Brita. 2020. Machine translation: A critical look at the performance of rule-based and statistical machine translation. In *Cadernos de Tradução*, 40(1). DOI: 10.5007/2175-7968.2020v40n1p54
- Ben Hagai, Ella, and Zurbriggen, Eileen L. 2022. *Queer Theory and Psychology*. Cham: Springer Nature Switzerland AG. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-84891-0>
- Bowker, Lynne, & Ciro, Jairo Buitrago. 2019. 2. Machine Translation. In *Machine Translation and Global Research: Towards Improved Machine Translation Literacy in the Scholarly Community* (pp. 37–54). Emerald Publishing Limited. <https://doi.org/10.1108/978-1-78756-721-420191004>
- Brun, Yuriy, and Meliou, Alexandra. 2018. Software fairness. *Proceedings of the 2018 26th ACM Joint Meeting on European Software Engineering Conference and Symposium on the Foundations of Software Engineering*, 754–759. <https://doi.org/10.1145/3236024.3264838>
- Capelli, Claudia, Lalli, Pina, and Zingone, Michela. 2022. *RACCONTARE IL FEMMINICIDIO: CRONACA, TRIBUNALI, POLITICHE*. Blue paper della Ricerca PRIN-Miur 2015 «Rappresentazioni sociali della violenza sulle donne: il caso del femminicidio in Italia»
- Carlström, R., Ek, S., & Gabrielsson, S. 2021. ‘Treat me with respect’: transgender persons’ experiences of encounters with healthcare staff. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 35(2). <https://doi.org/10.1111/scs.12876>
- Costa-Jussà, Marta R., Farrús, Mireia, Mariño, José B., & Fonollosa, José A. R. 2012. Study and Comparison of Rule-Based and Statistical Catalan-Spanish Machine Translation Systems. In *Computing and Informatics* (Vol. 31).
- Darwin, Helana. 2020. Challenging the Cisgender/Transgender Binary: Nonbinary People and the Transgender Label. In *Gender and Society*, 34(3). <https://doi.org/10.1177/0891243220912256>
- Fairclough, Norman. 2015 [1989]. *Language and Power*. 3rd edn. Oxon and New York: Routledge.
- Flotow, Luise von. 1997. *Translation and Gender: Translating in the 'Era of Feminism'*.
- Fomicheva, Marina, & Specia, Lucia. 2019. Taking MT Evaluation Metrics to Extremes: Beyond Correlation with Human Judgments. In *Computational Linguistics*, 45(3), 515–558. https://doi.org/10.1162/coli_a_00356

- Forcada, Mikel L. 2017. Making sense of neural machine translation. In *Translation Spaces*, 6(2), 291–309. <https://doi.org/10.1075/ts.6.2.06for>
- Goddard, Angela, and Patterson, Lindsey Meân. 2004 [2000]. *Language and Gender*. 4th edn. Oxon and New York: Routledge.
- Gonen, Hila, & Webster, Kellie. 2020. Automatically Identifying Gender Issues in Machine Translation using Perturbations. *Findings of the Association for Computational Linguistics: EMNLP 2020*, 1991–1995. <https://doi.org/10.18653/v1/2020.findings-emnlp.180>
- Hall, Stuart (ed.). 2002 [1998]. *Representation: cultural representations and signifying practices*. 5th edn. London, California, New Delhi: Sage Publications.
- Hovy, Dirk, Bianchi, Federico, & Fornaciari, Tommaso. 2020. “You Sound Just Like Your Father” Commercial Machine Translation Systems Include Stylistic Biases. *Proceedings of the 58th Annual Meeting of the Association for Computational Linguistics*, 1686–1690. <https://doi.org/10.18653/v1/2020.acl-main.154>
<https://towardsdatascience.com/fine-tuning-for-domain-adaptation-in-nlp-c47def356fd6> (accessed 26/01/2023)
- Hurskainen, Arvi, & Tiedemann, Jörg. 2017. Rule-based machine translation from English to Finnish. *WMT 2017 - 2nd Conference on Machine Translation, Proceedings*. <https://doi.org/10.18653/v1/w17-4731>
- Hutchins, William John. 1995. Machine Translation: A Brief History. In *Concise History of the Language Sciences*. <https://doi.org/10.1016/b978-0-08-042580-1.50066-0>
- Hutchins, William John. 1999. Warren Weaver memorandum July 1949. In *MT News International*, 15(22).
- Hutchins, William John. 2001. Machine Translation over fifty years. *Histoire Épistémologie Langage*, 23(1), 7–31. <https://doi.org/10.3406/hel.2001.2815>
- Hutchins, William John. 2007. Machine Translation: A Concise History. In *Mechanical Translation*, 13(1-2).
- Koehn, Philipp. 2020. *Neural Machine Translation*. New York: Cambridge University Press. DOI: 10.1017/9781108608480
Manchester: St. Jerome Publishing.
- Měchura, Michal. 2022c. A Taxonomy of Bias-Causing Ambiguities in Machine Translation. *Proceedings of the 4th Workshop on Gender Bias in Natural Language Processing (GeBNLP)*, 168–173. <https://doi.org/10.18653/v1/2022.gebnlp-1.18>
- Okpor, Margaret Dumebi. 2014. Machine Translation Approaches: Issues and Challenges. In *International Journal of Computer Science Issues*. 11(5, 2) www.IJCSI.org (accessed 27/12/2022)

- Poibeau, Thierry. 2017. *Machine Translation*. Cambridge and London: The MIT Press.
- Politi, Marcello. 2022. Fine-Tuning for Domain Adaptation in NLP. In *Towards Data Science*.
- Prates, Marcelo O. R., Avelar, Pedro H., & Lamb, Luis C. 2020. Assessing gender bias in machine translation: a case study with Google Translate. *Neural Computing and Applications*, 32(10), 6363–6381. <https://doi.org/10.1007/s00521-019-04144-6>
- Savoldi, Beatrice, Gaido, Marco, Bentivogli, Luisa, Negri, Matteo, and Turchi, Marco. 2021. Gender Bias in Machine Translation. *Transactions of the Association for Computational Linguistics*, 9, 845–874. https://doi.org/10.1162/tacl_a_00401
- Setiawan, Dedy. 2020. Analysing the Works of a Machine Translation. In *International Journal of Language and Literary Studies*, 2(2). DOI: 10.36892/ijlls.v2i2.292
- Siddiqui, Shahid. 2014. *Language, Gender, and Power. The Politics of Representation and Hegemony in South Asia*. Karachi: Oxford University Press.
- Sreelekha, S. 2017. *Statistical Vs Rule Based Machine Translation; A Case Study on Indian Language Perspective*. <http://arxiv.org/abs/1708.04559>
- Stanovsky, Gabriel, Smith, Noah A., and Zettlemoyer, Luke. 2020. Evaluating gender bias in machine translation. *ACL 2019 - 57th Annual Meeting of the Association for Computational Linguistics, Proceedings of the Conference*. <https://doi.org/10.18653/v1/p19-1164>
- Sulis, Gigliola, and Gheno, Vera. 2022. The Debate on Language and Gender in Italy, from the Visibility of Women to Inclusive Language (1980s–2020s). In *The Italianist*, 42(1), 153–183. <https://doi.org/10.1080/02614340.2022.2125707>
- Tavits, Margit, and Pérez, Efrén O. 2019. Language influences mass opinion toward gender and LGBT equality. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 116(34). <https://doi.org/10.1073/pnas.1908156116>
- Zhao, Jieyu, Wang, Tianlu, Yatskar, Mark, Ordonez, Vicente, and Chang, Kai-Wei. 2018. Gender Bias in Coreference Resolution: Evaluation and Debiasing Methods. *Proceedings of the 2018 Conference of the North American Chapter of the Association for Computational Linguistics: Human Language Technologies, Volume 2 (Short Papers)*, 15–20. <https://doi.org/10.18653/v1/N18-2003>

Online resources

- Alsan, Merve. 2022. ‘What is translation memory (TM), and how does it help with localizing websites?’. In *WeGlot*. <https://weglot.com/blog/translation-memory/> (accessed 16/02/2023)

- American Psychiatric Association. <https://www.psychiatry.org/patients-families/gender-dysphoria/what-is-gender-dysphoria> (accessed 01/02/2023)
- Angeli, Francesco. 2014. Linguaggio di genere: Dottora, Dottrice, Dottoressa. Come mai la parola dottore al femminile diventa dottoressa e non dottrice? In *NoiDonne*. <https://www.noidonne.org/articoli/linguaggio-di-genere-dottora-dottrice-dottoressa-05085.php> (accessed 19/01/2023)
- “Bayes’ theorem”. Wikipedia. 2022. https://en.wikipedia.org/wiki/Bayes%27_theorem (accessed 30/12/2022)
- Colin. 2023. DeepL vs Google Translate: Which Is Better? Plus How to Use Them. In *Translate Press*. <https://translatepress.com/deepl-vs-google-translate-comparison/> (accessed 03/02/2023)
- “-essa”. Treccani. 2023. www.treccani.it/vocabolario (<https://www.treccani.it/vocabolario/essa/>) (accessed 19/01/2023)
- Huss, Nick. 2022. How Many Websites Are There in the World? In *Sitefy*. <https://sitefy.com/how-many-websites-are-there/> (accessed 27/12/2022)
- “incinto”. Garzanti Linguistica. 2023. <https://www.garzantilinguistica.it/ricerca/?q=incinto> (accessed 06/02/2023)
- Kurenkov, Andrey. 2020. A Brief History of Neural Nets and Deep Learning. In *Skynet Today*. <https://www.skynettoday.com/overviews/neural-net-history> (accessed 10/12/2022)
- L’Eco del Sud. 2022. Scrivere “Il signor Presidente del Consiglio Giorgia Meloni”... anzi no, solo “Il Presidente del Consiglio”. Nota bis di Palazzo Chigi. In *L’Eco del Sud*. <https://www.lecodelsud.it/scrivere-il-signor-presidente-del-consiglio-giorgia-meloni-anzi-no-solo-il-presidente-del-consiglio-nota-bis-di-palazzo-chigi> (accessed 19/01/2023)
- Měchura, Michal. 2022a. We need to talk about bias in machine translation. The Fairslator whitepaper. In *Fairslator*. www.fairslator.com (accessed 24/01/2023)
- Měchura, Michal. 2022b. What you need to know about bias in machine translation. In *Slator*. <https://slator.com/what-you-need-to-know-about-bias-in-machine-translation/> (accessed 26/01/2023)
- National Health System. <https://www.nhs.uk/conditions/gender-dysphoria/> (accessed 01/02/2023)
- quotidianosanità.it. 2022. Donna medico e donna chirurgo? Si dice “Medica” e “Chirurga”, parola di Treccani. In *quotidianosanità.it*. https://www.quotidianosanita.it/cronache/articolo.php?articolo_id=107153 (accessed 19/01/2023)

- Reilly-Cooper, Rebecca. 2016. Gender is not a spectrum. The idea that ‘gender is a spectrum’ is supposed to set us free. But it is both illogical and politically troubling. In *Aeon*. <https://aeon.co/essays/the-idea-that-gender-is-a-spectrum-is-a-new-gender-prison> (accessed 01/02/2023)
- Sperling, Valerie. 2019. How women are fighting sexist language in Russia. In *OUPblog*. <https://blog.oup.com/2019/08/how-women-are-fighting-sexist-language-in-russia/> (accessed 17/01/2023)
- TransHub. 2021. What is gender affirmation? In *TransHub*. <https://www.transhub.org.au/101/gender-affirmation> (accessed 06/02/2023)
- Weglot. DeepL vs Google Translate: Machine translation in action. In *Weglot*. <https://weglot.com/deepl-vs-google-translate/> (accessed 03/02/2023)
- Wyndham, Anna. 2021. Inside DeepL: The World’s Fastest-Growing, Most Secretive Machine Translation Company. In *Slator*. <https://slator.com/inside-deepl-the-worlds-fastest-growing-most-secretive-machine-translation-company/> (accessed 03/02/2023)

RIASSUNTO

La traduzione automatica ha rivoluzionato il modo in cui le persone si avvicinano alle lingue, ed in particolare sembra aver dissipato la nebbia e la confusione causate leggendariamente dalla distruzione della torre di Babele. Considerata da molti come anche l'ennesimo esempio di tecnologia che ha reso inutile un lavoro finora svolto da essere umani, è anche la causa di tutti gli sguardi di pietà che studenti e studentesse di traduzione sono costretti a sorbirsi da anni a questa parte. 'Ma a cosa serve che studi le lingue, che tanto c'è Google Traduttore'. Ma la questione è molto più complessa. La traduzione automatica deve necessariamente essere considerata nel contesto più ampio della società all'interno della quale è usata. Con un po' di attenzione si può notare che essa è un lucidissimo specchio della realtà del mondo che traduce, riflette qualsiasi dettaglio, e soprattutto, ogni singolo difetto. Questo comporta ciò che viene riportato da vari studi degli ultimi anni: la traduzione automatica riproduce gli stessi *bias*, gli stessi pregiudizi e stereotipi, che permeano le maglie della nostra società: pregiudizi razziali, generazionali, pregiudizi basati sul genere delle persone, ossia *gender bias*.

I pregiudizi di genere presenti nella traduzione automatica sono il fulcro della mia tesi, ma cosa sono, e qual è la loro importanza? Il fatto che un sistema sia influenzato da un pregiudizio di genere comporta che la traduzione proposta dallo stesso riporti con maggiore frequenza un testo di arrivo con riferimenti di genere basati più su supposizioni erranee del sistema che su qualche altra ragione. Ciò che determina queste supposizioni è il materiale impiegato nell'addestramento di questi sistemi di traduzione automatica, che vanno poi a riflettere e propagare gli stereotipi che hanno analizzato più e più volte fino ad assorbirli ed amplificarli. È stato dimostrato che il pregiudizio di genere nella traduzione automatica sia specialmente dannoso per le donne ed è solo un altro sintomo della società patriarcale di cui facciamo parte. Sfortunatamente non ci sono ancora misure che garantiscono una totale risoluzione del problema: diverse idee sono state proposte, alcune con più o meno successo, ma l'opinione generale concorda nel considerare grandi quantità di materiale privo di pregiudizi di genere per l'addestramento come soluzione più efficace. Questo però implicherebbe una totale rivoluzione per una società che ad oggi è ancora distante dal non integrare stereotipi e disparità di genere nel proprio discorso. La sfida è ulteriormente complicata dalla necessità di avere un linguaggio che cominci a

superare un sistema binario di genere, in modo da garantire una voce anche a identità transgender e di genere non conforme.

Il primo capitolo riporta la storia dell'evoluzione e dello sviluppo della traduzione automatica. La velocità con cui le innovazioni scientifiche e tecnologiche hanno cominciato a susseguirsi nel XX secolo, e l'ingente quantità delle stesse hanno reso necessario uno strumento che coadiuvasse e velocizzasse il lavoro di traduttori umani. La stessa necessità non si è esaurita nel XX secolo ma continua tuttora, in un mondo in cui lo scambio di informazioni è ulteriormente velocizzato dall'internet e contenuti di ogni tipo vengono costantemente caricati e condivisi. La traduzione automatica in un mondo sempre più globalizzato permette l'accesso a un'incredibile profusione di dati, ovviando il banale ostacolo di non conoscere la lingua nella quale sono stati comunicati in primo luogo. Sorprendentemente, l'idea di un sistema di traduzione automatica era stata teorizzata nel XVII secolo da Cartesio e Leibniz, nonostante per loro fosse più una questione morale e filosofica, nata da considerazioni sulla Torre di Babele e una fantomatica lingua Adamica originale. La traduzione automatica comincia a concretizzarsi nel 1933, anno in cui sono rilasciati indipendentemente uno dall'altro due brevetti, a Georges Artsrouni e a Petr Troyanskii, per delle macchine che funzionano sostanzialmente come dei dizionari meccanici. Le loro intuizioni, seppur rivoluzionarie, passano pressoché inosservate, e la ricerca effettiva sulla traduzione automatica ha inizio negli anni '40 del XX secolo con Andrew Booth e Warren Weaver. A loro va il merito di cominciare a usare le nuove tecnologie del tempo e i primi computer ai fini della traduzione. Tuttavia, come Weaver nota in un suo memorandum del 1949, intitolato 'Traduzione', l'ostacolo più grande in termini di traduzione automatica si presenta nell'ambiguità delle lingue. Gli esseri umani risolvono continuamente problemi di ambiguità nelle comunicazioni che avvengono, e involontariamente si basano su tutta una serie di dettagli e indizi per interpretare in modo corretto il messaggio delle varie interazioni. Questa ambiguità può trasparire dal complesso generale di una frase, o anche da semplici casi di omonimia. A volte persino gli stessi esseri umani sono tratti in inganno dalle ambiguità di una lingua, quindi non può sorprendere che una macchina – che non ha nessun concetto di lingua *di per sé*, ma apprende solo una serie di regole – abbia problemi essa stessa a distinguere una cosa da un'altra. Nel corso degli anni '50 e '60 del XX secolo, la ricerca sulla traduzione automatica vede i suoi alti e bassi, con picchi di

ottimismo ma anche un certo pessimismo. La Guerra Fredda che caratterizza il momento storico è motore di parte di questa ricerca, con gli Stati Uniti concentrati sulla traduzione Russo>Inglese e l'Unione Sovietica focalizzata su quella Inglese>Russo, oltre ad un certo grado di ricerca fra le lingue presenti sul suo esteso territorio. Nel 1954 ha luogo la prima dimostrazione pubblica di traduzione automatica, presso la Georgetown University. Il modello, addestrato su un campione di 49 frasi russe e un numero limitato di lessico e regole grammaticali, è sufficiente prova dell'effettiva possibilità della traduzione automatica, campo che comincia finalmente ad attrarre fondi per il suo sviluppo negli Stati Uniti e nel resto del mondo. In questi anni vengono esplorati diversi approcci alla traduzione, alcuni basati più su indagini statistiche con diversi cicli di *trial-and-error*, altri che comprendono l'utilizzo strutturato delle regole grammaticali delle lingue coinvolte, altri ancora fondati sull'analisi morfologica o sintattica dei testi da computare. I primi sistemi sono noti infatti come RBMT, Rule-Based Machine Translation. Un sistema di RBMT si basa principalmente su regole linguistiche e divide il processo di traduzione in tre stadi: il primo consiste nell'analisi del testo di partenza dal punto di vista sintattico, morfologico, e semantico; il secondo nel trovare degli equivalenti strutturali e lessicali nella lingua di arrivo; il terzo nel trovare le forme morfologicamente corrette necessarie per il testo di arrivo. Nonostante la costruzione di un sistema di RBMT necessiti di enormi quantità di risorse e lavoro, ha il lato positivo di poter essere usato nella traduzione di lingue meno comuni, essendo fondato su regole linguistiche e non su testi nelle stesse lingue. Nel vecchio continente e nell'Unione Sovietica ci si concentra maggiormente sull'uso di un'*interlingua*, ossia una lingua di mezzo fatta di codici e simboli che faccia da ponte tra la lingua di partenza e la lingua di arrivo. Nonostante i parziali successi, si fa largo l'idea che le speranze di sviluppare un sistema completamente automatico siano vane e la ricerca in corso uno spreco di risorse. Nel 1966, il report del Comitato Consultivo sull'Automatic Language Processing (ALPAC) sembra porre definitivamente fine alla ricerca sulla traduzione automatica, definendo il finanziamento della stessa inutile, in quanto il prodotto di una traduzione automatica continua a necessitare un traduttore umano o una traduttrice umana che lo corregga, rendendo così l'intero processo più lungo e costoso. I finanziamenti vengono così tagliati, e la ricerca pare sopirsi, ma continua in realtà a svilupparsi sorretta da investimenti privati. Negli anni '80 e '90, con il progredire della tecnologia e della capacità di memoria dei computer,

cominciano ad apparire i primi sistemi basati su corpora bilingui, ossia su database di insiemi di testi appaiati con la rispettiva traduzione, con l'intuizione che fondare il lavoro su traduzioni passate possa essere una strategia vincente. Nei sistemi di traduzione automatica basata su corpora (Corpus-Based Machine Translation) le regole linguistiche non vengono fornite alla macchina ma è la macchina stessa ad estrarle dai corpora che ha a disposizione. I sistemi di CBMT comprendono sia sistemi statistici (Statistical Machine Translation) sia sistemi basati su esempi (Example-Based Machine Translation). SMT fa uso di modelli statistici per calcolare la probabilità con cui una traduzione sia un possibile segmento di testo in una determinata lingua. Di fatto, il testo di partenza viene segmentato e comparato con i testi disponibili nei corpora, viene calcolata la probabilità per cui una serie di caratteri nella lingua di arrivo sia una possibile traduzione, e la traduzione proposta. Il metodo velocizza il processo di traduzione automatica, ma lo limita all'interno del campo e del registro riportato nei testi dei corpora, rendendo difficile o impossibile la traduzione di testi che cadono al di fuori di un determinato registro o campo. Sistemi di EBMT invece propongono traduzioni sulla base di analogie riscontrate tra il segmento da tradurre e i segmenti contenuti all'interno dei corpora a disposizione della macchina. Dall'inizio del XXI secolo la ricerca comincia a valutare un altro approccio, fondato sull'utilizzo di reti neurali. Le reti neurali artificiali sono dei modelli computazionali che rassomigliano le reti di neuroni biologiche. Nelle reti neurali artificiali ogni neurone artificiale ha un proprio peso, e riceve e trasmette impulsi ad altri neuroni, che possono essere divisi e raggruppati in più strati. La traduzione automatica basata su reti neurali (Neural Machine Translation) utilizza grandi quantità di dati provenienti da corpora per addestrare modelli in cui parole e frasi vengono rappresentate da vettori multidimensionali. Il peso di ogni neurone nella rete neurale è calibrato perché rappresenti il più precisamente possibile il materiale di addestramento, che solitamente è monolingue. I vettori che rappresentano le parole, detti *word embeddings*, sono tanto più vicini fra loro quanto più vicine semanticamente sono le stesse parole, e quanto più simile è il contesto linguistico in cui vengono usate. Quindi, un sistema di NMT riceve come input il testo da tradurre, lo codifica in *word embeddings* per poi produrre una rappresentazione dell'intera frase (*sentence embedding*); essa viene poi decodificata sulla base delle probabilità che una determinata traduzione appaia in un determinato contesto, e il testo di arrivo è finalmente proposto. Diversi tipi di valutazione dei sistemi di

traduzione automatica sono stati introdotti, seppur non si sia ancora trovata una metrica imparziale e universale. Valutazioni condotte con l'aiuto di una componente umana risultano indubbiamente più precise, ma la natura stessa dell'essere umano rende queste valutazioni tutto fuorché universali, poiché traduttori diversi possono avere diversi approcci. Si conta quindi un certo numero di metriche utilizzate per una valutazione non condizionata da una componente umana. BLEU valuta la precisione della corrispondenza tra parole e frasi del testo di partenza e del testo di arrivo e il loro ordine; tuttavia, non considera la loro effettiva pertinenza e la grammaticalità della traduzione. TER (Translation Error Rate) offre un punteggio sulla base delle parole che vengono aggiunte, cambiate o sostituite, ma come BLEU ignora similarità morfologiche e lessicali. METEOR cerca di oltrepassare questo ostacolo e pone l'accento sulla semantica delle parole, partendo da BLEU e aggiungendo un meccanismo di *stemming* e di ricerca sinonimi. Purtroppo questo rende la produzione di un punteggio unico lunga e difficoltosa. Vari sistemi sono ancora in via di sviluppo per arrivare ad un modello che copra effettivamente tutti i parametri di valutazione di una traduzione automatica.

Il secondo capitolo, prima di trattare il pregiudizio di genere nel dettaglio, spiega l'importanza di non separare la lingua dalla realtà in cui è insita. Il linguaggio è sicuramente nato per permettere la comunicazione tra esseri umani, ma è anche ciò che dà forma al mondo e alla realtà. La natura arbitraria di una lingua rende la stessa anche un fenomeno intrinsecamente collegato alla società in cui viene parlata. Diversi pensatori hanno sottolineato come la lingua sia anche uno strumento di instaurazione e mantenimento del potere. Michel Foucault, per esempio, introduce la sua interpretazione di 'discorso' come l'insieme di regole, definizioni, conoscenza e interpretazioni che costruisce il tessuto della realtà e il tessuto delle relazioni e strutture all'interno di una società. Coloro che controllano le regole, controllano il discorso e di conseguenza il modo stesso in cui la realtà viene conosciuta e interpretata. La lingua viene influenzata perché generi la verità voluta da chi è al potere. Foucault deriva i suoi ragionamenti dalle osservazioni di Antonio Gramsci, che durante il ventennio fascista denuncia la costruzione del consenso da parte del partito di Mussolini attraverso una comunicazione sapientemente cesellata per costruire egemonia. Anche Norman Fairclough individua nelle strutture sociali dei catalizzatori del discorso che vanno a creare consenso e costantemente affermare le stesse strutture, a partire dalla divisione in classi sociali

condizionata dal capitalismo e diffusa dalle diverse istituzioni. Ma la divisione operata dall'uso di un determinato discorso avviene anche su scala più piccola (influencer che costruiscono un proprio seguito e impongono una loro verità dei fatti, diversa da quella di un'altra o un altro influencer) o più grande (diverse generazioni, diversi generi, diversi gruppi etnici). Come la lingua venga manipolata, quasi involontariamente, per riflettere determinate strutture di potere, si può verificare anche prendendo un articolo di giornale italiano in cui si parli di un femminicidio. Quasi seguendo un copione, la vittima avrà sempre fatto qualcosa per scatenare la follia omicida dell'assassino, il quale invece proprio non avrebbe saputo trattenersi, ma in realtà sarebbe una persona buona come il pane. La lingua va quindi a condizionare la visione delle persone in base al genere che viene loro assegnato, e il pregiudizio di genere appare già nella lingua naturale, non tradotta, di tutti i giorni. Molte parole declinate al femminile riportano una connotazione negativa (scapolo/zitella), o vengono usate solo maschile o solo al femminile: le donne vengono descritte in primis sulla base del loro aspetto fisico, gli uomini sulla base delle loro qualità; un uomo 'robusto' è forte e muscoloso, una donna 'robusta' è descritta come tale per evitare l'aggettivo 'grassa'. L'uso della lingua per definire i ruoli sociali fondati su generi diversi poi traspare anche attraverso frasi fatte: 'le brave femminucce si comportano bene e stanno in silenzio', 'i maschi non piangono', 'non fare la femminuccia'. A rinforzare ulteriormente la struttura dove appaiono, e ad influenzare il senso di sé di ogni membro della società sono anche termini e costrutti di uso comune, come ad esempio l'utilizzo del maschile sovraesteso per riferirsi ad un campione di un gruppo che si sta considerando. Quando ad un motore di traduzione automatica si propone la frase inglese *The doctor asked the nurse to help her*, il motore (qualunque esso sia) riporterà come unica traduzione: 'Il dottore ha chiesto all'infermiera di aiutarla', incurante del fatto che in inglese sia *doctor* che *nurse* non abbiano nessuna marcatura di distinzione di genere. Eppure *doctor* è sempre il dottore (m.), e *nurse* è sempre l'infermiera (f.). Questa è la dimostrazione pratica dell'esistenza di un pregiudizio di genere nella traduzione automatica, per cui il ruolo percepito come gerarchicamente superiore prende una marcatura maschile, mentre il ruolo percepito come inferiore e di cura prende una marcatura femminile. Questo deriva dall'utilizzo di set di dati contenenti stereotipi di genere, che nascondono o cancellano la presenza di donne. Il fenomeno è legato anche ad un circolo vizioso per cui in italiano termini relativi a titoli di lavoro con

marcatura femminile esistono, ma non sono utilizzati, perché sembrano avere meno prestigio o essere cacofonici. In realtà il problema non è la mancanza di prestigio o la cacofonia, ma il fatto che siano ancora talmente poco utilizzati da suonare inusuali, non cacofonici. Tuttavia continuano a non venire utilizzati, a essere considerati meno prestigiosi, non vengono integrati nel discorso comune, non finiscono quindi poi nei set di dati utilizzati per l'addestramento di macchine. Quello che una macchina assorbe è un mondo di uomini. Come sono stati sviluppati modelli per la valutazione della traduzione automatica, sono anche stati sviluppati modelli per la valutazione del pregiudizio di genere nella traduzione automatica. Questi modelli variano dal valutare la probabilità con cui una macchina faccia una supposizione errata e stereotipata in base a ciò che è solito in un determinato dominio, e sulla base dei co-referenti presenti nel test, all'evidenziare come il tono stesso della traduzione possa essere influenzato fino a farla sembrare un testo scritto o enunciato da un uomo. Si sta evolvendo anche un settore della ricerca che mira a rimuovere i pregiudizi di genere, partendo a volte dagli stessi *word embeddings* e modificandoli in modo che riflettano una composizione più equa della società, o includendo nel materiale di addestramento informazioni sulle persone che hanno prodotto quello stesso materiale. Dà risultati positivi anche l'integrazione nel materiale di addestramento di set bilanciati con tecniche di *domain adaptation*, che permettono di influenzare un sistema già addestrato con un ulteriore set specifico di dati. Purtroppo tutte le soluzioni considerate sono a breve termine, e l'opinione generale è che il modo migliore per eliminare il pregiudizio di genere dalla traduzione automatica sia avere materiale di addestramento completamente bilanciato. Il progetto Fairslator di Michal Měchura, tuttavia, propone un'interessante soluzione alla questione. Dal suo sito (www.fairslator.com) è possibile agire sul prodotto di tre sistemi di traduzione automatica (Google Translate, DeepL Translator e Microsoft Translator) e modificarlo perché rifletta il genere e la quantità delle persone coinvolte nell'enunciato, e il registro utilizzato. Questo dà all'utente la capacità di riprendere possesso del testo e garantisce la correttezza della traduzione. Fairslator, quindi, con l'impiego di codici basati sulle regole linguistiche delle lingue coinvolte nel progetto, offre la possibilità di risolvere le ambiguità di genere, numero e formalità che si possono presentare in una traduzione.

Il terzo capitolo esplora nel dettaglio il concetto di genere. Spesso il genere è stato considerato secondo una divisione binaria: maschio e femmina, uomo e donna, sulla base

di attributi fisici, anch'essi considerati in maniera strettamente binaria. La divisione di genere ha poi influenzato la cultura della società, rendendo le categorie sempre più rigide e immutabili, fino a formare quella che Judith Butler chiama la 'matrice eterosessuale'. In questa matrice le persone con caratteristiche anatomiche femminili sono arbitrariamente considerate donne, rispondono al ruolo sociale di donne e sono portatrici degli stereotipi legati alle donne; le persone con caratteristiche anatomiche maschili sono arbitrariamente considerate uomini, rispondono al ruolo sociale di uomini e sono portatrici degli stereotipi legati agli uomini. Il genere viene poi mostrato e riprodotto attraverso una serie di comportamenti che rinsaldano la sostanza di ciò che è. La matrice eterosessuale riporta le dinamiche di potere descritte in precedenza, e il corpo femminile e il corpo maschile sono visti come contenitori di stereotipi generati da un sistema binario che è inadatto a descrivere la natura umana, a partire dalla stessa natura anatomica dei corpi. Sia sesso biologico che genere, quindi, sono categorie che sono state erroneamente valutate sulla base della cultura (è dalla cultura che è arrivata la distinzione dei corpi e dei ruoli sociali, non il contrario) e si vede allora necessario sorpassare questo modello binario. Le persone sono persone, indipendentemente dalla fisicità dei corpi, ed è la proliferazione dei generi che può permettere la liberazione da una matrice che vuole il genere umano rigidamente incasellato in un sorpassato sistema binario. In relazione a questo e per la successiva parte è bene introdurre il concetto di identità transgender e non binarie. Il termine transgender è usato per riferirsi a persone il cui senso di genere non rispecchia il genere che è stato loro assegnato alla nascita. Il termine 'non binario' invece è usato per descrivere persone che non provano un senso di genere basato sulle categorie maschio/femmina ma in tutt'altra maniera: persone che non hanno un senso di genere, persone che non vogliono definirsi in base al genere, persone che sentono in sé più generi, persone il cui senso di genere è fluido e cangiante. È bene ricordare che tali categorie, che possono sembrare l'ultima novità della Generazione Z, erano la realtà di molti popoli che sono stati colonizzati, perseguitati e repressi fino ad adeguarsi alla religione e alla cultura imposta dagli aggressori occidentali. Il fatto che certe etichette ricomincino ad apparire e proliferare segnala la ripresa di potere di identità che si sono volute cancellare dalla faccia del pianeta. La lingua necessita quindi un cambiamento perché faccia spazio all'espressione di queste identità. In lingue come l'inglese il cambiamento risulta meno difficoltoso: spesso gli individui di genere non binario usano come pronomi 'they/them',

usato in senso logico al singolare; alternative di genere neutro sono apparse da tempo e comunemente in uso, senza che sia necessario ricorrere ad un maschile sovraesteso. C'è chi denuncia la futilità di tali misure, ma è stato dimostrato che l'utilizzo di misure che deviano dal maschile sovraesteso abbia un effetto positivo sulle persone che le sperimentano: se un testo in cui viene usato solo il maschile suggerisce un contesto di soli uomini, un testo in cui vengono usati referenti di genere femminile o neutro suggeriscono un contesto più vario e inclusivo di persone diverse. Nella lingua italiana la questione del sessismo presente nel modo in cui si scrive e si parla si pone da tempo, basti pensare all'opuscolo 'Raccomandazioni per un uso non sessista della lingua italiana' di Alma Sabatini, uscito nel 1986. Le linee guida presentavano diversi suggerimenti sul come dare visibilità alle donne nella lingua italiana – riferirsi sia a donne che uomini nel rivolgersi a un gruppo di persone, utilizzare le alternative femminili dei titoli di lavoro – e sono state accolte con umorismo e condiscendenza. Dagli anni '80 le cose sono cambiate gran poco, con ancora dibattiti accesi su parole come 'ministra', 'assessora', 'architetta', che vedono come giustificazione del maschile sovraesteso il fatto che siano cacofoniche, di prestigio minore, simili ad altre parole che potrebbero creare ironia. Ciò che manca di essere colto è che questa cacofonia non deriva da caratteristiche intrinseche delle parole stesse, ma dal fatto che siano ancora poco usate. Nessuna persona batte ciglio all'uso del plurale di 'pena', nonostante sia l'omonimo dell'organo genitale maschile. Se questa è la situazione con il femminile delle parole, la questione si complica ulteriormente nella valutazione di opzioni di genere neutro sia per riferirsi a gruppi di persone che includono più genere sia a persone che non si riconoscono nel binarismo di genere. Considerata la natura morfologica della lingua italiana, che divide articoli, aggettivi, sostantivi, verbi, in maschile e femminile, sembra evidente la necessità di una nuova terminazione, di genere neutro. Si stanno valutando diverse possibilità, dall'uso di simboli (asterischi, chioccioline), all'uso di lettere (u, x) e della schwa (ə), che sembrano avere un discreto successo nella lingua scritta ma creano più complicazioni nel parlato. Queste idee si scontrano con una forte resistenza da parte di puristi della lingua che guardano a certe innovazioni come il risultato della dittatura del politicamente corretto e il totale stravolgimento della lingua italiana. Chi, tuttavia, sulla questione riflette con una mentalità meno conservatrice ha la perfetta coscienza che le soluzioni finora proposte sono temporanee e non totalmente risolutive, ma sono pur sempre un buono e necessario punto di partenza per una

discussione più grande sulla lingua e sui rapporti che essa esprime. Le persone che non si riconoscono nel binarismo di genere, dopotutto, hanno il diritto ad avere una lingua che esprima la loro identità.

Il quarto e ultimo capitolo descrive una parte sperimentale che indaga il comportamento dei sistemi di traduzione automatica nell'approccio a identità transgender e non binarie. Per questo piccolo studio sono stati considerati dieci articoli trovati sul web che trattano di persone transgender o di genere non binario in relazione all'assistenza medica. Si è scelto il campo dell'assistenza medica in quanto fonte di numerosi problemi di discriminazione e ignoranza per le persone transgender e di genere non binario, ipotizzando che spesso si possa ricorrere alla traduzione automatica per accedere a informazioni in una lingua sconosciuta per venire a conoscenza della situazione in altri paesi. Le lingue utilizzate sono inglese>italiano, e i sistemi di traduzione automatica considerati sono cinque: Google Translate, DeepL Translator, Language Weaver, ModernMT e SYSTRAN. I risultati dell'indagine qualitativa condotta riportano come alcuni sistemi performino meglio di altri, sia dal punto di vista dell'accuratezza della lingua sia nell'utilizzo di un lessico adatto ai temi trattati. Ciò che maggiormente accomuna i motori considerati, ma che non dovrebbe essere causa di sorpresa, è la generale presenza di pregiudizio di genere, con la maggior parte dei titoli di lavoro declinata al maschile, a parte professioni come 'infermiera' o 'ostetrica'. L'uso del maschile sovraesteso in italiano inoltre porta a incongruenze derivanti da 'pazienti' descritti come 'non binari' (m.), che contrasta l'idea stessa dell'essere non binario. Alle persone di genere non binario descritte nei testi studiati inoltre spesso l'italiano assegna in automatico il genere femminile o il genere maschile, traducendo così interi paragrafi relativi a una persona di genere non binario con terminazioni e pronomi scorretti. Quando in inglese viene utilizzato il pronome 'they' in senso singolare come pronome di genere neutro, l'italiano nella maggioranza di casi traduce con il 'loro' (plurale) e declinando al plurale tutti i verbi. I sistemi spesso hanno difficoltà a riconoscere e tradurre con coerenza termini relative alla salute transgender o di genere non binario, con 'gender-affirming' o 'affirming' tradotti in svariati modi senza continuità e a volte con un vero e proprio offuscamento del significato inteso. La maggior parte dei sistemi non distingue il significato di 'come out' come 'fare coming out' e spesso traduce il verbo con il letterale 'uscire' o 'venire fuori'. Nella narrazione di gravidanze di uomini transgender gli

aggettivi usati utilizzano generalmente terminazioni femminili ('incinta'), e raramente sono proposte alternative di genere neutro come 'in stato di gravidanza', portando all'assurdità di frasi come 'those who are pregnant may not identify as women' tradotte come 'coloro che sono incinte (f.) potrebbero non identificarsi come donne'. Dopo l'analisi della traduzione automatica di questi sistemi, si è proposta un'ulteriore analisi a seguito di una personalizzazione degli stessi. DeepL Translator e Language Weaver permettono la personalizzazione della traduzione attraverso l'aggiunta di un glossario: il sistema riconosce le parole in una lingua e le sostituisce con la traduzione scelta dall'utente. Il glossario viene composto sulla base dei termini che sono stati visti essere interpretati scorrettamente più spesso nel corso della prima analisi, aggiungendo voci di genere neutro che possano essere usate in qualsiasi caso. DeepL Translator offre un'ottima performance con un livello di accuratezza alto, grazie a un sistema di riconoscimento delle voci del glossario che permette di evitare ripetizioni o terminazioni morfologiche scorrette. Lo stesso non avviene con Language Weaver, che si dimostra molto più rigido e riconosce solamente la stringa di caratteri della voce inserita nel glossario e per questo non distingue tra singolari e plurali, né modifica la traduzione sulla base del contesto. ModernMT e SYSTRAN sono invece personalizzati attraverso l'aggiunta di una Translation Memory, una memoria di traduzione, ossia un database che contiene un certo numero di segmenti in una lingua appaiati con la rispettiva traduzione in un'altra lingua che possono coadiuvare il lavoro di un traduttore o una traduttrice. In questo caso la TM funge da corpus bilingue per influenzare il lavoro del motore di traduzione. ModernMT non riporta nessun cambiamento sostanziale rispetto all'output iniziale senza TM. SYSTRAN, invece, che nell'output iniziale traduce spesso il termine 'transgender' con 'transessuale' e addirittura lo sostantivizza – sostantivizzare gli aggettivi 'transgender' o 'transessuale' non è buona forma, e 'transessuale' è un termine più specifico per indicare persone che hanno intrapreso un percorso medico di transizione – presenta dei miglioramenti, anche se non sono riportati ovunque. SYSTRAN viene anche testato con un motore di traduzione automatica specifico per il campo medico, che apporta il beneficio di una maggiore precisione nella traduzione di termini medici, ma non offre grandi differenze nel riferimento a identità di genere non binario o transgender rispetto alla traduzione con motore generico abbinata alla TM. I risultati di questa analisi qualitativa riflettono l'inadeguatezza dei sistemi nel descrivere casi medici relativi a

persone transgender, e l'inadeguatezza della lingua italiana nel parlare di persone di genere non binario, cosa che poteva venire prevista. Il sistema di regolazione dell'output che ha avuto più successo è stato indubbiamente DeepL Translator, dimostrando che, come avvenuto con Fairslator, implementare modifiche rule-based possa essere una strategia vincente per offrire una traduzione equa, bilanciata, neutra.

Alla fine di questo lavoro la lettrice o il lettore potrà avere un'idea generale delle sfide passate, presenti e future della traduzione automatica e come essa giochi un ruolo non indifferente nella solidificazione della cultura, degli stereotipi, e delle caratteristiche di una società. Non si tragga la conclusione che la traduzione automatica sia uno strumento da demonizzare, ma la convinzione che possa essere uno strumento per affrontare, analizzare, e sorpassare le dinamiche di potere che si trasmettono attraverso la lingua. Sarà interessante osservare gli sviluppi futuri della traduzione automatica e come i giganti dei servizi linguistici andranno incontro alla questione del pregiudizio di genere. Nel frattempo, la speranza è che l'argomento sia affrontato anche in termini di un fruttuoso dibattito su una rivoluzione ragionata della lingua, perché possa essere un posto inclusivo di tutte le identità di genere, oltrepassando l'idea di un maschile sovraesteso usato solo per semplicità.

Appendix

1. Articles used in the test set

- Associated Press. 2019. Blurred lines: A pregnant man's tragedy tests gender notions. In *NBCNews*. <https://www.nbcnews.com/feature/nbc-out/blurred-lines-pregnant-man-s-tragedy-tests-gender-notions-n1006466> (accessed 04/02/2023)

Original

Blurred lines: A pregnant man's tragedy tests gender notions. A transgender man delivered a stillborn baby, drawing attention to larger issues about assigning labels and making assumptions in health care.

When the man arrived at the hospital with severe abdominal pains, a nurse didn't consider it an emergency, noting that he was obese and had stopped taking blood pressure medicines. In reality, he was pregnant — a transgender man in labor that was about to end in a stillbirth. The tragic case, described in Wednesday's *New England Journal of Medicine*, points to larger issues about assigning labels or making assumptions in a society increasingly confronting gender variations in sports, entertainment and government. In medicine, there's a similar danger of missing diseases such as sickle cell and cystic fibrosis that largely affect specific racial groups, the authors write.

"The point is not what's happened to this particular individual but this is an example of what happens to transgender people interacting with the health care system," said the lead author, Dr. Daphna Stroumsa of the University of Michigan, Ann Arbor. "He was rightly classified as a man" in the medical records and appears masculine, Stroumsa said. "But that classification threw us off from considering his actual medical needs." Stroumsa would not say where or when the case occurred, and the patient was not identified.

Transgender men, who are considered female at birth but who identify as male, may or may not be using masculinizing hormones or have had surgical alterations, such as womb removal. The 32-year-old patient told the nurse he was transgender when he arrived at the emergency room and his electronic medical record listed him as male. He hadn't had a period in several years and had been taking testosterone, a hormone that has masculinizing effects and can decrease ovulation and menstruation. But he quit taking the hormone and blood pressure medication after he lost insurance.

A home pregnancy test was positive and he said he had "peed himself" — a possible sign of ruptured membranes and labor. A nurse ordered a pregnancy test but considered him stable and his problems non-urgent. Several hours later, a doctor evaluated him and the hospital test confirmed pregnancy. An ultrasound showed unclear signs of fetal heart activity, and an exam revealed that part of the umbilical cord had slipped into the birth canal. Doctors prepared to do an emergency cesarean delivery, but in the operating room no fetal heartbeat was heard. Moments later, the man delivered a stillborn baby.

A woman showing up with similar symptoms "would almost surely have been triaged and evaluated more urgently for pregnancy-related problems," the authors wrote. "It's a very upsetting incident, it's a tragic outcome," said Dr. Tamara Wexler, a hormone specialist at NYU Langone Medical Center. "Medical training should include exposure to transgender patients" so health workers are better able to meet their needs, Wexler said. "A lot of doctors who are practicing didn't have that in their training" but can still learn from such patients now.

Nic Rider, a transgender health specialist and psychologist at the University of Minnesota, said training isn't enough. "There are implicit biases that need to be addressed," Rider said. Health records may use male/female templates for gender but "it doesn't mean that we just throw out critical thinking or think about how humans are diverse," Rider said.

The case is horrifying but "not terribly surprising," said Gillian Branstetter, a spokeswoman for an advocacy group, the National Center for Transgender Equality in Washington. Transgender people often run into

problems getting gender-specific health care such as cervical cancer screening, birth control and prostate cancer screenings. More needs to be done to improve medical awareness and recognition of diversity because "the consequences can be so dire, as this case shows," Branstetter said.

Raw Google Translate

Linee sfocate: la tragedia di un uomo incinta mette alla prova le nozioni di genere. Un uomo transgender ha partorito un bambino nato morto, attirando l'attenzione su questioni più ampie sull'assegnazione di etichette e sulla formulazione di ipotesi nell'assistenza sanitaria.

Quando l'uomo è arrivato in ospedale con forti dolori addominali, un'infermiera non l'ha considerata un'emergenza, notando che era obeso e aveva smesso di prendere farmaci per la pressione sanguigna. In realtà, era incinta, un uomo transgender in travaglio che stava per finire con un parto morto. Il tragico caso, descritto nel *New England Journal of Medicine* di mercoledì, indica problemi più ampi sull'assegnazione di etichette o sulla formulazione di supposizioni in una società che si confronta sempre più con le variazioni di genere nello sport, nell'intrattenimento e nel governo. In medicina, c'è un pericolo simile di malattie mancanti come l'anemia falciforme e la fibrosi cistica che colpiscono in gran parte specifici gruppi razziali, scrivono gli autori.

"Il punto non è quello che è successo a questo particolare individuo, ma questo è un esempio di ciò che accade alle persone transgender che interagiscono con il sistema sanitario", ha affermato l'autrice principale, la dott.ssa Daphna Stroumsa dell'Università del Michigan, Ann Arbor. "Era giustamente classificato come un uomo" nelle cartelle cliniche e sembra maschile, ha detto Stroumsa. "Ma quella classificazione ci ha allontanato dal considerare le sue effettive esigenze mediche." Stroumsa non ha voluto dire dove o quando si è verificato il caso e il paziente non è stato identificato.

Gli uomini transgender, che sono considerati femmine alla nascita ma che si identificano come maschi, possono o meno utilizzare ormoni mascolinizanti o aver subito alterazioni chirurgiche, come l'asportazione dell'utero. Il paziente di 32 anni ha detto all'infermiera di essere transgender quando è arrivato al pronto soccorso e la sua cartella clinica elettronica lo ha indicato come maschio. Non aveva il ciclo da diversi anni e assumeva testosterone, un ormone che ha effetti mascolinizanti e può diminuire l'ovulazione e le mestruazioni. Ma ha smesso di prendere gli ormoni e i farmaci per la pressione sanguigna dopo aver perso l'assicurazione.

Un test di gravidanza casalingo è risultato positivo e ha detto di essersi "pesciato addosso" - un possibile segno di membrane rotte e travaglio. Un'infermiera ha ordinato un test di gravidanza ma lo ha ritenuto stabile e i suoi problemi non urgenti. Diverse ore dopo, un medico lo ha valutato e il test ospedaliero ha confermato la gravidanza. Un'ecografia ha mostrato segni poco chiari dell'attività cardiaca fetale e un esame ha rivelato che una parte del cordone ombelicale era scivolata nel canale del parto. I medici si preparavano a fare un parto cesareo d'urgenza, ma in sala operatoria non si sentiva alcun battito cardiaco fetale. Pochi istanti dopo, l'uomo ha partorito un bambino nato morto.

Una donna che si presentava con sintomi simili "sarebbe quasi sicuramente stata valutata e valutata con maggiore urgenza per problemi legati alla gravidanza", hanno scritto gli autori. "È un incidente molto sconvolgente, è un risultato tragico", ha affermato la dottoressa Tamara Wexler, specialista in ormoni presso il NYU Langone Medical Center. "La formazione medica dovrebbe includere l'esposizione ai pazienti transgender" in modo che gli operatori sanitari siano maggiormente in grado di soddisfare le loro esigenze, ha affermato Wexler. "Molti medici che praticano non lo avevano nella loro formazione" ma ora possono ancora imparare da tali pazienti.

Nic Rider, specialista in salute transgender e psicologo presso l'Università del Minnesota, ha affermato che la formazione non è sufficiente. "Ci sono pregiudizi impliciti che devono essere affrontati", ha detto Rider. Le cartelle cliniche possono utilizzare modelli maschili/femminili per il genere, ma "ciò non significa che buttiamo via il pensiero critico o pensiamo a come gli esseri umani sono diversi", ha detto Rider.

Il caso è orribile ma "non terribilmente sorprendente", ha detto Gillian Branstetter, portavoce di un gruppo di difesa, il National Center for Transgender Equality a Washington. Le persone transgender spesso incontrano problemi nell'ottenere assistenza sanitaria specifica per genere come lo screening del cancro cervicale, il controllo delle nascite e gli screening del cancro alla prostata. È necessario fare di più per migliorare la consapevolezza medica e il riconoscimento della diversità perché "le conseguenze possono essere così terribili, come dimostra questo caso", ha affermato Branstetter.

Raw DeepL Translator

Linee confuse: La tragedia di un uomo incinto mette alla prova le nozioni di genere. Un uomo transgender ha partorito un bambino nato morto, richiamando l'attenzione su questioni più ampie riguardanti l'assegnazione di etichette e la formulazione di ipotesi nell'assistenza sanitaria.

Quando l'uomo è arrivato in ospedale con forti dolori addominali, un'infermiera non l'ha considerato un'emergenza, notando che era obeso e aveva smesso di prendere i farmaci per la pressione. In realtà, era incinta: un uomo transgender in travaglio che stava per terminare con un parto morto. Il tragico caso, descritto nel *New England Journal of Medicine* di mercoledì, evidenzia questioni più ampie relative all'assegnazione di etichette o alla formulazione di ipotesi in una società che si confronta sempre più spesso con le variazioni di genere nello sport, nello spettacolo e nel governo. In medicina, c'è un rischio simile di perdere malattie come la falcemia e la fibrosi cistica che colpiscono in larga misura gruppi razziali specifici, scrivono gli autori.

"Il punto non è quello che è successo a questo particolare individuo, ma questo è un esempio di ciò che accade alle persone transgender che interagiscono con il sistema sanitario", ha detto l'autore principale, la dottoressa Daphna Stroumsa dell'Università del Michigan, Ann Arbor. "Nelle cartelle cliniche è stato giustamente classificato come uomo" e appare di sesso maschile, ha detto Stroumsa. "Ma questa classificazione ci ha distolto dal considerare le sue reali necessità mediche". Stroumsa non ha voluto dire dove o quando si è verificato il caso, e il paziente non è stato identificato.

Gli uomini transgender, che sono considerati femmine alla nascita ma che si identificano come maschi, possono usare o meno ormoni mascolinizzanti o hanno subito alterazioni chirurgiche, come la rimozione dell'utero. Il paziente di 32 anni ha detto all'infermiera di essere transgender quando è arrivato al pronto soccorso e la sua cartella clinica elettronica lo riportava come maschio. Non aveva avuto mestruazioni da diversi anni e stava assumendo testosterone, un ormone che ha effetti mascolinizzanti e può ridurre l'ovulazione e le mestruazioni. Ma ha smesso di prendere l'ormone e i farmaci per la pressione sanguigna dopo aver perso l'assicurazione.

Un test di gravidanza domiciliare era positivo e lui disse di essersi "pisciato addosso", un possibile segno di rottura delle membrane e di travaglio. Un'infermiera ordinò un test di gravidanza, ma lo considerò stabile e i suoi problemi non urgenti. Alcune ore dopo, un medico lo ha valutato e il test dell'ospedale ha confermato la gravidanza. Un'ecografia ha mostrato segni poco chiari di attività cardiaca fetale e un esame ha rivelato che parte del cordone ombelicale era scivolato nel canale del parto. I medici si sono preparati per un parto cesareo d'emergenza, ma in sala operatoria non si è sentito alcun battito fetale. Pochi istanti dopo, l'uomo ha partorito un bambino nato morto.

Una donna che si fosse presentata con sintomi simili "sarebbe stata quasi sicuramente indirizzata e valutata con maggiore urgenza per problemi legati alla gravidanza", hanno scritto gli autori. "È un incidente molto sconvolgente, un esito tragico", ha dichiarato la dottoressa Tamara Wexler, specialista in ormoni presso il NYU Langone Medical Center. "La formazione medica dovrebbe includere l'esposizione ai pazienti transgender", in modo che gli operatori sanitari siano in grado di rispondere meglio alle loro esigenze, ha detto Wexler. "Molti medici che esercitano non hanno avuto questa possibilità nella loro formazione", ma possono comunque imparare da questi pazienti.

Nic Rider, specialista della salute dei transgender e psicologo dell'Università del Minnesota, sostiene che la formazione non è sufficiente. "Ci sono pregiudizi impliciti che devono essere affrontati", ha detto Rider. Le cartelle cliniche possono utilizzare modelli maschili/femminili per il genere, ma "non significa che si

debba semplicemente abbandonare il pensiero critico o pensare a come gli esseri umani siano diversi", ha detto Rider.

Il caso è terribile, ma "non è terribilmente sorprendente", ha dichiarato Gillian Branstetter, portavoce di un gruppo di difesa, il National Center for Transgender Equality di Washington. Le persone transgender incontrano spesso problemi nell'ottenere assistenza sanitaria specifica per il loro genere, come lo screening del cancro al collo dell'utero, gli anticoncezionali e gli esami per il cancro alla prostata. È necessario fare di più per migliorare la consapevolezza medica e il riconoscimento della diversità, perché "le conseguenze possono essere terribili, come dimostra questo caso", ha detto Branstetter.

Raw Language Weaver

Linee sfocate: La tragedia di un uomo incinta mette alla prova le nozioni di genere. Un uomo transgender ha fornito un bambino stillborn, attirando l'attenzione sulle questioni più grandi circa l'assegnazione delle etichette e fare le ipotesi nell'assistenza sanitaria.

Quando l'uomo arrivò in ospedale con gravi dolori addominali, un'infermiera non lo considerò un'emergenza, notando che era obeso e aveva smesso di prendere farmaci per la pressione sanguigna. In realtà, era incinta — un uomo transgender in lavoro che stava per concludersi in un parto fermo. Il tragico caso, descritto nel *New England Journal of Medicine* di mercoledì, indica questioni più ampie riguardo all'assegnazione di etichette o alla creazione di ipotesi in una società che si trova sempre più ad affrontare variazioni di genere nello sport, nell'intrattenimento e nel governo. In medicina, c'è un rischio simile di malattie mancanti come la anemia falciforme e la fibrosi cistica che colpiscono in gran parte specifici gruppi razziali, scrivono gli autori.

“Il punto non è ciò che è accaduto a questo particolare individuo, ma questo è un esempio di ciò che accade alle persone transgender che interagiscono con il sistema sanitario”, ha affermato l'autore principale, Dr. Daphna Stroumsa dell'Università del Michigan, Ann Arbor. “È stato giustamente classificato come uomo” nelle cartelle cliniche e appare maschile, ha detto Stroumsa. "Ma questa classificazione ci ha allontanati dalla considerazione delle sue reali esigenze mediche". Stroumsa non dice dove o quando si è verificato il caso e il paziente non è stato identificato.

Gli uomini transgender, considerati femmine alla nascita ma che si identificano come maschi, possono utilizzare o meno ormoni mascolinizzanti o avere avuto alterazioni chirurgiche, come la rimozione dell'utero. Il paziente di 32 anni ha detto all'infermiera che era transgender quando è arrivato al pronto soccorso e la sua cartella medica elettronica lo ha elencato come maschio. Non aveva avuto un periodo in diversi anni ed aveva preso il testosterone, un ormone che ha effetti mascolinizzanti e può diminuire l'ovulazione e le mestruazioni. Ma ha smesso di prendere l'ormone e la pressione sanguigna farmaci dopo aver perso l'assicurazione.

Un test di gravidanza a casa è stato positivo e ha detto di aver “peed se stesso” – un possibile segno di rottura delle membrane e del lavoro. Un infermiere ha ordinato un test di gravidanza ma lo ha considerato stabile e i suoi problemi non urgenti. Diverse ore dopo, un medico lo ha valutato e il test ospedaliero ha confermato la gravidanza. Un ecografo mostrava segni non chiari di attività cardiaca fetale e un esame rivelava che parte del cordone ombelicale era scivolata nel canale di nascita. I medici erano pronti a fare un parto cesareo di emergenza, ma nella sala operatoria non si sentiva alcun battito cardiaco fetale. Pochi istanti più tardi, l'uomo ha consegnato un bambino nato morto.

Una donna che manifesta sintomi simili “sarebbe stata quasi sicuramente triaged e valutata con maggiore urgenza per i problemi legati alla gravidanza”, hanno scritto gli autori. “Si tratta di un incidente molto sconvolgente, è un esito tragico”, ha affermato Tamara Wexler, specialista in ormoni presso il NYU Langone Medical Center. “La formazione medica dovrebbe includere l'esposizione ai pazienti transgender”, in modo che gli operatori sanitari siano meglio in grado di soddisfare le loro esigenze, ha affermato Wexler. “Molti medici che praticano la pratica non ne hanno avuta nella loro formazione”, ma possono ancora imparare da questi pazienti ora.

NIC Rider, uno specialista di salute transgender e psicologo presso l'Università del Minnesota, ha affermato che la formazione non è sufficiente. "Ci sono pregiudizi impliciti che devono essere affrontati", ha affermato Rider. I dati sanitari possono utilizzare modelli maschili/femminili per il genere, ma "non significa che si debba semplicemente buttare fuori il pensiero critico o pensare a come gli esseri umani sono diversi", ha affermato Rider.

Il caso è terrificante ma "non terribilmente sorprendente", ha dichiarato Gillian Branstetter, portavoce di un gruppo di sostegno, il National Center for Transgender Equality di Washington. Le persone transgender spesso si trovano in problemi di ottenere cure sanitarie specifiche per il sesso, come lo screening del cancro cervicale, il controllo delle nascite e lo screening del cancro alla prostata. Bisogna fare di più per migliorare la consapevolezza medica e il riconoscimento della diversità perché "le conseguenze possono essere così terribili, come dimostra questo caso", ha affermato Branstetter.

DeepL Translator + Glossary

Linee confuse: La tragedia di un uomo in stato di gravidanza mette alla prova le nozioni di genere. Un uomo transgender ha partorito un bambino nato morto, richiamando l'attenzione su questioni più ampie riguardanti l'assegnazione di etichette e la formulazione di ipotesi nell'assistenza sanitaria.

Quando l'uomo è arrivato in ospedale con forti dolori addominali, un'infermiera non l'ha considerato un'emergenza, notando che era obeso e aveva smesso di prendere i farmaci per la pressione. In realtà, era in stato di gravidanza, un uomo transgender con un travaglio che stava per concludersi con un parto morto. Il tragico caso, descritto nel *New England Journal of Medicine* di mercoledì, evidenzia questioni più ampie relative all'assegnazione di etichette o alla formulazione di ipotesi in una società che si confronta sempre più spesso con le variazioni di genere nello sport, nello spettacolo e nel governo. In medicina, c'è un rischio simile di perdere malattie come la falcemia e la fibrosi cistica che colpiscono in larga misura gruppi razziali specifici, scrivono gli autori.

"Il punto non è quello che è successo a questo individuo in particolare, ma questo è un esempio di quello che succede alle persone transgender che interagiscono con il sistema sanitario", ha detto l'autore principale, la dottoressa Daphna Stroumsa dell'Università del Michigan, Ann Arbor. "Nelle cartelle cliniche è stato giustamente classificato come uomo" e appare di sesso maschile, ha detto Stroumsa. "Ma questa classificazione ci ha distolto dal considerare le sue reali necessità mediche". Stroumsa non ha voluto dire dove o quando si è verificato il caso, e la persona in cura non è stata identificata.

Gli uomini transgender, che sono considerati femmine alla nascita ma che si identificano come maschi, possono usare o meno ormoni mascolinizzanti o hanno subito alterazioni chirurgiche, come la rimozione dell'utero. La persona in cura, di 32 anni, ha detto all'infermiera di essere una persona transgender quando è arrivata al pronto soccorso e la sua cartella clinica elettronica lo riportava come maschio. Non aveva avuto mestruazioni da diversi anni e stava assumendo testosterone, un ormone che ha effetti mascolinizzanti e può ridurre l'ovulazione e le mestruazioni. Ma ha smesso di prendere l'ormone e i farmaci per la pressione sanguigna dopo aver perso l'assicurazione.

Un test di gravidanza domiciliare era positivo e lui disse di essersi "pisciato addosso", un possibile segno di rottura delle membrane e di travaglio. Un'infermiera ordinò un test di gravidanza, ma lo considerò stabile e i suoi problemi non urgenti. Alcune ore dopo, un medico lo ha valutato e il test dell'ospedale ha confermato la gravidanza. Un'ecografia ha mostrato segni poco chiari di attività cardiaca fetale e un esame ha rivelato che parte del cordone ombelicale era scivolato nel canale del parto. I medici si sono preparati per un parto cesareo d'emergenza, ma in sala operatoria non si è sentito alcun battito fetale. Pochi istanti dopo, l'uomo ha partorito un bambino nato morto.

Una donna che si fosse presentata con sintomi simili "sarebbe stata quasi sicuramente indirizzata e valutata con maggiore urgenza per problemi legati alla gravidanza", hanno scritto gli autori. "È un incidente molto sconvolgente, un esito tragico", ha dichiarato la dottoressa Tamara Wexler, specialista in ormoni presso il NYU Langone Medical Center. "La formazione medica dovrebbe includere l'esposizione alle persone transgender", in modo che gli operatori sanitari siano in grado di rispondere meglio alle loro esigenze, ha

detto Wexler. "Molti medici che esercitano non hanno avuto questa possibilità nella loro formazione", ma possono comunque imparare da queste persone in cura.

Nic Rider, specialista della salute delle persone transgender e psicologo dell'Università del Minnesota, sostiene che la formazione non è sufficiente. "Ci sono pregiudizi impliciti che devono essere affrontati", ha detto Rider. Le cartelle cliniche possono utilizzare modelli maschili/femminili per il genere, ma "non significa che dobbiamo semplicemente buttare via il pensiero critico o pensare a come gli esseri umani sono diversi", ha detto Rider.

Il caso è terrificante ma "non è terribilmente sorprendente", ha dichiarato Gillian Branstetter, portavoce di un gruppo di difesa, il National Center for Transgender Equality di Washington. Le persone transgender incontrano spesso problemi nell'ottenere assistenza sanitaria specifica per il genere, come lo screening del cancro al collo dell'utero, gli anticoncezionali e il cancro alla prostata. È necessario fare di più per migliorare la consapevolezza medica e il riconoscimento della diversità, perché "le conseguenze possono essere terribili, come dimostra questo caso", ha detto Branstetter.

Language Weaver + Dictionary

Linee sfocate: La tragedia di un uomo in stato di gravidanza mette alla prova le nozioni di genere. Un uomo transgender ha consegnato un bambino nato morto, attirando l'attenzione su questioni più grandi circa l'assegnazione di etichette e fare supposizioni nel settore sanitario.

Quando l'uomo arrivò in ospedale con gravi dolori addominali, un'infermiera non lo considerò un'emergenza, notando che era obeso e aveva smesso di prendere farmaci per la pressione sanguigna. In realtà, era in stato di gravidanza, un uomo transgender in travaglio che stava per finire in un parto fermo. Il tragico caso, descritto nel *New England Journal of Medicine* di mercoledì, indica questioni più ampie riguardo all'assegnazione di etichette o alla creazione di ipotesi in una società che si trova sempre più ad affrontare variazioni di genere nello sport, nell'intrattenimento e nel governo. In medicina, c'è un rischio simile di malattie mancanti come la anemia falciforme e la fibrosi cistica che colpiscono in gran parte specifici gruppi razziali, scrivono gli autori.

"Il punto non è ciò che è accaduto a questo particolare individuo, ma questo è un esempio di ciò che accade alle persone di persona transgender che interagiscono con il sistema sanitario", ha affermato l'autore principale, Dr. Daphna Stroumsa dell'Università del Michigan, Ann Arbor. "È stato giustamente classificato come uomo" nelle cartelle cliniche e appare maschile, ha detto Stroumsa. "Ma questa classificazione ci ha allontanati dalla considerazione delle sue reali esigenze mediche". Stroumsa non avrebbe detto dove o quando si è verificato il caso, e la persona in cura non è stato identificato.

Gli uomini di persona transgender, che sono considerati femmine alla nascita ma che si identificano come maschi, possono o non possono usare ormoni mascolinizzanti o avere avuto alterazioni chirurgiche, come la rimozione dell'utero. Il 32-year-old persona in cura ha detto all'infermiera che era persona transgender quando è arrivato al pronto soccorso e la sua cartella medica elettronica lo ha elencato come maschio. Non aveva avuto un periodo in diversi anni ed aveva preso il testosterone, un ormone che ha effetti mascolinizzanti e può diminuire l'ovulazione e le mestruazioni. Ma ha smesso di prendere l'ormone e la pressione sanguigna farmaci dopo aver perso l'assicurazione.

Un test di gravidanza a casa è stato positivo e ha detto di aver "peed se stesso" – un possibile segno di rottura delle membrane e del lavoro. Un infermiere ha ordinato un test di gravidanza ma lo ha considerato stabile e i suoi problemi non urgenti. Diverse ore dopo, un medico lo ha valutato e il test ospedaliero ha confermato la gravidanza. Un ecografo mostrava segni non chiari di attività cardiaca fetale e un esame rivelava che parte del cordone ombelicale era scivolata nel canale di nascita. I medici erano pronti a fare un parto cesareo di emergenza, ma nella sala operatoria non si sentiva alcun battito cardiaco fetale. Pochi istanti più tardi, l'uomo ha consegnato un bambino nato morto.

Una donna che manifesta sintomi simili "sarebbe stata quasi sicuramente triaged e valutata con maggiore urgenza per i problemi legati alla gravidanza", hanno scritto gli autori. "Si tratta di un incidente molto

sconvolgente, è un esito tragico”, ha affermato Tamara Wexler, specialista in ormoni presso il NYU Langone Medical Center. “La formazione medica dovrebbe includere l’esposizione ai pazienti affetti da persona transgender”, così gli operatori sanitari sono in grado di soddisfare meglio le loro esigenze, ha affermato Wexler. “Molti medici che praticano la pratica non ne hanno avuta nella loro formazione”, ma possono ancora imparare da questi pazienti ora.

NIC Rider, uno specialista della salute e psicologo di persona transgender presso l'Università del Minnesota, ha detto che la formazione non è sufficiente. “Ci sono pregiudizi impliciti che devono essere affrontati”, ha affermato Rider. I dati sanitari possono utilizzare modelli maschili/femminili per il genere, ma “non significa che si debba semplicemente buttare fuori il pensiero critico o pensare a come gli esseri umani sono diversi”, ha affermato Rider.

Il caso è terrificante ma “non terribilmente sorprendente”, ha dichiarato Gillian Branstetter, portavoce di un gruppo di sostegno, il Centro Nazionale per l’uguaglianza di persona transgender a Washington. La gente di persona transgender spesso corre nei problemi che ottengono l'assistenza sanitaria di genere-specifica quali lo screening del cancro cervicale, il controllo delle nascite e le proiezioni del cancro della prostata. Bisogna fare di più per migliorare la consapevolezza medica e il riconoscimento della diversità perché “le conseguenze possono essere così terribili, come dimostra questo caso”, ha affermato Branstetter.

Raw ModernMT

La tragedia di un uomo incinta mette alla prova le nozioni di genere. Un uomo transgender ha partorito un bambino morto, attirando l'attenzione su questioni più grandi sull'assegnazione di etichette e sulle ipotesi nell'assistenza sanitaria.

Quando l'uomo è arrivato in ospedale con forti dolori addominali, un'infermiera non l'ha considerata un'emergenza, notando che era obeso e aveva smesso di prendere farmaci per la pressione sanguigna. In realtà, era incinta — un uomo transgender in travaglio che stava per finire in un parto morto. Il tragico caso, descritto nel *New England Journal of Medicine* di mercoledì, indica questioni più ampie sull'assegnazione di etichette o ipotesi in una società che affronta sempre più le variazioni di genere nello sport, nell'intrattenimento e nel governo. In medicina, c'è un pericolo simile di malattie mancanti come le cellule falciformi e la fibrosi cistica che colpiscono in gran parte specifici gruppi razziali, scrivono gli autori.

"Il punto non è cosa è successo a questo particolare individuo, ma questo è un esempio di ciò che accade alle persone transgender che interagiscono con il sistema sanitario", ha detto l'autore principale, la dott.ssa Daphna Stroumsa dell'Università del Michigan, Ann Arbor. “È stato giustamente classificato come un uomo” nelle cartelle cliniche e appare maschile, ha detto Stroumsa. “Ma quella classificazione ci ha allontanato dal considerare le sue reali esigenze mediche. Stroumsa non ha detto dove o quando si è verificato il caso e il paziente non è stato identificato.

Gli uomini transgender, che sono considerati femmine alla nascita, ma che si identificano come maschi, possono o non possono utilizzare ormoni mascolinizzanti o hanno avuto alterazioni chirurgiche, come la rimozione dell'utero. Il paziente di 32 anni ha detto all'infermiera di essere transgender quando è arrivato al pronto soccorso e la sua cartella clinica elettronica lo ha elencato come maschio. Non aveva avuto un periodo in diversi anni e aveva preso il testosterone, un ormone che ha effetti mascolinizzanti e può ridurre l'ovulazione e le mestruazioni. Ma ha smesso di prendere l'ormone e il farmaco per la pressione sanguigna dopo aver perso l'assicurazione.

Un test di gravidanza a casa era positivo e ha detto che si era “pisciato addosso” — un possibile segno di rottura delle membrane e del travaglio. Un'infermiera ha ordinato un test di gravidanza, ma lo considerava stabile e i suoi problemi non urgenti. Diverse ore dopo, un medico lo ha valutato e il test ospedaliero ha confermato la gravidanza. Un'ecografia ha mostrato segni poco chiari di attività cardiaca fetale e un esame ha rivelato che parte del cordone ombelicale era scivolata nel canale del parto. I medici si preparavano a fare un parto cesareo di emergenza, ma in sala operatoria non è stato sentito alcun battito cardiaco fetale. Pochi istanti dopo, l'uomo ha partorito un bambino morto.

Una donna che si presentasse con sintomi simili "sarebbe quasi sicuramente stata triagnata e valutata più urgentemente per problemi legati alla gravidanza", hanno scritto gli autori. "È un incidente molto sconvolgente, è un risultato tragico", ha detto la dott.ssa Tamara Wexler, specialista in ormoni presso il NYU Langone Medical Center. "La formazione medica dovrebbe includere l'esposizione ai pazienti transgender" in modo che gli operatori sanitari siano in grado di soddisfare meglio le loro esigenze, ha detto Wexler. "Molti medici che stanno praticando non avevano questo nella loro formazione", ma possono ancora imparare da tali pazienti ora.

Nic Rider, uno specialista di salute transgender e psicologo presso l'Università del Minnesota, ha detto che la formazione non è sufficiente. "Ci sono pregiudizi impliciti che devono essere affrontati", ha detto Rider. Le cartelle cliniche possono utilizzare modelli maschili/femminili per il genere, ma "non significa che buttiamo via solo il pensiero critico o pensiamo a come gli esseri umani sono diversi", ha detto Rider.

Il caso è orribile ma "non terribilmente sorprendente", ha detto Gillian Branstetter, portavoce di un gruppo di difesa, il National Center for Transgender Equality di Washington. Le persone transgender spesso incontrano problemi nell'ottenere assistenza sanitaria specifica per genere come screening del cancro cervicale, controllo delle nascite e screening del cancro alla prostata. È necessario fare di più per migliorare la consapevolezza medica e il riconoscimento della diversità perché "le conseguenze possono essere così disastrose, come mostra questo caso", ha detto Branstetter.

ModernMT + TM

La tragedia di un uomo incinta mette alla prova le nozioni di genere. Un uomo transgender ha partorito un bambino morto, attirando l'attenzione su questioni più grandi sull'assegnazione di etichette e sulle ipotesi nell'assistenza sanitaria.

Quando l'uomo è arrivato in ospedale con forti dolori addominali, un'infermiera non l'ha considerata un'emergenza, notando che era obeso e aveva smesso di prendere farmaci per la pressione sanguigna. In realtà, era incinta — un uomo transgender in travaglio che stava per finire in un parto morto. Il tragico caso, descritto nel New England Journal of Medicine di mercoledì, indica questioni più ampie sull'assegnazione di etichette o ipotesi in una società che affronta sempre più le variazioni di genere nello sport, nell'intrattenimento e nel governo. In medicina, c'è un pericolo simile di malattie mancanti come le cellule falciformi e la fibrosi cistica che colpiscono in gran parte specifici gruppi razziali, scrivono gli autori.

"Il punto non è cosa sia successo a questo particolare individuo, ma questo è un esempio di ciò che accade alle persone transgender che interagiscono con il sistema sanitario", ha detto l'autrice principale, la dott.ssa Daphna Stroumsa dell'Università del Michigan, Ann Arbor. "È stato giustamente classificato come uomo" nelle cartelle cliniche e appare maschile, ha detto Stroumsa. "Ma quella classificazione ci ha allontanato dal considerare le sue reali esigenze mediche. Stroumsa non ha detto dove o quando si è verificato il caso e il paziente non è stato identificato.

Gli uomini transgender, che sono considerati femminili alla nascita, ma che si identificano come maschi, possono o non possono utilizzare ormoni mascolinizzanti o hanno avuto alterazioni chirurgiche, come la rimozione dell'utero. Il paziente di 32 anni ha detto all'infermiera di essere transgender quando è arrivato al pronto soccorso e la sua cartella clinica elettronica lo ha elencato come maschio. Non aveva avuto un periodo mestruale da diversi anni e aveva assunto testosterone, un ormone che ha effetti mascolinizzanti e può ridurre l'ovulazione e le mestruazioni. Ma ha smesso di prendere l'ormone e il farmaco per la pressione sanguigna dopo aver perso l'assicurazione.

Un test di gravidanza a casa era positivo e ha detto che si era "pisciato addosso" — un possibile segno di rottura delle membrane e del travaglio. Un'infermiera ha ordinato un test di gravidanza, ma lo considerava stabile e i suoi problemi non urgenti. Diverse ore dopo, un medico lo ha valutato e il test ospedaliero ha confermato la gravidanza. Un'ecografia ha mostrato segni poco chiari di attività cardiaca fetale e un esame ha rivelato che una parte del cordone ombelicale era scivolata nel canale del parto. I medici si sono preparati a fare un parto cesareo di emergenza, ma in sala operatoria non è stato sentito alcun battito cardiaco fetale. Pochi istanti dopo, l'uomo ha partorito un bambino nato morto.

Una donna che si presentasse con sintomi simili "sarebbe quasi sicuramente stata triagnata e valutata più urgentemente per problemi legati alla gravidanza", hanno scritto gli autori. "È un incidente molto sconvolgente, è un risultato tragico", ha detto la dott.ssa Tamara Wexler, specialista in ormoni presso il NYU Langone Medical Center. "La formazione medica dovrebbe includere l'esposizione ai pazienti transgender" in modo che gli operatori sanitari siano in grado di soddisfare meglio le loro esigenze, ha detto Wexler. "Molti medici che stanno praticando non avevano questo nella loro formazione", ma possono ancora imparare da tali pazienti ora.

Nic Rider, uno specialista di salute transgender e psicologo presso l'Università del Minnesota, ha detto che la formazione non è sufficiente. "Ci sono pregiudizi impliciti che devono essere affrontati", ha detto Rider. Le cartelle cliniche possono utilizzare modelli maschili/femminili per il genere, ma "non significa che buttiamo via solo il pensiero critico o pensiamo a come gli esseri umani sono diversi", ha detto Rider.

Il caso è orribile ma "non terribilmente sorprendente", ha detto Gillian Branstetter, portavoce di un gruppo di difesa, il National Center for Transgender Equality di Washington. Le persone transgender spesso incontrano problemi nell'ottenere assistenza sanitaria specifica per genere come screening del cancro cervicale, controllo delle nascite e screening del cancro alla prostata. È necessario fare di più per migliorare la consapevolezza medica e il riconoscimento della diversità perché "le conseguenze possono essere così disastrose, come mostra questo caso", ha detto Branstetter.

Raw Generic SYSTRAN

Linee sfocate: la tragedia di un uomo incinta prova le nozioni di genere. Un uomo transessuale ha partorito un bambino ancora nato, attirando l'attenzione su questioni più complesse riguardo all'assegnazione delle etichette e alla creazione di presupposti nell'assistenza sanitaria.

Quando l'uomo è arrivato in ospedale con gravi dolori addominali, un'infermiera non l'ha considerata un'emergenza, osservando di essere obeso e di aver smesso di prendere farmaci contro la pressione arteriosa. In realtà era incinta. Un transessuale in travaglio che stava per finire in un parto morto. Il tragico caso, descritto nel New England Journal of Medicine di mercoledì, fa riferimento a questioni più complesse sull'assegnazione di etichette o sulla creazione di presupposti in una società che si trova sempre più ad affrontare le variazioni di genere nello sport, nell'intrattenimento e nel governo. In medicina esiste un rischio simile di malattie mancanti, come la cellula maligna e la fibrosi cistica, che colpiscono soprattutto gruppi razziali specifici, scrivono gli autori.

"Il punto non è quello che è accaduto a questo particolare individuo, ma questo è un esempio di ciò che accade alle persone transessuali che interagiscono con il sistema sanitario", ha affermato il principale autore, la dott. Daphna Stroumsa dell'Università del Michigan, Ann Arbor. "E' stato giustamente classificato come uomo" nelle cartelle mediche e sembra mascolino, ha detto Stroumsa. "Ma quella classificazione ci ha impedito di considerare le sue reali esigenze mediche." Stroumsa non direbbe dove o quando si è verificato il caso, e il paziente non è stato identificato.

Gli uomini transessuali, considerati femmine alla nascita ma identificati come maschi, possono o meno utilizzare ormoni mascolinizzanti o hanno subito alterazioni chirurgiche, come la rimozione degli uteri. Il paziente di 32 anni ha detto all'infermiera di essere trasessionato quando è arrivato al pronto soccorso e i suoi documenti medici elettronici lo hanno elencato come maschio. Non aveva un periodo di tempo da diversi anni e aveva preso il testosterone, un ormone che ha effetti mascolinizzanti e può diminuire l'ovulazione e le mestruazioni. Ma ha smesso di prendere gli ormoni e le medicine per la pressione sanguigna dopo aver perso l'assicurazione.

Un test di gravidanza in casa era positivo e ha detto che si è "pisciato", un possibile segno di membrane rotte e manodopera. Un'infermiera ha ordinato un test di gravidanza, ma l'ha considerato stabile e i suoi problemi non urgenti. Diverse ore dopo, un dottore lo ha valutato e l'ospedale ha confermato la gravidanza. Un'ecografia mostrava segni poco chiari di attività fetale del cuore, e un esame rivelava che parte del cordone ombelicale era scivolata nel canale natale. I dottori erano preparati a fare una consegna cesarea

d'emergenza, ma nella sala operatoria non si sentiva nessun battito cardiaco fetale. Pochi minuti dopo, l'uomo ha partorito un bambino.

Una donna che si presentava con sintomi simili "sarebbe stata quasi sicuramente sottoposta a valutazione e sarebbe stata valutata più urgentemente per problemi legati alla gravidanza", hanno scritto gli autori. "È un incidente molto sconvolgente, è un risultato tragico", ha dichiarato il dottor Tamara Wexler, specialista di ormoni al centro medico NYU Langone. Wexler ha affermato che "la formazione medica deve includere l'esposizione ai pazienti transessuali", in modo che gli operatori sanitari siano in grado di soddisfare meglio le loro esigenze. "Molti dottori che si stanno esercitando non l'hanno avuto nel corso della loro formazione", ma possono ancora imparare da questi pazienti adesso.

Nic Rider, specialista in sanità transessuale e psicologo dell'Università del Minnesota, ha detto che la formazione non è sufficiente. "Ci sono pregiudizi impliciti che devono essere affrontati" ha detto Rider. I registri sanitari possono utilizzare modelli maschi/femmine per il sesso, ma "non significa che esporremo semplicemente dei pensieri critici o che pensiamo a come gli esseri umani sono diversi", ha dichiarato Rider.

Il caso è terrificante, ma "non terribilmente sorprendente", ha detto Gillian Branstetter, portavoce di un gruppo di difesa, il Centro Nazionale per l'uguaglianza tra i sessi di Washington. I transessuali incontrano spesso problemi nell'ottenere cure sanitarie specifiche per il genere, come lo screening del cancro alla cervice, il controllo delle nascite e lo screening del cancro alla prostata. Per migliorare la consapevolezza sanitaria e il riconoscimento della diversità, è necessario fare di più perché "le conseguenze possono essere terribili, come dimostra questo caso", ha dichiarato Branstetter.

Generic SYSTRAN + TM

Linee sfocate: la tragedia di un uomo incinta mette alla prova le nozioni di genere. Un transgender ha partorito un bambino nato morto, attirando l'attenzione su questioni più ampie circa l'assegnazione delle etichette e fare supposizioni in materia di assistenza sanitaria.

Quando l'uomo è arrivato in ospedale con forti dolori addominali, un'infermiera non ha considerato un'emergenza, notando che era obeso e aveva smesso di prendere medicinali per la pressione sanguigna. In realtà, era incinta — un transgender nel travaglio che stava per finire in un parto morto. Il tragico caso, descritto nel *New England Journal of Medicine* di mercoledì, evidenzia questioni più ampie sull'assegnazione di etichette o sulla formulazione di ipotesi in una società che si confronta sempre più con le variazioni di genere nello sport, nello spettacolo e nel governo. In medicina, c'è un rischio simile di malattie mancanti come l'anemia falciforme e la fibrosi cistica che colpiscono in gran parte gruppi razziali specifici, scrivono gli autori.

"Il punto non è quello che è successo a questo particolare individuo, ma questo è un esempio di quello che succede alle persone transgender che interagiscono con il sistema sanitario," ha detto l'autore principale, Dr Daphna Stroumsa dell'Università del Michigan, Ann Arbor. "È stato giustamente classificato come uomo" nelle cartelle cliniche e appare mascolino, ha detto Stroumsa. "Ma quella classificazione ci ha allontanati dal considerare le sue reali esigenze mediche". Stroumsa non ha detto dove o quando il caso si è verificato, e il paziente non è stato identificato.

Gli uomini transgender, che sono considerati femmina alla nascita ma che si identificano come maschi, possono o meno usare ormoni mascolinizzanti o hanno avuto alterazioni chirurgiche, come la rimozione dell'utero. Il paziente di 32 anni ha detto all'infermiera che era transgender quando è arrivato al pronto soccorso e la sua cartella clinica elettronica lo ha elencato come maschio. Non aveva avuto un periodo in diversi anni e aveva assunto testosterone, un ormone che ha effetti mascolinizzanti e può diminuire l'ovulazione e le mestruazioni. Ma ha smesso di prendere le medicine per l'ormone e la pressione sanguigna dopo aver perso l'assicurazione.

Un test di gravidanza a casa è stato positivo e ha detto di essersi "fatto la pipì da solo" — un possibile segno di rottura delle membrane e del lavoro. Un infermiere ordinò un test di gravidanza ma lo considerò stabile

e i suoi problemi non urgenti. Diverse ore dopo, un medico lo ha valutato e l'esame dell'ospedale ha confermato la gravidanza. Un'ecografia ha mostrato segni non chiari di attività cardiaca fetale, e un esame ha rivelato che parte del cordone ombelicale è scivolato nel canale del parto. I medici si preparavano a un parto cesareo di emergenza, ma in sala operatoria non si sentiva battito cardiaco fetale. Pochi istanti dopo, l'uomo ha partorito un bambino nato morto.

Una donna che si presenta con sintomi simili "sarebbe stata quasi sicuramente provata e valutata più urgentemente per i problemi legati alla gravidanza", hanno scritto gli autori. "È un incidente molto sconvolgente, è un risultato tragico", ha detto la dottoressa Tamara Wexler, una specialista di ormoni al NYU Langone Medical Center. "La formazione medica deve includere l'esposizione a pazienti transgender" in modo che gli operatori sanitari siano più in grado di soddisfare le loro esigenze, ha detto Wexler. "Molti medici che stanno praticando non hanno avuto questo nella loro formazione", ma può ancora imparare da tali pazienti ora.

Nic Rider, uno specialista di salute transgender e psicologo presso l'Università del Minnesota, ha detto che la formazione non è sufficiente. "Ci sono pregiudizi impliciti che devono essere affrontati", ha detto Rider. Le cartelle cliniche possono utilizzare modelli maschili/femminili per il genere, ma "non significa che gettiamo semplicemente il pensiero critico o pensare a come gli esseri umani sono diversi," Rider ha detto.

Il caso è orribile, ma "non è proprio sorprendente", ha detto Gillian Branstetter, una portavoce di un gruppo di sostegno, il National Center for Transgender Equality a Washington. Le persone transgender spesso incontrano problemi nell'ottenere un'assistenza sanitaria specifica per genere, come lo screening del tumore della cervice uterina, il controllo delle nascite e lo screening del tumore della prostata. Si deve fare di più per migliorare la consapevolezza medica e il riconoscimento della diversità perché "le conseguenze possono essere così terribili, come dimostra questo caso", ha detto Branstetter.

Medical SYSTRAN + TM

Linee sfocate: la tragedia di un uomo incinta mette alla prova le nozioni di genere. Un uomo transgender ha partorito un bambino nato morto, attirando l'attenzione su questioni più ampie relative all'assegnazione di etichette e alla formulazione di ipotesi nell'assistenza sanitaria.

Quando l'uomo è arrivato in ospedale con forti dolori addominali, un'infermiera non ha considerato l'emergenza, notando che era obeso e che aveva smesso di assumere medicinali per la pressione sanguigna. In realtà, era incinta — un uomo transessuale in travaglio che stava per finire con un parto morto. Il caso tragico, descritto nel *New England Journal of Medicine* di mercoledì, evidenzia questioni più ampie sull'assegnazione di etichette o sulla formulazione di ipotesi in una società che affronta sempre più le variazioni di genere nello sport, nell'intrattenimento e nel governo. In medicina, c'è un rischio simile di malattie mancanti come l'anemia falciforme e la fibrosi cistica che colpiscono in gran parte specifici gruppi razziali, scrivono gli autori.

"Il punto non è quello che è successo a questa particolare persona, ma questo è un esempio di quello che succede alle persone transgender che interagiscono con il sistema sanitario," ha detto l'autore principale, Dr Daphna Stroumsa dell'Università del Michigan, Ann Arbor. "Egli è stato giustamente classificato come un uomo" nelle cartelle cliniche e appare mascolino, ha detto Stroumsa. "Ma quella classificazione ci ha allontanati dal considerare le sue reali necessità mediche". Stroumsa non ha detto dove o quando il caso si è verificato, e il paziente non è stato identificato.

Gli uomini transessuali, considerati di sesso femminile alla nascita ma che si identificano come maschi, possono o meno usare ormoni mascolinizzanti o hanno avuto alterazioni chirurgiche, come la rimozione dell'utero. Il paziente di 32 anni ha detto all'infermiera che era transgender quando è arrivato al pronto soccorso e la sua cartella clinica elettronica lo elenca come maschio. Non aveva avuto un ciclo da diversi anni e stava assumendo testosterone, un ormone che ha effetti mascolinizzanti e può ridurre l'ovulazione e le mestruazioni. Ma ha smesso di prendere ormoni e farmaci per la pressione sanguigna dopo aver perso l'assicurazione.

Un test di gravidanza a casa fu positivo e disse che aveva "fatto pipì da solo" — un possibile segno di rottura delle membrane e del travaglio. Un'infermiera ordinò un test di gravidanza, ma lo considerò stabile e i suoi problemi non urgenti. Diverse ore dopo, un medico lo ha visitato e il test di gravidanza ha confermato la diagnosi. Un'ecografia ha mostrato segni poco chiari di attività cardiaca fetale e un esame ha rivelato che parte del cordone ombelicale era scivolato nel canale del parto. I medici si preparavano a un parto cesareo d'emergenza, ma in sala operatoria non si sentiva battito cardiaco fetale. Pochi istanti dopo, l'uomo partorì un bambino nato morto.

Una donna che si presentava con sintomi simili "sarebbe stata quasi sicuramente selezionata e valutata più urgentemente per i problemi legati alla gravidanza", hanno scritto gli autori. "È un incidente molto sconvolgente, è un risultato tragico", ha detto la dottoressa Tamara Wexler, una specialista di ormoni al NYU Langone Medical Center. "La formazione medica deve comprendere l'esposizione a pazienti transgender" in modo che gli operatori sanitari siano più in grado di soddisfare le loro esigenze, ha detto Wexler. "Molti medici che si esercitano non hanno avuto questo nella loro formazione", ma possono ancora imparare da tali pazienti ora.

Nic Rider, uno specialista di salute transgender e psicologo dell'Università del Minnesota, ha detto che la formazione non è sufficiente. "Ci sono pregiudizi impliciti che devono essere affrontati", ha detto Rider. Le cartelle cliniche possono utilizzare modelli maschili/femminili per il genere, ma "non significa che gettiamo semplicemente fuori il pensiero critico o pensiamo a come gli esseri umani sono diversi", ha detto Rider.

Il caso è terrificante, ma "non molto sorprendente", ha detto Gillian Branstetter, una portavoce di un gruppo di sostegno, il National Center for Transgender Equality a Washington. I transessuali spesso incontrano problemi nell'ottenere cure sanitarie specifiche per genere, come lo screening del tumore della cervice uterina, il controllo delle nascite e lo screening del tumore della prostata. Bisogna fare di più per migliorare la consapevolezza medica e il riconoscimento della diversità perché "le conseguenze possono essere così terribili, come dimostra questo caso", ha detto Branstetter.

- Bardele, Julianne. 2023. Study: Gender-affirming hormones improve mental health in transgender and nonbinary youth. In *EurekaAlert!* <https://www.eurekaalert.org/news-releases/976601> (accessed 04/02/2023)

Original

Study: Gender-affirming hormones improve mental health in transgender and nonbinary youth. Evidence from largest study in U.S. on the impact of gender-affirming hormones, with longest follow-up

Transgender and nonbinary youth experienced significant improvement in appearance congruence (or the degree to which physical characteristics align with gender) and sustained improvements in depression and anxiety over two years after starting treatment with gender-affirming hormones, according to a multicenter U.S. study funded by the National Institutes of Health (NIH) and published in the *New England Journal of Medicine*.

"Our results provide robust scientific evidence that improved appearance congruence secondary to hormone treatment is strongly linked to better mental health outcomes in transgender and nonbinary youth," said lead author Diane Chen, PhD, pediatric psychologist with the Gender and Sex Development Program at Ann & Robert H. Lurie Children's Hospital of Chicago and Associate Professor at Northwestern University Feinberg School of Medicine. "This is critical, given that transgender youth experience more depression and anxiety, and are at a higher risk for suicidality than cisgender youth."

Many transgender or non-binary teens experience gender dysphoria, or the persistent distress caused by the discrepancy between their gender identity and physical appearance. Gender-affirming hormones

(testosterone or estradiol) are used as treatment to foster gender-congruent secondary sex characteristics, such as breast development or facial hair.

"The critical results we report demonstrate the positive psychological impact of gender-affirming hormones for treatment of youth with gender dysphoria," said senior author Johanna Olson-Kennedy, MD, Medical Director of the Center for Transyouth Health and Development at Children's Hospital Los Angeles. "Amidst a landscape of misinformation, we hope these findings support the use of timely and appropriate medical interventions for this vulnerable group of adolescents."

All the centers participating in the study employ a multidisciplinary team, comprising medical and mental health providers, that collaboratively determines whether gender dysphoria is present and gender-affirming medical care is appropriate. For minors, parental consent is required to initiate medical treatment.

"The positive findings of this observational study match the lived clinical experience of mental health experts who, in their many years of providing gender-affirming care, have repeatedly learned from the youth themselves about their mental health," said co-author Diane Ehrensaft, PhD, Director of Mental Health at the UC San Francisco Child and Adolescent Gender Center, and Professor of Pediatrics. "As the longitudinal study proceeds, we look forward to learning more from this cohort of patients – all of whom were screened carefully before beginning gender-affirming hormone treatment – about their journey going forward."

The study, the largest of its kind in the U.S., included 315 transgender and non-binary youth ages 12-20 years. Study visits occurred every six months for two years after treatment initiation, which is the longest follow-up reported to date. Researchers examined measures of appearance congruence, depression, anxiety, positive affect and life satisfaction. They found that overall, appearance congruence, positive affect, and life satisfaction increased, while depression and anxiety symptoms decreased. Appearance congruence was associated with each psychosocial outcome assessed at baseline and during the follow-up period.

"Our results provide a strong scientific basis that gender-affirming care is crucial for the psychological well-being of our patients," said co-author Robert Garofalo, MD, MPH, Principal Investigator for the study at Lurie Children's, Co-Director of Lurie Children's Gender and Sex Development Program and Professor of Pediatrics at Northwestern University Feinberg School of Medicine. "We must ensure that access to this care remains available to youth with gender dysphoria."

Raw Google Translate

Studio: gli ormoni che affermano il genere migliorano la salute mentale nei giovani transgender e non binari. Prove dal più grande studio negli Stati Uniti sull'impatto degli ormoni che affermano il genere, con il follow-up più lungo

I giovani transgender e non binari hanno sperimentato un miglioramento significativo nella congruenza dell'aspetto (o il grado in cui le caratteristiche fisiche si allineano con il genere) e miglioramenti sostenuti nella depressione e nell'ansia oltre due anni dopo l'inizio del trattamento con ormoni che affermano il genere, secondo uno studio multicentrico statunitense finanziato dal National Institutes of Health (NIH) e pubblicato sul New England Journal of Medicine.

"I nostri risultati forniscono solide prove scientifiche che il miglioramento della congruenza dell'aspetto secondario al trattamento ormonale è fortemente legato a migliori risultati di salute mentale nei giovani transgender e non binari", ha affermato l'autrice principale Diane Chen, PhD, psicologa pediatrica con il programma di sviluppo di genere e sesso presso Ann & Robert H. Lurie Children's Hospital di Chicago e professore associato presso la Northwestern University Feinberg School of Medicine. "Questo è fondamentale, dato che i giovani transgender sperimentano più depressione e ansia e sono a maggior rischio di suicidio rispetto ai giovani cisgender".

Molti adolescenti transgender o non binari sperimentano la disforia di genere, o il disagio persistente causato dalla discrepanza tra la loro identità di genere e l'aspetto fisico. Gli ormoni che affermano il genere

(testosterone o estradiolo) sono usati come trattamento per promuovere caratteristiche sessuali secondarie congruenti al genere, come lo sviluppo del seno o i peli del viso.

"I risultati critici che riportiamo dimostrano l'impatto psicologico positivo degli ormoni che affermano il genere per il trattamento dei giovani con disforia di genere", ha affermato l'autrice senior Johanna Olson-Kennedy, MD, direttore medico del Center for Transyouth Health and Development presso il Children's Hospital di Los Angeles "In un panorama di disinformazione, speriamo che questi risultati supportino l'uso di interventi medici tempestivi e appropriati per questo gruppo vulnerabile di adolescenti".

Tutti i centri che partecipano allo studio impiegano un team multidisciplinare, composto da fornitori di servizi medici e di salute mentale, che determina in modo collaborativo se la disforia di genere è presente e se l'assistenza medica che afferma il genere è appropriata. Per i minori è necessario il consenso dei genitori per iniziare il trattamento medico.

"I risultati positivi di questo studio osservazionale corrispondono all'esperienza clinica vissuta di esperti di salute mentale che, nei loro molti anni di assistenza che afferma il genere, hanno ripetutamente imparato dai giovani stessi sulla loro salute mentale", ha affermato la coautrice Diane Ehrensaft, PhD, direttore della salute mentale presso l'UC San Francisco Child and Adolescent Gender Center e professore di pediatria. "Mentre lo studio longitudinale procede, non vediamo l'ora di saperne di più da questa coorte di pazienti - che sono stati tutti attentamente selezionati prima di iniziare il trattamento ormonale di affermazione del genere - sul loro viaggio in futuro".

Lo studio, il più grande del suo genere negli Stati Uniti, ha incluso 315 giovani transgender e non binari di età compresa tra 12 e 20 anni. Le visite dello studio si sono verificate ogni sei mesi per due anni dopo l'inizio del trattamento, che è il follow-up più lungo riportato fino ad oggi. I ricercatori hanno esaminato misure di congruenza dell'aspetto, depressione, ansia, affetto positivo e soddisfazione della vita. Hanno scoperto che, nel complesso, la congruenza dell'aspetto, l'affetto positivo e la soddisfazione della vita sono aumentati, mentre i sintomi di depressione e ansia sono diminuiti. La congruenza dell'aspetto è stata associata a ciascun risultato psicosociale valutato al basale e durante il periodo di follow-up.

"I nostri risultati forniscono una solida base scientifica sul fatto che l'assistenza che afferma il genere è cruciale per il benessere psicologico dei nostri pazienti", ha affermato il coautore Robert Garofalo, MD, MPH, Principal Investigator per lo studio presso Lurie Children's, co-direttore di Lurie Children's Gender and Sex Development Program e Professore di Pediatria presso la Feinberg School of Medicine della Northwestern University: "Dobbiamo garantire che l'accesso a queste cure rimanga disponibile per i giovani con disforia di genere".

Raw DeepL Translator

Studio: Gli ormoni di conferma del genere migliorano la salute mentale dei giovani transgender e non binari. Prove dal più grande studio negli Stati Uniti sull'impatto degli ormoni per l'affermazione del genere, con il più lungo follow-up

Secondo uno studio multicentrico statunitense finanziato dal National Institutes of Health (NIH) e pubblicato sul New England Journal of Medicine, i giovani transgender e non binari hanno registrato miglioramenti significativi nella congruenza dell'aspetto (ovvero il grado di allineamento delle caratteristiche fisiche con il genere) e miglioramenti duraturi nella depressione e nell'ansia dopo due anni dall'inizio del trattamento con ormoni di conferma del genere.

"I nostri risultati forniscono una solida prova scientifica che una migliore congruenza dell'aspetto esteriore secondaria al trattamento ormonale è fortemente legata a migliori risultati in termini di salute mentale nei giovani transgender e non binari", ha dichiarato l'autrice principale Diane Chen, PhD, psicologa pediatrica del Gender and Sex Development Program presso l'Ann & Robert H. Lurie Children's Hospital di Chicago e professore associato presso la Northwestern University Feinberg School of Medicine. "Questo è un aspetto critico, dato che i giovani transgender soffrono maggiormente di depressione e ansia e sono più a rischio di suicidio rispetto ai giovani cisgender".

Molti adolescenti transgender o non-binari sperimentano la disforia di genere, ovvero il disagio persistente causato dalla discrepanza tra la loro identità di genere e l'aspetto fisico. Gli ormoni di conferma del genere (testosterone o estradiolo) vengono utilizzati come trattamento per favorire la formazione di caratteristiche sessuali secondarie coerenti con il genere, come lo sviluppo del seno o dei peli sul viso.

"I risultati critici che riportiamo dimostrano l'impatto psicologico positivo degli ormoni di conferma del genere per il trattamento dei giovani con disforia di genere", ha dichiarato l'autrice senior Johanna Olson-Kennedy, MD, direttore medico del Centro per la salute e lo sviluppo dei transessuali presso il Children's Hospital di Los Angeles. "In un panorama di disinformazione, speriamo che questi risultati supportino l'uso di interventi medici tempestivi e appropriati per questo gruppo vulnerabile di adolescenti".

Tutti i centri che partecipano allo studio si avvalgono di un'équipe multidisciplinare, composta da operatori medici e della salute mentale, che determina in modo collaborativo se la disforia di genere è presente e se le cure mediche di conferma del genere sono appropriate. Per i minori è necessario il consenso dei genitori per iniziare il trattamento medico.

"I risultati positivi di questo studio osservazionale corrispondono all'esperienza clinica vissuta dagli esperti di salute mentale che, nei molti anni in cui hanno fornito cure per l'affermazione del genere, hanno ripetutamente appreso dagli stessi giovani informazioni sulla loro salute mentale", ha dichiarato la coautrice Diane Ehrensaft, PhD, direttrice della salute mentale presso il Centro per il genere infantile e adolescenziale dell'UC San Francisco e professoressa di pediatria. "Con il procedere dello studio longitudinale, siamo ansiosi di saperne di più da questa coorte di pazienti - tutti sottoposti a un accurato screening prima di iniziare il trattamento ormonale di conferma del genere - sul loro percorso futuro".

Lo studio, il più grande del suo genere negli Stati Uniti, ha incluso 315 giovani transgender e non-binari di età compresa tra i 12 e i 20 anni. Le visite di studio si sono svolte ogni sei mesi per due anni dopo l'inizio del trattamento, il follow-up più lungo finora riportato. I ricercatori hanno esaminato le misure di congruenza estetica, depressione, ansia, affetti positivi e soddisfazione di vita. Hanno riscontrato che, nel complesso, la congruenza dell'aspetto, gli affetti positivi e la soddisfazione della vita sono aumentati, mentre i sintomi della depressione e dell'ansia sono diminuiti. La congruenza dell'aspetto è stata associata a ogni risultato psicosociale valutato al basale e durante il periodo di follow-up.

"I nostri risultati forniscono una solida base scientifica sul fatto che le cure per l'affermazione del genere sono fondamentali per il benessere psicologico dei nostri pazienti", ha dichiarato il coautore Robert Garofalo, MD, MPH, ricercatore principale dello studio presso il Lurie Children's, co-direttore del Lurie Children's Gender and Sex Development Program e professore di pediatria presso la Northwestern University Feinberg School of Medicine. "Dobbiamo garantire che i giovani con disforia di genere possano accedere a queste cure".

Raw Language Weaver

Studio: Gli ormoni di genere migliorano la salute mentale nei giovani transgender e non binari. Prove del più grande studio negli Stati Uniti sull'impatto degli ormoni di affermazione del genere, con il follow-up più lungo

I giovani transgender e non binary hanno registrato un miglioramento significativo della congruenza dell'aspetto (o del grado in cui le caratteristiche fisiche si allineano con il sesso) e un miglioramento prolungato della depressione e dell'ansia nei due anni successivi all'inizio del trattamento con ormoni che affermano il sesso, Secondo uno studio multicentrico degli Stati Uniti finanziato dal National Institutes of Health (NIH) e pubblicato sul New England Journal of Medicine.

"I nostri risultati forniscono solide prove scientifiche del fatto che una migliore congruenza dell'aspetto secondario al trattamento ormonale è fortemente legata a migliori risultati per la salute mentale nei giovani transgender e non binari", ha affermato il lead author Diane Chen, PhD, Psicologo pediatrico con il Gender and Sex Development Program presso Ann & Robert H. Lurie Children's Hospital di Chicago e professore associato presso la Northwestern University Feinberg School of Medicine. "Questo è fondamentale, dato

che i giovani transgender sperimentano più depressione e ansia, e sono ad un rischio più elevato di suicidalità rispetto ai giovani cisgender”.

Molti adolescenti transgender o non-binary avvertono la disforia di genere, o il disagio persistente causato dalla discrepanza fra la loro identità di genere e l'apparenza fisica. Gli ormoni che affermano il genere (testosterone o estradiolo) sono utilizzati come trattamento per promuovere le caratteristiche sessuali secondarie congruenti per il sesso, come lo sviluppo del seno o i peli del viso.

"I risultati critici che riportiamo dimostrano l'impatto psicologico positivo degli ormoni che affermano il genere per il trattamento dei giovani con disforia di genere", ha dichiarato l'autore senior Johanna Olson-Kennedy, MD, Direttore medico del Center for Transyouth Health and Development presso il Children's Hospital di Los Angeles. "In un panorama di disinformazione, ci auguriamo che queste scoperte supportino l'uso di interventi medici tempestivi e appropriati per questo gruppo vulnerabile di adolescenti."

Tutti i centri che partecipano allo studio impiegano un team multidisciplinare, composto da medici e fornitori di salute mentale, che determina in collaborazione se la disforia di genere è presente e se l'assistenza medica di affermazione di genere è appropriata. Per i minori è richiesto il consenso dei genitori per iniziare il trattamento medico.

"I risultati positivi di questo studio osservazionale corrispondono all'esperienza clinica vissuta da esperti di salute mentale che, nei loro molti anni di assistenza per il genere, hanno ripetutamente imparato dai giovani stessi la loro salute mentale", ha affermato il co-autore Diane Ehrensaft, PhD, Direttore della Salute mentale presso l'UC San Francisco Child and Adolescent Gender Center, e Professore di Pediatria. "Con il procedere dello studio longitudinale, attendiamo con impazienza di apprendere di più da questa coorte di pazienti – tutti attentamente sottoposti a screening prima di iniziare il trattamento ormonale per l'affermazione del genere – sul loro cammino in avanti".

Lo studio, il più grande del suo genere negli Stati Uniti, comprendeva 315 giovani transgender e non binary di età compresa tra i 12-20 anni. Le visite allo studio si sono verificate ogni sei mesi per due anni dopo l'inizio del trattamento, che è il follow-up più lungo riportato fino ad oggi. I ricercatori hanno esaminato le misure di congruenza dell'apparenza, depressione, ansia, effetto positivo e soddisfazione di vita. Hanno scoperto che in generale, la congruenza dell'aspetto, l'effetto positivo e la soddisfazione della vita sono aumentati, mentre la depressione e i sintomi di ansia sono diminuiti. La congruenza con l'aspetto è stata associata ad ogni esito psicosociale valutato al basale e durante il periodo di follow-up.

"I nostri risultati forniscono una solida base scientifica che le cure per il rispetto del sesso sono fondamentali per il benessere psicologico dei nostri pazienti", ha affermato il co-autore Robert Garofalo, MD, MPH, Principal Investigator per lo studio di Lurie Children's, Co-direttore del programma di sviluppo sessuale e sessuale di Lurie Children e Professore di Pediatria presso la Northwestern University Feinberg School of Medicine. "Dobbiamo garantire che l'accesso a queste cure rimanga disponibile per i giovani con disforia di genere".

DeepL Translator + Glossary

Studio: Gli ormoni per l'affermazione di genere migliorano la salute mentale delle persone transgender e di genere non binario. Prove dal più grande studio negli Stati Uniti sull'impatto degli ormoni per l'affermazione di genere, con il follow-up più lungo

Le persone transgender e di genere non binario hanno registrato miglioramenti significativi nella congruenza dell'aspetto (o il grado di allineamento delle caratteristiche fisiche con il genere) e miglioramenti duraturi nella depressione e nell'ansia a due anni dall'inizio del trattamento con ormoni per l'affermazione di genere, secondo uno studio multicentrico statunitense finanziato dal National Institutes of Health (NIH) e pubblicato sul New England Journal of Medicine.

"I nostri risultati forniscono una solida prova scientifica del fatto che una migliore congruenza dell'aspetto esteriore, secondaria al trattamento ormonale, è fortemente legata a migliori risultati in termini di salute

mentale nelle persone giovani transgender e di genere non binario", ha dichiarato l'autrice principale Diane Chen, PhD, psicologa pediatrica del Programma di sviluppo del genere e del sesso presso l'Ann & Robert H. Lurie Children's Hospital di Chicago e professore associato presso la Northwestern University Feinberg School of Medicine. "Questo è un aspetto critico, dato che le persone transgender soffrono maggiormente di depressione e ansia e sono a maggior rischio di suicidio rispetto alle persone giovani cisgender".

Molte persone transgender o di genere non binario sperimentano la disforia di genere, ovvero il disagio persistente causato dalla discrepanza tra la loro identità di genere e l'aspetto fisico. Gli ormoni per l'affermazione di genere (testosterone o estradiolo) vengono utilizzati come trattamento per favorire lo sviluppo di caratteristiche sessuali secondarie coerenti con il genere, come lo sviluppo del seno o dei peli sul viso.

"I risultati critici che riportiamo dimostrano l'impatto psicologico positivo degli ormoni per l'affermazione di genere per il trattamento delle persone giovani con disforia di genere", ha dichiarato l'autrice senior Johanna Olson-Kennedy, MD, direttore medico del Centro per la salute e lo sviluppo dei transessuali del Children's Hospital di Los Angeles. "In un panorama di disinformazione, speriamo che questi risultati supportino l'uso di interventi medici tempestivi e appropriati per questo gruppo vulnerabile di adolescenti".

Tutti i centri che partecipano allo studio impiegano un'équipe multidisciplinare, composta da operatori medici e della salute mentale, che determina in modo collaborativo se la disforia di genere è presente e se le cure mediche per l'affermazione di genere sono appropriate. Per i minori è necessario il consenso dei genitori per iniziare il trattamento medico.

"I risultati positivi di questo studio osservazionale corrispondono all'esperienza clinica vissuta dagli esperti di salute mentale che, in molti anni di assistenza per l'affermazione di genere, hanno ripetutamente appreso dalle stesse persone giovani la loro salute mentale", ha dichiarato la coautrice Diane Ehrensaft, PhD, Direttore del Centro di Salute Mentale per l'infanzia e l'adolescenza dell'UC San Francisco e Professore di Pediatria. "Con il procedere dello studio longitudinale, siamo ansiosi di saperne di più da questa coorte di persone - tutte sottoposte a un accurato screening prima di iniziare il trattamento ormonale per l'affermazione di genere - sul loro percorso futuro".

Lo studio, il più grande del suo genere negli Stati Uniti, ha incluso 315 persone giovani transgender e di genere non binario di età compresa tra i 12 e i 20 anni. Le visite di studio si sono svolte ogni sei mesi per due anni dopo l'inizio del trattamento, il follow-up più lungo finora riportato. I ricercatori hanno esaminato le misure di congruenza estetica, depressione, ansia, affetti positivi e soddisfazione di vita. Hanno riscontrato che, nel complesso, la congruenza dell'aspetto, gli affetti positivi e la soddisfazione della vita sono aumentati, mentre i sintomi della depressione e dell'ansia sono diminuiti. La congruenza dell'aspetto è stata associata a ogni risultato psicosociale valutato al basale e durante il periodo di follow-up.

"I nostri risultati forniscono una solida base scientifica sul fatto che le cure per l'affermazione di genere sono cruciali per il benessere psicologico delle nostre persone in cura", ha dichiarato il coautore Robert Garofalo, MD, MPH, ricercatore principale dello studio al Lurie Children's, co-direttore del Lurie Children's Gender and Sex Development Program e professore di pediatria alla Northwestern University Feinberg School of Medicine. "Dobbiamo garantire che l'accesso a queste cure rimanga disponibile per le persone giovani con disforia di genere".

Language Weaver + Dictionary

Studio: Gli ormoni per l'affermazione di genere migliorano la salute mentale in persona transgender e di genere non binario persone giovani. Prove del più grande studio negli Stati Uniti sull'impatto degli ormoni per l'affermazione di genere, con il follow-up più lungo

persona transgender e di genere non binario persone giovani hanno registrato un miglioramento significativo della congruenza dell'aspetto (o del grado di allineamento delle caratteristiche fisiche con il sesso) e un miglioramento prolungato della depressione e dell'ansia nei due anni successivi all'inizio del

trattamento con ormoni per l'affermazione di genere. Secondo uno studio multicentrico degli Stati Uniti finanziato dal National Institutes of Health (NIH) e pubblicato sul New England Journal of Medicine.

“I nostri risultati forniscono solide prove scientifiche del fatto che una migliore congruenza dell'aspetto secondario al trattamento ormonale è fortemente legata a migliori risultati per la salute mentale in persona transgender e di genere non binario persone giovani”, ha affermato il lead author Diane Chen, PhD, Psicologo pediatrico con il Gender and Sex Development Program presso Ann & Robert H. Lurie Children's Hospital di Chicago e professore associato presso la Northwestern University Feinberg School of Medicine. “Questo è fondamentale, dato che persona transgender persone giovani sperimenta più depressione e ansia, e sono ad un rischio più elevato di suicidalità rispetto al cisgender persone giovani”.

Molti ragazzi di persona transgender o di genere non binario avvertono disforia di genere, o il disagio persistente causato dalla discrepanza tra la loro identità di genere e l'aspetto fisico. Gli ormoni per l'affermazione di genere (testosterone o estradiolo) sono utilizzati come trattamento per favorire le caratteristiche sessuali secondarie congruenti per il sesso, come lo sviluppo del seno o i peli del viso.

"I risultati critici che riportiamo dimostrano l'impatto psicologico positivo degli ormoni per l'affermazione di genere per il trattamento di persone giovani con disforia di genere", ha dichiarato Johanna Olson-Kennedy, MD, Direttore medico del Centro per la Salute e lo sviluppo della Gioventù per i Bambini Ospedale di Los Angeles. “In un panorama di disinformazione, ci auguriamo che queste scoperte supportino l'uso di interventi medici tempestivi e appropriati per questo gruppo vulnerabile di adolescenti.”

Tutti i centri che partecipano allo studio impiegano un team multidisciplinare, composto da medici e fornitori di salute mentale, che in collaborazione determina se la disforia di genere è presente e l'assistenza medica per l'affermazione di genere è appropriata. Per i minori è richiesto il consenso dei genitori per iniziare il trattamento medico.

“I risultati positivi di questo studio osservazionale corrispondono all'esperienza clinica vissuta da esperti di salute mentale che, nei loro molti anni di assistenza all'per l'affermazione di genere, hanno ripetutamente imparato dagli stessi persone giovani sulla loro salute mentale”, ha affermato il co-autore Diane Ehrensaft, PhD, Direttore della Salute mentale presso l'UC San Francisco Child and Adolescent Gender Center, e Professore di Pediatria. “Con il procedere dello studio longitudinale, attendiamo con impazienza di apprendere di più da questa coorte di pazienti – tutti attentamente sottoposti a screening prima di iniziare il trattamento con l'ormone per l'affermazione di genere – sul loro cammino in avanti”

Lo studio, il più grande del suo genere negli Stati Uniti, comprendeva 315 persona transgender e di genere non binario persone giovani di 12-20 anni. Le visite allo studio si sono verificate ogni sei mesi per due anni dopo l'inizio del trattamento, che è il follow-up più lungo riportato fino ad oggi. I ricercatori hanno esaminato le misure di congruenza dell'apparenza, depressione, ansia, effetto positivo e soddisfazione di vita. Hanno scoperto che in generale, la congruenza dell'aspetto, l'effetto positivo e la soddisfazione della vita sono aumentati, mentre la depressione e i sintomi di ansia sono diminuiti. La congruenza con l'aspetto è stata associata ad ogni esito psicosociale valutato al basale e durante il periodo di follow-up.

"I nostri risultati forniscono una solida base scientifica che la cura di per l'affermazione di genere è cruciale per il benessere psicologico dei nostri pazienti", ha affermato il co-autore Robert Garofalo, MD, MPH, principale ricercatore per lo studio di Lurie Children's, Co-direttore del programma di sviluppo sessuale e sessuale di Lurie Children e Professore di Pediatria presso la Northwestern University Feinberg School of Medicine. “Dobbiamo garantire che l'accesso a queste cure rimanga a disposizione dell'persone giovani con disforia di genere”.

Raw ModernMT

Gli ormoni che affermano il genere migliorano la salute mentale nei giovani transgender e non binari. Prove dal più grande studio negli Stati Uniti sull'impatto degli ormoni che affermano il genere, con il follow-up più lungo

I giovani transgender e non binari hanno sperimentato un significativo miglioramento della congruenza dell'aspetto (o del grado in cui le caratteristiche fisiche si allineano con il genere) e miglioramenti sostenuti nella depressione e nell'ansia oltre due anni dopo aver iniziato il trattamento con ormoni che affermano il genere, secondo uno studio multicentrico statunitense finanziato dal National Institutes of Health (NIH) e pubblicato sul New England Journal of Medicine.

"I nostri risultati forniscono solide prove scientifiche che una migliore congruenza dell'aspetto secondaria al trattamento ormonale è fortemente legata a migliori risultati di salute mentale nei giovani transgender e non binari", ha detto l'autrice principale Diane Chen, PhD, psicologa pediatrica con il Gender and Sex Development Program presso Ann & Robert H. Lurie Children's Hospital di Chicago e Professore associato alla Northwestern University Feinberg School of Medicine. "Questo è fondamentale, dato che i giovani transgender sperimentano più depressione e ansia e sono a più alto rischio di suicidio rispetto ai giovani cisgender".

Molti adolescenti transgender o non binari sperimentano la disforia di genere, o il disagio persistente causato dalla discrepanza tra la loro identità di genere e l'aspetto fisico. Gli ormoni che affermano il genere (testosterone o estradiolo) sono usati come trattamento per promuovere caratteristiche sessuali secondarie congruenti al genere, come lo sviluppo del seno o i peli del viso.

"I risultati critici che riportiamo dimostrano l'impatto psicologico positivo degli ormoni che affermano il genere per il trattamento dei giovani con disforia di genere", ha detto l'autrice senior Johanna Olson-Kennedy, MD, direttore medico del Center for Transyouth Health and Development presso il Children's Hospital di Los Angeles. "In un panorama di disinformazione, speriamo che questi risultati supportino l'uso di interventi medici tempestivi e appropriati per questo gruppo vulnerabile di adolescenti".

Tutti i centri che partecipano allo studio impiegano un team multidisciplinare, composto da medici e fornitori di salute mentale, che determina in modo collaborativo se la disforia di genere è presente e l'assistenza medica che afferma il genere è appropriata. Per i minori è richiesto il consenso dei genitori per iniziare il trattamento medico.

"I risultati positivi di questo studio osservazionale corrispondono all'esperienza clinica vissuta di esperti di salute mentale che, nei loro molti anni di fornitura di assistenza per l'affermazione del genere, hanno ripetutamente appreso dai giovani stessi sulla loro salute mentale", ha detto il co-autore Diane Ehrensaft, PhD, direttore della salute mentale presso l'UC San Francisco Child and Adolescent Gender Center e professore di pediatria. "Mentre lo studio longitudinale procede, non vediamo l'ora di imparare di più da questa coorte di pazienti – tutti i quali sono stati sottoposti a screening con attenzione prima di iniziare il trattamento ormonale di affermazione del genere – sul loro viaggio in avanti".

Lo studio, il più grande del suo genere negli Stati Uniti, ha incluso 315 giovani transgender e non binari di età compresa tra 12 e 20 anni. Le visite di studio si sono verificate ogni sei mesi per due anni dopo l'inizio del trattamento, che è il follow-up più lungo riportato fino ad oggi. I ricercatori hanno esaminato le misure di congruenza dell'aspetto, depressione, ansia, affetto positivo e soddisfazione della vita. Hanno scoperto che nel complesso, la congruenza dell'aspetto, l'affetto positivo e la soddisfazione della vita sono aumentati, mentre i sintomi di depressione e ansia sono diminuiti. La congruenza dell'aspetto è stata associata a ciascun esito psicosociale valutato al basale e durante il periodo di follow-up.

"I nostri risultati forniscono una forte base scientifica che la cura di affermazione di genere è cruciale per il benessere psicologico dei nostri pazienti,,," ha detto il co-author Robert Garofalo, MD, MPH, ricercatore principale per lo studio ai bambini di Lurie, co-direttore del programma dello sviluppo del sesso e del genere dei bambini di Lurie e professore della pediatria alla scuola di medicina di Feinberg di Northwestern University. "Dobbiamo garantire che l'accesso a questa assistenza rimanga disponibile per i giovani con disforia di genere".

ModernMT + TM

Gli ormoni che affermano il genere migliorano la salute mentale nei giovani transgender e non binari. Prove dal più grande studio negli Stati Uniti sull'impatto degli ormoni che affermano il genere, con il follow-up più lungo

Gli ormoni che affermano il genere migliorano la salute mentale nei giovani transgender e non binari. Prove dal più grande studio negli Stati Uniti sull'impatto degli ormoni che affermano il genere, con il follow-up più lungo

I giovani transgender e non binari hanno sperimentato un significativo miglioramento della congruenza dell'aspetto (o del grado in cui le caratteristiche fisiche si allineano con il genere) e miglioramenti sostenuti nella depressione e nell'ansia oltre due anni dopo aver iniziato il trattamento con ormoni che affermano il genere, secondo uno studio multicentrico statunitense finanziato dal National Institutes of Health (NIH) e pubblicato sul New England Journal of Medicine.

Secondo uno studio multicentrico statunitense finanziato dal National Institutes of Health (NIH) e pubblicato sul New England Journal of Medicine, i giovani transgender e non binari hanno sperimentato un significativo miglioramento della congruenza dell'aspetto (o del grado in cui le caratteristiche fisiche si allineano con il genere) e miglioramenti sostenuti nella depressione e nell'ansia oltre due anni dopo aver iniziato il trattamento con ormoni che affermano il genere.

"I nostri risultati forniscono solide prove scientifiche che una migliore congruenza dell'aspetto secondaria al trattamento ormonale è fortemente legata a migliori risultati di salute mentale nei giovani transgender e non binari", ha detto l'autrice principale Diane Chen, PhD, psicologa pediatrica con il Gender and Sex Development Program presso Ann & Robert H. Lurie Children's Hospital di Chicago e Professore associato alla Northwestern University Feinberg School of Medicine. "Questo è fondamentale, dato che i giovani transgender sperimentano più depressione e ansia e sono a più alto rischio di suicidio rispetto ai giovani cisgender".

"I nostri risultati forniscono solide prove scientifiche che una migliore congruenza dell'aspetto secondaria al trattamento ormonale è fortemente legata a migliori risultati di salute mentale nei giovani transgender e non binari", ha affermato l'autrice principale Diane Chen, PhD, psicologa pediatrica con il Gender and Sex Development Program presso Ann & Robert H. Lurie Children's Hospital di Chicago e Professore associato presso la Northwestern University Feinberg School of Medicine. "Questo è fondamentale, dato che i giovani transgender sperimentano più depressione e ansia e sono a più alto rischio di suicidio rispetto ai giovani cisgender".

Molti adolescenti transgender o non binari sperimentano la disforia di genere, o il disagio persistente causato dalla discrepanza tra la loro identità di genere e l'aspetto fisico. Gli ormoni che affermano il genere (testosterone o estradiolo) sono usati come trattamento per promuovere caratteristiche sessuali secondarie congruenti al genere, come lo sviluppo del seno o i peli del viso.

Molti adolescenti transgender o non binari sperimentano la disforia di genere, o il disagio persistente causato dalla discrepanza tra la loro identità di genere e l'aspetto fisico. Gli ormoni che affermano il genere (testosterone o estradiolo) sono usati come trattamento per promuovere caratteristiche sessuali secondarie congruenti al genere, come lo sviluppo del seno o i peli del viso.

"I risultati critici che riportiamo dimostrano l'impatto psicologico positivo degli ormoni che affermano il genere per il trattamento dei giovani con disforia di genere", ha detto l'autrice senior Johanna Olson-Kennedy, MD, direttore medico del Center for Transyouth Health and Development presso il Children's Hospital di Los Angeles. "In un panorama di disinformazione, speriamo che questi risultati supportino l'uso di interventi medici tempestivi e appropriati per questo gruppo vulnerabile di adolescenti".

"I risultati critici che riportiamo dimostrano l'impatto psicologico positivo degli ormoni che affermano il genere per il trattamento dei giovani con disforia di genere", ha detto l'autrice senior Johanna Olson-Kennedy, MD, direttore medico del Center for Transyouth Health and Development presso il Children's

Hospital di Los Angeles. “In un panorama di disinformazione, speriamo che questi risultati supportino l'uso di interventi medici tempestivi e appropriati per questo gruppo vulnerabile di adolescenti”.

Tutti i centri che partecipano allo studio impiegano un team multidisciplinare, composto da medici e fornitori di salute mentale, che determina in modo collaborativo se la disforia di genere è presente e l'assistenza medica che afferma il genere è appropriata. Per i minori è richiesto il consenso dei genitori per iniziare il trattamento medico.

Tutti i centri che partecipano allo studio impiegano un team multidisciplinare, composto da medici e fornitori di salute mentale, che determina in modo collaborativo se la disforia di genere è presente e l'assistenza medica che afferma il genere è appropriata. Per i minori è richiesto il consenso dei genitori per iniziare il trattamento medico.

"I risultati positivi di questo studio osservazionale corrispondono all'esperienza clinica vissuta di esperti di salute mentale che, nei loro molti anni di fornitura di assistenza per l'affermazione del genere, hanno ripetutamente appreso dai giovani stessi sulla loro salute mentale", ha detto il co-autore Diane Ehrensaft, PhD, direttore della salute mentale presso l'UC San Francisco Child and Adolescent Gender Center e professore di pediatria. “Mentre lo studio longitudinale procede, non vediamo l'ora di imparare di più da questa coorte di pazienti – tutti i quali sono stati sottoposti a screening con attenzione prima di iniziare il trattamento ormonale di affermazione del genere – sul loro viaggio in avanti”.

"I risultati positivi di questo studio osservazionale corrispondono all'esperienza clinica vissuta di esperti di salute mentale che, nei loro molti anni di fornitura di assistenza per l'affermazione del genere, hanno ripetutamente appreso dai giovani stessi sulla loro salute mentale", ha detto il co-autore Diane Ehrensaft, PhD, direttore della salute mentale presso l'UC San Francisco Child and Adolescent Gender Center e professore di pediatria. "Mentre procede lo studio longitudinale, non vediamo l'ora di imparare di più da questa coorte di pazienti – che sono stati tutti sottoposti a screening attentamente prima di iniziare il trattamento ormonale di affermazione del genere – sul loro viaggio in avanti".

Lo studio, il più grande del suo genere negli Stati Uniti, ha incluso 315 giovani transgender e non binari di età compresa tra 12 e 20 anni. Le visite di studio si sono verificate ogni sei mesi per due anni dopo l'inizio del trattamento, che è il follow-up più lungo riportato fino ad oggi. I ricercatori hanno esaminato le misure di congruenza dell'aspetto, depressione, ansia, affetto positivo e soddisfazione della vita. Hanno scoperto che nel complesso, la congruenza dell'aspetto, l'affetto positivo e la soddisfazione della vita sono aumentati, mentre i sintomi di depressione e ansia sono diminuiti. La congruenza dell'aspetto è stata associata a ciascun esito psicosociale valutato al basale e durante il periodo di follow-up.

Lo studio, il più grande del suo genere negli Stati Uniti, ha incluso 315 giovani transgender e non binari di età compresa tra 12 e 20 anni. Le visite di studio si sono verificate ogni sei mesi per due anni dopo l'inizio del trattamento, che è il follow-up più lungo riportato fino ad oggi. I ricercatori hanno esaminato le misure di congruenza dell'aspetto, depressione, ansia, affetto positivo e soddisfazione della vita. Hanno scoperto che nel complesso, la congruenza dell'aspetto, l'affetto positivo e la soddisfazione della vita sono aumentati, mentre i sintomi di depressione e ansia sono diminuiti. La congruenza dell'aspetto è stata associata a ciascun esito psicosociale valutato al basale e durante il periodo di follow-up.

“I nostri risultati forniscono una forte base scientifica che la cura di affermazione di genere è cruciale per il benessere psicologico dei nostri pazienti,,, ha detto il co-author Robert Garofalo, MD, MPH, ricercatore principale per lo studio ai bambini di Lurie, co-direttore del programma dello sviluppo del sesso e del genere dei bambini di Lurie e professore della pediatria alla scuola di medicina di Feinberg di Northwestern University. "Dobbiamo garantire che l'accesso a questa assistenza rimanga disponibile per i giovani con disforia di genere".

“I nostri risultati forniscono una forte base scientifica che la cura di affermazione del genere è cruciale per il benessere psicologico dei nostri pazienti,,, ha detto il co-author Robert Garofalo, il MD, il MPH, ricercatore principale per lo studio ai bambini di Lurie, co-direttore del programma dello sviluppo del sesso e del genere dei bambini di Lurie e professore della pediatria alla scuola di medicina di Feinberg di

Northwestern University. "Dobbiamo garantire che l'accesso a queste cure rimanga disponibile per i giovani con disforia di genere".

Raw Generic SYSTRAN

Studio: gli ormoni per affermare il genere migliorano la salute mentale nei giovani transessuali e non binari. Prove tratte dal più grande studio degli USA sull'impatto degli ormoni che sostengono il genere, con il maggior seguito possibile

I giovani transessuali e non binari hanno registrato un significativo miglioramento della congruenza dell'aspetto (o del grado di allineamento delle caratteristiche fisiche con il sesso) e un miglioramento costante della depressione e dell'ansia nel corso di due anni dall'inizio del trattamento con gli ormoni di riconoscimento del genere, in base a uno studio multicenter U.S. finanziato dagli istituti nazionali di sanità (NIH) e pubblicato nel New England Journal of Medicine.

"I nostri risultati forniscono forti prove scientifiche che il miglioramento della congruenza nell'aspetto secondario del trattamento ormonale è fortemente legato a migliori risultati sulla salute mentale nei giovani transessuali e non binari", ha dichiarato il capogruppo degli autori Diane Chen, dottorato di ricerca, psicologo pediatrico presso il Programma di sviluppo sesso e sesso all'ospedale pediatrico di Ann & Robert H. Lurie Children's Hospital di Chicago e professore associato alla Scuola di medicina della North Western University Feinberg. "Questo è critico, dato che i giovani transessuali vivono più depressione e ansia, e sono a rischio di suicidio più elevato rispetto ai giovani di sesso."

Molti adolescenti transessuali o non binari sperimentano disforia di genere, o la persistente sofferenza causata dalla discrepanza tra la loro identità di genere e l'aspetto fisico. Gli ormoni per l'affermazione del genere (testosterone o estradiolo) sono utilizzati come trattamento per favorire le caratteristiche del sesso secondario congruenti tra loro, quali lo sviluppo del seno o i capelli facciali.

"I risultati critici riportati dimostrano l'impatto psicologico positivo degli ormoni per l'affermazione del genere per il trattamento dei giovani con disforia di genere", ha dichiarato l'autore senior Johanna Olson-Kennedy, MD, direttore medico del Centro per la salute e lo sviluppo dei transgiovani all'ospedale pediatrico di Los Angeles. "In un panorama di disinformazione, speriamo che queste scoperte supportino l'uso di interventi medici tempestivi e adeguati per questo gruppo vulnerabile di adolescenti."

Tutti i centri che partecipano allo studio impiegano una squadra multidisciplinare, composta da fornitori di assistenza medica e psichica, che determinano in collaborazione se la disforia di genere è presente e se è appropriata un'assistenza medica che conferma il sesso. Per i minori è richiesto il consenso dei genitori per avviare un trattamento medico.

"I risultati positivi di questo studio di osservazione corrispondono all'esperienza clinica vissuta da esperti di salute mentale che, nei loro numerosi anni di assistenza per l'affermazione del genere, hanno ripetutamente appreso dai giovani stessi sulla loro salute mentale", ha dichiarato il coautore Diane Ehrensaft, PhD, direttore della Salute mentale presso il centro per minori e adulti di San Francisco e il professore di pediatria. "Man mano che prosegue lo studio longitudinale, siamo ansiosi di imparare di più da questa coorte di pazienti - tutti analizzati attentamente prima di iniziare il trattamento ormonale che conferma il sesso - sul loro cammino verso il futuro."

Lo studio, il più grande del suo tipo negli Stati Uniti, comprendeva 315 giovani transessuali e non binari di età compresa tra 12 e 20 anni. Le visite di studio si sono svolte ogni sei mesi per due anni dopo l'inizio del trattamento, che è il seguito più lungo indicato finora. I ricercatori hanno esaminato le misure relative alla congruenza dell'apparenza, alla depressione, all'ansia, agli effetti positivi e alla soddisfazione della vita. Hanno scoperto che, nel complesso, la congruenza dell'apparenza, l'effetto positivo e la soddisfazione della vita sono aumentate, mentre la depressione e i sintomi di ansia sono diminuiti. La congruenza dell'apparenza è stata associata a ciascun risultato psicosociale valutato alla base e durante il periodo di follow-up.

"I nostri risultati forniscono una solida base scientifica per affermare che l'assistenza di genere è fondamentale per il benessere psicologico dei nostri pazienti", ha affermato il coautore Robert Garofalo, MD, MPH, responsabile investigatore principale per lo studio di Lurie Children's, codirettore del programma Lurie Children's Genere and Sex Development Programme e professore di pediatria alla Scuola di Medicina della Northwestern University di Feinberg. "Dobbiamo garantire che l'accesso a queste cure rimanga disponibile per i giovani con disforia di genere".

Generic SYSTRAN + TM

Studio: gli ormoni affermativi di genere migliorano la salute mentale nei giovani transgender e non binari. Evidenza del più grande studio negli Stati Uniti sull'impatto degli ormoni di affermazione del genere, con il follow-up più lungo

I giovani transgender e non binari hanno sperimentato un miglioramento significativo nell'aspetto congruente (o il grado in cui le caratteristiche fisiche si allineano con il genere) e miglioramenti sostenuti nella depressione e nell'ansia nel corso di due anni dopo l'inizio del trattamento con ormoni di affermazione del genere, secondo uno studio multicentrico statunitense finanziato dal National Institutes of Health (NIH) e pubblicato nel New England Journal of Medicine.

"I nostri risultati forniscono solide prove scientifiche che una migliore congruenza dell'aspetto secondaria al trattamento ormonale è fortemente legata a migliori risultati di salute mentale nei giovani transgender e non binari," ha detto l'autore principale Diane Chen, PhD, psicologo pediatrico con il Gender and Sex Development Program presso Ann & Robert H. Lurie Children's Hospital di Chicago e professore associato presso la Northwestern University Feinberg School of Medicine. "Questo è critico, dato che i giovani transgender sperimentano più depressione e ansia, e sono ad un rischio più alto di suicidalità rispetto ai giovani cisgender".

Molti adolescenti transgender o non binari sperimentano disforia di genere, o lo stress persistente causato dalla discrepanza tra la loro identità di genere e l'aspetto fisico. Gli ormoni di affermazione del genere (testosterone o estradiolo) sono utilizzati come trattamento per favorire caratteristiche sessuali secondarie congruenti con il genere, come lo sviluppo del seno o i capelli facciali.

"I risultati critici che riportiamo dimostrano l'impatto psicologico positivo degli ormoni di affermazione del genere per il trattamento dei giovani con disforia di genere," ha detto l'autore senior Johanna Olson-Kennedy, MD, Direttore Medico del Centro per la Salute e lo Sviluppo della Transilvania presso l'ospedale pediatrico di Los Angeles. "In un panorama di disinformazione, speriamo che questi risultati supportino l'uso di interventi medici tempestivi e appropriati per questo gruppo vulnerabile di adolescenti".

Tutti i centri che partecipano allo studio impiegano un team multidisciplinare, che comprende fornitori di salute medica e mentale, che determina in collaborazione se è presente disforia di genere e le cure mediche che affermano il genere sono appropriate. Per i minori, il consenso dei genitori è necessario per iniziare il trattamento medico.

"I risultati positivi di questo studio osservazionale corrispondono all'esperienza clinica vissuta di esperti di salute mentale che, nei loro molti anni di fornire assistenza per l'affermazione del genere, hanno ripetutamente imparato dai giovani stessi sulla loro salute mentale," ha detto la co-autrice Diane Ehrensaft, PhD, Direttore della Salute Mentale presso l'UC San Francisco Child and Adolescent Gender Center, e Professore di Pediatria. "Con l'avanzare dello studio longitudinale, non vediamo l'ora di imparare di più da questa coorte di pazienti - che sono stati esaminati attentamente prima di iniziare il trattamento ormonale di affermazione del genere - sul loro viaggio in avanti."

Lo studio, il più grande del suo genere negli Stati Uniti, includeva 315 giovani transgender e non binari di età compresa tra i 12 e i 20 anni. Le visite di studio si sono verificate ogni sei mesi per due anni dopo l'inizio del trattamento, il follow-up più lungo finora riportato. I ricercatori hanno esaminato le misure di congruenza apparente, depressione, ansia, affetto positivo e soddisfazione della vita. Essi hanno riscontrato che, complessivamente, la congruenza dell'aspetto, l'effetto positivo e la soddisfazione della vita

aumentavano, mentre i sintomi di depressione e ansia diminuivano. La congruenza apparente è stata associata a ciascun esito psicosociale valutato al basale e durante il periodo di follow-up.

"I nostri risultati forniscono una solida base scientifica che le cure di affermazione del genere sono cruciali per il benessere psicologico dei nostri pazienti", ha detto il co-autore Robert Garofalo, MD, MPH, Principal Investigator per lo studio presso Lurie Children's, Co-direttore del programma di sviluppo sessuale e di genere dei bambini Lurie e professore di pediatria presso la Northwestern University Feinberg School of Medicine. "Dobbiamo garantire che l'accesso a queste cure rimanga a disposizione dei giovani con disforia di genere".

Medical SYSTRAN + TM

Studio: gli ormoni di affermazione del genere migliorano la salute mentale nei giovani transessuali e non binari. Evidenza tratta dal più grande studio condotto negli Stati Uniti sull'impatto degli ormoni di affermazione del genere, con un follow-up più lungo

I giovani transgender e non binari hanno sperimentato un miglioramento significativo nella congruenza dell'aspetto (o il grado in cui le caratteristiche fisiche si allineano con il genere) e miglioramenti sostenuti nella depressione e nell'ansia in due anni dopo l'inizio del trattamento con ormoni di affermazione del genere, secondo uno studio multicentrico statunitense finanziato dal National Institutes of Health (NIH) e pubblicato nel New England Journal of Medicine.

"I nostri risultati forniscono solide prove scientifiche che una migliore congruenza dell'aspetto secondaria al trattamento ormonale è fortemente legata a migliori risultati di salute mentale nei giovani transgender e non binari", ha detto la principale autrice Diane Chen, dottoressa di ricerca, psicologa pediatrica con il Gender and Sex Development Program presso Ann & Robert H. Lurie Children's Hospital di Chicago e professore associato presso la Northwestern University Feinberg School of Medicine. "Questo è fondamentale, dato che i giovani transessuali vivono più depressione e ansia, e sono ad un più alto rischio di suicidio rispetto ai giovani cisgender."

Molti adolescenti transgender o non binari sperimentano disforia di genere, o il persistente disagio causato dalla discrepanza tra la loro identità di genere e l'aspetto fisico. Gli ormoni di affermazione del genere (testosterone o estradiolo) sono utilizzati come trattamento per promuovere le caratteristiche sessuali secondarie di genere, come lo sviluppo della mammella o la peluria facciale.

"I risultati critici che riportiamo dimostrano l'impatto psicologico positivo degli ormoni di affermazione del genere per il trattamento dei giovani con disforia di genere," ha detto la scrittrice Johanna Olson-Kennedy, MD, direttore medico del Centro per la salute e lo sviluppo della Transilvania presso l'ospedale pediatrico di Los Angeles. "In mezzo a un panorama di disinformazione, speriamo che questi risultati supportino l'uso di interventi medici tempestivi e appropriati per questo vulnerabile gruppo di adolescenti."

Tutti i centri che partecipano allo studio impiegano un team multidisciplinare, che comprende medici e fornitori di salute mentale, che determina in modo collaborativo se è presente disforia di genere e se le cure mediche che affermano il genere sono appropriate. Per i minori, il consenso dei genitori è necessario per iniziare il trattamento medico.

"I risultati positivi di questo studio osservazionale corrispondono all'esperienza clinica vissuta di esperti di salute mentale che, nei loro molti anni di fornire assistenza per l'affermazione del genere, hanno ripetutamente imparato dai giovani stessi sulla loro salute mentale," ha detto la co-autrice Diane Ehrensaft, PhD, Direttore della Salute Mentale presso il Centro Bambini e Adolescenti di San Francisco, e Professore di Pediatria. "Con l'avanzare dello studio longitudinale, siamo impazienti di imparare di più da questa coorte di pazienti - che sono stati tutti attentamente analizzati prima di iniziare il trattamento ormonale di affermazione di genere - sul loro viaggio in avanti."

Lo studio, il più grande del suo genere negli Stati Uniti, includeva 315 giovani transgender e non binari di età compresa tra i 12 e i 20 anni. Le visite di studio si sono verificate ogni sei mesi per due anni dopo

l'inizio del trattamento, che è il follow-up più lungo finora riportato. I ricercatori hanno esaminato le misure di congruenza dell'aspetto, depressione, ansia, affettività positiva e soddisfazione della vita. Essi hanno riscontrato che, complessivamente, la congruenza dell'aspetto, l'effetto positivo e la soddisfazione della vita aumentano, mentre i sintomi di depressione e ansia diminuiscono. La congruenza apparente è stata associata a ciascun esito psicosociale valutato al basale e durante il periodo di follow-up.

"I nostri risultati forniscono una solida base scientifica sul fatto che le cure di affermazione del genere sono cruciali per il benessere psicologico dei nostri pazienti," ha affermato il co-autore Robert Garofalo, MD, MPH, investigatore principale per lo studio presso Lurie Children's, co-direttore del programma di sviluppo sessuale e del genere dei bambini di Lurie e professore di pediatria presso la Northwestern University Feinberg School of Medicine. "Dobbiamo garantire che l'accesso a queste cure rimanga aperto ai giovani con disforia di genere".

- Bauer, Greta, Scheim, Ayden, Navarro, Jose, Jacobsen, Kai, and Rutherford, Leo. 2023. Expert insight: Ontario telehealth cuts mean fewer trans, non-binary people will have access to life-saving health care. In *Western News*. <https://news.westernu.ca/2023/02/expert-insight-cuts-to-telehealth-in-ontario-mean-fewer-trans-and-non-binary-people-will-have-access-to-life-saving-health-care/> (accessed 04/02/2023)

Original

Expert insight: Ontario telehealth cuts mean fewer trans, non-binary people will have access to life-saving health care. Exemptions from funding cuts are needed to ensure trans and non-binary people can get medical care.

Amid a crumbling health-care system and rising transphobia, trans and non-binary people in Ontario are facing a new challenge: reduced access to gender-affirming care. Changes to how the Ontario government funds virtual health-care services have led to the closure of a key resource, the Connect-Clinic. The clinic provides vital health-care services, and its closure means fewer trans and non-binary people will get the life-saving medical care they need. Gender-affirming care providers should be exempt from these rate cuts to maintain trans and non-binary people's access to health-care services.

The Connect-Clinic is a specialized virtual clinic that provides gender-affirming care to trans and non-binary people across Ontario. The clinic provides hormone therapy and surgery referrals that many trans and non-binary people describe as life-saving. But the Connect-Clinic is now unable to provide virtual consultations because of recent changes to how doctors are paid for virtual appointments. When the COVID-19 pandemic began, doctors were paid the same amount for an appointment by video or phone call as they were for an in-person appointment. This allowed for greatly expanded access to virtual care across Ontario.

But as of Dec. 1, 2022, the Connect-Clinic can only bill \$20 for a video appointment and \$15 for a phone appointment. Previously, the Connect-Clinic could receive \$67 or more per appointment. The new reduced rates aren't enough to cover the specialized care that the Connect-Clinic provides. As a result, the clinic has paused appointments for their 1,500 patients and closed their waitlist of over 2,000 trans and non-binary individuals.

Gender-affirming care is essential to trans and non-binary people's health and well-being. Research has consistently found that gender-affirming medical care significantly improves the mental health and quality of life of trans and non-binary people. Based on a large survey of trans and non-binary people in Ontario, members of our Trans PULSE Canada research team found that having access to all desired gender-affirming medical care reduced suicidal ideation by 62 per cent.

Unfortunately, accessing gender-affirming care is difficult in Ontario. Services are provided through a patchwork of community health centres, hospital-based clinics and individual family physicians. Many

clinics are dealing with long waitlists and demand that far exceeds capacity. Our own research found that one-third of trans and non-binary people who need gender-affirming medical care were on a waitlist.

Virtual care can help bridge this gap. In 2020, our research team surveyed 820 trans and non-binary people in Canada. We found that 33 per cent of participants would prefer to access health care virtually rather than in-person once the COVID-19 pandemic was over. Participants living with anxiety or chronic health conditions were even more likely to prefer virtual care. Our participants emphasized the importance of flexibility in access to both in-person and virtual care.

The Connect-Clinic has helped thousands of trans and non-binary people across Ontario access gender-affirming care through virtual appointments. Their services are especially important for people living in rural and remote areas who do not have any gender-affirming care providers in their area. The closure of the Connect-Clinic has added even more stress to a health-care system facing already severe worker shortages and long wait times. Trans and non-binary people will suffer as a result. Even before the closure of the Connect-Clinic, trans and non-binary people in Ontario had a much harder time accessing health care than their cisgender (non-trans) peers. While all primary care providers are able to prescribe hormone therapy and refer patients to surgeons, gender-affirming care is rarely covered in medical education, and many family doctors do not feel confident or experienced enough to provide gender-affirming care. As a result, many trans and non-binary people turn to specialized clinics, such as the Connect-Clinic.

In 2019, we surveyed nearly 3,000 trans and non-binary people from across Canada. We found that only 55 per cent of participants from Ontario had a primary care provider with whom they were comfortable discussing their gender. Furthermore, 42 per cent of Ontario participants had at least one unmet health care need in the past year. In comparison, less than seven per cent of the general population said the same in 2019. The closure of the Connect-Clinic is likely to make accessing health care even harder for trans and non-binary people.

Other medical providers, such as those providing addiction medicine, were given an exemption from the physician services agreement. That exemption allows them to continue to be paid the same amount for virtual and in-person appointments. Considering the unique needs of trans and non-binary patients, gender-affirming care must be provided the same exemption. Addiction medicine and gender-affirming care both require specialized expertise and non-stigmatizing providers that are not always available to patients locally. Maintaining the previous billing rates for virtual visits is essential to enable the Connect-Clinic and other clinics to continue providing vital gender-affirming care for trans and non-binary people in Ontario.

Raw Google Translate

Opinione dell'esperto: i tagli alla telemedicina dell'Ontario significano che meno persone trans e non binarie avranno accesso all'assistenza sanitaria salvavita. Sono necessarie esenzioni dai tagli ai finanziamenti per garantire che le persone trans e non binarie possano ricevere assistenza medica.

Tra un sistema sanitario fatiscente e una crescente transfobia, le persone trans e non binarie in Ontario stanno affrontando una nuova sfida: un accesso ridotto alle cure che affermano il genere. Le modifiche al modo in cui il governo dell'Ontario finanzia i servizi di assistenza sanitaria virtuale hanno portato alla chiusura di una risorsa chiave, la Connect-Clinic. La clinica fornisce servizi sanitari vitali e la sua chiusura significa che meno persone trans e non binarie riceveranno le cure mediche salvavita di cui hanno bisogno. I fornitori di assistenza che affermano il genere dovrebbero essere esentati da questi tagli tariffari per mantenere l'accesso delle persone trans e non binarie ai servizi sanitari.

La Connect-Clinic è una clinica virtuale specializzata che fornisce cure che affermano il genere a persone trans e non binarie in tutto l'Ontario. La clinica fornisce terapie ormonali e interventi chirurgici che molte persone trans e non binarie descrivono come salvavita. Ma Connect-Clinic non è ora in grado di fornire consulenze virtuali a causa delle recenti modifiche al modo in cui i medici vengono pagati per gli appuntamenti virtuali. Quando è iniziata la pandemia di COVID-19, i medici ricevevano lo stesso importo per un appuntamento tramite videochiamata o telefonata che per un appuntamento di persona. Ciò ha consentito un accesso notevolmente ampliato all'assistenza virtuale in tutto l'Ontario.

Ma a partire dal 1 dicembre 2022, Connect-Clinic può fatturare solo \$ 20 per un appuntamento video e \$ 15 per un appuntamento telefonico. In precedenza, Connect-Clinic poteva ricevere \$ 67 o più per appuntamento. Le nuove tariffe ridotte non sono sufficienti a coprire le cure specialistiche fornite dalla Connect-Clinic. Di conseguenza, la clinica ha sospeso gli appuntamenti per i suoi 1.500 pazienti e ha chiuso la sua lista d'attesa di oltre 2.000 persone trans e non binarie.

L'assistenza che afferma il genere è essenziale per la salute e il benessere delle persone trans e non binarie. La ricerca ha costantemente scoperto che l'assistenza medica che afferma il genere migliora significativamente la salute mentale e la qualità della vita delle persone trans e non binarie. Sulla base di un ampio sondaggio tra persone trans e non binarie in Ontario, i membri del nostro team di ricerca Trans PULSE Canada hanno scoperto che l'accesso a tutte le cure mediche desiderate che affermano il genere ha ridotto l'ideazione suicidaria del 62%.

Sfortunatamente, l'accesso alle cure che affermano il genere è difficile in Ontario. I servizi sono forniti attraverso un mosaico di centri sanitari comunitari, cliniche ospedaliere e singoli medici di famiglia. Molte cliniche hanno a che fare con lunghe liste d'attesa e richieste che superano di gran lunga la capacità. La nostra ricerca ha rilevato che un terzo delle persone trans e non binarie che necessitano di cure mediche che affermino il genere erano in lista d'attesa.

L'assistenza virtuale può aiutare a colmare questa lacuna. Nel 2020, il nostro team di ricerca ha intervistato 820 persone trans e non binarie in Canada. Abbiamo scoperto che il 33% dei partecipanti preferirebbe accedere all'assistenza sanitaria virtualmente piuttosto che di persona una volta terminata la pandemia di COVID-19. I partecipanti che vivevano con ansia o condizioni di salute croniche erano ancora più propensi a preferire l'assistenza virtuale. I nostri partecipanti hanno sottolineato l'importanza della flessibilità nell'accesso all'assistenza sia di persona che virtuale.

La Connect-Clinic ha aiutato migliaia di persone trans e non binarie in tutto l'Ontario ad accedere a cure che affermano il genere attraverso appuntamenti virtuali. I loro servizi sono particolarmente importanti per le persone che vivono in aree rurali e remote che non hanno fornitori di assistenza che affermino il genere nella loro zona. La chiusura della Connect-Clinic ha aggiunto ancora più stress a un sistema sanitario che deve affrontare già gravi carenze di lavoratori e lunghi tempi di attesa. Le persone trans e non binarie ne soffriranno. Anche prima della chiusura della Connect-Clinic, le persone trans e non binarie in Ontario avevano molto più difficoltà ad accedere all'assistenza sanitaria rispetto ai loro coetanei cisgender (non trans). Sebbene tutti i fornitori di cure primarie siano in grado di prescrivere la terapia ormonale e indirizzare i pazienti ai chirurghi, l'assistenza che afferma il genere è raramente coperta dall'educazione medica e molti medici di famiglia non si sentono abbastanza sicuri o esperti per fornire cure che affermano il genere. Di conseguenza, molte persone trans e non binarie si rivolgono a cliniche specializzate, come la Connect-Clinic.

Nel 2019, abbiamo intervistato quasi 3.000 persone trans e non binarie provenienti da tutto il Canada. Abbiamo scoperto che solo il 55% dei partecipanti dell'Ontario aveva un fornitore di cure primarie con cui si sentiva a proprio agio nel discutere del proprio genere. Inoltre, il 42% dei partecipanti dell'Ontario ha avuto almeno un'esigenza sanitaria insoddisfatta nell'ultimo anno. In confronto, meno del sette per cento della popolazione generale ha detto lo stesso nel 2019. È probabile che la chiusura della Connect-Clinic renda ancora più difficile l'accesso all'assistenza sanitaria per le persone trans e non binarie.

Altri fornitori di servizi medici, come quelli che forniscono farmaci per le dipendenze, hanno ricevuto un'esenzione dall'accordo sui servizi medici. Tale esenzione consente loro di continuare a ricevere lo stesso importo per gli appuntamenti virtuali e di persona. Considerando le esigenze uniche dei pazienti trans e non binari, l'assistenza che afferma il genere deve ricevere la stessa esenzione. La medicina delle dipendenze e le cure che affermano il genere richiedono entrambe competenze specializzate e fornitori non stigmatizzanti che non sono sempre disponibili per i pazienti a livello locale. Mantenere le precedenti tariffe di fatturazione per le visite virtuali è essenziale per consentire alla Connect-Clinic e ad altre cliniche di continuare a fornire cure vitali che affermano il genere per le persone trans e non binarie in Ontario.

Raw DeepL Translator

L'opinione degli esperti: I tagli alla teleassistenza in Ontario significano che meno persone trans e non binarie avranno accesso a cure mediche salvavita. Le esenzioni dai tagli ai finanziamenti sono necessarie per garantire alle persone trans e non binarie l'accesso alle cure mediche.

In un sistema sanitario fatiscente e in un clima di crescente transfobia, le persone trans e non binarie dell'Ontario si trovano ad affrontare una nuova sfida: la riduzione dell'accesso alle cure per l'affermazione del proprio genere. Le modifiche alle modalità di finanziamento dei servizi sanitari virtuali da parte del governo dell'Ontario hanno portato alla chiusura di una risorsa chiave, la Connect-Clinic. La clinica fornisce servizi sanitari di vitale importanza e la sua chiusura significa che meno persone trans e non binarie riceveranno le cure mediche salvavita di cui hanno bisogno. I fornitori di cure a conferma del genere dovrebbero essere esentati da questi tagli alle tariffe per mantenere l'accesso delle persone trans e non binarie ai servizi sanitari.

La Connect-Clinic è una clinica virtuale specializzata che fornisce assistenza alle persone trans e non binarie in tutto l'Ontario. La clinica fornisce terapie ormonali e interventi chirurgici che molte persone trans e non binarie definiscono salvavita. Ma la Connect-Clinic non è ora in grado di fornire consultazioni virtuali a causa di recenti modifiche alle modalità di pagamento dei medici per gli appuntamenti virtuali. Quando è iniziata la pandemia COVID-19, i medici venivano pagati per un appuntamento tramite video o telefonata allo stesso modo di un appuntamento di persona. Ciò ha permesso di ampliare notevolmente l'accesso alle cure virtuali in tutto l'Ontario.

Ma a partire dal 1° dicembre 2022, la Connect-Clinic potrà fatturare solo 20 dollari per un appuntamento video e 15 dollari per un appuntamento telefonico. In precedenza, la Connect-Clinic poteva ricevere 67 dollari o più per appuntamento. Le nuove tariffe ridotte non sono sufficienti a coprire le cure specialistiche fornite dalla Connect-Clinic. Di conseguenza, la clinica ha sospeso gli appuntamenti per i suoi 1.500 pazienti e ha chiuso la sua lista d'attesa di oltre 2.000 persone trans e non binarie.

L'assistenza di genere è essenziale per la salute e il benessere delle persone trans e non binarie. Le ricerche hanno costantemente dimostrato che le cure mediche che confermano il genere migliorano significativamente la salute mentale e la qualità della vita delle persone trans e non binarie. Sulla base di un'ampia indagine condotta su persone trans e non binarie dell'Ontario, i membri del nostro team di ricerca Trans PULSE Canada hanno scoperto che l'accesso a tutte le cure mediche di conferma del genere desiderate riduce del 62% l'ideazione di suicidio.

Purtroppo, l'accesso alle cure per l'affermazione di genere è difficile in Ontario. I servizi sono forniti attraverso un mosaico di centri sanitari comunitari, cliniche ospedaliere e singoli medici di famiglia. Molte cliniche devono fare i conti con lunghe liste d'attesa e una domanda che supera di gran lunga la capacità. La nostra ricerca ha rilevato che un terzo delle persone trans e non binarie che necessitano di cure mediche di conferma del genere sono in lista d'attesa.

L'assistenza virtuale può aiutare a colmare questo divario. Nel 2020, il nostro team di ricerca ha intervistato 820 persone trans e non binarie in Canada. Abbiamo scoperto che il 33% dei partecipanti avrebbe preferito accedere all'assistenza sanitaria virtualmente piuttosto che di persona, una volta terminata la pandemia COVID-19. I partecipanti che vivono in condizioni di ansia o di salute cronica erano ancora più propensi a preferire l'assistenza virtuale. I nostri partecipanti hanno sottolineato l'importanza della flessibilità nell'accesso all'assistenza sia di persona che virtuale.

La Connect-Clinic ha aiutato migliaia di persone trans e non binarie in tutto l'Ontario ad accedere a cure di conferma del proprio genere attraverso appuntamenti virtuali. I loro servizi sono particolarmente importanti per le persone che vivono in aree rurali e remote e che non hanno fornitori di cure per l'affermazione del genere nella loro zona. La chiusura della Connect-Clinic ha aggiunto ulteriore stress a un sistema sanitario che deve affrontare una già grave carenza di personale e lunghi tempi di attesa. Le persone trans e non binarie ne risentiranno. Anche prima della chiusura del Connect-Clinic, le persone trans e non binarie in Ontario avevano difficoltà ad accedere all'assistenza sanitaria rispetto ai loro coetanei cisgender (non trans). Mentre tutti i fornitori di cure primarie sono in grado di prescrivere terapie ormonali e di indirizzare i pazienti a chirurghi, le cure per l'affermazione del genere sono raramente trattate nella formazione medica

e molti medici di famiglia non si sentono abbastanza sicuri o esperti per fornire cure per l'affermazione del genere. Di conseguenza, molte persone trans e non binarie si rivolgono a cliniche specializzate, come la Connect-Clinic.

Nel 2019 abbiamo intervistato quasi 3.000 persone trans e non binarie di tutto il Canada. Abbiamo scoperto che solo il 55% dei partecipanti dell'Ontario aveva un fornitore di cure primarie con cui si sentiva a proprio agio nel parlare del proprio genere. Inoltre, il 42% dei partecipanti dell'Ontario ha avuto almeno un bisogno di assistenza sanitaria non soddisfatto nell'ultimo anno. In confronto, meno del sette per cento della popolazione generale ha detto lo stesso nel 2019. La chiusura della Connect-Clinic renderà probabilmente ancora più difficile l'accesso all'assistenza sanitaria per le persone trans e non binarie.

Ad altri medici, come quelli che si occupano di medicina delle dipendenze, è stata concessa un'esenzione dall'accordo sui servizi medici. Tale esenzione consente loro di continuare a essere pagati allo stesso modo per gli appuntamenti virtuali e di persona. Considerando le esigenze uniche dei pazienti trans e non-binari, le cure per l'affermazione del genere devono godere della stessa esenzione. La medicina delle dipendenze e le cure per l'affermazione di genere richiedono entrambe competenze specialistiche e fornitori non stigmatizzanti che non sono sempre disponibili per i pazienti a livello locale. Il mantenimento delle precedenti tariffe di fatturazione per le visite virtuali è essenziale per consentire alla Connect-Clinic e ad altre cliniche di continuare a fornire cure di conferma del genere alle persone trans e non binarie dell'Ontario.

Raw Language Weaver

La conoscenza degli esperti: I tagli alla salute in Ontario significano meno persone trans e non binary avranno accesso all'assistenza sanitaria salvavita. Sono necessarie deroghe ai tagli ai finanziamenti per garantire che le persone trans e non binarie possano ricevere cure mediche.

In mezzo a un sistema sanitario in via di sgretolamento e a una crescente transfobia, le persone trans e non binarie in Ontario si trovano ad affrontare una nuova sfida: Ridurre l'accesso alle cure per il rispetto del genere. Le modifiche apportate al modo in cui il governo dell'Ontario finanzia i servizi sanitari virtuali hanno portato alla chiusura di una risorsa chiave, la Connect-Clinic. La clinica fornisce servizi sanitari vitali, e la sua chiusura significa che meno persone trans e non binarie otterranno le cure mediche salvavita di cui hanno bisogno. Gli operatori sanitari che sostengono il genere dovrebbero essere esentati da questi tagli delle aliquote per mantenere l'accesso delle persone trans e non binarie ai servizi sanitari.

La Connect-Clinic è una clinica virtuale specializzata che fornisce assistenza di genere a persone trans e non binary in tutta l'Ontario. La clinica fornisce la terapia ormonale e i rinvii chirurgici che molte persone trans e non-binary descrivono come salvavita. Ma la Connect-Clinic non è ora in grado di fornire consultazioni virtuali a causa delle recenti modifiche alle modalità di pagamento degli appuntamenti virtuali da parte dei medici. Quando è iniziata la pandemia COVID-19, i medici sono stati pagati lo stesso importo per un appuntamento tramite videochiamata o telefonata come per un appuntamento di persona. Ciò ha consentito un accesso notevolmente esteso alle cure virtuali in tutto l'Ontario.

Ma a partire dal 1 dicembre 2022, Connect-Clinic può fatturare solo \$20 dollari per un appuntamento video e \$15 dollari per un appuntamento telefonico. In precedenza, Connect-Clinic poteva ricevere \$67 o più per appuntamento. Le nuove aliquote ridotte non sono sufficienti a coprire le cure specialistiche fornite da Connect-Clinic. Di conseguenza, la clinica ha messo in pausa gli appuntamenti per i loro 1.500 pazienti e ha chiuso la lista d'attesa di oltre 2.000 individui trans e non-binary.

Un'assistenza che affermi il genere è essenziale per la salute e il benessere delle persone trans e non binarie. La ricerca ha costantemente trovato che l'assistenza medica di genere-afferming migliora significativamente la salute mentale e la qualità di vita delle persone trans e non-binary. Sulla base di un ampio sondaggio di persone trans e non-binary in Ontario, i membri del nostro team di ricerca Trans PULSE Canada hanno scoperto che avere accesso a tutte le cure mediche desiderate per affermare il sesso ha ridotto l'ideazione suicida del 62 per cento.

Purtroppo, in Ontario è difficile accedere a cure per il rispetto del genere. I servizi sono forniti attraverso un mosaico di centri sanitari di comunità, cliniche ospedaliere e singoli medici di famiglia. Molte cliniche hanno a che fare con lunghe liste d'attesa e la domanda che supera di gran lunga la capacità. La nostra ricerca ha scoperto che un terzo delle persone trans e non binary che hanno bisogno di cure mediche di affermazione del genere erano in lista d'attesa.

La cura virtuale può aiutare a colmare questo divario. Nel 2020, il nostro team di ricerca ha intervistato 820 persone trans e non binary in Canada. Abbiamo scoperto che il 33 per cento dei partecipanti preferirebbe accedere all'assistenza sanitaria virtualmente piuttosto che di persona una volta terminata la pandemia COVID-19. I partecipanti che vivevano con ansia o condizioni di salute croniche erano ancora più propensi a preferire l'assistenza virtuale. I nostri partecipanti hanno sottolineato l'importanza della flessibilità nell'accesso all'assistenza di persona e virtuale.

La Connect-Clinic ha aiutato migliaia di persone trans e non binary in Ontario ad accedere a cure di genere attraverso appuntamenti virtuali. I loro servizi sono particolarmente importanti per le persone che vivono in aree rurali e remote e che non hanno alcun fornitore di assistenza di genere nella loro zona. La chiusura di Connect-Clinic ha aggiunto ancora più stress a un sistema sanitario che si trova ad affrontare già gravi carenze di lavoratori e lunghi tempi di attesa. Le persone trans e non-binary soffriranno di conseguenza. Anche prima della chiusura della Connect-Clinic, le persone trans e non-binary in Ontario hanno avuto un tempo molto più difficile accedere all'assistenza sanitaria rispetto ai loro cisgender (non-trans) coetanei. Mentre tutti i fornitori di assistenza primaria sono in grado di prescrivere la terapia ormonale e di indirizzare i pazienti ai chirurghi, l'assistenza per l'affermazione del sesso è raramente coperta nell'educazione medica, e molti medici di famiglia non si sentono sicuri o con sufficiente esperienza per fornire assistenza per l'affermazione del sesso. Di conseguenza, molte persone trans e non binarie si rivolgono a cliniche specializzate, come la Connect-Clinic.

Nel 2019, abbiamo intervistato circa 3.000 persone trans e non binary provenienti da tutto il Canada. Abbiamo scoperto che solo il 55 per cento dei partecipanti dell'Ontario aveva un fornitore di cure primarie con il quale si sentivano a proprio agio a discutere del loro sesso. Inoltre, il 42 per cento dei partecipanti all'Ontario ha avuto almeno un bisogno di assistenza sanitaria insoddisfatto nell'ultimo anno. In confronto, meno del sette per cento della popolazione generale ha detto lo stesso nel 2019. La chiusura della Connect-Clinic è probabile che renda ancora più difficile l'accesso all'assistenza sanitaria per le persone trans e non binary.

Ad altri fornitori di servizi medici, come quelli che forniscono medicinali per tossicodipendenza, è stata concessa un'esenzione dall'accordo sui servizi medici. Tale esenzione consente loro di continuare a pagare lo stesso importo per gli appuntamenti virtuali e di persona. In considerazione delle esigenze uniche dei pazienti trans e non binari, le cure per il rispetto del sesso devono essere fornite con la stessa esenzione. La medicina della dipendenza e l'assistenza di genere richiedono sia una competenza specializzata che fornitori non stigmatizzanti che non sono sempre disponibili per i pazienti a livello locale. Mantenere le precedenti tariffe di fatturazione per le visite virtuali è essenziale per consentire a Connect-Clinic e ad altre cliniche di continuare a fornire assistenza di genere vitale per le persone trans e non binary in Ontario.

DeepL Translator + Glossary

L'opinione degli esperti: I tagli alla teleassistenza in Ontario significano che meno persone trans e di genere non binario avranno accesso a cure mediche salvavita. Le esenzioni dai tagli ai finanziamenti sono necessarie per garantire alle persone trans e di genere non binario l'accesso alle cure mediche.

In un sistema sanitario in crisi e in un clima di crescente transfobia, le persone trans e di genere non binario dell'Ontario si trovano ad affrontare una nuova sfida: la riduzione dell'accesso alle cure per l'affermazione di genere. Le modifiche alle modalità di finanziamento dei servizi sanitari virtuali da parte del governo dell'Ontario hanno portato alla chiusura di una risorsa chiave, la Connect-Clinic. La clinica fornisce servizi sanitari vitali e la sua chiusura significa che meno persone trans e di genere non binario potranno ricevere le cure mediche salvavita di cui hanno bisogno. I fornitori di cure per l'affermazione di genere dovrebbero

essere esentati da questi tagli alle tariffe per mantenere l'accesso delle persone trans e di genere non binario ai servizi sanitari.

La Connect-Clinic è una clinica virtuale specializzata che fornisce cure per l'affermazione di genere a persone trans e di genere non binario in tutto l'Ontario. La clinica fornisce terapie ormonali e interventi chirurgici che molte persone trans e di genere non binario descrivono come salvavita. Ma la Connect-Clinic non è ora in grado di fornire consultazioni virtuali a causa di recenti modifiche alle modalità di pagamento dei medici per gli appuntamenti virtuali. Quando è iniziata la pandemia COVID-19, i medici venivano pagati per un appuntamento tramite video o telefonata allo stesso modo di un appuntamento di persona. Ciò ha permesso di ampliare notevolmente l'accesso alle cure virtuali in tutto l'Ontario.

Ma a partire dal 1° dicembre 2022, la Connect-Clinic potrà fatturare solo 20 dollari per un appuntamento video e 15 dollari per un appuntamento telefonico. In precedenza, la Connect-Clinic poteva ricevere 67 dollari o più per appuntamento. Le nuove tariffe ridotte non sono sufficienti a coprire le cure specialistiche fornite dalla Connect-Clinic. Di conseguenza, la clinica ha sospeso gli appuntamenti per le sue 1.500 persone in cura e ha chiuso la sua lista d'attesa di oltre 2.000 persone trans e di genere non binario.

Le cure per l'affermazione di genere sono essenziali per la salute e il benessere delle persone trans e di genere non binario. Le ricerche hanno costantemente dimostrato che le cure mediche per l'affermazione di genere migliorano significativamente la salute mentale e la qualità della vita delle persone trans e di genere non binario. Sulla base di un'ampia indagine condotta su persone trans e di genere non binario in Ontario, i membri del nostro team di ricerca Trans PULSE Canada hanno scoperto che l'accesso a tutte le cure mediche per l'affermazione di genere desiderate riduce del 62% l'ideazione di suicidio.

Purtroppo, l'accesso alle cure per l'affermazione di genere è difficile in Ontario. I servizi sono forniti attraverso un mosaico di centri sanitari comunitari, cliniche ospedaliere e singoli medici di famiglia. Molte cliniche devono fare i conti con lunghe liste d'attesa e una domanda che supera di gran lunga la capacità. La nostra ricerca ha rilevato che un terzo delle persone trans e di genere non binario che hanno bisogno di cure mediche per l'affermazione di genere sono in lista d'attesa.

L'assistenza virtuale può aiutare a colmare questo divario. Nel 2020, il nostro team di ricerca ha intervistato 820 persone trans e di genere non binario in Canada. Abbiamo scoperto che il 33% dei partecipanti avrebbe preferito accedere all'assistenza sanitaria virtualmente piuttosto che di persona, una volta terminata la pandemia COVID-19. I partecipanti che vivono in condizioni di ansia o di salute cronica erano ancora più propensi a preferire l'assistenza virtuale. I nostri partecipanti hanno sottolineato l'importanza della flessibilità nell'accesso all'assistenza sia di persona che virtuale.

La Connect-Clinic ha aiutato migliaia di persone trans e di genere non binario in tutto l'Ontario ad accedere a cure per l'affermazione di genere attraverso appuntamenti virtuali. I loro servizi sono particolarmente importanti per le persone che vivono in aree rurali e remote e che non hanno fornitori di cure per l'affermazione di genere nella loro zona. La chiusura della Connect-Clinic ha aggiunto ulteriore stress a un sistema sanitario che deve affrontare una già grave carenza di personale e lunghi tempi di attesa. Le persone trans e di genere non binario ne risentiranno. Anche prima della chiusura del Connect-Clinic, le persone trans e di genere non binario in Ontario avevano difficoltà ad accedere all'assistenza sanitaria rispetto ai loro coetanei cisgender (non trans). Mentre tutti i fornitori di cure primarie sono in grado di prescrivere terapie ormonali e di indirizzare le persone in cura da chirurghi, le cure per l'affermazione di genere sono raramente trattate nella formazione medica e molti medici di famiglia non si sentono abbastanza sicuri o esperti per fornire cure per l'affermazione di genere. Di conseguenza, molte persone trans e di genere non binario si rivolgono a cliniche specializzate, come la Connect-Clinic.

Nel 2019 abbiamo intervistato quasi 3.000 persone trans e di genere non binario di tutto il Canada. Abbiamo scoperto che solo il 55% dei partecipanti dell'Ontario aveva un fornitore di cure primarie con cui si sentiva a proprio agio a parlare del proprio genere. Inoltre, il 42% dei partecipanti dell'Ontario ha avuto almeno un bisogno di assistenza sanitaria non soddisfatto nell'ultimo anno. In confronto, meno del sette per cento della popolazione generale ha detto lo stesso nel 2019. La chiusura della Connect-Clinic renderà probabilmente ancora più difficile l'accesso all'assistenza sanitaria per le persone trans e di genere non binario.

Ad altri medici, come quelli che si occupano di medicina delle dipendenze, è stata concessa un'esenzione dall'accordo sui servizi medici. Tale esenzione consente loro di continuare a essere pagati allo stesso modo per gli appuntamenti virtuali e di persona. Considerando le esigenze uniche delle persone trans e di genere non binario, le cure per l'affermazione di genere devono godere della stessa esenzione. La medicina delle dipendenze e le cure per l'affermazione di genere richiedono entrambe competenze specialistiche e fornitori non stigmatizzanti che non sempre sono disponibili per le persone in cura a livello locale. Il mantenimento delle precedenti tariffe di fatturazione per le visite virtuali è essenziale per consentire alla Connect-Clinic e ad altre cliniche di continuare a fornire cure vitali per l'affermazione di genere alle persone trans e di genere non binario in Ontario.

Language Weaver + Dictionary

La conoscenza degli esperti: I tagli alla telesalvità in Ontario significano meno persona trans, le persone di genere non binario avranno accesso all'assistenza sanitaria salvavita. Sono necessarie esenzioni dai tagli ai finanziamenti per garantire che le persone persona trans e di genere non binario possano ricevere cure mediche.

In mezzo a un sistema sanitario fatiscente e a una crescente transfobia, le persone di persona trans e di genere non binario in Ontario stanno affrontando una nuova sfida: Un accesso ridotto alle cure per l'affermazione di genere. Le modifiche apportate al modo in cui il governo dell'Ontario finanzia i servizi sanitari virtuali hanno portato alla chiusura di una risorsa chiave, la Connect-Clinic. La clinica fornisce servizi sanitari vitali, e la sua chiusura significa che meno persone persona trans e di genere non binario otterranno le cure mediche salvavita di cui hanno bisogno. Gli operatori sanitari di per l'affermazione di genere dovrebbero essere esenti da questi tagli delle aliquote per mantenere l'accesso dei cittadini di persona trans e di genere non binario ai servizi sanitari.

La Connect-Clinic è una clinica virtuale specializzata che fornisce assistenza per l'affermazione di genere alle persone di persona trans e di genere non binario in tutto l'Ontario. La clinica fornisce la terapia ormonale e i rinvii chirurgici che molte persone di persona trans e di genere non binario descrivono come salvavita. Ma la Connect-Clinic non è ora in grado di fornire consultazioni virtuali a causa delle recenti modifiche alle modalità di pagamento degli appuntamenti virtuali da parte dei medici. Quando è iniziata la pandemia COVID-19, i medici sono stati pagati lo stesso importo per un appuntamento tramite videochiamata o telefonata come per un appuntamento di persona. Ciò ha consentito un accesso notevolmente esteso alle cure virtuali in tutto l'Ontario.

Ma a partire dal 1 dicembre 2022, Connect-Clinic può fatturare solo \$20 dollari per un appuntamento video e \$15 dollari per un appuntamento telefonico. In precedenza, Connect-Clinic poteva ricevere \$67 o più per appuntamento. Le nuove aliquote ridotte non sono sufficienti a coprire le cure specialistiche fornite da Connect-Clinic. Di conseguenza, la clinica ha messo in pausa gli appuntamenti per i loro 1.500 pazienti e ha chiuso la lista d'attesa di oltre 2.000 individui persona trans e di genere non binario.

La cura di per l'affermazione di genere è essenziale per la salute e il benessere delle persone in persona trans e di genere non binario. La ricerca ha costantemente scoperto che l'assistenza medica per l'affermazione di genere migliora significativamente la salute mentale e la qualità della vita delle persone persona trans e di genere non binario. Sulla base di un ampio sondaggio condotto su persone di persona trans e di genere non binario in Ontario, i membri del nostro team di ricerca di persona trans PULSE Canada hanno scoperto che avere accesso a tutte le cure mediche per l'affermazione di genere desiderate ha ridotto l'ideazione suicida del 62%.

Purtroppo, accedere a per l'affermazione di genere Care è difficile in Ontario. I servizi sono forniti attraverso un mosaico di centri sanitari di comunità, cliniche ospedaliere e singoli medici di famiglia. Molte cliniche hanno a che fare con lunghe liste d'attesa e la domanda che supera di gran lunga la capacità. La nostra ricerca ha scoperto che un terzo delle persone di persona trans e di genere non binario che hanno bisogno di cure mediche per l'affermazione di genere erano in lista d'attesa.

La cura virtuale può aiutare a colmare questo divario. Nel 2020, il nostro team di ricerca ha condotto un sondaggio su 820 persone trans e di genere non binario in Canada. Abbiamo scoperto che il 33 per cento dei partecipanti preferirebbe accedere all'assistenza sanitaria virtualmente piuttosto che di persona una volta terminata la pandemia COVID-19. I partecipanti che vivevano con ansia o condizioni di salute croniche erano ancora più propensi a preferire l'assistenza virtuale. I nostri partecipanti hanno sottolineato l'importanza della flessibilità nell'accesso all'assistenza di persona e virtuale.

La Connect-Clinic ha aiutato migliaia di persone di persona trans e di genere non binario in tutto l'Ontario ad accedere alle cure di per l'affermazione di genere attraverso appuntamenti virtuali. I loro servizi sono particolarmente importanti per le persone che vivono in aree rurali e remote che non hanno alcun fornitore di assistenza per l'affermazione di genere nella loro zona. La chiusura di Connect-Clinic ha aggiunto ancora più stress a un sistema sanitario che si trova ad affrontare già gravi carenze di lavoratori e lunghi tempi di attesa. Le persone di persona trans e di genere non binario ne soffriranno di conseguenza. Anche prima della chiusura della Connect-Clinic, le persone di persona trans e di genere non binario in Ontario hanno avuto un tempo molto più difficile accedere all'assistenza sanitaria rispetto ai loro cisgender (non trans) coetanei. Mentre tutti i fornitori di assistenza primaria sono in grado di prescrivere la terapia ormonale e di indirizzare i pazienti ai chirurghi, l'assistenza per l'affermazione di genere è raramente coperta nell'educazione medica, e molti medici di famiglia non si sentono sicuri o con sufficiente esperienza per fornire assistenza per l'affermazione di genere. Di conseguenza, molte persone di persona trans e di genere non binario si rivolgono a cliniche specializzate, come la Connect-Clinic.

Nel 2019, abbiamo condotto un sondaggio su circa 3.000 persone provenienti da persona trans e di genere non binario provenienti da tutto il Canada. Abbiamo scoperto che solo il 55 per cento dei partecipanti dell'Ontario aveva un fornitore di cure primarie con il quale si sentivano a proprio agio a discutere del loro sesso. Inoltre, il 42 per cento dei partecipanti all'Ontario ha avuto almeno un bisogno di assistenza sanitaria insoddisfatto nell'ultimo anno. In confronto, meno del sette per cento della popolazione generale ha detto lo stesso nel 2019. La chiusura della Connect-Clinic renderà molto più difficile l'accesso all'assistenza sanitaria per le persone trans e di genere non binario.

Ad altri fornitori di servizi medici, come quelli che forniscono medicinali per tossicodipendenza, è stata concessa un'esenzione dall'accordo sui servizi medici. Tale esenzione consente loro di continuare a pagare lo stesso importo per gli appuntamenti virtuali e di persona. Considerando le esigenze specifiche dei pazienti con persona trans e di genere non binario, è necessario concedere la stessa esenzione per l'affermazione di genere. La medicina della dipendenza e la cura di per l'affermazione di genere entrambi richiedono l'esperienza specializzata e fornitori non stigmatizzanti che non sono sempre disponibili per i pazienti a livello locale. Mantenere le precedenti tariffe di fatturazione per le visite virtuali è essenziale per consentire alla Connect-Clinic e ad altre cliniche di continuare a fornire assistenza per l'affermazione di genere vitale per le persone trans e di genere non binario in Ontario.

Raw ModernMT

Intuizione degli esperti: i tagli alla telemedicina in Ontario significano che meno persone trans, non binarie, avranno accesso all'assistenza sanitaria salvavita. Sono necessarie esenzioni dai tagli ai finanziamenti per garantire che le persone trans e non binarie possano ottenere cure mediche.

In mezzo a un sistema sanitario fatiscente e alla crescente transfobia, le persone trans e non binarie in Ontario si trovano ad affrontare una nuova sfida: ridurre l'accesso alle cure che affermano il genere. Le modifiche al modo in cui il governo dell'Ontario finanzia i servizi sanitari virtuali hanno portato alla chiusura di una risorsa chiave, il Connect-Clinic. La clinica fornisce servizi sanitari vitali e la sua chiusura significa che meno persone trans e non binarie riceveranno le cure mediche salvavita di cui hanno bisogno. I fornitori di assistenza che affermano il genere dovrebbero essere esentati da questi tagli dei tassi per mantenere l'accesso delle persone trans e non binarie ai servizi sanitari.

Connect-Clinic è una clinica virtuale specializzata che fornisce assistenza per l'affermazione del genere a persone trans e non binarie in tutto l'Ontario. La clinica fornisce terapia ormonale e rinvii chirurgici che molte persone trans e non binarie descrivono come salvavita. Ma il Connect-Clinic non è ora in grado di

fornire consulenze virtuali a causa delle recenti modifiche al modo in cui i medici sono pagati per gli appuntamenti virtuali. Quando è iniziata la pandemia di COVID-19, i medici sono stati pagati lo stesso importo per un appuntamento tramite video o telefonata come lo erano per un appuntamento di persona. Ciò ha permesso un accesso notevolmente ampliato alle cure virtuali in tutto l'Ontario.

Ma a partire dal 1 ° dicembre 2022, Connect-Clinic può fatturare solo \$20 per un appuntamento video e \$15 per un appuntamento telefonico. In precedenza, il Connect-Clinic poteva ricevere \$67 o più per appuntamento. Le nuove tariffe ridotte non sono sufficienti per coprire le cure specialistiche fornite da Connect-Clinic. Di conseguenza, la clinica ha sospeso gli appuntamenti per i loro 1.500 pazienti e ha chiuso la lista d'attesa di oltre 2.000 individui trans e non binari.

L'assistenza che afferma il genere è essenziale per la salute e il benessere delle persone trans e non binarie. La ricerca ha costantemente scoperto che l'assistenza medica che afferma il genere migliora significativamente la salute mentale e la qualità della vita delle persone trans e non binarie. Sulla base di un ampio sondaggio su persone trans e non binarie in Ontario, i membri del nostro team di ricerca Trans PULSE Canada hanno scoperto che avere accesso a tutte le cure mediche di genere desiderate ha ridotto l'ideazione suicidaria del 62%.

Sfortunatamente, l'accesso alle cure per l'affermazione del genere è difficile in Ontario. I servizi sono forniti attraverso un mosaico di centri sanitari comunitari, cliniche ospedaliere e singoli medici di famiglia. Molte cliniche hanno a che fare con lunghe liste d'attesa e richiedono che superino di gran lunga la capacità. La nostra ricerca ha rilevato che un terzo delle persone trans e non binarie che hanno bisogno di cure mediche che affermino il genere erano in lista d'attesa.

L'assistenza virtuale può aiutare a colmare questa lacuna. Nel 2020, il nostro team di ricerca ha intervistato 820 persone trans e non binarie in Canada. Abbiamo scoperto che il 33% dei partecipanti preferirebbe accedere all'assistenza sanitaria virtualmente piuttosto che di persona una volta terminata la pandemia di COVID-19. I partecipanti che vivono con ansia o condizioni di salute croniche erano ancora più propensi a preferire l'assistenza virtuale. I nostri partecipanti hanno sottolineato l'importanza della flessibilità nell'accesso alle cure sia di persona che virtuali.

Il Connect-Clinic ha aiutato migliaia di persone trans e non binarie in tutto l'Ontario ad accedere alle cure per l'affermazione del genere attraverso appuntamenti virtuali. I loro servizi sono particolarmente importanti per le persone che vivono in aree rurali e remote che non hanno alcun fornitore di assistenza che affermi il genere nella loro zona. La chiusura del Connect-Clinic ha aggiunto ancora più stress a un sistema sanitario che affronta già gravi carenze di lavoratori e lunghi tempi di attesa. Le persone trans e non binarie soffriranno di conseguenza. Anche prima della chiusura del Connect-Clinic, le persone trans e non binarie in Ontario hanno avuto molte più difficoltà ad accedere all'assistenza sanitaria rispetto ai loro coetanei cisgender (non trans). Mentre tutti i fornitori di cure primarie sono in grado di prescrivere la terapia ormonale e indirizzare i pazienti ai chirurghi, l'assistenza per l'affermazione del genere è raramente coperta dall'educazione medica e molti medici di famiglia non si sentono abbastanza sicuri o esperti per fornire assistenza per l'affermazione del genere. Di conseguenza, molte persone trans e non binarie si rivolgono a cliniche specializzate, come la Connect-Clinic.

Nel 2019, abbiamo intervistato quasi 3.000 persone trans e non binarie provenienti da tutto il Canada. Abbiamo scoperto che solo il 55% dei partecipanti dell'Ontario aveva un fornitore di cure primarie con cui si sentivano a proprio agio nel discutere del proprio genere. Inoltre, il 42% dei partecipanti dell'Ontario ha avuto almeno un bisogno di assistenza sanitaria insoddisfatto nell'ultimo anno. In confronto, meno del 7% della popolazione generale ha affermato lo stesso nel 2019. La chiusura del Connect-Clinic rischia di rendere l'accesso all'assistenza sanitaria ancora più difficile per le persone trans e non binarie.

Altri fornitori di servizi medici, come quelli che forniscono farmaci per le dipendenze, hanno ricevuto un'esenzione dall'accordo sui servizi medici. Tale esenzione consente loro di continuare a ricevere lo stesso importo per gli appuntamenti virtuali e di persona. Considerando le esigenze uniche dei pazienti trans e non binari, l'assistenza per l'affermazione del genere deve essere fornita con la stessa esenzione. La medicina delle dipendenze e l'assistenza che afferma il genere richiedono entrambi competenze specialistiche e

fornitori non stigmatizzanti che non sono sempre disponibili per i pazienti a livello locale. Mantenere le precedenti tariffe di fatturazione per le visite virtuali è essenziale per consentire al Connect-Clinic e ad altre cliniche di continuare a fornire assistenza vitale per l'affermazione del genere per le persone trans e non binarie in Ontario.

ModernMT + TM

I tagli alla telemedicina in Ontario significano che meno persone trans e non binarie avranno accesso all'assistenza sanitaria salvavita. Sono necessarie esenzioni dai tagli ai finanziamenti per garantire che le persone trans e non binarie possano ottenere cure mediche.

In mezzo a un sistema sanitario fatiscente e alla crescente transfobia, le persone trans e non binarie in Ontario si trovano ad affrontare una nuova sfida: ridurre l'accesso alle cure di genere. Le modifiche al modo in cui il governo dell'Ontario finanzia i servizi sanitari virtuali hanno portato alla chiusura di una risorsa chiave, il Connect-Clinic. La clinica fornisce servizi sanitari vitali e la sua chiusura significa che meno persone trans e non binarie riceveranno le cure mediche salvavita di cui hanno bisogno. I fornitori di assistenza che affermano il genere dovrebbero essere esentati da questi tagli dei tassi per mantenere l'accesso delle persone trans e non binarie ai servizi sanitari.

Connect-Clinic è una clinica virtuale specializzata che fornisce assistenza di genere alle persone trans e non binarie in Ontario. La clinica fornisce terapia ormonale e rinvii chirurgici che molte persone trans e non binarie descrivono come salvavita. Ma il Connect-Clinic non è ora in grado di fornire consulenze virtuali a causa delle recenti modifiche al modo in cui i medici sono pagati per gli appuntamenti virtuali. Quando è iniziata la pandemia di COVID-19, i medici sono stati pagati lo stesso importo per un appuntamento tramite video o telefonata come lo erano per un appuntamento di persona. Ciò ha permesso un accesso notevolmente ampliato alle cure virtuali in tutto l'Ontario.

Ma a partire dal 1 ° dicembre 2022, Connect-Clinic può fatturare solo \$20 per un appuntamento video e \$15 per un appuntamento telefonico. In precedenza, il Connect-Clinic poteva ricevere \$67 o più per appuntamento. Le nuove tariffe ridotte non sono sufficienti per coprire le cure specialistiche fornite da Connect-Clinic. Di conseguenza, la clinica ha sospeso gli appuntamenti per i loro 1.500 pazienti e ha chiuso la lista d'attesa di oltre 2.000 individui trans e non binari.

L'assistenza per l'affermazione di genere è essenziale per la salute e il benessere delle persone trans e non binarie. La ricerca ha costantemente scoperto che l'assistenza medica di genere migliora significativamente la salute mentale e la qualità della vita delle persone trans e non binarie. Sulla base di un ampio sondaggio di persone trans e non binarie in Ontario, i membri del nostro team di ricerca Trans PULSE Canada hanno scoperto che avere accesso a tutte le cure mediche di genere desiderate ha ridotto l'ideazione suicidaria del 62%.

Purtroppo, l'accesso all'assistenza per l'affermazione di genere è difficile in Ontario. I servizi sono forniti attraverso un mosaico di centri sanitari comunitari, cliniche ospedaliere e singoli medici di famiglia. Molte cliniche hanno a che fare con lunghe liste d'attesa e richiedono che superino di gran lunga la capacità. La nostra ricerca ha rilevato che un terzo delle persone trans e non binarie che hanno bisogno di cure mediche di genere erano in lista d'attesa.

L'assistenza virtuale può aiutare a colmare questa lacuna. Nel 2020, il nostro team di ricerca ha intervistato 820 persone trans e non binarie in Canada. Abbiamo scoperto che il 33% dei partecipanti preferirebbe accedere all'assistenza sanitaria virtualmente piuttosto che di persona una volta terminata la pandemia di COVID-19. I partecipanti che vivono con ansia o condizioni di salute croniche erano ancora più propensi a preferire l'assistenza virtuale. I nostri partecipanti hanno sottolineato l'importanza della flessibilità nell'accesso all'assistenza sia di persona che virtuale.

Il Connect-Clinic ha aiutato migliaia di persone trans e non binarie in tutto l'Ontario ad accedere alle cure di genere attraverso appuntamenti virtuali. I loro servizi sono particolarmente importanti per le persone che vivono in aree rurali e remote che non hanno alcun fornitore di assistenza che affermi il genere nella loro

zona. La chiusura del Connect-Clinic ha aggiunto ancora più stress a un sistema sanitario che affronta già gravi carenze di lavoratori e lunghi tempi di attesa. Le persone trans e non binarie ne soffriranno di conseguenza. Anche prima della chiusura del Connect-Clinic, le persone trans e non binarie in Ontario hanno avuto molte più difficoltà ad accedere all'assistenza sanitaria rispetto ai loro coetanei cisgender (non trans). Mentre tutti i fornitori di cure primarie sono in grado di prescrivere la terapia ormonale e indirizzare i pazienti ai chirurghi, l'assistenza per l'affermazione del genere è raramente coperta dall'educazione medica e molti medici di famiglia non si sentono abbastanza sicuri o esperti per fornire assistenza per l'affermazione del genere. Di conseguenza, molte persone trans e non binarie si rivolgono a cliniche specializzate, come la Connect-Clinic.

Nel 2019, abbiamo intervistato quasi 3.000 persone trans e non binarie provenienti da tutto il Canada. Abbiamo scoperto che solo il 55% dei partecipanti dell'Ontario aveva un fornitore di cure primarie con cui si sentivano a proprio agio nel discutere del proprio genere. Inoltre, il 42% dei partecipanti dell'Ontario ha avuto almeno un bisogno di assistenza sanitaria insoddisfatto nell'ultimo anno. In confronto, meno del 7% della popolazione generale ha affermato lo stesso nel 2019. La chiusura del Connect-Clinic probabilmente renderà l'accesso all'assistenza sanitaria ancora più difficile per le persone trans e non binarie.

Altri fornitori di servizi medici, come quelli che forniscono farmaci per le dipendenze, hanno ricevuto un'esenzione dall'accordo sui servizi medici. Tale esenzione consente loro di continuare a ricevere lo stesso importo per gli appuntamenti virtuali e di persona. Considerando le esigenze specifiche dei pazienti trans e non binari, l'assistenza per l'affermazione di genere deve essere fornita con la stessa esenzione. La medicina delle dipendenze e l'assistenza per l'affermazione di genere richiedono entrambi competenze specialistiche e fornitori non stigmatizzanti che non sono sempre disponibili per i pazienti a livello locale. Il mantenimento delle precedenti tariffe di fatturazione per le visite virtuali è essenziale per consentire al Connect-Clinic e ad altre cliniche di continuare a fornire assistenza vitale per l'affermazione del genere per le persone trans e non binarie in Ontario.

Raw Generic SYSTRAN

Informazione di esperti: i tagli al telelavoro dell'Ontario significano meno persone trans, non binarie, che avranno accesso all'assistenza sanitaria che permette di salvare la vita. Sono necessarie esenzioni dai tagli di finanziamento per garantire che persone trans e non binarie possano ottenere cure mediche.

Tra un sistema sanitario in crisi e la crescente transfobia, le persone trans e non binarie dell'Ontario stanno affrontando una nuova sfida: un accesso ridotto all'assistenza per l'affermazione del genere. Le modifiche al modo in cui il governo dell'Ontario finanzia i servizi sanitari virtuali hanno portato alla chiusura di una risorsa chiave, la Connect-Clinic. La clinica fornisce servizi sanitari vitali, e la sua chiusura significa che meno persone trans e non binarie riceveranno le cure mediche salvavita di cui hanno bisogno. I fornitori di servizi di assistenza per l'affermazione del genere dovrebbero essere esentati da tali riduzioni delle aliquote per mantenere l'accesso delle persone trans e non binarie ai servizi di assistenza sanitaria.

Connect-Clinic è una clinica virtuale specializzata che fornisce cure per l'affermazione del genere a persone trans e non binarie dell'Ontario. La clinica fornisce terapia ormonale e referenze chirurgiche che molte persone trans e non binarie descrivono come salvavita. Ma il programma Connect-Clinic non è più in grado di fornire consulenze virtuali a causa delle recenti modifiche alle modalità di pagamento degli appuntamenti virtuali da parte dei medici. Quando è iniziata la pandemia COVID-19, i medici sono stati pagati per un appuntamento per video o per telefono, come per un appuntamento di persona. Ciò ha consentito un accesso molto più ampio alle cure virtuali in Ontario.

Ma a partire dal 1 dicembre 2022, Connect-Clinic può fatturare solo 20 dollari per un appuntamento video e 15 dollari per un appuntamento telefonico. In precedenza, Connect-Clinic poteva ricevere 67 dollari o più per appuntamento. Le nuove aliquote ridotte non sono sufficienti a coprire l'assistenza specializzata fornita da Connect-Clinic. Di conseguenza, la clinica ha sospeso gli appuntamenti per i suoi 1.500 pazienti e ha chiuso la lista d'attesa di oltre 2.000 persone trans e non binarie.

L'assistenza per l'affermazione del genere è essenziale per la salute e il benessere delle persone trans e non binarie. La ricerca ha costantemente riscontrato che l'assistenza medica di genere migliora significativamente la salute mentale e la qualità della vita delle persone trans e non binarie. Sulla base di un'ampia indagine su persone trans e non binarie nell'Ontario, i membri del nostro team di ricerca Trans PULSE Canada hanno scoperto che avere accesso a tutte le cure mediche per affermare il genere ha ridotto l'idea suicida del 62 per cento.

Sfortunatamente, accedere alle cure per l'affermazione del genere è difficile in Ontario. I servizi sono forniti attraverso una serie di centri sanitari comunitari, cliniche basate su ospedali e singoli medici familiari. Molte cliniche si stanno occupando di lunghe liste di attesa e la domanda supera di molto la capacità. Le nostre ricerche hanno scoperto che un terzo di persone trans e non binarie che hanno bisogno di cure mediche per l'affermazione del sesso erano in lista d'attesa.

Le cure virtuali possono aiutare a colmare questo divario. Nel 2020, il nostro team di ricerca ha rilevato 820 persone trans e non binarie in Canada. Abbiamo scoperto che il 33 per cento dei partecipanti preferirebbe accedere all'assistenza sanitaria praticamente piuttosto che di persona, una volta che la pandemia COVID-19 fosse finita. I partecipanti che vivono in ansia o in condizioni di salute croniche preferiscono ancora di più l'assistenza virtuale. I nostri partecipanti hanno sottolineato l'importanza della flessibilità nell'accesso all'assistenza sia di persona che virtuale.

Connect-Clinic ha aiutato migliaia di persone trans e non binarie dell'Ontario ad accedere alle cure di genere tramite appuntamenti virtuali. I loro servizi sono particolarmente importanti per le persone che vivono in zone rurali e remote e che non dispongono di prestatori di assistenza per l'affermazione del genere nella loro zona. La chiusura di Connect-Clinic ha aggiunto ulteriore stress a un sistema sanitario già sottoposto a gravi carenze di lavoratori e a lunghi tempi di attesa. Le persone trans e non binarie ne soffriranno di conseguenza. Anche prima della chiusura delle persone "Connect-Clinic", "trans" e "non binari" dell'Ontario, l'accesso alle cure sanitarie era molto più difficile rispetto ai loro coetanei "non trans". Sebbene tutti i fornitori di servizi di assistenza primaria siano in grado di prescrivere terapie ormonali e di riferire i pazienti ai chirurghi, le cure per l'affermazione del genere raramente sono coperte dall'istruzione medica e molti medici familiari non si sentono sufficientemente fiduciosi o esperti per fornire cure per l'affermazione del genere. Di conseguenza, molte persone trans e non binarie si rivolgono a cliniche specializzate, come Connect-Clinic.

Nel 2019 abbiamo analizzato quasi 3.000 persone trans e non binarie di tutto il Canada. Abbiamo scoperto che solo il 55 per cento dei partecipanti dell'Ontario aveva un fornitore di servizi di assistenza primaria con cui si sentivano a proprio agio a discutere del loro sesso. Inoltre, il 42 per cento dei partecipanti all'Ontario ha avuto almeno un fabbisogno di assistenza sanitaria insoddisfatto nell'ultimo anno. Al contrario, meno del 7 per cento della popolazione generale ha dichiarato lo stesso nel 2019. La chiusura di Connect-Clinic renderà probabilmente più difficile l'accesso all'assistenza sanitaria per persone trans e non binarie.

Ad altri fornitori di servizi medici, come quelli che forniscono farmaci per la dipendenza, è stata concessa un'esenzione dall'accordo di servizi medici. Tale esenzione consente loro di continuare a ricevere lo stesso importo per gli appuntamenti virtuali e di persona. Considerate le esigenze specifiche dei pazienti trans e non binari, l'assistenza per l'affermazione del genere deve essere fornita alla stessa esenzione. La medicina delle dipendenze e l'assistenza per l'affermazione del genere richiedono competenze specialistiche e fornitori non stigmatizzanti che non sempre sono disponibili ai pazienti a livello locale. Mantenere i tassi di fatturazione precedenti per le visite virtuali è essenziale per consentire a Connect-Clinic e ad altre cliniche di continuare a fornire un'assistenza essenziale per il rispetto del genere per le persone trans e non binarie in Ontario.

Generic SYSTRAN + TM

Perizia: i tagli alla telemedicina dell'Ontario significano che meno persone trans, non binarie, avranno accesso a cure mediche salvavita. Sono necessarie esenzioni dai tagli ai finanziamenti per garantire che le persone trans e non binarie possano ricevere assistenza medica.

In mezzo a un sistema sanitario fatiscente e all'aumento della transfobia, le persone trans e non binarie in Ontario stanno affrontando una nuova sfida: un accesso ridotto alle cure di affermazione del genere. Le modifiche apportate al modo in cui il governo dell'Ontario finanzia i servizi sanitari virtuali hanno portato alla chiusura di una risorsa chiave, la Connect-Clinic. La clinica fornisce servizi sanitari vitali, e la sua chiusura significa che meno persone trans e non binarie riceveranno le cure mediche salvavita di cui hanno bisogno. I prestatori di assistenza che affermano la parità di genere dovrebbero essere esentati da questi tagli delle tariffe per mantenere l'accesso delle persone trans e non binarie ai servizi sanitari.

Connect-Clinic è una clinica virtuale specializzata che fornisce assistenza di genere alle persone trans e non binarie in tutto l'Ontario. La clinica fornisce la terapia ormonale e i referral chirurgici che molte persone trans e non binarie descrivono come salvavita. Ma Connect-Clinic non è ora in grado di fornire consulenze virtuali a causa dei recenti cambiamenti su come i medici sono pagati per gli appuntamenti virtuali. Quando è iniziata la pandemia di COVID-19, ai medici è stato pagato lo stesso importo per un appuntamento tramite video o telefonata come per un appuntamento di persona. Ciò ha consentito un accesso notevolmente ampliato all'assistenza virtuale in tutto l'Ontario.

Ma dal 1° dicembre 2022, la Connect-Clinic può fatturare solo 20 dollari per un appuntamento video e 15 dollari per un appuntamento telefonico. In precedenza, Connect-Clinic poteva ricevere 67 dollari o più per appuntamento. Le nuove tariffe ridotte non sono sufficienti a coprire le cure specialistiche fornite da Connect-Clinic. Di conseguenza, la clinica ha sospeso gli appuntamenti per i suoi 1.500 pazienti e ha chiuso la lista d'attesa di oltre 2.000 individui trans e non binari.

Le cure di affermazione del genere sono essenziali per la salute e il benessere delle persone trans e non binarie. La ricerca ha costantemente rilevato che le cure mediche che affermano il genere migliorano significativamente la salute mentale e la qualità della vita delle persone trans e non binarie. Sulla base di un ampio sondaggio di persone trans e non binarie in Ontario, i membri del nostro team di ricerca Trans PULSE Canada hanno scoperto che avere accesso a tutte le cure mediche di affermazione del genere desiderate ha ridotto l'ideazione suicidaria del 62 per cento.

Sfortunatamente, accedere alle cure per l'affermazione del genere è difficile in Ontario. I servizi sono forniti attraverso un mosaico di centri sanitari comunitari, cliniche ospedaliere e medici familiari individuali. Molte cliniche hanno a che fare con lunghe liste d'attesa e chiedono che la capacità sia di gran lunga superiore. La nostra ricerca ha scoperto che un terzo delle persone trans e non binarie che hanno bisogno di cure mediche che confermino il genere erano in lista d'attesa.

L'assistenza virtuale può aiutare a colmare questo divario. Nel 2020, il nostro team di ricerca ha esaminato 820 persone trans e non binarie in Canada. Abbiamo riscontrato che il 33% dei partecipanti preferirebbe accedere all'assistenza sanitaria virtualmente piuttosto che di persona una volta terminata la pandemia di COVID-19. I partecipanti che vivono con ansia o condizioni di salute croniche avevano ancora più probabilità di preferire l'assistenza virtuale. I nostri partecipanti hanno sottolineato l'importanza della flessibilità nell'accesso sia alle cure personali che a quelle virtuali.

La Connect-Clinic ha aiutato migliaia di persone trans e non binarie in tutto l'Ontario ad accedere alle cure di affermazione del genere attraverso appuntamenti virtuali. I loro servizi sono particolarmente importanti per le persone che vivono in aree rurali e remote e che non hanno fornitori di assistenza per l'affermazione del genere nella loro zona. La chiusura della Connect-Clinic ha aggravato ulteriormente la tensione in un sistema sanitario che deve far fronte a una già grave carenza di lavoratori e a lunghi tempi di attesa. Le persone transessuali e non binarie ne soffriranno di conseguenza. Anche prima della chiusura della Connect-Clinic, le persone trans e non binarie nell'Ontario avevano un tempo molto più difficile per accedere all'assistenza sanitaria rispetto ai loro coetanei cisgender (non-trans). Mentre tutti i fornitori di cure primarie sono in grado di prescrivere la terapia ormonale e indirizzare i pazienti verso i chirurghi, le cure per l'affermazione del genere sono raramente coperte dall'istruzione medica, e molti medici di famiglia non si sentono sicuri o non hanno abbastanza esperienza per fornire cure per l'affermazione del genere. Di conseguenza, molte persone trans e non binarie si rivolgono a cliniche specializzate, come la Connect-Clinic.

Nel 2019, abbiamo intervistato quasi 3.000 persone trans e non binarie da tutto il Canada. Abbiamo scoperto che solo il 55% dei partecipanti dell'Ontario aveva un fornitore di assistenza primaria con il quale si sentiva a proprio agio a discutere del proprio sesso. Inoltre, nell'ultimo anno il 42% dei partecipanti all'Ontario ha avuto almeno un'esigenza di assistenza sanitaria insoddisfatta. In confronto, meno del 7% della popolazione generale ha detto lo stesso nel 2019. La chiusura di Connect-Clinic renderà probabilmente ancora più difficile l'accesso alle cure sanitarie per le persone trans e non binarie.

Ad altri fornitori di servizi medici, come quelli che forniscono medicinali per la dipendenza, è stata concessa un'esenzione dall'accordo di servizi medici. Tale esenzione consente loro di continuare a percepire lo stesso importo per le nomine virtuali e personali. Considerate le esigenze uniche dei pazienti trans e non binari, le cure di affermazione del genere devono beneficiare della stessa esenzione. La medicina della dipendenza e l'assistenza per l'affermazione del genere richiedono sia competenze specialistiche che fornitori non stigmatizzanti che non sono sempre disponibili per i pazienti a livello locale. Mantenere i tassi di fatturazione precedenti per le visite virtuali è essenziale per consentire alla Connect-Clinic e ad altre cliniche di continuare a fornire un'assistenza di genere vitale per le persone trans e non binarie in Ontario.

Medical SYSTRAN + TM

Approfondimento degli esperti: i tagli alla telemedicina dell'Ontario significano che un numero minore di persone trans, non binarie, avrà accesso a cure sanitarie salvavita. Sono necessarie esenzioni dai tagli ai finanziamenti per garantire che le persone trans e non binarie possano ricevere cure mediche.

Tra un sistema sanitario fatiscente e una crescente transfobia, le persone trans e non binarie in Ontario stanno affrontando una nuova sfida: un accesso ridotto alle cure di affermazione del genere. I cambiamenti nel modo in cui il governo dell'Ontario finanzia i servizi sanitari virtuali hanno portato alla chiusura di una risorsa chiave, la Connect-Clinic. La clinica fornisce servizi sanitari vitali, e la sua chiusura significa che meno persone trans e non binarie riceveranno le cure mediche salvavita di cui hanno bisogno. Gli operatori sanitari che affermano il genere dovrebbero essere esentati da questi tagli delle tariffe per mantenere l'accesso delle persone trans e non binarie ai servizi sanitari.

Connect-Clinic è una clinica virtuale specializzata che fornisce assistenza per l'affermazione del genere a persone trans e non binarie in tutto l'Ontario. La clinica fornisce la terapia ormonale e referenze chirurgiche che molte persone trans e non binarie descrivono come salvavita. Ma Connect-Clinic non è più in grado di fornire consulenze virtuali a causa dei recenti cambiamenti nelle modalità di retribuzione degli appuntamenti virtuali dei medici. Quando è iniziata la pandemia di COVID-19, ai medici è stato pagato lo stesso importo per un appuntamento tramite video o telefonata come per un appuntamento di persona. Questo ha permesso un accesso notevolmente ampliato all'assistenza virtuale in tutto l'Ontario.

Ma dal 1° dicembre 2022, Connect-Clinic può fatturare solo 20 dollari per un appuntamento video e 15 dollari per un appuntamento telefonico. In precedenza, Connect-Clinic poteva ricevere \$67 o più per ogni appuntamento. Le nuove tariffe ridotte non sono sufficienti a coprire l'assistenza specializzata fornita da Connect-Clinic. Di conseguenza, la clinica ha sospeso gli appuntamenti per i suoi 1.500 pazienti e ha chiuso la lista d'attesa di oltre 2.000 individui trans e non binari.

Le cure di affermazione del genere sono essenziali per la salute e il benessere delle persone trans e non binarie. La ricerca ha costantemente rilevato che le cure mediche che affermano il genere migliorano significativamente la salute mentale e la qualità della vita delle persone trans e non binarie. Sulla base di un ampio sondaggio di persone trans e non binarie in Ontario, i membri del nostro team di ricerca Trans PULSE Canada hanno scoperto che l'accesso a tutte le cure mediche di genere desiderate ha ridotto l'ideazione suicidaria del 62 per cento.

Sfortunatamente, l'accesso alle cure per l'affermazione del genere è difficile in Ontario. I servizi sono forniti attraverso un mosaico di centri sanitari comunitari, cliniche ospedaliere e medici di famiglia individuali. Molte cliniche hanno a che fare con lunghe liste di attesa e una domanda che supera di gran lunga la capacità. La nostra ricerca ha scoperto che un terzo delle persone trans e non binarie che hanno bisogno di cure mediche di affermazione del genere erano in lista d'attesa.

Le cure virtuali possono contribuire a colmare questa lacuna. Nel 2020, il nostro team di ricerca ha condotto un sondaggio su 820 persone trans e non binarie in Canada. Abbiamo riscontrato che il 33% dei partecipanti preferirebbe accedere all'assistenza sanitaria virtualmente piuttosto che di persona una volta terminata la pandemia di COVID-19. I soggetti che vivevano con ansia o condizioni di salute croniche avevano ancora più probabilità di preferire l'assistenza virtuale. I nostri partecipanti hanno sottolineato l'importanza della flessibilità nell'accesso sia alle cure di persona che a quelle virtuali.

Connect-Clinic ha aiutato migliaia di persone trans e non binarie in tutto l'Ontario ad accedere alle cure di affermazione del genere attraverso appuntamenti virtuali. I loro servizi sono particolarmente importanti per le persone che vivono in aree rurali e remote che non hanno alcun fornitore di assistenza per l'affermazione del genere nella loro zona. La chiusura di Connect-Clinic ha ulteriormente aggravato la situazione di un sistema sanitario che deve far fronte a una già grave carenza di lavoratori e a lunghi tempi di attesa. Le persone transessuali e non binarie ne soffriranno. Anche prima della chiusura di Connect-Clinic, le persone trans e non binarie in Ontario avevano un tempo molto più difficile di accesso all'assistenza sanitaria rispetto ai loro coetanei cisgender (non-trans). Mentre tutti i fornitori di assistenza primaria sono in grado di prescrivere la terapia ormonale e indirizzare i pazienti a chirurghi, le cure di affermazione del genere sono raramente coperte nell'educazione medica, e molti medici di famiglia non si sentono sicuri o non hanno esperienza sufficiente per fornire cure di affermazione del genere. Di conseguenza, molte persone trans e non binarie si rivolgono a cliniche specializzate, come la Connect-Clinic.

Nel 2019 abbiamo condotto un sondaggio su quasi 3.000 persone trans e non binarie provenienti da tutto il Canada. Abbiamo scoperto che solo il 55% dei partecipanti dell'Ontario aveva un fornitore di assistenza primaria con il quale si sentiva a proprio agio a discutere del proprio sesso. Inoltre, nell'ultimo anno il 42% dei partecipanti all'Ontario ha avuto almeno un'esigenza di assistenza sanitaria insoddisfatta. In confronto, meno del 7% della popolazione generale ha detto la stessa cosa nel 2019. La chiusura di Connect-Clinic potrebbe rendere ancora più difficile l'accesso all'assistenza sanitaria per le persone trans e non binarie.

Ad altri fornitori di servizi medici, come quelli che forniscono medicinali per le dipendenze, è stata concessa un'esenzione dal contratto di servizi medici. Tale esenzione consente loro di continuare a ricevere lo stesso importo per le nomine virtuali e personali. Considerate le esigenze specifiche dei pazienti trans e non binari, le cure di affermazione del genere devono ricevere la stessa esenzione. La medicina delle dipendenze e le cure per l'affermazione del genere richiedono sia competenze specialistiche che fornitori non stigmatizzanti che non sono sempre disponibili per i pazienti a livello locale. Mantenere i tassi di fatturazione precedenti per le visite virtuali è essenziale per consentire alla Connect-Clinic e ad altre cliniche di continuare a fornire un'assistenza vitale di affermazione del genere per le persone trans e non binarie in Ontario.

- Bellamy-Walker, Tat. For nonbinary patients, seeking health care can be a painful task. In *NBCNews*. <https://www.nbcnews.com/feature/nbc-out/nonbinary-patients-seeking-health-care-can-be-painful-task-n941341> (accessed 04/02/2023)

Original

For nonbinary patients, seeking health care can be a painful task. When gender nonbinary patients interact with health care providers, they often feel "misunderstood, disrespected and frustrated," according to a new study.

When 19-year-old Kam Brooks was admitted to a behavioral health care facility in Sanford, Florida, after having suicidal thoughts, a nurse following her usual procedure asked the teen to remove personal items, including a bra. "It's a chest binder, not a bra," Brooks, who identifies as neither male nor female but as gender nonbinary, responded before changing into a long-sleeve shirt and gray sweatpants. During another interaction at the same facility, Aspire Health Partners, a nonprofit that caters to low-income patients, a counselor asked if Brooks was "male or female." This question, Brooks lamented, ignored the possibility that someone could identify as neither — or as somewhere in between.

“I went with the lesser of two evils and decided to portray myself as a man,” said Brooks, who had been struggling with gender dysphoria, a conflict between a person's gender assigned at birth and the gender with which they identify. “I didn’t want to re-educate them on the correct terminology,” Brooks added. “I just wanted to get out of there.” Brooks, who was assigned female at birth and uses they/them pronouns, was eventually put on a list of female patients by the nursing staff and repeatedly referred to as a girl.

“General health care — physical or mental — I'm even more uncomfortable with due to the likelihood of being misgendered and experiencing miseducation as a patient,” said Brooks, who now relies on backlogged LGBTQ clinics for services. Citing federal patient privacy laws, Todd Dixon, a spokesperson for Aspire Health Partners, said he could not comment on Brooks' claims.

A recent study in the journal *LGBT Health* found Brooks' experience is not uncommon among nonbinary patients. The report, conducted by researchers at San Francisco State University and Columbia University, found nearly all nonbinary participants surveyed reported encountering health care providers who did not provide gender-affirming or inclusive care. “Participants felt that providers — even those with training in transgender care — lack the knowledge, training and experience to provide them with the health care they need,” the report's authors, James E. Lykens and Allen J. LeBlanc of SFSU and Walter O. Bockting of Columbia, concluded. Genderqueer and nonbinary “young adults in our study often felt misunderstood, disrespected and frustrated as they sought and received health care.”

The study's findings did not come as a surprise to Dr. Alex Keuroghlian, an assistant professor of psychiatry at Harvard Medical School and director of the Fenway Institute's National LGBT Health Education Center. Keuroghlian said most doctors are not educated about nonbinary gender identities. “Clinicians have not been trained across the board to know how to use correct names and nonbinary pronouns,” he said. “It’s a critical part of affirming the patient and having them remain engaged in care. Otherwise, people will not go back to see their clinician.”

A health care provider who is not educated about or supportive of the patient's gender identity can compound a nonbinary patient's trauma, Keuroghlian said. “There is a chronic victimization that is unfortunately perpetuated in health care, which should be a refuge for everyone to access care,” Keuroghlian said. “When that doesn’t happen, there is re-traumatization and people continue to experience minority stress. This can be a source of anxiety and depression, which can lead to adverse health outcomes.”

Mishi Killion, who is 26, gender-nonconforming and uses male pronouns, said he was told at a doctor's office that he was not “trans enough” for hormone replacement therapy. “It ruined all the plans that I had,” said the Kentucky native, who spent months retrieving gender-affirmation documents for hormones and surgery. “It sent me into a deep depression and messed up my dysphoria that was under control.”

Killion, who presents as androgynous, said doctors urged him to consult more therapists to confirm a diagnosis of gender dysphoria. “Now, I wonder every time I go to the doctor if they are going to say the same thing to me again,” added Killion, who said he sobbed in the exam room as doctors denied his eligibility for hormone treatment. “I already don’t like doctors in the first place, but it put a bad taste in my mouth and made me trust doctors even less.”

Violette Skye, 42, an activist in Salem, Oregon, who was born intersex and identifies as gender nonbinary, said doctors forced them to go on testosterone. “Most doctors operate within the binary and only see people as either male or female,” said Skye, an advisory committee member for the Intersex and Genderqueer Recognition Project, a nonbinary advocacy group in Fremont, California. “My body rejected testosterone for the decades that I was on it.”

Elliot Butrie, 17, said a therapist three years ago laughed and said nonbinary gender identity did not exist, dismissing it as a phase. Butrie dropped the therapist. “It hurts that people constantly question who you are,” said Butrie, who lives in Michigan. After that painful visit, Butrie wondered what it would be like to be a normal teenager. “If my therapist says I'm not real, maybe I’m not real,” Butrie recalled thinking at the time.

Individuals who identify as nonbinary or genderqueer (another term used to describe those who identify as neither exclusively male nor female) are a "substantial and growing subgroup of the gender nonconforming community," according to Lykens, LeBlanc and Bockting. In a 2017 survey published by the LGBTQ media advocacy group GLAAD, 12 percent of respondents between 18 and 34 identified with a gender identity other than the one they were assigned at birth. Three percent of those surveyed identified as "agender"; 3 percent as "gender fluid"; 2 percent as "transgender"; 2 percent as "unsure/questioning"; 1 percent as "bigender"; and 1 percent as "genderqueer." While the specific term "nonbinary" was not one of the options, a number of the other terms would fall under the nonbinary umbrella.

Several states across the country are now recognizing gender identities other than male and female on government IDs. New York City last month became the fifth place in the U.S. to offer nonbinary (also called gender-neutral or third gender) birth certificates, following California, Oregon, Washington state and New Jersey. Three states and Washington, D.C., allow nonbinary driver licenses. A number of health care professionals, researchers and nonbinary patients say the medical community must make changes to address this growing group as well.

In their report, Lykens, LeBlanc and Bockting recommended that health forms "be inclusive and affirmative of a range of gender identities and expressions"; that providers receive more training in order to "establish a higher level of gender literacy and competence" to better serve nonbinary patients; and that providers "avoid assumptions" about patients' gender identity and "ask open-ended questions" to "encourage them to relate their unique experiences of identity and health."

Keuroghlian, who two years ago started a program at Harvard Medical School to teach doctors-in-training about caring for transgender and nonbinary patients, recently launched a guide specifically aimed at helping doctors communicate with nonbinary patients. "Best practices for all health care staff include avoiding assumptions about patients' gender identities, asking for information about name and pronouns in order to adopt these consistently throughout the clinical setting, and describing anatomy and related terms with gender-inclusive language," Keuroghlian and his co-authors wrote in the guide's conclusion.

Brooks said they hope doctors and other health care providers can foster a safe space for nonbinary patients. "People should have something that is reliable, not something that will make them feel worse," Brooks said.

Raw Google Translate

Per i pazienti non binari, cercare assistenza sanitaria può essere un compito doloroso. Quando i pazienti non binari di genere interagiscono con gli operatori sanitari, spesso si sentono "frintesi, mancati di rispetto e frustrati", secondo un nuovo studio.

Quando la diciannovenne Kam Brooks è stata ricoverata in una struttura di assistenza sanitaria comportamentale a Sanford, in Florida, dopo aver avuto pensieri suicidi, un'infermiera seguendo la sua solita procedura ha chiesto all'adolescente di rimuovere oggetti personali, incluso un reggiseno. "È un raccoglitore per il petto, non un reggiseno", ha risposto Brooks, che non si identifica né come maschio né femmina ma come genere non binario, prima di trasformarsi in una camicia a maniche lunghe e pantaloni della tuta grigi. Durante un'altra interazione presso la stessa struttura, Aspire Health Partners, un'organizzazione no profit che si rivolge a pazienti a basso reddito, un consulente ha chiesto se Brooks fosse "maschio o femmina". Questa domanda, si lamentava Brooks, ignorava la possibilità che qualcuno potesse identificarsi come nessuno dei due o come una via di mezzo.

"Sono andato con il minore dei due mali e ho deciso di rappresentarmi come un uomo", ha detto Brooks, che aveva lottato con la disforia di genere, un conflitto tra il genere di una persona assegnato alla nascita e il genere con cui si identificano. "Non volevo rieducarli sulla terminologia corretta", ha aggiunto Brooks. "Volevo solo andarmene da lì." Brooks, a cui è stata assegnata una donna alla nascita e usa i loro pronomi, è stata infine inserita in un elenco di pazienti di sesso femminile dal personale infermieristico e ripetutamente indicata come una ragazza.

"L'assistenza sanitaria generale - fisica o mentale - mi sento ancora più a disagio a causa della probabilità di essere di genere errato e di subire una diseducazione come paziente", ha detto Brooks, che ora fa affidamento su cliniche LGBTQ arretrate per i servizi. Citando le leggi federali sulla privacy dei pazienti, Todd Dixon, portavoce di Aspire Health Partners, ha affermato di non poter commentare le affermazioni di Brooks.

Un recente studio sulla rivista *LGBT Health* ha rilevato che l'esperienza di Brooks non è rara tra i pazienti non binari. Il rapporto, condotto da ricercatori della San Francisco State University e della Columbia University, ha rilevato che quasi tutti i partecipanti non binari intervistati hanno riferito di aver incontrato fornitori di assistenza sanitaria che non hanno fornito cure a favore del genere o inclusive. "I partecipanti hanno ritenuto che i fornitori, anche quelli con una formazione nell'assistenza ai transgender, non avessero la conoscenza, la formazione e l'esperienza per fornire loro l'assistenza sanitaria di cui hanno bisogno", gli autori del rapporto, James E. Lykens e Allen J. LeBlanc della SFSU e Walter O. Bockting della Columbia, concluso. Genderqueer e non binari "i giovani adulti nel nostro studio spesso si sentivano incompresi, mancati di rispetto e frustrati mentre cercavano e ricevevano assistenza sanitaria".

I risultati dello studio non sono stati una sorpresa per il dottor Alex Keuroghlian, assistente professore di psichiatria presso la Harvard Medical School e direttore del National LGBT Health Education Center del Fenway Institute. Keuroghlian ha affermato che la maggior parte dei medici non è istruita sulle identità di genere non binarie. "I medici non sono stati formati su tutta la linea per sapere come usare nomi corretti e pronomi non binari", ha detto. "È una parte fondamentale dell'affermazione del paziente e del suo coinvolgimento nelle cure. Altrimenti, le persone non torneranno a vedere il loro medico.

Un operatore sanitario che non è istruito o non sostiene l'identità di genere del paziente può aggravare il trauma di un paziente non binario, ha affermato Keuroghlian. "C'è una vittimizzazione cronica che purtroppo si perpetua nell'assistenza sanitaria, che dovrebbe essere un rifugio per tutti per accedere alle cure", ha detto Keuroghlian. "Quando ciò non accade, c'è una nuova traumatizzazione e le persone continuano a sperimentare lo stress della minoranza. Questo può essere una fonte di ansia e depressione, che può portare a esiti negativi per la salute".

Mishi Killion, che ha 26 anni, non conforme al genere e usa pronomi maschili, ha detto che gli è stato detto in uno studio medico che non era "abbastanza trans" per la terapia ormonale sostitutiva. "Ha rovinato tutti i piani che avevo", ha detto il nativo del Kentucky, che ha passato mesi a recuperare documenti di affermazione di genere per ormoni e interventi chirurgici. "Mi ha mandato in una profonda depressione e ha incasinato la mia disforia che era sotto controllo."

Killion, che si presenta come androgino, ha detto che i medici lo hanno esortato a consultare più terapisti per confermare una diagnosi di disforia di genere. "Ora, mi chiedo ogni volta che vado dal dottore se mi diranno di nuovo la stessa cosa", ha aggiunto Killion, che ha detto di aver singhiozzato nell'aula d'esame mentre i medici negavano la sua idoneità al trattamento ormonale. "Già non mi piacciono i dottori in primo luogo, ma mi ha messo l'amaro in bocca e mi ha fatto fidare ancora meno dei dottori."

Violette Skye, 42 anni, un'attivista di Salem, Oregon, nata intersessuale e identificata come genere non binario, ha detto che i medici le hanno costrette a prendere il testosterone. "La maggior parte dei medici opera all'interno del binario e vede le persone solo come maschi o femmine", ha affermato Skye, membro del comitato consultivo per l'Intersex and Genderqueer Recognition Project, un gruppo di difesa non binario a Fremont, in California. "Il mio corpo ha rifiutato il testosterone per i decenni in cui ci sono stato."

Elliot Butrie, 17 anni, ha detto che un terapeuta tre anni fa ha riso e ha detto che l'identità di genere non binaria non esisteva, liquidandola come una fase. Butrie ha lasciato cadere il terapeuta. "Fa male che le persone si chiedano costantemente chi sei", ha detto Butrie, che vive nel Michigan. Dopo quella visita dolorosa, Butrie si è chiesto come sarebbe essere un adolescente normale. "Se il mio terapeuta dice che non sono reale, forse Non sono reale", ha ricordato Butrie pensando in quel momento.

Gli individui che si identificano come non binari o genderqueer (un altro termine usato per descrivere coloro che non si identificano né esclusivamente come maschi né femmine) sono un "sottogruppo sostanziale e in

crescita della comunità di genere non conforme", secondo Lykens, LeBlanc e Bockting. In un sondaggio del 2017 pubblicato dal gruppo di difesa dei media LGBTQ GLAAD, il 12% degli intervistati tra i 18 e i 34 anni si è identificato con un'identità di genere diversa da quella assegnata alla nascita. Il tre per cento degli intervistati si identifica come "agender"; il 3 per cento come "fluido di genere"; il 2 per cento come "transgender"; il 2% come "incerto/interrogativo"; 1 per cento come "bigender"; e l'1 per cento come "genderqueer". Sebbene il termine specifico "non binario" non fosse una delle opzioni, un certo numero di altri termini rientrerebbe nell'ombrello non binario.

Diversi stati in tutto il paese stanno ora riconoscendo identità di genere diverse da quelle maschili e femminili sui documenti di identità del governo. New York City il mese scorso è diventata il quinto posto negli Stati Uniti a offrire certificati di nascita non binari (chiamati anche gender-neutral o terzo genere), dopo California, Oregon, stato di Washington e New Jersey. Tre stati e Washington, DC, consentono patenti di guida non binarie. Un certo numero di operatori sanitari, ricercatori e pazienti non binari affermano che la comunità medica deve apportare modifiche per affrontare anche questo gruppo in crescita.

Nel loro rapporto, Lykens, LeBlanc e Bockting hanno raccomandato che i moduli sanitari "siano inclusivi e affermativi di una gamma di identità ed espressioni di genere"; che i fornitori ricevano più formazione al fine di "stabilire un livello più elevato di alfabetizzazione e competenza di genere" per servire meglio i pazienti non binari; e che i fornitori "evitino supposizioni" sull'identità di genere dei pazienti e "pongano domande aperte" per "incoraggiarli a raccontare le loro esperienze uniche di identità e salute".

Keuroghlian, che due anni fa ha avviato un programma presso la Harvard Medical School per insegnare ai medici in formazione sulla cura dei pazienti transgender e non binari, ha recentemente lanciato una guida specificamente mirata ad aiutare i medici a comunicare con i pazienti non binari. "Le migliori pratiche per tutto il personale sanitario includono evitare supposizioni sull'identità di genere dei pazienti, chiedere informazioni su nome e pronomi al fine di adottarli in modo coerente in tutto il contesto clinico e descrivere l'anatomia e i termini correlati con un linguaggio che includa il genere", Keuroghlian e i suoi coautori hanno scritto nella conclusione della guida.

Brooks ha affermato di sperare che i medici e altri operatori sanitari possano promuovere uno spazio sicuro per i pazienti non binari. "Le persone dovrebbero avere qualcosa di affidabile, non qualcosa che le farà sentire peggio", ha detto Brooks.

Raw DeepL Translator

Per i pazienti non binari, la ricerca di assistenza sanitaria può essere un compito doloroso. Secondo un nuovo studio, quando i pazienti di genere non binario interagiscono con gli operatori sanitari, spesso si sentono "incompresi, non rispettati e frustrati".

Quando la diciannovenne Kam Brooks è stata ricoverata in una struttura sanitaria di Sanford, in Florida, dopo aver avuto pensieri suicidi, un'infermiera, seguendo la procedura abituale, ha chiesto all'adolescente di togliersi gli oggetti personali, compreso il reggiseno. "È un pettorale, non un reggiseno", ha risposto Brooks, che non si identifica né come maschio né come femmina ma come genere non binario, prima di cambiarsi con una maglietta a maniche lunghe e pantaloni grigi della tuta. Durante un'altra interazione presso la stessa struttura, Aspire Health Partners, un'organizzazione no-profit che si rivolge a pazienti a basso reddito, un consulente ha chiesto se Brooks fosse "maschio o femmina". Questa domanda, ha lamentato Brooks, ignorava la possibilità che qualcuno potesse identificarsi come nessuno dei due, o come una via di mezzo.

"Ho scelto il male minore e ho deciso di ritrarmi come uomo", ha detto Brooks, che ha lottato contro la disforia di genere, un conflitto tra il genere assegnato alla nascita e il genere con cui una persona si identifica. "Non volevo rieducarli alla terminologia corretta", ha aggiunto Brooks. "Volevo solo andarmene da lì". Brooks, a cui è stato assegnato un sesso femminile alla nascita e che usa i pronomi "loro/lei", alla fine è stato inserito dal personale infermieristico in una lista di pazienti di sesso femminile e ripetutamente chiamato "ragazza".

"L'assistenza sanitaria generale - fisica o mentale - mi mette ancora più a disagio a causa della probabilità di essere mal classificato e di subire un'educazione errata come paziente", ha detto Brooks, che ora si affida alle cliniche LGBTQ, che sono in arretrato, per ottenere servizi. Citando le leggi federali sulla privacy dei pazienti, Todd Dixon, portavoce di Aspire Health Partners, ha dichiarato di non poter commentare le affermazioni di Brooks.

Secondo un recente studio pubblicato sulla rivista *LGBT Health*, l'esperienza di Brooks non è rara tra i pazienti non binari. Il rapporto, condotto dai ricercatori della San Francisco State University e della Columbia University, ha rilevato che quasi tutti i partecipanti non binari intervistati hanno riferito di aver incontrato fornitori di assistenza sanitaria che non fornivano cure inclusive o di conferma del genere. "I partecipanti hanno ritenuto che gli operatori - anche quelli con una formazione in materia di assistenza ai transgender - non abbiano le conoscenze, la formazione e l'esperienza necessarie per fornire loro l'assistenza sanitaria di cui hanno bisogno", hanno concluso gli autori del rapporto, James E. Lykens e Allen J. LeBlanc della SFSU e Walter O. Bockting della Columbia. I giovani adulti genderqueer e nonbinary del nostro studio si sono spesso sentiti incompresi, non rispettati e frustrati quando hanno cercato e ricevuto assistenza sanitaria".

I risultati dello studio non hanno sorpreso il dottor Alex Keuroghlian, professore assistente di psichiatria alla Harvard Medical School e direttore del Fenway Institute's National LGBT Health Education Center. Keuroghlian ha detto che la maggior parte dei medici non ha una formazione sulle identità di genere non binarie. "I medici non sono stati formati in modo trasversale per sapere come usare i nomi corretti e i pronomi non binari", ha detto. "È una parte fondamentale dell'affermazione del paziente e del suo coinvolgimento nelle cure. Altrimenti, le persone non torneranno a vedere il loro medico".

Un operatore sanitario che non è istruito o non sostiene l'identità di genere del paziente può aggravare il trauma di un paziente non binario, ha detto Keuroghlian. "C'è una vittimizzazione cronica che purtroppo si perpetua nell'assistenza sanitaria, che dovrebbe essere un rifugio per tutti per accedere alle cure", ha detto Keuroghlian. "Quando ciò non accade, si verifica una ri-traumatizzazione e le persone continuano a subire lo stress delle minoranze. Questo può essere fonte di ansia e depressione, che possono portare a risultati negativi per la salute".

Mishi Killion, che ha 26 anni, è gender-nonconforming e usa pronomi maschili, ha raccontato che in uno studio medico gli è stato detto che non era "abbastanza trans" per la terapia ormonale sostitutiva. "Ha rovinato tutti i piani che avevo", ha detto il nativo del Kentucky, che ha passato mesi a recuperare i documenti per l'affermazione del genere per gli ormoni e l'intervento chirurgico. "Mi ha mandato in una profonda depressione e ha incasinato la mia disforia che era sotto controllo".

Killion, che si presenta come androgino, ha detto che i medici lo hanno esortato a consultare più terapeuti per confermare la diagnosi di disforia di genere. "Ora mi chiedo ogni volta che vado dal medico se mi diranno di nuovo la stessa cosa", ha aggiunto Killion, che ha raccontato di aver singhiozzato in sala visite mentre i medici negavano la sua idoneità al trattamento ormonale. "Già di per sé non mi piacciono i medici, ma questa storia mi ha messo il voltastomaco in bocca e mi ha fatto fidare ancora meno dei medici".

Violette Skye, 42 anni, attivista di Salem, Oregon, nata intersessuale e identificata come genere non binario, ha raccontato che i medici l'hanno costretta ad assumere testosterone. "La maggior parte dei medici opera all'interno di un sistema binario e vede le persone solo come maschi o femmine", ha detto Skye, membro del comitato consultivo dell'Intersex and Genderqueer Recognition Project, un gruppo di difesa del genere non binario di Fremont, in California. "Il mio corpo ha rifiutato il testosterone per decenni".

Elliot Butrie, 17 anni, ha raccontato che tre anni fa un terapeuta si è messo a ridere e ha detto che l'identità di genere non binaria non esiste, liquidandola come una fase. Butrie ha abbandonato il terapeuta. "Fa male che le persone mettano costantemente in dubbio chi sei", ha detto Butrie, che vive in Michigan. Dopo quella dolorosa visita, Butrie si è chiesto come sarebbe stato essere un adolescente normale. "Se il mio terapeuta dice che non sono reale, forse non sono reale", ha ricordato Butrie pensando a quel tempo.

Le persone che si identificano come non binarie o genderqueer (un altro termine usato per descrivere coloro che non si identificano né esclusivamente come maschi né come femmine) sono un "sottogruppo sostanziale e in crescita della comunità gender nonconforming", secondo Lykens, LeBlanc e Bockting. In un sondaggio del 2017 pubblicato dal gruppo di difesa dei media LGBTQ GLAAD, il 12% degli intervistati tra i 18 e i 34 anni si è identificato con un'identità di genere diversa da quella assegnata alla nascita. Il 3% degli intervistati si è identificato come "agender"; il 3% come "gender fluid"; il 2% come "transgender"; il 2% come "incerto/interrogativo"; l'1% come "bigender"; e l'1% come "genderqueer". Anche se il termine specifico "non binario" non era tra le opzioni, alcuni degli altri termini rientrano nel concetto di non binario.

Diversi Stati del Paese stanno riconoscendo le identità di genere diverse da quella maschile e femminile sui documenti di identità governativi. Il mese scorso New York è diventata la quinta città degli Stati Uniti a offrire certificati di nascita non binari (detti anche di genere neutro o di terzo genere), dopo la California, l'Oregon, lo Stato di Washington e il New Jersey. Tre Stati e Washington D.C. consentono la patente di guida non binaria. Diversi operatori sanitari, ricercatori e pazienti non binari affermano che la comunità medica deve apportare cambiamenti per affrontare anche questo gruppo in crescita.

Nel loro rapporto, Lykens, LeBlanc e Bockting raccomandano che i moduli sanitari "siano inclusivi e affermativi di una gamma di identità ed espressioni di genere"; che gli operatori ricevano una maggiore formazione per "stabilire un livello più alto di alfabetizzazione e competenza di genere" per servire meglio i pazienti non binari; e che gli operatori "evitino le supposizioni" sull'identità di genere dei pazienti e "facciano domande aperte" per "incoraggiarli a raccontare le loro esperienze uniche di identità e salute".

Keuroghlian, che due anni fa ha avviato un programma alla Harvard Medical School per insegnare ai medici in formazione come prendersi cura dei pazienti transgender e non binari, ha recentemente lanciato una guida specificamente mirata ad aiutare i medici a comunicare con i pazienti non binari. "Le migliori pratiche per tutto il personale sanitario includono l'evitare ipotesi sull'identità di genere dei pazienti, la richiesta di informazioni sul nome e sui pronomi per poterli adottare in modo coerente in tutto il contesto clinico e la descrizione dell'anatomia e dei termini correlati con un linguaggio inclusivo del genere", scrivono Keuroghlian e i suoi coautori nelle conclusioni della guida.

Brooks ha detto di sperare che i medici e gli altri operatori sanitari possano promuovere uno spazio sicuro per i pazienti non binari. "Le persone dovrebbero avere qualcosa di affidabile, non qualcosa che le faccia sentire peggio", ha detto Brooks.

Raw Language Weaver

Per i pazienti non binari, cercare assistenza sanitaria può essere un compito doloroso. Quando i pazienti non binari di genere interagiscono con gli operatori sanitari, si sentono spesso "frantesi, irrispettati e frustrati", secondo un nuovo studio.

Quando Kam Brooks di 19 anni è stato ammesso in una struttura di assistenza sanitaria comportamentale a Sanford, Florida, dopo aver avuto pensieri suicidari, un'infermiera seguendo la sua procedura abituale ha chiesto all'adolescente di rimuovere oggetti personali, compreso un reggiseno. "È un pettorina, non un reggiseno", Brooks, che non si identifica né come maschio né come femmina, ma come genere non binario, ha risposto prima di passare a una camicia a maniche lunghe e a pantaloni felpati grigi. Durante un'altra interazione nella stessa struttura, Aspire Health Partners, un'organizzazione no-profit che si rivolge a pazienti a basso reddito, un consulente ha chiesto se Brooks fosse "maschio o femmina". Questa domanda, lamentata da Brooks, ignorava la possibilità che qualcuno potesse identificarsi come nessuno — o come un posto nel mezzo.

"Sono andato con il minore dei due mali e ho deciso di ritrarre me stesso come un uomo", ha detto Brooks, che aveva lottato con la disforia di genere, un conflitto tra il sesso di una persona assegnato alla nascita e il sesso con cui si identificano. "Non volevo rieducarli sulla terminologia corretta", ha aggiunto Brooks. "Volevo solo uscire di lì". Brooks, che è stato assegnato femmina alla nascita e usa loro pronomi, è stato infine messo in una lista di pazienti femminili dal personale infermieristico e ripetutamente indicato come una ragazza.

"L'assistenza sanitaria generale, fisica o mentale, mi sento ancora più a disagio a causa della probabilità di essere maleducato e di sperimentare una cattiva educazione come paziente", ha affermato Brooks, che ora si affida alle cliniche LGBTQ backlogged per i servizi. Citando le leggi federali sulla privacy dei pazienti, Todd Dixon, portavoce di Aspire Health Partners, ha affermato di non poter commentare le affermazioni di Brooks.

Un recente studio sulla rivista LGBT Health ha trovato l'esperienza di Brooks non è raro tra i pazienti non binari. Il rapporto, condotto da ricercatori della San Francisco State University e della Columbia University, ha rilevato che quasi tutti i partecipanti non binari intervistati hanno riferito di incontrare fornitori di servizi sanitari che non fornivano cure di genere o inclusive. "I partecipanti hanno ritenuto che i fornitori, anche quelli che hanno una formazione nell'assistenza transgender, non avessero le conoscenze, la formazione e l'esperienza necessarie per fornire loro l'assistenza sanitaria di cui hanno bisogno", hanno concluso gli autori del rapporto, James E. Lykens e Allen J. LeBlanc della SFSU e Walter O. Bockting della Columbia. Genderqueer e non binario "i giovani adulti nel nostro studio spesso si sentivano fraintesi, inrispettati e frustrati come cercavano e hanno ricevuto assistenza sanitaria."

I risultati dello studio non sono sorpresi dal Dr. Alex Keuroghlian, assistente professore di psichiatria presso la Harvard Medical School e direttore del Centro Nazionale di Educazione sanitaria LGBT del Fenway Institute. Keuroghlian ha detto che la maggior parte dei medici non sono istruiti sulle identità di genere non binarie. "I medici non sono stati addestrati a livello generale per sapere come utilizzare nomi corretti e pronomi non binari", ha affermato. "È una parte fondamentale dell'affermazione del paziente e della sua disponibilità a prestare assistenza. In caso contrario, le persone non torneranno a vedere il proprio medico".

Un fornitore di assistenza sanitaria che non è istruito circa o che sostiene l'identità di genere del paziente può compound il trauma del paziente non binario, Keuroghlian ha detto. "C'è una vittimizzazione cronica che purtroppo si perpetua nell'assistenza sanitaria, che dovrebbe essere un rifugio per tutti per accedere alle cure", ha affermato Keuroghlian. "Quando ciò non avviene, si procede alla ri-traumatizzazione e le persone continuano a sperimentare lo stress delle minoranze. Questa può essere una fonte di ansia e depressione, che può portare a risultati sanitari negativi".

Mishi Killion, che ha 26 anni, non conforme al sesso e utilizza pronomi maschili, ha detto che gli è stato detto in uno studio medico che non era "abbastanza trans" per la terapia ormonale sostitutiva. "Ha rovinato tutti i piani che avevo", ha affermato il nativo del Kentucky, che ha trascorso mesi a recuperare documenti di affermazione del genere per ormoni e interventi chirurgici. "Mi ha mandato in una profonda depressione e ha dissuadato la mia disforia che era sotto controllo".

Killion, che si presenta come androgino, ha detto i medici lo hanno esortato a consultare più terapisti per confermare una diagnosi di disforia di genere. "Ora, mi chiedo ogni volta che vado dal medico se mi dicono di nuovo la stessa cosa", ha aggiunto Killion, che ha detto di aver sobbato nella sala esame mentre i medici hanno negato la sua idoneità per il trattamento ormonale. "Non mi piacciono i medici in primo luogo, ma ha messo un cattivo gusto in bocca e mi ha fatto fidare ancora meno dei medici".

Violette Skye, 42 anni, un attivista a Salem, Oregon, che è nato intersex e si identifica come il sesso non binario, ha detto i medici costretti ad andare sul testosterone. "La maggior parte dei medici opera all'interno del binario e vede le persone solo come maschi o femmine", ha affermato Skye, membro di un comitato consultivo per il progetto Intersex and Genderqueer Recognition, un gruppo di advocacy non binario a Fremont, California. "Il mio corpo ha rifiutato il testosterone per i decenni in cui ero su di esso".

Elliot Butrie, 17 anni fa, disse che un terapeuta tre anni fa rise e disse che l'identità di genere non binaria non esisteva, ignorandola come una fase. Butrie ha lasciato cadere il terapeuta. "Fa male che le persone si interrogino costantemente su chi sei", ha affermato Butrie, che vive nel Michigan. Dopo quella visita dolorosa, Butrie si chiedeva come sarebbe stato un normale adolescente. "Se il mio terapeuta dice che non sono reale, forse non sono reale", ha ricordato Butrie pensando in quel momento.

Secondo Lykens, LeBlanc e Bockting, gli individui che si identificano come non binary o Genderqueer (un altro termine usato per descrivere coloro che si identificano non esclusivamente come maschi o femmine)

sono un "sottogruppo sostanziale e crescente della comunità non conforme al genere". In un'indagine del 2017 pubblicata dal gruppo LGBTQ media advocacy GLAAD, il 12% degli intervistati tra il 18 e il 34 ha identificato un'identità di genere diversa da quella assegnata alla nascita. Il tre per cento degli intervistati ha identificato come "agender"; il 3 per cento come "Gender Fluid"; il 2 per cento come "transgender"; il 2 per cento come "incerto/interrogatorio"; il 1 per cento come "bigender" e il 1 per cento come "genderqueer". Mentre il termine specifico "non binario" non era una delle opzioni, un certo numero di altri termini ricadrebbe sotto l'ombrello non binario.

Diversi stati in tutto il paese stanno ora riconoscendo identità di genere diverse da quelle maschili e femminili sui titoli di Stato. New York City il mese scorso è diventato il quinto posto negli Stati Uniti per offrire certificati di nascita non binari (chiamati anche neutro dal sesso o terzo genere), seguendo California, Oregon, Washington state e New Jersey. Tre stati e Washington, D.C., consentono patenti di guida non binari. Un certo numero di professionisti della sanità, ricercatori e pazienti non binari dicono che la comunità medica deve fare cambiamenti per affrontare questo gruppo in crescita pure.

Nel loro rapporto, Lykens, LeBlanc e Bockting hanno raccomandato che le forme sanitarie "siano inclusive e affermative di una serie di identità ed espressioni di genere"; che i fornitori ricevano una maggiore formazione per "stabilire un livello più elevato di alfabetizzazione e competenza di genere" per servire meglio i pazienti non binari; e che i fornitori "evitino ipotesi" sull'identità di genere dei pazienti e "pongano domande aperte" per "incoraggiarli a relazionare le loro esperienze uniche di identità e salute".

Keuroghlian, che due anni fa ha avviato un programma presso la Harvard Medical School per insegnare ai medici in formazione a prendersi cura dei pazienti transgender e non binari, ha recentemente lanciato una guida mirata specificamente ad aiutare i medici a comunicare con i pazienti non binari. "Le Best practice per tutto il personale sanitario includono l'evitare ipotesi sull'identità di genere dei pazienti, la richiesta di informazioni su nomi e pronomi per adottarli in modo coerente in tutto il contesto clinico e la descrizione dell'anatomia e dei termini correlati con un linguaggio inclusivo di genere", ha scritto Keuroghlian e i suoi coautori nelle conclusioni della guida.

Brooks ha detto che sperano che i medici e altri fornitori di assistenza sanitaria possano promuovere uno spazio sicuro per i pazienti non binari. "Le persone dovrebbero avere qualcosa di affidabile, non qualcosa che le faccia sentire peggio", ha affermato Brooks.

DeepL Translator + Glossary

Per le persone di genere non binario, la ricerca di assistenza sanitaria può essere un compito doloroso. Secondo un nuovo studio, quando le persone di genere non binario interagiscono con gli operatori sanitari, spesso si sentono "incomprese, non rispettate e frustrate".

Quando Kam Brooks, 19 anni, è stato ricoverato in una struttura sanitaria di Sanford, in Florida, dopo aver avuto pensieri suicidi, un'infermiera che seguiva la procedura abituale ha chiesto all'adolescente di togliersi gli oggetti personali, tra cui il reggiseno. "È un binder per il petto, non un reggiseno", ha risposto Brooks, che non si identifica né come maschio né come femmina ma come genere non binario, prima di cambiarsi con una camicia a maniche lunghe e pantaloni grigi della tuta. Durante un'altra interazione presso la stessa struttura, Aspire Health Partners, un'organizzazione no-profit che si rivolge a persone a basso reddito, un consulente ha chiesto se Brooks fosse "maschio o femmina". Questa domanda, ha lamentato Brooks, ignorava la possibilità che qualcuno potesse identificarsi come nessuno dei due, o come una via di mezzo.

"Ho scelto il male minore e ho deciso di ritrarmi come uomo", ha detto Brooks, che ha lottato contro la disforia di genere, un conflitto tra il genere assegnato alla nascita e quello con cui una persona si identifica. "Non volevo rieducarli alla terminologia corretta", ha aggiunto Brooks. "Volevo solo andarmene da lì". Brooks, a cui è stato assegnato il genere femminile alla nascita e che usa i pronomi neutri they/them, alla fine è stato inserito dal personale infermieristico in una lista di persone in cura e ripetutamente indicato come una ragazza.

"L'assistenza sanitaria generale - fisica o mentale - mi mette ancora più a disagio a causa della probabilità di essere mal classificato e di subire un'educazione sbagliata come persona in cura", ha detto Brooks, che ora si affida alle cliniche LGBTQ, che sono in arretrato, per ottenere servizi. Citando le leggi federali sulla privacy delle persone in cura, Todd Dixon, portavoce di Aspire Health Partners, ha dichiarato di non poter commentare le affermazioni di Brooks.

Secondo un recente studio pubblicato sulla rivista *LGBT Health*, l'esperienza di Brooks non è rara tra le persone di genere non binario. Il rapporto, condotto da ricercatori della San Francisco State University e della Columbia University, ha rilevato che quasi tutti i partecipanti di genere non binario intervistati hanno riferito di essersi imbattuti in fornitori di assistenza sanitaria che non fornivano cure per l'affermazione di genere o inclusive. "I partecipanti hanno ritenuto che gli operatori, anche quelli con una formazione in materia di persone transgender, non abbiano le conoscenze, la formazione e l'esperienza necessarie per fornire loro l'assistenza sanitaria di cui hanno bisogno", hanno concluso gli autori del rapporto, James E. Lykens e Allen J. LeBlanc della SFSU e Walter O. Bockting della Columbia. Le giovani persone di genere non binario adulte del nostro studio si sono sentite spesso incomprese, non rispettate e frustrate mentre cercavano e ricevevano assistenza sanitaria".

I risultati dello studio non hanno sorpreso il dottor Alex Keuroghlian, professore assistente di psichiatria alla Harvard Medical School e direttore del Fenway Institute's National LGBT Health Education Center. Keuroghlian ha detto che la maggior parte dei medici non è istruita sulle identità di genere non binario. "I medici non sono stati formati in modo trasversale per sapere come usare i nomi corretti e i pronomi di genere non binario", ha detto. "È una parte fondamentale dell'affermazione della persona in cura e del suo coinvolgimento nelle cure. Altrimenti, le persone non torneranno a vedere il loro medico".

Un operatore sanitario che non è istruito o non sostiene l'identità di genere del paziente può aggravare il trauma di una persona di genere non binario, ha detto Keuroghlian. "C'è una vittimizzazione cronica che purtroppo si perpetua nell'assistenza sanitaria, che dovrebbe essere un rifugio per tutti per accedere alle cure", ha detto Keuroghlian. "Quando ciò non accade, si verifica una ri-traumatizzazione e le persone continuano a subire uno stress di minoranza. Questo può essere fonte di ansia e depressione, che possono portare a risultati negativi per la salute".

Mishi Killion, che ha 26 anni, è gender-nonconforming e usa pronomi maschili, ha raccontato che in uno studio medico gli è stato detto che non era "abbastanza trans" per la terapia ormonale sostitutiva. "Ha rovinato tutti i piani che avevo", ha detto il nativo del Kentucky, che ha passato mesi a recuperare i documenti per l'affermazione di genere per gli ormoni e l'intervento chirurgico. "Mi ha mandato in una profonda depressione e ha incasinato la mia disforia che era sotto controllo".

Killion, che si presenta come androgino, ha detto che i medici lo hanno esortato a consultare più terapeuti per confermare la diagnosi di disforia di genere. "Ora mi chiedo ogni volta che vado dal medico se mi diranno di nuovo la stessa cosa", ha aggiunto Killion, che ha raccontato di aver singhiozzato in sala visite mentre i medici negavano la sua idoneità al trattamento ormonale. "Già di per sé non mi piacciono i medici, ma questa storia mi ha messo il voltastomaco in bocca e mi ha fatto fidare ancora meno dei medici".

Definitive: Violette Skye, 42 anni, attivista di Salem, Oregon, nata intersessuale e identificata come genere non binario, ha raccontato che i medici l'hanno costretta ad assumere testosterone. "La maggior parte dei medici opera all'interno di un sistema binario e vede le persone solo come maschi o femmine", ha detto Skye, membro del comitato consultivo dell'Intersex and Genderqueer Recognition Project, un gruppo di difesa del genere non binario di Fremont, in California. "Il mio corpo ha rifiutato il testosterone per decenni". // With to be born – essere alla nascita Violette Skye, 42 anni, attivista di Salem, Oregon, che è alla nascita intersessuale e si identifica come genere non binario, ha detto che i medici li hanno costretti ad assumere testosterone. "La maggior parte dei medici opera all'interno di un sistema binario e vede le persone solo come maschi o femmine", ha detto Skye, membro del comitato consultivo dell'Intersex and Genderqueer Recognition Project, un gruppo di difesa del genere non binario di Fremont, in California. "Il mio corpo ha rifiutato il testosterone per decenni".

Elliot Butrie, 17 anni, ha raccontato che tre anni fa un terapeuta si è messo a ridere e ha detto che l'identità di genere non binario non esiste, liquidandola come una fase. Butrie ha abbandonato il terapeuta. "Fa male che le persone mettano costantemente in dubbio chi sei", ha detto Butrie, che vive in Michigan. Dopo quella dolorosa visita, Butrie si è chiesto come sarebbe stato essere un adolescente normale. "Se il mio terapeuta dice che non sono reale, forse non sono reale", ha ricordato Butrie pensando a quel tempo.

Gli individui che si identificano come non binari o genderqueer (un altro termine usato per descrivere coloro che non si identificano né esclusivamente come maschi né come femmine) sono un "sottogruppo sostanziale e in crescita della comunità di genere non conforme", secondo Lykens, LeBlanc e Bockting. In un sondaggio del 2017 pubblicato dal gruppo di difesa dei media LGBTQ GLAAD, il 12% degli intervistati tra i 18 e i 34 anni si è identificato con un'identità di genere diversa da quella assegnata alla nascita. Il 3% degli intervistati si è identificato come "agender"; il 3% come "gender fluid"; il 2% come "transgender"; il 2% come "incerto/interrogativo"; l'1% come "bigender"; e l'1% come "genderqueer". Anche se il termine specifico "non binario" non era tra le opzioni, alcuni degli altri termini rientrano nel genere non binario.

Diversi Stati del Paese stanno riconoscendo le identità di genere diverse da quella maschile e femminile sui documenti d'identità statali. Il mese scorso New York è diventata la quinta città degli Stati Uniti a offrire certificati di nascita di genere non binario (detti anche di genere neutro o di terzo genere), dopo la California, l'Oregon, lo Stato di Washington e il New Jersey. Tre Stati e Washington D.C. consentono la patente di guida di genere non binario. Alcuni professionisti della salute, ricercatori e persone di genere non binario affermano che la comunità medica deve apportare cambiamenti per affrontare anche questo gruppo in crescita.

Nel loro rapporto, Lykens, LeBlanc e Bockting raccomandano che i moduli sanitari "siano inclusivi e affermativi di una gamma di identità ed espressioni di genere"; che gli operatori ricevano una maggiore formazione per "stabilire un livello più alto di alfabetizzazione e competenza di genere" per servire meglio le persone di genere non binario; e che gli operatori "evitino le supposizioni" sull'identità di genere dei pazienti e "facciano domande aperte" per "incoraggiarli a raccontare le loro esperienze uniche di identità e salute".

Keuroghlian, che due anni fa ha avviato un programma alla Harvard Medical School per insegnare ai medici in formazione come prendersi cura delle persone transgender e non binarie, ha recentemente lanciato una guida specificamente mirata ad aiutare i medici a comunicare con i pazienti di genere non binario. "Le migliori pratiche per tutto il personale sanitario includono l'evitare ipotesi sull'identità di genere delle persone in cura, la richiesta di informazioni sul nome e sui pronomi per poterli adottare in modo coerente in tutto il contesto clinico e la descrizione dell'anatomia e dei termini correlati con un linguaggio inclusivo del genere", scrivono Keuroghlian e i suoi coautori nelle conclusioni della guida.

Brooks ha detto che spera che i medici e gli altri operatori sanitari possano promuovere uno spazio sicuro per le persone di genere non binario. "Le persone dovrebbero avere qualcosa di affidabile, non qualcosa che le faccia sentire peggio", ha detto Brooks.

Language Weaver + Dictionary

Per i pazienti di di genere non binario, cercare assistenza sanitaria può essere un compito doloroso. Quando i pazienti di sesso di genere non binario interagiscono con gli operatori sanitari, si sentono spesso "fraitesi, inrispettati e frustrati", secondo un nuovo studio.

Quando Kam Brooks di 19 anni è stato ammesso in una struttura di assistenza sanitaria comportamentale a Sanford, Florida, dopo aver avuto pensieri suicidari, un'infermiera seguendo la sua procedura abituale ha chiesto al in età adolescente di rimuovere oggetti personali, compreso un reggiseno. "È un binder, non un reggiseno", Brooks, che non si identifica né come maschio né come femmina, ma come di genere non binario di genere, ha risposto prima di passare a una camicia a maniche lunghe e a pantaloni felpa grigi. Durante un'altra interazione nella stessa struttura, Aspire Health Partners, un'organizzazione no-profit che si rivolge a pazienti a basso reddito, un consulente ha chiesto se Brooks fosse "maschio o femmina". Questa

domanda, lamentata da Brooks, ignorava la possibilità che qualcuno potesse identificarsi come nessuno — o come un posto nel mezzo.

“Sono andato con il minore dei due mali e ho deciso di ritrarre me stesso come un uomo”, ha detto Brooks, che aveva lottato con la disforia di genere, un conflitto tra il sesso di una persona assegnato alla nascita e il sesso con cui si identificano. “Non volevo rieducarli sulla terminologia corretta”, ha aggiunto Brooks. “Volevo solo uscire di lì”. Brooks, che era a cui è stato assegnato il genere femminile alla nascita e che usa i pronomi i pronomi neutri they/them, è stato infine messo in una lista di pazienti femminili dal personale infermieristico e ripetutamente indicato come una ragazza.

“L'assistenza sanitaria generale, fisica o mentale, mi sento ancora più a disagio a causa della probabilità di essere maleducato e di sperimentare una cattiva educazione come persona in cura”, ha affermato Brooks, che ora si affida alle cliniche LGBTQ backlogged per i servizi. Citando le leggi federali sulla privacy di persona in cura, Todd Dixon, un portavoce dei partner sanitari di Aspire, ha affermato di non poter commentare le affermazioni di Brooks.

Un recente studio sulla rivista *LGBT Health* ha trovato l'esperienza di Brooks non è raro tra i pazienti di genere non binario. Il rapporto, condotto da ricercatori della San Francisco State University e della Columbia University, ha rilevato che quasi tutti i partecipanti al sondaggio di genere non binario hanno riferito di incontrare fornitori di assistenza sanitaria che non fornivano assistenza per l'affermazione di genere o inclusiva. “I partecipanti hanno ritenuto che i fornitori, anche quelli che hanno una formazione in persona transgender Care, non avessero le conoscenze, la formazione e l'esperienza necessarie per fornire loro l'assistenza sanitaria di cui hanno bisogno”, hanno concluso gli autori del rapporto, James E. Lykens e Allen J. LeBlanc della SFSU e Walter O. Bockting della Columbia. Genderqueer e di genere non binario “i giovani adulti nel nostro studio si sentivano spesso fraintesi, inrispettati e frustrati mentre cercavano e ricevevano assistenza sanitaria.”

I risultati dello studio non sono sorpresi dal Dr. Alex Keuroghlian, assistente professore di psichiatria presso la Harvard Medical School e direttore del Centro Nazionale di Educazione sanitaria LGBT del Fenway Institute. Keuroghlian ha detto che la maggior parte dei medici non sono istruiti circa le identità di genere di di genere non binario. “I medici non sono stati addestrati a livello generale per sapere come utilizzare i nomi corretti e i pronomi di genere non binario”, ha affermato. “Si tratta di una parte fondamentale di affermare la persona in cura e far loro rimanere impegnati nelle cure. In caso contrario, le persone non torneranno a vedere il proprio medico”.

Un fornitore di assistenza sanitaria che non è istruito circa o che sostiene l'identità di genere del paziente può compound il trauma del paziente di di genere non binario, ha detto Keuroghlian. “C'è una vittimizzazione cronica che purtroppo si perpetua nell'assistenza sanitaria, che dovrebbe essere un rifugio per tutti per accedere alle cure”, ha affermato Keuroghlian. “Quando ciò non avviene, si procede alla ri-traumatizzazione e le persone continuano a sperimentare lo stress delle minoranze. Questa può essere una fonte di ansia e depressione, che può portare a risultati sanitari negativi”.

Mishi Killion, che ha 26 anni, non conforme al sesso e utilizza pronomi maschili, ha detto che gli è stato detto in uno studio medico che non era “persona trans abbastanza” per la terapia ormonale sostitutiva. “Ha rovinato tutti i piani che avevo”, ha affermato il nativo del Kentucky, che ha trascorso mesi a recuperare documenti di affermazione del genere per ormoni e interventi chirurgici. “Mi ha mandato in una profonda depressione e ha dissuadato la mia disforia che era sotto controllo”.

Killion, che si presenta come androgino, ha detto i medici lo hanno esortato a consultare più terapisti per confermare una diagnosi di disforia di genere. “Ora, mi chiedo ogni volta che vado dal medico se mi dicono di nuovo la stessa cosa”, ha aggiunto Killion, che ha detto di aver sobbato nella sala esame mentre i medici hanno negato la sua idoneità per il trattamento ormonale. “Non mi piacciono i medici in primo luogo, ma ha messo un cattivo gusto in bocca e mi ha fatto fidare ancora meno dei medici”.

Violette Skye, 42 anni, un attivista a Salem, Oregon, che alla nascita intersex e identifica come sesso di genere non binario, ha detto i medici costretti ad andare sul testosterone. “La maggior parte dei medici

opera all'interno del binario e vede le persone solo come maschi o femmine", ha affermato Skye, un membro del comitato consultivo per il progetto di riconoscimento intersessuale e geneista, un gruppo di advocacy di genere non binario a Fremont, California. "Il mio corpo ha rifiutato il testosterone per i decenni in cui ero su di esso".

Elliot Butrie, 17 anni fa, disse che un terapeuta tre anni fa rise e disse che l'identità di genere di genere non binario non esisteva, ignorandola come una fase. Butrie ha lasciato cadere il terapeuta. "Fa male che le persone si interrogino costantemente su chi sei", ha affermato Butrie, che vive nel Michigan. Dopo quella visita dolorosa, Butrie si chiedeva come sarebbe stato un normale adolescente. "Se il mio terapeuta dice che non sono reale, forse non sono reale", ha ricordato Butrie pensando in quel momento.

Secondo Lykens, LeBlanc e Bockting, gli individui che si identificano come di genere non binario o Genderqueer (un altro termine usato per descrivere coloro che si identificano non esclusivamente come uomini o donne) sono un "sottogruppo sostanziale e crescente della comunità non conforme al genere". In un'indagine del 2017 pubblicata dal gruppo LGBTQ media advocacy GLAAD, il 12% degli intervistati tra il 18 e il 34 ha identificato un'identità di genere diversa da quella assegnata alla nascita. Il tre per cento degli intervistati ha identificato come "agender"; il 3 per cento come "Gender Fluid"; il 2 per cento come "persona transgender"; il 2 per cento come "incerto/interrogatorio"; il 1 per cento come "bigender" e il 1 per cento come "genderqueer". Mentre il termine specifico "di genere non binario" non era una delle opzioni, alcuni degli altri termini ricadrebbero sotto l'ombrello di di genere non binario.

Diversi stati in tutto il paese stanno ora riconoscendo identità di genere diverse da quelle maschili e femminili sui titoli di Stato. New York il mese scorso è diventato il quinto posto negli Stati Uniti per offrire certificati di nascita di genere non binario (chiamato anche genere-neutro o terzo genere), seguendo California, Oregon, stato di Washington e New Jersey. Tre stati e Washington, D.C., consentono le patenti di guida di genere non binario. Un certo numero di operatori sanitari, ricercatori e pazienti di di genere non binario dicono che la comunità medica deve fare cambiamenti per affrontare questo gruppo in crescita pure.

Nel loro rapporto, Lykens, LeBlanc e Bockting hanno raccomandato che le forme sanitarie "siano inclusive e affermative di una serie di identità ed espressioni di genere"; che i fornitori ricevano una maggiore formazione al fine di "stabilire un livello più elevato di alfabetizzazione e competenza di genere" per servire meglio i pazienti affetti da di genere non binario; e che i fornitori "evitino ipotesi" sull'identità di genere dei pazienti e "pongano domande aperte" per "incoraggiarli a relazionare le loro esperienze uniche di identità e salute".

Keuroghlian, che due anni fa ha avviato un programma presso la Scuola Medica di Harvard per insegnare ai medici in formazione la cura dei pazienti affetti da persona transgender e di genere non binario, ha recentemente lanciato una guida mirata specificamente ad aiutare i medici a comunicare con i pazienti affetti da di genere non binario. "Le Best practice per tutto il personale sanitario includono l'evitare ipotesi sull'identità di genere dei pazienti, la richiesta di informazioni su nomi e pronomi per adottarli in modo coerente in tutto il contesto clinico e la descrizione dell'anatomia e dei termini correlati con un linguaggio inclusivo di genere", ha scritto Keuroghlian e i suoi coautori nelle conclusioni della guida.

Brooks ha detto che sperano che i medici e altri operatori sanitari possano promuovere uno spazio sicuro per i pazienti di genere non binario. "Le persone dovrebbero avere qualcosa di affidabile, non qualcosa che le faccia sentire peggio", ha affermato Brooks.

Raw ModernMT

Per i pazienti non binari, cercare assistenza sanitaria può essere un compito doloroso. Quando i pazienti di genere non binario interagiscono con gli operatori sanitari, spesso si sentono "incompresi, non rispettati e frustrati", secondo un nuovo studio.

Quando la diciannovenne Kam Brooks è stata ricoverata in una struttura sanitaria comportamentale a Sanford, in Florida, dopo aver avuto pensieri suicidi, un'infermiera seguendo la sua solita procedura ha chiesto all'adolescente di rimuovere gli oggetti personali, incluso un reggiseno. "È un legante per il torace,

non un reggiseno", Brooks, che si identifica come né maschio né femmina, ma come genere non binario, ha risposto prima di indossare una camicia a maniche lunghe e pantaloni della tuta grigi. Durante un'altra interazione presso la stessa struttura, Aspire Health Partners, un'organizzazione no-profit che si rivolge a pazienti a basso reddito, un consulente ha chiesto se Brooks fosse "maschio o femmina". Questa domanda, si lamentava Brooks, ignorava la possibilità che qualcuno potesse identificarsi come nessuno dei due — o come da qualche parte nel mezzo.

"Sono andato con il minore dei due mali e ho deciso di ritrarmi come un uomo", ha detto Brooks, che aveva lottato con la disforia di genere, un conflitto tra il genere di una persona assegnato alla nascita e il genere con cui si identificano. "Non volevo rieducarli sulla terminologia corretta", ha aggiunto Brooks. "Volevo solo andarmene da lì. Brooks, che è stato assegnato femmina alla nascita e utilizza loro/loro pronomi, è stato infine messo su una lista di pazienti di sesso femminile da parte del personale infermieristico e più volte indicato come una ragazza.

"L'assistenza sanitaria generale — fisica o mentale — sono ancora più a disagio a causa della probabilità di essere misgendered e sperimentare la cattiva educazione come paziente", ha detto Brooks, che ora si basa su cliniche LGBTQ arretrate per i servizi. Citando le leggi federali sulla privacy dei pazienti, Todd Dixon, portavoce di Aspire Health Partners, ha dichiarato di non poter commentare le affermazioni di Brooks.

Un recente studio sulla rivista LGBT Health ha rilevato che l'esperienza di Brooks non è rara tra i pazienti non binari. Il rapporto, condotto da ricercatori della San Francisco State University e della Columbia University, ha rilevato che quasi tutti i partecipanti non binari intervistati hanno riferito di aver incontrato operatori sanitari che non hanno fornito assistenza di genere o inclusiva. "I partecipanti hanno ritenuto che i fornitori — anche quelli con formazione nell'assistenza transgender — non avessero le conoscenze, la formazione e l'esperienza per fornire loro l'assistenza sanitaria di cui hanno bisogno", hanno concluso gli autori del rapporto, James E. Lykens e Allen J. LeBlanc della SFSU e Walter O. Bockting della Columbia. I giovani adulti nel nostro studio spesso si sentivano fraintesi, non rispettati e frustrati mentre cercavano e ricevevano assistenza sanitaria.

I risultati dello studio non sono stati una sorpresa per il Dr. Alex Keuroghlian, assistente professore di psichiatria presso la Harvard Medical School e direttore del National LGBT Health Education Center del Fenway Institute. Keuroghlian ha detto che la maggior parte dei medici non sono istruiti sulle identità di genere non binarie. "I medici non sono stati addestrati su tutta la linea per sapere come usare nomi corretti e pronomi non binari", ha detto. "È una parte fondamentale dell'affermazione del paziente e del fatto che rimanga impegnato nelle cure. Altrimenti, le persone non torneranno a vedere il loro medico."

Un operatore sanitario che non è istruito o non supporta l'identità di genere del paziente può aggravare il trauma di un paziente non binario, ha detto Keuroghlian. "C'è una vittimizzazione cronica che purtroppo si perpetua nell'assistenza sanitaria, che dovrebbe essere un rifugio per tutti per accedere alle cure", ha detto Keuroghlian. "Quando ciò non accade, c'è la ri-traumatizzazione e le persone continuano a sperimentare lo stress minoritario. Questa può essere una fonte di ansia e depressione, che può portare a esiti negativi per la salute".

Mishi Killion, che ha 26 anni, non è conforme al genere e usa pronomi maschili, ha detto che gli è stato detto in uno studio medico che non era "abbastanza trans" per la terapia ormonale sostitutiva. "Ha rovinato tutti i piani che avevo", ha detto il nativo del Kentucky, che ha trascorso mesi a recuperare documenti di affermazione di genere per ormoni e chirurgia. "Mi ha mandato in una profonda depressione e ha incasinato la mia disforia che era sotto controllo."

Killion, che si presenta come androgino, ha detto che i medici lo hanno esortato a consultare più terapeuti per confermare una diagnosi di disforia di genere. "Ora, mi chiedo ogni volta che vado dal medico se mi diranno di nuovo la stessa cosa", ha aggiunto Killion, che ha detto di aver singhiozzato nella sala d'esame mentre i medici hanno negato la sua idoneità per il trattamento ormonale. "Già non mi piacciono i medici in primo luogo, ma mi ha messo un cattivo gusto in bocca e mi ha fatto fidare dei medici ancora meno."

Violette Skye, 42 anni, un'attivista di Salem, Oregon, che è nata intersessuale e si identifica come genere non binario, ha detto che i medici li hanno costretti a prendere il testosterone. "La maggior parte dei medici operano all'interno del binario e vedono le persone solo come maschi o femmine", ha detto Skye, un membro del comitato consultivo per l'Intersex and Genderqueer Recognition Project, un gruppo di difesa non binario a Fremont, in California. Il mio corpo ha rifiutato il testosterone per i decenni in cui ci sono stato.

Elliot Butrie, 17 anni, ha detto che un terapeuta tre anni fa ha riso e ha detto che l'identità di genere non binaria non esisteva, liquidandola come una fase. Butrie ha mollato il terapeuta. "Fa male che le persone si chiedano costantemente chi sei", ha detto Butrie, che vive nel Michigan. Dopo quella dolorosa visita, Butrie si chiese come sarebbe stato essere un adolescente normale. "Se il mio terapeuta dice che non sono reale, forse non sono reale", ha ricordato Butrie pensando in quel momento.

Gli individui che si identificano come non binari o genderqueer (un altro termine usato per descrivere coloro che non si identificano come esclusivamente maschi o femmine) sono un "sottogruppo sostanziale e in crescita della comunità non conforme al genere", secondo Lykens, LeBlanc e Bockting. In un sondaggio del 2017 pubblicato dal gruppo di difesa dei media LGBTQ GLAAD, il 12% degli intervistati tra i 18 e i 34 anni si è identificato con un'identità di genere diversa da quella che era stata assegnata alla nascita. Il 3% degli intervistati si è identificato come "agender"; il 3% come "gender fluid"; il 2% come "transgender"; il 2% come "incerto/interrogatorio"; l'1% come "bigender"; e l'1% come "genderqueer". Mentre il termine specifico "non binario" non era una delle opzioni, un certo numero di altri termini cadrebbe sotto l'ombrello non binario.

Diversi stati in tutto il paese stanno ora riconoscendo identità di genere diverse da quelle maschili e femminili sui documenti d'identità governativi. New York City il mese scorso è diventato il quinto posto negli Stati Uniti per offrire certificati di nascita non binari (chiamati anche di genere neutro o terzo genere), dopo California, Oregon, stato di Washington e New Jersey. Tre stati e Washington, DC, consentono patenti di guida non binarie. Un certo numero di operatori sanitari, ricercatori e pazienti non binari affermano che la comunità medica deve apportare modifiche per affrontare anche questo gruppo in crescita.

Nel loro rapporto, Lykens, LeBlanc e Bockting hanno raccomandato che le forme di salute "siano inclusive e affermative di una serie di identità ed espressioni di genere"; che i fornitori ricevano più formazione al fine di "stabilire un livello più elevato di alfabetizzazione e competenza di genere" per servire meglio i pazienti non binari; e che i fornitori "evitino ipotesi" sull'identità di genere dei pazienti e "pongano domande aperte" per "incoraggiarli a mettere in relazione le loro esperienze uniche di identità e salute".

Keuroghlian, che due anni fa ha avviato un programma presso la Harvard Medical School per insegnare ai medici in formazione a prendersi cura dei pazienti transgender e non binari, ha recentemente lanciato una guida specificamente volta ad aiutare i medici a comunicare con i pazienti non binari. "Le migliori pratiche per tutto il personale sanitario includono l'evitare ipotesi sull'identità di genere dei pazienti, chiedere informazioni su nome e pronomi al fine di adottarli in modo coerente in tutto il contesto clinico e descrivere l'anatomia e i termini correlati con il linguaggio inclusivo del genere", Keuroghlian e i suoi co-autori hanno scritto nella conclusione della guida.

Brooks ha detto che sperano che i medici e altri operatori sanitari possano promuovere uno spazio sicuro per i pazienti non binari. "Le persone dovrebbero avere qualcosa di affidabile, non qualcosa che le faccia sentire peggio", ha detto Brooks.

ModernMT + TM

Per i pazienti non binari, cercare assistenza sanitaria può essere un compito doloroso. Quando i pazienti di genere non binario interagiscono con gli operatori sanitari, spesso si sentono "incompresi, non rispettati e frustrati", secondo un nuovo studio.

Quando la diciannovenne Kam Brooks è stata ricoverata in una struttura sanitaria comportamentale a Sanford, in Florida, dopo aver avuto pensieri suicidi, un'infermiera seguendo la sua solita procedura ha

chiesto all'adolescente di rimuovere gli oggetti personali, incluso un reggiseno. "È un legante per il torace, non un reggiseno", Brooks, che si identifica come né maschio né femmina, ma come genere non binario, ha risposto prima di indossare una camicia a maniche lunghe e pantaloni della tuta grigi. Durante un'altra interazione presso la stessa struttura, Aspire Health Partners, un'organizzazione no profit che si rivolge a pazienti a basso reddito, un consulente ha chiesto se Brooks fosse "maschio o femmina". Questa domanda, si lamentava Brooks, ignorava la possibilità che qualcuno potesse identificarsi come nessuno dei due — o come da qualche parte nel mezzo.

"Sono andato con il minore dei due mali e ho deciso di ritrarmi come un uomo", ha detto Brooks, che aveva lottato con la disforia di genere, un conflitto tra il genere di una persona assegnato alla nascita e il genere con cui si identificano. "Non volevo rieducarli sulla terminologia corretta", ha aggiunto Brooks. "Volevo solo andarmene da lì. Brooks, a cui è stata assegnata una femmina alla nascita e che usa i loro pronomi, è stata infine inserita in una lista di pazienti di sesso femminile dallo staff infermieristico e ripetutamente indicata come una ragazza.

"L'assistenza sanitaria generale — fisica o mentale — sono ancora più a disagio a causa della probabilità di essere misgendered e sperimentare la cattiva educazione come paziente", ha detto Brooks, che ora si basa su cliniche LGBTQ arretrate per i servizi. Citando le leggi federali sulla privacy dei pazienti, Todd Dixon, portavoce di Aspire Health Partners, ha dichiarato di non poter commentare le affermazioni di Brooks.

Un recente studio sulla rivista LGBT Health ha rilevato che l'esperienza di Brooks non è rara tra i pazienti non binari. Il rapporto, condotto da ricercatori della San Francisco State University e della Columbia University, ha rilevato che quasi tutti i partecipanti non binari intervistati hanno riferito di aver incontrato operatori sanitari che non hanno fornito assistenza di genere o inclusiva. "I partecipanti hanno ritenuto che i fornitori — anche quelli con formazione nell'assistenza transgender — non avessero le conoscenze, la formazione e l'esperienza per fornire loro l'assistenza sanitaria di cui hanno bisogno", hanno concluso gli autori del rapporto, James E. Lykens e Allen J. LeBlanc della SFSU e Walter O. Bockting della Columbia. "I giovani adulti nel nostro studio spesso si sentivano incompresi, non rispettati e frustrati mentre cercavano e ricevevano assistenza sanitaria".

I risultati dello studio non sono stati una sorpresa per il Dr. Alex Keuroghlian, assistente professore di psichiatria presso la Harvard Medical School e direttore del National LGBT Health Education Center del Fenway Institute. Keuroghlian ha detto che la maggior parte dei medici non sono istruiti sulle identità di genere non binarie. "I medici non sono stati addestrati su tutta la linea per sapere come usare nomi corretti e pronomi non binari", ha detto. "È una parte fondamentale dell'affermazione del paziente e del fatto che rimanga impegnato nella cura. In caso contrario, le persone non torneranno a vedere il loro medico."

Un fornitore di assistenza sanitaria che non è educato o di sostegno dell'identità di genere del paziente può aggravare il trauma di un paziente non binario, Keuroghlian ha detto. "C'è una vittimizzazione cronica che purtroppo si perpetua nell'assistenza sanitaria, che dovrebbe essere un rifugio per tutti per accedere alle cure", ha detto Keuroghlian. Quando ciò non accade, c'è la ri-traumatizzazione e le persone continuano a sperimentare lo stress delle minoranze. Questa può essere una fonte di ansia e depressione, che può portare a esiti negativi per la salute".

Mishi Killion, che ha 26 anni, non è conforme al genere e usa pronomi maschili, ha detto che gli è stato detto in uno studio medico che non era "abbastanza trans" per la terapia ormonale sostitutiva. "Ha rovinato tutti i piani che avevo", ha detto il nativo del Kentucky, che ha trascorso mesi a recuperare documenti di affermazione di genere per ormoni e chirurgia. "Mi ha mandato in una profonda depressione e ha incasinato la mia disforia che era sotto controllo."

Killion, che si presenta come androgino, ha detto che i medici lo hanno esortato a consultare più terapeuti per confermare una diagnosi di disforia di genere. "Ora, mi chiedo ogni volta che vado dal medico se mi diranno di nuovo la stessa cosa", ha aggiunto Killion, che ha detto di aver singhiozzato nella sala d'esame mentre i medici hanno negato la sua idoneità per il trattamento ormonale. "Già non mi piacciono i medici in primo luogo, ma mi ha messo un cattivo gusto in bocca e mi ha fatto fidare ancora meno dei medici".

Violette Skye, 42 anni, un'attivista di Salem, Oregon, che è nata intersessuale e si identifica come genere non binario, ha detto che i medici li hanno costretti a prendere il testosterone. "La maggior parte dei medici opera all'interno del sistema binario e vede le persone solo come maschi o femmine", ha detto Skye, membro del comitato consultivo per il progetto di riconoscimento di Intersex e Genderqueer, un gruppo di difesa non binario a Fremont, in California. "Il mio corpo ha rifiutato il testosterone per i decenni in cui ci sono stato".

Elliot Butrie, 17 anni, ha detto che un terapeuta tre anni fa ha riso e ha detto che l'identità di genere non binaria non esisteva, liquidandola come una fase. Butrie ha lasciato cadere il terapeuta. "Fa male che le persone si chiedano costantemente chi sei", ha detto Butrie, che vive nel Michigan. Dopo quella dolorosa visita, Butrie si chiese come sarebbe stato essere un adolescente normale. "Se il mio terapeuta dice che non sono reale, forse non sono reale", ha ricordato Butrie pensando in quel momento.

Gli individui che si identificano come non binari o genderqueer (un altro termine usato per descrivere coloro che non si identificano come esclusivamente maschi o femmine) sono un "sottogruppo sostanziale e in crescita della comunità di genere non conforme", secondo Lykens, LeBlanc e Bockting. In un sondaggio del 2017 pubblicato dal gruppo di difesa dei media LGBTQ GLAAD, il 12% degli intervistati tra i 18 ei 34 anni si è identificato con un'identità di genere diversa da quella che gli è stata assegnata alla nascita. Il 3% degli intervistati si è identificato come "agender"; il 3% come "gender fluid"; il 2% come "transgender"; il 2% come "incerto/interrogatorio"; l'1% come "bigender"; e l'1% come "genderqueer". Mentre il termine specifico "non binario" non era una delle opzioni, un certo numero di altri termini ricadrebbe sotto l'ombrello non binario.

Diversi stati in tutto il paese stanno ora riconoscendo identità di genere diverse da quelle maschili e femminili sui documenti d'identità governativi. La città di New York il mese scorso è diventata il quinto posto negli Stati Uniti per offrire certificati di nascita non binari (chiamati anche di genere neutro o terzo genere), dopo California, Oregon, stato di Washington e New Jersey. Tre stati e Washington, DC, consentono patenti di guida non binarie. Un certo numero di operatori sanitari, ricercatori e pazienti non binari affermano che la comunità medica deve apportare modifiche per affrontare anche questo gruppo in crescita.

Nel loro rapporto, Lykens, LeBlanc e Bockting hanno raccomandato che le forme di salute "siano inclusive e affermative di una serie di identità ed espressioni di genere"; che i fornitori ricevano una maggiore formazione al fine di "stabilire un livello più elevato di alfabetizzazione e competenza di genere" per servire meglio i pazienti non binari; e che i fornitori "evitino ipotesi" sull'identità di genere dei pazienti e "pongano domande aperte" per "incoraggiarli a mettere in relazione le loro esperienze uniche di identità e salute".

Keuroghlian, che due anni fa ha avviato un programma presso la Harvard Medical School per insegnare ai medici in formazione a prendersi cura dei pazienti transgender e non binari, ha recentemente lanciato una guida specificamente volta ad aiutare i medici a comunicare con i pazienti non binari. "Le migliori pratiche per tutto il personale sanitario includono l'evitare ipotesi sull'identità di genere dei pazienti, la richiesta di informazioni su nome e pronomi al fine di adottarli in modo coerente in tutto il contesto clinico e la descrizione dell'anatomia e dei termini correlati con il linguaggio inclusivo del genere", hanno scritto Keuroghlian e i suoi co-autori nella conclusione della guida.

Brooks ha detto che sperano che i medici e altri operatori sanitari possano promuovere uno spazio sicuro per i pazienti non binari. "Le persone dovrebbero avere qualcosa di affidabile, non qualcosa che le faccia sentire peggio", ha detto Brooks.

Raw Generic SYSTRAN

Per i pazienti non binari, cercare la salute può essere un compito doloroso. Quando i pazienti non binari di genere interagiscono con i fornitori di servizi sanitari, spesso si sentono "incompresi, trascurati e frustrati" secondo un nuovo studio.

Quando Kam Brooks, 19 anni, fu ricoverato in una struttura comportamentale di Sanford, in Florida, dopo aver avuto pensieri suicidi, un'infermiera che seguiva la sua normale procedura chiese al ragazzo di rimuovere oggetti personali, incluso un reggiseno. "È un raccoglitore toracico, non un reggiseno", Brooks, che identifica non come maschio né femmina ma come non binario di sesso, ha risposto prima di passare a una camicia a manica lunga e pantaloni grigi. Durante un'altra interazione nella stessa struttura, Aspire Health Partners, un'organizzazione no profit che si occupa dei pazienti a basso reddito, un consulente ha chiesto se Brooks fosse "maschio o femmina". Questa domanda, lamentava Brooks, ignorava la possibilità che qualcuno potesse identificarsi come nessuno dei due, o come qualcosa nel mezzo.

"Sono andato con il minore di due mali e ho deciso di presentarmi come un uomo" ha detto Brooks, che aveva lottato con la disforia di genere, un conflitto tra il sesso di una persona assegnato alla nascita e il sesso con cui si identificano. "Non volevo rieducarli nella corretta terminologia", ha aggiunto Brooks. "Volevo solo andarmene da lì." Brooks, assegnato alla nascita alle donne e che utilizza loro pronomi, alla fine è stato inserito in una lista di pazienti femmine dal personale infermieristico e ripetutamente chiamato "ragazza".

"Assistenza sanitaria generale — fisica o mentale — mi sento ancora più a disagio a causa della probabilità di essere mal educato e di avere una cattiva educazione come paziente", ha dichiarato Brooks, che ora si affida alle cliniche LGBTQ arretrate per i servizi. Citare le leggi federali sulla privacy dei pazienti, Todd Dixon, portavoce degli Aspire Health Partners, ha detto di non poter commentare le affermazioni di Brooks.

Uno studio recente sulla rivista LGBT Health ha scoperto che l'esperienza di Brooks non è insolita tra i pazienti non binari. Il rapporto, condotto da ricercatori della San Francisco State University e della Columbia University, ha rilevato che quasi tutti i partecipanti non binari intervistati hanno avuto contatti con fornitori di servizi sanitari che non hanno fornito assistenza per l'affermazione del genere o per l'inclusione. "I partecipanti hanno ritenuto che i fornitori — anche quelli che hanno una formazione nel campo della cura dei transessuali — non dispongano delle conoscenze, della formazione e dell'esperienza necessarie per fornire loro l'assistenza sanitaria necessaria", hanno concluso gli autori del rapporto, James E. Lykens e Allen J. LeBlanc di SFSU e Walter O. Bockting di Columbia. Genderqueer e non binari "i giovani adulti nel nostro studio si sentivano spesso fraintesi, irrispettati e frustrati mentre cercavano e ricevevano assistenza sanitaria."

I risultati dello studio non sono stati una sorpresa per il dottor Alex Keuroghlian, un assistente professore di psichiatria alla Harvard Medical School e direttore del National LGBT Health Education Center dell'Istituto Fenway. Keuroghlian ha detto che la maggior parte dei dottori non sono istruiti sulle identità di genere non binarie. "I clinici non sono stati addestrati a capire come usare nomi corretti e pronomi non binari", ha detto. "È una parte critica dell'affermare il paziente e tenerlo in cura. Altrimenti, la gente non tornerà a vedere il suo clinico."

Keuroghlian ha detto che un operatore sanitario che non è istruito o che sostiene l'identità di genere del paziente può comporre il trauma di un paziente non binario. "C'è una vittimizzazione cronica che sfortunatamente si perpetua nell'assistenza sanitaria, che dovrebbe essere un rifugio per tutti per accedere all'assistenza", ha detto Keuroghlian. "Quando ciò non accade, c'è una ritraumatizzazione e la gente continua a sperimentare stress minoritario. Questa può essere una fonte di ansia e depressione, che può portare a conseguenze negative per la salute."

Mishi Kylon, che ha 26 anni, non conforme al sesso e usa pronomi maschi, ha detto che gli hanno detto all'ufficio di un medico che non era abbastanza "trans" per la terapia di sostituzione degli ormoni. "Ha rovinato tutti i progetti che avevo", disse il nativo del Kentucky, che ha passato mesi a recuperare documenti per l'affermazione di genere per ormoni e operazioni. "Mi ha mandato in una profonda depressione e ha rovinato la mia disforia che era sotto controllo."

Kylon, che si presenta come androgino, ha detto che i dottori lo esortavano a consultare altri terapeuti per confermare la diagnosi della disforia di genere. "Ogni volta che vado dal dottore mi chiedo se mi diranno di nuovo la stessa cosa", ha aggiunto Kylon, che ha detto di aver dormito nella stanza degli esami, in quanto

i dottori hanno negato la sua ammissione alle cure ormonali. "In primo luogo, non mi piacciono i dottori, ma mi ha fatto sentire un cattivo gusto e mi ha fatto fidare ancora di meno dei medici."

Violette Skye, 42 anni, attivista di Salem, Oregon, nata intersessuale e identificata come non binaria di genere, ha detto che i dottori li hanno obbligati ad andare sul testosterone. "La maggior parte dei dottori lavora nel binario e vede solo persone di sesso maschile o femminile", ha detto Skye, membro del comitato consultivo per l'Interscene e Genderqueer Recognition Project, un gruppo di difesa non binario di Fremont, California. "Il mio corpo ha rifiutato il testosterone per i decenni in cui ci sono stato."

Elliot Butrie, 17 anni fa, disse che un terapeuta rideva e diceva che l'identità di genere non binaria non esisteva, ignorandola come fase. Butrie ha perso la terapeuta. "Fa male che la gente continui a mettere in discussione la propria identità", ha dichiarato Butrie, che vive nel Michigan. Dopo quella dolorosa visita, Butrie si chiedeva come sarebbe stato essere un adolescente normale. "Se il mio terapeuta dice che non sono reale, forse non sono reale" ha ricordato Butrie pensando all'epoca.

Secondo Lykens, LeBlanc e Bockting, gli individui che si identificano come non binari o genderqueer (un altro termine usato per descrivere coloro che non si identificano come esclusivamente maschi e femmine) sono un "sottogruppo sostanziale e in crescita della comunità non conforme al genere". In un'indagine del 2017 pubblicata dal gruppo di sostegno ai media LGBTQ GLAAD, il 12% degli intervistati tra i 18 e i 34 hanno identificato un'identità di genere diversa da quella loro assegnata alla nascita. Il 3% degli intervistati è identificato come "agendante"; il 3% come "fluido di genere"; il 2% come "transgenere"; il 2% come "incertezza/interrogatorio"; l'1% come "biganda"; e l'1% come "genderqueer". Anche se il termine specifico "non binario" non era una delle opzioni, alcuni degli altri termini rientrerebbero nell'ambito dell'ombrello non binario.

Diversi stati in tutto il paese stanno ora riconoscendo identità di genere diverse dal maschio e dalla femmina sui documenti ufficiali. Il mese scorso New York City è diventata il quinto posto negli Stati Uniti per offrire certificati di nascita non binari (chiamati anche "neutri di genere" o "di genere"), in seguito alla California, all'Oregon, allo stato di Washington e al New Jersey. Tre stati e Washington, D.C., consentono licenze di driver non binari. Alcuni professionisti del settore sanitario, ricercatori e pazienti non binari affermano che la comunità medica deve apportare modifiche anche a questo gruppo in crescita.

Nella loro relazione, Lykens, LeBlanc e Bockting hanno raccomandato che i moduli sanitari "siano inclusivi e affermativi di una gamma di identità ed espressioni di genere"; che i fornitori ricevano una formazione più approfondita al fine di "stabilire un livello più elevato di alfabetizzazione e competenza di genere" per servire meglio i pazienti non binari; e che i fornitori "evitano supposizioni" sull'identità di genere dei pazienti e "pongono domande aperte" per incoraggiarli a mettere in relazione tra le loro esperienze uniche di identità e salute. ""

Keuroghlian, che due anni fa ha avviato un programma presso la Harvard Medical School per insegnare ai dottori ad occuparsi dei pazienti transessuali e non binari, ha recentemente lanciato una guida specifica per aiutare i medici a comunicare con i pazienti non binari. "Le migliori pratiche per tutto il personale sanitario includono l'evitare presupposti sull'identità di genere dei pazienti, la richiesta di informazioni su nome e pronomi al fine di adottarli in modo coerente durante l'impostazione clinica, e la descrizione dell'anatomia e dei termini correlati con un linguaggio inclusivo di genere", ha scritto Keuroghlian e i suoi coautori nella conclusione della guida.

Brooks ha detto che sperano che i dottori e altri fornitori di assistenza sanitaria possano favorire uno spazio sicuro per i pazienti non binari. "Le persone dovrebbero avere qualcosa di affidabile, non qualcosa che li farà sentire peggio" ha detto Brooks.

Generic SYSTRAN + TM

Per i pazienti non binari, cercare assistenza sanitaria può essere un compito doloroso. Secondo un nuovo studio, quando i pazienti non binari di genere interagiscono con gli operatori sanitari, spesso si sentono "frantesi, non rispettati e frustrati".

Quando la diciannovenne Kam Brooks è stata ricoverata in una struttura sanitaria comportamentale a Sanford, Florida, dopo aver avuto pensieri suicidi, un'infermiera, seguendo la sua procedura abituale, ha chiesto all'adolescente di rimuovere oggetti personali, tra cui un reggiseno. "È un legante del petto, non un reggiseno", rispose Brooks, che non si identifica né come maschio né come femmina, ma come genere non binario, prima di cambiare in una camicia a maniche lunghe e pantaloni grigi. Durante un'altra interazione nella stessa struttura, Aspire Health Partners, un'organizzazione no-profit che si occupa di pazienti a basso reddito, un consulente ha chiesto se Brooks fosse "maschio o femmina". Brooks si lamentò di questa domanda e ignorò la possibilità che qualcuno potesse identificarsi come nessuno dei due — o come qualcosa nel mezzo.

"Sono andato con il minore di due mali e ho deciso di ritrarmi come un uomo," ha detto Brooks, che aveva lottato con la disforia di genere, un conflitto tra il genere di una persona assegnato alla nascita e il genere con cui si identificano. "Non volevo rieducarli alla terminologia corretta", ha aggiunto Brooks. "Volevo solo uscire da lì." Brooks, a cui era stata assegnata una femmina alla nascita e che usa i suoi pronomi, è stato infine inserito in una lista di pazienti donne dal personale infermieristico e più volte indicato come una ragazza.

"Assistenza sanitaria generale — fisica o mentale — sono ancora più a disagio a causa della probabilità di essere mal educato e di sperimentare la diseducazione come paziente," ha detto Brooks, che ora si affida a cliniche LGBTQ arretrate per i servizi. Citando le leggi federali sulla privacy dei pazienti, Todd Dixon, un portavoce della Aspire Health Partners, ha detto di non poter commentare le affermazioni di Brooks.

Un recente studio sulla rivista *LGBT Health* ha scoperto che l'esperienza di Brooks non è rara tra i pazienti non binari. Il rapporto, condotto dai ricercatori della San Francisco State University e della Columbia University, ha rilevato che quasi tutti i partecipanti non binari intervistati hanno riferito di incontrare fornitori di assistenza sanitaria che non hanno fornito assistenza inclusiva o di genere. "I partecipanti hanno ritenuto che i fornitori — anche quelli con formazione in assistenza transgender — mancano di conoscenze, formazione ed esperienza per fornire loro l'assistenza sanitaria di cui hanno bisogno", gli autori del rapporto, James E. Lykens e Allen J. LeBlanc di SFSU e Walter O. Bockting di Columbia, hanno concluso. Genderqueer e non binari "i giovani adulti nel nostro studio spesso si sentivano fraintesi, non rispettati e frustrati mentre cercavano e ricevevano assistenza sanitaria."

I risultati dello studio non hanno sorpreso il dottor Alex Keuroghlian, assistente professore di psichiatria alla Harvard Medical School e direttore del National LGBT Health Education Center del Fenway Institute. Keuroghlian ha detto che la maggior parte dei medici non sono istruiti sulle identità di genere non binarie. "I medici non sono stati addestrati a usare nomi corretti e pronomi non binari", ha detto. "È fondamentale per affermare il paziente e fargli rimanere impegnato nelle cure. Altrimenti, le persone non torneranno a vedere il loro medico."

Keuroghlian ha detto che un operatore sanitario che non è istruito o che supporta l'identità di genere del paziente può aggravare un trauma non binario del paziente. "C'è una vittimizzazione cronica che purtroppo viene perpetuata nella sanità, che dovrebbe essere un rifugio per tutti per accedere alle cure", ha detto Keuroghlian. "Quando questo non accade, c'è una ri-traumatizzazione e le persone continuano a sperimentare lo stress delle minoranze. Questo può essere fonte di ansia e depressione, che può portare a esiti avversi per la salute."

Mishi Killion, che ha 26 anni, non si conforma al genere e usa pronomi maschili, ha detto che gli è stato detto presso uno studio medico che non era "trans abbastanza" per la terapia ormonale sostitutiva. "Ha rovinato tutti i piani che avevo", ha detto il nativo del Kentucky, che ha passato mesi a recuperare i documenti di affermazione del genere per gli ormoni e la chirurgia. "Mi ha mandato in una profonda depressione e ha rovinato la mia disforia che era sotto controllo".

Killion, che si presenta come androgino, ha detto che i medici lo hanno esortato a consultare più terapeuti per confermare una diagnosi di disforia di genere. "Ora, mi chiedo ogni volta che vado dal dottore se mi diranno la stessa cosa di nuovo", ha aggiunto Killion, che ha detto che ha singhiozzato nella stanza degli

esami perché i medici hanno negato la sua eleggibilità per il trattamento ormonale. "Non mi piacciono i dottori, ma mi hanno dato un cattivo sapore e mi hanno fatto ancora meno affidare ai medici".

Violette Skye, 42 anni, un'attivista di Salem, Oregon, nata intersessuale e identificata come non binaria di genere, ha detto che i medici li hanno costretti ad andare avanti testosterone. "La maggior parte dei medici opera all'interno del sistema binario e vede le persone solo come maschi o femmine," ha detto Skye, un membro del comitato consultivo per l'Intersex and Genderqueer Recognition Project, un gruppo di sostegno non binario a Fremont, California. "Il mio corpo ha rifiutato il testosterone per i decenni che ci sono stato."

Elliot Butrie, 17 anni, ha detto che un terapeuta tre anni fa ha riso e ha detto che l'identità di genere non binaria non esiste, liquidandola come una fase. Butrie ha lasciato cadere il terapeuta. "Fa male che la gente continui a chiedersi chi sei," ha detto Butrie, che vive nel Michigan. Dopo quella dolorosa visita, Butrie si chiese come sarebbe stato essere un adolescente normale. "Se il mio terapeuta dice che non sono reale, forse non lo sono", ricordò Butrie pensando a quel tempo.

Gli individui che si identificano come non binari o genderqueer (un altro termine usato per descrivere coloro che non si identificano come esclusivamente maschi o femmine) sono un "sottogruppo sostanziale e in crescita della comunità di genere non conforme", secondo Lykens, LeBlanc e Bockting. In un sondaggio del 2017 pubblicato dal gruppo di sostegno ai media LGBTQ GLAAD, il 12% degli intervistati tra i 18 e i 34 anni si è identificato con un'identità di genere diversa da quella che era stata assegnata alla nascita. Il 3% degli intervistati si è identificato come "agender"; il 3% come "fluido di genere"; il 2% come "transgender"; il 2% come "insicuro/interrogativo"; l'1% come "bigender"; e l'1% come "genderqueer". Mentre il termine specifico "non binario" non era una delle opzioni, un certo numero degli altri termini rientrava sotto l'ombrello non binario.

Diversi stati in tutto il paese stanno ora riconoscendo identità di genere diverse da uomini e donne sui documenti di identità del governo. Il mese scorso New York è diventata il quinto posto negli Stati Uniti per offrire certificati di nascita non binari (chiamati anche gender-neutral o Third Genere), dopo California, Oregon, stato di Washington e New Jersey. Tre stati e Washington, D.C., permettono patenti di guida non binarie. Un certo numero di operatori sanitari, ricercatori e pazienti non binari dicono che la comunità medica deve fare cambiamenti per affrontare questo gruppo in crescita pure.

Nel loro rapporto, Lykens, LeBlanc e Bockting raccomandano che le forme di salute "siano inclusive e affermative di una serie di identità di genere ed espressioni"; che i fornitori ricevano una maggiore formazione al fine di "stabilire un livello più elevato di alfabetizzazione e competenza di genere" per servire meglio i pazienti non binari; e che i fornitori "evitano le supposizioni" sull'identità di genere dei pazienti e "pongono domande aperte" per "incoraggiarli a relazionare le loro esperienze uniche di identità e salute".

Keuroghlian, che due anni fa ha avviato un programma presso la Harvard Medical School per insegnare ai medici in formazione a prendersi cura dei pazienti transgender e non binari, ha recentemente lanciato una guida specificamente mirata ad aiutare i medici a comunicare con i pazienti non binari. "Le migliori pratiche per tutto il personale sanitario includono evitare presupposti sulle identità di genere dei pazienti, chiedere informazioni su nome e pronomi al fine di adottarli in modo coerente in tutto l'ambiente clinico, e descrivere l'anatomia e i termini correlati con un linguaggio inclusivo di genere," Keuroghlian e i suoi co-autori hanno scritto nella conclusione della guida.

Brooks ha detto che sperano che i medici e gli altri operatori sanitari possano favorire uno spazio sicuro per i pazienti non binari. "La gente dovrebbe avere qualcosa che sia affidabile, non qualcosa che li farà sentire peggio", ha detto Brooks.

Medical SYSTRAN + TM

Per i pazienti non binari, cercare assistenza sanitaria può essere un compito doloroso. Secondo un nuovo studio, quando i pazienti non binari di genere interagiscono con gli operatori sanitari, spesso si sentono "frintesi, non rispettati e frustrati".

Quando la diciannovenne Kam Brooks è stata ricoverata in una struttura sanitaria comportamentale a Sanford, Florida, dopo aver avuto pensieri suicidi, un'infermiera, seguendo la sua consueta procedura, ha chiesto all'adolescente di rimuovere oggetti personali, tra cui un reggiseno. Brooks, che non si identifica né come maschio né come femmina, ma come genere non binario, rispose prima di passare a una camicia a maniche lunghe e a pantaloni grigi. Durante un'altra interazione nella stessa struttura, Aspire Health Partners, un'organizzazione no-profit che si occupa di pazienti a basso reddito, un consulente ha chiesto se Brooks fosse "maschio o femmina". Questa domanda, Brooks si lamentò, ignorò la possibilità che qualcuno potesse identificarsi come nessuno dei due - o come qualcosa nel mezzo.

"Sono andato con il minore dei due mali e ho deciso di ritrarmi come un uomo," ha detto Brooks, che aveva lottato con la disforia di genere, un conflitto tra il genere di una persona assegnato alla nascita e il genere con cui si identificano. "Non volevo rieducarli sulla terminologia corretta", ha aggiunto Brooks. "Volevo solo andarmene da lì." Brooks, a cui era stata assegnata una donna alla nascita e che usa i pronomi, è stato infine inserito in una lista di pazienti donne dal personale infermieristico e ripetutamente indicato come una ragazza.

"Assistenza sanitaria generale — fisica o mentale — sono ancora più a disagio a causa della probabilità di essere mal educato e di sperimentare la diseducazione come paziente," ha detto Brooks, che ora si affida a cliniche LGBTQ arretrate per i servizi. Citando le leggi federali sulla privacy dei pazienti, Todd Dixon, un portavoce della Aspire Health Partners, ha detto di non poter commentare le affermazioni di Brooks.

Un recente studio sulla rivista LGBT Health ha scoperto che l'esperienza di Brooks non è rara tra i pazienti non binari. Il rapporto, condotto dai ricercatori della San Francisco State University e della Columbia University, ha riscontrato che quasi tutti i partecipanti non binari intervistati hanno incontrato operatori sanitari che non hanno fornito assistenza di genere o inclusiva. "I partecipanti hanno ritenuto che i fornitori — anche quelli con formazione nella cura dei transessuali — mancano della conoscenza, della formazione e dell'esperienza per fornire loro l'assistenza sanitaria di cui hanno bisogno", hanno concluso gli autori del rapporto, James E. Lykens e Allen J. LeBlanc della SFSU e Walter O. Bockting della Columbia. Genderqueer e non binari "i giovani adulti nel nostro studio spesso si sentivano fraintesi, non rispettati e frustrati mentre cercavano e ricevevano assistenza sanitaria."

I risultati dello studio non sono una sorpresa per il dottor Alex Keuroghlian, un assistente professore di psichiatria alla Harvard Medical School e direttore del National LGBT Health Education Center del Fenway Institute. Keuroghlian ha detto che la maggior parte dei medici non è istruita sulle identità di genere non binarie. "I medici non sono stati addestrati a usare nomi corretti e pronomi non binari", ha detto. "È un elemento fondamentale per affermare il paziente e fargli rimanere impegnato nelle cure. Altrimenti, le persone non torneranno indietro per vedere il loro medico."

Keuroghlian ha detto che un operatore sanitario che non è istruito o che supporta l'identità di genere del paziente può comporre il trauma di un paziente non binario. "C'è una vittimizzazione cronica che purtroppo si perpetua nell'assistenza sanitaria, che dovrebbe essere un rifugio per tutti per accedere alle cure", ha detto Keuroghlian. "Quando questo non accade, c'è un nuovo trauma e le persone continuano a provare lo stress delle minoranze. Questo può essere una fonte di ansia e depressione, che può portare a esiti avversi per la salute."

Mishi Killion, che ha 26 anni, non si conforma al genere e usa pronomi maschili, ha detto che gli è stato detto presso uno studio medico che non era "trans abbastanza" per la terapia ormonale sostitutiva. "Ha rovinato tutti i piani che avevo", ha detto il nativo del Kentucky, che ha passato mesi a recuperare i documenti di affermazione del genere per gli ormoni e la chirurgia. "Mi ha mandato in una profonda depressione e ha rovinato la mia disforia che era sotto controllo."

Killion, che si presenta come androgino, ha detto che i medici lo hanno invitato a consultare più terapeuti per confermare una diagnosi di disforia di genere. "Ora, mi chiedo ogni volta che vado dal dottore se mi dicono la stessa cosa", ha aggiunto Killion, che ha detto di essere andato a singhiozzare in sala esami perché i dottori gli hanno negato l'eleggibilità per il trattamento ormonale. "Non mi piacciono già i medici, ma mi hanno dato un cattivo sapore e mi hanno fatto fidare ancora meno dei medici."

Violette Skye, 42 anni, un'attivista di Salem, Oregon, che è nata intersessuale e si identifica come genere non binario, ha detto i medici li hanno costretti ad andare avanti testosterone. "La maggior parte dei medici opera all'interno del sistema binario e vede le persone solo come maschi o femmine," ha detto Skye, un membro del comitato consultivo per l'Intersex and Genderqueer Recognition Project, un gruppo di sostegno non binario a Fremont, California. "Il mio corpo ha rifiutato il testosterone per i decenni in cui mi trovavo".

Elliot Butrie, 17 anni, ha detto che un terapeuta tre anni fa ha riso e ha detto che l'identità di genere non binaria non esiste, liquidandola come una fase. Butrie ha lasciato cadere il terapeuta. "Fa male che la gente si chieda sempre chi sei," ha detto Butrie, che vive nel Michigan. Dopo quella dolorosa visita, Butrie si chiese come sarebbe stato essere un adolescente normale. "Se il mio terapeuta dice che non sono reale, forse non lo sono", ha ricordato Butrie pensando a quel tempo.

Gli individui che si identificano come non binari o genderqueer (un altro termine usato per descrivere coloro che non si identificano come esclusivamente maschi o femmine) sono un "sottogruppo sostanziale e in crescita della comunità di genere non conforme", secondo Lykens, LeBlanc e Bockting. In un sondaggio del 2017 pubblicato dal gruppo GLAAD per la difesa dei media LGBTQ, il 12% degli intervistati tra il 18 e il 34% si è identificato con un'identità di genere diversa da quella che gli è stata assegnata alla nascita. Il 3% degli intervistati si è identificato come "agender", il 3% come "gender fluid", il 2% come "transgender", il 2% come "incerto/interrogativo", l'1% come "bigender" e l'1% come "genderqueer". Mentre il termine specifico "non binario" non era una delle opzioni, un certo numero degli altri termini ricadrebbe sotto l'ombrello non binario.

Diversi stati in tutto il paese stanno ora riconoscendo identità di genere diverse da uomini e donne sui documenti di identità del governo. New York City il mese scorso è diventato il quinto posto negli Stati Uniti per offrire certificati di nascita non binari (chiamati anche genere neutro o terzo genere), dopo California, Oregon, stato di Washington e New Jersey. Tre stati e Washington, D.C., permettono patenti di guida non binarie. Un certo numero di operatori sanitari, ricercatori e pazienti non binari dicono che la comunità medica deve fare cambiamenti per affrontare questo gruppo in crescita.

Nel loro rapporto, Lykens, LeBlanc e Bockting raccomandano che i moduli sanitari "siano inclusivi e affermativi di una serie di identità ed espressioni di genere"; che i fornitori ricevano una maggiore formazione al fine di "stabilire un livello più elevato di alfabetizzazione e competenza di genere" per servire meglio i pazienti non binari; e che i fornitori "evitino le assunzioni" circa l'identità di genere dei pazienti e "pongano domande aperte" per "incoraggiarli a mettere in relazione le loro esperienze uniche di identità e salute".

Keuroghlian, che due anni fa ha iniziato un programma alla Harvard Medical School per insegnare ai medici in formazione come prendersi cura dei pazienti transgender e non binari, ha recentemente lanciato una guida specificamente mirata ad aiutare i medici a comunicare con i pazienti non binari. "Le migliori pratiche per tutto il personale sanitario includono evitare presupposti circa l'identità di genere dei pazienti, chiedere informazioni su nome e pronomi al fine di adottarli in modo coerente in tutto l'ambiente clinico, e descrivere l'anatomia e i termini correlati con un linguaggio inclusivo di genere," Keuroghlian e i suoi co-autori hanno scritto nella conclusione della guida.

Brooks ha detto che spera che i medici e altri operatori sanitari possano favorire uno spazio sicuro per i pazienti non binari. "Le persone dovrebbero avere qualcosa di affidabile, non qualcosa che li farà sentire peggio", ha detto Brooks.

- Carroll, Rona. 2020. Why the way we approach transgender and non-binary healthcare needs to change. In *The Conversation*. <https://theconversation.com/why-the-way-we-approach-transgender-and-non-binary-healthcare-needs-to-change-149816> (accessed 04/02/2023)

Original

Why the way we approach transgender and non-binary healthcare needs to change. Demand for healthcare for transgender people is on the rise in New Zealand but training for health professionals to develop basic competencies is lagging behind.

There is little teaching on gender and sexuality at either of New Zealand's medical schools. It's partly due to lack of time, but also lack of confidence and knowledge to teach the topic. Medical education needs to change urgently to prepare doctors to adequately care for their transgender and non-binary patients.

We use the term transgender (or trans) to refer to people who identify with a gender different to that assigned to them at birth. The term non-binary describes people who don't identify with the male/female gender binary. There are other gender identities such as takatāpui, a traditional Māori term which has been reclaimed to embrace all Māori who identify with diverse genders and sexualities. Not everyone will identify with these umbrella descriptors. Transgender identities are not an illness or a mental health problem. They are a variation of human experience.

Problems arise because of negative societal attitudes. Trans and non-binary people still face discrimination, stigmatisation and marginalisation. These experiences can lead to psychological distress. In the Youth'12 survey of 8,500 high school students carried out in 2012, almost half of the transgender students reported experiencing depressive symptoms. One in five had attempted suicide in the year prior to the survey.

The Counting Ourselves survey in 2018 also showed high rates of mental health problems and a higher risk of suicide and substance abuse. It highlighted the difficulty many transgender and non-binary people face in accessing gender-affirming healthcare. Many already had negative experiences and said they avoided seeing a doctor because they were worried about being disrespected.

Not all trans people will require access to hormone therapy or surgery, but many do. Removing barriers to healthcare is essential. Trans and non-binary people have specific health needs to affirm their gender identity and to reduce gender dysphoria — the distress that can occur when someone's gender identity differs from the sex assigned to them at birth.

Case studies used to teach medical students rarely show diversity of sexuality or gender identity. When you don't see yourself or the population reflected in your learning, it can send a message that this isn't important or relevant to future practice. Just as we want our future doctors to reflect the population they will treat, the medical curriculum should evolve to do so, too.

Transgender healthcare teaching needs to be part of all medical speciality, nursing and allied health training, so that trans and non-binary patients can expect some basic cultural competence in all areas of our health service. Care and sensitivity are required in certain specialities — including endocrinology, obstetrics, gynaecology, sexual health, mental health, urology and breast surgery. But it is most important in general practice where we receive most of our healthcare.

While some care requires hospital specialists, general practitioners (GPs) can provide much gender-affirming care. GPs are experts in supporting people with normal life issues, as well as addressing physical and psychological needs in a holistic manner. GPs who wish to provide gender-affirming care based on an informed consent model, should be supported and encouraged to do so. This aligns with best practice models that view the patient as the expert in their identity and recognise them as a competent adult who can make choices about their own healthcare.

A multidisciplinary approach with the GP at the centre, supported by other specialists where necessary, is an ideal model. Financial and educational support for primary care to take the lead in this area would increase patients' access to care and reduce the need for referrals to secondary care, freeing up appointments for people who need them.

There are simple steps health providers can take to make transgender and non-binary patients feel more welcome and respected, including: outward signs of acceptance in the practice environment, such as a rainbow flag, relevant posters and pamphlets; gender-neutral toilets; enrolment forms with appropriate

questions around gender identity, names and pronouns. These things in themselves can make a difference, but need to be backed up by staff who use people's correct names and pronouns and do not make assumptions around gender or sexuality.

Healthcare providers who treat their transgender and non-binary patients with respect and support them to affirm their individual gender identity contribute to making them comfortable attending appointments. The result is improved health and well-being. Better medical training and practice also require changes in societal attitudes, and that's where we all have a role to play.

Raw Google Translate

Perché il modo in cui ci avviciniamo all'assistenza sanitaria transgender e non binaria deve cambiare. La domanda di assistenza sanitaria per le persone transgender è in aumento in Nuova Zelanda, ma la formazione degli operatori sanitari per sviluppare le competenze di base è in ritardo.

C'è poco insegnamento su genere e sessualità in entrambe le scuole di medicina della Nuova Zelanda. In parte è dovuto alla mancanza di tempo, ma anche alla mancanza di fiducia e conoscenza per insegnare l'argomento. L'educazione medica deve cambiare urgentemente per preparare i medici a prendersi cura adeguatamente dei loro pazienti transgender e non binari.

Usiamo il termine transgender (o trans) per riferirci a persone che si identificano con un genere diverso da quello loro assegnato alla nascita. Il termine non binario descrive le persone che non si identificano con il binario di genere maschile/femminile. Esistono altre identità di genere come takatāpui, un termine tradizionale Māori che è stato recuperato per abbracciare tutti i Māori che si identificano con generi e sessualità diversi. Non tutti si identificheranno con questi descrittori a ombrello. Le identità transgender non sono una malattia o un problema di salute mentale. Sono una variazione dell'esperienza umana.

I problemi sorgono a causa di atteggiamenti sociali negativi. Le persone trans e non binarie affrontano ancora discriminazioni, stigmatizzazione ed emarginazione. Queste esperienze possono portare a disagio psicologico. Nell'indagine Youth'12 su 8.500 studenti delle scuole superiori condotta nel 2012, quasi la metà degli studenti transgender ha riferito di aver manifestato sintomi depressivi. Uno su cinque aveva tentato il suicidio nell'anno precedente l'indagine.

Anche il sondaggio Counting Ourselves del 2018 ha mostrato alti tassi di problemi di salute mentale e un rischio più elevato di suicidio e abuso di sostanze. Ha evidenziato la difficoltà che molte persone transgender e non binarie devono affrontare nell'accedere all'assistenza sanitaria che afferma il genere. Molti hanno già avuto esperienze negative e hanno affermato di aver evitato di vedere un medico perché erano preoccupati di essere mancati di rispetto.

Non tutte le persone trans richiedono l'accesso alla terapia ormonale o alla chirurgia, ma molte lo fanno. Rimuovere gli ostacoli all'assistenza sanitaria è essenziale. Le persone trans e non binarie hanno bisogni di salute specifici per affermare la propria identità di genere e ridurre la disforia di genere, l'angoscia che può verificarsi quando l'identità di genere di qualcuno è diversa dal sesso loro assegnato alla nascita.

I casi di studio utilizzati per insegnare agli studenti di medicina raramente mostrano diversità di sessualità o identità di genere. Quando non vedi te stesso o la popolazione riflessa nel tuo apprendimento, puoi inviare un messaggio che questo non è importante o rilevante per la pratica futura. Proprio come vogliamo che i nostri futuri medici riflettano la popolazione che tratteranno, anche il curriculum medico dovrebbe evolversi per farlo.

L'insegnamento sanitario transgender deve far parte di tutte le specialità mediche, infermieristiche e della formazione sanitaria affine, in modo che i pazienti trans e non binari possano aspettarsi alcune competenze culturali di base in tutte le aree del nostro servizio sanitario. Cura e sensibilità sono richieste in alcune specialità, tra cui endocrinologia, ostetricia, ginecologia, salute sessuale, salute mentale, urologia e chirurgia del seno. Ma è molto importante nella medicina generale, dove riceviamo la maggior parte della nostra assistenza sanitaria.

Mentre alcune cure richiedono specialisti ospedalieri, i medici generici (GP) possono fornire molte cure che affermano il genere. I medici di base sono esperti nel supportare le persone con problemi di vita normali, nonché nell'affrontare i bisogni fisici e psicologici in modo olistico. I medici generici che desiderano fornire un'assistenza che affermi il genere sulla base di un modello di consenso informato dovrebbero essere supportati e incoraggiati a farlo. Ciò è in linea con i modelli di best practice che vedono il paziente come l'esperto nella propria identità e lo riconoscono come un adulto competente che può fare delle scelte sulla propria assistenza sanitaria.

Un approccio multidisciplinare con il medico di base al centro, supportato da altri specialisti ove necessario, è un modello ideale. Il sostegno finanziario ed educativo affinché le cure primarie assumano un ruolo guida in questo settore aumenterebbe l'accesso dei pazienti alle cure e ridurrebbe la necessità di rinvii alle cure secondarie, liberando appuntamenti per le persone che ne hanno bisogno.

Ci sono semplici passaggi che gli operatori sanitari possono intraprendere per far sentire i pazienti transgender e non binari più benvenuti e rispettati, tra cui: segni esteriori di accettazione nell'ambiente di pratica, come una bandiera arcobaleno, poster e opuscoli pertinenti; servizi igienici neutri rispetto al genere; moduli di iscrizione con domande appropriate su identità di genere, nomi e pronomi. Queste cose di per sé possono fare la differenza, ma devono essere supportate da personale che usi i nomi e i pronomi corretti delle persone e non faccia supposizioni sul genere o sulla sessualità.

Gli operatori sanitari che trattano i loro pazienti transgender e non binari con rispetto e li supportano nell'affermare la loro identità di genere individuale contribuiscono a renderli a loro agio nel frequentare gli appuntamenti. Il risultato è un miglioramento della salute e del benessere. Una migliore formazione e pratica medica richiede anche cambiamenti negli atteggiamenti della società, ed è qui che tutti noi abbiamo un ruolo da svolgere.

Raw DeepL Translator

Perché il modo in cui affrontiamo l'assistenza sanitaria ai transgender e ai non-binari deve cambiare. La domanda di assistenza sanitaria per le persone transgender è in aumento in Nuova Zelanda, ma la formazione degli operatori sanitari per sviluppare le competenze di base è in ritardo.

L'insegnamento del genere e della sessualità è scarso in entrambe le scuole di medicina della Nuova Zelanda. Ciò è dovuto in parte alla mancanza di tempo, ma anche alla mancanza di fiducia e di conoscenze per insegnare l'argomento. La formazione medica deve cambiare urgentemente per preparare i medici a prendersi cura adeguatamente dei pazienti transgender e non-binari.

Il termine transgender (o trans) si riferisce alle persone che si identificano con un genere diverso da quello assegnato loro alla nascita. Il termine non-binario descrive le persone che non si identificano con il binario di genere maschile/femminile. Esistono altre identità di genere come takatāpui, un termine tradizionale Māori che è stato recuperato per abbracciare tutti i Māori che si identificano con diversi generi e sessualità. Non tutti si identificano con questi termini ombrello. Le identità transgender non sono una malattia o un problema di salute mentale. Sono una variante dell'esperienza umana.

I problemi sorgono a causa degli atteggiamenti negativi della società. Le persone trans e non binarie sono ancora vittime di discriminazione, stigmatizzazione ed emarginazione. Queste esperienze possono portare a un disagio psicologico. Nell'indagine Youth'12 condotta nel 2012 su 8.500 studenti delle scuole superiori, quasi la metà degli studenti transgender ha dichiarato di avere sintomi depressivi. Uno su cinque ha tentato il suicidio nell'anno precedente l'indagine.

L'indagine Counting Ourselves del 2018 ha inoltre evidenziato alti tassi di problemi di salute mentale e un maggior rischio di suicidio e abuso di sostanze. Ha evidenziato le difficoltà che molte persone transgender e non binarie incontrano nell'accedere a un'assistenza sanitaria conforme al genere. Molte hanno già avuto esperienze negative e hanno dichiarato di aver evitato di andare dal medico perché preoccupate di non essere rispettate.

Non tutte le persone trans avranno bisogno di accedere alla terapia ormonale o alla chirurgia, ma molte lo faranno. Eliminare le barriere all'assistenza sanitaria è essenziale. Le persone trans e non binarie hanno esigenze sanitarie specifiche per affermare la propria identità di genere e ridurre la disforia di genere, ovvero il disagio che può insorgere quando l'identità di genere di una persona differisce dal sesso che le è stato assegnato alla nascita.

I casi di studio utilizzati per insegnare agli studenti di medicina raramente mostrano la diversità della sessualità o dell'identità di genere. Quando non si vede se stessi o la popolazione riflessa nell'apprendimento, si può trasmettere il messaggio che ciò non è importante o rilevante per la pratica futura. Così come vogliamo che i nostri futuri medici riflettano la popolazione che andranno a curare, anche il curriculum medico dovrebbe evolversi in tal senso.

L'insegnamento dell'assistenza sanitaria transgender deve far parte di tutte le specializzazioni mediche, infermieristiche e sanitarie, in modo che i pazienti trans e non-binari possano aspettarsi una competenza culturale di base in tutti i settori del nostro servizio sanitario. L'attenzione e la sensibilità sono necessarie in alcune specialità, tra cui endocrinologia, ostetricia, ginecologia, salute sessuale, salute mentale, urologia e chirurgia senologica. Ma è più importante nella medicina generale, dove riceviamo la maggior parte delle cure.

Sebbene alcune cure richiedano l'intervento di specialisti ospedalieri, i medici di base (GP) possono fornire molte cure di genere. I medici di base sono esperti nell'aiutare le persone a risolvere i problemi della vita normale e ad affrontare i bisogni fisici e psicologici in modo olistico. I medici di base che desiderano fornire cure che confermino il genere, sulla base di un modello di consenso informato, dovrebbero essere sostenuti e incoraggiati a farlo. Ciò è in linea con i modelli di best practice che considerano il paziente come esperto della propria identità e lo riconoscono come un adulto competente che può fare scelte sulla propria assistenza sanitaria.

Un approccio multidisciplinare con il medico di famiglia al centro, supportato da altri specialisti se necessario, è un modello ideale. Un sostegno finanziario ed educativo alle cure primarie, affinché assumano un ruolo guida in questo settore, aumenterebbe l'accesso dei pazienti alle cure e ridurrebbe la necessità di rinvii alle cure secondarie, liberando appuntamenti per le persone che ne hanno bisogno.

Ci sono semplici misure che gli operatori sanitari possono adottare per far sentire i pazienti transgender e non-binari più benvenuti e rispettati, tra cui: segni esteriori di accettazione nell'ambiente dello studio, come una bandiera arcobaleno, poster e opuscoli pertinenti; bagni neutri dal punto di vista del genere; moduli di iscrizione con domande appropriate sull'identità di genere, sui nomi e sui pronomi. Questi elementi di per sé possono fare la differenza, ma devono essere sostenuti da personale che usi i nomi e i pronomi corretti delle persone e non faccia supposizioni sul genere o sulla sessualità.

Gli operatori sanitari che trattano i loro pazienti transgender e non-binari con rispetto e li sostengono nell'affermazione della loro identità di genere contribuiscono a metterli a proprio agio nel partecipare agli appuntamenti. Il risultato è un miglioramento della salute e del benessere. Una formazione e una pratica medica migliori richiedono anche un cambiamento degli atteggiamenti della società, ed è qui che tutti noi abbiamo un ruolo da svolgere.

Raw Language Weaver

Perché il modo in cui affrontiamo l'assistenza sanitaria transgender e non binaria deve cambiare. La domanda di assistenza sanitaria per le persone transgender è in aumento in Nuova Zelanda, ma la formazione degli operatori sanitari per sviluppare le competenze di base è in ritardo.

C'è poco insegnamento sul genere e sulla sessualità in entrambe le scuole mediche della Nuova Zelanda. È in parte dovuto alla mancanza di tempo, ma anche alla mancanza di fiducia e di conoscenza per insegnare l'argomento. L'istruzione medica deve cambiare urgentemente per preparare i medici ad un'assistenza adeguata per i loro pazienti transgender e non binari.

Usiamo il termine transgender (o trans) per riferirsi a persone che si identificano con un sesso diverso da quello loro assegnato alla nascita. Il termine non binario descrive le persone che non si identificano con il binario di genere maschile/femminile. Ci sono altre identità di genere come takatāpui, un termine tradizionale Māori che è stato rivendicato per abbracciare tutte le Māori che si identificano con diversi generi e sessualità. Non tutti si identificherebbero con questi descrittori di ombrello. Le identità transgender non sono una malattia o un problema di salute mentale. Sono una variante dell'esperienza umana.

I problemi sorgono a causa di atteggiamenti sociali negativi. Le persone trans e non binarie continuano ad essere discriminate, stigmatizzate ed emarginate. Queste esperienze possono portare a difficoltà psicologiche. Nel sondaggio Youth'12 condotto nel 2012 su 8.500 studenti delle scuole superiori, quasi la metà degli studenti transgender ha riportato sintomi depressivi. Uno su cinque aveva tentato il suicidio nell'anno precedente l'indagine.

Il sondaggio del 2018 ha inoltre evidenziato un elevato tasso di problemi di salute mentale e un maggiore rischio di suicidio e abuso di sostanze. Ha evidenziato la difficoltà che molte persone transgender e non binarie si trovano ad affrontare nell'accedere a un'assistenza sanitaria di genere. Molti hanno già avuto esperienze negative e hanno detto di aver evitato di vedere un medico perché erano preoccupati di essere inrispettati.

Non tutte le persone trans richiederanno l'accesso alla terapia ormonale o alla chirurgia, ma molti lo fanno. Rimuovere le barriere all'assistenza sanitaria è essenziale. Le persone trans e non binarie hanno esigenze di salute specifiche per affermare la loro identità di genere e ridurre la disforia di genere, il disagio che può verificarsi quando l'identità di genere di qualcuno differisce dal sesso loro assegnato alla nascita.

I case study utilizzati per insegnare agli studenti di medicina mostrano raramente la diversità della sessualità o dell'identità di genere. Quando non vedete voi stessi o la popolazione riflessa nel vostro apprendimento, può inviare un messaggio che questo non è importante o rilevante per le pratiche future. Proprio come vogliamo che i nostri futuri medici riflettano la popolazione che cureranno, anche il curriculum medico dovrebbe evolversi per farlo.

L'insegnamento dell'assistenza sanitaria transgender deve far parte di tutte le specialità mediche, infermieristica e formazione sanitaria alleata, in modo che i pazienti trans e non binari possano aspettarsi una certa competenza culturale di base in tutte le aree del nostro servizio sanitario. Sono necessarie cure e sensibilità in alcune specialità — tra cui endocrinologia, ostetricia, ginecologia, salute sessuale, salute mentale; urologia e chirurgia del seno. Ma è più importante nella pratica generale dove riceviamo la maggior parte della nostra assistenza sanitaria.

Mentre alcune cure richiedono specialisti ospedalieri, i medici generici (GPS) possono fornire molte cure di genere. I GPS sono esperti nel supportare le persone con problemi di vita normali, nonché nell'affrontare le esigenze fisiche e psicologiche in modo olistico. I GPS che desiderano fornire un'assistenza di genere basata su un modello di consenso informato dovrebbero essere sostenuti e incoraggiati a farlo. Ciò è in linea con i modelli di Best practice che considerano il paziente come l'esperto nella loro identità e li riconoscono come un adulto competente in grado di fare scelte in merito alla propria assistenza sanitaria.

Un approccio multidisciplinare con il GP al centro, sostenuto da altri specialisti ove necessario, è un modello ideale. Il sostegno finanziario ed educativo all'assistenza primaria per assumere un ruolo guida in questo settore aumenterebbe l'accesso dei pazienti alle cure e ridurrebbe la necessità di ricorrere all'assistenza secondaria, liberando gli appuntamenti per le persone che ne hanno bisogno.

Ci sono semplici passi che i fornitori di servizi sanitari possono intraprendere per far sentire i pazienti transgender e non binari più benvenuti e rispettati, tra cui: I segni esterni di accettazione nell'ambiente di pratica, come una bandiera arcobaleno, poster e opuscoli pertinenti; servizi igienici neutrali dal punto di vista del genere; moduli di iscrizione con domande appropriate sull'identità di genere, i nomi e i pronomi. Queste cose di per sé possono fare la differenza, ma devono essere sostenute da personale che utilizza i nomi e i pronomi corretti delle persone e non fa ipotesi sul sesso o sulla sessualità.

Gli operatori sanitari che trattano con rispetto i loro pazienti transgender e non binari e li sostengono per affermare la loro identità di genere individuale contribuiscono a renderli comodi assistendo agli appuntamenti. Il risultato è un miglioramento della salute e del benessere. Una migliore formazione e pratica medica richiede anche cambiamenti negli atteggiamenti della società, ed è qui che tutti abbiamo un ruolo da svolgere.

DeepL Translator + Glossary

Perché il modo in cui affrontiamo l'assistenza sanitaria per le persone transgender e di genere non binario deve cambiare. La domanda di assistenza sanitaria per le persone transgender è in aumento in Nuova Zelanda, ma la formazione degli operatori sanitari per sviluppare le competenze di base è in ritardo.

Nelle scuole di medicina della Nuova Zelanda si insegna poco sul genere e sulla sessualità. Ciò è dovuto in parte alla mancanza di tempo, ma anche alla mancanza di fiducia e di conoscenze per insegnare l'argomento. La formazione medica deve cambiare urgentemente per preparare i medici a curare adeguatamente le persone transgender e di genere non binario.

Il termine transgender (o trans) si riferisce alle persone che si identificano con un genere diverso da quello assegnato loro alla nascita. Il termine non binario descrive le persone che non si identificano con il genere binario MtF. Esistono altre identità di genere come takatāpui, un termine tradizionale Māori che è stato recuperato per abbracciare tutti i Māori che si identificano con diversi generi e sessualità. Non tutti si identificano con questi termini ombrello. Le identità transgender non sono una malattia o un problema di salute mentale. Sono una variante dell'esperienza umana.

I problemi sorgono a causa degli atteggiamenti negativi della società. Le persone trans e di genere non binario sono ancora vittime di discriminazione, stigmatizzazione ed emarginazione. Queste esperienze possono portare a un disagio psicologico. Nell'indagine Youth'12 condotta nel 2012 su 8.500 studenti delle scuole superiori, quasi la metà delle persone transgender ha riferito di aver avuto sintomi depressivi. Uno su cinque ha tentato il suicidio nell'anno precedente l'indagine.

L'indagine Counting Ourselves del 2018 ha inoltre evidenziato alti tassi di problemi di salute mentale e un maggior rischio di suicidio e abuso di sostanze. Ha evidenziato la difficoltà di molte persone transgender e di genere non binario ad accedere all'assistenza sanitaria per l'affermazione di genere. Molte hanno già avuto esperienze negative e hanno dichiarato di aver evitato di andare dal medico perché preoccupate di non essere rispettate. // L'indagine Counting Ourselves del 2018 ha inoltre evidenziato alti tassi di problemi di salute mentale e un maggior rischio di suicidio e abuso di sostanze. Ha evidenziato le difficoltà che molte persone transgender e di genere non binario incontrano per l'affermazione di un'assistenza sanitaria di genere. Molte hanno già avuto esperienze negative e hanno dichiarato di aver evitato di andare dal medico perché preoccupate di non essere rispettate.

Non tutte le persone trans avranno bisogno di accedere alla terapia ormonale o alla chirurgia, ma molte lo faranno. Eliminare le barriere all'assistenza sanitaria è essenziale. Le persone trans e di genere non binario hanno esigenze sanitarie specifiche per affermare la propria identità di genere e per ridurre la disforia di genere, ovvero il disagio che può insorgere quando l'identità di genere di una persona differisce dal sesso che le è stato assegnato alla nascita.

I casi di studio utilizzati per insegnare agli studenti di medicina raramente mostrano la diversità della sessualità o dell'identità di genere. Quando non si vede se stessi o la popolazione riflessa nell'apprendimento, si può trasmettere il messaggio che ciò non è importante o rilevante per la pratica futura. Così come vogliamo che i nostri futuri medici riflettano la popolazione che andranno a curare, anche il curriculum medico dovrebbe evolversi in tal senso.

L'insegnamento dell'assistenza sanitaria transgender deve far parte di tutte le specializzazioni mediche, infermieristiche e sanitarie, in modo che le persone trans e di genere non binario possano aspettarsi una competenza culturale di base in tutte le aree del nostro servizio sanitario. L'attenzione e la sensibilità sono necessarie in alcune specialità, tra cui endocrinologia, ostetricia, ginecologia, salute sessuale, salute

mentale, urologia e chirurgia senologica. Ma è più importante nella medicina generale, dove riceviamo la maggior parte delle cure.

Mentre alcune cure richiedono l'intervento di specialisti ospedalieri, i medici di base possono fornire molte cure per l'affermazione di genere. I medici di base sono esperti nell'aiutare le persone a risolvere i problemi della vita normale e ad affrontare i bisogni fisici e psicologici in modo olistico. I medici di base che desiderano fornire cure per l'affermazione di genere sulla base di un modello di consenso informato, dovrebbero essere sostenuti e incoraggiati a farlo. Ciò è in linea con i modelli di best practice che vedono la persona in cura come esperta della propria identità e la riconoscono come persona adulta e competente in grado di fare scelte sulla propria assistenza sanitaria.

Un approccio multidisciplinare con il medico di famiglia al centro, supportato da altri specialisti se necessario, è un modello ideale. Un sostegno finanziario ed educativo alle cure primarie, affinché assumano un ruolo guida in questo settore, aumenterebbe l'accesso delle persone in cura e ridurrebbe la necessità di rivolgersi alle cure secondarie, liberando appuntamenti per le persone che ne hanno bisogno.

Ci sono semplici misure che gli operatori sanitari possono adottare per far sentire le persone transgender e di genere non binario più benvenute e rispettate, tra cui: segni esteriori di accettazione nell'ambiente dello studio, come una bandiera arcobaleno, poster e opuscoli pertinenti; bagni di genere neutro; moduli di iscrizione con domande appropriate sull'identità di genere, sui nomi e sui pronomi. Questi elementi di per sé possono fare la differenza, ma devono essere sostenuti da personale che usi i nomi e i pronomi corretti delle persone e non faccia supposizioni sul genere o sulla sessualità.

Gli operatori sanitari che trattano le persone transgender e di genere non binario con rispetto e le sostengono nell'affermazione della loro identità di genere contribuiscono a metterle a proprio agio agli appuntamenti. Il risultato è un miglioramento della salute e del benessere. Una migliore formazione e pratica medica richiede anche un cambiamento negli atteggiamenti della società, ed è qui che tutti noi abbiamo un ruolo da svolgere.

Language Weaver + Dictionary

Perché il modo in cui ci avviciniamo all'assistenza sanitaria persona transgender e di genere non binario deve cambiare. La domanda di assistenza sanitaria per le persone persona transgender è in aumento in Nuova Zelanda, ma la formazione per gli operatori sanitari per sviluppare le competenze di base è in ritardo.

C'è poco insegnamento sul genere e sulla sessualità in entrambe le scuole mediche della Nuova Zelanda. È in parte dovuto alla mancanza di tempo, ma anche alla mancanza di fiducia e di conoscenza per insegnare l'argomento. L'istruzione medica deve cambiare urgentemente per preparare i medici ad un'assistenza adeguata per i loro pazienti di persona transgender e di genere non binario.

Il termine persona transgender (o persona trans) viene utilizzato per indicare le persone che si identificano con un sesso diverso da quello assegnato alla nascita. Il termine di genere non binario descrive le persone che non si identificano con il binario di genere maschile/femminile. Ci sono altre identità di genere come takatāpui, un termine tradizionale Māori che è stato rivendicato per abbracciare tutte le Māori che si identificano con diversi generi e sessualità. Non tutti si identificherebbero con questi descrittori di ombrello. Le identità di persona transgender non sono una malattia o un problema di salute mentale. Sono una variante dell'esperienza umana.

I problemi sorgono a causa di atteggiamenti societali negativi. persona trans e di genere non binario continuano a subire discriminazioni, stigmatizzazioni ed emarginazione. Queste esperienze possono portare a difficoltà psicologiche. Nell'indagine Youth'12 su 8.500 studenti delle scuole superiori condotta nel 2012, quasi la metà degli studenti persona transgender ha riferito di avere sintomi depressivi. Uno su cinque aveva tentato il suicidio nell'anno precedente l'indagine.

Il sondaggio del 2018 ha inoltre evidenziato un elevato tasso di problemi di salute mentale e un maggiore rischio di suicidio e abuso di sostanze. Ha evidenziato la difficoltà che molte persone di persona transgender

e di genere non binario devono affrontare nell'accedere all'assistenza sanitaria per l'affermazione di genere. Molti hanno già avuto esperienze negative e hanno detto di aver evitato di vedere un medico perché erano preoccupati di essere inrispettati.

Non tutte le persone di persona trans richiederanno l'accesso alla terapia ormonale o alla chirurgia, ma molti lo fanno. Rimuovere le barriere all'assistenza sanitaria è essenziale. Le persone di persona trans e di genere non binario hanno esigenze di salute specifiche per affermare la propria identità di genere e ridurre la disforia di genere, il disagio che può verificarsi quando l'identità di genere di una persona differisce dal sesso loro assegnato alla nascita.

I case study utilizzati per insegnare agli studenti di medicina mostrano raramente la diversità della sessualità o dell'identità di genere. Quando non vedete voi stessi o la popolazione riflessa nel vostro apprendimento, può inviare un messaggio che questo non è importante o rilevante per le pratiche future. Proprio come vogliamo che i nostri futuri medici riflettano la popolazione che cureranno, anche il curriculum medico dovrebbe evolversi per farlo.

L'insegnamento sanitario di persona transgender deve essere parte di tutte le specialità mediche, infermieristica e formazione sanitaria alleata, in modo che i pazienti di persona trans e di genere non binario possano aspettarsi una certa competenza culturale di base in tutte le aree del nostro servizio sanitario. Sono necessarie cure e sensibilità in alcune specialità — tra cui endocrinologia, ostetricia, ginecologia, salute sessuale, salute mentale; urologia e chirurgia del seno. Ma è più importante nella pratica generale dove riceviamo la maggior parte della nostra assistenza sanitaria.

Mentre alcune cure richiedono specialisti ospedalieri, i medici generici (GPS) possono fornire molte cure per l'affermazione di genere. I GPS sono esperti nel supportare le persone con problemi di vita normali, nonché nell'affrontare le esigenze fisiche e psicologiche in modo olistico. I GPS che desiderano fornire assistenza per l'affermazione di genere sulla base di un modello di consenso informato devono essere supportati e incoraggiati a farlo. Ciò è in linea con i modelli di Best practice che considerano il persona in cura come l'esperto nella loro identità e li riconoscono come un persona adulta competente in grado di fare scelte in merito alla propria assistenza sanitaria.

Un approccio multidisciplinare con il GP al centro, sostenuto da altri specialisti ove necessario, è un modello ideale. Il sostegno finanziario ed educativo all'assistenza primaria per assumere un ruolo guida in questo settore aumenterebbe l'accesso dei pazienti alle cure e ridurrebbe la necessità di ricorrere all'assistenza secondaria, liberando gli appuntamenti per le persone che ne hanno bisogno.

Ci sono semplici passi che i fornitori di servizi sanitari possono intraprendere per far sentire i pazienti persona transgender e di genere non binario più benvenuti e rispettati, tra cui: I segni esterni di accettazione nell'ambiente di pratica, come una bandiera arcobaleno, poster e opuscoli pertinenti; servizi igienici neutrali dal punto di vista del genere; moduli di iscrizione con domande appropriate sull'identità di genere, i nomi e i pronomi. Queste cose di per sé possono fare la differenza, ma devono essere sostenute da personale che utilizza i nomi e i pronomi corretti delle persone e non fa ipotesi sul sesso o sulla sessualità.

Gli operatori sanitari che trattano con rispetto i loro pazienti persona transgender e di genere non binario e li sostengono per affermare la loro identità di genere individuale contribuiscono a rendere loro comodo assistere agli appuntamenti. Il risultato è un miglioramento della salute e del benessere. Una migliore formazione e pratica medica richiede anche cambiamenti negli atteggiamenti della società, ed è qui che tutti abbiamo un ruolo da svolgere.

Raw ModernMT

Perché il modo in cui affrontiamo l'assistenza sanitaria transgender e non binaria deve cambiare. La domanda di assistenza sanitaria per le persone transgender è in aumento in Nuova Zelanda, ma la formazione per gli operatori sanitari per sviluppare competenze di base è in ritardo.

C'è poco insegnamento sul genere e la sessualità in entrambe le scuole di medicina della Nuova Zelanda. È in parte dovuto alla mancanza di tempo, ma anche alla mancanza di fiducia e conoscenza per insegnare l'argomento. L'educazione medica deve cambiare urgentemente per preparare i medici a prendersi cura adeguatamente dei loro pazienti transgender e non binari.

Usiamo il termine transgender (o trans) per riferirci a persone che si identificano con un genere diverso da quello loro assegnato alla nascita. Il termine non binario descrive le persone che non si identificano con il binario di genere maschile/femminile. Ci sono altre identità di genere come takatāpui, un termine tradizionale Maori che è stato rivendicato per abbracciare tutti i Maori che si identificano con generi e sessualità diversi. Non tutti si identificherebbero con questi descrittori ombrello. Le identità transgender non sono una malattia o un problema di salute mentale. Sono una variazione dell'esperienza umana.

I problemi sorgono a causa di atteggiamenti sociali negativi. Le persone trans e non binarie devono ancora affrontare discriminazioni, stigmatizzazione ed emarginazione. Queste esperienze possono portare a disagio psicologico. Nel sondaggio Youth'12 condotto su 8.500 studenti delle scuole superiori nel 2012, quasi la metà degli studenti transgender ha riferito di avere sintomi depressivi. Uno su cinque aveva tentato il suicidio nell'anno precedente al sondaggio.

L'indagine Counting Ourselves nel 2018 ha anche mostrato alti tassi di problemi di salute mentale e un rischio più elevato di suicidio e abuso di sostanze. Ha evidenziato la difficoltà che molte persone transgender e non binarie affrontano nell'accedere all'assistenza sanitaria che afferma il genere. Molti hanno già avuto esperienze negative e hanno detto di aver evitato di vedere un medico perché erano preoccupati di non essere rispettati.

Non tutte le persone trans richiederanno l'accesso alla terapia ormonale o alla chirurgia, ma molti lo fanno. Eliminare gli ostacoli all'assistenza sanitaria è fondamentale. Le persone trans e non binarie hanno esigenze di salute specifiche per affermare la loro identità di genere e ridurre la disforia di genere — il disagio che può verificarsi quando l'identità di genere di qualcuno differisce dal sesso assegnato loro alla nascita.

Casi di studio utilizzati per insegnare agli studenti di medicina raramente mostrano diversità di sessualità o identità di genere. Quando non vedi te stesso o la popolazione riflessa nel tuo apprendimento, puoi inviare un messaggio che questo non è importante o rilevante per la pratica futura. Proprio come vogliamo che i nostri futuri medici riflettano la popolazione che tratteranno, anche il curriculum medico dovrebbe evolversi per farlo.

L'insegnamento sanitario transgender deve far parte di tutte le specialità mediche, infermieristiche e della formazione sanitaria alleata, in modo che i pazienti trans e non binari possano aspettarsi una certa competenza culturale di base in tutte le aree del nostro servizio sanitario. La cura e la sensibilità sono richieste in alcune specialità — tra cui endocrinologia, ostetricia, ginecologia, salute sessuale, salute mentale, urologia e chirurgia mammaria. Ma è più importante nella pratica generale dove riceviamo la maggior parte della nostra assistenza sanitaria.

Mentre alcune cure richiedono specialisti ospedalieri, i medici di medicina generale (GP) possono fornire molte cure che affermano il genere. I medici di base sono esperti nel supportare le persone con problemi di vita normali, oltre ad affrontare i bisogni fisici e psicologici in modo olistico. I medici di base che desiderano fornire assistenza per l'affermazione del genere basata su un modello di consenso informato dovrebbero essere supportati e incoraggiati a farlo. Ciò si allinea con i modelli di best practice che vedono il paziente come l'esperto nella sua identità e lo riconoscono come un adulto competente che può fare scelte sulla propria assistenza sanitaria.

Un approccio multidisciplinare con il medico di base al centro, supportato da altri specialisti dove necessario, è un modello ideale. Il sostegno finanziario ed educativo alle cure primarie per prendere l'iniziativa in questo settore aumenterebbe l'accesso dei pazienti alle cure e ridurrebbe la necessità di rinvii alle cure secondarie, liberando appuntamenti per le persone che ne hanno bisogno.

Ci sono semplici passaggi che gli operatori sanitari possono adottare per far sentire i pazienti transgender e non binari più benvenuti e rispettati, tra cui: segni esteriori di accettazione nell'ambiente di pratica, come una bandiera arcobaleno, manifesti e opuscoli pertinenti; servizi igienici neutri rispetto al genere; moduli di iscrizione con domande appropriate sull'identità di genere, nomi e pronomi. Queste cose di per sé possono fare la differenza, ma devono essere supportate da personale che usa i nomi e i pronomi corretti delle persone e non fa ipotesi sul genere o sulla sessualità.

Gli operatori sanitari che trattano i loro pazienti transgender e non binari con rispetto e li supportano per affermare la loro identità di genere individuale contribuiscono a farli sentire a proprio agio nel partecipare agli appuntamenti. Il risultato è un miglioramento della salute e del benessere. Una migliore formazione e pratica medica richiedono anche cambiamenti negli atteggiamenti sociali, ed è qui che tutti noi abbiamo un ruolo da svolgere.

ModernMT + TM

Perché il modo in cui affrontiamo l'assistenza sanitaria transgender e non binaria deve cambiare. La domanda di assistenza sanitaria per le persone transgender è in aumento in Nuova Zelanda, ma la formazione per gli operatori sanitari per sviluppare competenze di base è in ritardo.

C'è poco insegnamento sul genere e la sessualità in entrambe le scuole di medicina della Nuova Zelanda. È in parte dovuto alla mancanza di tempo, ma anche alla mancanza di fiducia e conoscenza per insegnare l'argomento. L'educazione medica deve cambiare urgentemente per preparare i medici a prendersi cura adeguatamente dei loro pazienti transgender e non binari.

Usiamo il termine transgender (o trans) per riferirci a persone che si identificano con un genere diverso da quello loro assegnato alla nascita. Il termine non binario descrive le persone che non si identificano con il binario di genere maschile/femminile. Ci sono altre identità di genere come takatāpui, un termine tradizionale Maori che è stato rivendicato per abbracciare tutti i Maori che si identificano con generi e sessualità diversi. Non tutti si identificheranno con questi descrittori ombrello. Le identità transgender non sono una malattia o un problema di salute mentale. Sono una variazione dell'esperienza umana.

I problemi sorgono a causa di atteggiamenti sociali negativi. Le persone trans e non binarie devono ancora affrontare discriminazioni, stigmatizzazione ed emarginazione. Queste esperienze possono portare a disagio psicologico. Nel sondaggio Youth'12 condotto su 8.500 studenti delle scuole superiori nel 2012, quasi la metà degli studenti transgender ha riferito di avere sintomi depressivi. Uno su cinque aveva tentato il suicidio nell'anno precedente al sondaggio.

L'indagine Counting Ourselves nel 2018 ha anche mostrato alti tassi di problemi di salute mentale e un rischio più elevato di suicidio e abuso di sostanze. Ha evidenziato la difficoltà che molte persone transgender e non binarie affrontano nell'accedere all'assistenza sanitaria di genere. Molti hanno già avuto esperienze negative e hanno detto di aver evitato di vedere un medico perché erano preoccupati di non essere rispettati.

Non tutte le persone trans richiederanno l'accesso alla terapia ormonale o alla chirurgia, ma molti lo fanno. Eliminare gli ostacoli all'assistenza sanitaria è fondamentale. Le persone trans e non binarie hanno esigenze di salute specifiche per affermare la loro identità di genere e per ridurre la disforia di genere — il disagio che può verificarsi quando l'identità di genere di qualcuno differisce dal sesso assegnato loro alla nascita.

Casi di studio usati per insegnare agli studenti di medicina raramente mostrano diversità di sessualità o identità di genere. Quando non vedi te stesso o la popolazione riflessa nel tuo apprendimento, può inviare un messaggio che questo non è importante o rilevante per la pratica futura. Proprio come vogliamo che i nostri futuri medici riflettano la popolazione che tratteranno, anche il curriculum medico dovrebbe evolversi per farlo.

L'insegnamento sanitario transgender deve far parte di tutte le specialità mediche, infermieristiche e di formazione sanitaria alleata, in modo che i pazienti trans e non binari possano aspettarsi alcune competenze

culturali di base in tutte le aree del nostro servizio sanitario. La cura e la sensibilità sono richieste in alcune specialità — tra cui endocrinologia, ostetricia, ginecologia, salute sessuale, salute mentale, urologia e chirurgia mammaria. Ma è più importante nella pratica generale dove riceviamo la maggior parte della nostra assistenza sanitaria.

Mentre alcune cure richiedono specialisti ospedalieri, i medici di medicina generale (GP) possono fornire molta assistenza per l'affermazione del genere. I medici di base sono esperti nel supportare le persone con problemi di vita normali, nonché nell'affrontare i bisogni fisici e psicologici in modo olistico. I medici generici che desiderano fornire assistenza per l'affermazione del genere basata su un modello di consenso informato dovrebbero essere supportati e incoraggiati a farlo. Ciò si allinea con i modelli di best practice che vedono il paziente come l'esperto nella sua identità e lo riconoscono come un adulto competente che può fare scelte sulla propria assistenza sanitaria.

Un approccio multidisciplinare con il medico di base al centro, supportato da altri specialisti dove necessario, è un modello ideale. Il sostegno finanziario ed educativo alle cure primarie per prendere l'iniziativa in questo settore aumenterebbe l'accesso dei pazienti alle cure e ridurrebbe la necessità di rinvii alle cure secondarie, liberando appuntamenti per le persone che ne hanno bisogno.

Ci sono semplici passaggi che gli operatori sanitari possono adottare per far sentire i pazienti transgender e non binari più benvenuti e rispettati, tra cui: segni esteriori di accettazione nell'ambiente di pratica, come una bandiera arcobaleno, poster e opuscoli pertinenti; servizi igienici neutri rispetto al genere; moduli di iscrizione con domande appropriate sull'identità di genere, nomi e pronomi. Queste cose di per sé possono fare la differenza, ma devono essere supportate da personale che usa i nomi e i pronomi corretti delle persone e non fa ipotesi sul genere o sulla sessualità.

Gli operatori sanitari che trattano i loro pazienti transgender e non binari con rispetto e li supportano per affermare la loro identità di genere individuale contribuiscono a farli sentire a proprio agio nel partecipare agli appuntamenti. Il risultato è un miglioramento della salute e del benessere. Una migliore formazione e pratica medica richiedono anche cambiamenti negli atteggiamenti della società, ed è qui che tutti noi abbiamo un ruolo da svolgere.

Raw Generic SYSTRAN

Perché il modo in cui affrontiamo l'assistenza sanitaria transessuale e non binaria deve cambiare. La domanda di assistenza sanitaria per i transessuali è in aumento in Nuova Zelanda, ma la formazione degli operatori sanitari per lo sviluppo di competenze di base è in ritardo.

Nelle scuole mediche neozelandesi non c'è molto insegnamento di genere e sessualità. È in parte dovuto a mancanza di tempo, ma anche mancanza di fiducia e conoscenza per insegnare l'argomento. L'istruzione medica deve cambiare urgentemente per preparare i medici a occuparsi adeguatamente dei loro pazienti transessuali e non binari.

Usiamo il termine transessuale (o trans) per indicare persone che si identificano con un sesso diverso da quello loro assegnato alla nascita. Il termine non binario descrive le persone che non si identificano con il binario maschio/femmina. Ci sono altre identità di genere come takatāpui, un termine tradizionale di Māori che è stato rivendicato per abbracciare tutti i Māori che si identificano con diversi generi e sessualità. Non tutti si identificherebbero con questi descrittori. Le identità transessuali non sono una malattia o un problema di salute mentale. Sono una variazione dell'esperienza umana.

I problemi nascono a causa di atteggiamenti sociali negativi. Le persone trans e non binarie devono ancora affrontare discriminazioni, stigmatizzazione ed emarginazione. Queste esperienze possono causare problemi psicologici. Nell'indagine Giovanile 12 sugli 8.500 studenti delle scuole superiori svolta nel 2012, quasi la metà degli studenti transessuali ha riportato sintomi depressivi. Uno su cinque ha tentato il suicidio nell'anno precedente all'indagine.

L'indagine del 2018 del Contraente ha inoltre evidenziato un elevato tasso di problemi di salute mentale e un rischio più elevato di suicidio e di abuso di sostanze. Ha evidenziato la difficoltà che molte persone transessuali e non binarie si trovano ad affrontare nell'accedere all'assistenza sanitaria di genere. Molti avevano già avuto esperienze negative e hanno detto di aver evitato di vedere un dottore perché erano preoccupati di non essere rispettati.

Non tutti i trans avranno bisogno di accesso alla terapia ormonale o alla chirurgia, ma molti lo fanno. Rimuovere le barriere all'assistenza sanitaria è essenziale. Le persone transessuali e non binarie hanno esigenze sanitarie specifiche per affermare la loro identità di genere e ridurre la disforia di genere — la difficoltà che può verificarsi quando l'identità di genere di una persona differisce dal sesso a loro assegnato alla nascita.

Gli studi di casi usati per insegnare agli studenti di medicina raramente mostrano la diversità di sessualità o identità di genere. Quando non ci si vede o si riflette nella popolazione durante il proprio apprendimento, si può inviare un messaggio che informa che questo non è importante o rilevante ai fini di una pratica futura. Proprio come vogliamo che i nostri futuri dottori riflettano la popolazione che cureranno, anche il programma medico dovrebbe evolvere per farlo.

L'insegnamento dell'assistenza sanitaria transessuale deve far parte di tutte le specialità mediche, infermieristica e formazione sanitaria associata, in modo che i pazienti trans e non binari possano aspettarsi una certa competenza culturale di base in tutti i settori del nostro servizio sanitario. Sono necessarie cure e sensibilità in determinate specialità, tra cui endocrinologia, ostetricia, ginecologia, salute sessuale, salute mentale, urologia e chirurgia al seno. Ma è molto importante nella pratica dove riceviamo la maggior parte della nostra assistenza sanitaria.

Sebbene alcune cure richiedano specialisti ospedalieri, gli specialisti generali (GP) possono fornire un'assistenza che conferma il sesso. I GP sono esperti che sostengono le persone con normali questioni di vita, nonché che affrontano le esigenze fisiche e psicologiche in modo olistico. I GP che desiderano fornire assistenza per l'affermazione del genere in base a un modello di consenso informato dovrebbero essere sostenuti e incoraggiati a farlo. Ciò si allinea con i modelli di migliori pratiche che considerano il paziente come l'esperto nella loro identità e li riconoscono come un adulto competente in grado di scegliere la propria assistenza sanitaria.

Un approccio multidisciplinare con il GP al centro, eventualmente supportato da altri specialisti, è un modello ideale. Un sostegno finanziario ed educativo per l'assistenza primaria in questo settore aumenterebbe l'accesso dei pazienti alle cure e ridurrebbe la necessità di riferire all'assistenza secondaria, liberando gli appuntamenti per le persone che ne hanno bisogno.

Esistono semplici misure che i fornitori di servizi sanitari possono adottare per far sentire i pazienti transessuali e non binari più benvenuti e rispettati, tra cui: segni di accettazione all'esterno nell'ambiente della pratica, come una bandiera arcobaleno, poster e opuscoli pertinenti; servizi igienici indipendenti dal sesso; moduli di iscrizione con domande appropriate sull'identità di genere, sui nomi e sui pronomi. Queste cose di per sé possono fare la differenza, ma devono essere sostenute da personale che utilizza nomi e pronomi corretti delle persone e non fanno supposizioni sul genere o sulla sessualità.

I fornitori di servizi sanitari che trattano i loro pazienti transessuali e non binari con rispetto e sostegno per affermare la loro identità di genere individuale contribuiscono a farli sentire a loro agio nel prendere appuntamenti. Il risultato è una migliore salute e benessere. Una migliore formazione e una migliore pratica in campo medico richiedono anche cambiamenti negli atteggiamenti della società, e qui abbiamo tutti un ruolo da svolgere.

Generic SYSTRAN + TM

Perché il modo in cui affrontiamo l'assistenza sanitaria transgender e non-binaria deve cambiare. La domanda di assistenza sanitaria per i transgender è in aumento in Nuova Zelanda, ma la formazione degli operatori sanitari per lo sviluppo di competenze di base è in ritardo.

C'è poco insegnamento su genere e sessualità in entrambe le scuole di medicina della Nuova Zelanda. Ciò è dovuto in parte alla mancanza di tempo, ma anche alla mancanza di fiducia e di conoscenza per insegnare l'argomento. L'istruzione medica deve cambiare urgentemente per preparare i medici a curare adeguatamente i loro pazienti transgender e non binari.

Usiamo il termine transgender (o trans) per riferirsi a persone che si identificano con un genere diverso da quello assegnato a loro alla nascita. Il termine non binario descrive le persone che non si identificano con il binario di genere maschile/femminile. Ci sono altre identità di genere come il takatāpui, un termine tradizionale māori che è stato rivendicato per abbracciare tutti i māori che si identificano con diversi generi e sessualità. Non tutti si identificherebbero con questi descrittori ombrello. Le identità transgender non sono una malattia o un problema di salute mentale. Sono una variazione dell'esperienza umana.

I problemi sorgono a causa di atteggiamenti sociali negativi. Le persone transessuali e non binarie devono ancora affrontare discriminazioni, stigmatizzazioni ed emarginazioni. Queste esperienze possono portare a disagio psicologico. Nell'indagine Youth'12 condotta nel 2012 su 8,500 studenti delle scuole superiori, quasi la metà degli studenti transgender ha riferito di aver manifestato sintomi depressivi. Uno su cinque aveva tentato il suicidio nell'anno precedente l'indagine.

L'indagine del 2018 relativa al conteggio degli stessi ha inoltre evidenziato alti tassi di problemi di salute mentale e un rischio più elevato di suicidio e abuso di sostanze. Ha evidenziato la difficoltà che molte persone transgender e non binarie devono affrontare nell'accedere all'assistenza sanitaria per affermare il genere. Molti hanno già avuto esperienze negative e hanno detto di aver evitato di vedere un medico perché preoccupati di non essere rispettati.

Non tutte le persone trans avranno bisogno di accesso alla terapia ormonale o alla chirurgia, ma molti lo fanno. L'eliminazione delle barriere all'assistenza sanitaria è essenziale. Le persone transessuali e non binarie hanno specifiche esigenze di salute per affermare la loro identità di genere e per ridurre la disforia di genere — il disagio che può verificarsi quando l'identità di genere di qualcuno differisce dal sesso assegnato a loro alla nascita.

Studi di casi utilizzati per insegnare agli studenti di medicina raramente mostrano diversità di sessualità o identità di genere. Quando non vedi te stesso o la popolazione riflessa nel tuo apprendimento, può inviare un messaggio che questo non è importante o rilevante per la pratica futura. Proprio come vogliamo che i nostri futuri medici riflettano la popolazione che cureranno, anche i programmi di medicina dovrebbero evolvere per farlo.

L'insegnamento dell'assistenza sanitaria transgender deve far parte di tutte le specializzazioni mediche, dell'assistenza infermieristica e della formazione sanitaria associata, in modo che i pazienti trans e non binari possano aspettarsi una qualche competenza culturale di base in tutti i settori del nostro servizio sanitario. Cure e sensibilità sono necessarie in alcune specialità — tra cui endocrinologia, ostetricia, ginecologia, salute sessuale, salute mentale, urologia e chirurgia mammaria. Ma è molto importante nella pratica generale, dove riceviamo la maggior parte della nostra assistenza sanitaria.

Mentre alcune cure richiedono specialisti ospedalieri, i medici generici possono fornire molte cure di affermazione del genere. I medici di base sono esperti nel supporto alle persone con problemi di vita normale, nonché nell'affrontare i bisogni fisici e psicologici in modo olistico. I medici di base che desiderano fornire assistenza per l'affermazione del genere sulla base di un modello di consenso informato dovrebbero essere sostenuti e incoraggiati a farlo. Ciò è in linea con i modelli di best practice che vedono il paziente come l'esperto nella loro identità e li riconoscono come un adulto competente che può fare scelte circa la propria assistenza sanitaria.

Un approccio multidisciplinare con il GP al centro, sostenuto da altri specialisti ove necessario, è un modello ideale. Il sostegno finanziario ed educativo all'assistenza primaria per assumere un ruolo guida in questo settore aumenterebbe l'accesso dei pazienti all'assistenza e ridurrebbe la necessità di ricorrere all'assistenza secondaria, liberando posti di lavoro per le persone che ne hanno bisogno.

Ci sono semplici passi che gli operatori sanitari possono fare per far sentire i pazienti transgender e non-binari più benvenuti e rispettati, tra cui: segni esteriori di accettazione nell'ambiente di pratica, come una bandiera arcobaleno, manifesti e opuscoli pertinenti; servizi igienici neutrali dal punto di vista del genere; moduli di iscrizione con domande appropriate sull'identità di genere, nomi e pronomi. Queste cose di per sé possono fare la differenza, ma devono essere sostenute da personale che utilizza nomi e pronomi corretti delle persone e non fa supposizioni riguardo al genere o alla sessualità.

Gli operatori sanitari che trattano i loro pazienti transgender e non binari con rispetto e li sostengono per affermare la loro identità di genere individuale contribuiscono a renderli comodi a partecipare agli appuntamenti. Il risultato è il miglioramento della salute e del benessere. Migliorare la formazione e la pratica medica richiede anche cambiamenti negli atteggiamenti della società, ed è qui che abbiamo tutti un ruolo da svolgere.

Medical SYSTRAN + TM

Perché il modo in cui affrontiamo l'assistenza sanitaria transessuale e non binaria deve cambiare. La domanda di assistenza sanitaria per i transessuali è in aumento in Nuova Zelanda, ma la formazione degli operatori sanitari per lo sviluppo delle competenze di base è in ritardo.

Nelle scuole di medicina della Nuova Zelanda vi è poco insegnamento sul genere e sulla sessualità. In parte è dovuto alla mancanza di tempo, ma anche alla mancanza di fiducia e di conoscenza per insegnare l'argomento. L'istruzione medica deve cambiare urgentemente per preparare i medici a prendersi adeguatamente cura dei loro pazienti transgender e non binari.

Usiamo il termine transgender (o trans) per riferirsi a persone che si identificano con un genere diverso da quello assegnato a loro alla nascita. Il termine non binario descrive le persone che non si identificano con il binario di genere maschio/femmina. Ci sono altre identità di genere come il takatāpui, un termine tradizionale māori che è stato riconosciuto per abbracciare tutti i māori che si identificano con diversi generi e sessualità. Non tutti si identificheranno con questi descrittori ombrello. Le identità transgender non sono una malattia o un problema di salute mentale. Sono una variazione dell'esperienza umana.

I problemi sorgono a causa di atteggiamenti sociali negativi. Le persone transessuali e non binarie devono ancora affrontare discriminazione, stigmatizzazione ed emarginazione. Queste esperienze possono portare a disagio psicologico. Nell'indagine Youth'12 condotta nel 2012 su 8.500 studenti delle scuole superiori, quasi la metà degli studenti transgender ha riferito di sperimentare sintomi depressivi. Uno su cinque aveva tentato il suicidio nell'anno precedente l'indagine.

L'indagine Conteggio di se stessi del 2018 ha anche evidenziato alti tassi di problemi di salute mentale e un rischio più elevato di suicidio e abuso di sostanze. Ha sottolineato la difficoltà che molte persone transgender e non binarie devono affrontare nell'accedere all'assistenza sanitaria di affermazione del genere. Molti hanno già avuto esperienze negative e hanno detto di evitare di vedere un medico perché preoccupati di non essere rispettati.

Non tutti i trans avranno bisogno di accesso alla terapia ormonale o alla chirurgia, ma molti lo fanno. L'eliminazione delle barriere all'assistenza sanitaria è essenziale. Le persone transessuali e non binarie hanno specifiche esigenze di salute per affermare la propria identità di genere e ridurre la disforia di genere, il disagio che può verificarsi quando l'identità di genere di una persona differisce dal sesso a loro assegnato alla nascita.

Studi di casi utilizzati per insegnare agli studenti di medicina raramente mostrano diversità di sessualità o identità di genere. Quando non si vede se stessi o la popolazione riflessa nel tuo apprendimento, può inviare un messaggio che questo non è importante o rilevante per la pratica futura. Così come vogliamo che i nostri futuri medici riflettano la popolazione che cureranno, anche il programma di studi medici dovrebbe evolvere per fare così.

L'insegnamento dell'assistenza sanitaria transessuale deve essere parte di tutte le specializzazioni mediche, dell'assistenza infermieristica e della formazione sanitaria associata, in modo che i pazienti trans e non binari possano aspettarsi una qualche competenza culturale di base in tutti i settori del nostro servizio sanitario. Cura e sensibilità sono necessarie in alcune specialità — tra cui endocrinologia, ostetricia, ginecologia, salute sessuale, salute mentale, urologia e chirurgia mammaria. Ma è molto importante nella pratica generale, dove riceviamo la maggior parte della nostra assistenza sanitaria.

Mentre alcune cure richiedono specialisti ospedalieri, i medici generici possono fornire molte cure di conferma del genere. I medici di base sono esperti nel supporto di persone con problemi di vita normali, nonché nell'affrontare i bisogni fisici e psicologici in modo olistico. I medici di medicina generale che desiderano fornire un'assistenza di affermazione del genere basata su un modello di consenso informato devono essere sostenuti e incoraggiati a farlo. Ciò è in linea con i modelli di best practice che vedono il paziente come l'esperto nella sua identità e li riconoscono come un adulto competente che può fare scelte circa la propria salute.

Un approccio multidisciplinare con il GP al centro, sostenuto da altri specialisti ove necessario, è un modello ideale. Il sostegno finanziario ed educativo per l'assistenza primaria in quest'area aumenterebbe l'accesso dei pazienti all'assistenza e ridurrebbe la necessità di ricorrere all'assistenza secondaria, liberando gli appuntamenti per le persone che ne hanno bisogno.

Ci sono semplici passi che gli operatori sanitari possono intraprendere per far sentire i pazienti transgender e non binari più benvenuti e rispettati, tra cui: segni esteriori di accettazione nell'ambiente di pratica, come una bandiera arcobaleno, manifesti e opuscoli rilevanti; bagni neutrali dal punto di vista del genere; moduli di arruolamento con domande appropriate sull'identità di genere, nomi e pronomi. Queste cose di per sé possono fare la differenza, ma devono essere sostenute da personale che utilizzi nomi e pronomi corretti delle persone e non faccia assunzioni riguardo al genere o alla sessualità.

Gli operatori sanitari che trattano i loro pazienti transessuali e non binari con rispetto e li aiutano ad affermare la loro identità di genere individuale contribuiscono a renderli comodi a partecipare agli appuntamenti. Il risultato è il miglioramento della salute e del benessere. Una migliore formazione e pratica medica richiede anche cambiamenti nell'atteggiamento della società, ed è qui che tutti noi abbiamo un ruolo da svolgere.

- Compton, Julie. 2019. Trans dads tell doctors: 'You can be a man and have a baby'. In *NBCNews*. <https://www.nbcnews.com/feature/nbc-out/trans-dads-tell-doctors-you-can-be-man-have-baby-n1006906> (accessed 04/02/2023)

Original

Trans dads tell doctors: 'You can be a man and have a baby'. Transgender men say they face misinformation, bias and a lack of understanding from the medical establishment when they decide to start a family.

When Jay Thomas, 33, decided he wanted to get pregnant in 2016, he spoke to his physician. Thomas, a cook who lives in Louisville, Kentucky, explained to his doctor that he and his wife, Jamie Brewster, 33, a bank employee, are both transgender, and that he had been on testosterone for more than two years. The physician said Thomas had likely gone through early menopause, and that if they were able to conceive at all, he would have to go off the hormone for at least 18 months. But none of that turned out to be true, according to Thomas, who gave birth to the couple's son Dorian, 2, less than a year after that doctor's appointment. "We got pregnant in three months," Thomas said.

One of the most persistent myths transgender men and nonbinary people hear from doctors is that testosterone has sterilized them, experts say. While testosterone generally blocks ovulation, trans men can get pregnant while taking it, particularly if they are not taking it regularly. It's just one example of the misinformation and discouragement transgender men say they face from the medical establishment when

they decide to get pregnant — a problem advocates and experts blame on a lack of training and research around transgender health care, as well as doctors' biases.

There is no data on how many transgender men and nonbinary people give birth in the United States each year, because medical systems track them as female, but experts believe the numbers are likely higher than many would expect. The number of people who identify as transgender is growing: A 2016 study from the Williams Institute found that 1.4 million adults in the U.S identify as transgender, which was double the estimate based on data from a decade earlier.

In Australia, where government agencies began tracking both sex and gender in official records in 2013, 54 transgender men gave birth in 2014, according to statistics from the country's universal health care system. And a Dutch study published in the journal *Human Reproduction* in 2011 found that a majority of trans men reported wanting families.

But doctors, nurses and medical office staff are still adjusting to the idea that those who are pregnant may not identify as women. Transgender and nonbinary people describe gaps in medical professionals' understanding ranging from an ultrasound technician calling them by the wrong name to doctors who tell them hormone therapy probably ruined their fertility. The consequences can be dire. A recently published case study described a transgender man who went to an emergency room with severe abdominal pain — but doctors were slow to realize that he was pregnant and in danger. The man delivered a stillborn baby several hours later.

The issue extends to all types of medical care for transgender and nonbinary people, not only to prenatal care, said Dr. Alex Keuroghlian, director of the National LGBT Health Education Center at Fenway Health, which educates health care organizations on how to care for lesbian, gay, bisexual, transgender and queer people. A 2017 report by the Center for American Progress, a liberal policy institute, found that 29 percent of trans people reported that a medical provider had refused to see them because of their sexual orientation or gender identity in the previous year, and 21 percent of trans respondents said a provider had used harsh or abusive language when they sought medical care.

"It's not a standard part of medical education, it's not a standard part of nursing education, or training of mental health clinicians," Keuroghlian, who is a psychiatrist at Massachusetts General Hospital, said of health care for transgender and nonbinary people. "So many health care professionals are playing catch-up after the fact and learning how to accommodate the range of experiences that gender minority people have in health care." That lack of awareness can cause trans people to avoid doctors. According to a 2016 report in the journal *Medical Care*, about 30 percent of trans people reported delaying or not seeking care due to discrimination.

"It really is a matter of life and death for transgender and nonbinary people to be seen, valued, and supported by their medical providers," said Trystan Reese, who is the director of family formation for the Family Equality Council, a national nonprofit that advocates for LGBTQ families, "whether in a fertility setting or going in for a broken arm or diabetes or any other health issue they might have." The need for trans people to constantly explain themselves to doctors and other medical staff can be draining.

Ethan Clift, 36, and his wife Allison Clift-Jennings, 41, who are both transgender, decided in 2017 that they wanted biological children. Clift, a lobbyist, also wanted to begin taking testosterone as part of his transition. Because testosterone blocks ovulation, the couple, who live in Reno, Nevada, decided to freeze their embryos before Clift transitioned. Clift said doctors and nurses at the fertility clinic in Reno where he had his eggs harvested were well intentioned but struggled to get his pronouns right. He tried to correct them, he said, but it became too exhausting, so he gave up. "The whole process is difficult — it really is tailored for women, essentially, in the language and everything about it," Clift said.

Keuroghlian said this is a common experience of transgender men in medical settings. "There's a tremendous amount of stigma related to having a gender minority identity, and most people weren't raised to have an awareness of gender diversity, including an awareness of the fact that people of many genders need OB-GYN services and may experience pregnancy and have children," Keuroghlian said. Whether the

mistreatment is intentional or not, Keuroghlian said trans and nonbinary people who are made to feel uncomfortable usually don't return and are more likely to avoid doctors in the future.

According to a small 2014 study published by the American College of Obstetricians and Gynecologists, 22 percent of trans and nonbinary people said they chose to give birth at home with the assistance of a midwife or doula. Overall, just 1.36 percent of births in the U.S. were outside of hospitals in 2012, according to the Centers for Disease Control and Prevention. Jasper Moon, a midwife in Portland, Oregon, who is nonbinary and uses "they" and "them" pronouns, is four months pregnant and plans to give birth at home with the assistance of midwives. "They know me really well, I know them really well, I trust them, and everything goes appropriately because I don't have random newcomers like I would at a hospital birth," Moon said.

Many trans and nonbinary people also look online for information about getting pregnant and giving birth. A private Facebook group for trans men, which contains more than 200 members, serves as a network for those looking for advice on how to plan families. Clift said he and his wife use Reddit and Instagram to find and share information with other trans and nonbinary people who are going through transition or pregnancy. On Instagram, Clift said there aren't many trans men who are pregnant, but he can find them through hashtags and ask them questions in the comments. "I feel like transgender health is a form of biohacking because there aren't a ton of studies out there — legitimate studies — and there aren't a ton of doctors that really know it inside and out," Clift said.

While it's good that people are informing themselves and each other, Dr. Juno Obedin-Maliver, a gynecologist and an assistant professor at Stanford University School of Medicine, said some of her trans and nonbinary patients have misconceptions based on what they've read online. For example, some trans men think they need to undergo hysterectomies because they have read that testosterone will cause uterine cancer, but there is no rigorous research supporting that, said Obedin-Maliver, who co-authored the Pride Study, the first nationwide report on the physical, mental and social health of LGBTQ people.

"There's very little knowledge, and there's often an opening for misinformation," Obedin-Maliver said. "The answer to that is rigorous comprehensive data that fills in those answers and comprehensive medical education for clinicians so that we can meet what is a real need for people to take care of themselves." More health care centers are getting trained. Since 2011, the National LGBT Health Education Center has trained more than 1,000 health care organizations on how to care for LGBTQ patients.

Dr. Rupal Yu, a family physician for Piedmont Health Services, which implemented training in all 12 of its North Carolina centers, recalled a young trans man who came to her for care prior to the training. She said she was surprised at how little she understood about trans patients, both socially and medically. Yu's center in Carrboro, North Carolina, made several changes starting in 2014, including developing gender-inclusive patient intake forms and documenting patients' gender identity and sex assigned at birth in both physical and electronic records. Staff were trained on how to ask and consistently use a patient's preferred name and gender from "the front door until they exit," she added.

"I have more experience now simply being comfortable with talking to and taking care of non-cisgender people, getting comfortable with the idea that a man can have a vagina or a woman can have a penis, that the identity was in the brain, and not our biological parts." Keuroghlian, of the National LGBT Health Education Center, suggested that hospitals change the name of their maternity wards to "labor and delivery," so everyone feels welcome.

But providers who strive to be more inclusive can face criticism from non-transgender clients, including on social media, said Maya Scott-Chung, program director for SprOUT Family, a nonprofit that supports LGBTQ people through the family building process. She said some clinics create separate marketing materials for their LGBTQ clientele.

Scott-Chung has worked with clinics that "have done that to avoid the pushback from more conservative, heterosexual clients," she said. Pregnant trans men and nonbinary people also fight battles within their own bodies.

Thomas said pregnancy reignited his dysphoria, the sense of disconnect transgender people experience between their bodies and their gender identity. The surgeon who had done his mastectomy neglected to remove all of the glands in his chest, he said, which caused some of the tissue to return as the pregnancy progressed. "A lot of things had changed for those few months and it was rough — it was really hard," Thomas said.

After giving birth, Thomas experienced postpartum depression, but he began to feel better over time after going back on testosterone. Reese — a transgender man who gave birth to a son in 2017 in Portland, Oregon, and who has provided guidance for hundreds of trans men who have given birth around the world — said it's common for them to experience dysphoria and postpartum depression. He said it's another area where research is needed.

"All we have is anecdotal evidence," Reese said, "and anecdotally, it does seem as though transgender and nonbinary people are more susceptible to things like postpartum anxiety and postpartum depression." But he believes it's a good thing that more trans men and nonbinary people are beginning to see that pregnancy is a possibility for them, whether they want to experience it or view it simply as a means to an end.

"You can be a man and have a baby," Reese said, "and they are starting to see that that is possible and that hasn't always been the case." Thomas said nothing about having a child — even his dysphoria — changed how he saw himself as a man. "I think that's the definition of a father — you give up everything for your child," Thomas said.

Raw Google Translate

I papà trans dicono ai medici: "Puoi essere un uomo e avere un bambino". Gli uomini transgender affermano di dover affrontare disinformazione, pregiudizi e mancanza di comprensione da parte dell'establishment medico quando decidono di mettere su famiglia.

Quando Jay Thomas, 33 anni, ha deciso di voler rimanere incinta nel 2016, ha parlato con il suo medico. Thomas, un cuoco che vive a Louisville, Kentucky, ha spiegato al suo medico che lui e sua moglie, Jamie Brewster, 33 anni, impiegata di banca, sono entrambi transgender e che era sotto testosterone da più di due anni. Il medico disse che probabilmente Thomas aveva attraversato la menopausa precoce e che, se fossero stati in grado di concepire, avrebbe dovuto sospendere l'ormone per almeno 18 mesi. Ma niente di tutto ciò si è rivelato vero, secondo Thomas, che ha dato alla luce il figlio della coppia Dorian, 2, meno di un anno dopo la nomina di quel medico. "Siamo rimaste incinte in tre mesi", ha detto Thomas.

Uno dei miti più persistenti che gli uomini transgender e le persone non binarie sentono dai medici è che il testosterone li abbia sterilizzati, dicono gli esperti. Mentre il testosterone generalmente blocca l'ovulazione, gli uomini trans possono rimanere incinti mentre lo assumono, in particolare se non lo assumono regolarmente. È solo un esempio della disinformazione e dello scoraggiamento che gli uomini transgender affermano di dover affrontare dall'establishment medico quando decidono di rimanere incinta - un problema che i sostenitori e gli esperti attribuiscono alla mancanza di formazione e ricerca sull'assistenza sanitaria transgender, nonché ai pregiudizi dei medici.

Non ci sono dati su quanti uomini transgender e persone non binarie partoriscono negli Stati Uniti ogni anno, perché i sistemi medici li rintracciano come femmine, ma gli esperti ritengono che i numeri siano probabilmente più alti di quanto molti si aspetterebbero. Il numero di persone che si identificano come transgender sta crescendo: uno studio del 2016 del Williams Institute ha rilevato che 1,4 milioni di adulti negli Stati Uniti si identificano come transgender, il doppio della stima basata sui dati di un decennio prima.

In Australia, dove le agenzie governative hanno iniziato a tenere traccia sia del sesso che del genere nei registri ufficiali nel 2013, 54 uomini transgender hanno partorito nel 2014, secondo le statistiche del sistema sanitario universale del paese. E uno studio olandese pubblicato sulla rivista Human Reproduction nel 2011 ha rilevato che la maggioranza degli uomini trans ha riferito di volere una famiglia.

Ma medici, infermieri e personale degli studi medici si stanno ancora adattando all'idea che coloro che sono incinte potrebbero non identificarsi come donne. Le persone transgender e non binarie descrivono lacune nella comprensione dei professionisti medici che vanno da un tecnico ecografico che li chiama con il nome sbagliato a medici che dicono loro che la terapia ormonale probabilmente ha rovinato la loro fertilità. Le conseguenze possono essere terribili. Un caso di studio pubblicato di recente ha descritto un uomo transgender che è andato al pronto soccorso con un forte dolore addominale, ma i medici hanno tardato a rendersi conto che era incinta e in pericolo. L'uomo ha partorito un bambino nato morto diverse ore dopo.

La questione si estende a tutti i tipi di assistenza medica per le persone transgender e non binarie, non solo alle cure prenatali, ha affermato il dott. Alex Keuroghlian, direttore del National LGBT Health Education Center presso Fenway Health, che istruisce le organizzazioni sanitarie su come prendersi cura delle lesbiche, gay, bisessuali, transgender e queer. Un rapporto del 2017 del Center for American Progress, un istituto di politica liberale, ha rilevato che il 29% delle persone trans ha riferito che un medico si era rifiutato di vederle a causa del loro orientamento sessuale o identità di genere nell'anno precedente, e il 21% delle persone trans gli intervistati hanno affermato che un fornitore aveva usato un linguaggio duro o offensivo quando cercava assistenza medica.

"Non è una parte standard dell'educazione medica, non è una parte standard dell'educazione infermieristica o della formazione di medici di salute mentale", ha detto Keuroghlian, che è uno psichiatra al Massachusetts General Hospital, dell'assistenza sanitaria per le persone transgender e non binarie. "Così tanti operatori sanitari stanno recuperando il ritardo dopo il fatto e imparando come accogliere la gamma di esperienze che le persone appartenenti a minoranze di genere hanno nell'assistenza sanitaria". Questa mancanza di consapevolezza può indurre le persone trans a evitare i medici. Secondo un rapporto del 2016 sulla rivista Medical Care, circa il 30% delle persone trans ha riferito di aver ritardato o non cercato assistenza a causa della discriminazione.

"È davvero una questione di vita o di morte per le persone transgender e non binarie essere viste, apprezzate e supportate dai loro fornitori di servizi medici", ha affermato Trystan Reese, che è il direttore della formazione familiare per il Family Equality Council, un'organizzazione no profit nazionale che sostiene le famiglie LGBTQ, "sia in un contesto di fertilità che in caso di un braccio rotto o diabete o qualsiasi altro problema di salute che potrebbero avere". La necessità per le persone trans di spiegarsi costantemente ai medici e ad altro personale medico può essere estenuante.

Ethan Clift, 36 anni, e sua moglie Allison Clift-Jennings, 41 anni, entrambi transgender, hanno deciso nel 2017 di volere figli biologici. Anche Clift, un lobbista, voleva iniziare a prendere il testosterone come parte della sua transizione. Poiché il testosterone blocca l'ovulazione, la coppia, che vive a Reno, in Nevada, ha deciso di congelare i propri embrioni prima della transizione di Clift. Clift ha detto che i medici e gli infermieri della clinica per la fertilità di Reno, dove ha raccolto le sue uova, erano ben intenzionati, ma hanno faticato a pronunciare correttamente i suoi pronomi. Ha cercato di correggerli, ha detto, ma è diventato troppo estenuante, quindi ha rinunciato. "L'intero processo è difficile: è davvero su misura per le donne, essenzialmente, nella lingua e in tutto ciò che riguarda", ha detto Clift.

Keuroghlian ha affermato che questa è un'esperienza comune degli uomini transgender in ambito medico. "C'è un'enorme quantità di stigma legato all'aver un'identità di minoranza di genere, e la maggior parte delle persone non è stata educata per avere una consapevolezza della diversità di genere, inclusa la consapevolezza del fatto che le persone di molti sessi hanno bisogno di servizi OB-GYN e possono sperimentare una gravidanza e avere figli", ha detto Keuroghlian. Indipendentemente dal fatto che il maltrattamento sia intenzionale o meno, Keuroghlian ha affermato che le persone trans e non binarie che si sentono a disagio di solito non tornano e hanno maggiori probabilità di evitare i medici in futuro.

Secondo un piccolo studio del 2014 pubblicato dall'American College of Obstetricians and Gynecologists, il 22% delle persone trans e non binarie ha dichiarato di aver scelto di partorire a casa con l'assistenza di un'ostetrica o di una doula. Complessivamente, solo l'1,36% delle nascite negli Stati Uniti è avvenuto al di fuori degli ospedali nel 2012, secondo i Centers for Disease Control and Prevention. Jasper Moon, un'ostetrica di Portland, Oregon, che non è binaria e usa i pronomi "loro" e "loro", è incinta di quattro mesi e intende partorire a casa con l'assistenza delle ostetriche. "Mi conoscono molto bene, li conosco molto

bene, mi fido di loro e tutto va in modo appropriato perché non ho nuovi arrivati casuali come farei con un parto in ospedale", ha detto Moon.

Molte persone trans e non binarie cercano anche online informazioni sulla gravidanza e sul parto. Un gruppo Facebook privato per uomini trans, che contiene più di 200 membri, funge da rete per coloro che cercano consigli su come pianificare le famiglie. Clift ha detto che lui e sua moglie usano Reddit e Instagram per trovare e condividere informazioni con altre persone trans e non binarie che stanno attraversando una transizione o una gravidanza. Su Instagram, Clift ha detto che non ci sono molti uomini trans incinti, ma può trovarli attraverso gli hashtag e porre loro domande nei commenti. "Sento che la salute dei transgender è una forma di biohacking perché non ci sono un sacco di studi là fuori - studi legittimi - e non ci sono un sacco di medici che lo sappiano davvero dentro e fuori", ha detto Clift.

Sebbene sia positivo che le persone si informino a vicenda, la dottoressa Juno Obedin-Maliver, ginecologa e assistente professore presso la Stanford University School of Medicine, ha affermato che alcuni dei suoi pazienti trans e non binari hanno idee sbagliate basate su ciò che hanno letto online. Ad esempio, alcuni uomini trans pensano di dover sottoporsi a isterectomia perché hanno letto che il testosterone causerà il cancro uterino, ma non esiste una ricerca rigorosa a sostegno di ciò, ha affermato Obedin-Maliver, coautore del Pride Study, il primo rapporto nazionale su la salute fisica, mentale e sociale delle persone LGBTQ.

"C'è pochissima conoscenza e spesso c'è un'apertura per la disinformazione", ha detto Obedin-Maliver. "La risposta sono dati rigorosi e completi che riempiono quelle risposte e una formazione medica completa per i medici in modo che possiamo soddisfare quello che è un vero bisogno per le persone di prendersi cura di se stesse". Più centri sanitari vengono formati Dal 2011, il National LGBT Health Education Center ha formato più di 1.000 organizzazioni sanitarie su come prendersi cura dei pazienti LGBTQ.

La dottoressa Rupal Yu, un medico di famiglia per i servizi sanitari piemontesi, che ha implementato la formazione in tutti i 12 centri della Carolina del Nord, ha ricordato un giovane uomo trans che si è rivolto a lei per cure prima della formazione. Ha detto di essere sorpresa di quanto poco capisse dei pazienti trans, sia dal punto di vista sociale che medico. Il centro di Yu a Carrboro, nella Carolina del Nord, ha apportato diverse modifiche a partire dal 2014, tra cui lo sviluppo di moduli di assunzione dei pazienti che includano il genere e la documentazione dell'identità di genere e del sesso dei pazienti assegnati alla nascita in registri sia fisici che elettronici. Il personale è stato addestrato su come chiedere e utilizzare costantemente il nome e il sesso preferito di un paziente "dalla porta principale fino all'uscita", ha aggiunto.

"Ho più esperienza ora semplicemente sentirmi a mio agio nel parlare e prendermi cura di persone non cisgender, sentirmi a mio agio con l'idea che un uomo può avere una vagina o una donna può avere un pene, che l'identità era nel cervello e non le nostre parti biologiche. Keuroghlian, del National LGBT Health Education Center, ha suggerito che gli ospedali cambino il nome dei loro reparti di maternità in "travaglio e parto", in modo che tutti si sentano i benvenuti.

Ma i fornitori che si sforzano di essere più inclusivi possono subire critiche da parte di clienti non transgender, anche sui social media, ha affermato Maya Scott-Chung, direttrice del programma per SprOUT Family, un'organizzazione no profit che supporta le persone LGBTQ attraverso il processo di costruzione della famiglia. Ha detto che alcune cliniche creano materiali di marketing separati per la loro clientela LGBTQ.

Scott-Chung ha lavorato con cliniche che "lo hanno fatto per evitare il respingimento da parte di clienti eterosessuali più conservatori", ha detto. Anche gli uomini trans incinti e le persone non binarie combattono battaglie all'interno del proprio corpo.

Thomas ha detto che la gravidanza ha riaperto la sua disforia, il senso di disconnessione che le persone transgender provano tra i loro corpi e la loro identità di genere. Il chirurgo che aveva eseguito la sua mastectomia ha trascurato di rimuovere tutte le ghiandole del torace, ha detto, il che ha causato il ritorno di parte del tessuto con il progredire della gravidanza. "Molte cose erano cambiate in quei pochi mesi ed è stato difficile - è stato davvero difficile", ha detto Thomas.

Dopo il parto, Thomas ha sperimentato la depressione postpartum, ma ha iniziato a sentirsi meglio nel tempo dopo essere tornato al testosterone. Reese - un uomo transgender che ha dato alla luce un figlio nel 2017 a Portland, Oregon, e che ha fornito una guida a centinaia di uomini trans che hanno partorito in tutto il mondo - ha detto che è comune per loro sperimentare la disforia e la depressione postpartum. Ha detto che è un'altra area in cui è necessaria la ricerca.

"Tutto ciò che abbiamo sono prove aneddotiche", ha detto Reese, "e aneddoticamente, sembra che le persone transgender e non binarie siano più suscettibili a cose come l'ansia postpartum e la depressione postpartum". Ma crede che sia una buona cosa che più uomini trans e persone non binarie stiano iniziando a vedere che la gravidanza è una possibilità per loro, sia che vogliano sperimentarla o vederla semplicemente come un mezzo per un fine.

"Puoi essere un uomo e avere un bambino", ha detto Reese, "e stanno iniziando a vedere che è possibile e non è sempre stato così". Thomas non ha detto nulla sull'aver un figlio - anche la sua disforia - ha cambiato il modo in cui si considerava un uomo. "Penso che questa sia la definizione di un padre: rinunci a tutto per tuo figlio", ha detto Thomas.

Raw DeepL Translator

I papà trans dicono ai medici: Puoi essere un uomo e avere un bambino". Gli uomini transgender dicono di dover affrontare disinformazione, pregiudizi e mancanza di comprensione da parte dell'establishment medico quando decidono di mettere su famiglia.

Quando Jay Thomas, 33 anni, ha deciso di voler rimanere incinta nel 2016, ha parlato con il suo medico. Thomas, un cuoco che vive a Louisville, nel Kentucky, ha spiegato al suo medico che lui e sua moglie, Jamie Brewster, 33 anni, impiegata di banca, sono entrambi transgender e che lui assumeva testosterone da più di due anni. Il medico disse che Thomas era probabilmente entrato in menopausa precoce e che, se fossero riusciti a concepire, avrebbe dovuto sospendere l'ormone per almeno 18 mesi. Ma nulla di tutto ciò si è rivelato vero, secondo Thomas, che ha dato alla luce il figlio della coppia, Dorian, di 2 anni, meno di un anno dopo la visita medica. "Siamo rimasti incinti in tre mesi", ha detto Thomas.

Uno dei miti più persistenti che gli uomini transgender e le persone non binarie sentono dire dai medici è che il testosterone li ha sterilizzati, dicono gli esperti. Sebbene il testosterone in genere blocchi l'ovulazione, gli uomini trans possono rimanere incinti durante l'assunzione, soprattutto se non lo assumono regolarmente. È solo un esempio della disinformazione e dello scoraggiamento che gli uomini trans dicono di dover affrontare da parte dell'establishment medico quando decidono di rimanere incinta - un problema che i sostenitori e gli esperti imputano alla mancanza di formazione e di ricerca sull'assistenza sanitaria ai transgender, oltre che ai pregiudizi dei medici.

Non esistono dati su quanti uomini transgender e persone non binarie partoriscono ogni anno negli Stati Uniti, perché i sistemi medici li considerano donne, ma gli esperti ritengono che il numero sia probabilmente più alto di quanto ci si aspetti. Il numero di persone che si identificano come transgender è in crescita: Uno studio del 2016 del Williams Institute ha rilevato che 1,4 milioni di adulti negli Stati Uniti si identificano come transgender, il doppio della stima basata sui dati di un decennio prima.

In Australia, dove le agenzie governative hanno iniziato a tracciare sia il sesso che il genere nei registri ufficiali nel 2013, 54 uomini transgender hanno partorito nel 2014, secondo le statistiche del sistema sanitario universale del Paese. Uno studio olandese pubblicato nel 2011 sulla rivista Human Reproduction ha rilevato che la maggioranza degli uomini trans ha dichiarato di desiderare una famiglia.

Ma medici, infermieri e personale medico si stanno ancora adattando all'idea che chi è incinta potrebbe non identificarsi come donna. Le persone transgender e non binarie descrivono lacune nella comprensione da parte dei medici, che vanno da un ecografista che le chiama con il nome sbagliato a medici che dicono loro che la terapia ormonale ha probabilmente rovinato la loro fertilità. Le conseguenze possono essere terribili. Un caso di studio pubblicato di recente descrive un uomo transgender che si è recato al pronto soccorso con

forti dolori addominali, ma i medici hanno tardato a capire che era incinta e in pericolo. L'uomo ha partorito un bambino nato morto alcune ore dopo.

Il problema si estende a tutti i tipi di assistenza medica per le persone transgender e non binarie, non solo all'assistenza prenatale, ha dichiarato il dottor Alex Keuroghlian, direttore del National LGBT Health Education Center presso Fenway Health, che istruisce le organizzazioni sanitarie su come assistere le persone lesbiche, gay, bisessuali, transgender e queer. Un rapporto del 2017 del Center for American Progress, un istituto di politica liberale, ha rilevato che il 29% delle persone trans ha riferito che un operatore sanitario ha rifiutato di visitarle a causa del loro orientamento sessuale o della loro identità di genere nell'anno precedente e il 21% degli intervistati trans ha dichiarato che un operatore ha usato un linguaggio duro o offensivo quando ha richiesto assistenza medica.

"Non è una parte standard della formazione medica, non è una parte standard della formazione infermieristica o della formazione dei clinici della salute mentale", ha detto Keuroghlian, che è psichiatra al Massachusetts General Hospital, a proposito dell'assistenza sanitaria per le persone transgender e non binarie. "Molti professionisti della sanità stanno recuperando terreno dopo il fatto e stanno imparando ad accogliere la gamma di esperienze che le persone appartenenti a minoranze di genere hanno nell'assistenza sanitaria". Questa mancanza di consapevolezza può indurre le persone trans a evitare i medici. Secondo un rapporto del 2016 pubblicato sulla rivista Medical Care, circa il 30% delle persone trans ha dichiarato di aver ritardato o di non aver richiesto cure a causa della discriminazione.

"È davvero una questione di vita o di morte per le persone transgender e non binarie essere viste, valorizzate e sostenute dai loro medici", ha detto Trystan Reese, direttore della formazione familiare del Family Equality Council, un'associazione nazionale senza scopo di lucro che si occupa delle famiglie LGBTQ, "sia che si tratti di fertilità sia che si tratti di un braccio rotto o di diabete o di qualsiasi altro problema di salute". La necessità per le persone trans di dare costantemente spiegazioni ai medici e al personale sanitario può essere logorante.

Ethan Clift, 36 anni, e sua moglie Allison Clift-Jennings, 41 anni, entrambi transgender, hanno deciso nel 2017 di volere dei figli biologici. Clift, un lobbista, voleva anche iniziare ad assumere testosterone come parte della sua transizione. Poiché il testosterone blocca l'ovulazione, la coppia, che vive a Reno, in Nevada, ha deciso di congelare i propri embrioni prima della transizione di Clift. Clift ha raccontato che i medici e le infermiere della clinica della fertilità di Reno, dove gli sono stati prelevati gli ovuli, erano ben intenzionati ma hanno faticato ad azzeccare i suoi pronomi. Ha provato a correggerli, ma è diventato troppo faticoso e ha rinunciato. "L'intero processo è difficile - è davvero fatto su misura per le donne, essenzialmente, nel linguaggio e in tutto ciò che lo riguarda", ha detto Clift.

Keuroghlian ha detto che questa è un'esperienza comune degli uomini transgender in ambito medico. "C'è un'enorme quantità di stigma legato all'aver un'identità di minoranza di genere, e la maggior parte delle persone non è stata cresciuta con la consapevolezza della diversità di genere, compresa la consapevolezza del fatto che persone di molti generi hanno bisogno di servizi di ginecologia e possono avere gravidanze e figli", ha detto Keuroghlian. Che il maltrattamento sia intenzionale o meno, Keuroghlian ha detto che le persone trans e non binarie che si sentono a disagio di solito non tornano e sono più propense a evitare i medici in futuro.

Secondo un piccolo studio del 2014 pubblicato dall'American College of Obstetricians and Gynecologists, il 22% delle persone trans e non binarie ha dichiarato di aver scelto di partorire in casa con l'assistenza di un'ostetrica o di una doula. In generale, secondo i Centers for Disease Control and Prevention, nel 2012 solo l'1,36% delle nascite negli Stati Uniti è avvenuto al di fuori degli ospedali. Jasper Moon, un'ostetrica di Portland, Oregon, che è non binaria e usa i pronomi "loro" e "loro", è incinta di quattro mesi e intende partorire in casa con l'assistenza delle ostetriche. "Loro mi conoscono molto bene, io conosco loro molto bene, mi fido di loro e tutto si svolge in modo appropriato perché non ci sono nuovi arrivati a caso come in un parto in ospedale", ha detto Moon.

Molte persone trans e non binarie cercano online informazioni sulla gravidanza e sul parto. Un gruppo privato su Facebook per uomini trans, che conta più di 200 membri, funge da rete per chi cerca consigli su

come pianificare una famiglia. Clift ha detto che lui e sua moglie usano Reddit e Instagram per trovare e condividere informazioni con altre persone trans e non binarie che stanno affrontando la transizione o la gravidanza. Su Instagram, Clift ha detto che non ci sono molti uomini trans che sono incinti, ma può trovarli attraverso gli hashtag e fare loro domande nei commenti. "Mi sembra che la salute dei transgender sia una forma di biohacking, perché non ci sono molti studi in giro - studi legittimi - e non ci sono molti medici che la conoscano davvero a fondo", ha detto Clift.

Sebbene sia positivo che le persone si informino da sole e tra di loro, la dottoressa Juno Obedin-Maliver, ginecologa e assistente alla Stanford University School of Medicine, ha affermato che alcune delle sue pazienti trans e non binarie hanno idee sbagliate basate su ciò che hanno letto online. Per esempio, alcuni uomini trans pensano di doversi sottoporre a isterectomia perché hanno letto che il testosterone provoca il cancro all'utero, ma non ci sono ricerche rigorose a sostegno di questa tesi, ha detto Obedin-Maliver, coautrice del Pride Study, il primo rapporto a livello nazionale sulla salute fisica, mentale e sociale delle persone LGBTQ.

"Le conoscenze sono molto scarse e spesso c'è spazio per la disinformazione", ha detto Obedin-Maliver. "La risposta a questo problema è rappresentata da dati completi e rigorosi, che forniscano le risposte, e da una formazione medica completa per i medici, in modo da poter soddisfare il bisogno reale delle persone di prendersi cura di se stesse". Dal 2011, il Centro nazionale di educazione alla salute LGBT ha formato più di 1.000 organizzazioni sanitarie su come prendersi cura dei pazienti LGBTQ.

La dottoressa Rupal Yu, medico di famiglia del Piedmont Health Services, che ha implementato la formazione in tutti e 12 i suoi centri della Carolina del Nord, ha ricordato un giovane trans che si era rivolto a lei prima della formazione. Ha detto di essere rimasta sorpresa da quanto poco capisse dei pazienti trans, sia dal punto di vista sociale che medico. Il centro di Yu a Carrboro, nella Carolina del Nord, ha apportato diversi cambiamenti a partire dal 2014, tra cui lo sviluppo di moduli di accettazione dei pazienti inclusivi del genere e la documentazione dell'identità di genere dei pazienti e del sesso assegnato alla nascita nelle cartelle cliniche sia fisiche che elettroniche. Il personale è stato istruito su come chiedere e utilizzare in modo coerente il nome e il sesso preferito del paziente "dalla porta d'ingresso fino all'uscita", ha aggiunto.

"Ora ho più esperienza nel parlare e nel prendermi cura di persone non-cisgender, nel sentirmi a mio agio con l'idea che un uomo può avere una vagina o una donna può avere un pene, che l'identità è nel cervello e non nelle nostre parti biologiche". Keuroghlian, del National LGBT Health Education Center, ha suggerito agli ospedali di cambiare il nome dei reparti di maternità in "travaglio e parto", in modo che tutti si sentano benvenuti.

Ma i fornitori che si sforzano di essere più inclusivi possono affrontare le critiche dei clienti non transgender, anche sui social media, ha detto Maya Scott-Chung, direttrice del programma SprOUT Family, un'organizzazione no-profit che sostiene le persone LGBTQ nel processo di costruzione della famiglia. Ha detto che alcune cliniche creano materiali di marketing separati per la loro clientela LGBTQ.

La Scott-Chung ha lavorato con cliniche che "lo hanno fatto per evitare le reazioni dei clienti eterosessuali più conservatori". Anche le persone trans e non binarie in gravidanza combattono battaglie all'interno del proprio corpo.

Thomas ha detto che la gravidanza ha riaperto la sua disforia, il senso di scollamento che le persone transgender provano tra il loro corpo e la loro identità di genere. Il chirurgo che aveva eseguito la mastectomia aveva trascurato di rimuovere tutte le ghiandole del torace, il che ha causato il ritorno di parte del tessuto con l'avanzare della gravidanza. "Per quei pochi mesi sono cambiate molte cose ed è stata dura, davvero dura", ha detto Thomas.

Dopo il parto, Thomas ha sperimentato la depressione post-partum, ma ha iniziato a sentirsi meglio nel tempo dopo aver ripreso il testosterone. Reese - un uomo transgender che ha dato alla luce un figlio nel 2017 a Portland, in Oregon, e che ha fornito assistenza a centinaia di uomini trans che hanno partorito in tutto il mondo - ha detto che è comune per loro sperimentare disforia e depressione post-partum. Ha detto che è un'altra area in cui la ricerca è necessaria.

"Tutto ciò che abbiamo è un'evidenza aneddotica", ha detto Reese, "e aneddoticamente sembra che le persone transgender e non binarie siano più suscettibili a cose come l'ansia e la depressione post-partum". Ma ritiene positivo che un maggior numero di uomini trans e di persone non binarie stia iniziando a vedere che la gravidanza è una possibilità per loro, sia che vogliano sperimentarla sia che la considerino semplicemente un mezzo per raggiungere un fine.

"Si può essere un uomo e avere un bambino", ha detto Reese, "e stanno iniziando a vedere che è possibile e che non è sempre stato così". Thomas ha detto che nulla dell'averne un figlio - nemmeno la sua disforia - ha cambiato la sua visione di uomo. "Penso che questa sia la definizione di padre: rinunciare a tutto per il proprio figlio", ha detto Thomas.

Raw Language Weaver

I dadi del trans dicono ai medici: 'Potete essere un uomo ed avere un bambino'. Gli uomini transgender dicono che affrontano la disinformazione, il bias e una mancanza di comprensione dall'istituzione medica quando decidono iniziare una famiglia.

Quando Jay Thomas, 33 anni, decise di rimanere incinta nel 2016, parlò con il suo medico. Thomas, un cuoco che vive a Louisville, Kentucky, ha spiegato al suo medico che lui e sua moglie, Jamie Brewster, 33, un dipendente della banca, sono entrambi transgender, e che era stato sul testosterone per più di due anni. Il medico ha detto che Thomas probabilmente era andato attraverso la menopausa iniziale e che se fossero riusciti a concepire affatto, avrebbe dovuto uscire dall'ormone per almeno 18 mesi. Ma niente di tutto ciò si è rivelato vero, secondo Thomas, che ha dato alla luce il figlio della coppia Dorian, 2 anni, meno di un anno dopo la nomina di quel medico. "Siamo stati incinta in tre mesi", ha detto Thomas.

Uno dei miti più persistenti uomini transgender e persone non binarie sentire dai medici è che il testosterone li ha sterilizzati, dicono gli esperti. Mentre il testosterone generalmente blocca l'ovulazione, gli uomini trans possono rimanere incinta mentre lo prendono, in particolare se non lo prendono regolarmente. Si tratta solo di un esempio della disinformazione e dello scoraggiamento che gli uomini transgender dicono di dover affrontare dall'istituto medico quando decidono di rimanere incinta – un problema che difende ed esperti colpiscono per la mancanza di formazione e ricerca sull'assistenza sanitaria transgender, così come i pregiudizi dei medici.

Non ci sono dati su quanti uomini transgender e persone non binarie partoriscono negli Stati Uniti ogni anno, perché i sistemi medici li tracciano come donne, ma gli esperti ritengono che i numeri siano probabilmente più alti di quanto molti si aspetterebbero. Il numero di persone che si identificano come transgender è in crescita: Uno studio del 2016 del Williams Institute ha scoperto che 1,4 milioni di adulti negli Stati Uniti si identificano come transgender, che era il doppio della stima basata sui dati di un decennio prima.

In Australia, dove nel 2013 le agenzie governative hanno iniziato a tracciare sia il sesso che il genere nei registri ufficiali, nel 2014 sono nati 54 uomini transgender, secondo le statistiche del sistema sanitario universale del paese. E uno studio olandese pubblicato sulla rivista Human Reproduction nel 2011 ha scoperto che la maggior parte degli uomini trans ha riferito famiglie desiderose.

Ma medici, infermieri e personale medico stanno ancora adattandosi all'idea che coloro che sono incinta non possono identificarsi come donne. Le persone transgender e non binarie descrivono lacune nella comprensione dei professionisti medici che vanno da un tecnico degli ultrasuoni che li chiama con un nome sbagliato a medici che dicono loro la terapia ormonale probabilmente ha rovinato la loro fertilità. Le conseguenze possono essere terribili. Un case study pubblicato di recente ha descritto un uomo transgender che è andato in un pronto soccorso con dolore addominale grave — ma i medici erano lenti a rendersi conto che era incinta e in pericolo. L'uomo consegnò un bambino ancora nato diverse ore dopo.

Il problema si estende a tutti i tipi di assistenza medica per le persone transgender e non binarie, non solo per la cura prenatale, ha detto il Dr. Alex Keuroghlian, direttore del Centro Nazionale di Educazione sanitaria LGBT a Fenway Health, che istruisce le organizzazioni sanitarie su come curare le persone

lesbiche, gay, bisessuali, transgender e più rette. Un rapporto del 2017 del Center for American Progress, un istituto di politica liberale, ha rilevato che il 29% delle persone trans ha riferito che un medico si era rifiutato di vederle a causa del loro orientamento sessuale o della loro identità di genere nell'anno precedente, e il 21% degli intervistati trans ha detto che un fornitore aveva usato un linguaggio duro o abusivo quando cercavano cure mediche.

“Non è una parte standard dell'educazione medica, non è una parte standard dell'educazione infermieristica, o della formazione dei medici della salute mentale”, ha affermato Keuroghlian, psichiatra del Massachusetts General Hospital, riguardo all'assistenza sanitaria per le persone transgender e non binarie. “Così tanti operatori sanitari stanno facendo il passo dopo il fatto e stanno imparando a soddisfare la gamma di esperienze che le minoranze di genere hanno nel campo dell'assistenza sanitaria”. Questa mancanza di consapevolezza può far sì che le persone trans evitino i medici. Secondo un rapporto del 2016 sulla rivista Medical Care, circa il 30 per cento delle persone trans ha riferito di ritardare o non cercare cure a causa di discriminazione.

“È davvero una questione di vita o di morte che persone transgender e non binarie siano viste, valutate e sostenute dai loro medici”, ha affermato Trystan Reese, Chi è il direttore della formazione familiare per il Family Equality Council, un no profit nazionale che sostiene le famiglie LGBTQ, “sia in un contesto di fertilità o per andare a un braccio rotto o il diabete o qualsiasi altro problema di salute che potrebbero avere”. La necessità per le persone trans di spiegarsi costantemente ai medici e ad altro personale medico può essere drenante.

Ethan Clift, 36 anni, e sua moglie Allison Clift-Jennings, 41 anni, entrambi transgender, decisero nel 2017 di volere bambini biologici. Clift, un lobbista, voleva anche iniziare a prendere il testosterone come parte della sua transizione. Poiché il testosterone blocca l'ovulazione, la coppia, che vive a Reno, Nevada, ha deciso di congelare i loro embrioni prima della transizione di Clift. Clift ha detto che i medici e gli infermieri della clinica di fertilità a Reno dove aveva le sue uova raccolte erano ben intenzionati, ma lottavano per ottenere il pronomi giusto. Cercò di correggerli, disse, ma diventò troppo estenuante, così si arrese. “L'intero processo è difficile: È realmente adattato alle donne, essenzialmente, nella lingua e in tutto ciò che lo riguarda”, ha affermato Clift.

Keuroghlian ha detto che questa è un'esperienza comune di uomini transgender in contesti medici. “C'è una quantità enorme di stigma legato all'identità di una minoranza di genere, e la maggior parte delle persone non è stata sollevata per avere una consapevolezza della diversità di genere, compresa la consapevolezza del fatto che le persone di molti generi hanno bisogno di servizi di ostetricia e possono sperimentare gravidanza e avere figli”, ha affermato Keuroghlian. Che il maltrattamento sia intenzionale o meno, Keuroghlian ha detto che le persone trans e non binary che sono fatte per sentirsi a disagio di solito non ritornano e sono più propensi ad evitare i medici in futuro.

Secondo un piccolo studio del 2014 pubblicato dall'American College of Obstetricians and Gynecologists, il 22% delle persone trans e non binary ha detto di aver scelto di partorire a casa con l'assistenza di un'ostetrica o di una doula. In generale, solo il 1,36 per cento delle nascite negli Stati Uniti erano al di fuori degli ospedali nel 2012, secondo i Centri per il controllo e la prevenzione delle malattie. Jasper Moon, un'ostetrica a Portland, Oregon, che è non binaria e utilizza pronomi "loro" e "loro", è in gravidanza da quattro mesi e prevede di partorire a casa con l'aiuto delle ostetriche. “Mi conoscono molto bene, li conosco molto bene, mi fido di loro, e tutto va bene perché non ho dei nuovi arrivati casuali come se fossi alla nascita di un ospedale”, ha detto Moon.

Molte persone trans e non binary anche cercare on-line per informazioni su come rimanere incinta e dare alla luce. Un gruppo privato di Facebook per trans men, che contiene più di 200 membri, funge da rete per coloro che cercano consigli su come pianificare le famiglie. Clift ha detto che lui e sua moglie usano Reddit e Instagram per trovare e condividere informazioni con altre persone trans e non binarie che stanno attraversando una fase di transizione o di gravidanza. Su Instagram, Clift ha detto che non ci sono molti trans uomini che sono incinta, ma può trovarli attraverso hashtag e fare loro domande nei commenti. “Mi sembra che la salute transgender sia una forma di biohacking perché non ci sono una tonnellata di studi là fuori — studi legittimi — e non ci sono una tonnellata di medici che realmente la conoscono dentro e fuori”, ha detto Clift.

Anche se è positivo che le persone si informino reciprocamente, il Dr. Juno Obedin-Maliver, un ginecologo e un professore assistente presso la Stanford University School of Medicine, ha detto che alcuni dei suoi pazienti trans e non binari hanno idee sbagliate basate su ciò che hanno letto online. Per esempio, alcuni uomini trans pensano di dover subire isterectomie perché hanno letto che il testosterone causerà il cancro uterino, ma non vi è una ricerca rigorosa a sostegno che, ha detto Obedin-Maliver, che co-autore del Pride Study, il primo rapporto nazionale sulla salute fisica, mentale e sociale delle persone LGBTQ.

“Le conoscenze sono scarse e spesso si apre la via alla disinformazione”, ha affermato Obedin-Maliver. “La risposta è data da dati completi e rigorosi che compilano tali risposte e da una formazione medica completa per i medici, in modo da poter soddisfare quella che è una reale necessità per le persone di prendersi cura di se stesse”. Più centri di assistenza sanitaria si stanno addestrando dal 2011, il Centro Nazionale di Educazione sanitaria LGBT ha formato più di 1.000 organizzazioni sanitarie su come curare i pazienti LGBTQ.

Il dott. Rupal Yu, medico di famiglia dei servizi sanitari piemontesi, che ha implementato la formazione in tutti i 12 centri del North Carolina, ha ricordato un giovane uomo trans che è venuto a lei per assistenza prima della formazione. Ha detto che era sorpresa a quanto poco ha capito circa i pazienti del trans, sia socialmente che medicalmente. Il centro di Yu a Carrboro, North Carolina, ha apportato diverse modifiche a partire dal 2014, tra cui lo sviluppo di forme di assunzione dei pazienti inclusive di genere e la documentazione dell'identità e del sesso dei pazienti assegnati alla nascita in cartelle sia fisiche che elettroniche. Il personale è stato addestrato su come chiedere e utilizzare in modo coerente il nome e il sesso del paziente "dalla porta di ingresso fino alla loro uscita", ha aggiunto.

“Ora ho più esperienza di stare a mio agio nel parlare e nel prendersi cura di persone non cisgender, nel sentirmi a mio agio con l'idea che un uomo può avere una vagina o una donna può avere un pene, che l'identità è nel cervello, e non nelle nostre parti biologiche”. Keuroghlian, del Centro Nazionale per l'Educazione alla Salute LGBT, ha suggerito che gli ospedali cambiassero il nome dei reparti di maternità in “lavoro e parto”, così tutti sentivano Benvenuto.

Ma i fornitori che si sforzano di essere più inclusivi possono affrontare critiche da parte di clienti non transgender, anche sui social media, ha detto Maya Scott-Chung, program director per Sprout Family, un non profit che supporta le persone LGBTQ attraverso il processo di costruzione della famiglia. Ha detto che alcune cliniche creano materiali di marketing separati per la loro clientela LGBTQ.

Scott-Chung ha lavorato con cliniche che “lo hanno fatto per evitare il contropotone di clienti più conservatori ed eterosessuali”, ha affermato. Anche i trans incinte e le persone non binarie combattono le battaglie all'interno del proprio corpo.

Thomas ha detto che la gravidanza ha riaperto la sua disforia, il senso di disconnettere le persone transgender esperienza tra il loro corpo e la loro identità di genere. Il chirurgo che aveva fatto la sua mastectomia ha trascurato di rimuovere tutte le ghiandole nel suo petto, ha detto, che ha causato alcuni dei tessuti a ritornare come la gravidanza progredito. “Molte cose sono cambiate in quei mesi ed è stato difficile, è stato davvero difficile”, ha affermato Thomas.

Dopo aver partorito, Thomas ha sperimentato la depressione postpartum, ma ha iniziato a sentirsi meglio nel tempo dopo essere tornato sul testosterone. Reese, un uomo transgender che ha dato alla luce un figlio nel 2017 a Portland, Oregon, e che ha fornito indicazioni a centinaia di uomini trans che hanno partorito in tutto il mondo, ha affermato che è comune per loro sperimentare disforia e depressione postpartum. Ha affermato che è un altro settore in cui è necessaria la ricerca.

“Abbiamo solo prove aneddotiche”, ha detto Reese, “e aneddoticamente, sembra che le persone transgender e non binarie siano più suscettibili a cose come l'ansia post-partum e la depressione post-partum”. Ma egli ritiene che sia positivo che più uomini trans e persone non binarie stiano cominciando a vedere che la gravidanza è una possibilità per loro, sia che vogliano sperimentarla o considerarla semplicemente come un mezzo per arrivare alla fine

“Si può essere un uomo e avere un bambino”, ha detto Reese, “e stanno cominciando a vedere che ciò è possibile e non è sempre stato così”. Thomas non disse nulla di avere un bambino — anche la sua disforia — cambiato come si vedeva come un uomo. “Penso che questa sia la definizione di padre: Tu cessi tutto per tuo figlio”, ha detto Thomas.

DeepL Translator + Glossary

Definitive: I papà di persone trans dicono ai medici: Puoi essere un uomo e avere un bambino". Gli uomini transgender dicono di dover affrontare disinformazione, pregiudizi e mancanza di comprensione da parte dell'establishment medico quando decidono di creare una famiglia. // Senza 'trans = persona trans' I papà trans dicono ai medici: Puoi essere un uomo e avere un bambino". Gli uomini transgender dicono di dover affrontare disinformazione, pregiudizi e mancanza di comprensione da parte dell'establishment medico quando decidono di creare una famiglia.

Quando nel 2016 Jay Thomas, 33 anni, ha deciso di voler concepire un figlio, ha parlato con il suo medico. Thomas, un cuoco che vive a Louisville, nel Kentucky, ha spiegato al medico che lui e sua moglie, Jamie Brewster, 33 anni, impiegata in banca, sono entrambi persone transgender e che lui assumeva testosterone da più di due anni. Il medico disse che Thomas era probabilmente entrato in menopausa precoce e che, se fossero riusciti a concepire, avrebbe dovuto sospendere l'ormone per almeno 18 mesi. Ma nulla di tutto ciò si è rivelato vero, secondo Thomas, che ha dato alla luce il figlio della coppia, Dorian, di 2 anni, meno di un anno dopo la visita medica. "Siamo rimasti in stato di gravidanza in tre mesi", ha detto Thomas.

2.0 Secondo gli esperti, uno dei miti più persistenti che gli uomini transgender e le persone di genere non binario sentono dire dai medici è che il testosterone li ha sterilizzati. Sebbene il testosterone in genere blocchi l'ovulazione, le persone trans possono concepire durante l'assunzione, soprattutto se non lo assumono regolarmente. È solo un esempio della disinformazione e dello scoraggiamento che gli uomini transgender dicono di dover affrontare da parte dell'establishment medico quando decidono di essere in stato di gravidanza - un problema che i sostenitori e gli esperti imputano alla mancanza di formazione e di ricerca sulla cura della salute delle persone transgender, oltre che ai pregiudizi dei medici. // Secondo gli esperti, uno dei miti più persistenti che gli uomini transgender e le persone di genere non binario sentono dire dai medici è che il testosterone li ha sterilizzati. Sebbene il testosterone in genere blocchi l'ovulazione, gli uomini trans possono concepire in stato di gravidanza, soprattutto se non lo assumono regolarmente. Questo è solo un esempio della disinformazione e dello scoraggiamento che gli uomini transgender dicono di dover affrontare da parte dell'establishment medico quando decidono di essere in stato di gravidanza - un problema che i sostenitori e gli esperti imputano alla mancanza di formazione e di ricerca sulla cura della salute delle persone transgender, oltre che ai pregiudizi dei medici.

Non esistono dati su quanti uomini transgender e persone di genere non binario partoriscono ogni anno negli Stati Uniti, perché i sistemi medici li considerano donne, ma gli esperti ritengono che il numero sia probabilmente più alto di quanto ci si aspetti. Il numero di persone che si identificano come transgender è in crescita: Uno studio del 2016 del Williams Institute ha rilevato che 1,4 milioni di persone adulte negli Stati Uniti si identificano come transgender, il doppio della stima basata sui dati di un decennio prima.

In Australia, dove le agenzie governative hanno iniziato a tracciare sia il sesso che il genere nei registri ufficiali nel 2013, 54 uomini transgender hanno partorito nel 2014, secondo le statistiche del sistema sanitario universale del Paese. Uno studio olandese pubblicato nel 2011 sulla rivista Human Reproduction ha rilevato che la maggioranza degli uomini trans ha dichiarato di volere una famiglia.

Ma medici, infermieri e personale medico si stanno ancora adattando all'idea che chi è in stato di gravidanza potrebbe non identificarsi come donna. Le persone transgender e di genere non binario descrivono lacune nella comprensione da parte dei medici, che vanno da un ecografista che le chiama con il nome sbagliato a medici che dicono loro che la terapia ormonale ha probabilmente rovinato la loro fertilità. Le conseguenze possono essere terribili. Un caso di studio pubblicato di recente descrive una persona transgender che si è recata al pronto soccorso con forti dolori addominali, ma i medici hanno tardato a capire che era in stato di gravidanza e in pericolo. L'uomo ha partorito un bambino nato morto alcune ore dopo.

Il problema si estende a tutti i tipi di assistenza medica per le persone transgender e di genere non binario, non solo all'assistenza prenatale, ha dichiarato il dottor Alex Keuroghlian, direttore del National LGBT Health Education Center presso Fenway Health, che istruisce le organizzazioni sanitarie su come prendersi cura delle persone lesbiche, gay, bisessuali, transgender e queer. Un rapporto del 2017 del Center for American Progress, un istituto di politica liberale, ha rilevato che il 29% delle persone trans ha riferito che un operatore sanitario ha rifiutato di visitarle a causa del loro orientamento sessuale o della loro identità di genere nell'anno precedente, e il 21% delle persone trans intervistate ha dichiarato che un operatore ha usato un linguaggio duro o offensivo quando ha richiesto assistenza medica.

"Non è una parte standard della formazione medica, non è una parte standard della formazione infermieristica o della formazione dei clinici della salute mentale", ha detto Keuroghlian, che è psichiatra al Massachusetts General Hospital, riguardo all'assistenza sanitaria per le persone transgender e di genere non binario. "Molti professionisti della sanità stanno recuperando terreno dopo il fatto e stanno imparando ad accogliere la gamma di esperienze che le persone appartenenti a minoranze di genere hanno nell'assistenza sanitaria". Questa mancanza di consapevolezza può indurre le persone trans a evitare i medici. Secondo un rapporto del 2016 pubblicato sulla rivista Medical Care, circa il 30% delle persone trans ha dichiarato di aver ritardato o di non aver richiesto cure a causa della discriminazione.

"È davvero una questione di vita o di morte per le persone transgender e di genere non binario essere viste, valorizzate e sostenute dai loro medici", ha detto Trystan Reese, direttore della formazione familiare del Family Equality Council, un'organizzazione nazionale senza scopo di lucro che si occupa delle famiglie LGBTQ, "sia che si tratti di fertilità, sia che si tratti di un braccio rotto, di diabete o di qualsiasi altro problema di salute". La necessità per le persone trans di dare costantemente spiegazioni ai medici e al personale sanitario può essere logorante.

Ethan Clift, 36 anni, e sua moglie Allison Clift-Jennings, 41 anni, entrambi persone transgender, hanno deciso nel 2017 di volere dei figli biologici. Clift, un lobbista, voleva anche iniziare ad assumere testosterone come parte della sua transizione. Poiché il testosterone blocca l'ovulazione, la coppia, che vive a Reno, in Nevada, ha deciso di congelare i propri embrioni prima della transizione di Clift. Clift ha raccontato che i medici e le infermiere della clinica della fertilità di Reno, dove gli sono stati prelevati gli ovuli, erano ben intenzionati ma hanno faticato ad azzeccare i suoi pronomi. Ha provato a correggerli, ma è diventato troppo faticoso e ha rinunciato. "L'intero processo è difficile - è davvero fatto su misura per le donne, essenzialmente, nel linguaggio e in tutto ciò che lo riguarda", ha detto Clift.

Keuroghlian ha detto che questa è un'esperienza comune degli uomini transgender in ambito medico. "C'è un'enorme quantità di stigma legato all'avere un'identità di minoranza di genere, e la maggior parte delle persone non è stata cresciuta con la consapevolezza della diversità di genere, compresa la consapevolezza del fatto che persone di molti generi hanno bisogno di servizi di ginecologia e possono avere gravidanze e figli", ha detto Keuroghlian. Che il maltrattamento sia intenzionale o meno, Keuroghlian ha detto che le persone trans e di genere non binario che si sentono a disagio di solito non tornano e sono più propense a evitare i medici in futuro.

Secondo un piccolo studio del 2014 pubblicato dall'American College of Obstetricians and Gynecologists, il 22% delle persone trans e di genere non binario ha dichiarato di aver scelto di partorire in casa con l'assistenza di un'ostetrica o di una doula. In generale, secondo i Centers for Disease Control and Prevention, nel 2012 solo l'1,36% delle nascite negli Stati Uniti è avvenuto al di fuori degli ospedali. Jasper Moon, un'ostetrica di Portland, Oregon, di genere non binario e che usa i pronomi "they" e "them", è al quarto mese di gravidanza e intende partorire in casa con l'assistenza delle ostetriche. "Loro mi conoscono molto bene, io conosco loro molto bene, mi fido di loro e tutto si svolge in modo appropriato perché non ci sono nuovi arrivati a caso come in un parto in ospedale", ha detto Moon.

Molte persone trans e di genere non binario cercano anche informazioni in rete sullo stato di gravidanza e sul parto. Un gruppo privato su Facebook per uomini trans, che conta più di 200 membri, funge da rete per chi cerca consigli su come pianificare una famiglia. Clift ha detto che lui e sua moglie usano Reddit e Instagram per trovare e condividere informazioni con altre persone trans e di genere non binario che stanno affrontando la transizione o la gravidanza. Su Instagram, Clift ha detto che non ci sono molti uomini trans in stato di gravidanza, ma può trovarli attraverso gli hashtag e fare loro domande nei commenti. "Mi sembra

che la salute delle persone transgender sia una forma di biohacking, perché non ci sono molti studi in giro - studi legittimi - e non ci sono molti medici che la conoscano davvero a fondo", ha detto Clift.

Sebbene sia positivo che le persone si informino e si informino a vicenda, la dottoressa Juno Obedin-Maliver, ginecologa e assistente alla Stanford University School of Medicine, ha detto che alcune delle sue persone trans e di genere non binario hanno idee sbagliate basate su ciò che hanno letto online. Per esempio, alcuni uomini trans pensano di doversi sottoporre a isterectomia perché hanno letto che il testosterone provoca il cancro all'utero, ma non ci sono ricerche rigorose a sostegno di questa tesi, ha detto Obedin-Maliver, coautrice del Pride Study, il primo rapporto a livello nazionale sulla salute fisica, mentale e sociale delle persone LGBTQ.

"Le conoscenze sono molto scarse e spesso c'è spazio per la disinformazione", ha detto Obedin-Maliver. "La risposta a questo problema è rappresentata da dati completi e rigorosi, che forniscano le risposte, e da una formazione medica completa per i medici, in modo da poter soddisfare il bisogno reale delle persone di prendersi cura di se stesse". Dal 2011, il Centro nazionale di educazione alla salute LGBT ha formato più di 1.000 organizzazioni sanitarie su come prendersi cura delle persone LGBTQ.

La dottoressa Rupal Yu, medico di famiglia del Piedmont Health Services, che ha implementato la formazione in tutti e 12 i suoi centri della Carolina del Nord, ha ricordato un giovane uomo trans che si è rivolto a lei per essere curato prima della formazione. Ha detto di essere rimasta sorpresa da quanto poco capisse delle persone trans, sia dal punto di vista sociale che medico. Il centro di Yu a Carrboro, nella Carolina del Nord, ha apportato diversi cambiamenti a partire dal 2014, tra cui lo sviluppo di moduli di accettazione delle persone in cura che tengano conto del genere e la documentazione dell'identità di genere dei pazienti e del sesso assegnato alla nascita nelle cartelle cliniche sia fisiche che elettroniche. Il personale è stato istruito su come chiedere e utilizzare in modo coerente il nome e il genere preferito di una persona in cura "dalla porta d'ingresso fino all'uscita", ha aggiunto.

"Ora ho più esperienza nel parlare e nel prendermi cura di persone non-cisgender, nel sentirmi a mio agio con l'idea che un uomo può avere una vagina o una donna può avere un pene, che l'identità è nel cervello e non nelle nostre parti biologiche". Keuroghlian, del National LGBT Health Education Center, ha suggerito agli ospedali di cambiare il nome dei reparti di maternità in "travaglio e parto", in modo che tutti si sentano benvenuti.

Ma i fornitori che si sforzano di essere più inclusivi possono affrontare critiche da parte di clienti non transgender, anche sui social media, ha detto Maya Scott-Chung, direttrice del programma SprOUT Family, un'organizzazione no-profit che sostiene le persone LGBTQ nel processo di costruzione della famiglia. Ha detto che alcune cliniche creano materiali di marketing separati per la loro clientela LGBTQ.

La Scott-Chung ha lavorato con cliniche che "lo hanno fatto per evitare le reazioni dei clienti eterosessuali più conservatori". Anche gli uomini trans e le persone di genere non binario in stato di gravidanza combattono battaglie all'interno del proprio corpo.

Thomas ha detto che la gravidanza ha riaperto la sua disforia, il senso di scollamento che le persone transgender provano tra il loro corpo e la loro identità di genere. Il chirurgo che aveva eseguito la mastectomia aveva trascurato di rimuovere tutte le ghiandole del torace, il che ha causato il ritorno di parte del tessuto con l'avanzare della gravidanza. "Molte cose erano cambiate in quei pochi mesi ed è stata dura, davvero dura", ha detto Thomas.

Dopo il parto, Thomas ha sperimentato la depressione post-partum, ma ha iniziato a sentirsi meglio nel tempo dopo aver ripreso il testosterone. Reese - un uomo transgender che ha dato alla luce un figlio nel 2017 a Portland, in Oregon, e che ha fornito una guida a centinaia di uomini trans che hanno partorito in tutto il mondo - ha detto che è comune per loro sperimentare disforia e depressione post-partum. Ha detto che è un'altra area in cui la ricerca è necessaria.

"Tutto ciò che abbiamo è una prova aneddotica", ha detto Reese, "e aneddoticamente sembra che le persone transgender e di genere non binario siano più suscettibili a cose come l'ansia e la depressione post-partum".

Ma ritiene positivo che un maggior numero di uomini trans e di genere non binario stia iniziando a vedere che la gravidanza è una possibilità per loro, sia che vogliano sperimentarla sia che la considerino semplicemente un mezzo per raggiungere un fine.

"Si può essere un uomo e avere un bambino", ha detto Reese, "e stanno iniziando a vedere che è possibile e non è sempre stato così". Thomas ha detto che nulla dell'aver un figlio - nemmeno la sua disforia - ha cambiato la sua visione di uomo. "Penso che questa sia la definizione di padre: rinunciare a tutto per il proprio figlio", ha detto Thomas.

Language Weaver + Dictionary

I dadi di persona trans dicono ai medici: 'Potete essere un uomo ed avere un bambino'. Gli uomini di persona transgender dicono di affrontare disinformazione, pregiudizi e una mancanza di comprensione da parte della struttura medica quando decidono di avviare una famiglia.

Quando Jay Thomas, 33 anni, decise di volere concepire nel 2016, parlò con il suo medico. Thomas, un cuoco che vive a Louisville, Kentucky, ha spiegato al suo medico che lui e sua moglie, Jamie Brewster, 33, un dipendente della banca, sono entrambi persona transgender, e che era stato sul testosterone per più di due anni. Il medico ha detto che Thomas probabilmente era andato attraverso la menopausa iniziale e che se fossero riusciti a concepire affatto, avrebbe dovuto uscire dall'ormone per almeno 18 mesi. Ma niente di tutto ciò si è rivelato vero, secondo Thomas, che ha dato alla luce il figlio della coppia Dorian, 2 anni, meno di un anno dopo la nomina di quel medico. "Abbiamo ottenuto in stato di gravidanza in tre mesi", ha affermato Thomas.

Uno dei miti più persistenti persona transgender uomini e di genere non binario persone sentire dai medici è che il testosterone li ha sterilizzati, dicono gli esperti. Mentre il testosterone generalmente blocca l'ovulazione, gli uomini di persona trans possono ottenere in stato di gravidanza mentre lo prendono, in particolare se non lo prendono regolarmente. È solo un esempio della disinformazione e dello scoraggiamento che gli uomini di persona transgender dicono di dover affrontare dalla struttura medica quando decidono concepire — un problema che difende ed esperti colpiscono per la mancanza di formazione e ricerca sulla sanità di persona transgender, così come le ferite dei medici.

Non ci sono dati su quanti uomini di persona transgender e persone di di genere non binario partoriscono negli Stati Uniti ogni anno, perché i sistemi medici li tengono traccia come femmina, ma gli esperti credono che i numeri sono probabilmente più alti di quanto molti si aspetterebbero. Il numero di persone che si identificano come persona transgender è in crescita: Uno studio del 2016 del Williams Institute ha scoperto che 1,4 milioni di adulti negli Stati Uniti si identificano come persona transgender, che era il doppio della stima basata sui dati di un decennio prima.

In Australia, dove nel 2013 le agenzie governative hanno iniziato a tracciare sia il sesso che il sesso nei registri ufficiali, nel 2014 hanno partorito 54 persona transgender men, secondo le statistiche del sistema sanitario universale del paese. E uno studio olandese pubblicato sulla rivista Human Reproduction nel 2011 ha scoperto che la maggior parte degli uomini di persona trans riferiva famiglie desiderose.

Ma medici, infermieri e personale medico stanno ancora adattandosi all'idea che coloro che sono in stato di gravidanza potrebbero non identificarsi come donne. Le persone di persona transgender e di genere non binario descrivono lacune nella comprensione dei medici che vanno da un tecnico degli ultrasuoni che li chiama con il nome sbagliato a medici che dicono loro la terapia ormonale probabilmente ha rovinato la loro fertilità. Le conseguenze possono essere terribili. Un case study pubblicato di recente ha descritto un uomo transgender che è andato in un pronto soccorso con dolore addominale grave, ma i medici erano lenti a rendersi conto che era in stato di gravidanza e in pericolo. L'uomo consegnò un bambino ancora nato diverse ore dopo.

Il problema si estende a tutti i tipi di assistenza medica per le persone persona transgender e di genere non binario, non solo alle cure prenatali, ha detto il Dr. Alex Keuroghlian, direttore del Centro Nazionale di Educazione sanitaria LGBT a Fenway Salute, che educa le organizzazioni sanitarie su come prendersi cura

di lesbiche, gay, bisessuali, persona transgender e persone in coda. Un rapporto del 2017 del Centro per il progresso americano, un istituto di politica liberale, ha rilevato che il 29% delle persone di persona trans ha riferito che un medico si era rifiutato di vederle a causa del loro orientamento sessuale o della loro identità di genere l'anno precedente, e il 21% degli intervistati di persona trans ha dichiarato che un fornitore aveva usato un linguaggio duro o abusivo quando cercavano cure mediche.

“Non è una parte standard dell’istruzione medica, non è una parte standard dell’educazione infermieristica, o della formazione dei medici della salute mentale”, ha affermato Keuroghlian, che è uno psichiatra del Massachusetts General Hospital, riguardo all’assistenza sanitaria per le persone di persona transgender e di genere non binario. “Così tanti operatori sanitari stanno facendo il passo dopo il fatto e stanno imparando a soddisfare la gamma di esperienze che le minoranze di genere hanno nel campo dell’assistenza sanitaria”. Questa mancanza di consapevolezza può indurre la gente di persona trans ad evitare i medici. Secondo un rapporto del 2016 sulla rivista Medical Care, circa il 30 per cento delle persone persona trans ha riferito di ritardare o non cercare cure a causa di discriminazione.

“È davvero una questione di vita o di morte per le persone di persona transgender e di genere non binario essere viste, apprezzate e sostenute dai loro medici”, ha affermato Trystan Reese, Chi è il direttore della formazione familiare per il Family Equality Council, un no profit nazionale che sostiene le famiglie LGBTQ, “sia in un contesto di fertilità o per andare a un braccio rotto o il diabete o qualsiasi altro problema di salute che potrebbero avere”. La necessità per la gente di persona trans di spiegarsi costantemente ai medici e ad altro personale medico può essere drenante.

Ethan Clift, 36 anni, e sua moglie Allison Clift-Jennings, 41 anni, che sono entrambi persona transgender, decisero nel 2017 che volevano bambini biologici. Clift, un lobbista, voleva anche iniziare a prendere il testosterone come parte della sua transizione. Poiché il testosterone blocca l'ovulazione, la coppia, che vive a Reno, Nevada, ha deciso di congelare i loro embrioni prima della transizione di Clift. Clift ha detto che i medici e gli infermieri della clinica di fertilità a Reno dove aveva le sue uova raccolte erano ben intenzionati, ma lottavano per ottenere il pronome giusto. Cercò di correggerli, disse, ma diventò troppo estenuante, così si arrese. "L'intero processo è difficile: È realmente adattato alle donne, essenzialmente, nella lingua e in tutto ciò che lo riguarda", ha affermato Clift.

Keuroghlian ha detto che questa è un'esperienza comune di uomini persona transgender in contesti medici. “C’è una quantità enorme di stigma legato all’identità di una minoranza di genere, e la maggior parte delle persone non è stata sollevata per avere una consapevolezza della diversità di genere, compresa la consapevolezza del fatto che le persone di molti generi hanno bisogno di servizi di ostetricia e possono sperimentare gravidanza e avere figli”, ha affermato Keuroghlian. Che il maltrattamento sia intenzionale o meno, Keuroghlian ha detto che le persone di persona trans e di genere non binario che si sentono a disagio di solito non ritornano e sono più propense ad evitare i medici in futuro.

Secondo un piccolo studio del 2014 pubblicato dall'American College of Obstetricians and Gynecologists, il 22% delle persone di persona trans e di genere non binario ha detto di aver scelto di partorire a casa con l'assistenza di un'ostetrica o di una doula. In generale, solo il 1,36 per cento delle nascite negli Stati Uniti erano al di fuori degli ospedali nel 2012, secondo i Centri per il controllo e la prevenzione delle malattie. Jasper Moon, un’ostetrica di Portland, Oregon, che è di genere non binario e usa i pronomi “loro” e “loro”, è di quattro mesi in stato di gravidanza e prevede di partorire a casa con l’assistenza delle ostetriche. “Mi conoscono molto bene, li conosco molto bene, mi fido di loro, e tutto va bene perché non ho dei nuovi arrivati casuali come se fossi alla nascita di un ospedale”, ha detto Moon.

Molte persone di persona trans e di genere non binario cercano anche online informazioni su come ottenere in stato di gravidanza e dare alla luce. Un gruppo privato di Facebook per gli uomini di persona trans, che contiene più di 200 membri, funge da rete per coloro che cercano consigli su come pianificare le famiglie. Clift ha detto che lui e sua moglie usano Reddit e Instagram per trovare e condividere informazioni con altre persone di persona trans e di genere non binario che stanno attraversando una fase di transizione o di gravidanza. Su Instagram, Clift ha detto che non ci sono molti persona trans uomini che sono in stato di gravidanza, ma può trovarli attraverso hashtag e fare loro domande nei commenti. “Mi sembra che la salute di persona transgender sia una forma di biohacking perché non ci sono una tonnellata di studi là fuori –

studi legittimi – e non ci sono una tonnellata di medici che la conoscono realmente dentro e fuori”, ha detto Clift.

Anche se è positivo che le persone si informino reciprocamente, il Dr. Juno Obedin-Maliver, un ginecologo e un professore assistente presso la Stanford University School of Medicine, ha detto che alcuni dei suoi pazienti di persona trans e di genere non binario hanno idee sbagliate basate su ciò che hanno letto online. Per esempio, alcuni uomini di persona trans pensano di dover subire isterectomie perché hanno letto che il testosterone causerà il cancro uterino, ma non vi è una ricerca rigorosa a sostegno che, ha detto Obedin-Maliver, che co-autore lo studio orgoglio, il primo rapporto nazionale sulla salute fisica, mentale e sociale delle persone LGBTQ.

“Le conoscenze sono scarse e spesso si apre la via alla disinformazione”, ha affermato Obedin-Maliver. “La risposta è data da dati completi e rigorosi che compilano tali risposte e da una formazione medica completa per i medici, in modo da poter soddisfare quella che è una reale necessità per le persone di prendersi cura di se stesse”. Più centri di assistenza sanitaria si stanno addestrando dal 2011, il Centro Nazionale di Educazione sanitaria LGBT ha formato più di 1.000 organizzazioni sanitarie su come curare i pazienti LGBTQ.

La dott.ssa Rupal Yu, medico di famiglia dei servizi sanitari piemontesi, che ha implementato la formazione in tutti i 12 centri del Nord Carolina, ha ricordato un giovane uomo trans che le è venuto per assistenza prima della formazione. Ha detto di essere sorpresa di quanto poco ha capito sui pazienti di persona trans, sia socialmente che in medicina. Il centro di Yu a Carrboro, North Carolina, ha apportato diversi cambiamenti a partire dal 2014, tra cui lo sviluppo di forme di assunzione di persona in cura inclusive di genere e la documentazione dell'identità e del sesso dei pazienti assegnati alla nascita in cartelle sia fisiche che elettroniche. Il personale è stato addestrato su come chiedere e utilizzare in modo coerente il nome e il sesso del paziente "dalla porta di ingresso fino alla loro uscita", ha aggiunto.

“Ora ho più esperienza di stare a mio agio nel parlare e nel prendersi cura di persone non cisgender, nel sentirmi a mio agio con l'idea che un uomo può avere una vagina o una donna può avere un pene, che l'identità è nel cervello, e non nelle nostre parti biologiche”. Keuroghlian, del Centro Nazionale per l'Educazione alla Salute LGBT, ha suggerito che gli ospedali cambiassero il nome dei reparti di maternità in “lavoro e parto”, così tutti sentivano Benvenuto.

Ma i fornitori che si sforzano di essere più inclusivi possono affrontare critiche da parte di clienti non transgender, anche sui social media, ha detto Maya Scott-Chung, program director per Sprout Family, un non profit che supporta le persone LGBTQ attraverso il processo di costruzione della famiglia. Ha detto che alcune cliniche creano materiali di marketing separati per la loro clientela LGBTQ.

Scott-Chung ha lavorato con cliniche che “lo hanno fatto per evitare il contropotone di clienti più conservatori ed eterosessuali”, ha affermato. Gli uomini di in stato di gravidanza persona trans e il popolo di di genere non binario combattono anche le battaglie all'interno dei loro corpi.

Thomas ha detto che la gravidanza ha riaperto la sua disforia, il senso di disconnessione persona transgender persone esperienza tra i loro corpi e la loro identità di genere. Il chirurgo che aveva fatto la sua mastectomia ha trascurato di rimuovere tutte le ghiandole nel suo petto, ha detto, che ha causato alcuni dei tessuti a ritornare come la gravidanza progredito. “Molte cose sono cambiate in quei mesi ed è stato difficile, è stato davvero difficile”, ha affermato Thomas.

Dopo aver partorito, Thomas ha sperimentato la depressione postpartum, ma ha iniziato a sentirsi meglio nel tempo dopo essere tornato sul testosterone. Reese, un uomo transgender che ha dato alla luce un figlio nel 2017 a Portland, Oregon, e che ha fornito una guida a centinaia di uomini persona trans che hanno partorito in tutto il mondo, ha affermato che è comune per loro sperimentare disforia e depressione postpartum. Ha affermato che è un altro settore in cui è necessaria la ricerca.

“Abbiamo solo prove aneddotiche”, ha detto Reese, “e aneddoticamente, sembra che le persone persona transgender e di genere non binario siano più sensibili a cose come l'ansia post-partum e la depressione

post-partum”. Ma egli ritiene che sia positivo che sempre più uomini e persone di persona trans e di genere non binario stiano cominciando a vedere che la gravidanza è una possibilità per loro, sia che vogliano sperimentarla o considerarla semplicemente come un mezzo per finire

“Si può essere un uomo e avere un bambino”, ha detto Reese, “e stanno cominciando a vedere che ciò è possibile e non è sempre stato così”. Thomas non disse nulla di avere un bambino — anche la sua disforia — cambiato come si vedeva come un uomo. “Penso che questa sia la definizione di padre: Tu cessi tutto per tuo figlio”, ha detto Thomas.

Raw ModernMT

I papà trans dicono ai dottori: “Puoi essere un uomo e avere un bambino”. Gli uomini transgender dicono di affrontare la disinformazione, i pregiudizi e la mancanza di comprensione da parte dell'establishment medico quando decidono di mettere su famiglia.

Quando Jay Thomas, 33 anni, ha deciso di rimanere incinta nel 2016, ha parlato con il suo medico. Thomas, un cuoco che vive a Louisville, Kentucky, ha spiegato al suo medico che lui e sua moglie, Jamie Brewster, 33 anni, un impiegato di banca, sono entrambi transgender, e che era stato sul testosterone per più di due anni. Il medico ha detto che Thomas aveva probabilmente attraversato la menopausa precoce e che se fossero stati in grado di concepire, avrebbe dovuto interrompere l'ormone per almeno 18 mesi. Ma niente di tutto ciò si è rivelato essere vero, secondo Thomas, che ha dato alla luce il figlio della coppia Dorian, 2, meno di un anno dopo la nomina di quel medico. "Siamo rimasti incinta in tre mesi", ha detto Thomas.

Uno dei miti più persistenti che gli uomini transgender e le persone non binarie sentono dai medici è che il testosterone li ha sterilizzati, dicono gli esperti. Mentre il testosterone generalmente blocca l'ovulazione, gli uomini trans possono rimanere incinta mentre lo assumono, in particolare se non lo assumono regolarmente. È solo un esempio della disinformazione e dello scoraggiamento che gli uomini transgender dicono di affrontare dall'establishment medico quando decidono di rimanere incinta — un problema che i sostenitori e gli esperti incolpano per la mancanza di formazione e ricerca sull'assistenza sanitaria transgender, così come i pregiudizi dei medici.

Non ci sono dati su quanti uomini transgender e persone non binarie partoriscono negli Stati Uniti ogni anno, perché i sistemi medici li tracciano come donne, ma gli esperti ritengono che i numeri siano probabilmente più alti di quanto molti si aspetterebbero. Il numero di persone che si identificano come transgender è in crescita: uno studio del 2016 del Williams Institute ha rilevato che 1,4 milioni di adulti negli Stati Uniti si identificano come transgender, il doppio della stima basata sui dati di un decennio prima.

In Australia, dove le agenzie governative hanno iniziato a monitorare sia il sesso che il genere nei registri ufficiali nel 2013, 54 uomini transgender hanno partorito nel 2014, secondo le statistiche del sistema sanitario universale del paese. E uno studio olandese pubblicato sulla rivista Human Reproduction nel 2011 ha rilevato che la maggior parte degli uomini trans ha riferito di volere famiglie.

Ma medici, infermieri e personale dello studio medico si stanno ancora adattando all'idea che le donne incinte potrebbero non identificarsi come donne. Le persone transgender e non binarie descrivono lacune nella comprensione dei professionisti medici che vanno da un tecnico ad ultrasuoni che li chiama con il nome sbagliato a medici che dicono loro che la terapia ormonale probabilmente ha rovinato la loro fertilità. Le conseguenze possono essere disastrose. Un caso di studio pubblicato di recente ha descritto un uomo transgender che è andato in un pronto soccorso con forti dolori addominali — ma i medici sono stati lenti a rendersi conto che era incinta e in pericolo. L'uomo ha partorito un bambino morto diverse ore dopo.

La questione si estende a tutti i tipi di assistenza medica per le persone transgender e non binarie, non solo alle cure prenatali, ha detto il dottor Alex Keuroghlian, direttore del National LGBT Health Education Center di Fenway Health, che educa le organizzazioni sanitarie su come prendersi cura di persone lesbiche, gay, bisessuali, transgender e queer. Un rapporto del 2017 del Center for American Progress, un istituto di politica liberale, ha rilevato che il 29% delle persone trans ha riferito che un medico aveva rifiutato di vederli a causa del loro orientamento sessuale o identità di genere nell'anno precedente, e il 21% degli

intervistati trans ha affermato che un fornitore aveva usato un linguaggio duro o abusivo quando hanno cercato cure mediche.

“Non è una parte standard dell'educazione medica, non è una parte standard dell'educazione infermieristica o della formazione dei medici di salute mentale”, ha detto Keuroghlian, psichiatra del Massachusetts General Hospital, parlando dell'assistenza sanitaria per persone transgender e non binarie. “Così tanti operatori sanitari stanno giocando a recuperare il ritardo dopo il fatto e imparando come accogliere la gamma di esperienze che le persone appartenenti a minoranze di genere hanno nell'assistenza sanitaria. Questa mancanza di consapevolezza può far sì che le persone trans evitino i medici. Secondo un rapporto del 2016 sulla rivista Medical Care, circa il 30% delle persone transessuali ha riferito di ritardare o non cercare assistenza a causa della discriminazione.

“È davvero una questione di vita o di morte per le persone transgender e non binarie essere viste, valutate e supportate dai loro fornitori di servizi medici”, ha detto Trystan Reese, direttore della formazione familiare per il Family Equality Council, un'organizzazione no-profit nazionale che sostiene le famiglie LGBTQ, “sia in un ambiente di fertilità che in un braccio rotto o diabete o qualsiasi altro problema di salute che potrebbero avere. La necessità per le persone trans di spiegarsi costantemente ai medici e ad altro personale medico può essere drenante.

Ethan Clift, 36 anni, e sua moglie Allison Clift-Jennings, 41 anni, entrambi transgender, hanno deciso nel 2017 di volere figli biologici. Clift, un lobbista, voleva anche iniziare a prendere il testosterone come parte della sua transizione. Perché il testosterone blocca l'ovulazione, la coppia, che vive a Reno, Nevada, ha deciso di congelare i loro embrioni prima Clift transizione. Clift ha detto che i medici e gli infermieri della clinica della fertilità di Reno, dove aveva raccolto i suoi ovuli, erano ben intenzionati, ma hanno faticato a ottenere i suoi pronomi giusti. Ha cercato di correggerli, ha detto, ma è diventato troppo faticoso, quindi si è arreso. “L'intero processo è difficile — è davvero su misura per le donne, essenzialmente, nel linguaggio e in tutto ciò che riguarda”, ha detto Clift.

Keuroghlian ha detto che questa è un'esperienza comune degli uomini transgender in ambito medico. “C'è un'enorme quantità di stigma legato all'aver un'identità di minoranza di genere, e la maggior parte delle persone non è stata cresciuta per avere una consapevolezza della diversità di genere, inclusa la consapevolezza del fatto che le persone di molti generi hanno bisogno di servizi GINECOLOGICI e possono sperimentare la gravidanza e avere figli”, ha detto Keuroghlian. Che il maltrattamento sia intenzionale o meno, Keuroghlian ha detto che le persone trans e non binarie che si sentono a disagio di solito non tornano e hanno maggiori probabilità di evitare i medici in futuro.

Secondo un piccolo studio del 2014 pubblicato dall'American College of Obstetricians and Gynecologists, il 22% delle persone trans e non binarie ha dichiarato di aver scelto di partorire a casa con l'assistenza di un'ostetrica o di una doula. Complessivamente, solo l'1,36% delle nascite negli Stati Uniti era al di fuori degli ospedali nel 2012, secondo i Centers for Disease Control and Prevention. Jasper Moon, un'ostetrica di Portland, Oregon, che non è binaria e usa i pronomi "loro" e "loro", è incinta di quattro mesi e prevede di partorire a casa con l'assistenza delle ostetriche. “Mi conoscono molto bene, li conosco molto bene, mi fido di loro e tutto va bene perché non ho nuovi arrivi casuali come farei a un parto in ospedale”, ha detto Moon.

Molte persone trans e non binarie cercano anche online informazioni su come rimanere incinta e partorire. Un gruppo Facebook privato per uomini trans, che contiene più di 200 membri, funge da rete per coloro che cercano consigli su come pianificare le famiglie. Clift ha detto che lui e sua moglie usano Reddit e Instagram per trovare e condividere informazioni con altre persone trans e non binarie che stanno attraversando la transizione o la gravidanza. Su Instagram, Clift ha detto che non ci sono molti uomini transessuali che sono incinta, ma può trovarli attraverso gli hashtag e fare loro domande nei commenti. “Sento che la salute transgender è una forma di biohacking perché non ci sono un sacco di studi là fuori — studi legittimi — e non ci sono un sacco di medici che lo sanno davvero dentro e fuori”, ha detto Clift.

Mentre è positivo che le persone si stiano informando a vicenda, il dottor Juno Obedin-Maliver, ginecologo e assistente professore alla Stanford University School of Medicine, ha affermato che alcuni dei suoi

pazienti trans e non binari hanno idee sbagliate basate su ciò che hanno letto online. Ad esempio, alcuni uomini trans pensano di aver bisogno di sottoporsi a isterectomie perché hanno letto che il testosterone causerà il cancro uterino, ma non esiste una ricerca rigorosa a sostegno di ciò, ha detto Obedin-Maliver, co-autore del Pride Study, il primo rapporto nazionale sulla salute fisica, mentale e sociale delle persone LGBTQ.

"C'è pochissima conoscenza e spesso c'è un'apertura alla disinformazione", ha detto Obedin-Maliver. "La risposta a questo è dati completi rigorosi che riempiono quelle risposte e formazione medica completa per i clinici in moda da poterci soddisfare noi che cosa è un bisogno reale affinché la gente si prenda cura di se stessi. Dal 2011, il National LGBT Health Education Center ha formato più di 1.000 organizzazioni sanitarie su come prendersi cura dei pazienti LGBTQ.

Il dottor Rupal Yu, un medico di famiglia per i servizi sanitari piemontesi, che ha implementato la formazione in tutti e 12 i suoi centri della Carolina del Nord, ha ricordato un giovane trans che è venuto da lei per le cure prima della formazione. Ha detto che era sorpresa di quanto poco capisse sui pazienti trans, sia socialmente che medicalmente. Il centro Yu di Carrboro, nella Carolina del Nord, ha apportato diversi cambiamenti a partire dal 2014, tra cui lo sviluppo di moduli di assunzione dei pazienti inclusivi del genere e la documentazione dell'identità di genere e del sesso dei pazienti assegnati alla nascita in registrazioni fisiche ed elettroniche. Il personale è stato addestrato su come chiedere e utilizzare costantemente il nome e il sesso preferiti di un paziente dalla "porta d'ingresso fino all'uscita", ha aggiunto.

Ho più esperienza ora semplicemente sentendomi a mio agio nel parlare e prendermi cura di persone non cisgender, sentendomi a mio agio con l'idea che un uomo possa avere una vagina o una donna possa avere un pene, che l'identità fosse nel cervello e non nelle nostre parti biologiche. Keuroghlian, del National LGBT Health Education Center, ha suggerito che gli ospedali cambino il nome dei loro reparti di maternità in "travaglio e parto", in modo che tutti si sentano i benvenuti.

Ma i fornitori che si sforzano di essere più inclusivi possono affrontare critiche da parte di clienti non transgender, anche sui social media, ha affermato Maya Scott-Chung, direttore del programma per SprOUT Family, un'organizzazione no-profit che supporta le persone LGBTQ attraverso il processo di costruzione della famiglia. Ha detto che alcune cliniche creano materiali di marketing separati per la loro clientela LGBTQ.

Scott-Chung ha lavorato con cliniche che "lo hanno fatto per evitare il rifiuto da parte di clienti più conservatori ed eterosessuali", ha detto. Anche gli uomini trans in gravidanza e le persone non binarie combattono battaglie all'interno del proprio corpo.

Thomas ha detto che la gravidanza ha riaperto la sua disforia, il senso di disconnessione che le persone transgender sperimentano tra i loro corpi e la loro identità di genere. Il chirurgo che aveva fatto la sua mastectomia trascurato di rimuovere tutte le ghiandole del petto, ha detto, che ha causato alcuni dei tessuti a tornare come la gravidanza progredita. "Molte cose erano cambiate in quei pochi mesi ed è stato difficile — è stato davvero difficile", ha detto Thomas.

Dopo il parto, Thomas ha sperimentato la depressione postpartum, ma ha iniziato a sentirsi meglio nel tempo dopo essere tornato al testosterone. Reese — un uomo transgender che ha dato alla luce un figlio nel 2017 a Portland, Oregon, e che ha fornito una guida per centinaia di uomini trans che hanno partorito in tutto il mondo — ha detto che è comune per loro sperimentare disforia e depressione post-partum. Ha detto che è un altro settore in cui è necessaria la ricerca.

"Tutto ciò che abbiamo sono prove aneddotiche", ha detto Reese, "e aneddoticamente, sembra che le persone transgender e non binarie siano più suscettibili a cose come l'ansia post-partum e la depressione post-partum. Ma crede che sia una buona cosa che più uomini trans e persone non binarie stiano iniziando a vedere che la gravidanza è una possibilità per loro, sia che vogliano sperimentarla o vederla semplicemente come un mezzo per un fine.

“Puoi essere un uomo e avere un bambino”, ha detto Reese, “e stanno iniziando a vedere che è possibile e che non è sempre stato così. Thomas non ha detto nulla sull'averne un figlio — anche la sua disforia — ha cambiato il modo in cui si considerava un uomo. “Penso che questa sia la definizione di un padre: rinunci a tutto per tuo figlio”, ha detto Thomas.

ModernMT + TM

I papà trans dicono ai medici: “Puoi essere un uomo e avere un bambino”. Gli uomini transgender affermano di affrontare la disinformazione, i pregiudizi e la mancanza di comprensione da parte dell'establishment medico quando decidono di iniziare una famiglia.

Quando Jay Thomas, 33 anni, ha deciso di rimanere incinta nel 2016, ha parlato con il suo medico. Thomas, un cuoco che vive a Louisville, Kentucky, ha spiegato al suo medico che lui e sua moglie, Jamie Brewster, 33 anni, un impiegato di banca, sono entrambi transgender, e che era stato sul testosterone per più di due anni. Il medico ha detto che Thomas aveva probabilmente attraversato la menopausa precoce e che se fossero stati in grado di concepire, avrebbe dovuto interrompere l'ormone per almeno 18 mesi. Ma niente di tutto ciò si è rivelato vero, secondo Thomas, che ha dato alla luce il figlio della coppia Dorian, 2, meno di un anno dopo la nomina di quel medico. “Siamo rimaste incinte in tre mesi”, ha detto Thomas.

Uno dei miti più persistenti che gli uomini transgender e le persone non binarie sentono dai medici è che il testosterone li ha sterilizzati, dicono gli esperti. Mentre il testosterone generalmente blocca l'ovulazione, gli uomini trans possono rimanere incinta mentre lo assumono, in particolare se non lo assumono regolarmente. È solo un esempio della disinformazione e dello scoraggiamento che gli uomini transgender dicono di affrontare dall'establishment medico quando decidono di rimanere incinta — un problema che i sostenitori e gli esperti incolpano per la mancanza di formazione e ricerca sull'assistenza sanitaria transgender, nonché i pregiudizi dei medici.

Non ci sono dati su quanti uomini transgender e persone non binarie partoriscono negli Stati Uniti ogni anno, perché i sistemi medici li tracciano come donne, ma gli esperti ritengono che i numeri siano probabilmente più alti di quanto molti si aspetterebbero. Il numero di persone che si identificano come transgender è in crescita: uno studio del 2016 del Williams Institute ha rilevato che 1,4 milioni di adulti negli Stati Uniti si identificano come transgender, il doppio della stima basata sui dati di un decennio prima.

In Australia, dove le agenzie governative hanno iniziato a monitorare sia il sesso che il genere nei registri ufficiali nel 2013, 54 uomini transgender hanno dato alla luce nel 2014, secondo le statistiche del sistema sanitario universale del paese. E uno studio olandese pubblicato sulla rivista Human Reproduction nel 2011 ha rilevato che la maggior parte degli uomini trans ha riferito di volere famiglie.

Ma medici, infermieri e personale dello studio medico si stanno ancora adattando all'idea che le donne incinte potrebbero non identificarsi come donne. Le persone transgender e non binarie descrivono lacune nella comprensione dei professionisti medici che vanno da un tecnico di ultrasuoni che li chiama con il nome sbagliato a medici che dicono loro che la terapia ormonale probabilmente ha rovinato la loro fertilità. Le conseguenze possono essere disastrose. Un caso di studio pubblicato di recente ha descritto un uomo transgender che è andato in un pronto soccorso con forti dolori addominali — ma i medici sono stati lenti a rendersi conto che era incinta e in pericolo. L'uomo ha partorito un bambino morto diverse ore dopo.

La questione si estende a tutti i tipi di assistenza medica per le persone transgender e non binarie, non solo alle cure prenatali, ha affermato Alex Keuroghlian, direttore del National LGBT Health Education Center di Fenway Health, che educa le organizzazioni sanitarie su come prendersi cura di persone lesbiche, gay, bisessuali, transgender e queer. Un rapporto del 2017 del Center for American Progress, un istituto di politica liberale, ha rilevato che il 29% delle persone trans ha riferito che un fornitore di servizi medici si era rifiutato di vederli a causa del loro orientamento sessuale o identità di genere nell'anno precedente e il 21% degli intervistati trans ha affermato che un fornitore aveva usato un linguaggio duro o abusivo quando cercavano cure mediche.

"Non è una parte standard dell'educazione medica, non è una parte standard dell'educazione infermieristica o della formazione di medici di salute mentale", ha detto Keuroghlian, psichiatra del Massachusetts General Hospital, parlando di assistenza sanitaria per persone transgender e non binarie. "Così tanti operatori sanitari stanno giocando a recuperare il ritardo dopo il fatto e imparando come accogliere la gamma di esperienze che le persone appartenenti a minoranze di genere hanno nell'assistenza sanitaria. Questa mancanza di consapevolezza può far sì che le persone trans evitino i medici. Secondo un rapporto del 2016 sulla rivista Medical Care, circa il 30% delle persone transessuali ha riferito di ritardare o non cercare assistenza a causa di discriminazioni.

“È davvero una questione di vita o di morte per le persone transgender e non binarie essere viste, valutate e supportate dai loro fornitori di servizi medici”, ha affermato Trystan Reese, direttore della formazione familiare per il Family Equality Council, un'organizzazione no-profit nazionale che sostiene le famiglie LGBTQ, “sia in un ambiente di fertilità che in caso di braccio rotto o diabete o qualsiasi altro problema di salute che potrebbero avere.” La necessità che le persone trans si spieghino costantemente ai medici e ad altro personale medico può essere drenante.

Ethan Clift, 36 anni, e sua moglie Allison Clift-Jennings, 41 anni, entrambi transgender, hanno deciso nel 2017 di volere figli biologici. Clift, un lobbista, voleva anche iniziare a prendere il testosterone come parte della sua transizione. Perché il testosterone blocca l'ovulazione, la coppia, che vive a Reno, Nevada, ha deciso di congelare i loro embrioni prima Clift transizione. Clift ha detto che i medici e gli infermieri della clinica per la fertilità di Reno, dove ha avuto i suoi ovuli raccolti, erano ben intenzionati, ma hanno lottato per ottenere i suoi pronomi giusti. Ha cercato di correggerli, ha detto, ma è diventato troppo estenuante, quindi si è arreso. "L'intero processo è difficile — è davvero su misura per le donne, essenzialmente, nel linguaggio e in tutto ciò che riguarda", ha detto Clift.

Keuroghlian ha detto che questa è un'esperienza comune degli uomini transgender in ambito medico. "C'è un'enorme quantità di stigma legato all'aver un'identità di minoranza di genere, e la maggior parte delle persone non è stata cresciuta per avere una consapevolezza della diversità di genere, compresa la consapevolezza del fatto che le persone di molti generi hanno bisogno di servizi di GINECOLOGIA e possono sperimentare la gravidanza e avere figli", ha detto Keuroghlian. Che il maltrattamento sia intenzionale o meno, Keuroghlian ha detto che le persone trans e non binarie che si sentono a disagio di solito non tornano e hanno maggiori probabilità di evitare i medici in futuro.

Secondo un piccolo studio del 2014 pubblicato dall'American College of Obstetricians and Gynecologists, il 22% delle persone trans e non binarie ha dichiarato di aver scelto di partorire a casa con l'assistenza di un'ostetrica o di una doula. Nel complesso, solo l'1,36% delle nascite negli Stati Uniti erano al di fuori degli ospedali nel 2012, secondo i Centers for Disease Control and Prevention. Jasper Moon, un'ostetrica di Portland, Oregon, che non è binaria e usa i pronomi "loro" e "loro", è incinta di quattro mesi e prevede di partorire a casa con l'assistenza delle ostetriche. “Mi conoscono molto bene, li conosco molto bene, mi fido di loro e tutto va bene perché non ho nuovi arrivati casuali come farei a un parto in ospedale”, ha detto Moon.

Molte persone trans e non binarie cercano anche online informazioni su come rimanere incinta e partorire. Un gruppo Facebook privato per uomini trans, che contiene più di 200 membri, funge da rete per coloro che cercano consigli su come pianificare le famiglie. Clift ha detto che lui e sua moglie usano Reddit e Instagram per trovare e condividere informazioni con altre persone trans e non binarie che stanno attraversando la transizione o la gravidanza. Su Instagram, Clift ha detto che non ci sono molti uomini trans che sono incinta, ma può trovarli attraverso gli hashtag e fare loro domande nei commenti. "Sento che la salute dei transgender è una forma di biohacking perché non ci sono un sacco di studi là fuori — studi legittimi — e non ci sono un sacco di medici che lo sanno davvero dentro e fuori", ha detto Clift.

Mentre è positivo che le persone si stiano informando a vicenda, la dott.ssa Juno Obedin-Maliver, ginecologa e assistente professore alla Stanford University School of Medicine, ha affermato che alcuni dei suoi pazienti trans e non binari hanno idee sbagliate basate su ciò che hanno letto online. Ad esempio, alcuni uomini trans pensano di aver bisogno di sottoporsi a isterectomie perché hanno letto che il testosterone causerà il cancro uterino, ma non esiste una ricerca rigorosa a sostegno di ciò, ha detto Obedin-Maliver, co-

autore del Pride Study, il primo rapporto nazionale sulla salute fisica, mentale e sociale delle persone LGBTQ.

"C'è pochissima conoscenza e spesso c'è un'apertura alla disinformazione", ha detto Obedin-Maliver. "La risposta a questo è dati completi rigorosi che riempiono quelle risposte e formazione medica completa per i clinici in moda da poterci soddisfare noi che è un bisogno reale affinché la gente si prenda cura di se stessi. Dal 2011, il National LGBT Health Education Center ha formato più di 1.000 organizzazioni sanitarie su come prendersi cura dei pazienti LGBTQ.

Il dottor Rupal Yu, un medico di famiglia per i servizi sanitari piemontesi, che ha implementato la formazione in tutti e 12 i suoi centri della Carolina del Nord, ha ricordato un giovane trans che è venuto da lei per le cure prima della formazione. Ha detto di essere sorpresa di quanto poco capisse sui pazienti trans, sia socialmente che medicalmente. Il centro Yu di Carrboro, nella Carolina del Nord, ha apportato diversi cambiamenti a partire dal 2014, tra cui lo sviluppo di moduli di assunzione dei pazienti inclusivi del genere e la documentazione dell'identità di genere e del sesso dei pazienti assegnati alla nascita in registri fisici ed elettronici. Il personale è stato addestrato su come chiedere e utilizzare costantemente il nome e il sesso preferiti di un paziente dalla "porta d'ingresso fino all'uscita", ha aggiunto.

Ho più esperienza ora semplicemente sentendomi a mio agio nel parlare e prendermi cura di persone non cisgender, sentendomi a mio agio con l'idea che un uomo possa avere una vagina o una donna possa avere un pene, che l'identità fosse nel cervello e non nelle nostre parti biologiche. Keuroghlian, del National LGBT Health Education Center, ha suggerito che gli ospedali cambino il nome dei loro reparti di maternità in "travaglio e parto", in modo che tutti si sentano i benvenuti.

Ma i fornitori che si sforzano di essere più inclusivi possono affrontare le critiche dei clienti non transgender, anche sui social media, ha dichiarato Maya Scott-Chung, direttrice dei programmi di SprOUT Family, un'organizzazione no profit che supporta le persone LGBTQ attraverso il processo di costruzione della famiglia. Ha detto che alcune cliniche creano materiali di marketing separati per la loro clientela LGBTQ.

Scott-Chung ha lavorato con cliniche che "lo hanno fatto per evitare il rifiuto da parte di clienti più conservatori ed eterosessuali", ha detto. Anche gli uomini trans in gravidanza e le persone non binarie combattono battaglie all'interno del proprio corpo.

Thomas ha detto che la gravidanza ha riaperto la sua disforia, il senso di disconnessione che le persone transgender sperimentano tra i loro corpi e la loro identità di genere. Il chirurgo che aveva fatto la sua mastectomia ha trascurato di rimuovere tutte le ghiandole del petto, ha detto, il che ha causato il ritorno di parte del tessuto con il progredire della gravidanza. "Molte cose erano cambiate in quei pochi mesi ed è stato difficile — è stato davvero difficile", ha detto Thomas.

Dopo il parto, Thomas ha sperimentato la depressione postpartum, ma ha iniziato a sentirsi meglio nel tempo dopo essere tornato al testosterone. Reese — un uomo transgender che ha dato alla luce un figlio nel 2017 a Portland, in Oregon, e che ha fornito una guida per centinaia di uomini trans che hanno partorito in tutto il mondo — ha detto che è comune per loro sperimentare disforia e depressione post-partum. Ha detto che è un altro settore in cui è necessaria la ricerca.

"Tutto ciò che abbiamo sono prove aneddotiche", ha detto Reese, "e aneddoticamente, sembra che le persone transgender e non binarie siano più suscettibili a cose come l'ansia post-partum e la depressione post-partum. Ma crede che sia una buona cosa che più uomini trans e persone non binarie stiano iniziando a vedere che la gravidanza è una possibilità per loro, sia che vogliano sperimentarla o vederla semplicemente come un mezzo per un fine.

"Puoi essere un uomo e avere un bambino", ha detto Reese, "e stanno iniziando a vedere che è possibile e che non è sempre stato così. Thomas non ha detto nulla sull'aver un figlio — anche la sua disforia — ha cambiato il modo in cui si vedeva come uomo. "Penso che questa sia la definizione di padre: si rinuncia a tutto per il proprio figlio", ha detto Thomas.

Raw Generic SYSTRAN

I genitori trans dicono ai dottori: "Si può essere un uomo e avere un bambino". Gli uomini transessuali dicono di dover affrontare una disinformazione, pregiudizi e una mancanza di comprensione da parte dell'istituto medico quando decidono di far nascere una famiglia.

Quando Jay Thomas, 33 anni, decise di rimanere incinta nel 2016, parlava con il suo medico. Thomas, un cuoco che vive a Louisville, nel Kentucky, ha spiegato al suo medico che lui e sua moglie, Jamie Brewster, 33 anni, un impiegato di banca, sono entrambi transessuali, e che è stato nel testosterone per più di due anni. Il medico ha detto che Thomas probabilmente aveva attraversato la menopausa precoce, e che se fosse stato in grado di concepire, avrebbe dovuto andarsene dall'ormone per almeno 18 mesi. Ma niente di tutto ciò si è rivelato vero, secondo Thomas, che ha dato alla luce il figlio della coppia Dorian, 2, meno di un anno dopo l'appuntamento del dottore. "Siamo rimasti incinta tra tre mesi", ha detto Thomas.

Uno dei miti più persistenti che gli uomini transessuali e le persone non binarie sentono dai dottori è che il testosterone li ha sterilizzati, dicono gli esperti. Mentre il testosterone blocca in genere l'ovulazione, gli uomini trans possono restare incinte mentre lo prendono, in particolare se non lo prendono regolarmente. È solo un esempio della disinformazione e scoraggiamento che gli uomini transessuali dicono di dover affrontare dall'istituto medico quando decidono di rimanere incinta — un problema che gli avvocati e gli esperti biasimano per la mancanza di formazione e ricerca nel campo dell'assistenza sanitaria transessuale, oltre che per le ragioni dei medici.

Non ci sono dati su quanti uomini transessuali e persone non binarie partoriscono ogni anno negli Stati Uniti, perché i sistemi medici li rintracciano come femmine, ma gli esperti ritengono che i numeri siano probabilmente più alti di quanto si aspetterebbe. Il numero di persone che si identificano come transessuali è in crescita: uno studio del 2016 del Williams Institute ha scoperto che 1,4 milioni di adulti negli Stati Uniti identificano come transessuali, il che era il doppio della stima basata sui dati di un decennio prima.

In Australia, dove le agenzie governative hanno iniziato a tenere traccia del sesso e del sesso nei registri ufficiali nel 2013, 54 transessuali hanno partorito nel 2014, secondo le statistiche del sistema sanitario universale del paese. E uno studio olandese pubblicato sulla rivista "Riproduzione umana" nel 2011 ha scoperto che la maggior parte degli uomini trans avevano dichiarato di volere famiglie.

Ma i dottori, le infermiere e il personale medico stanno ancora lavorando per capire che chi è incinta potrebbe non identificarsi come una donna. I transessuali e le persone non binarie descrivono le lacune nella comprensione dei professionisti medici, che vanno da un tecnico di ultrasuoni che li chiama con il nome sbagliato ai medici che dicono loro che la terapia ormonale probabilmente ha rovinato la loro fertilità. Le conseguenze possono essere terribili. Un caso di studio pubblicato di recente ha descritto un uomo transessuale che è andato in un pronto soccorso con gravi dolori addominali — ma i dottori sono stati lenti a capire che era incinta e in pericolo. L'uomo ha partorito un bambino morto diverse ore dopo.

Il problema si estende a tutti i tipi di assistenza medica per le persone transessuali e non binarie, non solo all'assistenza prenatale, ha dichiarato il Dr. Alex Keuroghlian, direttore del Centro Nazionale per l'educazione sanitaria LGBT al Fenway Health, che educa le organizzazioni sanitarie a come prendersi cura delle persone lesbiche, gay, bisessuali, transessuali e omosessuali. Un rapporto del 2017 del Centre for American Progress, un istituto di politica liberale, ha scoperto che il 29% delle persone trans ha riferito che un fornitore di medicinali ha rifiutato di vederle a causa del loro orientamento sessuale o della loro identità di genere nell'anno precedente, e il 21% degli intervistati trans ha detto che un fornitore aveva usato linguaggio duro o violento quando cercava cure mediche.

"Non è una parte standard dell'educazione medica, non è una parte standard dell'educazione infermieristica o della formazione di clinici della salute mentale", ha dichiarato Keuroghlian, psichiatra del Massachusetts General Hospital, riguardo all'assistenza sanitaria per le persone transessuali e non binarie. "Molti professionisti del settore sanitario si stanno riprendendo dopo il fatto e stanno imparando come conciliare le esperienze che le minoranze di genere hanno in campo sanitario." La mancanza di consapevolezza può

far evitare ai trans i dottori. Secondo un rapporto del 2016 sulla rivista Medical Care, circa il 30% delle persone trans hanno denunciato ritardi o non cercano cure dovute a discriminazioni.

"È davvero una questione di vita e di morte per le persone transessuali e non binarie essere viste, valutate e supportate dai loro fornitori medici", ha dichiarato Trystan Reese, direttore della formazione familiare per il Consiglio per l'uguaglianza di famiglia, un'organizzazione nazionale senza scopo di lucro che sostiene le famiglie LGBTQ, "sia in un ambiente di fertilità che in un braccio rotto o in un diabete o in qualsiasi altro problema sanitario che potrebbero avere." La necessità che i trans si spieghino costantemente ai medici e agli altri medici può prosciugarsi.

Ethan Clift, 36 anni, e sua moglie Allison Clift-Jennings, 41 anni, che sono entrambi transessuali, hanno deciso nel 2017 di volere bambini biologici. Clift, un lobbista, voleva iniziare a prendere il testosterone come parte della sua transizione. Perché il testosterone blocca l'ovulazione, la coppia, che vive a Reno, in Nevada, ha deciso di congelare i propri embrioni prima che Clift passasse. Clift ha detto che dottori e infermieri della clinica per la fertilità a Reno dove ha raccolto le uova erano ben intenzionati, ma hanno lottato per ottenere le sue pronunce giuste. Ha cercato di correggerli, ha detto, ma è diventato troppo estenuante, così ha rinunciato. "L'intero processo è difficile — è veramente personalizzato per le donne, essenzialmente, nella lingua e tutto quello che c'è in essa," ha detto Clift.

Keuroghlian ha detto che questa è un'esperienza comune degli uomini transessuali in ambito medico. "C'è una grande quantità di stigmatizzazione legata all'esistenza di una minoranza di genere, e la maggior parte delle persone non è stata cresciuta per avere una consapevolezza della diversità di genere, inclusa la consapevolezza del fatto che le persone di molti generi hanno bisogno di servizi OB-GYN, che possono sperimentare gravidanza e avere figli" ha dichiarato Keuroghlian. Che il maltrattamento sia intenzionale o meno, Keuroghlian ha detto che persone trans e non binarie che sono fatte per sentirsi a disagio di solito non tornano e sono più propensi ad evitare dottori in futuro.

Secondo un piccolo studio del 2014 pubblicato dall'American College of Obstetrician and Gynecologists, il 22% delle persone trans e non binarie ha detto di aver scelto di partorire a casa con l'assistenza di un'ostetrica o di una doppia. In generale, solo l'1,36% delle nascite negli Stati Uniti erano al di fuori degli ospedali nel 2012, secondo il Centro per il controllo e la prevenzione delle malattie. Jasper Moon, un'ostetrica di Portland, Oregon, che non è in binario e usa le pronunce "loro" e "loro", è incinta di quattro mesi e ha intenzione di partorire a casa con l'assistenza di ostetriche. "Mi conoscono molto bene, li conosco molto bene, mi fido di loro e tutto funziona correttamente perché non ho principianti a caso come farei al parto di un ospedale", ha detto Moon.

Molti trans e non binari cercano anche online informazioni su come rimanere incinta e partorire. Un gruppo Facebook privato per trans, che contiene più di 200 membri, funge da rete per coloro che cercano consigli su come pianificare le famiglie. Clift ha detto che lui e sua moglie usano Reddit e Instagram per trovare e condividere informazioni con altre persone trans e non binarie che stanno attraversando una fase di transizione o gravidanza. Su Instagram, Clift ha detto che non ci sono molti trans incinte, ma può trovarli tramite hashtag e porre loro domande nei commenti. "Mi sento come se la salute transessuale fosse una forma di biohacking perché non ci sono una tonnellata di studi là fuori — studi legittimi — e non ci sono una tonnellata di medici che lo sanno realmente dentro e fuori" ha detto Clift.

Anche se è un bene che le persone si stiano informando a vicenda, il dottor Juno Obedin-Maliver, un ginecologo e un assistente alla Scuola di Medicina dell'Università di Stanford, ha detto che alcuni dei suoi pazienti trans e non binari hanno dei pregiudizi in base a quello che hanno letto online. Ad esempio, alcuni trans pensano di dover subire isterectomie perché hanno letto che il testosterone causerà il cancro all'utero, ma non esistono ricerche rigorose a sostegno di tale fatto, ha affermato Obedin-Maliver, che ha collaborato allo studio sull'orgoglio, la prima relazione nazionale sulla salute fisica, mentale e sociale delle persone LGBTQ.

"Ci sono poche conoscenze e spesso si aprono per informazioni errate" ha dichiarato Obedin-Maliver. "La risposta è dati completi e rigorosi che forniscono queste risposte e un'educazione medica completa per i medici, in modo da poter soddisfare il reale bisogno che le persone si prendano cura di se stesse." Dal 2011,

il Centro Nazionale per l'educazione sanitaria LGBT ha addestrato oltre 1.000 organizzazioni sanitarie su come curare i pazienti LGBTQ.

Il dottor Rupal Yu, un medico di famiglia del Piemonte Health Services, che ha impartito addestramento in tutti e 12 i suoi centri della Carolina del Nord, ha ricordato un giovane trans che è venuto da lei per curarsi prima dell'addestramento. Ha detto di essere sorpresa di quanto capisse poco sui pazienti transessuali, sia socialmente che medici. Il centro Yu a Carrboro, Carolina del Nord, ha apportato diversi cambiamenti a partire dal 2014, tra cui lo sviluppo di moduli di assunzione dei pazienti che includano il sesso e la documentazione dell'identità di genere dei pazienti e del sesso assegnati alla nascita, sia in formato fisico che elettronico. Il personale è stato addestrato a chiedere e a usare costantemente il nome e il sesso preferiti di un paziente dalla "porta principale fino alla loro uscita".

"Ho più esperienza ora, semplicemente per essere a mio agio a parlare con e a prendermi cura delle persone non-cisliche, a sentirmi a proprio agio con l'idea che un uomo possa avere una vagina o una donna possa avere un pene, che l'identità fosse nel cervello, e non nelle nostre parti biologiche." Keuroghlian, del Centro Nazionale per l'educazione sanitaria LGBT, ha suggerito che gli ospedali modificchino il nome dei loro reparti materni in "manodopera e consegna", in modo che tutti si sentano benvenuti.

Ma i fornitori che si sforzano di essere più inclusivi possono affrontare le critiche di clienti non transessuali, anche sui social media, ha dichiarato Maya Scott-Chung, direttrice di programma per la famiglia specificata, un'organizzazione no profit che sostiene la comunità LGBTQ attraverso il processo di costruzione di una famiglia. Ha detto che alcune cliniche creano materiali di marketing separati per la loro clientela LGBTQ.

Scott-Chung ha lavorato con cliniche che "l'hanno fatto per evitare il passaggio da clienti più conservatori ed eterosessuali", ha detto. Anche gli uomini trans incinta e le persone non binarie combattono battaglie all'interno dei loro corpi.

Thomas ha detto che la gravidanza ha riaperto la sua disforia, il senso di disconnettere le persone transessuali tra i loro corpi e la loro identità di genere. Il chirurgo che aveva fatto la mastectomia ha trascurato di rimuovere tutte le ghiandole al petto, ha detto, il che ha fatto tornare parte del tessuto mentre la gravidanza avanzava. "In quei mesi erano cambiate molte cose ed era dura — era davvero difficile" disse Thomas.

Dopo aver partorito, Thomas ha avuto una depressione post-parto, ma ha iniziato a sentirsi meglio nel tempo dopo essere tornato al testosterone. Reese, un uomo transessuale che ha partorito un figlio nel 2017 a Portland, in Oregon, e che ha fornito una guida per centinaia di trans che hanno partorito in tutto il mondo, ha detto che è comune per loro sperimentare disforia e depressione post-parto. Ha detto che è un altro settore in cui è necessaria la ricerca.

"Tutto quello che abbiamo sono prove aneddotiche", disse Reese, "e aneddoticamente, sembra che le persone transessuali e non binarie siano più sensibili a cose come l'ansia post-partum e la depressione post-partum." Ma crede che sia una buona cosa che più uomini trans e persone non binarie inizino a vedere che la gravidanza è una possibilità per loro, che vogliono sperimentarla o vederlo semplicemente come un mezzo per una fine.

"Si può essere un uomo e avere un bambino," ha detto Reese, "e cominciano a vedere che ciò è possibile e non è sempre stato così." Thomas non ha detto niente riguardo l'aver un figlio, anche la sua disforia, ha cambiato il modo in cui si vedeva come un uomo. "Credo che sia la definizione di padre - lei rinuncia a tutto per suo figlio" ha detto Thomas.

Generic SYSTRAN + TM

I papà transessuali dicono ai medici: "Puoi essere un uomo e avere un bambino". Gli uomini transgender dicono di affrontare la disinformazione, i pregiudizi e la mancanza di comprensione da parte dell'istituto medico quando decidono di iniziare una famiglia.

Quando Jay Thomas, 33 anni, ha deciso di voler rimanere incinta nel 2016, ha parlato con il suo medico. Thomas, un cuoco che vive a Louisville, Kentucky, ha spiegato al suo medico che lui e sua moglie, Jamie Brewster, 33 anni, un dipendente di banca, sono entrambi transgender, e che era stato con il testosterone per più di due anni. Il medico disse che Thomas probabilmente aveva attraversato la menopausa precoce, e che se fossero stati in grado di concepire a tutti, avrebbe dovuto lasciare l'ormone per almeno 18 mesi. Ma nulla di ciò si è rivelato vero, secondo Thomas, che ha dato alla luce il figlio della coppia Dorian, 2 anni, meno di un anno dopo la nomina di tale medico. "Siamo rimasti incinti in tre mesi", ha detto Thomas.

Uno dei miti più persistenti uomini transgender e persone non binarie sentono da medici è che il testosterone li ha sterilizzati, dicono gli esperti. Mentre il testosterone generalmente blocca l'ovulazione, gli uomini trans possono iniziare una gravidanza mentre lo assumono, in particolare se non lo assumono regolarmente. È solo un esempio della disinformazione e dello scoraggiamento che gli uomini transgender dicono di affrontare dalla struttura medica quando decidono di rimanere incinte — un problema che i sostenitori e gli esperti danno per colpa alla mancanza di formazione e ricerca sull'assistenza sanitaria transgender, così come i pregiudizi dei medici.

Non ci sono dati su quanti uomini transgender e persone non binarie partoriscono ogni anno negli Stati Uniti, perché i sistemi medici li registrano come femminili, ma gli esperti ritengono che i numeri siano probabilmente più alti di quanto molti si aspetterebbero. Il numero di persone che si identificano come transgender è in crescita: uno studio del 2016 del Williams Institute ha rilevato che 1,4 milioni di adulti negli Stati Uniti si identificano come transgender, il che era il doppio della stima basata sui dati di un decennio prima.

In Australia, dove le agenzie governative hanno iniziato a monitorare sia il sesso che il genere nei registri ufficiali nel 2013, 54 uomini transgender hanno partorito nel 2014, secondo le statistiche del sistema sanitario universale del paese. E uno studio olandese pubblicato sulla rivista *Human Reproduction* nel 2011 ha scoperto che la maggior parte degli uomini trans ha riferito di voler avere famiglie.

Ma i medici, gli infermieri e il personale dell'ufficio medico si stanno ancora adattando all'idea che le donne in gravidanza potrebbero non identificarsi come tali. Le persone transgender e non binarie descrivono lacune nella comprensione dei professionisti medici che vanno da un tecnico ecografico che li chiama con il nome sbagliato a medici che dicono che la terapia ormonale probabilmente ha rovinato la loro fertilità. Le conseguenze possono essere terribili. Un caso studio pubblicato di recente ha descritto un transgender che si è recato al pronto soccorso con forti dolori addominali — ma i medici sono stati lenti nel rendersi conto che era incinta e in pericolo. L'uomo ha partorito un bambino nato morto diverse ore dopo.

Il problema si estende a tutti i tipi di assistenza medica per le persone transgender e non binarie, non solo alle cure prenatali, ha detto il Dr. Alex Keuroghlian, direttore del National LGBT Health Education Center di Fenway Health, che educa le organizzazioni sanitarie su come prendersi cura di lesbiche, gay, bisessuali, transgender e queer. Un rapporto del 2017 del Center for American Progress, un istituto di politica liberale, ha rilevato che il 29% dei transessuali ha riferito che un fornitore di cure mediche si era rifiutato di vederli a causa del loro orientamento sessuale o identità di genere nell'anno precedente, e il 21% degli intervistati trans ha detto che un fornitore ha usato un linguaggio duro o abusivo quando hanno cercato assistenza medica.

"Non è una parte standard dell'educazione medica, non è una parte standard dell'educazione infermieristica, o della formazione di medici per la salute mentale," Keuroghlian, che è uno psichiatra presso il Massachusetts General Hospital, ha detto di assistenza sanitaria per transgender e persone non binarie. "Così tanti professionisti del settore sanitario stanno recuperando dopo il fatto e stanno imparando ad adattarsi alla gamma di esperienze che le persone appartenenti a minoranze di genere hanno nel settore sanitario." Questa mancanza di consapevolezza può indurre i trans ad evitare i medici. Secondo un rapporto del 2016 sulla rivista *Medical Care*, circa il 30 per cento delle persone trans ha riferito di aver ritardato o non aver cercato assistenza a causa della discriminazione.

"È davvero una questione di vita o di morte per le persone transgender e non binarie essere viste, valutate e sostenute dai loro medici", ha detto Trystan Reese, che è il direttore della formazione familiare per il

Family Equality Council, un'organizzazione non-profit nazionale che sostiene le famiglie LGBTQ, "sia in un contesto di fertilità o per andare in cerca di un braccio rotto o di diabete o qualsiasi altro problema di salute che potrebbero avere." La necessità per i trans di spiegarsi costantemente con i medici e altro personale medico può essere drenante.

Ethan Clift, 36 anni, e sua moglie Allison Clift-Jennings, 41 anni, che sono entrambi transgender, hanno deciso nel 2017 che volevano figli biologici. Anche Clift, un lobbista, voleva iniziare a prendere il testosterone come parte della sua transizione. Poiché il testosterone blocca l'ovulazione, la coppia, che vive a Reno, Nevada, ha deciso di congelare i loro embrioni prima che Clift transitasse. Clift disse che i medici e le infermiere della clinica di fertilità di Reno dove aveva le uova raccolte erano ben intenzionati, ma faticavano a ottenere i pronomi giusti. Ha cercato di correggerli, ha detto, ma è diventato troppo estenuante, così si è arreso. "L'intero processo è difficile - è davvero su misura per le donne, essenzialmente, nella lingua e tutto ciò che ne riguarda," Clift ha detto.

Keuroghlian ha detto che questa è un'esperienza comune degli uomini transgender in ambienti medici. "C'è un'enorme quantità di stigmatizzazione legata all'avere un'identità di minoranza di genere, e la maggior parte delle persone non è stata cresciuta per avere una consapevolezza della diversità di genere, tra cui una consapevolezza del fatto che le persone di molti generi hanno bisogno di servizi OB-GYN e possono sperimentare la gravidanza e avere figli," Keuroghlian ha detto. Sia che il maltrattamento sia intenzionale o meno, Keuroghlian ha detto che le persone trans e non binarie che sono fatte per sentirsi a disagio di solito non ritornano e sono più propensi a evitare i medici in futuro.

Secondo un piccolo studio del 2014 pubblicato dall'American College of Obstetricians and Gynecologists, il 22% delle persone trans e non binarie ha detto di aver scelto di partorire a casa con l'assistenza di un'ostetrica o di una doula. Nel complesso, solo l'11,36% delle nascite negli Stati Uniti erano al di fuori degli ospedali nel 2012, secondo i Centers for Disease Control and Prevention. Jasper Moon, un'ostetrica di Portland, Oregon, che non è binaria e usa i pronomi "loro" e "loro", è incinta di quattro mesi e progetta di partorire a casa con l'assistenza di ostetriche. "Mi conoscono molto bene, li conosco molto bene, mi fido di loro, e tutto va bene perché non ho nuovi arrivi a caso come farei a un parto in ospedale," ha detto Moon.

Molte persone trans e non binarie cercano anche online informazioni su come rimanere incinte e dare alla luce. Un gruppo privato su Facebook per trans, che conta più di 200 membri, serve come rete per coloro che cercano consigli su come pianificare le famiglie. Clift ha detto che lui e sua moglie usano Reddit e Instagram per trovare e condividere informazioni con altre persone trans e non binarie che stanno attraversando la transizione o la gravidanza. Su Instagram, Clift ha detto che non ci sono molti trans che sono incinte, ma può trovarli attraverso gli hashtag e fare loro domande nei commenti. "Credo che la salute dei transessuali sia una forma di biohacking perché non ci sono una tonnellata di studi là fuori - studi legittimi - e non ci sono una tonnellata di medici che lo sanno davvero dentro e fuori," ha detto Clift.

Mentre è bene che le persone si informino tra di loro e vicendevolmente, il Dott. Juno Obedin-Maliver, ginecologo e assistente professore alla Stanford University School of Medicine, ha detto che alcuni dei suoi pazienti trans e non binari hanno idee sbagliate in base a ciò che hanno letto online. Per esempio, alcuni trans pensano di dover subire isterectomie perché hanno letto che il testosterone causerà il cancro uterino, ma non c'è alcuna ricerca rigorosa a sostegno di ciò, ha detto Obedin-Maliver, che ha co-scritto il Pride Study, il primo rapporto a livello nazionale sulla salute fisica, mentale e sociale delle persone LGBTQ.

"C'è pochissima conoscenza, e c'è spesso un'apertura per la disinformazione," Obedin-Maliver ha detto. "La risposta è data da una serie di dati rigorosi e completi che completano le risposte e da un'istruzione medica completa per i medici, in modo da soddisfare le reali esigenze delle persone di prendersi cura di se stesse." Dal 2011, il National LGBT Health Education Center ha formato più di 1.000 organizzazioni sanitarie su come prendersi cura dei pazienti LGBTQ.

Il Dr. Rupal Yu, un medico di famiglia per Piemonte Health Services, che ha implementato la formazione in tutti i 12 dei suoi centri della Carolina del Nord, ha richiamato un giovane trans che è venuto da lei per le cure prima della formazione. Disse di essere sorpresa di quanto poco avesse capito dei pazienti trans, sia socialmente che clinicamente. Il centro di Yu a Carrboro, nella Carolina del Nord, ha apportato diversi

cambiamenti a partire dal 2014, tra cui lo sviluppo di forme di assunzione dei pazienti comprensive del genere e la documentazione dell'identità di genere e del sesso dei pazienti assegnati alla nascita sia in documenti fisici che elettronici. Il personale è stato addestrato su come chiedere e utilizzare costantemente il nome e il genere preferito di un paziente dalla "porta principale fino a quando non escono", ha aggiunto.

"Ora ho più esperienza, mi sento semplicemente a mio agio nel parlare con le persone non cisgender e nel prendermi cura di loro, mi sento a mio agio con l'idea che un uomo può avere una vagina o una donna può avere un pene, che l'identità era nel cervello, e non nelle nostre parti biologiche." Keuroghlian, del National LGBT Health Education Center, ha suggerito che gli ospedali cambino il nome dei loro reparti di maternità in "travaglio e parto", così tutti si sentono i benvenuti.

Ma i provider che si sforzano di essere più inclusivi possono affrontare critiche da clienti non transgender, incluso sui social media, ha detto Maya Scott-Chung, direttore del programma per SprOUT Family, un'organizzazione non profit che sostiene le persone LGBTQ attraverso il processo di costruzione della famiglia. Ha detto che alcune cliniche creano materiale di marketing separato per la loro clientela LGBTQ.

Scott-Chung ha lavorato con cliniche che "hanno fatto questo per evitare la spinta indietro da parte di clienti più conservatori, eterosessuali", ha detto. Anche gli uomini trans incinti e le persone non binarie combattono battaglie all'interno del proprio corpo.

Thomas ha detto che la gravidanza ha riaperto la sua disforia, il senso di disconnessione transgender esperienze tra i loro corpi e la loro identità di genere. Il chirurgo, che aveva eseguito la mastectomia, ha trascurato di rimuovere tutte le ghiandole del torace, e ciò ha causato il ritorno di parte del tessuto con l'avanzare della gravidanza. "In quei pochi mesi sono cambiate molte cose ed è stato difficile — è stato davvero difficile," ha detto Thomas.

Dopo il parto, Thomas ha sperimentato la depressione post-partum, ma ha iniziato a sentirsi meglio nel tempo dopo essere tornato con il testosterone. Reese — un transgender che ha dato alla luce un figlio nel 2017 a Portland, Oregon, e che ha fornito la guida per centinaia di trans che hanno partorito in tutto il mondo — ha detto che è comune per loro sperimentare disforia e depressione post-partum. Ha detto che è un'altra area in cui la ricerca è necessaria.

"Tutto quello che abbiamo è una prova aneddotica", ha detto Reese, "e aneddoticamente, sembra che le persone transgender e non binarie siano più suscettibili a cose come l'ansia postpartum e la depressione postpartum." Ma crede che sia una buona cosa che più uomini trans e persone non binarie stiano iniziando a vedere che la gravidanza è una possibilità per loro, se vogliono sperimentarla o vederla semplicemente come un mezzo per un fine.

"Puoi essere un uomo e avere un bambino," ha detto Reese, "e stanno iniziando a vedere che è possibile e che non è sempre stato così." Thomas non disse nulla sull'aver un figlio... anche la sua disforia... cambiò il modo in cui si vedeva come un uomo. "Penso che questa sia la definizione di padre... si rinuncia a tutto per il bambino", ha detto Thomas.

Medical SYSTRAN + TM

I papà trans dicono ai medici: 'Puoi essere un uomo e avere un bambino'. Gli uomini transgender dicono di affrontare la disinformazione, i pregiudizi e la mancanza di comprensione da parte dell'istituto medico quando decidono di avviare una famiglia.

Quando Jay Thomas, 33 anni, ha deciso di voler rimanere incinta nel 2016, ha parlato con il suo medico. Thomas, un cuoco che vive a Louisville, Kentucky, ha spiegato al suo medico che lui e sua moglie, Jamie Brewster, 33 anni, un impiegato della banca, sono entrambi transgender, e che era stato al testosterone per più di due anni. Il medico disse che Thomas era probabilmente in menopausa precoce, e che se fosse stato in grado di concepire, avrebbe dovuto interrompere l'ormone per almeno 18 mesi. Ma niente di tutto ciò si è rivelato vero, secondo Thomas, che ha dato alla luce il figlio della coppia Dorian, 2, meno di un anno dopo la nomina di quel medico. "Siamo rimasti incinti in tre mesi", ha detto Thomas.

Uno dei miti più persistenti che uomini transgender e persone non binarie sentono dai medici è che il testosterone li ha sterilizzati, dicono gli esperti. Mentre il testosterone blocca generalmente l'ovulazione, gli uomini trans possono avere una gravidanza mentre lo assumono, in particolare se non lo assumono regolarmente. È solo un esempio della disinformazione e dello scoraggiamento che gli uomini transessuali dicono di dover affrontare dalla struttura medica quando decidono di rimanere incinta — un problema che avvocati ed esperti biasimano per la mancanza di formazione e di ricerca sull'assistenza sanitaria transessuale, così come i pregiudizi dei medici.

Non ci sono dati su quanti uomini transgender e persone non binarie partoriscono ogni anno negli Stati Uniti, perché i sistemi medici li registrano come femminili, ma gli esperti ritengono che i numeri siano probabilmente più alti di quanto molti si aspetterebbero. Il numero di persone che si identificano come transgender è in crescita: uno studio del 2016 del Williams Institute ha scoperto che 1,4 milioni di adulti negli Stati Uniti si identificano come transgender, che era il doppio della stima basata sui dati di un decennio prima.

In Australia, dove le agenzie governative hanno iniziato a tracciare sia il sesso che il genere nei registri ufficiali nel 2013, 54 uomini transgender hanno partorito nel 2014, secondo le statistiche del sistema sanitario universale del paese. Uno studio olandese pubblicato sulla rivista *Human Reproduction* nel 2011 ha scoperto che la maggior parte degli uomini trans dichiarava di voler avere una famiglia.

Ma medici, infermieri e personale medico si stanno ancora adattando all'idea che le donne in gravidanza possano non identificarsi come tali. Le persone transgender e non binarie descrivono lacune nella comprensione dei professionisti medici che vanno da un tecnico ecografico che li chiama con il nome sbagliato a medici che dicono che la terapia ormonale probabilmente ne ha rovinato la fertilità. Le conseguenze possono essere terribili. Un caso di studio pubblicato di recente ha descritto un transgender che si è recato al pronto soccorso con forti dolori addominali — ma i medici non sono riusciti a capire che era incinta e in pericolo. L'uomo ha partorito un bambino nato morto diverse ore dopo.

Il problema si estende a tutti i tipi di cure mediche per le persone transgender e non binarie, non solo alle cure prenatali, ha detto il Dr Alex Keuroghlian, direttore del National LGBT Health Education Center di Fenway Health, che istruisce le organizzazioni sanitarie su come prendersi cura di lesbiche, gay, bisessuali, transgender e queer. Un rapporto del 2017 del Center for American Progress, un istituto di politica liberale, ha rilevato che il 29% delle persone trans ha riferito che un fornitore di servizi medici si era rifiutato di vederli a causa del loro orientamento sessuale o identità di genere nell'anno precedente, e il 21% degli intervistati trans ha detto che un fornitore ha usato un linguaggio duro o abusivo quando hanno cercato assistenza medica.

"Non è una parte standard dell'educazione medica, non è una parte standard dell'educazione infermieristica, o della formazione di medici per la salute mentale," Keuroghlian, che è uno psichiatra presso il Massachusetts General Hospital, ha detto della sanità per le persone transgender e non binarie. "Così tanti professionisti del settore sanitario stanno facendo il passo successivo e stanno imparando ad adattarsi alla gamma di esperienze che le persone appartenenti a minoranze di genere hanno in campo sanitario." Questa mancanza di consapevolezza può indurre i trans a evitare i medici. Secondo un rapporto del 2016 della rivista *Medical Care*, circa il 30% dei transessuali ha riferito di ritardare o non cercare assistenza a causa della discriminazione.

"È davvero una questione di vita o di morte per le persone transgender e non binarie essere visti, valutati e sostenuti dai loro fornitori di assistenza medica," ha detto Trystan Reese, che è il direttore della formazione familiare per il Family Equality Council, un'organizzazione non-profit nazionale che sostiene le famiglie LGBTQ, "sia in un contesto di fertilità o di entrare per un braccio rotto o diabete o qualsiasi altro problema di salute potrebbero avere." La necessità che i trans si spieghino costantemente ai medici e al resto del personale medico può essere svuotata.

Ethan Clift, 36 anni, e sua moglie Allison Clift-Jennings, 41 anni, entrambi transgender, hanno deciso nel 2017 che volevano figli biologici. Anche Clift, un lobbista, voleva iniziare a prendere testosterone come parte della sua transizione. Poiché il testosterone blocca l'ovulazione, la coppia, che vive a Reno, Nevada,

decise di congelare i loro embrioni prima che Clift passasse. Clift disse che i dottori e le infermiere della clinica di fertilità di Reno, dove aveva le uova raccolte, erano ben intenzionati, ma faticavano a trovare i pronomi giusti. Ha cercato di correggerli, ha detto, ma è diventato troppo estenuante, così ha rinunciato. "L'intero processo è difficile - è fatto su misura per le donne, essenzialmente, nel linguaggio e in tutto ciò che lo riguarda," ha detto Clift.

Keuroghlian ha detto che questa è un'esperienza comune degli uomini transgender in ambienti medici. "C'è un'enorme quantità di stigmatizzazione legata all'aver un'identità di minoranza di genere, e la maggior parte delle persone non è stata cresciuta per avere una consapevolezza della diversità di genere, compresa una consapevolezza del fatto che le persone di molti generi hanno bisogno di servizi OB-GYN e possono sperimentare la gravidanza e avere figli," Keuroghlian ha detto. Sia che il maltrattamento sia intenzionale o meno, Keuroghlian ha detto che le persone trans e non binarie che sono fatte per sentirsi a disagio di solito non ritornano e sono più propense a evitare i medici in futuro.

Secondo un piccolo studio del 2014 pubblicato dall'American College of Obstetricians and Gynecologists, il 22% delle persone trans e non binarie ha detto di aver scelto di partorire a casa con l'assistenza di un'ostetrica o di una doula. Complessivamente, solo l'1,36% delle nascite negli Stati Uniti erano al di fuori degli ospedali nel 2012, secondo i Centers for Disease Control and Prevention. Jasper Moon, un'ostetrica di Portland, Oregon, che non è binaria e usa i pronomi "loro" e "loro", è incinta di quattro mesi e progetta di partorire a casa con l'assistenza di ostetriche. "Mi conoscono molto bene, le conosco molto bene, mi fido di loro, e tutto va bene perché non ho nuovi arrivati a caso come farei io al parto in ospedale", ha detto Moon.

Molte persone trans e non binarie cercano anche online informazioni su come iniziare una gravidanza e dare alla luce un figlio. Un gruppo Facebook privato per uomini trans, che conta più di 200 membri, serve come rete per coloro che cercano consigli su come pianificare la famiglia. Clift ha detto che lui e sua moglie usano Reddit e Instagram per trovare e condividere informazioni con altre persone trans e non binarie che stanno attraversando la transizione o la gravidanza. Su Instagram, Clift ha detto che non ci sono molti uomini trans che sono incinte, ma può trovarli attraverso gli hashtag e fare loro delle domande nei commenti. "Credo che la salute dei transessuali sia una forma di biohacking perché non ci sono una tonnellata di studi là fuori - studi legittimi - e non ci sono una tonnellata di medici che lo sanno dentro e fuori," ha detto Clift.

Mentre è bene che le persone si informino reciprocamente, il Dott. Juno Obedin-Maliver, ginecologo e assistente professore alla Stanford University School of Medicine, ha detto che alcuni dei suoi pazienti trans e non binari hanno idee sbagliate basate su ciò che hanno letto online. Per esempio, alcuni uomini trans pensano di dover subire isterectomie perché hanno letto che il testosterone causerà il cancro uterino, ma non c'è alcuna ricerca rigorosa a supporto di ciò, ha detto Obedin-Maliver, che ha co-scritto il Pride Study, il primo rapporto nazionale sulla salute fisica, mentale e sociale delle persone LGBTQ.

"La conoscenza è molto limitata, e spesso c'è un'apertura per la disinformazione," ha detto Obedin-Maliver. "La risposta è data da dati rigorosi e completi che completano queste risposte e da un'istruzione medica completa per i medici, in modo da poter soddisfare il reale bisogno di prendersi cura di se stessi." Dal 2011, il National LGBT Health Education Center ha formato più di 1000 organizzazioni sanitarie su come prendersi cura dei pazienti LGBTQ.

Il dottor Rupal Yu, un medico di famiglia per i servizi sanitari del Piemonte, che ha implementato la formazione in tutti i 12 dei suoi centri della Carolina del Nord, ha richiamato un giovane trans che è venuto da lei per le cure prima della formazione. Disse che era sorpresa di quanto poco capisse dei pazienti trans, sia socialmente che clinicamente. Il centro di Yu a Carrboro, nella Carolina del Nord, ha apportato diversi cambiamenti a partire dal 2014, tra cui lo sviluppo di moduli di assunzione per i pazienti che includano il genere e la documentazione dell'identità di genere dei pazienti e del sesso assegnato alla nascita sia in documenti fisici che elettronici. Il personale è stato istruito su come chiedere e utilizzare costantemente il nome e il sesso di preferenza di un paziente dalla porta principale fino a quando non esce.

"Ora ho più esperienza, semplicemente mi sento a mio agio nel parlare con persone non cisgender e nel prendermi cura di loro, mi sento a mio agio con l'idea che un uomo può avere una vagina o una donna può avere un pene, che l'identità è nel cervello, e non nelle nostre parti biologiche." Keuroghlian, del National LGBT Health Education Center, ha suggerito che gli ospedali cambino il nome dei loro reparti di maternità in "travaglio e parto", in modo che tutti si sentano i benvenuti.

Ma i fornitori che si sforzano di essere più inclusivi possono affrontare le critiche dei clienti non transgender, compreso sui social media, ha detto Maya Scott-Chung, direttore del programma per SprOUT Family, un'organizzazione non profit che sostiene le persone LGBTQ attraverso il processo di costruzione della famiglia. Ha detto che alcune cliniche creano materiali di marketing separati per la loro clientela LGBTQ.

Scott-Chung ha lavorato con cliniche che "hanno fatto questo per evitare la spinta indietro da parte di clienti più conservatori, eterosessuali", ha detto. Anche gli uomini trans in gravidanza e le persone non binarie combattono battaglie all'interno del proprio corpo.

Thomas ha detto che la gravidanza ha riaperto la sua disforia, il senso di disconnettere le persone transgender esperienza tra i loro corpi e la loro identità di genere. Il chirurgo, che ha eseguito la mastectomia, ha omesso di rimuovere tutte le ghiandole del torace, causando il ritorno di parte del tessuto nel corso della gravidanza. "Molte cose erano cambiate in quei pochi mesi ed era dura — era veramente difficile," disse Thomas.

Dopo aver partorito, Thomas ha sperimentato depressione post-partum, ma ha iniziato a sentirsi meglio nel tempo dopo aver ripreso il testosterone. Reese — un uomo transgender che ha dato alla luce un figlio nel 2017 a Portland, Oregon, e che ha fornito la guida per centinaia di uomini trans che hanno partorito in tutto il mondo — ha detto che è comune per loro sperimentare disforia e depressione post-partum. Ha detto che è un'altra area in cui la ricerca è necessaria.

"Tutto quello che abbiamo sono prove aneddotiche", ha detto Reese, "e aneddoticamente, sembra che le persone transgender e non binarie siano più suscettibili a cose come l'ansia post-partum e la depressione post-partum." Ma crede che sia una buona cosa che più uomini trans e persone non binarie stiano iniziando a vedere che la gravidanza è una possibilità per loro, se vogliono sperimentarla o vederla semplicemente come un mezzo per un fine.

"Puoi essere un uomo e avere un bambino," ha detto Reese, "e stanno iniziando a vedere che ciò è possibile e che non è sempre stato così." Thomas non disse nulla sull'aver un figlio - anche la sua disforia - cambiò il modo in cui si vedeva come un uomo. "Penso che questa sia la definizione di padre - tu abbandoni tutto per tuo figlio", ha detto Thomas.

- Jowett, Adam and Pezaro, Sally. 2023. Building more inclusive pregnancy services for trans and non-binary people isn't about a culture war. In *The Conversation*. <https://theconversation.com/building-more-inclusive-pregnancy-services-for-trans-and-non-binary-people-isnt-about-a-culture-war-198175> (accessed 04/02/2023)

Original

Building more inclusive pregnancy services for trans and non-binary people isn't about a culture war. It's been reported that NHS England has paused plans to deliver a training programme to improve inclusion of gender diversity in pregnancy services. This is following a reported "revolt" by midwives. However, our recent research suggests training is needed and that professionals may actually welcome it.

The Maternity Gender Inclusion Programme was due to be rolled out in the first three months of 2023 across 40 NHS providers offering educational resources for staff. It was informed by research from national charity, the LGBT Foundation. This research found many trans and non-binary people were not confident

in accessing “maternity” services or in professionals’ ability to care for them. The programme was paused following an open letter signed by around 650 clinicians, researchers and members of the public. This letter was critical of the LGBT Foundation’s research.

While there are always limitations in research, the LGBT Foundation’s was one of the largest studies of its kind globally. Its findings are also generally consistent with international peer-reviewed research. Other research undertaken by Equality Network also demonstrates how reproductive services can be challenging and complex to navigate for trans and non-binary people. If healthcare data systems were designed to routinely collect data on service users’ gender identity, outcome data relating to trans and non-binary people could be more reliably compared to the general population. Equally, medical results based on sex would no longer be improperly flagged and relevant screening and serious diagnoses would no longer be missed.

The proposed NHS programme was also criticised for being excessive, as some midwives may never care for a trans or non-binary person. However, this is not a strong argument for not preparing staff to do so. Perinatal professionals will care for more trans or non-binary people in future as societies become more inclusive of these communities who are no longer discouraged from giving birth. Most research conducted so far has focused on the childbearing experiences of trans men. We spoke to more than 100 UK health professionals (predominantly midwives) for our recent research and it is the first to focus on their educational needs and experiences in this area. Along with the majority of people in the UK, our participants were generally trans inclusive. Nevertheless, they remained frustrated by a lack of knowledge about relevant terminology and how to use gender inclusive language.

Only a small minority of our participants expressed concerns that terms like “pregnant people/parents” may erase (cisgender) women. While our data may not be representative of all midwives, the open letter against inclusive education equally cannot tell us how widely these views are held within the profession at large. The loudest voices may in fact be in the minority. The majority of our participants were keen to understand how to practise in an inclusive manner. Barriers to this included systems built exclusively for cisgender women, where it is assumed that all pregnancies take place in heterosexual relationships.

Some professionals reported witnessing transphobia among midwifery colleagues (for example, mocking and refusing to use personal pronouns). Education and training may go some way towards tackling such discrimination within these services. Providing appropriate care for both cisgender women and trans and non-binary people need not be mutually exclusive. Overall improvements in practice and services can benefit everyone. So let’s provide the training and resources that professionals need without making maternity services the latest battleground in a culture war.

Raw Google Translate

Costruire servizi di gravidanza più inclusivi per persone trans e non binarie non riguarda una guerra culturale. È stato riferito che NHS England ha sospeso i piani per fornire un programma di formazione per migliorare l'inclusione della diversità di genere nei servizi di gravidanza. Ciò segue una "rivolta" segnalata dalle ostetriche. Tuttavia, la nostra recente ricerca suggerisce che la formazione è necessaria e che i professionisti potrebbero effettivamente apprezzarla.

Il Maternity Gender Inclusion Program doveva essere implementato nei primi tre mesi del 2023 in 40 fornitori del NHS che offrivano risorse educative per il personale. È stato informato dalla ricerca dell'ente di beneficenza nazionale, la Fondazione LGBT. Questa ricerca ha rilevato che molte persone trans e non binarie non erano sicure nell'accedere ai servizi di "maternità" o nella capacità dei professionisti di prendersi cura di loro. Il programma è stato sospeso a seguito di una lettera aperta firmata da circa 650 medici, ricercatori e membri del pubblico. Questa lettera era critica nei confronti della ricerca della Fondazione LGBT.

Sebbene ci siano sempre dei limiti nella ricerca, quello della Fondazione LGBT è stato uno dei più grandi studi del suo genere a livello globale. I suoi risultati sono anche generalmente coerenti con la ricerca internazionale sottoposta a revisione paritaria. Altre ricerche condotte da Equality Network dimostrano anche come i servizi riproduttivi possano essere difficili e complessi da navigare per le persone trans e non

binarie. Se i sistemi di dati sanitari fossero progettati per raccogliere regolarmente dati sull'identità di genere degli utenti del servizio, i dati sugli esiti relativi alle persone trans e non binarie potrebbero essere confrontati in modo più affidabile con la popolazione generale. Allo stesso modo, i risultati medici basati sul sesso non verrebbero più contrassegnati in modo improprio e gli screening pertinenti e le diagnosi serie non verrebbero più persi.

Il programma NHS proposto è stato anche criticato per essere eccessivo, poiché alcune ostetriche potrebbero non prendersi mai cura di una persona trans o non binaria. Tuttavia, questo non è un argomento forte per non preparare il personale a farlo. I professionisti perinatali si prenderanno cura di più persone trans o non binarie in futuro man mano che le società diventeranno più inclusive di queste comunità che non sono più scoraggiate dal parto. La maggior parte delle ricerche condotte finora si è concentrata sulle esperienze di gravidanza degli uomini trans. Abbiamo parlato con più di 100 operatori sanitari del Regno Unito (prevalentemente ostetriche) per la nostra recente ricerca ed è il primo a concentrarsi sulle loro esigenze ed esperienze educative in questo settore. Insieme alla maggior parte delle persone nel Regno Unito, i nostri partecipanti erano generalmente trans inclusivi. Tuttavia, sono rimasti frustrati dalla mancanza di conoscenza della terminologia pertinente e di come utilizzare un linguaggio inclusivo di genere.

Solo una piccola minoranza dei nostri partecipanti ha espresso preoccupazione per il fatto che termini come "persone incinte/genitori" possano cancellare le donne (cisgender). Anche se i nostri dati potrebbero non essere rappresentativi di tutte le ostetriche, la lettera aperta contro l'educazione inclusiva non può dirsi quanto siano diffuse queste opinioni all'interno della professione in generale. Le voci più forti potrebbero infatti essere in minoranza. La maggior parte dei nostri partecipanti era desiderosa di capire come praticare in modo inclusivo. Le barriere a questo includevano sistemi costruiti esclusivamente per donne cisgender, dove si presume che tutte le gravidanze avvengano in relazioni eterosessuali.

Alcuni professionisti hanno riferito di aver assistito alla transfobia tra colleghi ostetrici (ad esempio, deridendo e rifiutando di usare pronomi personali). L'istruzione e la formazione possono contribuire in qualche modo ad affrontare tale discriminazione all'interno di questi servizi. Fornire un'assistenza adeguata sia alle donne cisgender che alle persone trans e non binarie non deve necessariamente escludersi a vicenda. I miglioramenti generali nella pratica e nei servizi possono portare benefici a tutti. Quindi forniamo la formazione e le risorse di cui i professionisti hanno bisogno senza fare dei servizi di maternità l'ultimo campo di battaglia in una guerra culturale.

Raw DeepL Translator

Costruire servizi di gravidanza più inclusivi per le persone trans e non binarie non è una guerra culturale. È stato reso noto che l'NHS England ha messo in pausa i piani per la realizzazione di un programma di formazione volto a migliorare l'inclusione della diversità di genere nei servizi per la gravidanza. Questo a seguito di una "rivolta" delle ostetriche. Tuttavia, la nostra recente ricerca suggerisce che la formazione è necessaria e che i professionisti potrebbero in realtà accoglierla con favore.

Il Programma di inclusione di genere nella maternità doveva essere distribuito nei primi tre mesi del 2023 a 40 fornitori del servizio sanitario nazionale, offrendo risorse educative per il personale. Il programma è stato elaborato sulla base di una ricerca condotta dall'organizzazione benefica nazionale, la LGBT Foundation. Da questa ricerca è emerso che molte persone trans e non binarie non hanno fiducia nell'accesso ai servizi di "maternità" o nella capacità dei professionisti di prendersi cura di loro. Il programma è stato sospeso in seguito a una lettera aperta firmata da circa 650 medici, ricercatori e membri del pubblico. La lettera criticava la ricerca della Fondazione LGBT.

Sebbene la ricerca presenti sempre dei limiti, quello della LGBT Foundation è stato uno dei più grandi studi di questo tipo a livello globale. I suoi risultati sono inoltre generalmente coerenti con le ricerche internazionali sottoposte a revisione paritaria. Anche altre ricerche condotte da Equality Network dimostrano come i servizi riproduttivi possano essere difficili e complessi da gestire per le persone trans e non binarie. Se i sistemi di dati sanitari fossero progettati per raccogliere di routine i dati sull'identità di genere degli utenti dei servizi, i dati sui risultati relativi alle persone trans e non binarie potrebbero essere

confrontati in modo più affidabile con quelli della popolazione generale. Allo stesso modo, i risultati medici basati sul sesso non verrebbero più segnalati in modo improprio e non si perderebbero più screening rilevanti e diagnosi gravi.

Il programma proposto dall'NHS è stato criticato anche perché eccessivo, in quanto alcune ostetriche potrebbero non occuparsi mai di una persona trans o non binaria. Tuttavia, questo non è un argomento valido per non preparare il personale a farlo. I professionisti del settore perinatale si occuperanno di un numero maggiore di persone trans o non binarie in futuro, man mano che le società diventeranno più inclusive nei confronti di queste comunità che non sono più scoraggiate dal partorire. La maggior parte delle ricerche condotte finora si è concentrata sulle esperienze di parto degli uomini trans. Per la nostra recente ricerca abbiamo parlato con più di 100 operatori sanitari del Regno Unito (soprattutto ostetriche) ed è la prima a concentrarsi sulle loro esigenze ed esperienze formative in questo settore. Come la maggior parte delle persone nel Regno Unito, i nostri partecipanti erano generalmente trans inclusivi. Ciononostante, sono rimasti frustrati dalla mancanza di conoscenze sulla terminologia pertinente e su come utilizzare un linguaggio inclusivo di genere.

Solo una piccola minoranza dei nostri partecipanti ha espresso la preoccupazione che termini come "persone incinte/genitori" possano cancellare le donne (cisgender). Se i nostri dati possono non essere rappresentativi di tutte le ostetriche, la lettera aperta contro la formazione inclusiva non può dirci quanto queste opinioni siano diffuse nella professione in generale. Le voci più forti potrebbero infatti essere in minoranza. La maggior parte delle nostre partecipanti era desiderosa di capire come praticare in modo inclusivo. Tra le barriere che si frappongono a questo obiettivo vi sono i sistemi costruiti esclusivamente per le donne cisgender, dove si presume che tutte le gravidanze avvengano in relazioni eterosessuali.

Alcuni professionisti hanno riferito di essere stati testimoni di transfobia tra i colleghi ostetrici (per esempio, derisione e rifiuto di usare i pronomi personali). L'educazione e la formazione possono contribuire a contrastare questa discriminazione all'interno di questi servizi. Fornire un'assistenza adeguata sia alle donne cisgender che alle persone trans e non binarie non deve necessariamente escludersi a vicenda. Il miglioramento generale delle pratiche e dei servizi può andare a beneficio di tutti. Forniamo quindi la formazione e le risorse di cui i professionisti hanno bisogno senza fare dei servizi per la maternità l'ultimo campo di battaglia di una guerra culturale.

Raw Language Weaver

Costruire servizi di gravidanza più inclusivi per le persone trans e non binarie non significa una guerra culturale. È stato riferito che l'NHS Inghilterra ha messo in pausa i piani per fornire un programma di formazione per migliorare l'inclusione della diversità di genere nei servizi di gravidanza. Questo è il risultato di una "rivolta" segnalata dalle ostetriche. Tuttavia, la nostra recente ricerca suggerisce che la formazione è necessaria e che i professionisti possono realmente accoglierla con favore.

Il programma Maternity Sender Inclusion doveva essere implementato nei primi tre mesi del 2023 in 40 fornitori di NHS che offrivano risorse educative per il personale. È stato informato da ricerche condotte da enti di beneficenza nazionale, la Fondazione LGBT. Questa ricerca ha riscontrato che molte persone trans e non binarie non erano sicure di accedere ai servizi di "maternità" o alla capacità dei professionisti di assisterli. Il programma è stato sospeso a seguito di una lettera aperta firmata da circa 650 medici, ricercatori e membri del pubblico. Questa lettera è stata critica nei confronti della ricerca della Fondazione LGBT.

Anche se ci sono sempre dei limiti nella ricerca, la Fondazione LGBT è stata uno dei più grandi studi di questo tipo a livello globale. Le sue conclusioni sono inoltre generalmente coerenti con la ricerca internazionale peer-review. Altre ricerche condotte da Equality Network dimostrano anche come i servizi riproduttivi possano essere difficili e complessi da navigare per le persone trans e non binarie. Se i sistemi di dati sanitari fossero progettati per raccogliere regolarmente i dati sull'identità di genere degli utenti dei servizi, i dati sugli esiti relativi a persone trans e non binarie potrebbero essere più affidabili rispetto alla popolazione generale. Allo stesso modo, i risultati medici basati sul sesso non sarebbero più erroneamente segnalati e lo screening pertinente e le diagnosi gravi non sarebbero più mancate.

Anche il programma NHS proposto è stato criticato per essere eccessivo, in quanto alcune ostetriche potrebbero non prendersi cura di una persona trans o non binaria. Tuttavia, non si tratta di un argomento forte per non preparare il personale a farlo. I professionisti perinatali si prenderanno cura di più di persone trans o non binarie in futuro, man mano che le società diventeranno più inclusive di queste comunità che non sono più scoraggiate dal dare alla luce. La maggior parte delle ricerche condotte finora si è focalizzata sulle esperienze in età fertile degli uomini trans. Abbiamo parlato con più di 100 professionisti della salute del Regno Unito (principalmente le ostetriche) per la nostra recente ricerca ed è il primo a concentrarsi sulle loro esigenze educative ed esperienze in questo settore. Insieme alla maggior parte delle persone nel Regno Unito, i nostri partecipanti erano generalmente trans inclusive. Tuttavia, sono rimasti frustrati dalla mancanza di conoscenze sulla terminologia pertinente e su come utilizzare un linguaggio inclusivo di genere.

Solo una piccola minoranza dei nostri partecipanti ha espresso preoccupazione per il fatto che termini come "persone incinte/genitori" possano cancellare (cisgender) donne. Anche se i nostri dati potrebbero non essere rappresentativi di tutte le ostetriche, la lettera aperta contro l'istruzione inclusiva non può ugualmente dirci quanto ampiamente queste opinioni siano contenute all'interno della professione in generale. Le voci più forti possono in realtà essere in minoranza. La maggior parte dei nostri partecipanti era desiderosa di capire come esercitarsi in un modo inclusivo. Gli ostacoli a questo includono sistemi costruiti esclusivamente per le donne cisgender, dove si presume che tutte le gravidanze si svolgeranno in rapporti eterosessuali.

Alcuni professionisti hanno riferito di essere testimoni di transfobia tra colleghi di ostetricia (ad esempio, beffe e rifiuto di usare pronomi personali). L'istruzione e la formazione possono contribuire in qualche modo ad affrontare tali discriminazioni all'interno di questi servizi. Fornire un'assistenza adeguata sia alle donne cisgender che alle persone trans e non binary non deve necessariamente escludersi a vicenda. I miglioramenti generali nella pratica e nei servizi possono avvantaggiare tutti. Quindi forniamo la formazione e le risorse di cui i professionisti hanno bisogno senza fare dei servizi di maternità l'ultimo campo di battaglia di una guerra culturale.

DeepL Translator + Glossary

Costruire servizi di gravidanza più inclusivi per le persone trans e di genere non binario non è una guerra culturale. È stato riferito che l'NHS England ha messo in pausa i piani per la realizzazione di un programma di formazione per migliorare l'inclusione della diversità di genere nei servizi per la gravidanza. Questo a seguito di una "rivolta" delle ostetriche. Tuttavia, la nostra recente ricerca suggerisce che la formazione è necessaria e che i professionisti potrebbero in realtà accoglierla con favore.

Il Programma di inclusione del genere nella maternità doveva essere distribuito nei primi tre mesi del 2023 a 40 fornitori del servizio sanitario nazionale, offrendo risorse educative per il personale. Il programma è stato elaborato sulla base di una ricerca condotta dall'organizzazione benefica nazionale, la LGBT Foundation. Da questa ricerca è emerso che molte persone trans e di genere non binario non hanno fiducia nell'accesso ai servizi di "maternità" o nella capacità dei professionisti di prendersi cura di loro. Il programma è stato sospeso in seguito a una lettera aperta firmata da circa 650 medici, ricercatori e membri del pubblico. La lettera criticava la ricerca della Fondazione LGBT.

Sebbene la ricerca presenti sempre dei limiti, quello della LGBT Foundation è stato uno dei più grandi studi di questo tipo a livello globale. I suoi risultati sono inoltre generalmente coerenti con le ricerche internazionali sottoposte a revisione paritaria. Anche altre ricerche condotte da Equality Network dimostrano come i servizi riproduttivi possano essere difficili e complessi da gestire per le persone trans e di genere non binario. Se i sistemi di dati sanitari fossero progettati per raccogliere di routine i dati sull'identità di genere degli utenti dei servizi, i dati sui risultati relativi alle persone trans e di genere non binario potrebbero essere confrontati in modo più affidabile con quelli della popolazione generale. Allo stesso modo, i risultati medici basati sul sesso non verrebbero più segnalati in modo improprio e non si perderebbero più screening rilevanti e diagnosi gravi.

Il programma proposto dall'NHS è stato criticato anche perché eccessivo, in quanto alcune ostetriche potrebbero non occuparsi mai di una persona trans o di genere non binario. Tuttavia, questo non è un argomento valido per non preparare il personale a farlo. I professionisti del settore perinatale si occuperanno di un numero maggiore di persone trans o di genere non binario in futuro, man mano che le società diventeranno più inclusive nei confronti di queste comunità che non sono più scoraggiate dal partorire. La maggior parte delle ricerche condotte finora si è concentrata sulle esperienze di parto degli uomini trans. Per la nostra recente ricerca abbiamo parlato con più di 100 operatori sanitari del Regno Unito (soprattutto ostetriche) ed è la prima a concentrarsi sulle loro esigenze ed esperienze formative in questo settore. Come la maggior parte delle persone nel Regno Unito, i nostri partecipanti erano generalmente persone trans inclusive. Tuttavia, sono rimasti frustrati dalla mancanza di conoscenze sulla terminologia pertinente e su come usare un linguaggio inclusivo del genere.

Solo una piccola minoranza delle partecipanti ha espresso la preoccupazione che termini come "in stato di gravidanza/genitori" possano cancellare le donne (cisgender). Se i nostri dati possono non essere rappresentativi di tutte le ostetriche, la lettera aperta contro la formazione inclusiva non può dirci quanto queste opinioni siano diffuse nella professione in generale. Le voci più forti potrebbero essere di fatto in minoranza. La maggior parte delle nostre partecipanti era desiderosa di capire come praticare in modo inclusivo. Tra le barriere che si frappongono a questo obiettivo vi sono i sistemi costruiti esclusivamente per le donne cisgender, dove si presume che tutte le gravidanze avvengano in relazioni eterosessuali.

Alcuni professionisti hanno riferito di essere stati testimoni di transfobia tra i colleghi ostetrici (per esempio, derisione e rifiuto di usare i pronomi personali). L'educazione e la formazione possono contribuire a contrastare questa discriminazione all'interno di questi servizi. Fornire un'assistenza adeguata sia alle donne cisgender che alle persone trans e di genere non binario non deve necessariamente escludersi a vicenda. Il miglioramento generale delle pratiche e dei servizi può andare a beneficio di tutti. Forniamo quindi la formazione e le risorse di cui i professionisti hanno bisogno senza fare dei servizi per la maternità l'ultimo campo di battaglia di una guerra culturale.

Language Weaver + Dictionary

Costruire servizi di gravidanza più inclusivi per le persone persona trans e di genere non binario non significa una guerra culturale. È stato riferito che l'NHS Inghilterra ha messo in pausa i piani per fornire un programma di formazione per migliorare l'inclusione della diversità di genere nei servizi di gravidanza. Questo è il risultato di una "rivolta" segnalata dalle ostetriche. Tuttavia, la nostra recente ricerca suggerisce che la formazione è necessaria e che i professionisti possono realmente accoglierla con favore.

Il programma Maternity Sender Inclusion doveva essere implementato nei primi tre mesi del 2023 in 40 fornitori di NHS che offrivano risorse educative per il personale. È stato informato da ricerche condotte da enti di beneficenza nazionale, la Fondazione LGBT. Questa ricerca ha rilevato che molte persone di persona trans e di genere non binario non erano sicure di accedere ai servizi di "maternità" o alla capacità dei professionisti di assisterli. Il programma è stato sospeso a seguito di una lettera aperta firmata da circa 650 medici, ricercatori e membri del pubblico. Questa lettera è stata critica nei confronti della ricerca della Fondazione LGBT.

Anche se ci sono sempre dei limiti nella ricerca, la Fondazione LGBT è stata uno dei più grandi studi di questo tipo a livello globale. Le sue conclusioni sono inoltre generalmente coerenti con la ricerca internazionale peer-review. Altre ricerche condotte dalla rete di uguaglianza dimostrano anche come i servizi riproduttivi possano essere difficili e complessi da navigare per le persone di persona trans e di genere non binario. Se i sistemi di dati sanitari fossero progettati per raccogliere regolarmente i dati sull'identità di genere degli utenti dei servizi, i dati sugli esiti relativi alle persone con persona trans e di genere non binario potrebbero essere più affidabili rispetto alla popolazione generale. Allo stesso modo, i risultati medici basati sul sesso non sarebbero più erroneamente segnalati e lo screening pertinente e le diagnosi gravi non sarebbero più mancate.

Anche il programma proposto per il sistema sanitario nazionale è stato criticato per essere eccessivo, in quanto alcune ostetriche potrebbero non prendersi cura di una persona persona trans o di genere non binario.

Tuttavia, non si tratta di un argomento forte per non preparare il personale a farlo. I professionisti perinatali si prenderanno cura di più di persona trans o di genere non binario in futuro, man mano che le società diventeranno più inclusive di queste comunità che non sono più scoraggiate dal partorire. La maggior parte delle ricerche condotte finora si è focalizzata sulle esperienze in età fertile degli uomini di persona trans. Abbiamo parlato con più di 100 professionisti della salute del Regno Unito (principalmente le ostetriche) per la nostra recente ricerca ed è il primo a concentrarsi sulle loro esigenze educative ed esperienze in questo settore. Insieme alla maggior parte delle persone nel Regno Unito, i nostri partecipanti erano generalmente persona trans inclusive. Tuttavia, sono rimasti frustrati dalla mancanza di conoscenze sulla terminologia pertinente e su come utilizzare un linguaggio inclusivo di genere.

Solo una piccola minoranza dei nostri partecipanti ha espresso preoccupazione per il fatto che termini come "in stato di gravidanza persone/genitori" possano cancellare (cisgender) donne. Anche se i nostri dati potrebbero non essere rappresentativi di tutte le ostetriche, la lettera aperta contro l'istruzione inclusiva non può ugualmente dirci quanto ampiamente queste opinioni siano contenute all'interno della professione in generale. Le voci più forti possono in realtà essere in minoranza. La maggior parte dei nostri partecipanti era desiderosa di capire come esercitarsi in un modo inclusivo. Gli ostacoli a questo includono sistemi costruiti esclusivamente per le donne cisgender, dove si presume che tutte le gravidanze si svolgeranno in rapporti eterosessuali.

Alcuni professionisti hanno riferito di essere testimoni di transfobia tra colleghi di ostetricia (ad esempio, beffe e rifiuto di usare pronomi personali). L'istruzione e la formazione possono contribuire in qualche modo ad affrontare tali discriminazioni all'interno di questi servizi. Fornire un'assistenza adeguata sia alle donne cisgender che alle persone persona trans e di genere non binario non deve necessariamente escludersi a vicenda. I miglioramenti generali nella pratica e nei servizi possono avvantaggiare tutti. Quindi forniamo la formazione e le risorse di cui i professionisti hanno bisogno senza fare dei servizi di maternità l'ultimo campo di battaglia di una guerra culturale.

Raw ModernMT

Costruire servizi di gravidanza più inclusivi per persone trans e non binarie non riguarda una guerra culturale. È stato riferito che NHS England ha sospeso i piani per fornire un programma di formazione per migliorare l'inclusione della diversità di genere nei servizi di gravidanza. Questo è a seguito di una "rivolta" segnalata dalle ostetriche. Tuttavia, la nostra recente ricerca suggerisce che la formazione è necessaria e che i professionisti possono effettivamente accoglierla.

Il programma di inclusione del genere materno doveva essere implementato nei primi tre mesi del 2023 in 40 fornitori di NHS che offrivano risorse educative per il personale. È stato informato da una ricerca della carità nazionale, la Fondazione LGBT. Questa ricerca ha rilevato che molte persone trans e non binarie non erano sicure di accedere ai servizi di "maternità" o nella capacità dei professionisti di prendersi cura di loro. Il programma è stato sospeso a seguito di una lettera aperta firmata da circa 650 medici, ricercatori e membri del pubblico. Questa lettera era critica della ricerca della Fondazione LGBT.

Mentre ci sono sempre limiti nella ricerca, la Fondazione LGBT è stata uno dei più grandi studi del suo genere a livello globale. I suoi risultati sono anche generalmente coerenti con la ricerca internazionale peer-reviewed. Altre ricerche condotte da Equality Network dimostrano anche come i servizi riproduttivi possano essere impegnativi e complessi da navigare per persone trans e non binarie. Se i sistemi di dati sanitari fossero progettati per raccogliere regolarmente dati sull'identità di genere degli utenti dei servizi, i dati sui risultati relativi alle persone trans e non binarie potrebbero essere più affidabili rispetto alla popolazione generale. Allo stesso modo, i risultati medici basati sul sesso non sarebbero più contrassegnati in modo improprio e lo screening pertinente e le diagnosi gravi non sarebbero più mancati.

Il programma NHS proposto è stato anche criticato per essere eccessivo, poiché alcune ostetriche potrebbero non prendersi mai cura di una persona trans o non binaria. Tuttavia, questo non è un argomento forte per non preparare il personale a farlo. I professionisti perinatali si prenderanno cura di più persone trans o non binarie in futuro man mano che le società diventeranno più inclusive di queste comunità che non sono più scoraggiate dal parto. La maggior parte delle ricerche condotte finora si è concentrata sulle

esperienze di gravidanza degli uomini trans. Abbiamo parlato con più di 100 professionisti della salute del Regno Unito (prevalentemente ostetriche) per la nostra recente ricerca ed è il primo a concentrarsi sulle loro esigenze educative ed esperienze in questo settore. Insieme alla maggior parte delle persone nel Regno Unito, i nostri partecipanti erano generalmente trans inclusivi. Tuttavia, sono rimasti frustrati dalla mancanza di conoscenza della terminologia pertinente e di come utilizzare un linguaggio inclusivo di genere.

Solo una piccola minoranza dei nostri partecipanti ha espresso la preoccupazione che termini come "persone incinte/genitori" possano cancellare le donne (cisgender). Anche se i nostri dati potrebbero non essere rappresentativi di tutte le ostetriche, la lettera aperta contro l'istruzione inclusiva non può dirci ugualmente quanto ampiamente queste opinioni siano detenute all'interno della professione in generale. Le voci più forti possono infatti essere in minoranza. La maggior parte dei nostri partecipanti era desiderosa di capire come praticare in modo inclusivo. Le barriere a questo includevano sistemi costruiti esclusivamente per le donne cisgender, dove si presume che tutte le gravidanze avvengano in relazioni eterosessuali.

Alcuni professionisti hanno riferito di aver assistito a transfobia tra i colleghi ostetrici (ad esempio, deridendo e rifiutando di usare pronomi personali). L'istruzione e la formazione possono contribuire in qualche modo ad affrontare tali discriminazioni all'interno di questi servizi. Fornire cure adeguate sia per le donne cisgender che per le persone trans e non binarie non deve escludersi a vicenda. Miglioramenti complessivi nella pratica e nei servizi possono giovare a tutti. Quindi forniamo la formazione e le risorse di cui i professionisti hanno bisogno senza rendere i servizi di maternità l'ultimo campo di battaglia in una guerra culturale.

ModernMT + TM

Costruire servizi di gravidanza più inclusivi per le persone trans e non binarie non riguarda una guerra culturale. È stato riferito che NHS England ha sospeso i piani per fornire un programma di formazione per migliorare l'inclusione della diversità di genere nei servizi di gravidanza. Questo è a seguito di una "rivolta" segnalata dalle ostetriche. Tuttavia, la nostra recente ricerca suggerisce che la formazione è necessaria e che i professionisti potrebbero effettivamente accoglierla.

Il programma di inclusione del genere materno doveva essere implementato nei primi tre mesi del 2023 in 40 fornitori di NHS che offrivano risorse educative per il personale. È stato informato da una ricerca dell'ente di beneficenza nazionale, la Fondazione LGBT. Questa ricerca ha rilevato che molte persone trans e non binarie non erano sicure di accedere ai servizi di "maternità" o nella capacità dei professionisti di prendersi cura di loro. Il programma è stato sospeso a seguito di una lettera aperta firmata da circa 650 medici, ricercatori e membri del pubblico. Questa lettera era critica della ricerca della Fondazione LGBT.

Mentre ci sono sempre limiti nella ricerca, la Fondazione LGBT è stata uno dei più grandi studi del suo genere a livello globale. I suoi risultati sono anche generalmente coerenti con la ricerca internazionale peer-reviewed. Altre ricerche condotte da Equality Network dimostrano anche come i servizi riproduttivi possono essere difficili e complessi da navigare per le persone trans e non binarie. Se i sistemi di dati sanitari fossero progettati per raccogliere regolarmente dati sull'identità di genere degli utenti dei servizi, i dati sui risultati relativi alle persone trans e non binarie potrebbero essere più affidabili rispetto alla popolazione generale. Allo stesso modo, i risultati medici basati sul sesso non sarebbero più contrassegnati in modo improprio e lo screening pertinente e le diagnosi gravi non sarebbero più mancati.

Il programma NHS proposto è stato anche criticato per essere eccessivo, poiché alcune ostetriche potrebbero non prendersi mai cura di una persona trans o non binaria. Tuttavia, questo non è un argomento forte per non preparare il personale a farlo. I professionisti perinatali si prenderanno cura di più persone trans o non binarie in futuro man mano che le società diventeranno più inclusive di queste comunità che non sono più scoraggiate dal parto. La maggior parte delle ricerche condotte finora si è concentrata sulle esperienze di gravidanza degli uomini trans. Abbiamo parlato con più di 100 professionisti della salute del Regno Unito (prevalentemente ostetriche) per la nostra recente ricerca ed è il primo a concentrarsi sulle loro esigenze educative ed esperienze in questo settore. Insieme alla maggior parte delle persone nel Regno Unito, i nostri partecipanti erano generalmente trans inclusivi. Tuttavia, sono rimasti frustrati dalla

mancanza di conoscenza della terminologia pertinente e di come utilizzare un linguaggio inclusivo di genere.

Solo una piccola minoranza dei nostri partecipanti ha espresso la preoccupazione che termini come "persone incinte/genitori" possano cancellare le donne (cisgender). Anche se i nostri dati potrebbero non essere rappresentativi di tutte le ostetriche, la lettera aperta contro l'educazione inclusiva non può dirci quanto ampiamente queste opinioni siano presenti all'interno della professione in generale. Le voci più forti possono infatti essere in minoranza. La maggior parte dei nostri partecipanti era desiderosa di capire come praticare in modo inclusivo. Le barriere a questo includevano sistemi costruiti esclusivamente per le donne cisgender, dove si presume che tutte le gravidanze avvengano in relazioni eterosessuali.

Alcuni professionisti hanno riferito di aver assistito a transfobia tra i colleghi di ostetricia (ad esempio, prendendo in giro e rifiutando di usare i pronomi personali). L'istruzione e la formazione possono contribuire in qualche modo ad affrontare tali discriminazioni all'interno di questi servizi. Fornire cure adeguate sia per le donne cisgender che per le persone trans e non binarie non deve necessariamente escludersi a vicenda. Miglioramenti complessivi nella pratica e nei servizi possono giovare a tutti. Quindi forniamo la formazione e le risorse di cui i professionisti hanno bisogno senza rendere i servizi di maternità l'ultimo campo di battaglia in una guerra culturale.

Raw Generic SYSTRAN

Costruire servizi di gravidanza più inclusivi per persone trans e non binarie non è una guerra culturale. È stato riferito che la NHS England ha sospeso i piani di realizzazione di un programma di formazione per migliorare l'inclusione della diversità di genere nei servizi di gravidanza. Questo è il seguito di una "rivolta" delle ostetriche. Tuttavia, le nostre recenti ricerche suggeriscono che è necessaria una formazione e che i professionisti potrebbero davvero accoglierla.

Il programma per l'inclusione delle donne e gli uomini dovrebbe essere esteso nei primi tre mesi del 2023 tra 40 fornitori di servizi NHS che offrono risorse educative per il personale. È stato informato da una ricerca della fondazione di beneficenza nazionale, la Fondazione LGBT. Da tale ricerca è emerso che molte persone trans e non binarie non erano fiduciose nell'accesso ai servizi di "maternità" o nella capacità professionale di prendersi cura di essi. Il programma è stato sospeso in seguito a una lettera aperta firmata da circa 650 clinici, ricercatori e membri del pubblico. Questa lettera era critica per la ricerca della Fondazione LGBT.

Sebbene la ricerca sia sempre limitata, la Fondazione LGBT è stata uno dei più grandi studi del suo tipo a livello mondiale. Le sue conclusioni sono inoltre in linea generale coerenti con le ricerche internazionali sottoposte a revisione inter pares. Un'altra ricerca effettuata da rete di uguaglianza dimostra inoltre come i servizi di riproduzione possano essere complessi e impegnativi da esplorare per persone trans e non binarie. Se i sistemi di dati sanitari fossero concepiti per raccogliere regolarmente dati sull'identità di genere degli utenti dei servizi, i dati sui risultati relativi a persone trans e non binarie potrebbero essere più affidabili rispetto alla popolazione generale. Allo stesso modo, i risultati medici basati sul sesso non sarebbero più contrassegnati in modo improprio e non sarebbe più necessario effettuare una valutazione e una diagnosi seria.

Anche il programma NHS proposto è stato criticato per essere eccessivo, in quanto alcune ostetriche potrebbero non interessare mai una persona trans o non binaria. Tuttavia, non si tratta di un argomento forte per non preparare il personale a farlo. I professionisti perinatali si occuperanno in futuro di persone trans o non binarie, in quanto le società diventano più inclusive di queste comunità che non sono più scoraggiate dal partorire. La maggior parte delle ricerche condotte finora si è concentrata sulle esperienze infantili degli uomini trans. Abbiamo parlato con più di 100 professionisti sanitari britannici (soprattutto ostetriche) per la nostra recente ricerca ed è il primo a concentrarsi sulle loro esigenze e esperienze in materia di istruzione. Insieme alla maggior parte delle persone nel Regno Unito, i nostri partecipanti erano in generale trans inclusivi. Tuttavia, essi sono rimasti frustrati dalla mancanza di conoscenza della terminologia pertinente e del modo in cui utilizzare una lingua inclusiva di genere.

Solo una piccola minoranza dei nostri partecipanti ha espresso la preoccupazione che termini come "persone incinte/genitori" possano cancellare (asessuare) le donne. Anche se i nostri dati potrebbero non essere rappresentativi di tutte le ostetriche, la lettera aperta contro l'educazione inclusiva non può neanche indicarci l'ampiezza di queste opinioni nell'ambito della professione in generale. Le voci più forti potrebbero essere in minoranza. La maggior parte dei nostri partecipanti voleva capire come esercitarsi in modo inclusivo. Tra gli ostacoli a questo si annoverano i sistemi creati esclusivamente per le donne di sesso maschile, dove si presume che tutte le gravidanze avvengano in relazioni eterosessuali.

Alcuni professionisti hanno riferito di essere stati testimoni di transfobia tra colleghi ostetrici (per esempio, deridendo e rifiutando di usare pronomi personali). L'istruzione e la formazione possono contribuire in qualche modo ad affrontare tale discriminazione nell'ambito di tali servizi. Non è necessario fornire un'adeguata attenzione sia alle donne di sesso sintetico che alle persone trans e non binarie che si escludano a vicenda. I miglioramenti generali nella pratica e nei servizi possono essere utili a tutti. Forniamo quindi la formazione e le risorse di cui hanno bisogno i professionisti senza fare dei servizi per la maternità l'ultimo campo di battaglia in una guerra culturale.

Generic SYSTRAN + TM

Costruire servizi di gravidanza più inclusivi per le persone trans e non binarie non è una guerra culturale. È stato riferito che NHS England ha sospeso i piani per fornire un programma di formazione per migliorare l'inclusione della diversità di genere nei servizi di gravidanza. Questo è il risultato di una "rivolta" delle ostetriche. Tuttavia, le nostre recenti ricerche suggeriscono che la formazione è necessaria e che i professionisti potrebbero effettivamente accoglierla.

Nei primi tre mesi del 2023 il programma di inclusione di genere della maternità avrebbe dovuto essere lanciato su 40 fornitori di servizi sanitari nazionali che offrono risorse educative per il personale. È stata informata da una ricerca dell'ente di beneficenza nazionale, la LGBT Foundation. Questa ricerca ha scoperto che molte persone trans e non binarie non erano fiduciose nell'accesso ai servizi di "maternità" o nella capacità dei professionisti di prendersi cura di loro. Il programma è stato sospeso a seguito di una lettera aperta firmata da circa 650 medici, ricercatori e membri del pubblico. Questa lettera fu critica nei confronti della ricerca della LGBT Foundation.

Mentre ci sono sempre limiti nella ricerca, la LGBT Foundation è stato uno dei più grandi studi del suo genere a livello globale. I suoi risultati sono anche generalmente coerenti con la ricerca internazionale sottoposta a valutazione inter pares. Altre ricerche intraprese da Equality Network dimostrano anche come i servizi riproduttivi possono essere impegnativi e complessi da navigare per le persone trans e non binarie. Se i sistemi di dati sanitari fossero progettati per raccogliere regolarmente dati sull'identità di genere degli utenti dei servizi, i dati sugli esiti relativi alle persone trans e non binarie potrebbero essere più affidabili rispetto alla popolazione generale. Allo stesso modo, i risultati medici basati sul sesso non verrebbero più contrassegnati in modo improprio e non verrebbero più ignorati i relativi screening e le diagnosi gravi.

Il programma proposto per il servizio sanitario nazionale è stato anche criticato per essere eccessivo, in quanto alcune ostetriche potrebbero non prendersi mai cura di una persona trans o non binaria. Tuttavia, questo non è un argomento valido per non preparare il personale a farlo. I professionisti perinatali si prenderanno cura di più persone trans o non-binarie in futuro, mentre le società diventano più inclusive di queste comunità che non sono più scoraggiate dal partorire. La maggior parte delle ricerche condotte finora si è concentrata sulle esperienze fertili degli uomini trans. Abbiamo parlato con più di 100 professionisti della sanità del Regno Unito (prevalentemente ostetriche) per le nostre recenti ricerche ed è il primo a concentrarsi sulle loro esigenze educative ed esperienze in questo settore. Insieme alla maggior parte delle persone nel Regno Unito, i nostri partecipanti erano generalmente trans-inclusivi. Tuttavia, sono rimasti frustrati dalla mancanza di conoscenza della terminologia pertinente e di come usare un linguaggio inclusivo di genere.

Solo una piccola minoranza dei nostri partecipanti ha espresso la preoccupazione che termini come "persone incinte/genitori" possano cancellare (cisgender) le donne. Anche se i nostri dati potrebbero non essere rappresentativi di tutte le ostetriche, la lettera aperta contro l'istruzione inclusiva non può nemmeno dirci

quanto ampiamente queste opinioni siano tenute all'interno della professione in generale. Le voci più forti, INFATTI, POTREBBERO essere in minoranza. La maggior parte dei nostri partecipanti era desiderosa di capire come praticare in modo inclusivo. Le barriere a questo includevano sistemi costruiti esclusivamente per le donne cisgender, dove si presume che tutte le gravidanze avvengano in relazioni eterosessuali.

Alcuni professionisti hanno riferito di aver assistito alla transfobia tra colleghi di ostetricia (ad esempio, deridendo e rifiutando di usare pronomi personali). L'istruzione e la formazione possono contribuire in qualche modo a combattere tale discriminazione nell'ambito di tali servizi. Fornire un'adeguata assistenza sia alle donne cisgender che alle persone trans e non binarie non deve necessariamente escludersi a vicenda. Miglioramenti complessivi nella pratica e nei servizi possono andare a beneficio di tutti. Quindi forniamo la formazione e le risorse di cui i professionisti hanno bisogno senza rendere i servizi per la maternità l'ultimo campo di battaglia in una guerra culturale.

Medical SYSTRAN + TM

Creare servizi di gravidanza più inclusivi per le persone trans e non binarie non significa condurre una guerra culturale. È stato riportato che NHS England ha sospeso i piani per fornire un programma di formazione per migliorare l'inclusione della diversità di genere nei servizi di gravidanza. Questo è il risultato di una "rivolta" delle ostetriche. Tuttavia, le nostre recenti ricerche suggeriscono che la formazione è necessaria e che i professionisti potrebbero accoglierla favorevolmente.

Il programma Maternity Gender Inclusion Program avrebbe dovuto essere lanciato nei primi tre mesi del 2023 su 40 fornitori NHS che offrivano risorse educative per il personale. È stata informata da una ricerca condotta dall'ente di beneficenza nazionale, la LGBT Foundation. Questa ricerca ha rilevato che molte persone trans e non binarie non erano fiduciose nell'accesso ai servizi di "maternità" o nella capacità dei professionisti di prendersi cura di loro. Il programma è stato sospeso a seguito di una lettera aperta firmata da circa 650 medici, ricercatori e membri del pubblico. Questa lettera fu critica nei confronti della ricerca della LGBT Foundation.

Mentre ci sono sempre dei limiti nella ricerca, la LGBT Foundation fu uno dei più grandi studi del suo genere a livello globale. I suoi risultati sono anche in linea generale coerenti con la ricerca internazionale sottoposta a peer review. Altre ricerche intraprese da Equality Network dimostrano anche come i servizi riproduttivi possono essere impegnativi e complessi da navigare per le persone trans e non binarie. Se i sistemi di dati sanitari fossero progettati per raccogliere regolarmente dati sull'identità di genere degli utenti del servizio, i dati sugli esiti relativi alle persone trans e non binarie potrebbero essere più affidabili rispetto alla popolazione generale. Allo stesso modo, i risultati medici basati sul sesso non verrebbero più contrassegnati in modo improprio e non verrebbero più ignorati lo screening pertinente e le diagnosi gravi.

Il programma NHS proposto è stato anche criticato per essere eccessivo, in quanto alcune ostetriche potrebbero non prendersi mai cura di una persona trans o non binaria. Tuttavia, questo non è un argomento valido per non preparare il personale a farlo. I professionisti perinatali si prenderanno cura di più persone trans o non binarie in futuro, in quanto le società diventano più inclusive di queste comunità che non sono più scoraggiate dal parto. La maggior parte delle ricerche finora condotte si è concentrata sulle esperienze di gravidanza degli uomini trans. Abbiamo parlato con più di 100 professionisti della sanità del Regno Unito (principalmente ostetriche) per le nostre recenti ricerche ed è il primo a concentrarsi sulle loro esigenze educative e sulle esperienze in questo settore. Insieme alla maggior parte delle persone nel Regno Unito, i nostri partecipanti erano generalmente trans-inclusivi. Tuttavia, sono rimasti frustrati dalla mancanza di conoscenza della terminologia pertinente e di come usare un linguaggio inclusivo di genere.

Solo una piccola minoranza dei nostri partecipanti ha espresso preoccupazione sul fatto che termini come "persone incinte/genitori" possano cancellare (cisgender) le donne. Anche se i nostri dati potrebbero non essere rappresentativi di tutte le ostetriche, la lettera aperta contro l'istruzione inclusiva non può nemmeno dirci quanto questi punti di vista siano diffusi all'interno della professione in generale. Le voci più forti, INFATTI, POTREBBERO essere in minoranza. La maggior parte dei nostri partecipanti era desiderosa di capire come praticare in modo inclusivo. Le barriere a questo includevano sistemi costruiti esclusivamente per le donne cisgender, dove si presume che tutte le gravidanze avvengano nelle relazioni eterosessuali.

Alcuni professionisti hanno riferito di aver assistito a una transfobia tra i colleghi di ostetricia (per esempio, schernendo e rifiutando di usare pronomi personali). L'istruzione e la formazione possono contribuire ad affrontare tale discriminazione nell'ambito di tali servizi. La fornitura di cure appropriate sia per le donne cisgender che per le persone trans e non binarie non deve necessariamente escludersi a vicenda. Miglioramenti generali nella pratica e nei servizi possono andare a vantaggio di tutti. Quindi forniamo l'addestramento e le risorse di cui i professionisti hanno bisogno senza rendere i servizi per la maternità l'ultimo campo di battaglia di una guerra culturale.

- Lowthers, Drake. 2023. StFX study examines health care experiences of Trans and Queer adults. In *The Reporter*. <https://porthawkesburyreporter.com/stfx-study-examines-health-care-experiences-of-trans-and-queer-adults/> (accessed 04/02/2023)

Original

StFX study examines health care experiences of Trans and Queer adults.

Taylor Linloff, a 28-year-old from Pot Hawkesbury, who will soon be enrolled at the Nova Scotia Community College for social services, explained they became aware they identified as transgender, non-binary around 2014. "But I didn't come out officially until 2021, on a bigger scale. It took me a long time to figure out exactly where in the non-binary, transgender umbrella I was, and I figured out I was genderless, non-binary specifically around 2016," Linloff told *The Reporter*. "I lived slightly under the radar, only going by they/them pronouns online and I changed my gender marker in about 2020."

Linloff recalls always experiencing some kind of dysphoria growing up when being separated in classes between boys and girls. "I didn't have the language to self-describe until 2014," Linloff said. "Especially in a rural area." Stemming from that rural experience, Laura Hughes McKay, a fourth year nursing student from Truro, has launched a survey to explore the experiences of Trans and Queer young adults with primary care in northeastern rural Nova Scotia.

"One of my favourite things about nursing is having the privilege of hearing people's stories," StFX student Hughes McKay said in a media release. "That's what my research project is about, finding out Trans and Queer individuals' experiences with primary care." To conduct the research, she received a Scotia Scholar Undergraduate Research Award from Research Nova Scotia.

"I'm very fortunate to have a family doctor, but a lot of people don't," they said. "But my biggest barrier to health care before I found out I was non-binary, was honestly mental health care. I'm not ashamed to say that I am on the autism spectrum and I also live with bipolar disorder." Often times, Linloff explained people who are transgender or non-binary live with mental health issues often because of discrimination.

"After I came out as non-binary, the most glaring thing to me, when you go to the hospital, you get those wristbands, to identify you and for some reason they still require to list you as male or female," they said. "Even though my gender marker on my legal identification is X, so I look down at this gender marker and think that's not right."

There's not an option for individuals to list a pronoun to be identified by so that medical professionals in the health care system can identify patients correctly, said Linloff. "A lot of it is just ignorance," they said. "Because it's so ingrained in our culture to be polite with ma'am, mister, and miss." When asked on how the province is doing on access to primary health care services for the LGBTQ2+ community, Linloff said the majority of services are centralized in Halifax.

"Such as the Halifax Sexual Health Centre, which does a lot of work with Trans and non-binary individuals," they said. "For those who need to medically transition, such as top surgery, they have to be flown to Montréal, so there's still a long way to go; unfortunately we don't have a lot of access, especially

as a rural individual.” If Linloff wanted to further reproductive care, it would will take at least a year to be seen by a medical professional because it is a voluntary program.

“Even though it’s for gender affirming care,” they said. “The fact that it’s viewed as voluntary care, or aesthetic care, is disheartening because Trans-affirming health care saves lives.” Thankfully, for Linloff, the surgery they are seeking is available in Nova Scotia. A study of this magnitude looking at the experiences of Trans and Queer young adults accessing primary health care, means everything to Linloff.

“We’re very often under-represented in studies in the health care system, so a lot of people don’t understand what we face, how to better serve us as clients and patients in the health care system,” they said. “People just aren’t familiar, or are unsure of what Trans-existence really is. They see our pride flags, they see our stories in the news about coming out, but they don’t know the bare bones situation of our medical existence.” It’s an important topic to highlight, Linloff said, because transgender existence should be understood on multiple levels, because they’re multi-faceted human beings, just like everyone else.

“Transition is not only an aesthetic change,” they said. “Transition is about learning to love ourselves; it’s becoming who we were meant to be, it’s integral to our experience and to our happiness.” As for the level of health care services the LGBTQ2+ community can obtain locally, Linloff wishes there was more access. “I understand especially with the doctor shortage crisis, that everyone is struggling to get the care they need and not just Trans and non-binary individuals,” they said. “There’s a statement in the LGTBQ2+ community that says ‘None of us are free, until we are all free,’” so until all of us have the correct and sufficient health care, none of us do.”

While there is a long way to go, Linloff hopes this study will advance access to primary care. “People who work with client and patients, please do not assume gender based on expression, many of us may be closeted, and may not be comfortable presenting outwardly, but will come to the hospital or come to a doctor’s office or clinic,” they suggested as a recommendation to the study. “Respect people, they know themselves more than you do.”

And for people who are just figuring out who they truly are, Linloff said that is a journey. “You are more than what other people think of you; your experiences are valid, your identity, who you are is so important and don’t let fear of the medical system, or the fear of stigma, impact what your potential is,” they added. “Just be patient, and enjoy the ride.”

Raw Google Translate

Lo studio StFX esamina le esperienze sanitarie degli adulti Trans e Queer.

Taylor Linloff, una 28enne di Pot Hawkesbury, che presto sarà iscritta al Nova Scotia Community College for social services, ha spiegato di essersi accorta di essersi identificata come transgender, non binaria intorno al 2014. “Ma non sono venuta ufficialmente fino al 2021, su scala più ampia. Mi ci è voluto molto tempo per capire esattamente dove mi trovassi nell'ombrello non binario e transgender, e ho capito di essere senza genere, non binario in particolare intorno al 2016”, ha detto Linloff a /The Reporter/. “Ho vissuto leggermente sotto il radar, usando solo loro / loro pronomi online e ho cambiato il mio indicatore di genere intorno al 2020.”

Linloff ricorda di aver sempre sperimentato una sorta di disforia crescendo quando veniva separato in classi tra ragazzi e ragazze. “Non ho avuto la lingua per autodescrivermi fino al 2014”, ha detto Linloff. “Soprattutto in una zona rurale.” Partendo da quell'esperienza rurale, Laura Hughes McKay, una studentessa infermieristica del quarto anno di Truro, ha lanciato un sondaggio per esplorare le esperienze di giovani adulti trans e queer con cure primarie nella Nuova Scozia rurale nord-orientale.

“Una delle cose che preferisco dell'assistenza infermieristica è avere il privilegio di ascoltare le storie delle persone”, ha detto lo studente StFX Hughes McKay in un comunicato stampa. “Questo è ciò di cui tratta il mio progetto di ricerca, scoprire le esperienze delle persone trans e queer con le cure primarie”. Per condurre la ricerca, ha ricevuto uno Scotia Scholar Undergraduate Research Award da Research Nova Scotia.

"Sono molto fortunato ad avere un medico di famiglia, ma molte persone no", hanno detto. "Ma il mio più grande ostacolo all'assistenza sanitaria prima di scoprire che non ero binario, era onestamente l'assistenza sanitaria mentale. Non mi vergogno di dire che sono nello spettro dell'autismo e convivo anche con il disturbo bipolare. Spesso, Linloff ha spiegato che le persone transgender o non binarie vivono con problemi di salute mentale spesso a causa della discriminazione.

"Dopo che mi sono dichiarato non binario, la cosa più lampante per me, quando vai in ospedale, ricevi quei braccialetti, per identificarti e per qualche motivo richiedono ancora di elencarti come maschio o femmina", hanno detto. "Anche se il mio indicatore di genere sulla mia identificazione legale è X, quindi guardo questo indicatore di genere e penso che non sia giusto."

Non c'è un'opzione per le persone di elencare un pronome da identificare in modo che i professionisti medici del sistema sanitario possano identificare correttamente i pazienti, ha affermato Linloff. "Molto è solo ignoranza", hanno detto. "Perché è così radicato nella nostra cultura essere educati con la signora, il signore e la signorina." Alla domanda su come sta andando la provincia per quanto riguarda l'accesso ai servizi di assistenza sanitaria di base per la comunità LGBTQ2+, Linloff ha affermato che la maggior parte dei servizi è centralizzata ad Halifax.

"Come l'Halifax Sexual Health Center, che lavora molto con persone trans e non binarie", hanno detto. "Per coloro che hanno bisogno di una transizione medica, come la chirurgia superiore, devono essere portati in aereo a Montréal, quindi c'è ancora molta strada da fare; sfortunatamente non abbiamo molto accesso, soprattutto come individuo rurale ". Se Linloff volesse promuovere ulteriormente la cura riproduttiva, ci vorrebbe almeno un anno per essere vista da un medico perché è un programma volontario.

"Anche se è per la cura che afferma il genere", hanno detto. "Il fatto che sia visto come cure volontarie, o cure estetiche, è scoraggiante perché l'assistenza sanitaria trans-affermata salva vite". Per fortuna, per Linloff, l'intervento che stanno cercando è disponibile in Nuova Scozia. Uno studio di questa portata che esamina le esperienze dei giovani adulti trans e queer che accedono all'assistenza sanitaria di base, significa tutto per Linloff.

"Siamo molto spesso sottorappresentati negli studi nel sistema sanitario, quindi molte persone non capiscono cosa dobbiamo affrontare, come servirci meglio come clienti e pazienti nel sistema sanitario", hanno affermato. "Le persone semplicemente non hanno familiarità o non sono sicure di cosa sia veramente la Trans-esistenza. Vedono le bandiere del nostro orgoglio, vedono le nostre storie nelle notizie sul coming out, ma non conoscono la situazione essenziale della nostra esistenza medica. È un argomento importante da evidenziare, ha detto Linloff, perché l'esistenza transgender dovrebbe essere compresa su più livelli, perché sono esseri umani dalle mille sfaccettature, proprio come tutti gli altri.

"La transizione non è solo un cambiamento estetico", hanno detto. "La transizione riguarda l'imparare ad amare noi stessi; sta diventando ciò che dovevamo essere, è parte integrante della nostra esperienza e della nostra felicità. Per quanto riguarda il livello dei servizi sanitari che la comunità LGBTQ2+ può ottenere a livello locale, Linloff vorrebbe che ci fosse un maggiore accesso. "Capisco soprattutto con la crisi della carenza di medici, che tutti stanno lottando per ottenere le cure di cui hanno bisogno e non solo le persone trans e non binarie", hanno detto. "C'è una dichiarazione nella comunità LGTBQ2+ che dice 'Nessuno di noi è libero, finché non siamo tutti liberi'", quindi finché tutti noi non avremo l'assistenza sanitaria corretta e sufficiente, nessuno di noi lo avrà.

Sebbene la strada da percorrere sia lunga, Linloff spera che questo studio possa favorire l'accesso alle cure primarie. "Le persone che lavorano con clienti e pazienti, per favore, non presumono il genere in base all'espressione, molti di noi potrebbero essere chiusi e potrebbero non sentirsi a proprio agio nel presentarsi all'esterno, ma verranno in ospedale o verranno in uno studio medico o in una clinica", hanno suggerito come raccomandazione allo studio. "Rispetta le persone, loro conoscono se stesse più di te."

E per le persone che stanno solo scoprendo chi sono veramente, Linloff ha detto che è un viaggio. "Sei più di quello che gli altri pensano di te; le tue esperienze sono valide, la tua identità, chi sei è così importante e

non lasciare che la paura del sistema medico, o la paura dello stigma, influiscano sul tuo potenziale", hanno aggiunto. "Sii paziente e goditi il viaggio."

Raw DeepL Translator

Lo studio StFX esamina le esperienze di assistenza sanitaria degli adulti trans e queer.

Taylor Linloff, 28enne di Pot Hawkesbury, che presto si iscriverà al Nova Scotia Community College per i servizi sociali, ha spiegato di essersi resa conto di essere transgender e non binaria intorno al 2014. "Ma non ho fatto coming out ufficiale fino al 2021, su scala più ampia. Mi ci è voluto molto tempo per capire esattamente in quale punto dell'ombrello non-binario e transgender mi trovassi, e ho capito di essere senza genere, non-binario, in particolare intorno al 2016", ha detto Linloff a *The Reporter*. "Ho vissuto un po' sottotraccia, usando solo i pronomi "loro"/"loro" online e ho cambiato il mio marcatore di genere nel 2020 circa".

Linloff ricorda di aver sempre provato una sorta di disforia crescendo, quando nelle classi venivano separati i maschi dalle femmine. "Fino al 2014 non avevo il linguaggio per auto-descrivermi", ha detto Linloff. "Soprattutto in una zona rurale". Partendo da questa esperienza rurale, Laura Hughes McKay, studentessa di infermieristica al quarto anno di Truro, ha lanciato un'indagine per esplorare le esperienze dei giovani adulti trans e queer con l'assistenza primaria nel nord-est della Nuova Scozia rurale.

"Una delle cose che preferisco dell'assistenza infermieristica è avere il privilegio di ascoltare le storie delle persone", ha dichiarato Hughes McKay, studente della StFX, in un comunicato stampa. "Questo è l'obiettivo del mio progetto di ricerca: scoprire le esperienze delle persone trans e queer con le cure primarie". Per condurre la ricerca, la studentessa ha ricevuto uno Scotia Scholar Undergraduate Research Award da Research Nova Scotia.

"Sono molto fortunata ad avere un medico di famiglia, ma molte persone non ce l'hanno", ha detto. "Ma la mia più grande barriera all'assistenza sanitaria, prima di scoprire di essere non-binario, era onestamente l'assistenza alla salute mentale. Non mi vergogno di dire che sono nello spettro autistico e che soffro anche di disturbo bipolare". Spesso, ha spiegato Linloff, le persone transgender o non binarie hanno problemi di salute mentale a causa della discriminazione.

"Dopo il mio coming out come non-binario, la cosa più evidente per me è che quando vai in ospedale, ti danno quei braccialetti per identificarti e per qualche motivo richiedono ancora che tu sia maschio o femmina", hanno detto. "Anche se il mio segno di genere sulla mia identificazione legale è X, guardo questo segno di genere e penso che non sia giusto".

Non c'è un'opzione che permetta alle persone di indicare un pronome con cui essere identificate, in modo che i professionisti del sistema sanitario possano identificare correttamente i pazienti, ha detto Linloff. "In gran parte si tratta solo di ignoranza", ha detto Linloff. "Perché è così radicato nella nostra cultura essere educati con signora, signore e signorina". Quando gli è stato chiesto come si sta comportando la provincia per quanto riguarda l'accesso ai servizi di assistenza sanitaria primaria per la comunità LGBTQ2+, Linloff ha risposto che la maggior parte dei servizi è centralizzata ad Halifax.

"Come il Centro di salute sessuale di Halifax, che lavora molto con le persone trans e non binarie". "Per coloro che hanno bisogno di una transizione medica, come la chirurgia superiore, devono volare a Montréal, quindi c'è ancora molta strada da fare; purtroppo non abbiamo molto accesso, specialmente come individui rurali". Se Linloff volesse approfondire le cure riproduttive, ci vorrebbe almeno un anno per essere visitati da un medico professionista, perché si tratta di un programma volontario.

"Anche se si tratta di cure per l'affermazione del genere", hanno detto. "Il fatto che sia considerata un'assistenza volontaria o estetica è scoraggiante perché l'assistenza sanitaria per l'affermazione del genere salva delle vite". Fortunatamente, per i Linloff, l'intervento che stanno cercando è disponibile in Nuova Scozia. Uno studio di questa portata che esamina le esperienze dei giovani adulti trans e queer che accedono all'assistenza sanitaria di base, significa tutto per Linloff.

"Molto spesso siamo sottorappresentati negli studi del sistema sanitario, quindi molte persone non capiscono cosa dobbiamo affrontare e come servirci meglio come clienti e pazienti nel sistema sanitario", hanno detto. "Le persone non conoscono o non sono sicure di cosa sia realmente l'esistenza trans. Vedono le nostre bandiere dell'orgoglio, vedono le nostre storie di coming out nei notiziari, ma non conoscono la situazione essenziale della nostra esistenza medica". È un argomento importante da evidenziare, ha detto Linloff, perché l'esistenza transgender dovrebbe essere compresa a più livelli, perché sono esseri umani dalle mille sfaccettature, proprio come tutti gli altri.

"La transizione non è solo un cambiamento estetico", hanno detto. "La transizione è imparare ad amare noi stessi, è diventare ciò che siamo destinati ad essere, è parte integrante della nostra esperienza e della nostra felicità". Per quanto riguarda il livello dei servizi sanitari che la comunità LGBTQ2+ può ottenere a livello locale, Linloff vorrebbe che ci fosse un maggiore accesso. "Capisco che, soprattutto con la crisi della carenza di medici, tutti stiano lottando per ottenere le cure di cui hanno bisogno e non solo le persone trans e non binarie", ha detto. "C'è un'affermazione nella comunità LGTBQ2+ che dice 'Nessuno di noi è libero, finché non siamo tutti liberi', quindi finché tutti noi non abbiamo un'assistenza sanitaria corretta e sufficiente, nessuno di noi ce l'ha".

Anche se la strada da percorrere è ancora lunga, Linloff spera che questo studio faccia progredire l'accesso alle cure primarie. "Le persone che lavorano con i clienti e i pazienti sono pregate di non dare per scontato il genere in base all'espressione, molti di noi possono essere nascosti e non sentirsi a proprio agio nel presentarsi all'esterno, ma verranno in ospedale o in uno studio medico o in una clinica", hanno suggerito come raccomandazione allo studio. "Rispettate le persone, che si conoscono meglio di voi".

Per le persone che stanno scoprendo chi sono veramente, Linloff ha detto che si tratta di un viaggio. "Voi siete più di quello che gli altri pensano di voi; le vostre esperienze sono valide, la vostra identità, chi siete è così importante e non lasciate che la paura del sistema medico, o la paura dello stigma, influisca su quello che è il vostro potenziale", ha aggiunto. "Siate pazienti e godetevi il viaggio".

Raw Language Weaver

Lo studio StFX esamina le esperienze di assistenza sanitaria degli adulti Trans e Queer.

Taylor Lolloff, un 28 anni di Pot Hawkesbury, che presto si iscrisse al Nova Scotia Community College per i servizi sociali, ha spiegato che è diventato consapevole di aver identificato come transgender, non binario intorno al 2014. "Ma non sono uscito ufficialmente fino al 2021, su scala più ampia. Mi ci è voluto molto tempo per capire esattamente dove mi trovo nell'ombrello non binario e transgender, e ho capito che ero senza genere, non binario in particolare intorno al 2016", ha detto Linloff /The Reporter/. "Ho vissuto leggermente sotto il radar, andando solo da loro pronomi online e ho cambiato il mio marcatore di sesso in circa 2020."

Lilloff ricorda sempre sperimentando un certo genere di disforia che cresce quando è separato in classi tra i ragazzi e le ragazze. "Non avevo il linguaggio per descrivere da soli fino al 2014", ha affermato Lilloff. "Soprattutto in un'area rurale". Partendo da quella esperienza rurale, Laura Hughes McKay, un quarto anno di infermieristica studente di Truro, ha lanciato un sondaggio per esplorare le esperienze di Trans e Queer giovani adulti con assistenza primaria nel nord-est rurale Nova Scotia.

"Una delle cose che preferisco nell'assistenza infermieristica è avere il privilegio di ascoltare le storie delle persone", ha dichiarato lo studente di StFX Hughes McKay in un comunicato stampa. "Questo è l'obiettivo del mio progetto di ricerca, scoprendo le esperienze degli individui Trans e Queer con l'assistenza primaria". Per condurre la ricerca, ha ricevuto un premio per la ricerca universitaria Scotia Scholar dalla Research Nova Scotia.

"Sono molto fortunato ad avere un medico di famiglia, ma molte persone non lo fanno", hanno detto. "Ma il mio più grande ostacolo alla cura della salute prima di scoprire che ero non binario, era onestamente la salute mentale. Non mi vergogno di dire che sono nello spettro dell'autismo e vivo anche con il disordine

bipolare". Spesso volte, Linloff ha spiegato le persone che sono transgender o non-binary vivono con problemi di salute mentale spesso a causa della discriminazione.

"Dopo che sono uscito come non binario, la cosa più eclatante per me, quando si va in ospedale, si ottiene quei braccialetti, per identificarti e per qualche motivo hanno ancora bisogno di elencare voi come maschio o femmina", hanno detto. "Anche se il mio indicatore di genere sulla mia identificazione legale è X, quindi guardo in basso questo indicatore di genere e penso che non sia giusto".

Non esiste un'opzione per gli individui di elencare un pronome da identificare in modo che i medici del sistema sanitario possano identificare i pazienti correttamente, ha detto Lilloff. "Molto è solo ignoranza", hanno detto. "Perché è così radicato nella nostra cultura essere educati con ma'am, mister e miss." Alla domanda su come la provincia sta facendo sull'accesso ai servizi sanitari primari per la comunità LGBTQ2+, Lilloff ha detto che la maggior parte dei servizi sono centralizzati a Halifax.

"Come l'Halifax Sexual Health Centre, che lavora molto con persone trans e non binarie", hanno affermato. "Per coloro che hanno bisogno di una transizione medica, come gli interventi chirurgici di alto livello, devono essere volati a Montréal, quindi la strada da percorrere è ancora lunga; purtroppo non abbiamo un accesso molto ampio, soprattutto come individuo rurale". Se Lilloff volesse migliorare le cure riproduttive, ci vorrà almeno un anno per essere visto da un medico perché si tratta di un programma volontario.

"Anche se è per il genere che afferma l'assistenza", hanno detto. "Il fatto che venga visto come un'assistenza volontaria, o un'assistenza estetica, è scoraggiante perché l'assistenza sanitaria transferente salva vite umane". Fortunatamente, per Lilloff, l'intervento chirurgico che stanno cercando è disponibile in Nuova Scozia. Uno studio di questa grandezza guardando le esperienze dei giovani adulti Trans e Queer che accedono all'assistenza sanitaria di base, significa tutto a Lilloff.

"Molto spesso siamo sottorappresentati negli studi sul sistema sanitario, quindi molte persone non capiscono cosa dobbiamo affrontare, come servire meglio noi come clienti e pazienti nel sistema sanitario", hanno affermato. "Le persone non conoscono o non sanno cosa sia realmente Trans-existence. Vedono le nostre bandiere d'orgoglio, vedono le nostre storie nelle notizie sulla loro uscita, ma non conoscono la situazione delle ossa nude della nostra esistenza medica". È un argomento importante da evidenziare, ha detto Linloff, perché l'esistenza transgender dovrebbe essere compresa a più livelli, perché sono esseri umani multi-sfaccettati, proprio come tutti gli altri.

"La transizione non è solo un cambiamento estetico", hanno affermato. "La transizione significa imparare ad amare noi stessi; sta diventando quello che eravamo destinati ad essere, è parte integrante della nostra esperienza e della nostra felicità". Per quanto riguarda il livello dei servizi sanitari che la comunità LGBTQ2+ può ottenere a livello locale, Lilloff desidera che vi sia più accesso. "Capisco soprattutto con la crisi della carenza di medici, che tutti lottano per ottenere le cure di cui hanno bisogno e non solo Trans e non-binary individui," hanno detto. "Nella comunità LGTBQ2+ c'è una dichiarazione che dice "Nessuno di noi è libero, finché non siamo tutti liberi", quindi finché tutti noi non abbiamo l'assistenza sanitaria corretta e sufficiente, nessuno di noi lo fa".

Anche se la strada da percorrere è lunga, Linloff spera che questo studio possa promuovere l'accesso alle cure primarie. "Le persone che lavorano con il cliente e i pazienti, per favore, non si assumono il sesso in base all'espressione, molti di noi possono essere vestiti, e potrebbero non essere a proprio agio a presentarsi all'esterno, ma verranno in ospedale o in ambulatorio o in clinica", hanno suggerito come raccomandazione per lo studio. "Rispetta le persone, si conoscono più di te".

E per le persone che sono solo capire chi sono veramente, Linloff ha detto che è un viaggio. "Sei più di quello che altri pensano di te; le tue esperienze sono valide, la tua identità, chi sei è così importante e non lascia che la paura del sistema medico, o la paura dello stigma, influenzino il tuo potenziale", hanno aggiunto. "Siate pazienti e godetevi la corsa."

DeepL Translator + Glossary

Lo studio StFX esamina le esperienze di assistenza sanitaria delle persone trans e queer adulte.

Taylor Linloff, 28enne di Pot Hawkesbury, che presto si iscriverà al Nova Scotia Community College per i servizi sociali, ha spiegato di essersi resa conto di essere una persona transgender e di genere non binario intorno al 2014. "Ma non ho fatto coming out ufficiale fino al 2021, su scala più ampia. Mi ci è voluto molto tempo per capire esattamente dove mi trovavo nell'ombrello delle persone non binarie e transgender, e ho capito di essere senza genere, di genere non binario, intorno al 2016", ha detto Linloff a /The Reporter/. "Ho vissuto un po' sottotraccia, usando solo i pronomi neutri they/them online e ho cambiato il mio marcatore di genere nel 2020 circa".

Linloff ricorda di aver sempre provato una sorta di disforia crescendo, quando nelle classi venivano separati i maschi dalle femmine. "Fino al 2014 non avevo il linguaggio per auto-descrivermi", ha detto Linloff. "Soprattutto in una zona rurale". Partendo da questa esperienza rurale, Laura Hughes McKay, studentessa di infermieristica al quarto anno di Truro, ha lanciato un'indagine per esplorare le esperienze delle giovani persone trans e queer con l'assistenza primaria nel nord-est della Nuova Scozia rurale.

"Una delle cose che preferisco dell'assistenza infermieristica è avere il privilegio di ascoltare le storie delle persone", ha dichiarato Hughes McKay, studente della StFX, in un comunicato stampa. "Il mio progetto di ricerca è incentrato proprio su questo: scoprire le esperienze delle persone trans e queer con l'assistenza primaria". Per condurre la ricerca, la studentessa ha ricevuto uno Scotia Scholar Undergraduate Research Award da Research Nova Scotia.

"Sono molto fortunata ad avere un medico di famiglia, ma molte persone non ce l'hanno", ha detto. "Ma la mia più grande barriera all'assistenza sanitaria, prima di scoprire di essere di genere non binario, era onestamente l'assistenza alla salute mentale. Non mi vergogno di dire che sono nello spettro autistico e che soffro anche di disturbo bipolare". Spesso, ha spiegato Linloff, le persone transgender o di genere non binario hanno problemi di salute mentale a causa della discriminazione.

"Dopo aver fatto coming out come genere non binario, la cosa più evidente per me è che quando vai in ospedale ti danno quei braccialetti per identificarti e per qualche motivo ti chiedono ancora di indicare il tuo sesso maschile o femminile", ha detto. "Anche se il mio segno di genere sulla mia identificazione legale è X, guardo questo segno di genere e penso che non sia giusto".

Non c'è un'opzione che permetta alle persone di indicare un pronome con cui essere identificate, in modo che i professionisti del sistema sanitario possano identificare correttamente le persone in cura, ha detto Linloff. "In gran parte si tratta solo di ignoranza", ha detto Linloff. "Perché è così radicato nella nostra cultura essere educati con signora, signore e signorina". Quando gli è stato chiesto come si sta comportando la provincia per quanto riguarda l'accesso ai servizi di assistenza sanitaria primaria per la comunità LGBTQ2+, Linloff ha risposto che la maggior parte dei servizi è centralizzata ad Halifax.

"Come il Centro di salute sessuale di Halifax, che lavora molto con le persone trans e di genere non binario". "Per coloro che hanno bisogno di una transizione medica, come la chirurgia superiore, devono volare a Montréal, quindi c'è ancora molta strada da fare; purtroppo non abbiamo molto accesso, specialmente come individui rurali". Se Linloff volesse approfondire le cure riproduttive, ci vorrebbe almeno un anno per essere visitato da un medico professionista, perché si tratta di un programma volontario.

"Anche se è per l'affermazione di genere", hanno detto. "Il fatto che sia considerata un'assistenza volontaria o estetica è scoraggiante perché l'assistenza sanitaria per le persone trans salva delle vite". Fortunatamente, per i Linloff, l'intervento che stanno cercando è disponibile in Nuova Scozia. Uno studio di questa portata, che esamina le esperienze delle giovani persone trans e queer che accedono all'assistenza sanitaria di base, significa tutto per Linloff.

"Siamo spesso sottorappresentati negli studi del sistema sanitario, quindi molte persone non capiscono cosa dobbiamo affrontare e come servirci meglio come clienti e persone in cura", hanno detto. "Le persone non conoscono o non sono sicure di cosa sia realmente l'esistenza trans. Vedono le nostre bandiere dell'orgoglio, vedono le nostre storie di coming out nei notiziari, ma non conoscono la situazione essenziale della nostra

esistenza medica". È un argomento importante da evidenziare, ha detto Linloff, perché l'esistenza delle persone transgender dovrebbe essere compresa a più livelli, perché sono esseri umani dalle molte sfaccettature, proprio come tutti gli altri.

"La transizione non è solo un cambiamento estetico", hanno detto. "La transizione è imparare ad amare noi stessi; è diventare ciò che eravamo destinati ad essere, è parte integrante della nostra esperienza e della nostra felicità". Per quanto riguarda il livello dei servizi sanitari che la comunità LGBTQ2+ può ottenere a livello locale, Linloff vorrebbe che ci fosse un maggiore accesso. "Capisco che, soprattutto con la crisi della carenza di medici, tutti stiano lottando per ottenere le cure di cui hanno bisogno e non solo le persone trans e di genere non binario", ha detto. "C'è un'affermazione nella comunità LGTBQ2+ che dice 'Nessuno di noi è libero, finché non siamo tutti liberi', quindi finché tutti noi non abbiamo un'assistenza sanitaria corretta e sufficiente, nessuno di noi ce l'ha".

Anche se la strada da percorrere è ancora lunga, Linloff spera che questo studio faccia progredire l'accesso alle cure primarie. "Le persone che lavorano con i clienti e le persone in cura sono pregate di non dare per scontato il genere in base all'espressione, molti di noi possono essere nascosti e non sentirsi a proprio agio nel presentarsi all'esterno, ma verranno in ospedale o in uno studio medico o in una clinica", hanno suggerito come raccomandazione allo studio. "Rispettate le persone, che si conoscono meglio di voi".

Per le persone che stanno scoprendo chi sono veramente, Linloff ha detto che si tratta di un viaggio. "Voi siete più di quello che gli altri pensano di voi; le vostre esperienze sono valide, la vostra identità, chi siete è così importante e non lasciate che la paura del sistema medico, o la paura dello stigma, influisca su quello che è il vostro potenziale", ha aggiunto. "Siate persone in cura e godetevi il viaggio".

Language Weaver + Dictionary

Lo studio StFX esamina le esperienze di assistenza sanitaria degli adulti di persona trans e Queer.

Taylor Lolloff, un 28 anni di Pot Hawkesbury, che presto si iscrisse al Collegio comunitario della Nuova Scozia per i servizi sociali, ha spiegato che è diventato consapevole di aver identificato come persona transgender, di genere non binario intorno al 2014. "Ma non sono uscito ufficialmente fino al 2021, su scala più ampia. Mi ci è voluto molto tempo per capire esattamente dove mi trovavo nel di genere non binario, l'ombrello persona transgender, e ho capito che ero senza genere, di genere non binario in particolare intorno al 2016", ha detto Lilloff /The Reporter/. "Ho vissuto un po' sotto il radar, passando solo per i pronomi i pronomi neutri they/them online e ho cambiato il mio marcatore di genere in circa 2020."

Lilloff ricorda sempre sperimentando un certo genere di disforia che cresce quando è separato in classi tra i ragazzi e le ragazze. "Non avevo il linguaggio per descrivere da soli fino al 2014", ha affermato Lilloff. "Soprattutto in un'area rurale". Partendo da questa esperienza rurale, Laura Hughes McKay, un quarto anno di infermieristica di Truro, ha lanciato un sondaggio per esplorare le esperienze di persona trans e Queer giovani adulti con assistenza primaria nel nord-est rurale Nuova Scozia.

"Una delle cose che preferisco nell'assistenza infermieristica è avere il privilegio di ascoltare le storie delle persone", ha dichiarato lo studente di StFX Hughes McKay in un comunicato stampa. "Questo è l'obiettivo del mio progetto di ricerca, scoprendo le esperienze dei singoli persona trans e Queer con l'assistenza primaria". Per condurre la ricerca, ha ricevuto un premio per la ricerca universitaria Scotia Scholar dalla Research Nova Scotia.

"Sono molto fortunato ad avere un medico di famiglia, ma molte persone non lo fanno", hanno detto. "Ma il mio più grande ostacolo alla cura della salute prima di scoprire che ero di genere non binario, era onestamente la salute mentale. Non mi vergogno di dire che sono nello spettro dell'autismo e vivo anche con il disordine bipolare". Spesso volte, Linloff ha spiegato le persone che sono persona transgender o di genere non binario vivono con problemi di salute mentale spesso a causa di discriminazione.

"Dopo che sono uscito come di genere non binario, la cosa più eclatante per me, quando andate in ospedale, ottenete quei braccialetti, per identificarvi e per qualche motivo hanno ancora bisogno di elencarvi come

maschio o femmina”, hanno detto. “Anche se il mio indicatore di genere sulla mia identificazione legale è X, quindi guardo in basso questo indicatore di genere e penso che non sia giusto”.

Non esiste un'opzione per gli individui di elencare un pronome da identificare in modo che i medici del sistema sanitario possano identificare i pazienti correttamente, ha detto Lilloff. "Molto è solo ignoranza", hanno detto. "Perché è così radicato nella nostra cultura essere educati con ma'am, mister e miss." Alla domanda su come la provincia sta facendo sull'accesso ai servizi sanitari primari per la comunità LGBTQ2+, Lilloff ha detto che la maggior parte dei servizi sono centralizzati a Halifax.

“Come il Centro di Salute sessuale di Halifax, che lavora molto con gli individui di persona trans e di genere non binario”, hanno affermato. “Per coloro che hanno bisogno di una transizione medica, come gli interventi chirurgici di alto livello, devono essere volati a Montréal, quindi la strada da percorrere è ancora lunga; purtroppo non abbiamo un accesso molto ampio, soprattutto come individuo rurale”. Se Lilloff volesse migliorare le cure riproduttive, ci vorrà almeno un anno per essere visto da un medico perché si tratta di un programma volontario.

"Anche se è per per l'affermazione di genere Care", hanno detto. “Il fatto che venga visto come un’assistenza volontaria, o un’assistenza estetica, è scoraggiante perché l’assistenza sanitaria trans-affermante salva vite umane”. Fortunatamente, per Lilloff, l'intervento chirurgico che stanno cercando è disponibile in Nuova Scozia. Uno studio di questa grandezza che guarda alle esperienze dei giovani adulti di persona trans e Queer che accedono all'assistenza sanitaria di base, significa tutto a Linloff.

“Molto spesso siamo sottorappresentati negli studi sul sistema sanitario, quindi molte persone non capiscono cosa dobbiamo affrontare, come servire meglio noi come clienti e pazienti nel sistema sanitario”, hanno affermato. “Le persone non conoscono o non sanno cosa sia realmente Trans-existence. Vedono le nostre bandiere d’orgoglio, vedono le nostre storie nelle notizie sulla loro uscita, ma non conoscono la situazione delle ossa nude della nostra esistenza medica”. È un argomento importante da evidenziare, ha detto Linloff, perché l’esistenza di persona transgender dovrebbe essere compresa su più livelli, perché sono esseri umani multi-sfaccettati, proprio come tutti gli altri.

“La transizione non è solo un cambiamento estetico”, hanno affermato. “La transizione significa imparare ad amare noi stessi; sta diventando quello che eravamo destinati ad essere, è parte integrante della nostra esperienza e della nostra felicità”. Per quanto riguarda il livello dei servizi sanitari che la comunità LGBTQ2+ può ottenere a livello locale, Lilloff desidera che vi sia più accesso. “Capisco, soprattutto con la crisi della carenza di dottori, che tutti lottano per ottenere le cure di cui hanno bisogno e non solo gli individui persona trans e di genere non binario”, hanno affermato. "Nella comunità LGTBQ2+ c'è una dichiarazione che dice "Nessuno di noi è libero, finché non siamo tutti liberi", quindi finché tutti noi non abbiamo l'assistenza sanitaria corretta e sufficiente, nessuno di noi lo fa".

Anche se la strada da percorrere è lunga, Linloff spera che questo studio possa promuovere l’accesso alle cure primarie. “Le persone che lavorano con il cliente e i pazienti, per favore, non si assumono il sesso in base all’espressione, molti di noi possono essere vestiti, e potrebbero non essere a proprio agio a presentarsi all’esterno, ma verranno in ospedale o in ambulatorio o in clinica”, hanno suggerito come raccomandazione per lo studio. "Rispetta le persone, si conoscono più di te".

E per le persone che sono solo capire chi sono veramente, Linloff ha detto che è un viaggio. "Sei più di quello che altri pensano di te; le tue esperienze sono valide, la tua identità, chi sei è così importante e non lascia che la paura del sistema medico, o la paura dello stigma, influenzino il tuo potenziale", hanno aggiunto. "Basta essere persona in cura e godersi la corsa."

Raw ModernMT

Lo studio StFX esamina le esperienze di assistenza sanitaria degli adulti trans e queer.

Taylor Linloff, una 28enne di Pot Hawkesbury, che presto sarà iscritta al Nova Scotia Community College per i servizi sociali, ha spiegato che si sono resi conto di essersi identificati come transgender, non binari,

intorno al 2014. Ma non sono uscito ufficialmente fino al 2021, su una scala più grande. Mi ci è voluto molto tempo per capire esattamente dove mi trovavo nell'ombrello non binario e transgender, e ho capito di essere senza genere, non binario in particolare intorno al 2016 ", ha detto Linloff a The Reporter. "Ho vissuto leggermente sotto il radar, solo andando da loro/loro pronomi online e ho cambiato il mio marcatore di genere in circa 2020."

Linloff ricorda di aver sempre sperimentato una sorta di disforia crescendo quando veniva separato in classe tra ragazzi e ragazze. "Non ho avuto il linguaggio per auto-descrivere fino al 2014", ha detto Linloff. "Soprattutto in una zona rurale. Partendo da quell'esperienza rurale, Laura Hughes McKay, una studentessa di infermieristica del quarto anno di Truro, ha lanciato un sondaggio per esplorare le esperienze dei giovani adulti trans e queer con cure primarie nella Nuova Scozia rurale nord-orientale.

"Una delle cose che preferisco dell'assistenza infermieristica è avere il privilegio di ascoltare le storie delle persone", ha detto lo studente di StFX Hughes McKay in un comunicato stampa. "Questo è ciò di cui tratta il mio progetto di ricerca, scoprire le esperienze degli individui trans e queer con le cure primarie. Per condurre la ricerca, ha ricevuto uno Scotia Scholar Undergraduate Research Award dalla Research Nova Scotia.

"Sono molto fortunato ad avere un medico di famiglia, ma molte persone non lo fanno", hanno detto. Ma la mia più grande barriera all'assistenza sanitaria prima di scoprire che non ero binario, era onestamente l'assistenza alla salute mentale. Non mi vergogno di dire che sono nello spettro autistico e vivo anche con il disturbo bipolare. Spesso, Linloff ha spiegato che le persone transgender o non binarie vivono con problemi di salute mentale spesso a causa della discriminazione.

"Dopo che sono uscito come non binario, la cosa più lampante per me, quando vai in ospedale, ottieni quei braccialetti, per identificarti e per qualche motivo hanno ancora bisogno di elencarti come maschio o femmina", hanno detto. "Anche se il mio indicatore di genere sulla mia identificazione legale è X, quindi guardo verso il basso questo indicatore di genere e penso che non sia giusto."

Non c'è un'opzione per le persone di elencare un pronome da identificare in modo che i professionisti medici nel sistema sanitario possano identificare correttamente i pazienti, ha detto Linloff. "Gran parte di essa è solo ignoranza", hanno detto. "Perché è così radicato nella nostra cultura essere educati con la signora, il signore e la signorina. Alla domanda su come la provincia sta facendo sull'accesso ai servizi di assistenza sanitaria di base per la comunità LGBTQ2+, Linloff ha detto che la maggior parte dei servizi sono centralizzati ad Halifax.

"Come l'Halifax Sexual Health Center, che fa un sacco di lavoro con individui trans e non binari", hanno detto. "Per coloro che hanno bisogno di una transizione medica, come la chirurgia superiore, devono essere trasportati a Montréal, quindi c'è ancora molta strada da fare; sfortunatamente non abbiamo molto accesso, specialmente come individuo rurale. Se Linloff volesse ulteriori cure riproduttive, ci vorrebbe almeno un anno per essere visto da un medico perché è un programma volontario.

"Anche se è per l'assistenza che afferma il genere", hanno detto. "Il fatto che sia visto come cura volontaria, o cura estetica, è scoraggiante perché l'assistenza sanitaria Trans-affermativa salva vite. Fortunatamente, per Linloff, l'intervento chirurgico che stanno cercando è disponibile in Nuova Scozia. Uno studio di questa portata che esamina le esperienze dei giovani adulti trans e queer che accedono all'assistenza sanitaria di base, significa tutto per Linloff.

"Siamo molto spesso sottorappresentati negli studi nel sistema sanitario, quindi molte persone non capiscono cosa affrontiamo, come servirci meglio come clienti e pazienti nel sistema sanitario", hanno detto. Le persone semplicemente non sono familiari, o non sono sicure di cosa sia veramente la Trans-esistenza. Vedono le nostre bandiere dell'orgoglio, vedono le nostre storie nelle notizie che escono, ma non conoscono la situazione delle ossa nude della nostra esistenza medica. È un argomento importante da evidenziare, ha detto Linloff, perché l'esistenza transgender dovrebbe essere compresa su più livelli, perché sono esseri umani sfaccettati, proprio come tutti gli altri.

“La transizione non è solo un cambiamento estetico”, hanno detto. La transizione è imparare ad amare noi stessi; è diventare chi siamo destinati ad essere, è parte integrante della nostra esperienza e della nostra felicità. Per quanto riguarda il livello dei servizi sanitari che la comunità LGBTQ2+ può ottenere a livello locale, Linloff vorrebbe che ci fosse più accesso. “Capisco soprattutto con la crisi della carenza di medici, che tutti stanno lottando per ottenere le cure di cui hanno bisogno e non solo gli individui trans e non binari”, hanno detto. “C’è una dichiarazione nella comunità LGTBQ2 + che dice ‘Nessuno di noi è libero, fino a quando non lo siamo tutti’,” quindi fino a quando tutti noi non abbiamo l’assistenza sanitaria corretta e sufficiente, nessuno di noi lo fa.”

Mentre c’è una lunga strada da percorrere, Linloff spera che questo studio farà avanzare l’accesso alle cure primarie. “Le persone che lavorano con clienti e pazienti, per favore non assumono il genere in base all’espressione, molti di noi potrebbero essere chiusi e potrebbero non sentirsi a proprio agio a presentarsi esteriormente, ma verranno in ospedale o verranno in uno studio medico o in una clinica”, hanno suggerito come raccomandazione allo studio. “Rispetta le persone, si conoscono più di te.”

E per le persone che stanno solo capendo chi sono veramente, Linloff ha detto che è un viaggio. Sei più di quello che gli altri pensano di te; le tue esperienze sono valide, la tua identità, chi sei è così importante e non lasciare che la paura del sistema medico, o la paura dello stigma, influenzi il tuo potenziale. Sii paziente e goditi il viaggio”.

ModernMT + TM

Lo studio StFX esamina le esperienze di assistenza sanitaria degli adulti trans e queer.

Taylor Linloff, una 28enne di Pot Hawkesbury, che presto sarà iscritta al Nova Scotia Community College per i servizi sociali, ha spiegato che si sono resi conto di essersi identificati come transgender, non binari, intorno al 2014. Ma non sono usciti ufficialmente fino al 2021, su una scala più grande. Mi ci è voluto molto tempo per capire esattamente dove mi trovavo nell’ombrello non binario e transgender, e ho capito di essere senza genere, non binario specificamente intorno al 2016. “Ho vissuto leggermente sotto il radar, solo andando da loro/loro pronomi online e ho cambiato il mio marcatore di genere in circa 2020.”

Linloff ricorda di aver sempre sperimentato una sorta di disforia crescendo quando veniva separato in classe tra ragazzi e ragazze. “Non avevo il linguaggio per auto-descrivermi fino al 2014”, ha detto Linloff. “Soprattutto in una zona rurale. Partendo da quell’esperienza rurale, Laura Hughes McKay, una studentessa di infermieristica del quarto anno di Truro, ha lanciato un sondaggio per esplorare le esperienze dei giovani adulti trans e queer con cure primarie nella Nuova Scozia rurale nord-orientale.

“Una delle cose che preferisco dell’assistenza infermieristica è avere il privilegio di ascoltare le storie delle persone”, ha detto lo studente di StFX Hughes McKay in un comunicato stampa. “Questo è ciò di cui tratta il mio progetto di ricerca, scoprire le esperienze degli individui trans e queer con le cure primarie. Per condurre la ricerca, ha ricevuto uno Scotia Scholar Undergraduate Research Award dalla Research Nova Scotia.

“Sono molto fortunato ad avere un medico di famiglia, ma molte persone non lo fanno”, hanno detto. Ma il mio più grande ostacolo all’assistenza sanitaria prima di scoprire che non ero binario, era onestamente l’assistenza alla salute mentale. Non mi vergogno di dire che sono nello spettro autistico e vivo anche con il disturbo bipolare. Spesso, Linloff ha spiegato che le persone transgender o non binarie vivono con problemi di salute mentale spesso a causa della discriminazione.

“Dopo che sono uscito come non binario, la cosa più lampante per me, quando vai in ospedale, ottieni quei braccialetti, per identificarti e per qualche motivo devono ancora elencarti come maschio o femmina”, hanno detto. “Anche se il mio indicatore di genere sulla mia identificazione legale è X, quindi guardo verso il basso questo indicatore di genere e penso che non sia giusto.”

Non c’è un’opzione per le persone di elencare un pronome da identificare in modo che i professionisti medici nel sistema sanitario possano identificare correttamente i pazienti, ha detto Linloff. “Gran parte di essa è

solo ignoranza", hanno detto. "Perché è così radicato nella nostra cultura essere educati con la signora, il signore e la signorina. Alla domanda su come la provincia sta facendo sull'accesso ai servizi di assistenza sanitaria di base per la comunità LGBTQ2+, Linloff ha detto che la maggior parte dei servizi sono centralizzati ad Halifax.

"Come l'Halifax Sexual Health Center, che fa un sacco di lavoro con individui trans e non binari", hanno detto. "Per coloro che hanno bisogno di una transizione medica, come la chirurgia superiore, devono essere trasportati a Montréal, quindi c'è ancora molta strada da fare; purtroppo non abbiamo molto accesso, specialmente come individuo rurale. Se Linloff volesse ulteriori cure riproduttive, ci vorrebbe almeno un anno per essere visto da un medico perché è un programma volontario.

"Anche se è per l'assistenza che afferma il genere", hanno detto. "Il fatto che sia visto come cura volontaria, o cura estetica, è scoraggiante perché l'assistenza sanitaria trans-affermativa salva vite umane. Fortunatamente, per Linloff, l'intervento chirurgico che stanno cercando è disponibile in Nuova Scozia. Uno studio di questa portata che esamina le esperienze dei giovani adulti trans e queer che accedono all'assistenza sanitaria di base, significa tutto per Linloff.

"Siamo molto spesso sottorappresentati negli studi nel sistema sanitario, quindi molte persone non capiscono cosa affrontiamo, come servirci meglio come clienti e pazienti nel sistema sanitario", hanno detto. Le persone semplicemente non sono familiari, o non sono sicure di cosa sia veramente la Trans-esistenza. Vedono le nostre bandiere dell'orgoglio, vedono le nostre storie nelle notizie di coming out, ma non conoscono la situazione delle ossa nude della nostra esistenza medica. È un argomento importante da evidenziare, ha detto Linloff, perché l'esistenza transgender dovrebbe essere compresa su più livelli, perché sono esseri umani sfaccettati, proprio come tutti gli altri.

"La transizione non è solo un cambiamento estetico", hanno detto. La transizione consiste nell'imparare ad amare noi stessi; è diventare chi siamo destinati ad essere, è parte integrante della nostra esperienza e della nostra felicità. Per quanto riguarda il livello dei servizi sanitari che la comunità LGBTQ2+ può ottenere a livello locale, Linloff vorrebbe che ci fosse più accesso. "Capisco soprattutto con la crisi di carenza di medici, che tutti stanno lottando per ottenere le cure di cui hanno bisogno e non solo gli individui trans e non binari", hanno detto. "C'è una dichiarazione nella comunità LGTBQ2+ che dice "Nessuno di noi è libero, fino a quando non lo siamo tutti", quindi fino a quando tutti noi non abbiamo l'assistenza sanitaria corretta e sufficiente, nessuno di noi lo fa".

Mentre c'è una lunga strada da percorrere, Linloff spera che questo studio farà avanzare l'accesso alle cure primarie. "Le persone che lavorano con il cliente e i pazienti, per favore non assumono il genere in base all'espressione, molti di noi potrebbero essere chiusi e potrebbero non essere a proprio agio nel presentarsi all'esterno, ma verranno in ospedale o verranno in uno studio medico o in una clinica", hanno suggerito come raccomandazione allo studio. Rispetta le persone, si conoscono più di te.

E per le persone che stanno solo capendo chi sono veramente, Linloff ha detto che è un viaggio. Sei più di quello che gli altri pensano di te; le tue esperienze sono valide, la tua identità, chi sei è così importante e non lasciare che la paura del sistema medico, o la paura dello stigma, influenzi il tuo potenziale. "Sii paziente e goditi il viaggio."

Raw Generic SYSTRAN

Lo studio di StFX esamina le esperienze di assistenza sanitaria degli adulti di Trans e Queer.

Taylor Linloff, una ventottenne di Pot Hawkesbury, che presto si iscriverà al Nova Scotia Community College per i servizi sociali, ha spiegato di aver scoperto di aver identificato come transessuali, non binari intorno al 2014. "Ma non sono uscito ufficialmente fino al 2021, su scala più ampia. Mi ci è voluto molto tempo per capire esattamente dov'ero nell'ombrello non binario e transessuale, e ho capito che ero senza fili, non binario nello specifico intorno al 2016," ha detto Linloff a /The Reporter/. "Ho vissuto un po' sotto il radar, solo seguendo i loro pronomi online e ho cambiato il mio simbolo di genere nel 2020."

Linloff ricorda sempre di aver avuto una qualche disforia quando si era separati in classi tra ragazzi e ragazze. "Non ho avuto la lingua per descrivermi da solo fino al 2014", ha detto Linloff. Specialmente in una zona rurale. Stemming per quell'esperienza rurale, Laura Hughes McKay, una studentessa di infermiere di Truro, ha lanciato un sondaggio per esplorare le esperienze di giovani adulti della Trans e Queer con assistenza primaria nella Nuova Scozia rurale nordorientale.

"Una delle mie cose preferite sull'infermiere è avere il privilegio di ascoltare le storie delle persone", ha dichiarato lo studente Hughes McKay in un comunicato stampa. "Ecco di cosa si tratta il mio progetto di ricerca, per scoprire le esperienze degli individui di Trans e Queer con l'assistenza primaria." Per condurre la ricerca, ha ricevuto un premio di ricerca universitaria Scozzese dal Research Nova Scotia.

"Sono molto fortunato ad avere un medico di famiglia, ma molte persone non lo fanno", hanno detto. "Ma la mia più grande barriera alla salute prima di aver scoperto che non ero binario, era la salute mentale. Non mi vergogno di dire che sono sullo spettro dell'autismo e vivo anche con disordini bipolari." Spesso, Linloff spiegava che le persone transessuali o non binarie vivono spesso con problemi di salute mentale a causa della discriminazione.

"Dopo che sono uscito come non binario, la cosa più lampante per me, quando si va in ospedale, si ricevono quei braccialetti, per identificarla e per qualche ragione devono ancora classificarla come maschio o femmina", hanno detto. "Anche se il mio simbolo di sesso sulla mia identificazione legale è una X, quindi osservo questo simbolo di genere e penso che non sia giusto."

Non esiste la possibilità per gli individui di elencare un pronome da identificare in modo che gli operatori sanitari possano identificare correttamente i pazienti, ha affermato Linloff. "Un sacco è solo ignoranza", dissero. "Perché nella nostra cultura è così radicato essere educati con la signora, signore e signora." Alla domanda su come la provincia sta procedendo all'accesso ai servizi sanitari di base per la comunità LGBTQ2+, Linloff ha affermato che la maggior parte dei servizi sono centralizzati a Halifax.

"Come l'Halifax Sexual Health Center, che lavora molto con persone trans e non binarie," dissero. "Per coloro che hanno bisogno di una transizione medica, come la chirurgia al top, devono essere condotti a Montréal, quindi c'è ancora molta strada da fare; sfortunatamente, non abbiamo molto accesso, specialmente come persone di campagna." Se Linloff avesse voluto portare avanti l'assistenza riproduttiva, ci sarebbe voluto almeno un anno per essere visto da un medico, perché è un programma volontario.

"Anche se è per l'assistenza di genere," hanno detto. "Il fatto che sia considerato un'assistenza volontaria, o estetica, è deprimente perché l'assistenza sanitaria transettoriale salva vite umane." Fortunatamente, per Linloff, l'operazione che stanno cercando e' disponibile in Nuova Scozia. Uno studio di questa grandezza, che esamina le esperienze dei giovani adulti della Trans e della Queer che hanno accesso all'assistenza sanitaria primaria, significa tutto per Linloff.

"Spesso siamo sottorappresentate negli studi sul sistema sanitario, quindi molti non capiscono cosa ci troviamo di fronte, come possiamo servire meglio come clienti e come pazienti nel sistema sanitario", hanno dichiarato. "Le persone semplicemente non hanno familiarità, o non sono sicuri di cosa sia realmente la Trans-esistenza. Vedono le nostre bandiere dell'orgoglio, vedono le nostre storie sulle notizie di venire fuori, ma non sanno la situazione delle ossa nude della nostra esistenza medica." È un argomento importante da sottolineare, ha detto Linloff, perché l'esistenza tra i transessuali dovrebbe essere compresa su più livelli, perché sono esseri umani con molteplici sfaccettature, proprio come tutti gli altri.

"La transizione non è solo un cambiamento estetico", dissero. "La transizione sta nell'imparare ad amare noi stessi; sta diventando ciò che eravamo destinati ad essere, è parte integrante della nostra esperienza e della nostra felicità." Per quanto riguarda il livello dei servizi sanitari, la comunità LGBTQ2+ può ottenere localmente, Linloff vorrebbe avere più accesso. "Mi rendo conto, specialmente con la crisi della carenza di medici, che tutti stanno lottando per ottenere l'assistenza di cui hanno bisogno, e non solo persone trans e non binarie," hanno detto. "Nella comunità LGTBQ2+ c'è una dichiarazione che dice "Nessuno di noi è libero, finché non siamo tutti liberi", quindi finché tutti noi non abbiamo l'assistenza sanitaria giusta e sufficiente, nessuno di noi lo fa."

Anche se c'è molta strada da fare, Linloff spera che questo studio possa far avanzare l'accesso alle cure primarie. "Persone che lavorano con clienti e pazienti, per favore non si assumono il sesso in base all'espressione, molti di noi possono essere chiusi, e potrebbero non essere a loro agio a presentarsi all'esterno, ma verranno in ospedale o a visitare un ufficio medico o una clinica", hanno suggerito come raccomandazione allo studio. "Rispettate la gente, loro sanno più di noi."

E per le persone che stanno solo capendo chi sono veramente, Linloff ha detto che questo è un viaggio. "Si è più di quanto gli altri pensino di lei; le proprie esperienze sono valide, la propria identità, chi è, sono così importanti e non bisogna lasciare che la paura del sistema medico, o la paura della stigmatizzazione, influiscano su ciò che è il proprio potenziale," hanno aggiunto. "Abbi pazienza e goditi il viaggio."

Generic SYSTRAN + TM

Lo studio StFX esamina le esperienze di assistenza sanitaria degli adulti trans e queer.

Taylor Linloff, un 28enne di Pot Hawkesbury, che presto sarà iscritto al Nova Scotia Community College for social services, ha spiegato che sono venuti a conoscenza che sono stati identificati come transgender, non binari intorno al 2014. "Ma non sono uscito ufficialmente prima del 2021, su scala più grande. Mi ci è voluto molto tempo per capire esattamente dove mi trovavo nell'ombrello non binario transgender, e ho capito che ero senza sesso, non binario in particolare intorno al 2016," ha detto Linloff a /The Reporter/. "Ho vissuto un po' sotto il radar, passando solo da loro/loro pronomi online e ho cambiato il mio marker di genere intorno al 2020."

Linloff ricorda di aver sempre sperimentato un qualche tipo di disforia crescendo quando si è separati in classi tra ragazzi e ragazze. "Non avevo il linguaggio per auto-descrivermi fino al 2014", ha detto Linloff. "Soprattutto in una zona rurale." Partendo da quell'esperienza rurale, Laura Hughes McKay, una studentessa infermiera del quarto anno di Truro, ha lanciato un sondaggio per esplorare le esperienze dei giovani adulti Trans e Queer con cure primarie nella Nuova Scozia rurale nordorientale.

"Una delle mie cose preferite sull'assistenza infermieristica è avere il privilegio di ascoltare le storie delle persone", ha detto Hughes McKay, studente del StFX in un comunicato stampa. "Ecco di cosa si occupa il mio progetto di ricerca, per scoprire le esperienze delle persone trans e queer con l'assistenza sanitaria di base." Per condurre la ricerca, ha ricevuto un Scotia Scholar Undergraduate Research Award dalla Research Nova Scotia.

"Sono molto fortunato ad avere un medico di famiglia, ma molte persone no", hanno detto. "Ma la mia più grande barriera alla salute prima di scoprire di non essere binaria, era onestamente la salute mentale. Non mi vergogno a dire che sono autista e convivo anche con il disturbo bipolare." Spesso, Linloff ha spiegato che le persone transgender o non binarie vivono con problemi di salute mentale spesso a causa della discriminazione.

"Dopo che sono uscito fuori come non-binario, la cosa più eclatante per me, quando si va in ospedale, si ottengono quei braccialetti, per identificarti e per qualche motivo hanno ancora bisogno di elencarti come maschio o femmina," hanno detto. "Anche se il mio indicatore di genere sulla mia identificazione legale è X, quindi guardo in basso questo indicatore di genere e penso che non sia giusto."

Non c'è un'opzione per le persone di elencare un pronome da identificare in modo che i medici professionisti nel sistema sanitario possano identificare correttamente i pazienti, ha detto Linloff. "Molte di queste cose sono solo ignoranza", hanno detto. "Perché è così radicato nella nostra cultura essere educati con ma'am, mister, e miss." Alla domanda su come la provincia sta facendo sull'accesso ai servizi sanitari primari per la comunità LGBTQ2+, Linloff ha detto che la maggior parte dei servizi sono centralizzati ad Halifax.

"Come l'Halifax Sexual Health Center, che fa molto lavoro con i Trans e gli individui non binari," hanno detto. "Per coloro che hanno bisogno di transizione medica, come ad esempio l'intervento chirurgico, devono essere portati a Montreal, quindi c'è ancora molta strada da fare; sfortunatamente non abbiamo

molto accesso, soprattutto come individuo rurale." Se Linloff volesse continuare la cura riproduttiva, ci vorrebbe almeno un anno per essere visto da un medico perché è un programma volontario.

"Anche se è per la cura di affermazione del genere," hanno detto. "Il fatto che sia visto come assistenza volontaria, o cure estetiche, è scoraggiante perché la trans-affermazione della sanità salva vite." Fortunatamente, per Linloff, l'intervento chirurgico che stanno cercando è disponibile in Nuova Scozia. Uno studio di questa portata che esamina le esperienze dei giovani adulti trans e queer che accedono alle cure sanitarie primarie, significa tutto per Linloff.

"Siamo molto spesso sottorappresentati negli studi sul sistema sanitario, quindi molte persone non capiscono cosa affrontiamo, come servirci meglio come clienti e pazienti nel sistema sanitario," hanno detto. "Le persone semplicemente non hanno familiarità, o non sono sicure di cosa sia realmente la Trans-esistenza. Vedono le nostre bandiere dell'orgoglio, vedono le nostre storie nelle notizie sul coming out, ma non conoscono la situazione a ossa nude della nostra esistenza medica." È un argomento importante da evidenziare, ha detto Linloff, perché l'esistenza transgender dovrebbe essere compresa su più livelli, perché sono esseri umani multi-sfaccettati, proprio come tutti gli altri.

"La transizione non è solo un cambiamento estetico", hanno detto. "La transizione è imparare ad amare noi stessi; è diventare ciò che eravamo destinati ad essere, è parte integrante della nostra esperienza e della nostra felicità." Per quanto riguarda il livello dei servizi sanitari la comunità LGBTQ2+ può ottenere localmente, Linloff desidera che ci fosse più accesso. "Capisco soprattutto con la crisi della carenza di medici, che tutti stanno lottando per ottenere le cure di cui hanno bisogno e non solo Trans e non-binari individui," hanno detto. "C'è un'affermazione nella comunità LGTBQ2+ che dice 'Nessuno di noi è libero, finché non siamo tutti liberi'", quindi finché tutti noi non abbiamo un'assistenza sanitaria corretta e sufficiente, nessuno di noi ce l'ha."

Anche se c'è ancora molta strada da fare, Linloff spera che questo studio possa migliorare l'accesso alle cure primarie. "Le persone che lavorano con il cliente e i pazienti, per favore non assumono il genere in base all'espressione, molti di noi possono essere chiusi, e può non essere a loro agio presentandosi esteriormente, ma verrà in ospedale o verrà in uno studio medico o in una clinica," hanno suggerito come raccomandazione per lo studio. "Rispetta le persone, loro si conoscono più di te."

E per le persone che stanno solo scoprendo chi sono veramente, Linloff ha detto che è un viaggio. "Siete più di quello che gli altri pensano di voi; le vostre esperienze sono valide, la vostra identità, chi siete è così importante e non lasciate che la paura del sistema medico, o la paura di stigma, impatti quello che è il vostro potenziale", hanno aggiunto. "Sii paziente e goditi il viaggio."

Medical SYSTRAN + TM

Lo studio StFX esamina le esperienze di assistenza sanitaria degli adulti trans e queer.

Taylor Linloff, un ragazzo di 28 anni di Pot Hawkesbury, che presto sarà iscritto al Nova Scotia Community College for social services, ha spiegato che sono venuti a conoscenza che sono stati identificati come transgender, non binari intorno al 2014. "Ma non sono uscito ufficialmente prima del 2021, su scala più grande. Mi ci è voluto molto tempo per capire esattamente dove mi trovavo nel mio ombrello non binario, transgender, e ho capito di essere senza sesso, non binario nello specifico intorno al 2016," ha detto Linloff a *The Reporter*. "Ho vissuto un po' sotto il radar, usando solo i pronomi online e ho cambiato il mio marker di genere intorno al 2020."

Linloff ricorda di aver sempre vissuto un certo tipo di disforia crescendo durante la separazione in classe tra ragazzi e ragazze. "Non ho avuto la lingua per descrivermi fino al 2014", ha detto Linloff. "Soprattutto nelle campagne". Partendo da questa esperienza rurale, Laura Hughes McKay, una studentessa del quarto anno che allatta da Truro, ha lanciato un sondaggio per esplorare le esperienze dei giovani adulti Trans e Queer con cure primarie nella Nuova Scozia rurale nord-orientale.

"Una delle cose che preferisco dell'assistenza infermieristica è avere il privilegio di ascoltare le storie delle persone", ha detto lo studente di StFX Hughes McKay in un comunicato stampa. "Questo è lo scopo del mio progetto di ricerca, per scoprire le esperienze di persone transessuali e omosessuali con l'assistenza sanitaria di base." Per condurre la ricerca, ha ricevuto un Scotia Scholar Undergraduate Research Award dalla Research Nova Scotia.

"Sono molto fortunata ad avere un medico di famiglia, ma molte persone non lo fanno", hanno detto. "Ma la mia più grande barriera per le cure sanitarie prima di scoprire che non ero binaria, era onestamente l'assistenza per la salute mentale. Non mi vergogno a dire che appartengo allo spettro dell'autismo e vivo anche con il disturbo bipolare". Spesso, Linloff ha spiegato che le persone transgender o non binarie vivono con problemi di salute mentale spesso a causa della discriminazione.

"Dopo che sono uscito come non-binario, la cosa più eclatante per me, quando vai in ospedale, prendi quei braccialetti, per identificarti e per qualche ragione devono ancora indicarti come maschio o femmina", hanno detto. "Anche se il mio indicatore di genere sulla mia identificazione legale è X, quindi guardo in basso questo indicatore di genere e penso che non sia giusto."

Non è possibile elencare un pronome da identificare in modo che i medici del sistema sanitario possano identificare correttamente i pazienti, ha affermato Linloff. "Molto di questo è solo ignoranza", hanno detto. "Perché è così radicato nella nostra cultura essere educati con signora, signore e signorina." Quando gli è stato chiesto come sta andando la provincia sull'accesso ai servizi di assistenza sanitaria primaria per la comunità LGBTQ2+, Linloff ha detto che la maggior parte dei servizi sono centralizzati in Halifax.

"Come l'Halifax Sexual Health Center, che fa un sacco di lavoro con Trans e individui non binari," hanno detto. "Per coloro che hanno bisogno di una transizione medica, come ad esempio un intervento chirurgico, devono essere portati a Montréal, quindi c'è ancora molta strada da fare; sfortunatamente non abbiamo molto accesso, specialmente come individui provenienti da zone rurali." Se Linloff volesse continuare la cura della riproduzione, ci vorrebbe almeno un anno per essere visitato da un medico perché è un programma volontario.

"Anche se è per la cura di affermazione del genere," hanno detto. "Il fatto che venga vista come assistenza volontaria, o cura estetica, è scoraggiante perché la trans-affermazione dell'assistenza sanitaria salva vite." Fortunatamente, per Linloff, l'intervento chirurgico che stanno cercando è disponibile in Nuova Scozia. Uno studio di questa portata sulle esperienze dei giovani adulti Trans e Queer che hanno accesso all'assistenza sanitaria di base, significa tutto per Linloff.

"Molto spesso siamo sottorappresentati negli studi sul sistema sanitario, quindi molte persone non capiscono cosa affrontiamo, come meglio servirci come clienti e pazienti nel sistema sanitario", hanno detto. "Le persone semplicemente non hanno familiarità, o non sono sicure di cosa sia realmente la Trans-esistenza. Vedono le nostre bandiere dell'orgoglio, vedono le nostre storie nelle notizie sul coming out, ma non conoscono la situazione a ossa nude della nostra esistenza medica." È un argomento importante da evidenziare, ha detto Linloff, perché l'esistenza transgender dovrebbe essere compresa su più livelli, perché sono esseri umani sfaccettati, proprio come tutti gli altri.

"La transizione non è solo un cambiamento estetico", hanno detto. "La transizione è imparare ad amare noi stessi; diventare ciò che eravamo destinati ad essere, è parte integrante della nostra esperienza e della nostra felicità." Per quanto riguarda il livello dei servizi sanitari che la comunità LGBTQ2+ può ottenere localmente, Linloff desidera che ci fosse più accesso. "Capisco soprattutto con la crisi della carenza di medici, che tutti stanno lottando per ottenere le cure di cui hanno bisogno e non solo Trans e individui non binari," hanno detto. "C'è un'affermazione nella comunità LGTBQ2+ che dice "Nessuno di noi è libero, finché non siamo tutti liberi," quindi finché tutti noi non abbiamo la corretta e sufficiente assistenza sanitaria, nessuno di noi lo fa."

Anche se c'è ancora molta strada da fare, Linloff spera che questo studio possa far progredire l'accesso all'assistenza primaria. "Le persone che lavorano con il cliente e i pazienti, per favore non assumono il genere in base all'espressione, molti di noi possono essere chiusi, e possono non essere a loro agio

presentandosi all'esterno, ma verranno in ospedale o in uno studio medico o in clinica," hanno suggerito come raccomandazione per lo studio. "Rispetta le persone, loro conoscono se stessi più di te."

E per le persone che stanno semplicemente capendo chi sono veramente, Linloff ha detto che è un viaggio. "Sei più di quello che gli altri pensano di te; le tue esperienze sono valide, la tua identità, chi sei è così importante e non lasciare che la paura del sistema medico, o la paura dello stigma, impatti quello che il tuo potenziale è," hanno aggiunto. "Siate pazienti e godetevi il viaggio."

- Mahindra, Ashima Sharda. Kerala trans man pregnant; couple set to welcome baby in March: EXPLAINED transgender and non-binary pregnancy. In *TimesNow*. <https://www.timesnownews.com/health/kerala-trans-man-pregnant-couple-set-to-welcome-baby-in-march-explained-transgender-and-non-binary-pregnancy-article-97598830> (accessed 04/02/2023)

Original

Kerala trans man pregnant; couple set to welcome baby in March: EXPLAINED transgender and non-binary pregnancy. For the first time in India, a trans man from Kerala is expecting a baby, due to be born next month. The transgender couple, together for the last three years, have documented their parenthood journey in Instagram posts, recently getting a professional photoshoot also done. Read on to know all about how people who identify as transgender non-binary can conceive.

New Delhi: As a first case in India, a trans man from Kerala is expecting a baby, to be born in March. Zahad, an accountant from Thiruvananthapuram is eight months pregnant and preparing for the arrival of his partner Ziya. The couple has been together for three years now, and after the birth plans to carry on gender-affirming care. As far as we know this is India's first trans man pregnancy," Ziya, a professional classical dancer, wrote in an Instagram post, sharing snippets of their pregnancy photoshoot.

"Time brought us together. It's been three years. Like my dream of being a mother, his dream of being a father." Zahad was born a female at birth, and his partner, who is undergoing a male-to-female transition, paused the transition process last year to be able to become parents. For the sex-transition surgery, doctors had removed the breasts but not the reproductive organs and so the couple has been able to conceive normally.

Pregnancy and childbirth are always associated with women. However, people of all genders who have a uterus can get pregnant and give birth to babies. But most transgender people giving birth are those born with a uterus — transgender men, non-binary people, gender fluid people, genderqueer people, two-spirit people, and others with uteruses who do not identify as women. According to health professionals, it is a misconception that taking testosterone will make transgenders "sterile" and potentially unable to conceive. A recent study that researched female-to-male transgender people receiving in-vitro fertilization found that egg quality and quantity were similar between transgender men and cisgender women. While taking testosterone, ovulation may stop but egg reserves continue to be there. So, if a transgender man stops taking his testosterone, his menstrual cycle often returns, reportedly within about six months.

Even though there are no exact records, according to news reports collected by Rutgers's University, nearly 30 per cent of transgender men across the world have had unplanned pregnancies. Testosterone therapies. Transgender men, who take testosterone therapy do so to suppress the effects of estrogen while stimulating the development of masculine secondary sex characteristics, including: muscle growth, redistribution of body fat, increased hair growth on the body and face, deeper voice

However, many doctors suggest that for transgenders, getting and carrying a pregnancy has to come with more care, as there are higher chances of placental abruption, preterm labor, anemia, and even hypertension. Effect of surgeries on pregnancy. If a transgender man or non-binary person assigned female at birth has had a hysterectomy, they will not be able to carry a pregnancy as the ovaries are removed. However, doctors say that they can consider egg retrieval therapy.

Transgender men and non-binary people assigned to females at birth may also be encouraged to freeze their eggs before any medical transition. However, some researchers and doctors are also exploring experimental cancer fertility techniques to retrieve gametes in individuals who transition early. These techniques have been designed to help children with cancer preserve their fertility in the face of treatments that would otherwise damage or destroy their ability to reproduce.

Raw Google Translate

Kerala trans uomo incinta; coppia pronta ad accogliere il bambino a marzo: SPIEGATO transgender e gravidanza non binaria. Per la prima volta in India, un uomo trans del Kerala aspetta un bambino, che nascerà il mese prossimo. La coppia transgender, insieme da tre anni, ha documentato il proprio percorso di genitorialità nei post di Instagram, ottenendo di recente anche un servizio fotografico professionale. Continua a leggere per sapere tutto su come possono concepire le persone che si identificano come transgender non binarie.

Nuova Delhi: come primo caso in India, un uomo trans del Kerala aspetta un bambino, che nascerà a marzo. Zahad, un contabile di Thiruvananthapuram è incinta di otto mesi e si sta preparando per l'arrivo della sua compagna Ziya. La coppia sta insieme da tre anni ormai, e dopo il parto ha in programma di continuare a prendersi cura dell'affermazione di genere. Per quanto ne sappiamo, questa è la prima gravidanza di un uomo trans in India", ha scritto Ziya, una ballerina classica professionista, in un post su Instagram, condividendo frammenti del loro servizio fotografico di gravidanza.

"Il tempo ci ha uniti. Sono passati tre anni. Come il mio sogno di essere madre, il suo sogno di essere padre." Zahad è nata femmina alla nascita e la sua compagna, che sta attraversando una transizione da maschio a femmina, l'anno scorso ha interrotto il processo di transizione per poter diventare genitori. Per l'operazione di transizione sessuale, i medici avevano rimosso i seni ma non gli organi riproduttivi e così la coppia ha potuto concepire normalmente.

La gravidanza e il parto sono sempre associati alle donne. Tuttavia, le persone di tutti i sessi che hanno un utero possono rimanere incinte e dare alla luce bambini. Ma la maggior parte delle persone transgender che partoriscono sono quelle nate con un utero: uomini transgender, persone non binarie, persone gender fluid, persone genderqueer, persone con due spiriti e altri con uteri che non si identificano come donne. Secondo gli operatori sanitari, è un'idea sbagliata che l'assunzione di testosterone renda i transgender "sterili" e potenzialmente incapaci di concepire. Un recente studio che ha studiato le persone transgender da femmina a maschio che ricevono la fecondazione in vitro ha rilevato che la qualità e la quantità delle uova erano simili tra uomini transgender e donne cisgender. Durante l'assunzione di testosterone, l'ovulazione può interrompersi ma le riserve di uova continuano ad essere presenti. Quindi, se un uomo transgender smette di prendere il suo testosterone, il suo ciclo mestruale spesso ritorna, secondo quanto riferito entro circa sei mesi.

Anche se non ci sono documenti esatti, secondo le notizie raccolte dalla Rutgers University, quasi il 30% degli uomini transgender in tutto il mondo ha avuto gravidanze non pianificate. Terapie con testosterone. Gli uomini transgender, che assumono la terapia con testosterone, lo fanno per sopprimere gli effetti degli estrogeni stimolando allo stesso tempo lo sviluppo delle caratteristiche sessuali secondarie maschili, tra cui: crescita muscolare, redistribuzione del grasso corporeo, aumento della crescita dei peli sul corpo e sul viso, voce più profonda

Tuttavia, molti medici suggeriscono che per i transgender, ottenere e portare avanti una gravidanza deve essere più attento, poiché vi sono maggiori possibilità di distacco della placenta, parto pretermine, anemia e persino ipertensione. Effetto degli interventi chirurgici sulla gravidanza. Se un uomo transgender o una persona non binaria assegnata femmina alla nascita ha subito un'isterectomia, non sarà in grado di portare avanti una gravidanza poiché le ovaie vengono rimosse. Tuttavia, i medici affermano che possono prendere in considerazione la terapia per il recupero degli ovociti.

Anche gli uomini transgender e le persone non binarie assegnate alle femmine alla nascita possono essere incoraggiati a congelare i loro ovuli prima di qualsiasi transizione medica. Tuttavia, alcuni ricercatori e

medici stanno anche esplorando tecniche sperimentali di fertilità del cancro per recuperare i gameti in individui che passano presto. Queste tecniche sono state progettate per aiutare i bambini malati di cancro a preservare la loro fertilità di fronte a trattamenti che altrimenti danneggerebbero o distruggerebbero la loro capacità di riprodursi.

Raw DeepL Translator

Uomo trans del Kerala incinto; la coppia darà il benvenuto al bambino a marzo: Spiegata la gravidanza transgender e non binaria. Per la prima volta in India, un uomo trans del Kerala aspetta un bambino, che nascerà il mese prossimo. La coppia transgender, che sta insieme da tre anni, ha documentato il proprio percorso di genitorialità con dei post su Instagram e di recente ha realizzato anche un servizio fotografico professionale. Continuate a leggere per sapere come le persone che si identificano come transgender non binarie possono concepire.

Nuova Delhi: come primo caso in India, un uomo trans del Kerala aspetta un bambino, che nascerà a marzo. Zahad, un contabile di Thiruvananthapuram, è all'ottavo mese di gravidanza e si sta preparando all'arrivo del suo compagno Ziya. La coppia sta insieme da tre anni e, dopo il parto, ha intenzione di continuare a praticare l'assistenza di genere. Per quanto ne sappiamo, questa è la prima gravidanza di un uomo trans in India", ha scritto Ziya, ballerino classico professionista, in un post su Instagram, condividendo frammenti del servizio fotografico della gravidanza.

"Il tempo ci ha fatto incontrare. Sono passati tre anni. Come il mio sogno di essere madre, il suo sogno di essere padre". Zahad è nato femmina alla nascita e il suo compagno, che si sta sottoponendo a una transizione da maschio a femmina, ha interrotto il processo di transizione l'anno scorso per poter diventare genitori. Per l'intervento di transizione sessuale, i medici hanno rimosso i seni ma non gli organi riproduttivi e quindi la coppia ha potuto concepire normalmente.

La gravidanza e il parto sono sempre associati alle donne. Tuttavia, le persone di tutti i generi che hanno un utero possono rimanere incinte e dare alla luce dei bambini. Ma la maggior parte delle persone transgender che partoriscono sono quelle nate con un utero: uomini transgender, persone non binarie, persone gender fluid, persone genderqueer, persone a due spiriti e altre persone con utero che non si identificano come donne. Secondo i professionisti della salute, è un'idea sbagliata che l'assunzione di testosterone renda i transgender "sterili" e potenzialmente incapaci di concepire. Un recente studio che ha analizzato i transgender di sesso femminile e maschile sottoposti a fecondazione in vitro ha rilevato che la qualità e la quantità degli ovuli erano simili tra gli uomini transgender e le donne cisgender. Durante l'assunzione di testosterone, l'ovulazione può interrompersi, ma le riserve di ovuli continuano a essere presenti. Quindi, se un uomo transgender interrompe l'assunzione di testosterone, il ciclo mestruale spesso ritorna, secondo quanto riferito, entro circa sei mesi.

Anche se non esistono dati precisi, secondo le notizie raccolte dalla Rutgers University, quasi il 30% degli uomini transgender di tutto il mondo ha avuto gravidanze non pianificate. Terapie a base di testosterone. Gli uomini transgender che assumono una terapia a base di testosterone lo fanno per sopprimere gli effetti degli estrogeni e stimolare lo sviluppo di caratteristiche sessuali secondarie maschili, tra cui: crescita muscolare, redistribuzione del grasso corporeo, aumento dei peli sul corpo e sul viso, voce più profonda.

Tuttavia, molti medici suggeriscono che per i transgender, ottenere e portare avanti una gravidanza deve essere accompagnato da maggiori attenzioni, in quanto vi sono maggiori probabilità di distacco della placenta, travaglio pretermine, anemia e persino ipertensione. Effetto degli interventi chirurgici sulla gravidanza. Se un uomo transgender o una persona non binaria assegnata alla femmina alla nascita ha subito un'isterectomia, non sarà in grado di portare avanti una gravidanza poiché le ovaie sono state rimosse. Tuttavia, i medici dicono che possono prendere in considerazione una terapia di recupero degli ovociti.

Gli uomini transgender e le persone non binarie assegnate al sesso femminile alla nascita possono anche essere incoraggiati a congelare i loro ovuli prima di qualsiasi transizione medica. Tuttavia, alcuni ricercatori e medici stanno anche esplorando tecniche sperimentali di fertilità oncologica per recuperare i gameti nelle persone che effettuano la transizione in anticipo. Queste tecniche sono state ideate per aiutare i bambini

malati di cancro a preservare la loro fertilità di fronte a trattamenti che altrimenti danneggerebbero o distruggerebbero la loro capacità di riprodursi.

Raw Language Weaver

Kerala trans uomo incinta; coppia impostata ad accogliere il bambino nel mese di marzo: SPIEGATO transgender e gravidanza non binaria. Per la prima volta in India, un uomo trans del Kerala si aspetta un bambino, che dovrebbe nascere il mese prossimo. La coppia transgender, insieme per gli ultimi tre anni, ha documentato il loro viaggio genitorialità in Instagram posti, di recente ottenere un professionista anche fotografia fatto. Continua a leggere per sapere tutto su come le persone che si identificano come transgender non-binary possono concepire.

Nuova Delhi: Come primo caso in India, un uomo trans dal Kerala si aspetta un bambino, per essere nato nel mese di marzo. Zahad, un ragioniere di Thiruvananthapuram è in stato di gravidanza di otto mesi e si prepara all'arrivo del suo partner Ziya. La coppia è stata insieme da tre anni, e dopo la nascita piani per continuare a sostenere il sesso di assistenza. Per quanto sappiamo questa è la prima gravidanza trans man dell'India," Ziya, un ballerino classico professionista, ha scritto in un post Instagram, condividendo frammenti della loro gravidanza photoshoot.

"Il tempo ci ha riuniti. Sono passati tre anni. Come il mio sogno di essere madre, il suo sogno di essere padre." Zahad è nata una donna alla nascita, e il suo partner, che sta attraversando una transizione da maschio a femmina, ha interrotto il processo di transizione lo scorso anno per poter diventare genitori. Per la chirurgia sessuale-transizione, i medici avevano rimosso i seni, ma non gli organi riproduttivi e così la coppia è stata in grado di concepire normalmente.

La gravidanza e il parto sono sempre associati alle donne. Tuttavia, le persone di tutti i generi che hanno un utero possono rimanere incinte e partorire i bambini. Ma la maggior parte delle persone transgender che partoriscono sono quelle nate con un utero — uomini transgender, persone non binarie, persone di sesso fluido, persone di genere, persone di due spiriti, ed altri con uteri che non si identificano come donne. Secondo i professionisti della salute, è un'idea sbagliata che prendere il testosterone renderà i trasgressori "sterili" e potenzialmente incapaci di concepire. Un recente studio condotto su persone transgender da donna a maschio che ricevevano fecondazione in vitro ha rilevato che la qualità e la quantità delle uova erano simili tra gli uomini transgender e le donne cisgender. Durante l'assunzione di testosterone, l'ovulazione può smettere, ma le riserve di uova continuano ad essere lì. Così, se un uomo transgender smette di prendere il suo testosterone, il suo ciclo mestruale ritorna spesso, secondo quanto riferito entro circa sei mesi.

Anche se non ci sono record esatti, secondo i comunicati stampa raccolti dalla Rutgers' University, quasi il 30 per cento degli uomini transgender in tutto il mondo hanno avuto gravidanze non pianificate. Testosterone terapie. Gli uomini transgender, che prendono la terapia del testosterone fare in modo da sopprimere gli effetti degli estrogeni mentre stimolano lo sviluppo delle caratteristiche maschili del sesso secondario, tra cui: Crescita muscolare, redistribuzione del grasso corporeo, aumento della crescita dei capelli sul corpo e sul viso, voce più profonda

Tuttavia, molti medici suggeriscono che per i trasgressori, ottenere e portare una gravidanza deve venire con più cura, come ci sono maggiori probabilità di rapimento placentare, lavoro prematuri, anemia, e anche ipertensione. Effetto degli interventi chirurgici sulla gravidanza. Se un uomo transgender o una persona non binaria assegnata alla nascita ha avuto un'isterectomia, non sarà in grado di trasportare una gravidanza poiché le ovaie sono rimosse. Tuttavia, i medici dicono che possono considerare la terapia di recupero dell'uovo.

Gli uomini transgender e le persone non binarie assegnate alle femmine alla nascita possono anche essere incoraggiati a congelare le loro uova prima di qualsiasi transizione medica. Tuttavia, alcuni ricercatori e medici stanno anche esplorando tecniche sperimentali di fertilità del cancro per recuperare gameti in individui che passano presto. Queste tecniche sono state progettate per aiutare i bambini con il cancro a

preservare la loro fertilità di fronte a trattamenti che altrimenti danneggerebbero o distruggerebbero la loro capacità di riprodurre.

DeepL Translator + Glossary

Uomo trans del Kerala in stato di gravidanza; la coppia darà il benvenuto al bambino a marzo: Spiegata la gravidanza di una persona transgender e di genere non binario. Per la prima volta in India, un uomo trans del Kerala aspetta un bambino, che nascerà il mese prossimo. La coppia di persone transgender, che sta insieme da tre anni, ha documentato il proprio percorso di genitorialità con dei post su Instagram e ha recentemente realizzato anche un servizio fotografico professionale. Continuate a leggere per sapere come le persone transgender di genere non binario possono concepire.

Nuova Delhi: come primo caso in India, un uomo trans del Kerala aspetta un bambino, che nascerà a marzo. Zahad, un contabile di Thiruvananthapuram, è all'ottavo mese di gravidanza e si sta preparando all'arrivo del suo compagno Ziya. La coppia sta insieme da tre anni e, dopo il parto, ha intenzione di continuare le cure per l'affermazione di genere. Per quanto ne sappiamo, questa è la prima gravidanza di un uomo trans in India", ha scritto Ziya, ballerino classico professionista, in un post su Instagram, condividendo frammenti del servizio fotografico della gravidanza.

"Il tempo ci ha fatto incontrare. Sono passati tre anni. Come il mio sogno di essere madre, il suo sogno di essere padre". Zahad è nato femmina alla nascita e il suo compagno, che si sta sottoponendo a una transizione FtM, ha interrotto il processo di transizione l'anno scorso per poter diventare genitori. Per l'intervento di transizione sessuale, i medici hanno rimosso i seni ma non gli organi riproduttivi e quindi la coppia ha potuto concepire normalmente.

Definitive: La gravidanza e il parto sono sempre associati alle donne. Tuttavia, le persone di ogni genere che hanno un utero possono concepire e dare alla luce bambini. Ma la maggior parte delle persone transgender che partoriscono sono quelle alla nascita con un utero: uomini transgender, persone di genere non binario, persone gender fluid, persone genderqueer, persone two-spirit e altre persone con utero che non si identificano come donne. Secondo i professionisti della salute, è un'idea sbagliata che l'assunzione di testosterone renda le persone transgender "sterili" e potenzialmente incapaci di concepire. Un recente studio condotto su persone transgender FtM sottoposte a fecondazione in vitro ha rilevato che la qualità e la quantità degli ovuli erano simili tra gli uomini transgender e le donne transgender. Durante l'assunzione di testosterone, l'ovulazione può interrompersi, ma le riserve di ovuli continuano a essere presenti. Quindi, se una persona transgender smette di assumere testosterone, spesso il ciclo mestruale ritorna, secondo quanto riferito, entro circa sei mesi. // Without transgender man/woman La gravidanza e il parto sono sempre associati alle donne. Tuttavia, le persone di ogni genere che hanno un utero possono concepire e dare alla luce bambini. Ma la maggior parte delle persone transgender che partoriscono sono quelle alla nascita con un utero: uomini transgender, persone di genere non binario, persone gender fluid, persone genderqueer, persone a due spiriti e altre persone con utero che non si identificano come donne. Secondo i professionisti della salute, è un'idea sbagliata che l'assunzione di testosterone renda le persone transgender "sterili" e potenzialmente incapaci di concepire. Un recente studio condotto su persone transgender FtM sottoposte a fecondazione in vitro ha rilevato che la qualità e la quantità degli ovuli erano simili tra uomini transgender e donne cisgender. Durante l'assunzione di testosterone, l'ovulazione può interrompersi, ma le riserve di ovuli continuano a essere presenti. Quindi, se una persona transgender interrompe l'assunzione di testosterone, spesso il ciclo mestruale ritorna, secondo quanto riferito, entro circa sei mesi.

Anche se non esistono dati precisi, secondo le notizie raccolte dalla Rutgers University, quasi il 30% degli uomini transgender di tutto il mondo ha avuto gravidanze non pianificate. Terapie a base di testosterone. Gli uomini transgender che assumono una terapia a base di testosterone lo fanno per sopprimere gli effetti degli estrogeni e stimolare lo sviluppo di caratteristiche sessuali secondarie maschili, tra cui: crescita muscolare, redistribuzione del grasso corporeo, aumento dei peli sul corpo e sul viso, voce più profonda.

Tuttavia, molti medici suggeriscono che per le persone transgender, ottenere e portare avanti una gravidanza deve essere accompagnato da maggiori attenzioni, in quanto vi sono maggiori probabilità di distacco della placenta, travaglio pretermine, anemia e persino ipertensione. Effetti degli interventi chirurgici sulla

gravidanza. Se una persona transgender o di genere non binario a cui è stato assegnato il genere femminile alla nascita è stata sottoposta a isterectomia, non sarà in grado di portare avanti una gravidanza poiché le ovaie sono state rimosse. Tuttavia, i medici dicono che possono prendere in considerazione una terapia di recupero degli ovociti.

Gli uomini transgender e le persone di genere non binario a cui è stato assegnato il genere femminile alla nascita possono anche essere incoraggiati a congelare i loro ovuli prima di qualsiasi transizione medica. Tuttavia, alcuni ricercatori e medici stanno anche esplorando tecniche sperimentali di fertilità oncologica per recuperare i gameti nelle persone che effettuano la transizione in anticipo. Queste tecniche sono state ideate per aiutare i bambini malati di cancro a preservare la loro fertilità di fronte a trattamenti che altrimenti danneggerebbero o distruggerebbero la loro capacità di riprodursi.

Language Weaver + Dictionary

Kerala uomo trans in stato di gravidanza; coppia impostata per accogliere il bambino nel mese di marzo: SPIEGATO persona transgender e di genere non binario gravidanza. Per la prima volta in India, un uomo trans dal Kerala sta prevedendo un bambino, dovuto essere alla nascita il mese prossimo. La coppia di persona transgender, insieme per gli ultimi tre anni, ha documentato il loro viaggio genitorialità in Instagram post, di recente ottenere un photoshoot professionale anche fatto. Continua a leggere per sapere tutto su come le persone che si identificano come persona transgender di genere non binario possono concepire.

Nuova Delhi: Come primo caso in India, un uomo trans dal Kerala si aspetta un bambino, per essere alla nascita nel mese di marzo. Zahad, un ragioniere di Thiruvananthapuram è otto mesi in stato di gravidanza e si prepara per l'arrivo del suo partner Ziya. La coppia è stata insieme da tre anni, e dopo la nascita prevede di continuare con per l'affermazione di genere Care. Per quanto ne sappiamo, questa è la prima gravidanza uomo trans in India", ha scritto Ziya, un ballerino classico professionista, in un post Instagram, condividendo frammenti della loro gravidanza photoshoot.

"Il tempo ci ha riuniti. Sono passati tre anni. Come il mio sogno di essere madre, il suo sogno di essere padre." Zahad alla nascita, una donna alla nascita, e il suo partner, che sta subendo una transizione MtF, ha messo in pausa il processo di transizione lo scorso anno per poter diventare genitori. Per la chirurgia sessuale-transizione, i medici avevano rimosso i seni, ma non gli organi riproduttivi e così la coppia è stata in grado di concepire normalmente.

La gravidanza e il parto sono sempre associati alle donne. Tuttavia, le persone di tutti i generi che hanno un utero possono ottenere in stato di gravidanza e dare alla luce i bambini. Ma la maggior parte delle persone di persona transgender che partoriscono sono quelle alla nascita con un utero — uomini di persona transgender, persone di di genere non binario, persone di sesso fluido, persone di genere, persone di due spiriti, ed altri con uteri che non si identificano come donne. Secondo i professionisti della salute, è un'idea sbagliata che prendere il testosterone renderà i trasgressori "sterili" e potenzialmente incapaci di concepire. Un recente studio condotto su persone FtM persona transgender che ricevevano fecondazione in vitro ha rilevato che la qualità e la quantità delle uova erano simili tra gli uomini persona transgender e le donne cisgender. Durante l'assunzione di testosterone, l'ovulazione può smettere, ma le riserve di uova continuano ad essere lì. Così, se un uomo transgender smette di prendere il suo testosterone, il suo ciclo mestruale spesso ritorna, secondo quanto riferito entro circa sei mesi.

Anche se non ci sono record esatti, secondo i comunicati stampa raccolti dall'Università di Rutgers, quasi il 30 per cento degli uomini di persona transgender in tutto il mondo hanno avuto gravidanze non pianificate. Testosterone terapie. persona transgender uomini, che prendono la terapia del testosterone fare in modo da sopprimere gli effetti degli estrogeni, stimolando allo stesso tempo lo sviluppo delle caratteristiche maschili del sesso secondario, tra cui: Crescita muscolare, ridistribuzione del grasso corporeo, aumento della crescita dei capelli sul corpo e il viso, voce più profonda

Tuttavia, molti medici suggeriscono che per i trasgressori, ottenere e portare una gravidanza deve venire con più cura, come ci sono maggiori probabilità di rapimento placentare, lavoro prematuri, anemia, e anche

ipertensione. Effetto degli interventi chirurgici sulla gravidanza. Se una persona uomo transgender o di genere non binario a cui è stato assegnato il genere femminile alla nascita ha avuto un'isterectomia, non sarà in grado di portare una gravidanza come le ovaie sono rimosse. Tuttavia, i medici dicono che possono considerare la terapia di recupero dell'uovo.

Gli uomini di persona transgender e le persone di di genere non binario assegnate alle femmine alla nascita possono anche essere incoraggiati a congelare le loro uova prima di qualsiasi transizione medica. Tuttavia, alcuni ricercatori e medici stanno anche esplorando tecniche sperimentali di fertilità del cancro per recuperare gameti in individui che passano presto. Queste tecniche sono state progettate per aiutare i bambini con il cancro a preservare la loro fertilità di fronte a trattamenti che altrimenti danneggerebbero o distruggerebbero la loro capacità di riprodurre.

Raw ModernMT

Kerala trans uomo incinta; coppia impostato per accogliere il bambino nel mese di marzo: HA SPIEGATO transgender e non binario gravidanza. Per la prima volta in India, un uomo trans del Kerala aspetta un bambino, che dovrebbe nascere il mese prossimo. La coppia transgender, insieme negli ultimi tre anni, ha documentato il loro viaggio genitoriale nei post di Instagram, ottenendo recentemente anche un servizio fotografico professionale. Continua a leggere per sapere tutto su come le persone che si identificano come transgender non binarie possono concepire.

Come primo caso in India, un uomo trans del Kerala è in attesa di un bambino, che nascerà a marzo. Zahad, un contabile di Thiruvananthapuram, è incinta di otto mesi e si sta preparando per l'arrivo della sua compagna Ziya. La coppia è stata insieme per tre anni e dopo la nascita prevede di portare avanti l'assistenza per l'affermazione del genere. Per quanto ne sappiamo questa è la prima gravidanza di un uomo trans in India ", ha scritto Ziya, una ballerina classica professionista, in un post su Instagram, condividendo frammenti del loro servizio fotografico di gravidanza.

“Il tempo ci ha uniti. Sono passati tre anni. Come il mio sogno di essere madre, il suo sogno di essere padre. Zahad è nato femmina alla nascita e il suo partner, che sta attraversando una transizione da maschio a femmina, ha messo in pausa il processo di transizione lo scorso anno per poter diventare genitori. Per l'intervento chirurgico di transizione sessuale, i medici avevano rimosso i seni ma non gli organi riproduttivi e quindi la coppia è stata in grado di concepire normalmente.

La gravidanza e il parto sono sempre associati alle donne. Tuttavia, le persone di tutti i sessi che hanno un utero possono rimanere incinte e dare alla luce bambini. Ma la maggior parte delle persone transgender che partoriscono sono quelle nate con un utero — uomini transgender, persone non binarie, persone fluide di genere, persone genderqueer, persone a due spiriti e altri con uteri che non si identificano come donne. Secondo gli operatori sanitari, è un malinteso che l'assunzione di testosterone renderà i transgender "sterili" e potenzialmente incapaci di concepire. Un recente studio che ha studiato le persone transgender da femmina a maschio che ricevono la fecondazione in vitro ha rilevato che la qualità e la quantità degli ovuli erano simili tra gli uomini transgender e le donne cisgender. Durante l'assunzione di testosterone, l'ovulazione può fermarsi, ma le riserve di uova continuano ad essere lì. Quindi, se un uomo transgender smette di prendere il suo testosterone, il suo ciclo mestruale spesso ritorna, secondo quanto riferito entro circa sei mesi.

Anche se non ci sono dati esatti, secondo le notizie raccolte dall'Università di Rutgers, quasi il 30% degli uomini transgender in tutto il mondo ha avuto gravidanze non pianificate. Terapie con testosterone. Gli uomini transgender, che assumono la terapia con testosterone, lo fanno per sopprimere gli effetti degli estrogeni mentre stimolano lo sviluppo delle caratteristiche sessuali secondarie maschili, tra cui: crescita muscolare, ridistribuzione del grasso corporeo, aumento della crescita dei capelli sul corpo e sul viso, voce più profonda

Tuttavia, molti medici suggeriscono che per i transgender, ottenere e portare una gravidanza deve venire con più cura, in quanto vi sono maggiori possibilità di distacco di placenta, parto pretermine, anemia e persino ipertensione. Effetti degli interventi chirurgici sulla gravidanza. Se un uomo transgender o una

persona non binaria assegnata alla nascita ha subito un'isterectomia, non sarà in grado di portare avanti una gravidanza poiché le ovaie vengono rimosse. Tuttavia, i medici dicono che possono prendere in considerazione la terapia di recupero degli ovuli.

Gli uomini transgender e le persone non binarie assegnate alle femmine alla nascita possono anche essere incoraggiati a congelare i loro ovuli prima di qualsiasi transizione medica. Tuttavia, alcuni ricercatori e medici stanno anche esplorando tecniche sperimentali di fertilità del cancro per recuperare i gameti in individui che passano presto. Queste tecniche sono state progettate per aiutare i bambini con cancro a preservare la loro fertilità di fronte a trattamenti che altrimenti danneggerebbero o distruggerebbero la loro capacità di riprodursi.

ModernMT + TM

Kerala uomo trans incinta; coppia impostata per accogliere il bambino a marzo: gravidanza transgender e non binaria SPIEGATA. Per la prima volta in India, un uomo trans del Kerala aspetta un bambino, che dovrebbe nascere il mese prossimo. La coppia transgender, insieme negli ultimi tre anni, ha documentato il loro viaggio genitoriale nei post di Instagram, ottenendo recentemente anche un servizio fotografico professionale. Continua a leggere per sapere tutto su come le persone che si identificano come transgender non binarie possono concepire.

Come primo caso in India, un uomo trans del Kerala è in attesa di un bambino, che nascerà a marzo. Zahad, un contabile di Thiruvananthapuram, è incinta di otto mesi e si sta preparando per l'arrivo della sua compagna Ziya. La coppia è stata insieme per tre anni e dopo la nascita prevede di portare avanti l'assistenza per l'affermazione di genere. Per quanto ne sappiamo questa è la prima gravidanza di un uomo trans in India ", ha scritto Ziya, una ballerina classica professionista, in un post su Instagram, condividendo frammenti del loro servizio fotografico di gravidanza.

“Il tempo ci ha uniti. Sono passati tre anni. Come il mio sogno di essere madre, il suo sogno di essere padre. Zahad è nato femmina alla nascita e il suo partner, che sta attraversando una transizione da maschio a femmina, ha messo in pausa il processo di transizione lo scorso anno per essere in grado di diventare genitori. Per l'intervento chirurgico di transizione sessuale, i medici hanno rimosso i seni ma non gli organi riproduttivi e quindi la coppia è stata in grado di concepire normalmente.

La gravidanza e il parto sono sempre associati alle donne. Tuttavia, le persone di tutti i sessi che hanno un utero possono rimanere incinte e dare alla luce bambini. Ma la maggior parte delle persone transgender che partoriscono sono quelle nate con un utero — uomini transgender, persone non binarie, persone fluide di genere, persone genderqueer, persone a due spiriti e altri con uteri che non si identificano come donne. Secondo gli operatori sanitari, è un equivoco che l'assunzione di testosterone renderà i transgender "sterili" e potenzialmente incapaci di concepire. Un recente studio che ha studiato le persone transgender da femmina a maschio che ricevono la fecondazione in vitro ha rilevato che la qualità e la quantità degli ovuli erano simili tra gli uomini transgender e le donne cisgender. Durante l'assunzione di testosterone, l'ovulazione può fermarsi, ma le riserve di uova continuano ad essere lì. Quindi, se un uomo transgender smette di prendere il suo testosterone, il suo ciclo mestruale spesso ritorna, secondo quanto riferito entro circa sei mesi.

Anche se non ci sono dati esatti, secondo le notizie raccolte dall'Università di Rutgers, quasi il 30% degli uomini transgender in tutto il mondo ha avuto gravidanze non pianificate. Terapie con testosterone. Gli uomini transgender, che assumono la terapia con testosterone, lo fanno per sopprimere gli effetti degli estrogeni mentre stimolano lo sviluppo delle caratteristiche sessuali secondarie maschili, tra cui: crescita muscolare, redistribuzione del grasso corporeo, aumento della crescita dei capelli sul corpo e sul viso, voce più profonda

Tuttavia, molti medici suggeriscono che per i transgender, ottenere e portare una gravidanza deve venire con più cura, in quanto vi sono maggiori possibilità di distacco di placenta, parto pretermine, anemia e persino ipertensione. Effetti degli interventi chirurgici sulla gravidanza. Se un uomo transgender o una persona non binaria assegnata alla nascita ha subito un'isterectomia, non sarà in grado di portare avanti una

gravidanza poiché le ovaie vengono rimosse. Tuttavia, i medici dicono che possono prendere in considerazione la terapia di recupero degli ovuli.

Anche gli uomini transgender e le persone non binarie assegnate alle femmine alla nascita possono essere incoraggiati a congelare i loro ovuli prima di qualsiasi transizione medica. Tuttavia, alcuni ricercatori e medici stanno anche esplorando tecniche sperimentali di fertilità del cancro per recuperare i gameti in individui che passano presto. Queste tecniche sono state progettate per aiutare i bambini con cancro a preservare la loro fertilità di fronte a trattamenti che altrimenti danneggerebbero o distruggerebbero la loro capacità di riprodursi.

Raw Generic SYSTRAN

Kerala trans, incinta; coppia pronta per dare il benvenuto al bambino in marzo: gravidanza transessuale SPIEGATA e non binaria. Per la prima volta in India, un trans del Kerala si aspetta un bambino, che nascerà il mese prossimo. La coppia transessuale, insieme per gli ultimi tre anni, ha documentato il loro percorso parentale nei post di Instagram, ottenendo di recente anche una fotografia professionale. Continua a leggere per sapere come possono concepire le persone che si identificano come transessuali non binari.

New Delhi: come primo caso in India, un trans del Kerala si aspetta che nasca un bambino a marzo. Zahad, un contabile di Treuvanthapuram e' incinta di otto mesi e si sta preparando all'arrivo del suo socio Ziya. La coppia e' stata insieme per tre anni, e dopo i piani di nascita per continuare a fare cure per l'affermazione del genere. Per quel che ne sappiamo, questa è la prima gravidanza trans-maschile dell'India", ha scritto Ziya, una ballerina classica professionale, in un post su Instagram, condividendo frammenti delle loro foto di gravidanza.

"Il tempo ci ha uniti. Sono passati tre anni. Come il mio sogno di essere madre, il suo sogno di essere padre." Zahad e' nata femmina alla nascita, e il suo partner, che e' in fase di transizione da uomo a donna, ha sospeso il processo di transizione l'anno scorso per poter diventare genitori. Per l'operazione di transizione sessuale, i dottori avevano rimosso il seno ma non gli organi riproduttivi, quindi la coppia è stata in grado di concepire normalmente.

La gravidanza e il parto sono sempre associati alle donne. Tuttavia, le persone di tutti i generi che hanno un utero possono rimanere incinte e partorire bambini. Ma la maggior parte delle persone transessuali che partoriscono sono quelle che nascono con un utero... uomini transessuali, persone non binarie, persone fluide di genere, persone genderqueer, persone con due spirito, e altre con uteri che non si identificano come donne. Secondo i professionisti della sanità, è un'errata convinzione che l'assunzione di testosterone renderà i transessuali "sterili" e potenzialmente incapaci di concepire. Uno studio recente che ha condotto ricerche su transessuali tra donne e uomini che ricevono la fecondazione in vitro ha rivelato che la qualità e la quantità delle uova erano simili tra uomini transessuali e donne di sesso maschile. Mentre si prende il testosterone, l'ovulazione può smettere, ma le riserve di uova continuano ad essere lì. Quindi, se un uomo transessuale smette di prendere il testosterone, il suo ciclo mestruale spesso ritorna, in base a quanto riferito, entro circa sei mesi.

Anche se non ci sono dati esatti, secondo i notiziari raccolti dall'Università di Rutgers, quasi il 30 per cento degli uomini transessuali in tutto il mondo ha avuto gravidanze impreviste. terapie testosterone. Gli uomini transessuali che fanno la terapia testosterone lo fanno per sopprimere gli effetti degli estrogeni e stimolano lo sviluppo di caratteristiche sessuali secondarie maschile, tra cui: crescita muscolare, redistribuzione del grasso corporeo, aumento della crescita dei capelli sul corpo e sul viso, voce più profonda

Tuttavia, molti dottori suggeriscono che per i trasgressori, avere e portare con sé una gravidanza deve essere curato con maggiore cura, in quanto esistono maggiori possibilità di interruzione placenta, di lavoro pre-termine, di anemia e persino di ipertensione. Effetti degli interventi sulla gravidanza. Se un uomo transessuale o una persona non binaria assegnata alla femmina alla nascita ha avuto un'isterectomia, non sarà in grado di portare avanti una gravidanza quando le ovaie vengono rimosse. Tuttavia, i dottori dicono che possono considerare la terapia di recupero delle uova.

Gli uomini transessuali e le persone non binarie assegnati alle femmine alla nascita possono essere inoltre incoraggiati a congelare le loro uova prima di qualsiasi transizione medica. Tuttavia, alcuni ricercatori e dottori stanno anche esplorando tecniche sperimentali di fertilità del cancro per recuperare i gameti in individui che passano presto. Queste tecniche sono state progettate per aiutare i bambini malati di cancro a preservare la loro fertilità in caso di trattamenti che altrimenti danneggerebbero o distruggerebbero la loro capacità di riprodursi.

Generic SYSTRAN + TM

Donna trans del Kerala incinta; coppia pronta ad accogliere il bambino a marzo: SPIEGATO gravidanza transessuale e non binaria. Per la prima volta in India, un trans del Kerala aspetta un bambino, che nascerà il mese prossimo. La coppia transessuale, insieme da tre anni, ha documentato il suo viaggio di parentela in post su Instagram, ottenendo di recente anche un servizio fotografico professionale fatto. Continua a leggere per sapere tutto su come le persone che si identificano come transgender non binario possono concepire.

New Delhi: Come primo caso in India, un trans del Kerala aspetta un bambino, che nascerà a marzo. Zahad, un commercialista di Thiruvananthapuram è incinta di otto mesi e si prepara all'arrivo della sua compagna Ziya. La coppia sta insieme da tre anni, e dopo la nascita ha in programma di portare avanti le cure di affermazione del genere. Per quanto ne sappiamo, si tratta della prima gravidanza trans dell'India", ha scritto Ziya, una ballerina classica professionista, in un post su Instagram, condividendo alcuni frammenti delle foto della loro gravidanza.

"Il tempo ci ha riuniti. Sono passati tre anni. Come il mio sogno di essere madre, il suo sogno di essere padre." Zahad è nato femmina alla nascita, e la sua compagna, che sta attraversando una fase di transizione da maschio a femmina, ha sospeso il processo di transizione lo scorso anno per poter diventare genitori. Per l'intervento chirurgico di transizione sessuale, i medici hanno asportato le mammelle ma non gli organi riproduttivi e quindi la coppia è stata in grado di concepire normalmente.

La gravidanza e il parto sono sempre associati alle donne. Tuttavia, le persone di tutti i sessi che hanno l'utero possono rimanere incinte e partorire bambini. Ma la maggior parte delle persone transgender che partoriscono sono quelle nate con l'utero — uomini transgender, persone non binarie, persone sessualmente fluide, persone generiche, persone bispirituali, e altre persone con utero che non si identificano come donne. Secondo gli operatori sanitari, è un'errata concezione che l'assunzione di testosterone renderà i transgender "sterili" e potenzialmente incapaci di concepire. Un recente studio condotto su persone transgender da donna a uomo sottoposte a fecondazione in vitro ha rilevato che la qualità e la quantità delle uova erano simili tra gli uomini transgender e le donne cisgender. Durante l'assunzione di testosterone, l'ovulazione può cessare, ma le riserve di uova continuano ad essere presenti. Quindi, se un uomo transgender smette di assumere il testosterone, il suo ciclo mestruale spesso ritorna, si dice entro circa sei mesi.

Anche se non ci sono dati precisi, secondo le notizie raccolte dall'Università di Rutgers, quasi il 30 per cento degli uomini transgender nel mondo ha avuto gravidanze non pianificate. Terapie con testosterone. Gli uomini transgender che assumono la terapia con testosterone lo fanno per sopprimere gli effetti degli estrogeni, stimolando lo sviluppo di caratteristiche sessuali secondarie maschili, tra cui: crescita muscolare, redistribuzione del grasso corporeo, aumento della crescita dei capelli sul corpo e sul viso, voce più profonda

Tuttavia, molti medici suggeriscono che per i transessuali, ottenere e portare una gravidanza deve essere con più cura, in quanto ci sono maggiori probabilità di interruzione della placenta, travaglio pretermine, anemia e anche ipertensione. Effetto degli interventi chirurgici sulla gravidanza. Se un uomo transgender o una persona non binaria assegnata alla nascita ha avuto un'isterectomia, non sarà in grado di portare avanti una gravidanza mentre vengono rimosse le ovaie. Tuttavia, i medici dicono che possono prendere in considerazione la terapia di recupero delle uova.

Anche gli uomini transgender e le persone non binarie assegnati alle femmine alla nascita possono essere incoraggiati a congelare le uova prima di qualsiasi transizione medica. Tuttavia, alcuni ricercatori e medici stanno anche esplorando tecniche sperimentali di fertilità del cancro per recuperare i gameti in individui

che si muovono precocemente. Queste tecniche sono state progettate per aiutare i bambini con il cancro a preservare la loro fertilità di fronte a trattamenti che altrimenti danneggerebbero o distruggerebbero la loro capacità di riprodursi.

Medical SYSTRAN + TM

Kerala trans uomo incinta; coppia pronta ad accogliere il bambino in marzo: SPIEGATO transgender e non binario gravidanza. Per la prima volta in India, un uomo trans del Kerala si aspetta un bambino, che nascerà il mese prossimo. La coppia transessuale, insieme da tre anni, ha documentato il loro viaggio da genitori in vari post su Instagram, ottenendo di recente anche un servizio fotografico professionale. Continua a leggere per sapere tutto su come le persone che si identificano come transgender non binario possono concepire.

New Delhi: Come primo caso in India, un transessuale del Kerala si aspetta un bambino, che nascerà a marzo. Zahad, contabile di Thiruvananthapuram, è incinta di otto mesi e si sta preparando per l'arrivo della sua compagna Ziya. La coppia è stata insieme per tre anni ora, e dopo la nascita ha in programma di continuare le cure di affermazione di genere. Per quanto ne sappiamo, questa è la prima gravidanza transessuale dell'India", ha scritto Ziya, una ballerina classica professionista, in un post su Instagram, condividendo alcuni frammenti delle foto della gravidanza.

"Il tempo ci ha riuniti. Sono passati tre anni. Come il mio sogno di essere madre, il suo sogno di essere padre." Zahad è nato alla nascita come donna e il suo partner, che sta attraversando una fase di transizione da maschio a femmina, ha interrotto il processo di transizione lo scorso anno per poter diventare genitori. Per l'intervento chirurgico di transizione sessuale, i medici hanno asportato le mammelle ma non gli organi riproduttivi e quindi la coppia è stata in grado di concepire normalmente.

La gravidanza e il parto sono sempre associati alle donne. Tuttavia, le persone di tutti i sessi con utero possono rimanere incinte e partorire bambini. Ma la maggior parte delle persone transgender che partoriscono sono quelle nate con l'utero — uomini transgender, persone non binarie, persone di genere fluido, persone di genere queer, persone con due spiriti, e altre persone con utero che non si identificano come donne. Secondo gli operatori sanitari, è errato pensare che l'assunzione di testosterone renderà i transessuali "sterili" e potenzialmente incapaci di concepire. Un recente studio condotto su persone transgender da donna a uomo sottoposte a fecondazione in vitro ha rilevato che la qualità e la quantità delle uova erano simili tra uomini transgender e donne cisgender. Durante l'assunzione di testosterone, l'ovulazione può cessare, ma le riserve di uova continuano a essere presenti. Quindi, se un uomo transgender smette di assumere il testosterone, il ciclo mestruale spesso ritorna, a quanto riferito, entro circa sei mesi.

Anche se non ci sono dati precisi, secondo notizie raccolte dall'Università di Rutgers, quasi il 30 per cento degli uomini transgender nel mondo ha avuto gravidanze non pianificate. Terapie con testosterone. Gli uomini transgender, che assumono la terapia con testosterone, lo fanno per sopprimere gli effetti degli estrogeni, stimolando allo stesso tempo lo sviluppo dei caratteri sessuali secondari maschili, tra cui: crescita muscolare, redistribuzione del grasso corporeo, aumento della crescita di peli sul corpo e sul viso, voce più profonda

Tuttavia, molti medici suggeriscono che per i transessuali, l'inizio e il trasporto di una gravidanza devono essere accompagnati da una maggiore attenzione, poiché ci sono maggiori possibilità di distacco di placenta, travaglio pretermine, anemia e anche ipertensione. Effetto degli interventi chirurgici sulla gravidanza. Se un uomo transessuale o una persona non binaria a cui è stata assegnata una donna alla nascita ha subito un'isterectomia, non sarà in grado di portare avanti una gravidanza quando le ovaie saranno rimosse. Tuttavia, i medici dicono che possono prendere in considerazione la terapia di recupero dell'ovulo.

Anche gli uomini transgender e le persone non binarie assegnati alle femmine alla nascita possono essere incoraggiati a congelare gli ovuli prima di qualsiasi transizione medica. Tuttavia, alcuni ricercatori e medici stanno anche esplorando le tecniche sperimentali di fertilità del cancro per recuperare i gameti in individui che passano precocemente alla fase di transizione. Queste tecniche sono state progettate per aiutare i

bambini con il cancro a preservare la loro fertilità di fronte a trattamenti che altrimenti danneggerebbero o distruggerebbero la loro capacità riproduttiva.

- Yurcaba, Jo. 2021. Nearly half of trans people have been mistreated by medical providers, report finds. In *NBCNews*. <https://www.nbcnews.com/nbc-out/out-health-and-wellness/nearly-half-trans-people-mistreated-medical-providers-report-finds-rcna1695> (accessed 04/02/2023)

Original

Nearly half of trans people have been mistreated by medical providers, report finds. The onus of addressing discrimination against transgender people should fall on medical institutions, one of the report's authors said.

For three years, Jesse Brace avoided getting care for their seizures after they experienced discrimination at an emergency room near their home in Lawrence, Kansas, in 2017. They said they told the staff that they are transgender and nonbinary, that their name is different from their legal name and that they use gender-neutral pronouns. "They refused to even so much as acknowledge this information, and not only did they not use [my pronouns], but they also sent me home without treating me for what I went in for," said Brace, 25. When they tried to get care elsewhere after that, they said, they had similar experiences, so they avoided care entirely.

In 2018, they began having seizures every day, so they started living in their car outside the Amazon facility where they were an assistant operations manager, because they couldn't drive themselves to work anymore. In November 2018, they lost their job. "I lost my car soon after and ended up on the streets in the winter," they said. "I was having hundreds [of seizures] a day and wasn't even leaving where I was laying." They were homeless, living out of their car or on the streets, for over three years. Brace's experience in the ER — and the impact that health care discrimination had on their life — is something many trans people face and fear when they try to get care, according to a report released Wednesday by the Center for American Progress, or CAP, a liberal think tank.

Discrimination, among other factors, prevents trans people from seeking necessary care, which leads to health disparities that can affect many other areas of their lives, the report found. The authors outline a road map of solutions, including legislative protections for LGBTQ people and better competency training for medical providers. "The onus should not be on individuals," said one of the report's authors, Sharita Gruberg, vice president of the center's LGBTQ Research and Communications Project. "It really should be on these institutions to do the right thing, and the resources and guidance is out there."

CAP's report found that nearly half of transgender people — and 68 percent of transgender people of color — reported having experienced mistreatment at the hands of a medical provider, including refusal of care and verbal or physical abuse, in the year before the survey, which took place in June 2020. Discrimination can then prevent people from seeking future care, the survey found: 28 percent of transgender people, including 22 percent of transgender people of color, reported having postponed or not gotten necessary medical care for fear of discrimination.

Brace got another job in May 2019, but they said they weren't able to get consistent care again until May of this year. They said doctors in the area repeatedly told them that they were unable to take on new patients. It wasn't until Brace was referred to a doctor who has a transgender child that they were finally able to obtain a primary care physician. "I get panic attacks just making appointments," they said. "I have no support whatsoever. Unfortunately, all health care around here is like this. There is no support for trans people, and so most avoid seeking care."

Dallas Ducar, a psychiatric nurse practitioner, opened Transhealth Northampton, a trans-led organization that provides health care to trans and gender diverse patients in western Massachusetts, in May. Ducar said that as a health care provider and a trans woman, she knows there's a dearth of affirming care for trans

people across the country. She said many of Transhealth's patients have gone without medical care for long periods of time. A patient who came in a couple of months ago had abnormal vital signs and had to be quickly taken to an emergency room because they were so sick, she added. "It's unfortunately not uncommon to see people who have experienced such high levels of discrimination and then forgo the routine visits, then perhaps even forgo an urgent care visit, which then turns into an emergency care visit," she said.

The CAP report said harassment and discrimination "contribute to high rates of stress," and — along with social determinants of health — make trans people "more likely to experience poor health outcomes." People will read about health disparities among trans people "and just think of that as something that, horribly, is associated with just like being trans, but actually a lot of these experiences have to do with being trans in a world that is constantly oppressing you and where you're experiencing discrimination both interpersonally but also institutionally and in these broader systems," said one of the report's authors, Caroline Medina, a policy analyst at CAP.

The report cites the 2019 Behavioral Risk Factor Surveillance System data collected by the Centers for Disease Control and Prevention, which found that trans people were more than twice as likely as cisgender adults to be told they had depressive disorders. Fifty-four percent also reported poor physical health at least one day in the previous month, compared to 36 percent of cisgender respondents, according to the CDC data. Trans people also have an increased likelihood of having asthma and developing cardiovascular disease, according to the CAP report.

The Covid-19 pandemic has also aggravated the health disparities trans people face: 1 in 3 reported having had suicidal thoughts during the pandemic, and 1 in 2 reported that their access to gender-affirming health care was curtailed significantly during the pandemic. Ducar said barriers to care, particularly gender-affirming care like hormones, is "really, really harmful, and they add to the layers of discrimination that exists within the trans community." "On the mental health side, we are seeing folks with really complex issues — tons and tons of trauma — that's coming to our doorstep," she said. "We're just seeing a lot of not only trauma, but complex PTSD specifically. These are people that have just been consistently burdened with the symptoms of PTSD, trauma just recurring. It's really been terrible."

When trans people do try to seek health care, they can face discrimination or outright refusal of care, as CAP found. But even when they don't experience discrimination, they are likely to see providers who don't have the cultural competency to provide them with affirming care. CAP's survey last year found that 1 in 3 transgender people reported having had to teach their doctors about transgender people to get appropriate care, and 15 percent reported having been asked "invasive or unnecessary questions about being transgender" not related to their reasons for visiting.

The report cited a 2018 brief from the Kaiser Family Foundation that found that more than half of medical school curriculums lack information about unique health issues the LGBTQ community faces and don't cover treatment beyond HIV prevention and care, "likely contributing to transgender people's inability to access affirming care," CAP wrote. Alex Petrovnia, 24, a writer and scientific researcher living in central Pennsylvania, said that last fall, he had to report a primary care physician after a negative experience.

He was worried about how testosterone would affect a joint problem he was having, and he asked the doctor, who was still a medical resident, whether there was a form of physical therapy to help the problem. After a tense exchange, he said, the doctor told him, "I don't know anything about this, because I've never had a patient like you." "I was trying to keep this interaction peaceable, and I replied with: 'Yeah, I know. It's really unfortunate that you're not taught anything about trans people in medical school, and it's just not a very well-known issue,'" he said. "And she looked me right in the eyes and she said: 'I don't think it's that important. There aren't many of you.'" When he left, he tweeted about the visit so other trans people in the area would know not to see that doctor.

The medical practice reached out to him a few days later and asked what it could do better, Petrovnia said. When he returned to see a new, supportive primary care physician, "they told me that they sent the resident back to trans-inclusivity training and that they had instituted that for all of their residents going forward,"

he said. “So that was very positive. ... Being the squeaky wheel really actually made an impact and actually improved the situation theoretically for others.” Petrovnia acknowledged that not everyone is able or willing to spark such teachable moments.

Mel Groves, 25, visited a primary care office in Montgomery, Alabama, in January when he had a cough, fever and lower body pains. When he was taken back for a full-body CT scan, he said, he had a decent conversation with the attendant who was pushing his chair. Groves said that when the procedure was over, however, the attendant’s tone changed. The attendant had apparently seen Groves’ chart and made a comment about his genitals, Groves said. “I was taken aback,” he said. “It was shocking, to say the least.”

Groves said that he wanted to report it but that he was feeling too ill and overwhelmed, as he was working in the area temporarily. “I knew that that’s what I should have done, but at the time, I had a lot of stuff going on,” he said. The health care system that oversees the primary care office where Groves was treated could not confirm his story, citing patient confidentiality.

CAP’s report outlines a number of policy recommendations that the authors said would help address health care discrimination against trans people. One in particular is among the most pressing, the authors said: They recommend that the federal government create a rule to strengthen Section 1557 of the Affordable Care Act, which prohibits discrimination on the basis of sex and has protected trans people from discrimination in federally funded health care facilities.

“The protections in Section 1557 are so critical but are also a floor that we need to firmly establish and strengthen,” said Gruberg of CAP. She said it was great that the Department of Health and Human Services’ Office of Civil Rights had announced that it would enforce Section 1557 to cover sexual orientation and gender identity, “but we’re also very worried about what that looks like, how strong these protections are going to be and the potential for religious exemptions to undermine them.”

U.S. District Judge Reed O’Connor issued a permanent injunction last week against the nondiscrimination protections in the Affordable Care Act, ruling in favor of religious health care providers who said the rules would force them to perform abortions or provide gender-affirming treatment against their religious beliefs. While Gruberg expects the decision to be overturned, she said “that threat is still there.” The report’s authors also recommended that Congress and state and local governments increase funding for LGBTQ community health centers, which often fill the health care gaps that trans people face.

Groves was connected with an affirming primary care physician through the Knights and Orchids Society, a grassroots organization in Selma, Alabama, led by Black trans people. He drives about 4½ hours from his home in Jackson, Mississippi, to Auburn, Alabama, when he needs care. Although groups like the Knights and Orchids Society have provided what Groves described as “life-changing” support, he said it’s ultimately up to the medical system and society to address pervasive issues like discrimination.

“We’ve always been here,” he said. “So I think that now the role falls on society and the medical professionals to educate themselves more. If that means more fellowships, more trainings, more professional development ... I feel like that is single-handedly the best thing that we can do to foster better health care for trans people, is helping people to understand how to be inclusive, and then going forward from there.”

Raw Google Translate

Quasi la metà delle persone trans è stata maltrattata dai fornitori di servizi medici, rileva il rapporto. L'onere di affrontare la discriminazione contro le persone transgender dovrebbe ricadere sulle istituzioni mediche, ha affermato uno degli autori del rapporto.

Per tre anni, Jesse Brace ha evitato di farsi curare per le crisi epilettiche dopo aver subito discriminazioni in un pronto soccorso vicino a casa loro a Lawrence, Kansas, nel 2017. Hanno detto di aver detto allo staff che sono transgender e non binari, che il loro nome è diverso da il loro nome legale e che usano pronomi neutri rispetto al genere. "Si sono rifiutati anche solo di riconoscere queste informazioni, e non solo non

hanno usato [i miei pronomi], ma mi hanno anche mandato a casa senza curarmi per quello per cui ero andato", ha detto Brace, 25 anni. dopo aver ricevuto cure altrove, hanno detto, hanno avuto esperienze simili, quindi hanno evitato completamente le cure.

Nel 2018, hanno iniziato ad avere crisi epilettiche ogni giorno, quindi hanno iniziato a vivere nella loro auto fuori dalla struttura di Amazon dove lavoravano come assistente responsabile delle operazioni, perché non potevano più guidare da soli per andare al lavoro. Nel novembre 2018 hanno perso il lavoro. "Ho perso la macchina poco dopo e sono finito per strada in inverno", hanno detto. "Stavo avendo centinaia [di convulsioni] al giorno e non me ne andavo nemmeno da dove ero sdraiato." Erano senz'altro, vivevano fuori dalla macchina o per strada, da oltre tre anni. L'esperienza di Brace al pronto soccorso - e l'impatto che la discriminazione sanitaria ha avuto sulla loro vita - è qualcosa che molte persone trans affrontano e temono quando cercano di farsi curare, secondo un rapporto pubblicato mercoledì dal Center for American Progress, o CAP, un think tank liberale.

La discriminazione, tra gli altri fattori, impedisce alle persone trans di cercare le cure necessarie, il che porta a disparità di salute che possono influenzare molte altre aree della loro vita, rileva il rapporto. Gli autori delineano una road map di soluzioni, comprese le protezioni legislative per le persone LGBTQ e una migliore formazione delle competenze per gli operatori sanitari. "L'onere non dovrebbe essere sugli individui", ha affermato uno degli autori del rapporto, Sharita Gruberg, vicepresidente del progetto di ricerca e comunicazione LGBTQ del centro. "Dovrebbe davvero spettare a queste istituzioni fare la cosa giusta, e le risorse e la guida sono là fuori".

Il rapporto del CAP ha rilevato che quasi la metà delle persone transgender - e il 68% delle persone transgender di colore - ha riferito di aver subito maltrattamenti da parte di un medico, compreso il rifiuto delle cure e abusi verbali o fisici, nell'anno precedente il sondaggio, che ha preso luogo nel giugno 2020. La discriminazione può quindi impedire alle persone di cercare cure future, il sondaggio ha rilevato: il 28% delle persone transgender, compreso il 22% delle persone transgender di colore, ha riferito di aver rinviato o non aver ricevuto le cure mediche necessarie per paura della discriminazione.

Brace ha ottenuto un altro lavoro a maggio 2019, ma ha affermato di non essere stato in grado di ricevere nuovamente cure costanti fino a maggio di quest'anno. Hanno detto che i medici della zona hanno ripetutamente detto loro che non erano in grado di accettare nuovi pazienti. È stato solo quando Brace è stato indirizzato a un medico che ha un figlio transgender che sono stati finalmente in grado di ottenere un medico di base. "Ho attacchi di panico solo prendendo appuntamenti", hanno detto. "Non ho alcun supporto. Sfortunatamente, tutta l'assistenza sanitaria qui intorno è così. Non c'è supporto per le persone trans, quindi la maggior parte evita di cercare assistenza".

Dallas Ducar, un infermiere psichiatrico, ha aperto Transhealth Northampton, un'organizzazione guidata da trans che fornisce assistenza sanitaria a pazienti trans e di genere diverso nel Massachusetts occidentale, a maggio. Ducar ha detto che come operatore sanitario e donna trans, sa che c'è una carenza di assistenza affermativa per le persone trans in tutto il paese. Ha detto che molti dei pazienti di Transhealth sono rimasti senza cure mediche per lunghi periodi di tempo. Un paziente che è arrivato un paio di mesi fa aveva segni vitali anormali e ha dovuto essere portato rapidamente al pronto soccorso perché era molto malato, ha aggiunto. "Purtroppo non è raro vedere persone che hanno subito livelli così elevati di discriminazione e poi rinunciare alle visite di routine, forse anche rinunciare a una visita di assistenza urgente, che poi si trasforma in una visita di assistenza di emergenza", ha detto.

Il rapporto CAP afferma che le molestie e la discriminazione "contribuiscono ad alti tassi di stress" e, insieme ai determinanti sociali della salute, rendono le persone trans "più propense a sperimentare scarsi risultati di salute". La gente leggerà delle disparità di salute tra le persone trans "e pensa a questo come qualcosa che, orribilmente, è associato proprio come essere trans, ma in realtà molte di queste esperienze hanno a che fare con l'essere trans in un mondo che ti opprime costantemente e dove stai subendo discriminazioni sia a livello interpersonale ma anche istituzionale e in questi sistemi più ampi", ha affermato una delle autrici del rapporto, Caroline Medina, analista politico presso CAP.

Il rapporto cita i dati del Behavioral Risk Factor Surveillance System del 2019 raccolti dai Centers for Disease Control and Prevention, che hanno scoperto che le persone trans avevano più del doppio delle probabilità rispetto agli adulti cisgender di sentirsi dire che avevano disturbi depressivi. Il 54% ha anche riportato una cattiva salute fisica almeno un giorno nel mese precedente, rispetto al 36% degli intervistati cisgender, secondo i dati del CDC. Le persone trans hanno anche una maggiore probabilità di avere l'asma e sviluppare malattie cardiovascolari, secondo il rapporto CAP.

La pandemia di Covid-19 ha anche aggravato le disparità di salute che devono affrontare le persone trans: 1 su 3 ha riferito di aver avuto pensieri suicidi durante la pandemia e 1 su 2 ha riferito che il loro accesso all'assistenza sanitaria che afferma il genere è stato notevolmente ridotto durante la pandemia. Ducar ha affermato che le barriere all'assistenza, in particolare le cure che affermano il genere come gli ormoni, sono "davvero, davvero dannose e si aggiungono agli strati di discriminazione che esistono all'interno della comunità trans". "Per quanto riguarda la salute mentale, stiamo vedendo persone con problemi davvero complessi - tonnellate e tonnellate di traumi - che stanno arrivando alla nostra porta", ha detto. "Stiamo assistendo a molti non solo traumi, ma in particolare al disturbo da stress post-traumatico complesso. Queste sono persone che sono appena state costantemente gravate dai sintomi del disturbo da stress post-traumatico, traumi appena ricorrenti. È stato davvero terribile.

Quando le persone trans cercano di cercare assistenza sanitaria, possono subire discriminazioni o un totale rifiuto delle cure, come ha rilevato CAP. Ma anche quando non subiscono discriminazioni, è probabile che vedano fornitori che non hanno la competenza culturale per fornire loro cure affermative. L'indagine del CAP dello scorso anno ha rilevato che 1 persona transgender su 3 ha riferito di aver dovuto insegnare ai propri medici le persone transgender per ottenere cure adeguate, e il 15% ha riferito di aver ricevuto "domande invasive o non necessarie sull'essere transgender" non correlate ai motivi della visita.

Il rapporto ha citato un brief del 2018 della Kaiser Family Foundation che ha rilevato che più della metà dei programmi di studio delle scuole di medicina mancano di informazioni sui problemi di salute unici che la comunità LGBTQ deve affrontare e non coprono cure oltre alla prevenzione e alla cura dell'HIV, "contribuendo probabilmente all'incapacità delle persone transgender per accedere alle cure affermative", ha scritto CAP. Alex Petrovnia, 24 anni, scrittore e ricercatore scientifico che vive nella Pennsylvania centrale, ha detto che lo scorso autunno ha dovuto denunciare un medico di base dopo un'esperienza negativa.

Era preoccupato per come il testosterone avrebbe influenzato un problema articolare che stava avendo, e chiese al medico, che era ancora un residente medico, se esisteva una forma di terapia fisica per alleviare il problema. Dopo uno scambio teso, ha detto, il dottore gli ha detto: "Non ne so niente, perché non ho mai avuto un paziente come te". "Stavo cercando di mantenere questa interazione pacifica e ho risposto con: 'Sì, lo so. È davvero un peccato che non ti venga insegnato nulla sulle persone trans a scuola di medicina, e non è solo un problema molto noto', ha detto. "E lei mi ha guardato dritto negli occhi e ha detto: 'Non credo sia così importante. Non siete molti.'" Quando se ne andò, twittò della visita in modo che altre persone trans della zona sapessero che non dovevano vedere quel dottore.

Lo studio medico lo ha contattato pochi giorni dopo e gli ha chiesto cosa poteva fare di meglio, ha detto Petrovnia. Quando è tornato per vedere un nuovo medico di base di supporto, "mi hanno detto che avevano rimandato il residente al corso di inclusione trans e che l'avevano istituito per tutti i loro residenti in futuro", ha detto. "Quindi è stato molto positivo. ... Essere la ruota che cigola ha davvero avuto un impatto e ha effettivamente migliorato la situazione teoricamente per gli altri. Petrovnia ha riconosciuto che non tutti sono in grado o disposti a suscitare tali momenti di insegnamento.

Mel Groves, 25 anni, ha visitato un ufficio di cure primarie a Montgomery, in Alabama, a gennaio quando ha avuto tosse, febbre e dolori alla parte inferiore del corpo. Quando è stato ripreso per una TAC di tutto il corpo, ha detto, ha avuto una conversazione deccente con l'assistente che stava spingendo la sua sedia. Groves ha detto che quando la procedura è finita, tuttavia, il tono dell'assistente è cambiato. Apparentemente l'inserviente aveva visto la cartella di Groves e aveva fatto un commento sui suoi genitali, ha detto Groves. "Sono rimasto sorpreso", ha detto. "È stato scioccante, per non dire altro."

Groves ha detto che voleva denunciarlo ma che si sentiva troppo male e sopraffatto, poiché stava lavorando temporaneamente nell'area. "Sapevo che era quello che avrei dovuto fare, ma all'epoca avevo molte cose da fare", ha detto. Il sistema sanitario che sovrintende all'ufficio di assistenza primaria in cui è stato curato Groves non ha potuto confermare la sua storia, citando la riservatezza del paziente.

Il rapporto del CAP delinea una serie di raccomandazioni politiche che, secondo gli autori, aiuterebbero ad affrontare la discriminazione sanitaria contro le persone trans. Uno in particolare è tra i più urgenti, affermano gli autori: raccomandano al governo federale di creare una norma per rafforzare la sezione 1557 dell'Affordable Care Act, che proibisce la discriminazione sulla base del sesso e ha protetto le persone trans dalla discriminazione nei fondi federali strutture sanitarie.

"Le protezioni nella Sezione 1557 sono così critiche, ma sono anche una base che dobbiamo stabilire e rafforzare con fermezza", ha affermato Gruberg di CAP. Ha detto che è stato fantastico che l'Ufficio per i diritti civili del Dipartimento della salute e dei servizi umani abbia annunciato che avrebbe applicato la Sezione 1557 per coprire l'orientamento sessuale e l'identità di genere, "ma siamo anche molto preoccupati per come appare, quanto forte queste protezioni saranno e il potenziale per le esenzioni religiose le indebolirà".

La scorsa settimana il giudice distrettuale degli Stati Uniti Reed O'Connor ha emesso un'ingiunzione permanente contro le protezioni contro la discriminazione previste dall'Affordable Care Act, pronunciandosi a favore degli operatori sanitari religiosi che hanno affermato che le regole li costringerebbero a eseguire aborti o a fornire trattamenti di affermazione di genere contro i loro religiosi credenze. Mentre Gruberg si aspetta che la decisione venga ribaltata, ha affermato che "quella minaccia è ancora lì". Gli autori del rapporto hanno anche raccomandato al Congresso e ai governi statali e locali di aumentare i finanziamenti per i centri sanitari della comunità LGBTQ, che spesso colmano le lacune sanitarie che devono affrontare le persone trans.

Groves era in contatto con un affermato medico di base attraverso la Knights and Orchids Society, un'organizzazione di base a Selma, in Alabama, guidata da persone trans nere. Guida per circa 4 ore e mezza da casa sua a Jackson, Mississippi, ad Auburn, Alabama, quando ha bisogno di cure. Sebbene gruppi come la Knights and Orchids Society abbiano fornito quello che Groves ha descritto come supporto "che cambia la vita", ha affermato che alla fine spetta al sistema medico e alla società affrontare questioni pervasive come la discriminazione.

"Siamo sempre stati qui", ha detto. "Quindi penso che ora il ruolo ricada sulla società e sui professionisti medici per istruirsi di più. Se questo significa più borse di studio, più corsi di formazione, più sviluppo professionale... credo che sia da solo la cosa migliore che possiamo fare per promuovere una migliore assistenza sanitaria per le persone trans, è aiutare le persone a capire come essere inclusive e poi andando avanti da lì.

Raw DeepL Translator

Quasi la metà delle persone trans è stata maltrattata dai medici, secondo il rapporto. L'onere di affrontare la discriminazione delle persone transgender dovrebbe ricadere sulle istituzioni mediche, ha affermato uno degli autori del rapporto.

Per tre anni, Jesse Brace ha evitato di farsi curare per le sue crisi epilettiche dopo aver subito discriminazioni in un pronto soccorso vicino alla sua casa di Lawrence, in Kansas, nel 2017. Hanno raccontato di aver detto al personale che sono transgender e non binarie, che il loro nome è diverso da quello legale e che usano pronomi di genere neutro. "Si sono rifiutati anche solo di riconoscere questa informazione e non solo non hanno usato [i miei pronomi], ma mi hanno anche mandato a casa senza curarmi per quello per cui ero entrato", ha detto Brace, 25 anni. Quando hanno cercato di farsi curare altrove, hanno raccontato, hanno avuto esperienze simili, quindi hanno evitato del tutto le cure.

Nel 2018 hanno iniziato ad avere crisi epilettiche ogni giorno, così hanno iniziato a vivere nella loro auto fuori dalla struttura di Amazon dove erano assistenti del direttore operativo, perché non potevano più

guidare da soli per andare al lavoro. Nel novembre 2018 hanno perso il lavoro. "Poco dopo ho perso l'auto e sono finito per strada in inverno", hanno raccontato. "Avevo centinaia [di crisi epilettiche] al giorno e non uscivo nemmeno da dove ero sdraiato". Sono rimasti senza casa, vivendo in auto o per strada, per oltre tre anni. L'esperienza di Brace al pronto soccorso - e l'impatto che la discriminazione sanitaria ha avuto sulla loro vita - è qualcosa che molte persone trans affrontano e temono quando cercano di ottenere assistenza, secondo un rapporto pubblicato mercoledì dal Center for American Progress, o CAP, un think tank liberale.

La discriminazione, tra gli altri fattori, impedisce alle persone trans di richiedere le cure necessarie, il che porta a disparità di salute che possono influire su molte altre aree della loro vita, secondo il rapporto. Gli autori delineano una serie di soluzioni, tra cui la protezione legislativa delle persone LGBTQ e una migliore formazione degli operatori sanitari. "L'onere non dovrebbe ricadere sui singoli individui", ha affermato una delle autrici del rapporto, Sharita Gruberg, vicepresidente del Progetto di ricerca e comunicazione LGBTQ del Centro. "Dovrebbe essere compito di queste istituzioni fare la cosa giusta, e le risorse e le indicazioni ci sono".

Il rapporto del CAP ha rilevato che quasi la metà delle persone transgender - e il 68% delle persone transgender di colore - ha riferito di aver subito maltrattamenti da parte di un operatore medico, tra cui il rifiuto di cure e abusi verbali o fisici, nell'anno precedente l'indagine, che si è svolta nel giugno 2020. La discriminazione può poi impedire alle persone di richiedere cure future, ha rilevato l'indagine: il 28% delle persone transgender, compreso il 22% delle persone transgender di colore, ha riferito di aver rimandato o di non aver ricevuto le cure mediche necessarie per paura della discriminazione.

Brace ha trovato un altro lavoro nel maggio 2019, ma hanno detto di non essere riusciti a ottenere di nuovo un'assistenza costante fino al maggio di quest'anno. Hanno raccontato che i medici della zona hanno ripetutamente detto loro che non erano in grado di accogliere nuovi pazienti. Solo quando Brace è stata indirizzata a un medico che ha un figlio transgender, hanno potuto finalmente ottenere un medico di base. "Mi vengono attacchi di panico solo a prendere appuntamenti", ha detto Brace. "Non ho alcun tipo di supporto. Purtroppo tutta l'assistenza sanitaria qui è così. Non c'è supporto per le persone trans e quindi la maggior parte evita di farsi curare".

Dallas Ducar, infermiera professionale psichiatrica, ha aperto a maggio Transhealth Northampton, un'organizzazione guidata da trans che fornisce assistenza sanitaria a pazienti trans e di genere diverso nel Massachusetts occidentale. La Ducar ha detto che, in quanto operatrice sanitaria e donna trans, sa che in tutto il Paese c'è una carenza di cure affermative per le persone trans. Ha detto che molti dei pazienti di Transhealth sono rimasti senza cure mediche per lunghi periodi di tempo. Un paziente che è arrivato un paio di mesi fa aveva segni vitali anormali e ha dovuto essere portato rapidamente al pronto soccorso perché stava molto male, ha aggiunto. "Purtroppo non è raro vedere persone che hanno subito livelli così alti di discriminazione e che rinunciano alle visite di routine, o magari a una visita d'urgenza, che poi si trasforma in una visita d'emergenza".

Il rapporto del CAP afferma che le molestie e le discriminazioni "contribuiscono ad alti tassi di stress" e, insieme ai determinanti sociali della salute, rendono le persone trans "più propense a sperimentare risultati negativi in termini di salute". Le persone leggono delle disparità di salute tra le persone trans "e pensano che sia qualcosa di terribilmente associato all'essere trans, ma in realtà molte di queste esperienze hanno a che fare con l'essere trans in un mondo che ti opprime costantemente e in cui subisci discriminazioni sia a livello interpersonale che a livello istituzionale e in questi sistemi più ampi", ha affermato una delle autrici del rapporto, Caroline Medina, analista politica del CAP.

Il rapporto cita i dati del 2019 del Behavioral Risk Factor Surveillance System raccolti dai Centers for Disease Control and Prevention, che hanno rilevato che le persone trans hanno più del doppio delle probabilità rispetto agli adulti cisgender di sentirsi dire che hanno disturbi depressivi. Secondo i dati del CDC, il 54% ha anche riferito di aver avuto problemi di salute fisica almeno un giorno nel mese precedente, rispetto al 36% degli intervistati cisgender. Secondo il rapporto del CAP, le persone trans hanno anche una maggiore probabilità di soffrire di asma e di sviluppare malattie cardiovascolari.

La pandemia di Covid-19 ha anche aggravato le disparità di salute che le persone trans devono affrontare: 1 persona su 3 ha riferito di aver avuto pensieri suicidi durante la pandemia e 1 su 2 ha riferito che il suo accesso alle cure mediche per l'affermazione del proprio genere è stato significativamente ridotto durante la pandemia. Ducar ha detto che le barriere alle cure, in particolare a quelle per l'affermazione del genere come gli ormoni, sono "davvero, davvero dannose, e si aggiungono agli strati di discriminazione che esistono all'interno della comunità trans". "Per quanto riguarda la salute mentale, vediamo persone con problemi davvero complessi - tonnellate e tonnellate di traumi - che arrivano alla nostra porta", ha detto. "Stiamo assistendo a un sacco di traumi, ma in particolare a un complesso PTSD. Si tratta di persone che sono state costantemente gravate dai sintomi del PTSD, traumi ricorrenti. È stato davvero terribile".

Quando le persone trans cercano di ottenere assistenza sanitaria, possono andare incontro a discriminazioni o a un vero e proprio rifiuto delle cure, come ha rilevato la CAP. Ma anche quando non subiscono discriminazioni, è probabile che si rivolgano a fornitori che non hanno la competenza culturale necessaria per fornire loro un'assistenza affermativa. L'indagine condotta dal CAP lo scorso anno ha rilevato che 1 persona transgender su 3 ha dichiarato di aver dovuto insegnare ai propri medici cosa sono le persone transgender per ottenere un'assistenza adeguata, e il 15% ha riferito di aver ricevuto "domande invasive o non necessarie sull'essere transgender" non correlate ai motivi della visita.

Il rapporto ha citato un documento del 2018 della Kaiser Family Foundation, secondo cui più della metà dei curricula delle scuole di medicina non contiene informazioni sui problemi di salute unici che la comunità LGBTQ deve affrontare e non copre le cure oltre alla prevenzione e all'assistenza dell'HIV, "contribuendo probabilmente all'incapacità delle persone transgender di accedere a cure affermative", ha scritto il CAP. Alex Petrovnia, 24 anni, scrittore e ricercatore scientifico che vive nella Pennsylvania centrale, ha raccontato che lo scorso autunno ha dovuto denunciare un medico di base dopo un'esperienza negativa.

Era preoccupato per l'effetto che il testosterone avrebbe avuto su un problema articolare e chiese al medico, che era ancora uno specializzando in medicina, se esisteva una forma di terapia fisica per risolvere il problema. Dopo uno scambio teso, il medico gli disse: "Non ne so nulla, perché non ho mai avuto un paziente come lei". "Cercavo di mantenere l'interazione pacifica e ho risposto con: 'Sì, lo so. È davvero un peccato che a scuola di medicina non ti venga insegnato nulla sulle persone trans e che non sia un argomento molto conosciuto", ha raccontato. "E lei mi ha guardato dritto negli occhi e mi ha detto: 'Non credo che sia così importante. Non siete in molti'". Quando se n'è andato, ha twittato della visita in modo che altre persone trans della zona sapessero di non andare da quel medico.

Lo studio medico lo ha contattato qualche giorno dopo chiedendogli cosa avrebbe potuto fare di meglio, ha raccontato Petrovnia. Quando è tornato a farsi visitare da un nuovo medico di base che lo sosteneva, "mi hanno detto che avevano rimandato lo specializzando a un corso di formazione sulla trans-inclusività e che l'avevano istituito per tutti i loro specializzandi", ha raccontato Petrovnia. "È stato molto positivo. ... Essere la ruota che stride ha davvero avuto un impatto e ha migliorato la situazione teorica per gli altri". Petrovnia ha riconosciuto che non tutti sono in grado o disposti a suscitare questi momenti di insegnamento.

Mel Groves, 25 anni, si è recato a gennaio in uno studio di cure primarie di Montgomery, in Alabama, quando ha accusato tosse, febbre e dolori alla parte inferiore del corpo. Quando è stato portato a fare una TAC su tutto il corpo, ha raccontato, ha avuto una discreta conversazione con l'addetto che spingeva la sua sedia. Groves ha raccontato che al termine della procedura il tono dell'addetto è cambiato. A quanto pare, l'addetto aveva visto la cartella clinica di Groves e aveva fatto un commento sui suoi genitali, ha detto Groves. "Sono stato colto di sorpresa", ha detto. "È stato a dir poco scioccante".

Groves ha detto che avrebbe voluto denunciare l'accaduto, ma che si sentiva troppo male e sopraffatto, dato che stava lavorando temporaneamente nella zona. "Sapevo che avrei dovuto farlo, ma in quel momento avevo molte cose in ballo", ha detto. Il sistema sanitario che supervisiona l'ufficio di assistenza primaria dove Groves è stato curato non ha potuto confermare la sua storia, citando la riservatezza dei pazienti.

Il rapporto del CAP delinea una serie di raccomandazioni politiche che, secondo gli autori, contribuirebbero ad affrontare la discriminazione sanitaria nei confronti delle persone trans. Una in particolare è tra le più urgenti, secondo gli autori: Raccomandano che il governo federale crei una norma per rafforzare la sezione

1557 dell'Affordable Care Act, che vieta la discriminazione sulla base del sesso e ha protetto le persone trans dalla discriminazione nelle strutture sanitarie finanziate a livello federale.

"Le protezioni della Sezione 1557 sono fondamentali, ma sono anche una base che dobbiamo stabilire e rafforzare", ha dichiarato Gruberg di CAP. Ha detto che è positivo che l'Ufficio per i Diritti Civili del Dipartimento della Salute e dei Servizi Umani abbia annunciato che applicherà la Sezione 1557 per coprire l'orientamento sessuale e l'identità di genere, "ma siamo anche molto preoccupati per l'aspetto che avrà, per quanto forti saranno queste protezioni e per il potenziale delle esenzioni religiose che le mineranno".

La scorsa settimana il giudice distrettuale Reed O'Connor ha emesso un'ingiunzione permanente contro le protezioni di non discriminazione previste dall'Affordable Care Act, dando ragione agli operatori sanitari religiosi che sostenevano che le norme li avrebbero costretti a praticare aborti o a fornire trattamenti per l'affermazione del sesso contro le loro convinzioni religiose. Anche se la Gruberg si aspetta che la decisione venga ribaltata, ha detto che "la minaccia è ancora presente". Gli autori del rapporto hanno anche raccomandato al Congresso e ai governi statali e locali di aumentare i finanziamenti per i centri sanitari delle comunità LGBTQ, che spesso colmano le lacune sanitarie delle persone trans.

Groves è stato messo in contatto con un medico di base affermativo attraverso la Knights and Orchids Society, un'organizzazione di base a Selma, in Alabama, guidata da persone trans nere. Quando ha bisogno di cure, guida per circa 4 ore e mezza da casa sua a Jackson, Mississippi, fino ad Auburn, Alabama. Sebbene gruppi come la Knights and Orchids Society abbiano fornito un sostegno che ha cambiato la sua vita, Groves ha detto che in ultima analisi spetta al sistema medico e alla società affrontare problemi diffusi come la discriminazione.

"Siamo sempre stati qui", ha detto. "Quindi credo che ora il ruolo della società e dei medici professionisti sia quello di educare maggiormente se stessi. Se questo significa più borse di studio, più corsi di formazione, più sviluppo professionale... Credo che questa sia la cosa migliore che possiamo fare per promuovere una migliore assistenza sanitaria per le persone trans, aiutando le persone a capire come essere inclusive, e poi andare avanti da lì".

Raw Language Weaver

Per tre anni, Jesse Brace ha evitato di prendersi cura dei loro sequestri dopo aver sperimentato la discriminazione in un pronto soccorso vicino alla loro casa a Lawrence, Kansas, nel 2017. Hanno detto che hanno detto al personale che sono transgender e non binari, che il loro nome è diverso dal loro nome legale e che usano pronomi neutri al genere. "Si sono rifiutati di riconoscere queste informazioni, e non solo non hanno usato [i miei pronomi], ma mi hanno anche mandato a casa senza trattarmi per quello che ho fatto io", ha detto Brace, 25. Quando hanno cercato di ottenere assistenza altrove, hanno detto, hanno avuto esperienze simili, in modo da hanno evitato completamente la cura.

Nel 2018, hanno iniziato ad avere sequestri ogni giorno, così hanno iniziato a vivere nella loro auto fuori dalla struttura Amazon dove erano un assistente operativo manager, perché non potevano più guidare themselves per lavorare. Nel novembre 2018, hanno perso il lavoro. "Ho perso la mia auto poco dopo e sono finito per le strade in inverno", hanno detto. "Avevo centinaia [di sequestri] al giorno e non andavo nemmeno dove stavo posando". Erano senz'altro, vivevano fuori dalla loro auto o per le strade, per oltre tre anni. Secondo un rapporto pubblicato mercoledì dal Center for American Progress, o CAP, un think tank liberale, l'esperienza di BRET nel ER – e l'impatto che la discriminazione sanitaria ha avuto sulla loro vita – è qualcosa che molte persone transne affrontano e temono quando cercano di ottenere assistenza.

La discriminazione, tra gli altri fattori, impedisce alle persone che transitano di cercare le cure necessarie, il che porta a disparità sanitarie che possono interessare molti altri settori della loro vita, ha rilevato il rapporto. Gli autori delineano una roadmap delle soluzioni, incluse le protezioni legislative per le persone LGBTQ e una migliore formazione sulle competenze per i medici. "L'onere non deve essere sui singoli", ha affermato uno degli autori del rapporto, Sharita Gruberg, vicepresidente del progetto di ricerca e comunicazione LGBTQ del centro. "Dovrebbe essere proprio su queste istituzioni fare la cosa giusta, e le risorse e la guida sono disponibili".

Il rapporto DELLA PAC ha rilevato che quasi la metà delle persone transgender (e il 68% delle persone transgender di colore) segnalato di aver subito maltrattamenti per mano di un medico, incluso il rifiuto di cure e abusi verbali o fisici, nell'anno precedente l'indagine, che ha avuto luogo nel giugno 2020. La discriminazione può quindi impedire alle persone di cercare cure future, il sondaggio ha rilevato: Il 28 per cento delle persone transgender, tra cui il 22 per cento delle persone transgender di colore, ha riferito di aver rinviato o non aver ottenuto le cure mediche necessarie per la paura della discriminazione.

Nel maggio del 2019, la brace ha ottenuto un altro lavoro, ma ha affermato di non essere stata in grado di ottenere nuovamente cure coerenti fino al maggio di quest'anno. Hanno detto che i medici della zona hanno ripetutamente detto loro che non sono stati in grado di assumere nuovi pazienti. Fino a quando Brace non è stato chiamato a un medico che ha un bambino transgender, sono stati finalmente in grado di ottenere un medico di base. "Mi fanno attacchi di panico solo per prendere appuntamenti", hanno detto. "Non ho alcun supporto. Purtroppo, tutta l'assistenza sanitaria intorno qui è così. Non c'è sostegno per i transessuali, e quindi la maggior parte evitano di cercare assistenza".

Dallas Ducar, un infermiere psichiatrico, ha aperto Transhealth Northampton, un'organizzazione trans-guidata che fornisce assistenza sanitaria a pazienti trans e di genere diversi nel Massachusetts occidentale, nel mese di maggio. Ducar ha detto che, come fornitore di assistenza sanitaria e donna trasmittente, sa che in tutto il paese c'è una carenza di assistenza per le persone trans. Ha detto che molti dei pazienti di Transhealth sono andati senza cure mediche per lunghi periodi di tempo. Un paziente che è venuto in un paio di mesi fa ha avuto segni vitali anormali e ha dovuto essere rapidamente portato in un pronto soccorso perché erano così malati, ha aggiunto. "Purtroppo non è raro vedere persone che hanno sperimentato livelli così elevati di discriminazione e poi rinunciare alle visite di routine, poi forse addirittura rinunciare a una visita di assistenza urgente, che poi si trasforma in una visita di assistenza di emergenza", ha affermato.

Il rapporto DELLA PAC afferma che le molestie e le discriminazioni "contribuiscono ad alti tassi di stress" e, insieme ai determinanti sociali della salute, rendono le persone trans "più propense a sperimentare risultati sanitari scadenti". Le persone leggeranno le disparità sanitarie tra le persone trans "e pensate a questo come a qualcosa che, orribilmente, è associato proprio come essere trans. Ma in realtà molte di queste esperienze hanno a che fare con la trans in un mondo che vi opprime costantemente e dove state sperimentando discriminazioni sia interpersonali che istituzionalmente e in questi sistemi più ampi", ha affermato uno degli autori del rapporto, Caroline Medina, analista politico di CAP.

Il rapporto cita i dati del sistema di sorveglianza del fattore di rischio comportamentale 2019 raccolti dai Centri per il controllo e la prevenzione delle malattie, che hanno scoperto che le persone trans avevano più del doppio delle probabilità che gli adulti cisgender dicessero di avere disturbi depressivi. Il cinquantaquattro per cento ha anche riportato una cattiva salute fisica almeno un giorno nel mese precedente, rispetto al 36 per cento degli intervistati cisgender, secondo i dati del CDC. Le persone trans hanno anche una maggiore probabilità di avere asma e sviluppare malattie cardiovascolari, secondo il rapporto CAP.

La pandemia di Covid-19 ha anche aggravato le disparità sanitarie che le persone affrontano: 1 su 3 hanno riferito di avere avuto pensieri suicidi durante la pandemia, e 1 su 2 hanno riferito che il loro accesso all'assistenza sanitaria per affermare il sesso è stato ridotto in modo significativo durante la pandemia. Ducar ha affermato che le barriere all'assistenza, in particolare le cure che sostengono il genere come gli ormoni, sono "davvero dannose, e si aggiungono agli strati di discriminazione che esistono all'interno della comunità trans". "Dal punto di vista della salute mentale, stiamo vedendo persone con problemi molto complessi – tonnellate e tonnellate di traumi – che stanno arrivando alle nostre porte", ha affermato. "Stiamo assistendo non solo a un grande trauma, ma a PTSD complesse in particolare. Queste sono persone che sono state appena costantemente gravate con i sintomi di PTSD, trauma appena ricorrente. È stato davvero terribile".

Quando le persone trans cercano assistenza sanitaria, possono affrontare discriminazioni o un rifiuto assoluto di assistenza, come ha trovato LA PAC. Ma anche quando non subiscono discriminazioni, è probabile che vedano fornitori che non hanno la competenza culturale per fornire loro assistenza per affermare. L'indagine DI CAP dello scorso anno ha rilevato che 1 persona transgender su 3 ha riferito di aver dovuto insegnare ai propri medici sulle persone transgender per ottenere cure adeguate, e il 15% ha

riferito di aver posto domande “invasive o non necessarie sull’essere transgender” non correlate ai motivi della visita.

Il rapporto cita un breve del 2018 della Kaiser Family Foundation che ha scoperto che più della metà dei programmi scolastici di medicina non hanno informazioni su problemi sanitari unici che la comunità LGBTQ deve affrontare e non coprono le cure oltre la prevenzione e la cura dell’HIV, “Contribuire probabilmente all’incapacità delle persone transgender di accedere alle cure”, ha scritto CAP. Alex Petrovnia, 24 anni, scrittore e ricercatore scientifico che vive nella Pennsylvania centrale, ha detto che lo scorso autunno, ha dovuto riferire un medico di base dopo un’esperienza negativa.

Era preoccupato per come il testosterone avrebbe influenzato un problema congiunto che stava avendo, e ha chiesto al medico, che era ancora un medico residente, se ci fosse una forma di terapia fisica per aiutare il problema. Dopo uno scambio teso, ha detto, il medico gli ha detto: “Non so nulla di questo, perché non ho mai avuto un paziente come te”. “Stavo cercando di mantenere questa interazione pacifica, e ho risposto con: “Sì, lo so. È davvero un peccato che non vi venga insegnato nulla sulle persone trans nella scuola medica, e non si tratta solo di un problema ben noto”, ha affermato. “E mi guardò negli occhi e mi disse: “Non credo sia così importante. Non ci sono molti di voi”. Quando è andato via, ha twittato circa la visita in modo da altre persone del trans nella zona sapevano non vedere quel medico.

La pratica medica gli raggiunse alcuni giorni dopo e gli chiese cosa poteva fare di meglio, disse Petrovnia. Quando tornò a vedere un nuovo medico di base di supporto, “mi dissero che mandarono il residente a una formazione trans-inclusiva e che lo avevano istituito per tutti i loro residenti in futuro”, ha affermato. “Quindi è stato molto positivo. ... Essere la ruota stridula ha realmente avuto un impatto e ha effettivamente migliorato la situazione teoricamente per gli altri”. Petrovnia ha riconosciuto che non tutti sono in grado di disposti a dare impulso a questi momenti di apprendimento.

Mel Groves, 25 anni, ha visitato un ufficio di assistenza primaria a Montgomery, Alabama, in gennaio, quando ha avuto una tosse, febbre e dolori del corpo inferiore. Quando è stato ripreso per una scansione TC a corpo intero, ha detto, ha avuto una conversazione decente con l’attendente che stava spingendo la sua sedia. GROGES ha detto che quando la procedura era finita, tuttavia, il tono dell’addetto cambiò. L’addetto aveva apparentemente visto la carta dei boschetti e fatto un commento sui suoi genitali, diceva Groves. “Sono stato preso in sprovvisa”, ha detto. “È stato a dir poco scioccante”.

Groves ha detto che voleva segnalarlo, ma che si sentiva troppo malato e sopraffatto, poiché lavorava temporaneamente nella zona. “Sapevo che questo era ciò che avrei dovuto fare, ma al tempo avevo molte cose in corso”, ha affermato. Il sistema sanitario che sovrintende all’ufficio di assistenza primaria dove sono stati curati i boschetti non ha potuto confermare la sua storia, citando la riservatezza del paziente.

La relazione DELLA PAC delinea una serie di raccomandazioni politiche che, secondo gli autori, contribuirebbero ad affrontare la discriminazione sanitaria contro i transcittadini. Uno in particolare è tra i più pressanti, gli autori hanno detto: Raccomandano che il governo federale crei una regola per rafforzare la Sezione 1557 del Affordable Care Act, che proibisce la discriminazione sulla base del sesso e ha protetto le persone trans dalla discriminazione nelle strutture sanitarie finanziate a livello federale.

“Le protezioni nella Sezione 1557 sono così critiche, ma sono anche un pavimento che dobbiamo stabilire e rafforzare con fermezza”, ha affermato Gruberg della PAC. Ha affermato che è stato fantastico che l’Ufficio per i diritti civili del Dipartimento della Salute e dei servizi umani abbia annunciato che avrebbe applicato la Sezione 1557 per coprire l’orientamento sessuale e l’identità di genere, “ma siamo anche molto preoccupati per ciò che sembra, quanto saranno forti queste tutele e il potenziale che le esenzioni religiose possano minarle”.

STATI UNITI Il giudice distrettuale Reed o’Connor ha emesso un’ingiunzione permanente la scorsa settimana contro le tutele non discriminatorie contenute nell’Affordable Care Act, pronunciandosi a favore dei fornitori di assistenza sanitaria religiosi che hanno affermato che le regole li obbligherebbero a compiere aborti o a fornire trattamenti di genere contro le loro credenze religiose. Mentre Gruberg si aspetta che la decisione venga ribaltata, ha detto “quella minaccia è ancora lì”. Gli autori del rapporto hanno anche

raccomandato che il Congresso e i governi statali e locali aumentino i fondi per i centri sanitari della comunità LGBTQ, che spesso colmano i divari sanitari che le persone devono affrontare.

Il Grove è stato collegato con un medico di base affermato attraverso la Knights and Orchids Society, un'organizzazione di base a Selma, Alabama, guidata dal Black Trans People. Guida circa 4½ ore dalla sua casa a Jackson, Mississippi, ad Auburn, Alabama, quando ha bisogno di cure. Anche se gruppi come la Knights and Orchids Society hanno fornito ciò che gli Grove hanno descritto come un sostegno "in grado di cambiare la vita", ha affermato che alla fine spetta al sistema medico e alla società affrontare questioni pervasive come la discriminazione.

"Siamo sempre stati qui", ha detto. "Quindi penso che ora il ruolo ricada sulla società e sui medici per educarsi di più. Se questo significa più borse di studio, più formazione, più sviluppo professionale ... Mi sembra che questa sia la cosa migliore che possiamo fare da sola per promuovere un'assistenza sanitaria migliore per i transessuali, aiutare le persone a capire come essere inclusivi e poi andare avanti da lì".

DeepL Translator + Glossary

Quasi la metà delle persone trans è stata maltrattata dai medici, secondo il rapporto. L'onere di affrontare la discriminazione nei confronti delle persone transgender dovrebbe ricadere sulle istituzioni mediche, ha affermato uno degli autori del rapporto.

Per tre anni, Jesse Brace ha evitato di farsi curare per le sue crisi epilettiche dopo aver subito discriminazioni in un pronto soccorso vicino alla sua casa di Lawrence, in Kansas, nel 2017. Hanno raccontato di aver detto al personale che sono persone transgender e di genere non binario, che il loro nome è diverso da quello legale e che usano pronomi di genere neutro. "Si sono rifiutati anche solo di riconoscere questa informazione e non solo non hanno usato [i miei pronomi], ma mi hanno anche mandato a casa senza curarmi per quello per cui ero entrato", ha detto Brace, 25 anni. Quando hanno cercato di farsi curare altrove, hanno raccontato, hanno avuto esperienze simili, quindi hanno evitato del tutto le cure.

Nel 2018 hanno iniziato ad avere crisi epilettiche ogni giorno, così hanno iniziato a vivere nella loro auto fuori dalla struttura di Amazon dove erano assistenti del direttore operativo, perché non potevano più guidare da soli per andare al lavoro. Nel novembre 2018 hanno perso il lavoro. "Poco dopo ho perso l'auto e sono finito per strada in inverno", hanno raccontato. "Avevo centinaia [di crisi epilettiche] al giorno e non uscivo nemmeno da dove ero sdraiato". Sono rimasti senza casa, vivendo in auto o per strada, per oltre tre anni. L'esperienza di Brace al pronto soccorso - e l'impatto che la discriminazione sanitaria ha avuto sulla loro vita - è qualcosa che molte persone trans affrontano e temono quando cercano di ottenere assistenza, secondo un rapporto pubblicato mercoledì dal Center for American Progress, o CAP, un think tank liberale.

La discriminazione, tra gli altri fattori, impedisce alle persone trans di richiedere le cure necessarie, il che porta a disparità di salute che possono influenzare molte altre aree della loro vita, secondo il rapporto. Gli autori delineano una serie di soluzioni, tra cui la protezione legislativa delle persone LGBTQ e una migliore formazione degli operatori sanitari. "L'onere non dovrebbe ricadere sui singoli individui", ha affermato una delle autrici del rapporto, Sharita Gruberg, vicepresidente del Progetto di ricerca e comunicazione LGBTQ del Centro. "Dovrebbe essere compito di queste istituzioni fare la cosa giusta, e le risorse e le indicazioni ci sono".

Il rapporto del CAP ha rilevato che quasi la metà delle persone transgender - e il 68% delle persone transgender di colore - ha riferito di aver subito maltrattamenti da parte di un operatore medico, tra cui il rifiuto di cure e abusi verbali o fisici, nell'anno precedente l'indagine, che si è svolta nel giugno 2020. La discriminazione può poi impedire alle persone di richiedere cure in futuro, ha rilevato l'indagine: il 28% delle persone transgender, compreso il 22% delle persone transgender di colore, ha riferito di aver rimandato o di non aver ricevuto le cure mediche necessarie per paura della discriminazione.

Brace ha trovato un altro lavoro nel maggio 2019, ma hanno detto di non essere riusciti a ottenere di nuovo un'assistenza costante fino al maggio di quest'anno. Hanno detto che i medici della zona hanno ripetutamente detto loro che non erano in grado di accogliere nuove persone in cura. Solo quando Brace è

stata indirizzata a un medico che ha un figlio transgender, hanno potuto finalmente ottenere un medico di base. "Mi vengono attacchi di panico solo a prendere appuntamenti", ha detto Brace. "Non ho alcun tipo di supporto. Purtroppo tutta l'assistenza sanitaria qui è così. Non c'è supporto per le persone trans e quindi la maggior parte evita di farsi curare".

Dallas Ducar, infermiera psichiatrica, ha aperto a maggio Transhealth Northampton, un'organizzazione guidata da trans che fornisce assistenza sanitaria a persone trans e di genere diverso nel Massachusetts occidentale. Ducar ha detto che, come operatore sanitario e donna trans, sa che c'è una carenza di cure affermative per le persone trans in tutto il Paese. Ha detto che molte delle persone in cura presso Transhealth sono rimaste senza assistenza medica per lunghi periodi di tempo. Una persona in cura un paio di mesi fa aveva segni vitali anormali e ha dovuto essere portata rapidamente al pronto soccorso perché stava molto male, ha aggiunto. "Purtroppo non è raro vedere persone che hanno subito un livello così alto di discriminazione e che rinunciano alle visite di routine, o magari a una visita d'urgenza, che poi si trasforma in una visita d'emergenza".

Il rapporto del CAP afferma che le molestie e le discriminazioni "contribuiscono ad alti tassi di stress" e, insieme ai determinanti sociali della salute, rendono le persone trans "più propense a sperimentare risultati negativi in termini di salute". Le persone leggono delle disparità di salute tra le persone trans "e pensano che sia qualcosa di terribilmente associato all'essere trans, ma in realtà molte di queste esperienze hanno a che fare con l'essere trans in un mondo che ti opprime costantemente e in cui subisci discriminazioni sia a livello interpersonale che a livello istituzionale e in questi sistemi più ampi", ha affermato una delle autrici del rapporto, Caroline Medina, analista politica del CAP.

Il rapporto cita i dati del 2019 del Behavioral Risk Factor Surveillance System raccolti dai Centers for Disease Control and Prevention, che hanno rilevato che le persone trans hanno più del doppio delle probabilità rispetto alle persone adulte cisgender di sentirsi dire che hanno disturbi depressivi. Secondo i dati del CDC, il 54% ha anche riferito di aver avuto problemi di salute fisica almeno un giorno nel mese precedente, rispetto al 36% degli intervistati cisgender. Secondo il rapporto del CAP, le persone trans hanno anche una maggiore probabilità di soffrire di asma e di sviluppare malattie cardiovascolari.

La pandemia di Covid-19 ha anche aggravato le disparità di salute che le persone trans devono affrontare: 1 su 3 ha riferito di aver avuto pensieri suicidi durante la pandemia e 1 su 2 ha riferito che il suo accesso a cure sanitarie per l'affermazione di genere è stato significativamente ridotto durante la pandemia. Ducar ha detto che le barriere alle cure, in particolare quelle per l'affermazione di genere come gli ormoni, sono "davvero, davvero dannose, e si aggiungono agli strati di discriminazione che esistono all'interno della comunità trans". "Per quanto riguarda la salute mentale, vediamo persone con problemi davvero complessi - tonnellate e tonnellate di traumi - che arrivano alla nostra porta", ha detto. "Stiamo assistendo a un sacco di traumi, ma in particolare a un complesso PTSD. Si tratta di persone che sono state costantemente gravate dai sintomi del PTSD, traumi ricorrenti. È stato davvero terribile".

Quando le persone trans cercano di ottenere assistenza sanitaria, possono trovarsi di fronte a discriminazioni o a un vero e proprio rifiuto delle cure, come ha rilevato la CAP. Ma anche quando non subiscono discriminazioni, è probabile che si rivolgano a medici che non hanno le competenze culturali necessarie per fornire loro cure affermative. L'indagine condotta da CAP lo scorso anno ha rilevato che 1 persona transgender su 3 ha dichiarato di aver dovuto insegnare ai propri medici cosa sono le persone transgender per ottenere un'assistenza adeguata, e il 15% ha riferito di aver ricevuto "domande invasive o non necessarie sull'essere transgender" non correlate alle ragioni della visita.

Il rapporto ha citato un documento del 2018 della Kaiser Family Foundation, secondo il quale più della metà dei curricula delle scuole di medicina mancano di informazioni sui problemi di salute unici che la comunità LGBTQ deve affrontare e non coprono i trattamenti oltre alla prevenzione e alla cura dell'HIV, "contribuendo probabilmente all'incapacità delle persone transgender di accedere a cure affermative", ha scritto il CAP. Alex Petrovnia, 24 anni, scrittore e ricercatore scientifico che vive nella Pennsylvania centrale, ha raccontato che lo scorso autunno ha dovuto denunciare un medico di base dopo un'esperienza negativa.

Era preoccupato per l'effetto che il testosterone avrebbe avuto su un problema articolare e chiese al medico, che era ancora uno specializzando in medicina, se esisteva una forma di terapia fisica per risolvere il problema. Dopo uno scambio teso, il medico gli disse: "Non ne so nulla, perché non ho mai avuto una persona in cura come lei". "Cercavo di mantenere l'interazione pacifica e ho risposto con: 'Sì, lo so. È davvero un peccato che a scuola di medicina non ti venga insegnato nulla sulle persone trans e che non sia un argomento molto conosciuto", ha raccontato. "E lei mi ha guardato dritto negli occhi e mi ha detto: "Non credo che sia così importante. Non siete in molti"". Quando se n'è andato, ha twittato della visita in modo che altre persone trans della zona sapessero di non andare da quel medico.

Lo studio medico lo ha contattato qualche giorno dopo chiedendogli cosa avrebbe potuto fare di meglio, ha raccontato Petrovnia. Quando è tornato a farsi visitare da un nuovo medico di base che lo sosteneva, "mi hanno detto che avevano rimandato lo specializzando a un corso di formazione sulla trans-inclusività e che l'avevano istituito per tutti i loro specializzandi", ha raccontato Petrovnia. "È stato molto positivo. ... Essere la ruota che stride ha davvero avuto un impatto e ha migliorato la situazione teorica per gli altri". Petrovnia ha riconosciuto che non tutti sono in grado o disposti a suscitare questi momenti di insegnamento.

Mel Groves, 25 anni, si è recato a gennaio in uno studio di cure primarie di Montgomery, in Alabama, quando ha accusato tosse, febbre e dolori alla parte inferiore del corpo. Quando è stato portato a fare una TAC su tutto il corpo, ha raccontato, ha avuto una discreta conversazione con l'addetto che spingeva la sua sedia. Groves ha raccontato che al termine della procedura il tono dell'addetto è cambiato. A quanto pare, l'addetto aveva visto la cartella clinica di Groves e aveva fatto un commento sui suoi genitali, ha detto Groves. "Sono stato colto di sorpresa", ha detto. "È stato a dir poco scioccante".

Groves ha detto che avrebbe voluto denunciare l'accaduto, ma che si sentiva troppo male e sopraffatto, dato che stava lavorando temporaneamente nella zona. "Sapevo che avrei dovuto farlo, ma in quel momento avevo molte cose in ballo", ha detto. Il sistema sanitario che supervisiona l'ufficio di assistenza primaria dove Groves è stato curato non ha potuto confermare la sua storia, citando la riservatezza delle persone in cura.

Il rapporto del CAP delinea una serie di raccomandazioni politiche che, secondo gli autori, contribuirebbero ad affrontare la discriminazione sanitaria nei confronti delle persone trans. Una in particolare è tra le più urgenti, secondo gli autori: Raccomandano che il governo federale crei una norma per rafforzare la sezione 1557 dell'Affordable Care Act, che vieta la discriminazione sulla base del sesso e ha protetto le persone trans dalla discriminazione nelle strutture sanitarie finanziate a livello federale.

"Le protezioni della Sezione 1557 sono fondamentali, ma sono anche una base che dobbiamo stabilire e rafforzare", ha dichiarato Gruberg di CAP. Ha detto che è positivo che l'Ufficio per i Diritti Civili del Dipartimento della Salute e dei Servizi Umani abbia annunciato che applicherà la Sezione 1557 per coprire l'orientamento sessuale e l'identità di genere, "ma siamo anche molto preoccupati per l'aspetto che avrà, per quanto forti saranno queste protezioni e per il potenziale delle esenzioni religiose che le mineranno".

La scorsa settimana il giudice distrettuale Reed O'Connor ha emesso un'ingiunzione permanente contro le protezioni di non discriminazione previste dall'Affordable Care Act, dando ragione agli operatori sanitari religiosi che sostenevano che le norme li avrebbero costretti a praticare aborti o a fornire trattamenti per l'affermazione di genere contro le loro convinzioni religiose. Anche se la Gruberg si aspetta che la decisione venga ribaltata, ha detto che "la minaccia è ancora presente". Gli autori del rapporto hanno anche raccomandato al Congresso e ai governi statali e locali di aumentare i finanziamenti per i centri sanitari delle comunità LGBTQ, che spesso colmano le lacune sanitarie delle persone trans.

Groves ha trovato un medico di base affermativo grazie alla Knights and Orchids Society, un'organizzazione di base di Selma, in Alabama, guidata da persone trans di colore. Quando ha bisogno di cure, guida per circa 4 ore e mezza da casa sua a Jackson, Mississippi, fino ad Auburn, Alabama. Sebbene gruppi come la Knights and Orchids Society abbiano fornito un sostegno che ha cambiato la sua vita, Groves ha detto che in ultima analisi spetta al sistema medico e alla società affrontare problemi diffusi come la discriminazione.

"Siamo sempre stati qui", ha detto. "Quindi penso che ora il ruolo della società e dei medici professionisti sia quello di educare maggiormente se stessi. Se questo significa più borse di studio, più corsi di formazione, più sviluppo professionale... Credo che questa sia la cosa migliore che possiamo fare per promuovere una migliore assistenza sanitaria per le persone trans: aiutare le persone a capire come essere inclusive e poi andare avanti da lì".

Language Weaver + Dictionary

Quasi la metà della gente di persona trans è stata maltrattata dai fornitori medici, rapporto trova. L'onere di affrontare la discriminazione nei confronti delle persone persona transgender dovrebbe ricadere sulle istituzioni mediche, ha affermato uno degli autori della relazione.

Per tre anni, Jesse Brace ha evitato di prendersi cura dei loro sequestri dopo aver sperimentato la discriminazione in un pronto soccorso vicino alla loro casa a Lawrence, Kansas, nel 2017. Hanno detto che hanno detto al personale che sono persona transgender e di genere non binario, che il loro nome è diverso dal loro nome legale e che usano pronomi neutri al genere. "Si sono rifiutati di riconoscere queste informazioni, e non solo non hanno usato [i miei pronomi], ma mi hanno anche mandato a casa senza trattarmi per quello che ho fatto io", ha detto Brace, 25. Quando hanno cercato di ottenere assistenza altrove, hanno detto, hanno avuto esperienze simili, in modo da hanno evitato completamente la cura.

Nel 2018, hanno iniziato ad avere sequestri ogni giorno, così hanno iniziato a vivere nella loro auto fuori dalla struttura Amazon dove erano un assistente operativo manager, perché non potevano più guidare themselves per lavorare. Nel novembre 2018, hanno perso il lavoro. "Ho perso la mia auto poco dopo e sono finito per le strade in inverno", hanno detto. "Avevo centinaia [di sequestri] al giorno e non andavo nemmeno dove stavo posando". Erano senz'altro, vivevano fuori dalla loro auto o per le strade, per oltre tre anni. Secondo un rapporto pubblicato mercoledì dal Centro per il progresso americano, o CAP, un think tank liberale, l'esperienza di BRET nella ER – e l'impatto che la discriminazione sanitaria ha avuto sulla loro vita – è qualcosa che molti persona trans affrontano e temono quando cercano di ottenere assistenza.

La discriminazione, tra gli altri fattori, impedisce alle persone persona trans di cercare le cure necessarie, il che porta a disparità sanitarie che possono interessare molti altri settori della loro vita, ha rilevato il rapporto. Gli autori delineano una roadmap delle soluzioni, incluse le protezioni legislative per le persone LGBTQ e una migliore formazione sulle competenze per i medici. "L'onere non deve essere sui singoli", ha affermato uno degli autori del rapporto, Sharita Gruberg, vicepresidente del progetto di ricerca e comunicazione LGBTQ del centro. "Dovrebbe essere proprio su queste istituzioni fare la cosa giusta, e le risorse e la guida sono disponibili".

Il rapporto DI CAP ha rilevato che quasi la metà delle persone di persona transgender e il 68% delle persone di colore di persona transgender segnalato di aver subito maltrattamenti per mano di un medico, incluso il rifiuto di cure e abusi verbali o fisici, nell'anno precedente l'indagine, che ha avuto luogo nel giugno 2020. La discriminazione può quindi impedire alle persone di cercare cure future, il sondaggio ha rilevato: Il 28 per cento delle persone persona transgender, tra cui il 22 per cento delle persone persona transgender di colore, ha riferito di aver rinviato o non ottenere le cure mediche necessarie per la paura della discriminazione.

Nel maggio del 2019, la brace ha ottenuto un altro lavoro, ma ha affermato di non essere stata in grado di ottenere nuovamente cure coerenti fino al maggio di quest'anno. Hanno detto che i medici della zona hanno ripetutamente detto loro che non sono stati in grado di assumere nuovi pazienti. Non è stato fino a quando Brace non è stato rinviato a un medico che ha un bambino persona transgender che sono stati finalmente in grado di ottenere un medico di base. "Mi fanno attacchi di panico solo per prendere appuntamenti", hanno detto. "Non ho alcun supporto. Purtroppo, tutta l'assistenza sanitaria intorno qui è così. Non c'è supporto per il personale persona trans, quindi la maggior parte evita di cercare cure".

Dallas Ducar, un infermiere psichiatrico, ha aperto Transhealth Northampton, un'organizzazione trans-guidata che fornisce assistenza sanitaria a persona trans e diversi pazienti di genere nel Massachusetts occidentale, nel mese di maggio. Ducar ha detto che, come fornitore di assistenza sanitaria e donna trans,

sa che in tutto il paese c'è una carenza di assistenza affermativo per i persona trans. Ha detto che molti dei pazienti di Transhealth sono andati senza cure mediche per lunghi periodi di tempo. Un persona in cura che è venuto in un paio di mesi fa ha avuto segni vitali anormali e ha dovuto essere rapidamente portato in un pronto soccorso perché erano così malati, ha aggiunto. “Purtroppo non è raro vedere persone che hanno sperimentato livelli così elevati di discriminazione e poi rinunciare alle visite di routine, poi forse addirittura rinunciare a una visita di assistenza urgente, che poi si trasforma in una visita di assistenza di emergenza”, ha affermato.

Secondo il rapporto DELLA PAC, le molestie e le discriminazioni “contribuiscono a un elevato tasso di stress” e, insieme ai determinanti sociali della salute, rendono le persone persona trans “più propense a sperimentare risultati sanitari scadenti”. Le persone leggeranno le disparità sanitarie tra le persone persona trans “e pensate a questo come a qualcosa che, orribilmente, è associato proprio come a persona trans, Ma in realtà molte di queste esperienze hanno a che fare con l'essere persona trans in un mondo che vi opprime costantemente e dove state sperimentando discriminazioni sia interpersonali che istituzionalmente e in questi sistemi più ampi”, ha affermato uno degli autori del rapporto, Caroline Medina, analista politico di CAP.

Il rapporto cita i dati del sistema di sorveglianza del fattore di rischio comportamentale 2019 raccolti dai Centri per il controllo e la prevenzione delle malattie, che hanno scoperto che le persone con persona trans avevano più del doppio delle probabilità che gli adulti cisgender dicessero di avere disturbi depressivi. Il cinquantaquattro per cento ha anche riportato una cattiva salute fisica almeno un giorno nel mese precedente, rispetto al 36 per cento degli intervistati cisgender, secondo i dati del CDC. Le persone con persona trans hanno anche una maggiore probabilità di avere asma e sviluppare malattie cardiovascolari, secondo il rapporto CAP.

La pandemia di Covid-19 ha anche aggravato le disparità sanitarie che le persone persona trans affrontano: 1 su 3 hanno riferito di avere avuto pensieri suicidari durante la pandemia, e 1 su 2 hanno riferito che il loro accesso all'assistenza sanitaria per l'affermazione di genere è stato ridotto in modo significativo durante la pandemia. Ducar ha affermato che le barriere alla cura, in particolare la cura di per l'affermazione di genere come gli ormoni, sono “davvero dannose, e si aggiungono agli strati di discriminazione che esistono all'interno della comunità persona trans”. “Dal punto di vista della salute mentale, stiamo vedendo persone con problemi molto complessi – tonnellate e tonnellate di traumi – che stanno arrivando alle nostre porte”, ha affermato. “Stiamo assistendo non solo a un grande trauma, ma a PTSD complesse in particolare. Queste sono persone che sono state appena costantemente gravate con i sintomi di PTSD, trauma appena ricorrente. È stato davvero terribile”.

Quando la gente di persona trans prova a cercare l'assistenza sanitaria, può affrontare la discriminazione o il rifiuto totale di cura, come ha trovato LA PAC. Ma anche quando non subiscono discriminazioni, è probabile che vedano fornitori che non hanno la competenza culturale per fornire loro assistenza affermativo. L'indagine DI CAP dello scorso anno ha rilevato che 1 persona su 3 persona transgender hanno riferito di aver dovuto insegnare ai loro medici sulle persone persona transgender per ottenere cure adeguate, e il 15% ha riferito di aver posto domande “invasive o inutili sull'essere persona transgender” non correlate ai motivi della loro visita.

Il rapporto cita un breve del 2018 della Kaiser Family Foundation che ha scoperto che più della metà dei programmi scolastici di medicina non hanno informazioni su problemi sanitari unici che la comunità LGBTQ deve affrontare e non coprono le cure oltre la prevenzione e la cura dell'HIV, “Contribuire probabilmente all'incapacità del popolo persona transgender di accedere alle cure affermativo”, ha scritto CAP. Alex Petrovnia, 24 anni, scrittore e ricercatore scientifico che vive nella Pennsylvania centrale, ha detto che lo scorso autunno, ha dovuto riferire un medico di base dopo un'esperienza negativa.

Era preoccupato per come il testosterone avrebbe influenzato un problema congiunto che stava avendo, e ha chiesto al medico, che era ancora un medico residente, se ci fosse una forma di terapia fisica per aiutare il problema. Dopo uno scambio teso, disse, il medico gli disse: “Non so nulla di questo, perché non ho mai avuto un persona in cura come te”. “Stavo cercando di mantenere questa interazione pacifica, e ho risposto con: “Sì, lo so. È davvero un peccato che non vi venga insegnato nulla sulle persone persona trans nelle scuole mediche, e non si tratta solo di un problema molto noto”, ha affermato. “E mi guardò negli occhi e mi disse: “Non credo sia così importante. Non ci sono molti di voi”. Quando è partito, ha twittato circa la visita in modo da la gente di persona trans nella zona avrebbe saputo non vedere quel medico.

La pratica medica gli raggiunse alcuni giorni dopo e gli chiese cosa poteva fare di meglio, disse Petrovnia. Quando tornò a vedere un nuovo medico di base di supporto, “mi dissero che mandarono il residente a una formazione trans-inclusive e che lo avevano istituito per tutti i loro residenti in futuro”, ha affermato. “Quindi è stato molto positivo. ... Essere la ruota stridula ha realmente avuto un impatto e ha effettivamente migliorato la situazione teoricamente per gli altri”. Petrovnia ha riconosciuto che non tutti sono in grado o disposti a dare impulso a questi momenti di apprendimento.

Mel Groves, 25 anni, ha visitato un ufficio di assistenza primaria a Montgomery, Alabama, in gennaio, quando ha avuto una tosse, febbre e dolori del corpo inferiore. Quando è stato ripreso per una scansione TC a corpo intero, ha detto, ha avuto una conversazione decente con l'attendente che stava spingendo la sua sedia. GROGES ha detto che quando la procedura era finita, tuttavia, il tono dell'addetto cambiò. L'addetto aveva apparentemente visto la carta dei boschetti e fatto un commento sui suoi genitali, diceva Groves. “Sono stato preso in sprovvisa”, ha detto. “È stato a dir poco scioccante”.

Groves ha detto che voleva segnalarlo, ma che si sentiva troppo malato e sopraffatto, poiché lavorava temporaneamente nella zona. “Sapevo che questo era ciò che avrei dovuto fare, ma al tempo avevo molte cose in corso”, ha affermato. Il sistema sanitario che sovrintende all'ufficio di assistenza primaria dove sono stati curati i boschetti non ha potuto confermare la sua storia, citando la riservatezza di persona in cura.

Il rapporto DELLA PAC delinea una serie di raccomandazioni politiche che gli autori hanno detto contribuirebbero ad affrontare la discriminazione sanitaria nei confronti dei persona trans. Uno in particolare è tra i più pressanti, gli autori hanno detto: Raccomandano che il governo federale crei una regola per rafforzare la Sezione 1557 del Affordable Care Act, che proibisce la discriminazione sulla base del sesso e ha protetto le persone persona trans dalla discriminazione nelle strutture sanitarie finanziate a livello federale.

“Le protezioni nella Sezione 1557 sono così critiche, ma sono anche un pavimento che dobbiamo stabilire e rafforzare con fermezza”, ha affermato Gruberg della PAC. Ha affermato che è stato fantastico che l'Ufficio per i diritti civili del Dipartimento della Salute e dei servizi umani abbia annunciato che avrebbe applicato la Sezione 1557 per coprire l'orientamento sessuale e l'identità di genere, “ma siamo anche molto preoccupati per ciò che sembra, quanto saranno forti queste tutele e il potenziale che le esenzioni religiose possano minarle”.

STATI UNITI Il giudice distrettuale Reed o'Connor ha emesso un'ingiunzione permanente la scorsa settimana contro le tutele non discriminatorie contenute nel Affordable Care Act, che ha pronunciato una sentenza a favore dei fornitori di assistenza sanitaria religiosi, i quali hanno affermato che le regole li avrebbero obbligati a compiere aborti o a fornire un trattamento per l'affermazione di genere contro le loro convinzioni religiose. Mentre Gruberg si aspetta che la decisione venga ribaltata, ha detto “quella minaccia è ancora lì”. Gli autori del rapporto hanno inoltre raccomandato che il Congresso e i governi statali e locali aumentino i fondi per i centri sanitari della comunità LGBTQ, che spesso colmano i divari sanitari che il popolo persona trans deve affrontare.

Grove è stato collegato con un medico di base di affermativo attraverso la Società dei Cavalieri e delle Orchidee, un'organizzazione di base a Selma, Alabama, guidata dal popolo persona trans Nero. Guida circa 4½ ore dalla sua casa a Jackson, Mississippi, ad Auburn, Alabama, quando ha bisogno di cure. Anche se gruppi come la Knights and Orchids Society hanno fornito ciò che gli Grove hanno descritto come un

sostegno “in grado di cambiare la vita”, ha affermato che alla fine spetta al sistema medico e alla società affrontare questioni pervasive come la discriminazione.

"Siamo sempre stati qui", ha detto. “Quindi penso che ora il ruolo ricada sulla società e sui medici per educarsi di più. Se questo significa più borse di studio, più formazione, più sviluppo professionale ... Mi sembra che questa sia la cosa migliore che possiamo fare da sola per promuovere un'assistenza sanitaria migliore per le persone che vivono in persona trans, per aiutare le persone a capire come essere inclusive e poi andare avanti da lì”.

Raw ModernMT

Quasi la metà delle persone transessuali sono state maltrattate dai medici, secondo un rapporto. L'onere di affrontare la discriminazione contro le persone transgender dovrebbe ricadere sulle istituzioni mediche, ha affermato uno degli autori del rapporto.

Per tre anni, Jesse Brace ha evitato di ricevere assistenza per le loro convulsioni dopo aver subito discriminazioni in un pronto soccorso vicino alla loro casa a Lawrence, nel Kansas, nel 2017. Hanno detto di aver detto al personale che sono transgender e non binari, che il loro nome è diverso dal loro nome legale e che usano pronomi neutri rispetto al genere. “Si sono rifiutati persino di riconoscere queste informazioni, e non solo non hanno usato [i miei pronomi], ma mi hanno anche mandato a casa senza curarmi per quello che sono andato a fare”, ha detto Brace, 25 anni. Quando hanno cercato di ottenere cure altrove dopo, hanno detto, hanno avuto esperienze simili, quindi hanno evitato del tutto le cure.

Nel 2018, hanno iniziato ad avere convulsioni ogni giorno, quindi hanno iniziato a vivere nella loro auto fuori dalla struttura di Amazon dove erano un assistente responsabile delle operazioni, perché non potevano più andare al lavoro da soli. Nel novembre 2018 hanno perso il lavoro. "Ho perso la mia auto poco dopo e sono finito per strada in inverno", hanno detto. “Stavo avendo centinaia [di convulsioni] al giorno e non stavo nemmeno lasciando dove giacevo. Erano senz'altro, vivevano fuori dalla loro auto o per strada, per oltre tre anni. L'esperienza di Brace al pronto soccorso — e l'impatto che la discriminazione sanitaria ha avuto sulla loro vita — è qualcosa che molte persone trans affrontano e temono quando cercano di ottenere assistenza, secondo un rapporto pubblicato mercoledì dal Center for American Progress, o CAP, un think tank liberale.

La discriminazione, tra gli altri fattori, impedisce alle persone trans di cercare le cure necessarie, il che porta a disparità di salute che possono influenzare molte altre aree della loro vita. Gli autori delineano una road map di soluzioni, comprese le protezioni legislative per le persone LGBTQ e una migliore formazione delle competenze per i fornitori di servizi medici. “L'onere non dovrebbe essere sulle persone”, ha detto uno degli autori del rapporto, Sharita Gruberg, vice presidente del progetto di ricerca e comunicazione LGBTQ del centro. "Dovrebbe davvero spettare a queste istituzioni fare la cosa giusta, e le risorse e la guida sono là fuori".

Il rapporto della CAP ha rilevato che quasi la metà delle persone transgender — e il 68% delle persone transgender di colore — ha riferito di aver subito maltrattamenti da parte di un medico, incluso il rifiuto di cure e abusi verbali o fisici, nell'anno precedente l'indagine, che ha avuto luogo nel giugno 2020. La discriminazione può quindi impedire alle persone di cercare cure future, ha rilevato il sondaggio: il 28% delle persone transgender, incluso il 22% delle persone transgender di colore, ha riferito di aver posticipato o di non aver ricevuto le cure mediche necessarie per paura della discriminazione.

Brace ha ottenuto un altro lavoro a maggio 2019, ma hanno detto che non erano in grado di ottenere cure coerenti fino a maggio di quest'anno. Hanno detto che i medici della zona hanno ripetutamente detto loro che non erano in grado di assumere nuovi pazienti. È stato solo quando Brace è stato indirizzato a un medico che ha un figlio transgender che sono stati finalmente in grado di ottenere un medico di base. “Ricevo attacchi di panico solo prendendo appuntamenti”, hanno detto. “Non ho alcun tipo di sostegno. Sfortunatamente, tutta l'assistenza sanitaria qui intorno è così. Non c'è supporto per le persone trans, e quindi la maggior parte evita di cercare assistenza.

Dallas Ducar, un'infermiera psichiatrica, ha aperto Transhealth Northampton, un'organizzazione trans-led che fornisce assistenza sanitaria ai pazienti trans e di genere diversi nel Massachusetts occidentale, a maggio. Ducar ha detto che come fornitore di assistenza sanitaria e donna trans, sa che c'è una carenza di affermare l'assistenza per le persone trans in tutto il paese. Ha detto che molti dei pazienti di Transhealth sono andati senza cure mediche per lunghi periodi di tempo. Un paziente che è arrivato un paio di mesi fa aveva segni vitali anormali e doveva essere rapidamente portato in un pronto soccorso perché erano così malati, ha aggiunto. "Purtroppo non è raro vedere persone che hanno sperimentato livelli così elevati di discriminazione e poi rinunciare alle visite di routine, quindi forse anche rinunciare a una visita di assistenza urgente, che poi si trasforma in una visita di assistenza di emergenza", ha detto.

Il rapporto della PAC afferma che le molestie e la discriminazione "contribuiscono ad alti tassi di stress" e — insieme ai determinanti sociali della salute — rendono le persone trans "più propense a sperimentare scarsi risultati di salute." Le persone leggeranno delle disparità di salute tra le persone trans"e penseranno a questo come qualcosa che, orribilmente, è associato proprio come essere trans, ma in realtà molte di queste esperienze hanno a che fare con l'essere trans in un mondo che ti opprime costantemente e dove stai vivendo discriminazione sia a livello interpersonale ma anche istituzionale e in questi sistemi più ampi ", ha detto uno degli autori del rapporto, Caroline Medina, analista politica presso la CAP.

Il rapporto cita i dati del 2019 Behavioral Risk Factor Surveillance System raccolti dai Centers for Disease Control and Prevention, che hanno rilevato che le persone trans avevano più del doppio delle probabilità rispetto agli adulti cisgender di sentirsi dire che avevano disturbi depressivi. Il 54% ha anche riportato una cattiva salute fisica almeno un giorno nel mese precedente, rispetto al 36% degli intervistati cisgender, secondo i dati del CDC. Le persone trans hanno anche una maggiore probabilità di avere l'asma e di sviluppare malattie cardiovascolari, secondo il rapporto della PAC.

La pandemia di Covid-19 ha anche aggravato le disparità sanitarie che le persone trans devono affrontare: 1 su 3 ha riferito di aver avuto pensieri suicidi durante la pandemia e 1 su 2 ha riferito che il loro accesso all'assistenza sanitaria che afferma il genere è stato ridotto in modo significativo durante la pandemia. Ducar ha detto che le barriere alla cura, in particolare la cura che afferma il genere come gli ormoni, sono "davvero, davvero dannose e si aggiungono agli strati di discriminazione che esistono all'interno della comunità trans." "Dal lato della salute mentale, stiamo vedendo persone con problemi davvero complessi — tonnellate e tonnellate di traumi — che stanno arrivando alla nostra porta", ha detto. "Stiamo solo vedendo un sacco di non solo traumi, ma PTSD complesso in particolare. Queste sono persone che sono state costantemente gravate dai sintomi del PTSD, un trauma che si ripete. È stato davvero terribile."

Quando le persone trans cercano di cercare assistenza sanitaria, possono affrontare discriminazioni o addirittura il rifiuto di assistenza, come rilevato dalla PAC. Ma anche quando non subiscono discriminazioni, è probabile che vedano fornitori che non hanno la competenza culturale per fornire loro assistenza affermativa. L'indagine CAP dello scorso anno ha rilevato che 1 persona transgender su 3 ha riferito di aver dovuto insegnare ai propri medici le persone transgender per ottenere cure appropriate e il 15% ha riferito di aver ricevuto "domande invasive o inutili sull'essere transgender" non correlate alle loro ragioni per la visita.

Il rapporto ha citato un brief del 2018 della Kaiser Family Foundation che ha rilevato che oltre la metà dei curricula delle scuole mediche non ha informazioni su problemi di salute unici che la comunità LGBTQ affronta e non copre il trattamento oltre la prevenzione e la cura dell'HIV, "probabilmente contribuendo all'incapacità delle persone transgender di accedere all'assistenza affermativa", ha scritto CAP. Alex Petrovnia, 24 anni, scrittore e ricercatore scientifico che vive nella Pennsylvania centrale, ha detto che lo scorso autunno ha dovuto segnalare un medico di base dopo un'esperienza negativa.

Era preoccupato di come il testosterone avrebbe influenzato un problema articolare che stava avendo, e chiese al medico, che era ancora un medico residente, se c'era una forma di terapia fisica per aiutare il problema. Dopo uno scambio teso, disse, il dottore gli disse: "Non ne so nulla, perché non ho mai avuto un paziente come te." "Stavo cercando di mantenere questa interazione pacifica, e ho risposto con: 'Sì, lo so. È davvero un peccato che non ti venga insegnato nulla sulle persone trans nella scuola di medicina, e non è un problema molto noto ", ha detto. E lei mi ha guardato dritto negli occhi e ha detto: 'Non penso che sia

così importante. Non siete in molti. Quando se n'è andato, ha twittato della visita in modo che altre persone trans nella zona sapessero di non vedere quel medico.

Lo studio medico lo ha contattato pochi giorni dopo e gli ha chiesto cosa avrebbe potuto fare meglio, ha detto Petrovnia. Quando è tornato a vedere un nuovo medico di base di supporto, "mi hanno detto che hanno rimandato il residente alla formazione sulla trans-inclusività e che l'avevano istituita per tutti i loro residenti in futuro", ha detto. "Quindi è stato molto positivo. ... Essere la ruota cingolante ha davvero avuto un impatto e ha effettivamente migliorato la situazione teoricamente per gli altri. Petrovnia ha riconosciuto che non tutti sono in grado o disposti a innescare tali momenti di insegnamento.

Mel Groves, 25 anni, ha visitato un ufficio di assistenza primaria a Montgomery, in Alabama, a gennaio, quando ha avuto tosse, febbre e dolori alla parte inferiore del corpo. Quando è stato portato indietro per una scansione TC di tutto il corpo, ha detto, ha avuto una conversazione decente con l'addetto che stava spingendo la sua sedia. Groves ha detto che quando la procedura era finita, tuttavia, il tono del guardiano è cambiato. L'addetto aveva apparentemente visto Groves 'grafico e fatto un commento sui suoi genitali, Groves ha detto. "Sono rimasto sorpreso", ha detto. "È stato scioccante, per non dire altro."

Groves ha detto che voleva segnalarlo, ma che si sentiva troppo male e sopraffatto, poiché stava lavorando temporaneamente nella zona. "Sapevo che era quello che avrei dovuto fare, ma all'epoca avevo un sacco di cose in ballo", ha detto. Il sistema sanitario che sovrintende l'ufficio di assistenza primaria in cui Groves è stato trattato non ha potuto confermare la sua storia, citando la riservatezza del paziente.

Il rapporto della CAP delinea una serie di raccomandazioni politiche che, secondo gli autori, aiuterebbero ad affrontare la discriminazione sanitaria contro le persone transessuali. Raccomandano che il governo federale crei una regola per rafforzare la Sezione 1557 dell'Affordable Care Act, che vieta la discriminazione sulla base del sesso e ha protetto le persone trans dalla discriminazione nelle strutture sanitarie finanziate a livello federale.

"Le protezioni nella Sezione 1557 sono così critiche ma sono anche un piano che dobbiamo stabilire e rafforzare saldamente", ha affermato Gruberg di CAP. Ha detto che è fantastico che l'Ufficio dei diritti civili del Dipartimento della salute e dei servizi umani abbia annunciato che applicherà la Sezione 1557 per coprire l'orientamento sessuale e l'identità di genere, "ma siamo anche molto preoccupati per quello che sembra, quanto forti saranno queste protezioni e il potenziale per le esenzioni religiose di minarle".

Il giudice distrettuale degli Stati Uniti Reed O'Connor ha emesso un'ingiunzione permanente la scorsa settimana contro le protezioni contro la discriminazione nell'Affordable Care Act, pronunciandosi a favore dei fornitori di assistenza sanitaria religiosa che hanno affermato che le regole li costringerebbero a eseguire aborti o fornire un trattamento di affermazione di genere contro le loro credenze religiose. Mentre Gruberg si aspetta che la decisione venga ribaltata, ha detto che "quella minaccia è ancora lì. Gli autori del rapporto hanno anche raccomandato al Congresso e ai governi statali e locali di aumentare i finanziamenti per i centri sanitari della comunità LGBTQ, che spesso colmano le lacune sanitarie che le persone trans devono affrontare.

Groves era collegato con un affermate medico di base attraverso la Knights and Orchids Society, un'organizzazione di base a Selma, in Alabama, guidata da persone trans nere. Guida per circa 4 ore e mezza da casa sua a Jackson, Mississippi, ad Auburn, Alabama, quando ha bisogno di cure. Sebbene gruppi come la Knights and Orchids Society abbiano fornito quello che Groves ha descritto come un supporto "che cambia la vita", ha detto che alla fine spetta al sistema medico e alla società affrontare questioni pervasive come la discriminazione.

"Siamo sempre stati qui", ha detto. Quindi penso che ora il ruolo ricada sulla società e sui professionisti medici per educarsi di più. Se questo significa più borse di studio, più corsi di formazione, più sviluppo professionale... Sento che questa è da sola la cosa migliore che possiamo fare per promuovere una migliore assistenza sanitaria per le persone trans, è aiutare le persone a capire come essere inclusivi, e poi andare avanti da lì."

ModernMT + TM

Quasi la metà delle persone transessuali è stata maltrattata dai medici, secondo un rapporto. L'onere di affrontare la discriminazione contro le persone transgender dovrebbe ricadere sulle istituzioni mediche, ha affermato uno degli autori del rapporto.

Per tre anni, Jesse Brace ha evitato di ricevere assistenza per le loro convulsioni dopo aver subito discriminazioni in un pronto soccorso vicino alla loro casa a Lawrence, nel Kansas, nel 2017. Hanno detto di aver detto al personale che sono transgender e non binari, che il loro nome è diverso dal loro nome legale e che usano pronomi di genere neutro. "Si sono rifiutati anche solo di riconoscere queste informazioni, e non solo non hanno usato [i miei pronomi], ma mi hanno anche mandato a casa senza curarmi per quello che sono andato a fare", ha detto Brace, 25 anni. Quando hanno cercato di ottenere cure altrove dopo, hanno detto, hanno avuto esperienze simili, quindi hanno evitato del tutto le cure.

Nel 2018, hanno iniziato ad avere convulsioni ogni giorno, quindi hanno iniziato a vivere nella loro auto fuori dalla struttura di Amazon dove erano un assistente responsabile delle operazioni, perché non potevano più andare al lavoro da soli. Nel novembre 2018 hanno perso il lavoro. "Ho perso la mia auto poco dopo e sono finito per strada in inverno", hanno detto. "Stavo avendo centinaia [di convulsioni] al giorno e non stavo nemmeno lasciando dove giacevo. Erano senz'altro, vivevano fuori dalla loro auto o per strada, per oltre tre anni. L'esperienza di Brace al pronto soccorso — e l'impatto che la discriminazione sanitaria ha avuto sulla loro vita — è qualcosa che molte persone trans affrontano e temono quando cercano di ottenere assistenza, secondo un rapporto pubblicato mercoledì dal Center for American Progress, o CAP, un think tank liberale.

La discriminazione, tra gli altri fattori, impedisce alle persone trans di cercare le cure necessarie, il che porta a disparità di salute che possono influenzare molte altre aree della loro vita. Gli autori delineano una road map di soluzioni, comprese le protezioni legislative per le persone LGBTQ e una migliore formazione delle competenze per i fornitori di servizi medici. "L'onere non dovrebbe essere sulle persone", ha detto uno degli autori del rapporto, Sharita Gruberg, vice presidente del progetto di ricerca e comunicazione LGBTQ del centro. "Dovrebbe davvero spettare a queste istituzioni fare la cosa giusta, e le risorse e la guida sono là fuori".

Il rapporto della CAP ha rilevato che quasi la metà delle persone transgender — e il 68% delle persone transgender di colore — ha riferito di aver subito maltrattamenti da parte di un medico, incluso il rifiuto di cure e abusi verbali o fisici, nell'anno precedente l'indagine, che ha avuto luogo nel giugno 2020. La discriminazione può quindi impedire alle persone di cercare cure future, ha rilevato il sondaggio: il 28% delle persone transgender, incluso il 22% delle persone transgender di colore, ha riferito di aver posticipato o di non aver ricevuto le cure mediche necessarie per paura della discriminazione.

Brace ha ottenuto un altro lavoro a maggio 2019, ma hanno detto che non sono stati in grado di ottenere cure coerenti fino a maggio di quest'anno. Hanno detto che i medici della zona hanno ripetutamente detto loro che non erano in grado di assumere nuovi pazienti. È stato solo quando Brace è stato indirizzato a un medico che ha un figlio transgender che sono stati finalmente in grado di ottenere un medico di base. "Ricevo attacchi di panico solo prendendo appuntamenti", hanno detto. "Non ho alcun tipo di sostegno. Sfortunatamente, tutta l'assistenza sanitaria qui intorno è così. Non c'è supporto per le persone trans, e quindi la maggior parte evita di cercare assistenza.

Dallas Ducar, un'infermiera psichiatrica, ha aperto Transhealth Northampton, un'organizzazione trans-led che fornisce assistenza sanitaria ai pazienti trans e di genere diversi nel Massachusetts occidentale, a maggio. Ducar ha detto che come operatore sanitario e donna trans, sa che c'è una carenza di affermare l'assistenza per le persone trans in tutto il paese. Ha detto che molti dei pazienti di Transhealth sono andati senza cure mediche per lunghi periodi di tempo. Un paziente che è arrivato un paio di mesi fa aveva segni vitali anormali e doveva essere rapidamente portato in un pronto soccorso perché erano così malati, ha aggiunto. "Sfortunatamente non è raro vedere persone che hanno sperimentato livelli così elevati di discriminazione e poi rinunciare alle visite di routine, quindi forse anche rinunciare a una visita di assistenza urgente, che poi si trasforma in una visita di assistenza di emergenza", ha detto.

Il rapporto della PAC afferma che le molestie e la discriminazione "contribuiscono ad alti tassi di stress" e — insieme ai determinanti sociali della salute — rendono le persone trans "più propense a sperimentare scarsi risultati di salute". Le persone leggeranno delle disparità di salute tra le persone trans"e penseranno a questo come qualcosa che, orribilmente, è associato proprio come essere trans, ma in realtà molte di queste esperienze hanno a che fare con l'essere trans in un mondo che ti opprime costantemente e dove stai vivendo discriminazione sia a livello interpersonale ma anche istituzionale e in questi sistemi più ampi ", ha detto uno degli autori del rapporto, Caroline Medina, analista politica presso la CAP.

Il rapporto cita i dati del Behavioral Risk Factor Surveillance System del 2019 raccolti dai Centers for Disease Control and Prevention, che hanno rilevato che le persone trans avevano più del doppio delle probabilità degli adulti cisgender di sentirsi dire di avere disturbi depressivi. Il 54% ha anche riportato una cattiva salute fisica almeno un giorno nel mese precedente, rispetto al 36% degli intervistati cisgender, secondo i dati del CDC. Le persone trans hanno anche una maggiore probabilità di avere l'asma e di sviluppare malattie cardiovascolari, secondo il rapporto della PAC.

La pandemia di Covid-19 ha anche aggravato le disparità sanitarie che le persone trans devono affrontare: 1 su 3 ha riferito di aver avuto pensieri suicidi durante la pandemia e 1 su 2 ha riferito che il loro accesso all'assistenza sanitaria che afferma il genere è stato ridotto in modo significativo durante la pandemia. Ducar ha affermato che le barriere all'assistenza, in particolare l'assistenza che afferma il genere come gli ormoni, sono "davvero, davvero dannose e si aggiungono agli strati di discriminazione che esistono all'interno della comunità trans."Dal punto di vista della salute mentale, stiamo vedendo persone con problemi davvero complessi — tonnellate e tonnellate di traumi — che stanno arrivando alla nostra porta", ha detto. "Stiamo solo vedendo un sacco di non solo traumi, ma PTSD complesso in particolare. Queste sono persone che sono state costantemente gravate dai sintomi del PTSD, un trauma che si ripete. È stato davvero terribile."

Quando le persone trans cercano di cercare assistenza sanitaria, possono affrontare discriminazioni o addirittura un rifiuto di assistenza, come rilevato dalla PAC. Ma anche quando non subiscono discriminazioni, è probabile che vedano fornitori che non hanno la competenza culturale per fornire loro cure affermative. L'indagine CAP dello scorso anno ha rilevato che 1 persona transgender su 3 ha riferito di aver dovuto insegnare ai propri medici le persone transgender per ottenere cure appropriate e il 15% ha riferito di aver ricevuto "domande invasive o inutili sull'essere transgender" non correlate alle loro ragioni per la visita.

Il rapporto ha citato un brief del 2018 della Kaiser Family Foundation che ha rilevato che oltre la metà dei curricula delle scuole mediche non ha informazioni su problemi di salute unici che la comunità LGBTQ affronta e non copre il trattamento oltre la prevenzione e la cura dell'HIV, "probabilmente contribuendo all'incapacità delle persone transgender di accedere all'assistenza affermativa", ha scritto CAP. Alex Petrovnia, 24 anni, scrittore e ricercatore scientifico che vive nella Pennsylvania centrale, ha detto che lo scorso autunno ha dovuto segnalare un medico di base dopo un'esperienza negativa.

Era preoccupato di come il testosterone avrebbe influenzato un problema articolare che stava avendo, e chiese al medico, che era ancora un medico residente, se esisteva una forma di terapia fisica per aiutare il problema. Dopo uno scambio teso, ha detto, il medico gli ha detto: "Non ne so nulla, perché non ho mai avuto un paziente come te."Stavo cercando di mantenere questa interazione pacifica, e ho risposto con: 'Sì, lo so. È davvero un peccato che non ti venga insegnato nulla sulle persone trans nella scuola di medicina, e non è un problema molto noto ", ha detto. E lei mi ha guardato dritto negli occhi e ha detto: 'Non penso che sia così importante. Non siete in molti.Quando se ne è andato, ha twittato della visita in modo che altre persone trans nella zona sapessero di non vedere quel medico.

La pratica medica lo ha contattato pochi giorni dopo e gli ha chiesto cosa poteva fare di meglio, ha detto Petrovnia. Quando è tornato a vedere un nuovo medico di base di supporto, "mi hanno detto che hanno rimandato il residente alla formazione sulla trans-inclusività e che lo avevano istituito per tutti i loro residenti in futuro", ha detto. "Quindi è stato molto positivo. ... Essere la ruota cingolante ha davvero avuto un impatto e ha effettivamente migliorato la situazione teoricamente per gli altri.Petrovnia ha riconosciuto che non tutti sono in grado o disposti a innescare tali momenti di insegnamento.

Mel Groves, 25 anni, ha visitato un ufficio di assistenza primaria a Montgomery, in Alabama, a gennaio, quando ha avuto tosse, febbre e dolori alla parte inferiore del corpo. Quando è stato ripreso per una TAC completa, ha detto, ha avuto una conversazione decente con l'addetto che stava spingendo la sua sedia. Groves ha detto che quando la procedura era finita, tuttavia, il tono dell'addetto è cambiato. L'addetto aveva apparentemente visto Groves 'grafico e fatto un commento sui suoi genitali, Groves ha detto. "Sono rimasto sorpreso", ha detto. "È stato scioccante, per non dire altro."

Groves ha detto che voleva segnalarlo, ma che si sentiva troppo male e sopraffatto, poiché stava lavorando temporaneamente nella zona. "Sapevo che era quello che avrei dovuto fare, ma all'epoca avevo un sacco di cose in ballo", ha detto. Il sistema sanitario che sovrintende l'ufficio di assistenza primaria in cui Groves è stato trattato non ha potuto confermare la sua storia, citando la riservatezza del paziente.

Il rapporto della CAP delinea una serie di raccomandazioni politiche che, secondo gli autori, aiuterebbero ad affrontare la discriminazione sanitaria contro le persone trans. Raccomandano che il governo federale crei una regola per rafforzare la Sezione 1557 dell'Affordable Care Act, che vieta la discriminazione sulla base del sesso e ha protetto le persone trans dalla discriminazione nelle strutture sanitarie finanziate a livello federale.

"Le protezioni nella Sezione 1557 sono così critiche ma sono anche un piano che dobbiamo stabilire e rafforzare fermamente", ha affermato Gruberg di CAP. Ha detto che è stato fantastico che l'Ufficio per i diritti civili del Dipartimento della salute e dei servizi umani abbia annunciato che avrebbe applicato la Sezione 1557 per coprire l'orientamento sessuale e l'identità di genere, "ma siamo anche molto preoccupati per quello che sembra, quanto saranno forti queste protezioni e il potenziale per le esenzioni religiose di minarle".

Il giudice distrettuale degli Stati Uniti Reed O'Connor ha emesso un'ingiunzione permanente la scorsa settimana contro le protezioni contro la discriminazione nell'Affordable Care Act, pronunciandosi a favore dei fornitori di assistenza sanitaria religiosa che hanno affermato che le regole li costringerebbero a eseguire aborti o fornire un trattamento di affermazione di genere contro le loro credenze religiose. Mentre Gruberg si aspetta che la decisione venga ribaltata, ha detto che "quella minaccia è ancora lì. Gli autori del rapporto hanno anche raccomandato al Congresso e ai governi statali e locali di aumentare i finanziamenti per i centri sanitari della comunità LGBTQ, che spesso colmano le lacune sanitarie che le persone trans devono affrontare.

Groves era in contatto con un affermato medico di base attraverso la Knights and Orchids Society, un'organizzazione di base a Selma, in Alabama, guidata da persone trans nere. Guida per circa 4 ore e mezza da casa sua a Jackson, Mississippi, ad Auburn, Alabama, quando ha bisogno di cure. Sebbene gruppi come la Knights and Orchids Society abbiano fornito quello che Groves ha descritto come un supporto "che cambia la vita", ha detto che alla fine spetta al sistema medico e alla società affrontare questioni pervasive come la discriminazione.

"Siamo sempre stati qui", ha detto. Quindi penso che ora il ruolo ricada sulla società e sui professionisti medici per educarsi di più. Se questo significa più borse di studio, più corsi di formazione, più sviluppo professionale... Sento che questa è da sola la cosa migliore che possiamo fare per promuovere una migliore assistenza sanitaria per le persone trans, è aiutare le persone a capire come essere inclusivi, e poi andare avanti da lì."

Raw Generic SYSTRAN

Quasi la metà delle persone trans sono state maltrattate da fornitori di servizi medici, secondo le perizie. Uno degli autori del rapporto ha affermato che l'obbligo di affrontare la discriminazione contro i transessuali dovrebbe ricadere sulle istituzioni mediche.

Per tre anni, Jesse Brace ha evitato di prendersi cura delle proprie crisi dopo aver subito una discriminazione in un pronto soccorso vicino a casa loro a Lawrence, in Kansas, nel 2017. Hanno detto che hanno detto al personale che sono transessuali e non binari, che il loro nome è diverso dal loro nome legale e che usano

pronomi neutri dal sesso. "Si sono rifiutati di accettare queste informazioni, e non solo non hanno usato [i miei pronomi], ma anche mi hanno mandato a casa senza curarmi per quello che ho fatto," ha detto Brace, 25 anni. Quando hanno cercato di prendersi cura altrove, hanno detto di avere esperienze simili, così hanno evitato di preoccuparsene.

Nel 2018 iniziarono ad avere convulsioni ogni giorno, quindi iniziarono a vivere nella loro auto fuori dal magazzino Amazon dove erano un assistente operativo, perché non potevano più andare a lavorare. Nel novembre 2018 hanno perso il lavoro. "Ho perso la mia macchina subito dopo e sono finito in strada d'inverno", mi hanno detto. "Avevo centinaia di crisi al giorno e non stavo nemmeno andando via da dove stavo." Sono stati senz'altro, vivendo fuori dalla loro auto o per strada, per oltre tre anni. L'esperienza di Brace nel pronto soccorso — e l'impatto che la discriminazione sanitaria ha avuto sulla loro vita — è qualcosa che molte persone trans devono affrontare e temono quando cercano di prendersi cura, secondo una relazione pubblicata mercoledì dal Centro per il progresso americano, o CAP, un gruppo di riflessione liberale.

La discriminazione, tra l'altro, impedisce ai trans di cercare le cure necessarie, il che porta a disparità sanitarie che possono incidere su molte altre aree della loro vita, secondo la relazione. Gli autori delineano una tabella di marcia delle soluzioni, che include la tutela legislativa delle persone LGBTQ e una migliore formazione in materia di competenze per i fornitori di servizi medici. "L'onere non dovrebbe riguardare gli individui" ha affermato uno degli autori del rapporto, Sharita Gruberg, Vicepresidente del progetto di ricerca e comunicazione LGBTQ del centro. "Dovrebbe spettare a queste istituzioni fare la cosa giusta, e le risorse e la guida sono là fuori."

Secondo la relazione di CAP, quasi la metà delle persone transessuali — e il 68 per cento delle persone transessuali di colore — hanno subito un maltrattamento da parte di un fornitore di servizi medici, compreso il rifiuto dell'assistenza e degli abusi verbali o fisici, nell'anno precedente l'indagine, avvenuta nel giugno 2020. La discriminazione può impedire alle persone di cercare cure future, secondo il sondaggio: il 28 per cento dei transessuali, tra cui il 22 per cento dei transessuali di colore, ha dichiarato di aver posticipato o non aver ottenuto le cure mediche necessarie per paura di discriminazioni.

Nel maggio 2019, Brace ha ottenuto un altro lavoro, ma hanno detto che non sono stati in grado di ottenere cure coerenti fino a maggio di quest'anno. Hanno detto che i dottori della zona hanno ripetutamente detto loro che non erano in grado di assumere nuovi pazienti. Finché Brace non fu chiamato da un dottore con un bambino transessuale, fu finalmente in grado di ottenere un medico primario. "Mi vengono attacchi di panico solo per prendere appuntamenti", dissero. "Non ho alcun appoggio. Sfortunatamente, tutto il servizio sanitario qui intorno è così. Non c'è supporto per i trans, e quindi la maggior parte evita di cercare cure."

Dallas Ducar, un infermiere psichiatrico, ha aperto in maggio la Transhealth Northampton, un'organizzazione gestita da trans che fornisce assistenza sanitaria ai pazienti transessuali e di genere nel Massachusetts occidentale. Ducar ha detto che, come fornitore di servizi sanitari e donna trans, sa che c'è la mancanza di assistenza per i trans in tutto il paese. Lei ha detto che molti pazienti di Transhealth sono andati senza cure mediche per lunghi periodi. Un paziente che è entrato un paio di mesi fa aveva dei segni vitali anormali e doveva essere portato rapidamente al pronto soccorso perché erano così malati, ha aggiunto. "Purtroppo non è raro vedere persone che hanno subito discriminazioni di questo tipo e poi hanno rinunciato alle visite di routine, e forse anche rinunciare ad una visita di cure urgenti, che poi si trasforma in una visita di emergenza", ha dichiarato.

Secondo la relazione della PAC, le molestie e le discriminazioni "contribuiscono ad alti tassi di stress" e, insieme ai determinanti sociali della salute, rendono le persone trans "più propensi a sperimentare scarse conseguenze sulla salute". Le persone leggeranno le differenze sanitarie tra i trans "e penseranno semplicemente che è qualcosa a cui, purtroppo, è associato proprio come essere trans, ma in realtà molte di queste esperienze hanno a che fare con il fatto di essere trans in un mondo che è costantemente opprimente e in cui si sperimenta discriminazione sia a livello interpersonale che a livello istituzionale e in questi sistemi più ampi", ha affermato uno degli autori del rapporto, Caroline Medina, analista di politica della PAC.

La relazione cita i dati del sistema di sorveglianza del fattore di rischio comportamentale del 2019 raccolti dai Centri per il controllo e la prevenzione delle malattie, che hanno riscontrato che le persone trans erano più del doppio delle probabilità che gli adulti di sesso acetico si dicessero di avere disturbi depressivi. Il 54 per cento ha denunciato anche una scarsa salute fisica almeno un giorno nel mese precedente, rispetto al 36 per cento degli intervistati in situazioni di cisessu, secondo i dati CDC. Secondo la relazione della PAC, anche le persone transessuali hanno maggiori probabilità di avere asma e di sviluppare malattie cardiovascolari.

La pandemia del Covid-19 ha aggravato anche le disparità sanitarie cui devono far fronte le persone: 1 su 3 ha riferito di aver avuto pensieri suicidi durante la pandemia, e 1 su 2 ha riferito che il loro accesso all'assistenza sanitaria di genere è stato ridotto in modo significativo durante la pandemia. Ducar ha detto che le barriere alle cure, in particolare quelle per affermare il genere come gli ormoni, sono "veramente, molto dannose, e si aggiungono agli strati di discriminazione che esistono all'interno della comunità trans". "Dal punto di vista della salute mentale, vediamo persone con problemi molto complessi — tonnellate e tonnellate di trauma — che stanno arrivando alle nostre porte", ha dichiarato. "Stiamo solo assistendo a un sacco di traumi, ma di un test PTSD complesso nello specifico. Sono persone che sono state costantemente gravate dai sintomi della PTSD, un trauma ricorrente. È stato davvero terribile."

Quando i trans cercano l'assistenza sanitaria, possono subire discriminazioni o rifiuto totale dell'assistenza, come ha scoperto la PAC. Ma anche quando non subiscono discriminazioni, è probabile che vedano fornitori che non hanno la competenza culturale per fornire loro assistenza. L'anno scorso, secondo l'indagine della PAC, 1 su 3 persone transessuali ha dovuto insegnare ai propri dottori a proposito dei transessuali per ottenere cure adeguate, e il 15 per cento ha dichiarato di aver ricevuto domande "invasive o inutili sull'essere transessuali", non legate alle ragioni della loro visita.

Il rapporto cita una relazione del 2018 della Kaiser Family Foundation che ha riscontrato che più della metà dei programmi di studio delle scuole mediche non dispone di informazioni su questioni sanitarie specifiche che la comunità LGBTQ deve affrontare e non copre trattamenti che vanno oltre la prevenzione e l'assistenza dell'HIV, "il che può contribuire all'incapacità delle persone transessuali di accedere all'assistenza per affermare", ha scritto CAP. Alex Petrovnia, 24 anni, scrittore e ricercatore scientifico che vive nel centro della Pennsylvania, ha detto che lo scorso autunno ha dovuto denunciare un medico primario dopo un'esperienza negativa.

Era preoccupato di come il testosterone avrebbe influito su un problema articolare che aveva, e ha chiesto al medico, che era ancora un medico specializzando, se c'era una forma di terapia fisica per aiutare il problema. Dopo uno scambio teso, il medico gli ha detto, "Non so niente di questo, perché non ho mai avuto un paziente come lei". "Stavo cercando di mantenere questa interazione pacifica, e ho risposto con: "Sì, lo so. È davvero spiacevole che non si impari nulla di trans nelle scuole mediche, e che semplicemente non sia un problema molto noto", ha dichiarato. "E mi ha guardato dritto negli occhi e ha detto: "Non credo che sia così importante. Non sono molti." Quando è uscito, ha commentato la visita su Twitter in modo che altri trans della zona sapessero di non vedere quel dottore.

La clinica gli ha contattato qualche giorno dopo e gli ha chiesto cosa poteva fare di meglio, ha detto Petrovnia. Quando è tornato a trovare un nuovo medico di primo soccorso, "mi hanno detto che hanno rimandato il residente a un addestramento di transinclusività e che l'avevano istituito per far avanzare tutti i loro residenti", ha detto. "E' stato molto positivo. . Essere la ruota strizzata in realtà ha avuto un impatto e in realtà ha migliorato la situazione teoricamente per gli altri." Petrovnia ha riconosciuto che non tutti sono in grado o disposti a dar vita a momenti così insegnabili.

Mel Groves, 25 anni, ha visitato un ufficio primario di cura a Montgomery, in Alabama, a gennaio, quando aveva la tosse, la febbre e dolori al corpo. Quando è stato portato indietro per una TAC completa, ha detto che aveva una buona conversazione con l'assistente che stava spingendo la sua sedia. Groves ha detto che, quando la procedura era terminata, il tono dell'operatore è cambiato. L'assistente avrebbe visto la tabella di Groves e fatto un commento sui suoi genitali, ha detto Groves. "Sono stato preso di sorpresa", ha detto. "Era scioccante, a dire il minimo."

Groves ha detto che voleva denunciarlo, ma che si sentiva troppo malato e sopraffatto, mentre lavorava temporaneamente nella zona. "Sapevo che era quello che avrei dovuto fare, ma all'epoca avevo molte cose in ballo," ha detto. Il sistema sanitario che supervisiona l'ufficio primario dove Groves è stato trattato non ha potuto confermare la sua storia, citando la riservatezza del paziente.

La relazione della PAC illustra una serie di raccomandazioni politiche che gli autori hanno affermato contribuirebbero a combattere la discriminazione sanitaria contro i trans. Uno in particolare è tra i più pressanti, secondo gli autori: raccomandano al governo federale di creare una norma per rafforzare l'articolo 1557 della legge sull'assistenza sanitaria sostenibile, che vieta la discriminazione basata sul sesso e che protegge le persone dalla discriminazione nelle strutture sanitarie finanziate a livello federale.

"Le misure di protezione di cui alla sezione 1557 sono così critiche, ma sono anche un piano che dobbiamo stabilire e rafforzare con fermezza", ha affermato Gruberg della PAC. Ha inoltre sottolineato che l'Ufficio dei Diritti Civili del Dipartimento della Salute e dei Servizi Umani ha annunciato che avrebbe applicato l'Articolo 1557 per coprire l'orientamento sessuale e l'identità di genere, ma siamo anche molto preoccupati per l'aspetto che assumerà, per quanto forti saranno queste protezioni e per il potenziale di esenzioni religiose per comprometterle.

Il giudice distrettuale americano Reed O'Connor ha emesso una sentenza definitiva la settimana scorsa contro le protezioni contro la non discriminazione previste dalla legge sull'assistenza sanitaria accessibile, con una sentenza a favore dei prestatori di assistenza sanitaria religiosa che hanno detto che le norme li avrebbero obbligati a praticare aborti o a fornire un trattamento favorevole alle loro convinzioni religiose. Mentre Gruberg si aspetta che la decisione venga revocata, ha detto "quella minaccia è ancora lì". Gli autori della relazione hanno inoltre raccomandato al Congresso e allo Stato e alle amministrazioni locali di aumentare i finanziamenti per i centri sanitari delle comunità LGBTQ, che spesso colmano le carenze sanitarie che le persone trans devono affrontare.

Groves era collegato a un medico che affermava le cure primarie tramite la Knight and Orchids Society, un'organizzazione di base a Selma, in Alabama, guidata da Black trans. Guida 45 ore e mezzo da casa sua a Jackson, Mississippi, ad Auburn, in Alabama, quando gli serve cure. Anche se gruppi come la Knight e la Orchids Society hanno fornito un sostegno che i gruppi hanno definito "cambiamento di vita", ha affermato che alla fine spetta al sistema medico e alla società affrontare questioni estese come la discriminazione.

"Siamo sempre stati qui", ha detto. "Quindi penso che ora il ruolo ricada sulla società e sui professionisti della medicina per istruirsi di più. Se questo significa più borse di studio, più formazione, più sviluppo professionale... Credo che sia la cosa migliore che possiamo fare da soli per promuovere una migliore assistenza sanitaria per i trans, aiutare la gente a capire come essere inclusivi e poi andare avanti da lì."

Generic SYSTRAN + TM

Quasi la metà dei transessuali sono stati maltrattati dai fornitori medici, riferiscono i risultati. Uno degli autori del rapporto afferma che l'onere di affrontare la discriminazione contro le persone transgender dovrebbe ricadere sulle istituzioni mediche.

Per tre anni, Jesse Brace ha evitato di prendersi cura delle loro crisi epilettiche dopo aver subito discriminazioni in un pronto soccorso vicino alla loro casa a Lawrence, Kansas, nel 2017. Hanno detto allo staff che sono transgender e non binari, che il loro nome è diverso dal loro nome legale e che usano pronomi neutri di genere. "Si sono rifiutati anche solo di riconoscere queste informazioni, e non solo non hanno usato [i miei pronomi], ma mi hanno anche mandato a casa senza trattarmi per quello che ho fatto", ha detto Brace, 25 anni. Quando hanno cercato di ottenere cure altrove dopo, hanno detto, hanno avuto esperienze simili, quindi hanno evitato completamente le cure.

Nel 2018, hanno iniziato ad avere convulsioni ogni giorno, così hanno iniziato a vivere nella loro auto fuori dalla struttura di Amazon dove erano un assistente responsabile delle operazioni, perché non potevano più guidare se stessi per lavorare. Nel novembre 2018 hanno perso il lavoro. "Ho perso la macchina poco dopo

e sono finito per strada in inverno", hanno detto. "Avevo centinaia [di crisi] al giorno e non me ne andavo nemmeno da dove stavo giacendo". Erano senz'altro, che vivevano in auto o per strada, per più di tre anni. L'esperienza di Brace al pronto soccorso — e l'impatto che la discriminazione sanitaria ha avuto sulla loro vita — è qualcosa che molte persone trans affrontano e temono quando cercano di ottenere cure, secondo un rapporto pubblicato mercoledì dal Center for American Progress, o CAP, un think tank liberale.

La discriminazione, tra gli altri fattori, impedisce alle persone trans di cercare le cure necessarie, il che porta a disparità sanitarie che possono colpire molti altri settori della loro vita, ha rilevato il rapporto. Gli autori delineano una tabella di marcia di soluzioni, che comprende tutele legislative per le persone LGBTQ e una migliore formazione delle competenze per i fornitori di servizi medici. "L'onere non dovrebbe essere sugli individui", ha detto uno degli autori del rapporto, Sharita Gruberg, vice presidente del progetto LGBTQ Research and Communications del centro. "Dovrebbe essere compito di queste istituzioni fare la cosa giusta, e le risorse e la guida sono là fuori".

La relazione della CAP ha rilevato che quasi la metà delle persone transgender — e il 68% delle persone transgender di colore — ha riferito di aver subito maltrattamenti da parte di un medico, tra cui il rifiuto di cure e abusi verbali o fisici, nell'anno precedente l'indagine, che ha avuto luogo nel giugno 2020. La discriminazione può quindi impedire alle persone di cercare cure future, l'indagine ha rilevato: il 28% delle persone transgender, incluso il 22% delle persone transgender di colore, ha riferito di aver rinviato o non aver ottenuto le cure mediche necessarie per paura di discriminazione.

Brace ha ottenuto un altro lavoro nel maggio 2019, ma hanno detto che non sono stati in grado di ottenere cure consistenti di nuovo fino al maggio di quest'anno. I medici della zona hanno più volte dichiarato di non essere in grado di assumere nuovi pazienti. Finché Brace non è stato indirizzato a un medico che ha un figlio transgender, è stato finalmente in grado di ottenere un medico di base. "Mi vengono attacchi di panico solo per fare degli appuntamenti", hanno detto. "Non ho alcun tipo di supporto. Sfortunatamente, tutta l'assistenza sanitaria qui intorno è così. Non c'è supporto per le persone trans, e quindi la maggior parte evita di cercare assistenza."

Dallas Ducar, un infermiere psichiatrico, ha aperto Transhealth Northampton, un'organizzazione trans-guidata che fornisce assistenza sanitaria a pazienti trans e di genere diversi nel Massachusetts occidentale, in maggio. Ducar ha detto che in quanto operatore sanitario e donna trans, sa che c'è una carenza di affermazione dell'assistenza alle persone trans in tutto il paese. Ha detto che molti dei pazienti di Transhealth sono rimasti senza cure mediche per lunghi periodi di tempo. Una paziente arrivata due mesi fa aveva segni vitali anomali e doveva essere subito portata al pronto soccorso perché era così malata, aggiunge. "Purtroppo non è raro vedere persone che hanno sperimentato livelli così alti di discriminazione e poi rinunciare alle visite di routine, poi forse anche rinunciare a una visita di assistenza urgente, che poi si trasforma in una visita di emergenza", ha detto.

Il rapporto della PAC afferma che le molestie e la discriminazione "contribuiscono ad alti tassi di stress" e, insieme ai determinanti sociali della salute, rendono le persone trans "più propense a sperimentare scarsi risultati in termini di salute". Le persone leggeranno le disparità tra i trans riguardo alla salute "e pensano che sia qualcosa che, orribilmente, è associato proprio come essere trans, ma in realtà molte di queste esperienze hanno a che fare con l'essere trans in un mondo che ti opprime costantemente e dove stai vivendo discriminazioni sia interpersonali che istituzionali e in questi sistemi più ampi", ha detto uno degli autori del rapporto, Caroline Medina, un'analista politica alla CAP.

La relazione cita i dati del 2019 del Sistema di Sorveglianza dei Fattori di Rischio Comportamentale raccolti dai Centers for Disease Control and Prevention, che hanno rilevato che le persone trans avevano più del doppio delle probabilità rispetto agli adulti cisgender di essere informati di avere disturbi depressivi. Il 54% ha anche riferito di scarsa salute fisica almeno un giorno nel mese precedente, rispetto al 36% degli intervistati cisgender, secondo i dati del CDC. I transessuali hanno anche una maggiore probabilità di avere asma e di sviluppare malattie cardiovascolari, secondo il rapporto CAP.

La pandemia di Covid-19 ha anche aggravato le disparità sanitarie che le persone trans devono affrontare: 1 su 3 ha riferito di aver avuto pensieri suicidari durante la pandemia e 1 su 2 ha riferito che il loro accesso

alle cure sanitarie per l'affermazione del genere è stato ridotto in modo significativo durante la pandemia. Ducar ha detto che le barriere alle cure, in particolare le cure per l'affermazione del genere come gli ormoni, sono "davvero, davvero dannose, e si aggiungono agli strati di discriminazione che esistono all'interno della comunità trans." "Sul fronte della salute mentale, stiamo vedendo persone con problemi davvero complessi - tonnellate e tonnellate di traumi - che stanno arrivando alla nostra porta di casa," ha detto. "Stiamo solo vedendo un sacco di non solo traumi, ma DPTS complessi in particolare. Queste sono persone che sono state costantemente oppresse dai sintomi del disturbo post-traumatico da stress, un trauma che si ripresenta. È stato davvero terribile."

Quando le persone trans cercano di cercare assistenza sanitaria, possono affrontare la discriminazione o il rifiuto totale di assistenza, come ha trovato la PAC. Ma anche quando non subiscono discriminazioni, è probabile che vedano fornitori che non hanno la competenza culturale per fornire loro un'assistenza affermata. L'indagine della CAP dello scorso anno ha rilevato che 1 persona transgender su 3 ha riferito di aver dovuto insegnare ai propri medici sulle persone transgender per ottenere cure appropriate, e il 15 per cento ha riferito di essere stato chiesto "domande invasive o inutili sull'essere transgender" non correlate ai motivi per cui si è recato.

Il rapporto cita un rapporto del 2018 della Kaiser Family Foundation che ha scoperto che più della metà dei programmi scolastici di medicina mancano di informazioni sui problemi di salute unici che la comunità LGBTQ affronta e non coprono il trattamento oltre la prevenzione e l'assistenza dell'HIV, "probabilmente contribuendo all'incapacità delle persone transgender di accedere alle cure affermative", ha scritto CAP. Alex Petrovnia, 24 anni, scrittore e ricercatore scientifico che vive nella Pennsylvania centrale, ha dichiarato che lo scorso autunno ha dovuto segnalare un medico di base dopo un'esperienza negativa.

Era preoccupato di come il testosterone avrebbe influenzato un problema articolare che stava avendo, e chiese al dottore, che era ancora un medico, se c'era una forma di fisioterapia per aiutare il problema. Dopo un teso scambio, ha detto, il dottore gli ha detto, "Non ne so niente, perché non ho mai avuto un paziente come te." "Stavo cercando di mantenere pacifica questa interazione, e ho risposto: 'Sì, lo so. È davvero un peccato che non ti abbiano insegnato niente sui trans a scuola di medicina, e non è un problema molto noto', ha detto. "Mi ha guardato dritto negli occhi e ha detto: 'Non credo che sia così importante. Non siete in molti.'" Quando se n'è andato, ha scritto su Twitter della visita così che altre persone trans della zona avrebbero saputo di non vedere quel medico.

Lo studio medico lo contattò qualche giorno dopo e gli chiese cosa potesse fare meglio, disse Petrovnia. Quando è tornato a vedere un nuovo medico di base, "mi hanno detto che hanno rimandato il residente ad un addestramento trans-inclusivo e che avevano istituito questo per tutti i loro residenti andando avanti", ha detto. "Questo è stato molto positivo. ... Essere la ruota che strizza ha davvero avuto un impatto e ha migliorato la situazione teoricamente per gli altri." Petrovnia ha riconosciuto che non tutti sono in grado o disposti a scatenare questi momenti educativi.

Mel Groves, 25 anni, ha visitato un ufficio di cure primarie a Montgomery, in Alabama, in gennaio, quando ha avuto tosse, febbre e dolori al corpo inferiore. Quando è stato portato indietro per una TAC di tutto il corpo, ha detto, ha avuto una conversazione decente con l'assistente che stava spingendo la sua sedia. Groves disse che quando la procedura era finita, tuttavia, il tono dell'assistente cambiò. L'assistente aveva apparentemente visto la cartella di Groves e fatto un commento sui suoi genitali, ha detto Groves. "Sono rimasto sorpreso", ha detto. "È stato a dir poco sconvolgente".

Groves disse che voleva denunciarlo, ma che si sentiva troppo malato e sopraffatto, dato che stava lavorando temporaneamente nella zona. "Sapevo che questo era quello che avrei dovuto fare, ma all'epoca avevo un sacco di cose in corso", ha detto. Il sistema sanitario che supervisiona l'ufficio di assistenza primaria dove è stato curato Groves non ha potuto confermare la sua storia, citando la riservatezza del paziente.

La relazione della PAC delinea una serie di raccomandazioni politiche che, secondo gli autori, contribuirebbero ad affrontare il problema della discriminazione sanitaria nei confronti dei transessuali. Uno in particolare è tra i più urgenti, gli autori hanno detto: Raccomandano al governo federale di creare

una norma per rafforzare la Sezione 1557 dell'Affordable Care Act, che proibisce la discriminazione sulla base del sesso e ha protetto i trans dalla discriminazione nelle strutture sanitarie finanziate a livello federale.

"Le protezioni di cui alla Sezione 1557 sono così critiche, ma sono anche una base che abbiamo bisogno di stabilire con fermezza e rafforzare", ha detto Gruberg della CAP. Ha detto che è stato bello che l'Ufficio dei Diritti Civili del Dipartimento della Salute e dei Servizi Umani abbia annunciato che avrebbe imposto la Sezione 1557 per coprire l'orientamento sessuale e l'identità di genere, "ma siamo anche molto preoccupati per come sarà, quanto forti saranno queste protezioni e il potenziale di esenzioni religiose per minarle."

La scorsa settimana, il giudice distrettuale statunitense Reed O'Connor ha emesso un'ingiunzione permanente contro le protezioni contro la non discriminazione nell'Affordable Care Act, pronunciandosi a favore dei fornitori di assistenza sanitaria religiosa che dicono che le regole li obbligheranno ad eseguire aborti o a fornire un trattamento di affermazione del genere contro le loro convinzioni religiose. Mentre la Gruberg si aspetta che la decisione venga rovesciata, ha detto "che la minaccia è ancora lì". Gli autori del rapporto hanno anche raccomandato al Congresso e ai governi statali e locali di aumentare i finanziamenti per i centri sanitari delle comunità LGBTQ, che spesso colmano le lacune sanitarie che le persone trans devono affrontare.

Groves era collegato con un affermato medico di base attraverso la Knights and Orchids Society, un'organizzazione di base a Selma, Alabama, guidata da persone trans di colore. Guida circa 4 ore e mezza dalla sua casa di Jackson, Mississippi, ad Auburn, Alabama, quando ha bisogno di cure. Sebbene gruppi come la Knights and Orchids Society abbiano fornito quello che Groves ha descritto come un supporto "che cambia la vita", ha detto che alla fine spetta al sistema medico e alla società affrontare problemi pervasivi come la discriminazione.

"Siamo sempre stati qui", disse. "Penso che il ruolo della società sia ora quello di educare di più i professionisti del settore medico. Se questo significa più borse di studio, più formazione, più sviluppo professionale... Sento che è da sola la cosa migliore che possiamo fare per promuovere una migliore assistenza sanitaria per le persone trans, è aiutare le persone a capire come essere inclusivi, e poi andare avanti da lì."

Medical SYSTRAN + TM

Quasi la metà dei transessuali sono stati maltrattati dai fornitori medici, riferiscono i risultati. Uno degli autori del rapporto sostiene che l'onere di affrontare la discriminazione contro le persone transgender dovrebbe ricadere sulle istituzioni mediche.

Per tre anni, Jesse Brace ha evitato di prendersi cura delle loro convulsioni dopo aver subito discriminazioni in un pronto soccorso vicino alla loro casa a Lawrence, Kansas, nel 2017. Hanno detto allo staff che sono transgender e non binari, che il loro nome è diverso dal loro nome legale e che usano pronomi neutrali rispetto al genere. "Si sono rifiutati anche solo di riconoscere queste informazioni, e non solo non hanno usato [i miei pronomi], ma mi hanno anche mandato a casa senza trattarmi per quello che ho fatto", ha detto Brace, 25. Quando poi hanno cercato di ottenere assistenza altrove, hanno detto, hanno avuto esperienze simili, quindi hanno completamente evitato le cure.

Nel 2018, hanno iniziato ad avere convulsioni ogni giorno, così hanno iniziato a vivere nella loro auto fuori dalla struttura di Amazon dove erano un assistente responsabile delle operazioni, perché non potevano più guidare se stessi per lavorare. Nel novembre 2018 hanno perso il lavoro. "Poco dopo ho perso la macchina e sono finito per strada in inverno", hanno detto. "Avevo centinaia [di crisi] al giorno e non stavo nemmeno andando via dove ero sdraiato". Erano senz'altro, che vivevano fuori dalla loro macchina o per strada, per più di tre anni. L'esperienza di Brace al pronto soccorso — e l'impatto che la discriminazione sanitaria ha avuto sulla loro vita — è qualcosa che molte persone trans affrontano e temono quando cercano di ottenere cure, secondo un rapporto pubblicato mercoledì dal Center for American Progress, o CAP, un think tank liberale.

La discriminazione, tra l'altro, impedisce alle persone trans di cercare le cure necessarie, il che porta a disparità sanitarie che possono colpire molti altri settori della loro vita, ha rilevato il rapporto. Gli autori delineano una tabella di marcia di soluzioni, tra cui la protezione legislativa per le persone LGBTQ e una migliore formazione delle competenze per i fornitori di servizi medici. "L'onere non dovrebbe ricadere sugli individui", ha affermato uno degli autori del rapporto, Sharita Gruberg, vice presidente del progetto LGBTQ Research and Communications del centro. "Spetta a queste istituzioni fare la cosa giusta, e le risorse e la guida sono là fuori".

La relazione della CAP ha rilevato che quasi la metà delle persone transgender — e il 68% delle persone transgender di colore — hanno riferito di aver subito maltrattamenti da parte di un medico, tra cui il rifiuto di cure e abusi verbali o fisici, nell'anno precedente l'indagine, che ha avuto luogo nel giugno 2020. La discriminazione può quindi impedire alle persone di cercare cure future, il sondaggio ha scoperto: il 28% delle persone transgender, incluso il 22% delle persone transgender di colore, ha riferito di aver rinviato o non aver ottenuto le cure mediche necessarie per paura della discriminazione.

Brace ha ottenuto un altro lavoro nel maggio 2019, ma hanno detto che non sono stati in grado di ottenere cure consistenti di nuovo fino al maggio di quest'anno. I medici della zona hanno ripetuto più volte di non essere in grado di assumere nuovi pazienti. Non è stato fino a quando Brace non è stato indirizzato a un medico che ha un figlio transgender che sono stati finalmente in grado di ottenere un medico di base. "Mi arrivano attacchi di panico solo per fare degli appuntamenti". "Non ho alcun sostegno. Sfortunatamente, tutta l'assistenza sanitaria qui intorno è così. Non c'è supporto per i trans, e quindi la maggior parte evita di cercare assistenza."

Dallas Ducar, un infermiere psichiatrico, ha aperto Transhealth Northampton, un'organizzazione transguidata che fornisce assistenza sanitaria a pazienti transessuali e di genere diversi nel Massachusetts occidentale, a maggio. Ducar ha detto che come operatore sanitario e donna trans, sa che c'è una carenza di affermazione dell'assistenza per i trans in tutto il paese. Ha detto che molti pazienti di Transhealth sono rimasti senza cure mediche per lunghi periodi di tempo. Una paziente che è arrivata da un paio di mesi ha avuto segni vitali anomali e ha dovuto essere prontamente portata al pronto soccorso perché era così malata, ha aggiunto. "Purtroppo non è raro vedere persone che hanno sperimentato livelli così alti di discriminazione e poi rinunciare alle visite di routine, poi forse anche rinunciare a una visita di assistenza urgente, che poi si trasforma in una visita di pronto soccorso", ha detto.

Il rapporto della PAC afferma che le molestie e la discriminazione "contribuiscono ad alti tassi di stress" e, insieme ai determinanti sociali della salute, rendono le persone trans "più propense a sperimentare risultati sanitari negativi". Le persone leggeranno le disparità sanitarie tra i trans "e le considereranno semplicemente qualcosa che, orribilmente, è associato proprio come essere trans, ma in realtà molte di queste esperienze hanno a che fare con l'essere trans in un mondo che ti opprime costantemente e in cui stai vivendo la discriminazione sia interpersonale ma anche istituzionale e in questi sistemi più ampi", ha detto uno degli autori del rapporto, Caroline Medina, un'analista politico della CAP.

Il rapporto cita i dati del 2019 Behavioral Risk Factor Surveillance System raccolti dai Centers for Disease Control and Prevention, che hanno rilevato che le persone trans avevano più del doppio delle probabilità rispetto agli adulti cisgender di sentirsi dire di avere disturbi depressivi. Il 54% ha anche riferito scarsa salute fisica almeno un giorno nel mese precedente, rispetto al 36% di intervistati cisgender, secondo i dati del CDC. I transessuali hanno anche una maggiore probabilità di avere l'asma e di sviluppare malattie cardiovascolari, secondo il rapporto CAP.

La pandemia di Covid-19 ha inoltre aggravato le disparità sanitarie che le persone trans devono affrontare: 1 su 3 ha riferito di aver avuto pensieri suicidi durante la pandemia e 1 su 2 ha riferito che il loro accesso alle cure sanitarie di affermazione del genere è stato ridotto in modo significativo durante la pandemia. Ducar ha detto che le barriere alla cura, in particolare le cure per l'affermazione del genere come gli ormoni, sono "molto, molto dannose, e si aggiungono agli strati di discriminazione che esistono all'interno della comunità trans." "Sul fronte della salute mentale, vediamo persone con problemi davvero complessi - tonnellate e tonnellate di traumi - che stanno arrivando a casa nostra", ha detto. "Stiamo riscontrando non solo traumi, ma anche, nello specifico, un DPTS complesso. Queste sono persone che sono state

costantemente oppresse dai sintomi del disturbo post-traumatico da stress, un trauma appena ricorrente. È stato davvero terribile."

Quando i transessuali cercano di cercare assistenza sanitaria, possono affrontare la discriminazione o il rifiuto totale di assistenza, come ha riscontrato la CAP. Ma anche quando non subiscono discriminazioni, è probabile che vedano fornitori che non hanno la competenza culturale per fornire loro un'assistenza affermata. L'indagine della CAP dello scorso anno ha rilevato che 1 persona transgender su 3 ha riferito di aver dovuto insegnare ai propri medici su persone transgender per ottenere cure appropriate, e il 15% ha riferito di aver ricevuto domande "invasive o inutili sull'essere transgender" non correlate ai motivi della visita.

Il rapporto cita un documento del 2018 della Kaiser Family Foundation che ha scoperto che più della metà dei curricula delle scuole mediche mancano di informazioni su problemi di salute unici che la comunità LGBTQ deve affrontare e non coprono il trattamento oltre la prevenzione e l'assistenza dell'HIV, "probabilmente contribuendo all'incapacità delle persone transgender di accedere alle cure affermative", ha scritto CAP. Alex Petrovnia, 24 anni, scrittore e ricercatore scientifico residente nella Pennsylvania centrale, ha dichiarato che lo scorso autunno, dopo un'esperienza negativa, ha dovuto segnalare un medico di base.

Era preoccupato di come il testosterone avrebbe influenzato un problema articolare che stava avendo, e chiese al medico, che era ancora un medico residente, se c'era una forma di fisioterapia per aiutare il problema. Dopo uno scambio violento, il dottore gli disse, "Non ne so nulla, perché non ho mai avuto un paziente come te." "Stavo cercando di mantenere questa interazione pacifica, e ho risposto: 'Sì, lo so. È davvero un peccato che non ti sia insegnato niente sui trans alla facoltà di medicina, e questo non è un problema molto conosciuto', ha detto. "Mi ha guardato dritto negli occhi e ha detto: 'Non credo che sia così importante. Non ce ne sono molti". Alla sua partenza ha pubblicato su Twitter la visita, in modo che gli altri trans della zona sapessero di non vedere quel medico.

Lo studio medico si mise in contatto con lui qualche giorno dopo e gli chiese cosa potesse fare meglio, disse Petrovnia. Quando è tornato a vedere un nuovo medico di supporto, "mi hanno detto che hanno rimandato il residente a un corso di trans-inclusione e che avevano istituito questo per tutti i loro residenti andando avanti," ha detto. "E questo è stato molto positivo. ... Essere la ruota che squeaky realmente ha avuto un impatto e realmente migliorato la situazione teoricamente per gli altri." Petrovnia riconobbe che non tutti sono in grado o disposti a innescare questi momenti educativi.

Mel Groves, 25 anni, ha visitato un ufficio di assistenza primaria a Montgomery, in Alabama, nel mese di gennaio, quando ha avuto tosse, febbre e dolori alla parte inferiore del corpo. Quando è stato riportato indietro per una TAC completa, ha detto, ha avuto una conversazione decente con l'assistente che stava spingendo la sedia. Groves disse che quando la procedura era finita, tuttavia, il tono dell'assistente cambiò. L'assistente aveva apparentemente visto la cartella di Groves e fatto un commento sui suoi genitali, ha detto Groves. "Sono rimasto sorpreso", ha detto. "E' stato a dir poco sconvolgente".

Groves disse che voleva denunciarlo, ma che si sentiva troppo malato e sopraffatto, dato che lavorava temporaneamente nella zona. "Sapevo che questo era quello che avrei dovuto fare, ma all'epoca avevo molte cose in ballo", ha detto. Il sistema sanitario che sovrintende all'ufficio di assistenza primaria dove Groves è stato trattato non ha potuto confermare la sua storia, citando la riservatezza del paziente.

La relazione della PAC delinea una serie di raccomandazioni politiche che, secondo gli autori, contribuirebbero ad affrontare la discriminazione sanitaria nei confronti dei transessuali. Uno in particolare è tra i più urgenti, hanno detto gli autori: Raccomandano che il governo federale crei una norma per rafforzare la Sezione 1557 dell'Affordable Care Act, che proibisce la discriminazione sulla base del sesso e ha protetto i trans dalla discriminazione nelle strutture sanitarie finanziate a livello federale.

"Le protezioni di cui alla Sezione 1557 sono così critiche, ma sono anche un piano che dobbiamo stabilire e rafforzare con fermezza", ha detto Gruberg della PAC. Ha detto che è stato grande che l'Ufficio dei Diritti Civili del Dipartimento della Salute e dei Servizi Umani ha annunciato che avrebbe imposto la Sezione

1557 per coprire l'orientamento sessuale e l'identità di genere, "ma siamo anche molto preoccupati per quello che succederà, quanto forti saranno queste protezioni e il potenziale per le esenzioni religiose di minarle."

La scorsa settimana, il giudice distrettuale statunitense Reed O'Connor ha emesso un'ingiunzione permanente contro le protezioni contro la non discriminazione nell'Affordable Care Act, pronunciandosi a favore degli operatori sanitari religiosi che affermano che le regole li obbligheranno ad eseguire aborti o a fornire un trattamento di affermazione del genere contro le loro convinzioni religiose. Mentre la Gruberg si aspetta che la decisione sia annullata, ha detto "che la minaccia è ancora lì". Gli autori del rapporto raccomandano anche che il Congresso e i governi statali e locali aumentino i finanziamenti per i centri sanitari delle comunità LGBTQ, che spesso colmano le lacune sanitarie che le persone trans devono affrontare.

Groves era collegato ad un affermatore di cure primarie attraverso la Knights and Orchids Society, un'organizzazione di base a Selma, in Alabama, guidata da persone trans di colore. Guida circa 4 ore e mezza dalla sua casa di Jackson, Mississippi, ad Auburn, Alabama, quando ha bisogno di cure. Anche se gruppi come la Knights and Orchids Society hanno fornito quello che Groves ha descritto come un supporto "che cambia la vita", ha detto che alla fine è compito del sistema medico e della società affrontare problemi pervasivi come la discriminazione.

"Siamo sempre stati qui", ha detto. "Penso che il ruolo della società e dei professionisti della medicina sia ora quello di istruirsi di più. Se questo significa più borse di studio, più formazione, più sviluppo professionale... Credo che sia da sola la cosa migliore che possiamo fare per promuovere una migliore assistenza sanitaria per i trans, è aiutare le persone a capire come essere inclusivi, e poi andare avanti da lì."

2. Articles used in the TM

- Compton, Julie. 2019. Transgender men, eager to have biological kids, are freezing their eggs. In *NBC News*. <https://www.nbcnews.com/feature/nbc-out/transgender-men-eager-have-biological-kids-are-freezing-their-eggs-n975331> (accessed 04/02/2023)

Original

Transgender men, eager to have biological kids, are freezing their eggs

Some trans men are turning to fertility treatments like egg freezing, but the lack of coverage and education makes it difficult for many.

Rick Zentler can't wait to have biological children — just not in the near future. The transgender man knew he needed to plan ahead to make this a reality, so he froze his eggs just before undergoing treatment that would soon render him infertile.

Zentler, 31, who was assigned female at birth, underwent a hysterectomy and hormone replacement therapy through testosterone soon after with the idea of starting a family on his own terms when the time was right.

"I want four," he said of having kids. "Because I have 34 eggs on ice, I joke that if I was rich, I could start my own army."

Zentler, an MBA student at San Jose State University in California, says he plans to hire a female surrogate to carry his children eventually.

Egg freezing is becoming an increasingly popular option — in 2009, 475 women froze their eggs; in 2016, that number grew to 7,300, according to the Society for Assisted Reproductive Technology — and the trend has extended to trans men as well.

Because testosterone can reduce fertility in trans men over time, and since some may undergo hysterectomies, egg freezing is an appealing option for those who wish to have biological children. There are challenges, however, unique to trans men. They often find themselves navigating fertility clinics that are unaccustomed to catering to the needs of trans patients. They are also sometimes asked unnecessary and insensitive questions about their gender identity.

Maya Scott-Chung, program director for SprOUT Family, a nonprofit that supports LGBTQ people through the family building process, told NBC News she is not confident that trans people are being properly informed about their reproductive options.

“I still think it’s disturbingly erratic around providers properly educating transgender people about their family building options and around fertility preservation,” Scott-Chung said. Many providers, she noted, are putting trans people “through hormones and/or surgeries” that can “potentially sterilize people without educating them about the impact of it.”

The guidelines from the World Professional Association for Transgender Health, Fenway Health and the Endocrine Society, among others, advise health providers to make trans patients — both adults and adolescents — aware of any impact to future fertility that transition-related care may have as part of the informed consent process. Health care professionals involved in care related to gender transition should discuss reproductive options with transgender patients prior to them taking hormones, according to the guidelines from WPATH.

Vega Darling, 39, a trans documentary-filmmaker who lives in Atlanta, said he has been on hormone replacement therapy since 2004. He would have liked to have had his own children, he said, but his reproductive glands are no longer viable.

“I really wish that people had just treated me as they would have treated any other person that had come into the office and discussed just reproductive options,” Darling said, “and just realized that both queer and trans people also want to have children.”

When combined with hormone blockers — drugs that delay puberty until an adolescent is old enough to decide whether they want to take cross-sex hormones — fertility is far less likely since the reproductive organs do not develop, unless the patients stop taking blockers, according to Dr. Amanda Adeleye, a reproductive endocrinologist at the University of California, San Francisco.

Data regarding how many trans men are seeking egg-freezing services is sparse, since clinical systems tend to only track people based on their sex assigned at birth, but Scott-Chung said she believes more trans people are seeking out this type of care. She estimated that about 15 of the inquiries received through SprOUT Family over the last year were from trans men seeking help on how to freeze their eggs, which made up about a quarter of the inquiries they received in total.

Alex, 20, a transgender sophomore at Texas A&M University, started fertility treatments in mid-February. When he decided to go on testosterone, Alex — who asked that his last name not be printed because his family is not yet aware he is medically transitioning — went to a local Planned Parenthood for a consultation. The clinician told him about egg freezing during the initial consultation, Alex recalled, but he said he had already planned on doing it.

“When I realized I was trans, I started watching a ton of transition compilations that people have posted on YouTube, and a couple of trans men had mentioned that they froze their eggs,” he explained. “That made me think that, OK, maybe this idea of me having a child, genetically at least, is possible.”

The egg-freezing process, which typically includes vaginal ultrasounds and taking fertility drugs that trigger heavy menstrual cycles, can exacerbate a trans man's discomfort. And many fertility clinicians, who primarily interact with women, may not understand how to give them the appropriate care, according to experts.

Hayden Wolff, 20, a computer science major at Tufts University in Massachusetts, got his eggs frozen at a clinic in Boston in 2018 before he began taking testosterone. He described the experience as "horrible from start to finish." He explained to staff that he is transgender, but said nurses and doctors frequently referred to him as a woman anyway. Others, he said, seemed overly fixated on his trans identity, often asking unnecessary questions that he felt violated his privacy.

"I just wanted to get it done," Wolff said. "I wanted to get it over with, and I didn't want my trans-ness to necessarily be a factor. I wanted to not be called a woman, and I wanted to get my eggs out, and that was it."

FINANCIAL BURDEN

Many private health care plans in the United States lack coverage for some, if not all, transition-related care, such as surgery and cross-sex hormones, and may or may not cover fertility treatments.

While a few states have passed legislation requiring insurers to cover fertility preservation for people undergoing cancer treatments, none has been introduced that would specifically require fertility preservation for people preparing to undergo cross-sex hormone treatment or gender confirmation surgery.

Outside the U.S., there has been some progress. The Equality and Human Rights Commission in England is preparing to sue the National Health Services — the nation's publicly funded national health care system — over its failure to offer fertility preservation services to trans patients. But efforts to pass legislation that would require insurers to cover fertility preservation for trans people in the U.S. have been practically nonexistent.

Due to the lack of coverage, trans men often pay significant out-of-pocket costs to freeze their eggs. On average, one fertility treatment for egg harvesting can cost \$15,000, with an additional cost of \$275 per year for storage, according to Dr. Aimee Eyvazzadeh, a fertility specialist in San Francisco who has treated transgender patients. This cost is in addition to the transition-related surgeries and hormone therapy that many trans men undergo, which can cost between \$25,000 and \$75,000, according to the Human Rights Campaign.

And trans men are starting to transition at younger ages, which means many are seeking care during a time in their lives when it is least affordable, according to Eyvazzadeh.

"I think the biggest barrier to access to care isn't just the clinic, it's the cost, because you're dealing with a person who a lot of the time is disowned by their family, and they don't have the finances, or let's say they're in college," Eyvazzadeh explained.

Zentler began his transition in his early 20s, when he got a mastectomy, which he paid for himself. He held off on taking testosterone injections until he could save enough money to freeze his eggs. He would eventually spend about \$9,000 to freeze them, he said, because his ex-husband's insurance, which he was on at the time, did not cover fertility treatments.

"I'd been holding off on doing the hormone replacement therapy, because I didn't want to mess any of the reproductive system up," Zentler said.

He got his eggs frozen in December 2015 and began testosterone injections shortly afterwards. He also got a hysterectomy to stop his period, which he described as "really dysphoric." While the \$20,000

hysterectomy was covered by his ex-husband's insurance, Zentler said he still paid about \$3,000 out of pocket.

Lack of family support can also impact the costs of care for transgender men. Alex said his mother's health insurance would have covered both his transition-related care and egg freezing, but because his parents do not support his gender identity, his mother threatened to remove him from her health plan if he used it for his transition.

Alex said he will pay for his transition-related care himself and start hormone replacement therapy as soon as his eggs are frozen.

AN UNPREDICTABLE FUTURE

Trans men who freeze their eggs grapple with a significant amount of uncertainty. If they plan to rely on a female partner to carry their baby through IVF, which is often not covered by insurance, it can cost between \$12,000 and \$15,000. If they do not have a female partner to carry their child, they must hire a surrogate, which can cost tens of thousands of dollars or more. Surrogacy laws vary state by state, which can further complicate the process.

Even if they do find a female partner or a surrogate, there is no guarantee she will become pregnant. According to the latest statistics from the Centers for Disease Control and Prevention, only 21 percent of cycles among patients using their own frozen eggs ultimately ended in live births. The Society for Assisted Reproductive Technology, which uses a slightly different metric than the CDC, showed odds that top out around 11 percent, depending on age.

For Zentler, who is married to a man, finding a surrogate is the only option. He estimates it will cost him anywhere from \$50,000 to \$90,000. He currently doesn't have medical insurance, he added, but hopes to have a plan some day that will help pay for surrogacy.

Despite their challenges, all the men said they feel better knowing they have the option of having biological children some day — and are excited to become fathers.

"Oh, that sounds nice," Zentler sighed. He added: "I'm worried about the cost. So worried."

Italian

Gli uomini transgender, desiderosi di avere figli biologici, stanno congelando i loro ovuli

Alcuni uomini trans stanno ricorrendo a trattamenti per la fertilità come il congelamento degli ovuli, ma la mancanza di copertura e istruzione rende la cosa difficile per molti.

Rick Zentler non vede l'ora di avere figli biologici, ma non nel prossimo futuro. L'uomo transgender sapeva di dover pianificare in anticipo per rendere questo sogno realtà, quindi ha congelato i suoi ovuli poco prima di sottoporsi a un trattamento che lo avrebbe presto reso sterile.

Zentler, 31 anni, a cui è stata assegnato il genere femminile alla nascita, si è sottoposto a un'isterectomia e poco dopo a una terapia ormonale sostitutiva di testosterone, con l'idea di fondare una famiglia sulla base delle sue condizioni quando sarebbe arrivato il momento giusto.

"Ne voglio quattro", ha detto a proposito dell'aver figli. "Dato che ho 34 ovuli congelati, scherzo dicendo che se fossi ricco, potrei dare vita ad un mio esercito."

Zentler, studente di MBA presso la San Jose State University in California, dice che ha intenzione di assumere prima o poi una madre surrogata perché conduca una gravidanza con i suoi figli.

Il congelamento degli ovuli sta diventando un'opzione sempre più diffusa: nel 2009, 475 donne hanno congelato i loro ovuli; nel 2016, il numero è cresciuto fino a 7.300, secondo la Society for Assisted Reproductive Technology - e la tendenza si è estesa anche agli uomini trans.

Poiché il testosterone può ridurre la fertilità degli uomini trans nel tempo e dato che alcuni possono sottoporsi a isterectomie, il congelamento degli ovuli è un'opzione allettante per coloro che desiderano avere figli biologici. Tuttavia, ci sono sfide uniche per gli uomini trans. Spesso si ritrovano a navigare in cliniche per la fertilità che non sono abituate a soddisfare le esigenze di pazienti trans. Inoltre, a volte vengono poste loro domande inutili e insensibili sulla loro identità di genere.

Maya Scott-Chung, direttrice dei programmi di SprOUT Family, un'organizzazione no profit che supporta le persone LGBTQ attraverso il processo di costruzione della famiglia, ha dichiarato a NBC News di non essere sicura che le persone trans siano adeguatamente informate sulle loro opzioni riproduttive.

"Ritengo che la situazione sia ancora inquietantemente irregolare per quanto riguarda la corretta educazione delle persone transgender sulle loro opzioni per costruire una famiglia e per la conservazione della fertilità", ha detto Scott-Chung. Molti operatori, ha osservato, stanno sottoponendo le persone trans "a ormoni e/o interventi chirurgici" che possono "potenzialmente sterilizzare le persone senza istruirle sull'impatto relativo".

Le linee guida della World Professional Association for Transgender Health, della Fenway Health e della Endocrine Society, tra le altre, consigliano agli operatori sanitari di rendere i pazienti trans - sia adulti che adolescenti - consapevoli di qualsiasi impatto sulla loro futura fertilità che le cure legate alla transizione potrebbero avere come parte del processo di consenso informato. Secondo le linee guida del WPATH, gli operatori sanitari coinvolti nelle cure legate alla transizione di genere dovrebbero discutere le opzioni riproduttive con i pazienti transgender prima che assumano ormoni.

Vega Darling, 39 anni, un regista trans di documentari che vive ad Atlanta, ha dichiarato di essere in terapia ormonale sostitutiva dal 2004. Gli sarebbe piaciuto avere dei figli propri, ha detto, ma le sue ghiandole riproduttive non sono più utilizzabili.

"Vorrei davvero che le persone mi avessero trattato come avrebbero trattato qualsiasi altra persona che fosse venuta in ufficio e avesse discusso semplicemente di opzioni riproduttive", ha detto Darling, "e si fosse soltanto resa conto che anche le persone queer e trans vogliono avere figli."

In combinazione con i bloccanti ormonali - farmaci che ritardano la pubertà fino a quando un adolescente non è abbastanza grande da decidere se vuole assumere ormoni per la transizione - la fertilità è molto meno probabile poiché gli organi riproduttivi non si sviluppano, a meno che i pazienti non smettano di assumere i bloccanti, secondo la dottoressa Amanda Adeleye, endocrinologa riproduttiva presso l'Università della California, San Francisco.

I dati sul numero di uomini trans che cercano servizi di congelamento degli ovuli sono scarsi, poiché i sistemi clinici tendono a tracciare le persone solo in base al sesso assegnato loro alla nascita, ma Scott-Chung ha affermato di ritenere che sempre più persone trans stiano cercando questo tipo di assistenza. Ha stimato che circa 15 delle richieste ricevute tramite SprOUT Family nell'ultimo anno provenissero da uomini trans in cerca di aiuto su come congelare i propri ovuli, il che costituiva circa un quarto delle richieste ricevute in totale.

Alex, 20 anni, studente transgender al secondo anno della Texas A&M University, ha iniziato i trattamenti per la fertilità a metà febbraio. Quando ha deciso di assumere il testosterone, Alex - che ha chiesto che il suo cognome non fosse stampato perché la sua famiglia non è ancora a conoscenza della sua transizione medica - è andato da una clinica Planned Parenthood locale per un consulto. Durante il consulto iniziale il medico gli ha parlato del congelamento degli ovuli, ha ricordato Alex, ma lui ha detto che aveva già programmato di farlo.

"Quando ho capito di essere trans, ho iniziato a guardare un sacco di compilation sulla transizione che le persone hanno pubblicato su YouTube, e un paio di uomini trans avevano detto di aver congelato i loro ovuli", ha spiegato. "Questo mi ha fatto pensare che, OK, forse questa idea di avere un figlio, almeno geneticamente, è possibile."

Il processo di congelamento degli ovuli, che in genere include ecografie vaginali e l'assunzione di farmaci per la fertilità che innescano cicli mestruali abbondanti, può accrescere il senso di disagio in un uomo trans. Inoltre, secondo gli esperti, molti medici che si occupano di fertilità, e che interagiscono principalmente con le donne, potrebbero non capire come fornire loro le cure appropriate.

Hayden Wolff, 20 anni, laureato in informatica alla Tufts University nel Massachusetts, ha fatto congelare i suoi ovuli in una clinica di Boston nel 2018 prima di iniziare a prendere il testosterone. Ha descritto l'esperienza come "orribile dall'inizio alla fine". Ha spiegato al personale di essere transgender, ma ha detto che infermieri e medici si riferivano spesso a lui comunque come a una donna. Altri, ha detto, sembravano eccessivamente fissati sulla sua identità trans, spesso ponendo domande inutili che secondo lui violavano la sua privacy.

"Volevo solo chiudere la faccenda", ha detto Wolff. "Volevo farla finita e non volevo che il mio essere trans fosse necessariamente un fattore. Volevo non essere chiamato donna, e volevo tirare fuori i miei ovuli, e basta."

ONERI FINANZIARI

Molti piani di assistenza sanitaria privata negli Stati Uniti non coprono alcune, se non tutte, le cure relative alla transizione, come la chirurgia e gli ormoni per la transizione, e possono o meno coprire i trattamenti per la fertilità.

Mentre alcuni stati hanno approvato una legge che impongono alle assicurazioni di coprire la conservazione della fertilità per le persone sottoposte a trattamenti contro il cancro, nessuna legge è stata introdotta che richieda specificamente la conservazione della fertilità per le persone che si preparano a sottoporsi a trattamenti con ormoni per la transizione o a chirurgia di conferma del genere.

Al di fuori degli Stati Uniti si sono registrati alcuni progressi. La Commissione per l'uguaglianza e i diritti umani in Inghilterra si sta preparando a citare in giudizio il National Health Services - il sistema sanitario nazionale finanziato con fondi pubblici - per la sua incapacità di offrire servizi di conservazione della fertilità a pazienti trans. Ma gli sforzi per approvare una legge che imponga alle assicurazioni di coprire la conservazione della fertilità per le persone trans negli Stati Uniti sono praticamente inesistenti. A causa della mancanza di copertura, gli uomini trans spesso pagano costi significativi per congelare i loro ovuli.

In media, un trattamento per la fertilità per il prelievo degli ovuli può costare \$15.000, con un costo aggiuntivo di \$275 all'anno per la conservazione, secondo la dottoressa Aimee Eyvazzadeh, una specialista della fertilità a San Francisco che ha curato pazienti transgender. Questo costo si aggiunge agli interventi chirurgici legati alla transizione e alla terapia ormonale a cui si sottopongono molti uomini trans, che possono costare tra \$ 25.000 e \$ 75.000, secondo la Human Rights Campaign.

Inoltre, gli uomini trans stanno iniziando la transizione più in giovane età, il che significa che molti cercano le cure in un periodo della loro vita in cui sono meno accessibili, secondo Eyvazzadeh.

"Penso che il più grande ostacolo all'accesso alle cure non sia solo la clinica, ma il costo, perché si tratta di una persona che spesso è stata rinnegata dalla famiglia, e non ha le risorse, o forse frequenta l'università", ha spiegato Eyvazzadeh.

Zentler ha iniziato la sua transizione all'inizio dei 20 anni quando si è sottoposto a una mastectomia, che ha pagato da solo. Ha rimandato le iniezioni di testosterone fino a quando non ha potuto risparmiare abbastanza denaro per congelare i suoi ovuli. Alla fine avrebbe speso circa \$ 9.000 per congelarli, ha detto,

perché l'assicurazione del suo ex marito, da cui era coperto in quel momento, non copriva i trattamenti per la fertilità.

"Avevo rimandato la terapia ormonale sostitutiva, perché non volevo incasinare il sistema riproduttivo", ha detto Zentler.

Ha congelato i suoi ovuli nel dicembre 2015 e poco dopo ha iniziato le iniezioni di testosterone. Si è anche sottoposto a un'isterectomia per fermare il ciclo, che ha descritto come "davvero disforico". Mentre l'isterectomia da \$20.000 era coperta dall'assicurazione del suo ex marito, Zentler ha detto che ha comunque pagato circa \$3.000 di tasca propria.

Anche la mancanza di sostegno familiare può influire sui costi delle cure per gli uomini transgender. Alex ha detto che l'assicurazione sanitaria di sua madre avrebbe coperto sia le cure relative alla transizione che il congelamento degli ovuli, ma poiché i suoi genitori non supportano la sua identità di genere, sua madre ha minacciato di rimuoverlo dal suo piano sanitario se l'avesse usato per la sua transizione.

Alex ha detto che pagherà da solo le cure per la transizione e inizierà la terapia ormonale sostitutiva non appena i suoi ovuli saranno congelati.

UN FUTURO IMPREVEDIBILE

Gli uomini trans che congelano i loro ovuli devono affrontare una notevole dose di incertezza. Se hanno intenzione di affidarsi a una compagna per portare in grembo il loro bambino attraverso la fecondazione in vitro, che spesso non è coperta da assicurazione, questa procedura può costare tra \$12.000 e \$15.000. Se non hanno una compagna che porti in grembo il loro bambino, devono assumere una madre surrogata, che può costare decine di migliaia di dollari o più. Le leggi sulla maternità surrogata variano da stato a stato, il che può complicare ulteriormente il processo.

Anche se trovano una compagna o una madre surrogata, non c'è alcuna garanzia che rimanga incinta. Secondo le ultime statistiche dei Centers for Disease Control and Prevention, solo il 21% delle gravidanze di pazienti che utilizzavano i propri ovuli congelati alla fine si sono concluse con un parto vivo. La Society for Assisted Reproductive Technology, che utilizza una metrica leggermente diversa rispetto al CDC, ha mostrato che le probabilità si aggirano intorno all'11% circa, a seconda dell'età.

Per Zentler, che è sposato con un uomo, trovare una madre surrogata è l'unica opzione. Secondo le sue stime gli costerà dai \$50.000 ai \$90.000. Al momento non ha un'assicurazione medica, ha aggiunto, ma spera di avere un giorno un piano che lo aiuti a pagare la maternità surrogata.

Nonostante le loro difficoltà, tutti gli uomini hanno affermato di sentirsi meglio sapendo di avere la possibilità di avere figli biologici un giorno e sono entusiasti di diventare padri.

"Oh, sembra bello", ha sospirato Zentler. Ha aggiunto: "Sono preoccupato per il costo. Davvero preoccupato."

- Gentleman, Amelia. 2022. 'An explosion': what is behind the rise in girls questioning their gender identity? In *The Guardian*. <https://www.theguardian.com/society/2022/nov/24/an-explosion-what-is-behind-the-rise-in-girls-questioning-their-gender-identity> (accessed 04/02/2023)

English

'An explosion': what is behind the rise in girls questioning their gender identity?

As the NHS reviews gender referrals, parents, clinicians and young people reveal the social, medical and emotional challenges they face

Earlier this year, a team of NHS researchers was asked to investigate why there has been such a huge rise in the number of adolescent biological girls seeking referrals to gender clinics.

The figures alone do seem remarkable.

According to a study commissioned by NHS England, 10 years ago there were just under 250 referrals, most of them boys, to the Gender Identity Development Service (Gids), run by the Tavistock and Portman NHS foundation trust in London.

Last year, there were more than 5,000, which was twice the number in the previous year. And the largest group, about two-thirds, now consisted of “birth-registered females first presenting in adolescence with gender-related distress”, the report said.

The review team is looking into the causes behind “the considerable increase in the number of referrals” and the changing case mix, but is not expected to publish any findings until next year.

Meanwhile, clinicians and parents are trying to make sense of it themselves.

Over recent months, the Guardian has interviewed 11 parents of gender-questioning adolescent biological girls (some of whom have transitioned to become trans boys), and six paediatricians and child psychiatrists, to discuss their views and experiences. For many of them, it has been a difficult and emotionally draining time.

Their testimony reflects the lack of consensus within the medical profession about how best to proceed if a child experiences gender dysphoria – and, in turn, how this confusion contributes to the central dilemma faced by concerned parents: how should they support their child during what may be the most challenging period of their lives?

Do they accept them changing their name, gender and pronouns at home and at school and investigating medical options, or should they try to help their child to accept their natal sex?

While some parents said they had embraced their child’s decision and welcomed the societal changes that had made this step possible, others felt confused by their child’s desire to change their body.

Several parents said they had been relaxed when their daughters initially began identifying as non-binary, but became uneasy when they said they wanted to take puberty blockers or cross-sex hormones and began binding their breasts.

Some spoke of their anxiety and uncertainty about how to respond, particularly when their child was unhappy.

The mother of one girl who came out as trans at the age of 12 said it was “very difficult to describe the feeling of being the parent of a trans-identified child”.

This mother feared they were heading towards medical intervention that might prove unnecessary. “As she got older ... we had less control. Living with that fear is one of the toughest experiences I’ve had.”

(Her child, who recently started university, now describes herself as non-binary and uses a gender-neutral name, but is happy to be referred to as she, and is no longer seeking medical treatment.)

The uncertainty parents felt was compounded by the highly polarised debate – within the NHS, politics and the media – about how parents and professionals should respond to children who express distress about their gender.

“We were terrified of being accused of being bigoted,” said the woman, who asked to remain anonymous to protect her child’s privacy.

“We felt we were expected to accept her decision unhesitatingly. I felt so apologetic that I was questioning whether my miserable teenage daughter was genuinely a boy,” she said.

An ‘explosion’ in referrals

The rise in the number of biological girls seeking referrals to Gids was set out in an interim report by Dr Hilary Cass, the paediatrician commissioned to conduct a review of the services provided by the NHS to children and young people questioning their gender identity.

The trend was confirmed by clinicians who spoke to the Guardian.

“In the past few years it has become an explosion. Many of us feel confused by what has happened, and it’s often hard to talk about it to colleagues,” said a London-based psychiatrist working in a child and adolescent mental health unit, who has been a consultant for the past 17 years.

Like all NHS employees interviewed, she asked for anonymity due to the sensitivity of the subject.

“I might have seen one child with gender dysphoria once every two years when I started practising. It was very niche and rare.” Now, somewhere between 10% and 20% of her caseload is made up of adolescents registered as female at birth who identify as non-binary or trans, with just an occasional male-registered teenager who identifies as trans.

Another senior child psychiatrist said girls who wanted to transition made up about 5% of her caseload.

“In the last five to 10 years we’ve seen a huge surge in young women who, at the age of around 12 or 13, want to become boys. They’ve changed their name and they are pressing ... to have hormones or puberty blockers”

The psychiatrist added: “Often those girls are children who are going through the normal identity and developmental problems of adolescence and finding a solution for themselves in this way.”

Greater awareness of trans issues is likely to be one common-sense explanation for the rise in requests for referrals.

“Left-handedness increased over time after we stopped punishing left-handed children in schools, because some children are naturally left-handed and were now able to express it,” said Cleo Madeleine, a spokesperson for the trans support group Gendered Intelligence.

“In the same way, increased visibility and acceptance of trans people has led to a gradual increase in young people who feel comfortable expressing their trans identity. The most important thing is to recognise that this is not a problem to be solved or a bad outcome to be avoided.”

The mother of a 17-year-old A-level student (who came out as trans at 13, leaving a handwritten letter for his parents on his bed) agreed: “It’s discussed so much more – on Facebook and on social media. It’s no longer a taboo.”

She is confident this was the right decision for her child. “I think I wondered if this was a phase, but I didn’t look to dissuade him. As he began to socially transition he was a different person. It has made him happier,” she said.

Her trans son has a weekend job to pay for his private testosterone prescription, because the NHS waiting list is too long, and the family is saving up for the £6,000 cost of breast removal.

“He would like to get it done as close to his 18th birthday as possible, so he can start afresh at university.”

Increased awareness may well be a factor. But most of the research in this field has been based on predominantly birth-registered males – not females.

The Cass report explained that relatively little was known about the causes of gender dysphoria in girls, or the outcomes for those who received treatment.

“At present, we have the least information for the largest group of patients – birth-registered females first presenting in early teen years,” it said.

“Since the rapid increase in this group began around 2015, they will not reach late 20s for another five-plus years, which would be the best time to assess longer-term wellbeing.”

The NHS review will help to shine some light on this issue – but it may be years before a clear picture emerges.

Silence, disagreement and polarisation

The dilemma for parents has hardly been helped by the confusing guidelines.

They are puzzled by the conflicting advice they get from doctors and trans rights groups about what their child may be going through.

Could it be a temporary exploration of gender identity, potentially the manifestation of other forms of distress? Or is it an innate experience for which treatment is required?

The definition of gender dysphoria is controversial in itself, and in England there is no consensus among clinicians over whether an adolescent’s desire to transition should be quickly affirmed or they should be encouraged to pause before changing their name and starting hormone treatment.

The Cass report revealed there was “a lack of agreement, and in many instances a lack of open discussion” about the best approach to take.

“The disagreement and polarisation is heightened when potentially irreversible treatments are given to children and young people, when the evidence base underlying the treatments is inconclusive,” it added.

Anyone looking for clarity from NHS England’s most recent draft guidelines on how to support under-18s experiencing what it calls “gender incongruence” may not find it helpful.

Published in October, the draft seems to put greater emphasis on the possibility that, for some, particularly pre-pubescent, children, this may be a “transient phase”.

It also suggests it is not a “neutral act” to help children transition socially (by using preferred names and pronouns) while they explore their gender identity, and stresses that more research is needed to “gather further evidence on the safety, potential benefits and harms” of puberty blockers.

In terms of practical advice, it does not go much beyond that.

Many of the parents who spoke to the Guardian admitted they struggled with the uncertainty involved, even in cases where they acknowledged that medical transition may be the correct outcome for some adolescent girls with gender dysphoria.

The Tavistock stresses that there is no set treatment pathway, and only about 20% of those referred to the service go on to be prescribed puberty blockers or cross-sex hormones on the NHS (although long waiting lists mean some people seek treatment in the private sector, or will receive treatment only when they have progressed to adult NHS services at 18). Parental confusion has been heightened by NHS England’s announcement in July that the Tavistock’s gender identity clinic would close next year and be replaced by new regional centres. This happened after the Cass review said the current model, with its long delays, was

leaving young people “at considerable risk” of poor mental health and distress, and that having one clinic was not “a safe or viable long-term option”.

Parental anxiety: ‘We went from nothing to everything in three months’

With little research to draw upon, no consensus among clinicians and confusing guidelines, parents have differing explanations for what might have prompted their child’s desire to identify as male.

Some point to puberty, periods and unease with a changing body shape coinciding with the interest in becoming gender non-conforming.

Others have questioned whether their child’s autism might be a relevant factor. (The Cass report stated that approximately one-third of children and young people being referred to the Tavistock had autism or other types of neurodiversity.)

And others wonder if pre-existing signs of depression and mental health problems have been the cause or the result of gender uncertainty.

Possible influences they cite include childhood bullying, sexual harassment and abuse and the hyper-sexualisation of society, or a child’s early understanding of sexism, making them feel it may be easier to live as a man than as a woman.

Some believe the extended isolation children experienced during Covid is relevant (for example, Google searches for “top surgery”, double mastectomies, soared during this period).

Many are aware of online content that has educated their children about gender, and of the influence of YouTubers, Tumblr accounts and TikTok personalities where individuals’ medical transitions are documented in detail (footage of recoveries from double mastectomies and phalloplasty, or “bottom surgery”, has been watched by hundreds of thousands).

A 20-year-old medical student who came out as a trans boy at 16, having told his parents the year before that he was a lesbian, and who spent £8,000 on private breast removal earlier this year, said the realisation was “a lightbulb moment”. He had watched a lot of YouTube content on LGBTQ+ issues.

“From watching that I was able to educate myself. I’d always felt that something was not right. Everything made much more sense afterwards,” he said. His parents were “incredibly supportive”.

But some parents have been frustrated by the speed with which schools have adopted their child’s new identity, without parental consent, uncertain about the implications.

One father, whose child came out as a trans boy three years ago at the age of 11, with the approval of his estranged wife, said he had initially supported the decision. However, had become increasingly sceptical about whether it was helping his child. He said he felt disconcerted by the school’s readiness to adopt the child’s male identity before any specialist assessment had occurred.

“We went from nothing to everything in three months. I know now that a lot of the explanations of what they were feeling came from an internet script. All my concerns were minimised,” he said. “Everyone told me it was a totally benign step to change names, and pronouns.

“The school’s position was: ‘If you say you are a boy, you’re a boy,’” he said. “At the time I was shocked, but I trusted them that it was a good idea.”

He struggles with the new pronouns but agreed to the new male name, and reluctantly bought, at the 11-year-old’s request, a crocheted penis and testicles to wear inside their underwear.

“I’ve said no to a chest binder and puberty blockers. I kept asking: ‘What’s wrong with being a girl? What problem are we trying to fix?’” He said he believes the decision was triggered by severe bullying in primary school, undiagnosed autism and a few influential YouTubers.

“She’s interested in boys now and describes herself as a gay boy. None of this has made her happier.”

One mother of an adolescent who came out as a lesbian aged 13 three years ago, and came out as a trans boy nine months later, said she and her husband had wanted to be supportive.

“We said: ‘OK, no matter what, we love you,’ and tried to be very neutral about it. She told me she wanted to go to the GP to get a referral to the Tavistock, so we went and we were referred. I was absolutely fine with gender non-conformity.”

But her views on social, medical and surgical transition evolved as she did more research. She said no when her child asked to speed up the process by going private, which would have allowed them to start puberty blockers.

“My daughter has barely spoken to me for three years because I haven’t continued with the referral process. Parents are in a very difficult position.”

Two years ago, a grassroots support group started campaigning for “evidence-based care”. Called Bayswater Support, it now represents the parents of about 500 trans-identified adolescents – and its membership is growing rapidly.

The group says around 70% of the children it represents were registered as female at birth; 80% experienced bullying prior to identifying as trans and more than 50% had come out as lesbian, gay or bisexual.

A spokesperson said: “Our members commonly describe their child’s trans identity as overshadowing factors such as poor mental health, neurodevelopmental conditions like autism and ADHD, social factors like bullying and not fitting in with their peer group, emerging same-sex attraction, serious safeguarding issues – and often puberty itself.”

‘Trans kids weren’t as hotly debated then, it was much less politicised’

There is one thing that all sides on this debate would probably agree on: the increased scrutiny of the subject has made life much harder for trans adolescents and their families.

A 29-year-old charity worker who transitioned 13 years ago, in the summer after sitting GCSEs, told the Guardian: “Trans kids weren’t as hotly debated then, it was much less politicised. Trans people didn’t have that level of visibility – and that might be seen as a negative, but it also meant that trans people were left alone.”

He said he now tried to avoid reading newspaper reports, and was suspicious of the research into what might be causing an increase in the number of biological girls wanting to identify as boys.

“I would guess it’s because trans people are more able to find other trans people. Research into the cause of a marginalised identity can make you feel nervous. It makes me wonder: why would you want to ask that question?”

He said his mother was very supportive of his decisions, and they had attended a summer residential camp organised by the charity Mermaids. She paid for a private referral and supported him through medical transition, including cross-sex hormones, a hysterectomy and double mastectomy.

“Initially she was confused. She was obviously concerned about what I would go through. She had, I suppose, the normal feelings that any parent would have when suddenly their child tells them: ‘Actually, I’m a boy and I don’t feel comfortable in my body, and I want to go through these processes.’ I imagine it’s a very helpless feeling.

“Now she talks to other parents to help them understand that if your child comes out as trans, their life will be fine with the right support. I have a flat, a partner, a good job – it is not all doom and gloom. Trans kids turn into trans adults, and that’s fine. Of course there’s anxiety because it’s an unknown, but keep talking.”

He said that now he barely thinks about the process of transitioning, and does not have an easy answer to what it means to be a man.

“I can’t tell you, and I think if you asked my [male] partner, he wouldn’t know either. I’m very comfortable living as a guy, I’ve done that for 15 years.”

Case studies

A 20-year-old student who describes herself as trans-adjacent spent five years living as a boy, from the age of 13. She hadn’t had many close friends at primary school and had been diagnosed with autism when she was 12. She spent a lot of time on Tumblr following trans groups and became close to a friend at her girls’ school who also came out as trans. Shortly after she came out as trans, a third person in the year also came out; the two others have subsequently medically transitioned, but she has decided not to.

“I don’t know how much of it is because I am autistic. I felt I didn’t fit in with any of the girls,” said the student, who now uses a gender-neutral name but said she was happy to be described using she/her pronouns. She didn’t initially want to tell her mother she was trans because of a misunderstanding they had when she came out as gay at the age of 12.

“My mum said: ‘That’s fine, but you’re too young to know.’ I think now what she was trying to say was: ‘No matter what, we will accept you, but you’re really young, you don’t need to worry about what box you’re in.’

“I think then I took it much too literally. So I didn’t talk to her about being trans at the start.

“I was really struggling in secondary school. I think being a girl is hard for a lot of people when you are going through puberty and you are really unhappy. It’s quite easy to want to escape from that.”

She was on antidepressants. Her parents began the process of a referral to the Tavistock, but decided against pursuing it.

“I started binding with duct tape because I didn’t have access to a breast binder. I wanted my chest to be flat. I slept with it. It helped me alleviate a lot of my distress. I still have pain in my ribs. I identified as trans masculine, as a trans man.

“I wasn’t so obsessed with being referred to as male but I did want the school to use he pronouns.”

When she moved to a sixth-form college to do A-levels, she became more interested in her work and less interested in her identity. She is still known by her new name but is no longer thinking about transitioning.

She said: “I think there might be people who identify as trans, who were like me, who were just unhappy, and there are others who are just trans. There are people who have medically transitioned and for whom that is completely the right option. Trans people have existed for a very long time.”

The mother of a 20-year-old trans student said the process had been stressful but, on balance, she believed her child had become happier.

“My son, who was then my daughter, came out as a lesbian at 13 or 14. After they turned 15 my husband and I were called into school by my child’s year head, and it turned out to be for an announcement that my daughter was now my son. I think the meeting was done that way because my son was concerned particularly about how his dad would react, and he needed there to be other people there. His dad’s reaction was quite hostile. He said that, for one thing, my son was being ridiculous, and for another thing, about to ruin his life.

“I didn’t understand everything, but I wanted to support him. I didn’t feel I should interfere in my son’s treatment. Instead I got involved in helping him with the practicalities of getting his name changed, speaking to the school about toilets and changing rooms. He went on testosterone at 18. I don’t think he will have surgery; the thought of it makes him quite anxious so I’m not sure how actively he wants to pursue it. In any case he has passed as male for quite some time now.”

She said the increased awareness of trans issues via the media made it easier for children who might be trans to communicate with others. “In the 90s, when trans people began to be presented in the media it was very much done for shock value. Things have changed since then.”

She said the process had been stressful. “But in the end I realised that people make all sorts of decisions in their lives that have long-term, knock-on effects that can’t be imagined at the time the decision is made. I think transitioning has been a positive step for my son. His mental health is much improved – he socialises now rather than just hiding away.”

Italian

"Un'esplosione": cosa c'è dietro l'aumento delle ragazze che mettono in discussione la propria identità di genere?

Mentre il NHS esamina le richieste di visite riguardo a questioni di genere, genitori, medici e giovani rivelano le sfide sociali, mediche ed emotive che devono affrontare

All'inizio di quest'anno, a un team di ricercatori del NHS è stato chiesto di indagare sul motivo per cui c'è stato un aumento così enorme del numero di adolescenti biologicamente femmine che si rivolgono alle cliniche di genere.

Le cifre da sole sembrano notevoli.

Secondo uno studio commissionato da NHS England, 10 anni fa c'erano poco meno di 250 richieste, la maggior parte delle quali per ragazzi, al Gender Identity Development Service (Gids), gestito dalla Tavistock and Portman NHS Foundation Trust di Londra.

L'anno scorso ce n'erano più di 5.000, il doppio rispetto all'anno precedente. E il gruppo più numeroso, circa due terzi, ora consisteva in "persone registrate alla nascita come femmine che durante l'adolescenza si presentavano per la prima volta con un disagio legato al genere", afferma il rapporto.

Il team di revisione sta esaminando le cause alla base del "notevole aumento del numero di richieste" e del cambiamento del mix di casi, ma non dovrebbe pubblicare alcun risultato fino al prossimo anno.

Nel frattempo, medici e genitori stanno cercando di trovarci un senso.

Negli ultimi mesi, il Guardian ha intervistato 11 genitori di adolescenti biologicamente femmine che hanno messo in dubbio il proprio genere (alcune delle quali hanno effettuato la transizione e sono ragazzi trans), e sei pediatri e psichiatri infantili, per discutere le loro opinioni ed esperienze. Per molti di loro è stato un periodo difficile ed emotivamente estenuante.

La loro testimonianza riflette la mancanza di consenso all'interno della professione medica sul modo migliore di procedere se un bambino soffre di disforia di genere e, a sua volta, come questa confusione contribuisca al dilemma centrale affrontato dai genitori interessati: come dovrebbero sostenere il loro bambino durante quello che potrebbe essere il periodo più impegnativo della loro vita?

Accettano che cambino nome, genere e pronomi a casa e a scuola e che si informino sulle opzioni mediche, o dovrebbero cercare di aiutare il loro bambino ad accettare il loro sesso natale?

Mentre alcuni genitori hanno affermato di aver abbracciato la decisione del figlio e accolto con favore i cambiamenti sociali che hanno reso possibile questo passaggio, altri si sono sentiti confusi dal desiderio del figlio di cambiare il proprio corpo.

Diversi genitori hanno affermato di essere stati tranquilli quando le loro figlie hanno inizialmente iniziato a identificarsi come persone non binarie, ma si sono sentiti a disagio quando hanno detto che volevano prendere bloccanti della pubertà o iniziare una terapia ormonale di transizione e hanno iniziato a comprimere il seno.

Alcuni hanno parlato della loro ansia e incertezza su come reagire, in particolare quando il loro bambino era infelice.

La madre di una ragazza che si è dichiarata trans all'età di 12 anni ha detto che era "molto difficile descrivere la sensazione di essere il genitore di un bambino che si identifica come trans".

Questa madre temeva che si stessero dirigendo verso un intervento medico che avrebbe potuto rivelarsi non necessario. "Man mano che cresceva... avevamo meno controllo. Vivere con quella paura è una delle esperienze più difficili che ho avuto."

(Sua figlia, che ha recentemente iniziato l'università, ora si descrive come persona di genere non binario e usa un nome di genere neutro, ma accetta che le ci si riferisca con lei e non cerca più cure mediche.)

L'incertezza dei genitori è stata aggravata dal dibattito altamente polarizzato - all'interno del NHS, della politica e dei media - su come genitori e professionisti dovrebbero rispondere ai bambini che esprimono sentimenti di angoscia a riguardo del loro genere.

"Eravamo terrorizzati dal venire accusati di essere bigotti", ha detto la donna, che ha chiesto di rimanere anonima per proteggere la privacy di sua figlia.

"Ci siamo sentiti tenuti ad accettare la sua decisione senza esitazione. Mi sono sentita molto dispiaciuta per star mettendo in dubbio che la mia infelice figlia adolescente fosse davvero un ragazzo", ha detto.

Un'esplosione di richieste di visite

L'aumento del numero di adolescenti biologicamente femmine alla ricerca di una visita al Gids è stato esposto in un rapporto intermedio della dottoressa Hilary Cass, la pediatra incaricata di condurre una revisione dei servizi forniti dal SSN a bambini e giovani che mettono in dubbio la loro identità di genere.

La tendenza è stata confermata dai medici che hanno parlato con il Guardian.

"Negli ultimi anni è diventata un'esplosione. Molti di noi si sentono confusi da quello che è successo, ed è spesso difficile parlarne con i colleghi", ha detto una psichiatra londinese che lavora in un'unità di salute mentale per bambini e adolescenti, che è consulente da 17 anni.

Come tutti i dipendenti del NHS intervistati, ha chiesto l'anonimato per via della delicatezza dell'argomento.

"Avrei potuto vedere un bambino con disforia di genere una volta ogni due anni quando ho iniziato a praticare. Era molto di nicchia e raro." Ora, circa il 10% e il 20% del suo carico di lavoro è costituito da adolescenti registrati come femmine alla nascita che si identificano come di genere non binario o trans, con occasionalmente solo un adolescente registrato come maschio che si identifica come trans.

Un'altra psichiatra infantile con un certo livello di anzianità ha affermato che le ragazze che volevano effettuare la transizione costituivano circa il 5% del suo carico di lavoro.

"Negli ultimi 5-10 anni abbiamo assistito a un'enorme ondata di giovani donne che, all'età di circa 12 o 13 anni, vogliono diventare ragazzi. Hanno cambiato nome e premono... per avere ormoni o bloccanti della pubertà"

La psichiatra ha aggiunto: "Spesso quelle ragazze sono bambini che stanno attraversando i normali problemi di identità e di sviluppo dell'adolescenza e trovano una soluzione per se stessi in questo modo".

La maggiore consapevolezza delle problematiche trans è probabilmente una spiegazione sensata per l'aumento delle richieste di prescrizioni.

"Il mancino è aumentato nel tempo dopo che abbiamo smesso di punire i bambini mancini nelle scuole, perché alcuni bambini sono naturalmente mancini e ora sono in grado di esprimerlo", ha detto Cleo Madeleine, portavoce del gruppo di supporto trans Gendered Intelligence.

"Allo stesso modo, la maggiore visibilità e accettazione delle persone trans ha portato a un graduale aumento di giovani che si sentono a proprio agio nell'esprimere la propria identità trans. La cosa più importante è riconoscere che questo non è un problema da risolvere o un esito negativo da evitare".

La madre di uno studente di 17 anni (che ha fatto coming out come trans a 13 anni, lasciando sul letto una lettera scritta a mano per i suoi genitori) concorda: "Se ne discute molto di più – su Facebook e sui social media. Non è più un tabù".

È sicura che questa sia stata la decisione giusta per suo figlio. "Penso di essermi chiesta se questa fosse una fase, ma non ho cercato di dissuaderlo. Quando iniziò la sua transizione sociale era una persona diversa. Lo ha reso più felice", ha detto.

Suo figlio trans lavora nei fine settimana per pagarsi la prescrizione privata di testosterone, perché la lista d'attesa del NHS è troppo lunga, e la famiglia sta risparmiando per il costo di 6.000 sterline per l'asportazione del seno.

"Vorrebbe farlo il più vicino possibile al suo 18esimo compleanno, in modo da poter ricominciare da zero all'università."

Una maggiore consapevolezza potrebbe essere un fattore. Ma la maggior parte della ricerca in questo campo si è basata prevalentemente su persone registrate come maschi alla nascita, non femmine.

Il rapporto Cass ha spiegato che si sapeva relativamente poco sulle cause della disforia di genere nelle ragazze o sui risultati per coloro che hanno ricevuto un trattamento.

"Al momento, abbiamo le informazioni minime per il gruppo più numeroso di pazienti: persone registrate come femmine alla nascita che si presentano per la prima volta nella prima adolescenza", ha affermato.

"Poiché il rapido aumento di questo gruppo è iniziato intorno al 2015, non raggiungeranno la fine dei 20 anni per altri cinque e più anni, che sarebbe il momento migliore per valutare il benessere a lungo termine".

La revisione del NHS aiuterà a far luce su questo problema, ma potrebbero passare anni prima che emerga un quadro chiaro.

Silenzio, disaccordo e polarizzazione

Il dilemma per i genitori non è stato certo aiutato dalla confusione delle linee guida.

Sono sconcertati dai consigli contrastanti che ricevono da medici e gruppi per i diritti delle persone trans su ciò che il loro bambino potrebbe star attraversando.

Potrebbe essere un'esplorazione temporanea dell'identità di genere, la potenziale manifestazione di altre forme di disagio? O è un'esperienza innata per la quale è necessario un trattamento?

La definizione di disforia di genere è di per sé controversa e in Inghilterra non c'è consenso tra i medici sul se assecondare rapidamente il desiderio di transizione da parte di un adolescente o se incoraggiarli a fare una pausa prima che cambino nome e inizino una terapia ormonale.

Il rapporto Cass ha rivelato che c'era "una mancanza di accordo, e in molti casi una mancanza di discussione aperta" sull'approccio migliore da adottare.

"Il disaccordo e la polarizzazione aumentano quando vengono somministrati trattamenti potenzialmente irreversibili a bambini e giovani, quando la base di prove alla base dei trattamenti è inconcludente", ha aggiunto.

Chiunque cerchi chiarezza nella bozza più recente di linee guida del NHS England su come supportare minori di 18 anni che sperimentano ciò che chiama "incongruenza di genere" potrebbe non trovarla utile.

Publicata in ottobre, la bozza sembra porre maggiormente l'accento sulla possibilità che, per alcuni bambini, in particolare in età prepuberale, questa possa essere una "fase transitoria".

Suggerisce inoltre che non è un "atto neutrale" aiutare i bambini a nella transizione sociale (usando nomi e pronomi preferiti) mentre esplorano la loro identità di genere, e sottolinea che sono necessarie ulteriori ricerche per "raccolgere ulteriori prove sulla sicurezza, i potenziali benefici e danni" dei bloccanti della pubertà.

In termini di consigli pratici, non va molto oltre.

Molti dei genitori che hanno parlato con il Guardian hanno ammesso di aver fatto fatica con l'incertezza che ne deriva, anche nei casi in cui hanno riconosciuto che la transizione medica potrebbe essere la risoluzione giusta per alcune ragazze adolescenti con disforia di genere.

Il Tavistock sottolinea che non esiste un percorso terapeutico prestabilito e solo al 20% circa di coloro che si rivolgono al servizio vengono prescritti bloccanti della pubertà o ormoni per la transizione a carico del NHS (sebbene lunghe liste di attesa significhino che alcune persone cercano cure nel settore privato, o che riceveranno cure solo quando saranno passati ai servizi NHS per adulti a 18 anni). La confusione dei genitori è stata accresciuta a luglio dall'annuncio del NHS England che la clinica Tavistock per l'identità di genere chiuderà l'anno prossimo e sarà sostituita da nuovi centri regionali. Ciò è accaduto dopo che il rapporto Cass ha affermato che il modello attuale, con i suoi lunghi ritardi, stava lasciando i giovani "a rischio considerevole" di scarsa salute mentale e disagio, e che avere una clinica non era "un'opzione sicura o praticabile a lungo termine".

Ansia dei genitori: 'In tre mesi siamo passati da niente a tutto'

Con poche ricerche a cui attingere, nessun consenso tra i medici e linee guida confuse, i genitori hanno spiegazioni diverse su ciò che potrebbe aver spinto il desiderio del loro bambino a identificarsi come maschio.

Alcuni indicano la pubertà, le mestruazioni e il disagio per il cambiamento della forma del corpo che coincide con l'interesse a diventare di genere non conforme.

Altri si sono chiesti se l'autismo del loro bambino potesse essere un fattore rilevante. (Il rapporto Cass affermava che circa un terzo dei bambini e dei giovani indirizzati al Tavistock aveva l'autismo o altri tipi di neurodiversità.)

E altri si chiedono se segni preesistenti di depressione e problemi di salute mentale siano stati la causa o il risultato dell'incertezza di genere.

Le possibili influenze che citano includono il bullismo infantile, le molestie e gli abusi sessuali e l'ipersessualizzazione della società, o la comprensione precoce del sessismo da parte del bambino, che li fa sentire che potrebbe essere più facile vivere come uomo che come donna.

Alcuni ritengono rilevante l'isolamento prolungato che i bambini hanno vissuto durante il Covid (ad esempio, le ricerche su Google per "top surgery", doppie mastectomie, sono aumentate vertiginosamente in questo periodo).

Molti sono a conoscenza dei contenuti online che hanno educato i propri figli sul genere e dell'influenza di YouTuber, account Tumblr e personalità di TikTok in cui le transizioni mediche delle persone sono documentate nel dettaglio (filmati di guarigioni da doppia mastectomia e falloplastica, o "bottom surgery", sono stati guardati da centinaia di migliaia).

Uno studente di medicina di 20 anni che ha fatto coming out come ragazzo trans a 16 anni, dopo aver detto ai suoi genitori l'anno prima di essere lesbica e che all'inizio di quest'anno ha speso 8.000 sterline per la rimozione del seno in una clinica privata, ha detto che la realizzazione è stata "un'illuminazione". Aveva guardato molti contenuti di YouTube sui problemi LGBTQ+.

“Guardando quello sono stato in grado di educarmi. Ho sempre pensato che qualcosa non andasse. Tutto ha avuto molto più senso dopo”, ha detto. I suoi genitori sono stati "incredibilmente solidali".

Ma alcuni genitori sono stati frustrati dalla velocità con cui le scuole hanno adottato la nuova identità dei loro figli, senza il consenso dei genitori, incerti sulle implicazioni.

Un padre, il cui figlio ha dichiarato di essere un ragazzo trans tre anni fa all'età di 11 anni, con l'approvazione della sua ex moglie, ha dichiarato di aver inizialmente sostenuto la decisione. Tuttavia, era diventato sempre più scettico sul se questo stesse aiutando suo figlio. Ha detto di essersi sentito sconcertato dalla disponibilità della scuola ad adottare l'identità maschile del bambino prima che fosse effettuata qualsiasi valutazione specialistica.

“In tre mesi siamo passati da niente a tutto. Ora so che molte delle spiegazioni di ciò che provavano provenivano da una sceneggiatura su Internet. Tutte le mie preoccupazioni sono state ridotte al minimo”, ha detto. “Tutti mi hanno detto che è stato un passo del tutto innocuo cambiare nomi e pronomi.

“La posizione della scuola era: 'Se dici di essere un ragazzo, sei un ragazzo’”, ha detto. "All'epoca ero scioccato, ma mi sono fidato del fatto che fosse una buona idea."

Fa fatica con i nuovi pronomi ma ha accettato il nuovo nome maschile e con riluttanza, su richiesta dell'undicenne, ha acquistato un pene e dei testicoli all'uncinetto da indossare all'interno della biancheria intima.

“Ho detto di no a binder e bloccanti della pubertà. Continuavo a chiedere: 'Cosa c'è di sbagliato nell'essere una ragazza? Quale problema stiamo cercando di risolvere?’” Ha detto che crede che la decisione sia stata innescata da gravi episodi di bullismo alle elementari, da un autismo non diagnosticato e da alcuni influenti YouTuber.

“Adesso è interessata ai ragazzi e si descrive come ragazzo gay. Niente di tutto questo l'ha resa più felice.”

Una madre di un adolescente che ha fatto coming out come lesbica all'età di 13 anni tre anni fa e che nove mesi dopo ha fatto coming out come ragazzo trans, ha detto che lei e suo marito volevano essere di supporto.

“Abbiamo detto: 'OK, ti vogliamo bene a prescindere', e abbiamo cercato di essere molto neutrali al riguardo. Mi ha detto che voleva andare dal medico di base per ottenere una prescrizione per una visita al Tavistock, quindi siamo andati e siamo stati indirizzati. Non avevo problemi con la non conformità di genere.”

Ma le sue opinioni sulla transizione sociale, medica e chirurgica si sono evolute mentre faceva ulteriori ricerche. Ha detto di no quando suo figlio ha chiesto di accelerare il processo andando in privato, il che avrebbe permesso di iniziare ad assumere bloccanti della pubertà.

“Mia figlia mi parla a malapena da tre anni perché non ho continuato con la procedura di visita. I genitori sono in una posizione molto difficile”.

Due anni fa, un gruppo di supporto di base ha iniziato a fare una campagna per "l'assistenza basata sulle prove". Chiamato Bayswater Support, ora rappresenta i genitori di circa 500 adolescenti che si identificano come trans e il suo numero di membri sta crescendo rapidamente.

Il gruppo afferma che circa il 70% dei bambini che rappresenta sono stati registrati come femmine alla nascita; L'80% ha subito atti di bullismo prima di identificarsi come trans e oltre il 50% si è dichiarato lesbica, gay o bisessuale.

Un portavoce ha detto: "I nostri membri descrivono comunemente come l'identità trans del loro bambino metta in secondo piano fattori come la cattiva salute mentale, le condizioni di sviluppo neurologico come l'autismo e l'ADHD, fattori sociali come il bullismo e il non inserimento nel loro gruppo di pari, l'emergere di un'attrazione per lo stesso sesso, gravi problemi di tutela – e spesso la pubertà stessa".

"All'epoca i bambini trans non erano così oggetto di accesi dibattiti, la questione era molto meno politicizzata"

C'è una cosa su cui probabilmente tutte le parti in causa sarebbero d'accordo: l'aumento dell'attenzione sul tema ha reso la vita molto più difficile per le persone trans in età adolescente e le loro famiglie.

Un operatore di beneficenza di 29 anni che ha effettuato la transizione 13 anni fa, nell'estate successiva ai GCSE, ha detto al Guardian: "All'epoca i bambini trans non erano così oggetto di accesi dibattiti, la questione era molto meno politicizzata. Le persone trans non avevano quel livello di visibilità – e questo potrebbe essere visto come un aspetto negativo, ma significava anche che le persone trans venivano lasciate in pace".

Ha detto che ora cerca di evitare di leggere i resoconti dei giornali ed è sospettoso nei confronti della ricerca su ciò che potrebbe causare un aumento del numero di adolescenti biologicamente femmine che vogliono identificarsi come ragazzi.

"Immagino che sia perché le persone trans sono più in grado di trovare altre persone trans. La ricerca sulla causa di un'identità emarginata può far sentire nervosi. Mi chiedo: perché vorresti fare quella domanda?"

Ha detto che sua madre è stata molto solidale con le sue decisioni e hanno partecipato a un campo residenziale estivo organizzato dall'ente di beneficenza Mermaids. Ha pagato per una visita privata e lo ha sostenuto durante la transizione medica, compresi gli ormoni per la transizione, un'isterectomia e una doppia mastectomia.

"Inizialmente era confusa. Era ovviamente preoccupata per quello che avrei passato. Immagino provasse i normali sentimenti che proverebbe qualsiasi genitore quando improvvisamente la loro figlia gli dicesse: "In realtà, sono un ragazzo e non mi sento a mio agio nel mio corpo, e voglio passare attraverso questi processi". Immagino sia una sensazione di grande impotenza.

"Ora parla con altri genitori per aiutarli a capire che se un figlio fa coming out come trans, la sua vita andrà bene con il giusto sostegno. Ho un appartamento, un partner, un buon lavoro - non è tutto negativo. I bambini trans diventano adulti trans, e va bene così. Ovviamente c'è ansia perché è un'incognita, ma continua a parlare.

Ha detto che ora pensa a malapena al processo di transizione e non ha una risposta facile a cosa significhi essere un uomo.

"Non saprei dirtelo, e penso che se lo chiedessi al mio partner [maschio], neanche lui lo saprebbe. Mi sento molto a mio agio a vivere come ragazzo, l'ho fatto per 15 anni."

Casi studio

Una studentessa di 20 anni che si descrive come trans-adiacente ha vissuto cinque anni da ragazzo, dall'età di 13 anni. Non aveva molti amici stretti alla scuola elementare e le era stato diagnosticato l'autismo quando

aveva 12 anni. Trascorreva molto tempo su Tumblr seguendo gruppi di persone trans e si è avvicinata a un amico della sua scuola femminile che ha similmente fatto coming out come trans. Poco dopo che ha fatto coming out come trans, ha fatto coming out anche una terza persona della stessa classe; gli altri due sono hanno poi intrapreso la transizione medica, ma lei ha deciso di non farlo.

“Non so quanto sia perché sono autistica. Sentivo di non essere in sintonia con nessuna delle ragazze”, ha detto la studentessa, che ora usa un nome neutro di genere neutro, ma accetta di essere descritta usando pronomi di genere femminile. Inizialmente non voleva dire a sua madre che era trans a causa di un malinteso che avevano avuto quando aveva fatto coming out come gay all'età di 12 anni.

“Mia madre ha detto: 'Va bene, ma sei troppo giovane per saperlo.' Ora penso che quello che stava cercando di dire fosse: 'Ti accetteremo a prescindere da tutto, ma sei molto giovane, non devi preoccuparti di quale sia la tua casella' “Penso di averla preso troppo alla lettera. Quindi non le ho parlato di essere trans all'inizio. “Ero davvero in difficoltà alla scuola secondaria. Penso che essere una ragazza sia difficile per molte persone quando stai attraversando la pubertà e sei davvero infelice. È abbastanza facile voler fuggire da tutto questo”.

Era in cura con antidepressivi. I suoi genitori hanno avviato il processo per una prescrizione al Tavistock, ma hanno deciso di non perseguire.

“Ho iniziato a fasciarmi con del nastro adesivo perché non avevo accesso a un binder. Volevo che il mio petto fosse piatto. Ci dormivo. Mi ha aiutato ad alleviare gran parte della mia ansia. Ho ancora dolore alle costole. Mi identificavo come persona trans maschile, come uomo trans.

"Non ero così ossessionata dall'idea che ci si riferisse a me come maschio, ma volevo che la scuola usasse i pronomi di genere maschile."

Quando si è trasferita in una scuola superiore per gli esami di maturità, si è curata più del lavoro e meno della sua identità. È ancora conosciuta con il suo nuovo nome ma non pensa più alla transizione.

Ha detto: “Penso che potrebbero esserci persone che si identificano come trans, che erano come me, che erano solo infelici, e ce ne sono altre che sono semplicemente trans. Ci sono persone che hanno effettuato la transizione dal punto di vista medico e per le quali questa è completamente l'opzione giusta. Le persone trans esistono da moltissimo tempo”.

La madre di uno studente trans di 20 anni ha detto che il processo è stato stressante ma, a conti fatti, crede che suo figlio sia diventato più felice. “Mio figlio, che allora era mia figlia, ha fatto coming out come lesbica a 13 o 14 anni.

Dopo che ebbe compiuto 15 anni io e mio marito fummo chiamati a scuola dal capoclasse di mia figlia, e si scoprì che era per un annuncio che mia figlia ora era mio figlio. Penso che l'incontro sia stato fatto in questo modo perché mio figlio era particolarmente preoccupato per come avrebbe reagito suo padre, e aveva bisogno che ci fossero altre persone presenti. La reazione di suo padre fu piuttosto ostile. Ha detto che, primo, mio figlio si stava comportando in modo ridicolo, e secondo, stava per rovinarsi la vita.

“Non capivo tutto, ma volevo sostenerlo. Non sentivo di dover interferire nella terapia di mio figlio. Invece mi sono impegnata nell'aiutarlo con gli aspetti pratici del cambiare nome, parlare alla scuola di servizi igienici e spogliatoi. Ha cominciato ad assumere il testosterone a 18 anni. Non credo che si sottoporrà a un intervento chirurgico; il pensiero lo rende piuttosto ansioso, quindi non sono sicura di quanto attivamente lo voglia perseguire. In ogni caso si presenta come maschio da un bel po' di tempo ormai.”

Ha detto che la maggiore consapevolezza delle questioni trans attraverso i media ha reso più facile per i bambini che potrebbero essere trans comunicare con gli altri. “Negli anni '90, quando le persone trans hanno cominciato a essere presentate nei media, è stato fatto molto per fare sensazione. Da allora le cose sono cambiate”.

Ha detto che il processo è stato stressante. “Ma alla fine mi sono resa conto che le persone nella loro vita prendono qualsiasi tipo di decisione che ha effetti a lungo termine e a catena che non possono essere immaginati nel momento in cui la decisione viene presa. Penso che la transizione sia stata un passo positivo per mio figlio. La sua salute mentale è molto migliorata: ora socializza invece di nascondersi”.

- Germain, Jacquelyne. 2022. ‘We’re a part of this movement, too.’ Transgender and nonbinary people say they feel excluded from the abortion fight. In *CNN*. <https://edition.cnn.com/2022/08/27/us/transgender-nonbinary-abortion-reproductive-care-reaj/index.html> (accessed 04/02/2023)

English

‘We’re a part of this movement, too.’ Transgender and nonbinary people say they feel excluded from the abortion fight

Mikiko Galpin still feels the impact of being sexually assaulted by someone he thought he could trust – and the tough decisions he was forced to make after multiple pregnancy scares.

When *Roe v. Wade* was overturned in June, it was a sad and heavy moment for the 29-year-old transgender man. He was taken back to the first time he took a pregnancy test prior to transitioning. He recalls crying in the passenger seat of a friend’s car at 2 a.m. trying to search for a pharmacy that was still open so he could buy a pregnancy test.

At the time, Galpin said he felt trapped and didn’t know where to turn while navigating the complexities of a pregnancy scare resulting from a traumatic experience. An anxious Galpin feared the potential of upending his life to care for a baby at a young age.

“I just wanted to get a pregnancy test and know if I was pregnant at that point, and just feeling that complete sense of having no control over this really big part of your life,” Galpin said. “I think when the decision came down, I had that same feeling of not having control over this very momentous and personal thing that myself and other people who have reproductive abilities are going to go through in the coming months and years.”

Although Galpin turned out not to be pregnant, those fears about who gets to decide his reproductive rights still linger.

Amid discourse surrounding women’s rights and bodily autonomy in the two months since the federal reversal of the right to an abortion, Galpin and other transgender and nonbinary advocates say their communities are often excluded from conversations about abortion care and other forms of reproductive healthcare.

With the reversal, many people across various states are navigating a series of new and intensified abortion restrictions. Yet transgender and nonbinary advocates say the difficulties their communities face in accessing abortion care are magnified.

Transgender and nonbinary people face unique barriers to abortion and reproductive care related to transphobia, including being refused medical care, being misgendered by medical providers and staff and an overall lack of knowledge among healthcare providers about transgender bodies and health, according to a 2021 study published in the journal *BMJ Sexual & Reproductive Health*.

Transgender people experience higher levels of poverty and unemployment relative to cisgender people, according to a study of 2014 data published in the *American Journal of Public Health*, and these factors have been linked to lower rates of health insurance, according to a 2011 study by the Institute of Medicine.

These barriers are further exacerbated for transgender and nonbinary people of color and low-income transgender and nonbinary individuals, advocates say.

“Often, there’s not the understanding that trans men are men and that nonbinary people are nonbinary people, and the needs of both of those categories and folks who are capable of pregnancy are often overlooked,” said Mickaela Bradford, the interim co-director of programs and policy at the Transgender Law Center. “So even before *Roe v. Wade* was overturned, folks were struggling to find reproductive care that was affirming of their gender identities, struggling to find accessible, affordable, safe reproductive care – particularly folks who are Black, disabled, working class and living in the South.”

For many transgender and nonbinary people, the reversal in June was yet another attack on their bodily autonomy amid a record year of state bills seeking to curtail LGBTQ rights, most of which target transgender and nonbinary people.

Bradford said as more transgender and nonbinary people seeking to terminate their pregnancies may need to travel to access abortion services, cost barriers and other difficulties may make these services even more inaccessible.

“You talk to any transgender person that has to travel across states, we are doubly prepared for stares, for violence, for looking for all of our escape exits at all times,” Bradford said. “There’s a heightened level of violence in this country against transgender people in all settings and so [the overturning of *Roe*] just exacerbates that.”

The 2021 study also found that nearly one in five transgender and nonbinary respondents who was ever pregnant reported an attempt to terminate a pregnancy without clinical care, with methods ranging from physical trauma and substance abuse to fasting and the use of birth control or Plan B.

Juno Obedin-Maliver, an obstetrician-gynecologist who was one of the authors of the study, said she expects the prevalence of self-managed abortions among transgender and nonbinary communities to increase following the overturning of *Roe* and greater abortion restrictions across the country.

“Where we have structural limitations for cisgender women to access [abortions], those same structural imitations will be felt by trans and nonbinary people and exacerbated by gender discrimination in that care,” Obedin-Maliver said. “So trans and nonbinary folks may be that much more likely to turn to those means, which can be dangerous, either to one’s reproductive life and health or even to their overall life and health.”

CNN spoke with transmasculine individuals about their experiences seeking abortions and reproductive healthcare in the past. They say it is important to include the experiences of transgender and nonbinary communities when talking about the fall of *Roe v. Wade* and its long-term ramifications.

Galpin is now a law student at the Temple University Beasley School of Law and a former legal fellow with the National LGBTQ Task Force, a social justice non-profit that advocates for LGBTQ rights.

Following his initial pregnancy scare, Galpin found himself needing to access Plan B. He was scared to go to a pharmacy to buy the contraceptive drug because he feared judgment. He called his mom crying about the situation, and she was able to buy Plan B for him.

Galpin said he sees parallels between his experience accessing Plan B at 19 and beginning his transition at 24.

“I think the positive sides of both experiences is having that control over your body after, for a period of time, feeling like you didn’t have any control or any ability to change these things,” Galpin said.

The Supreme Court’s reversal could open the door for courts to overturn the right to purchase and use contraception, which includes Plan B.

Galpin also sees parallels when it comes to attacks on gender-affirming care and abortion care.

“If we’re talking about it from an intersectional perspective of gender affirming care and reproductive justice, we’ve seen these attacks directed at gender-affirming care and more widely just the transgender community dating back to the bathroom bills,” he said. “These bills are primarily focused on this rhetoric of transgender people either being deemed a danger to themselves or a danger to other people. And I think similarly, the language that’s used to deny abortion services also sort of relies a little bit on a rhetoric of protecting people from themselves.”

A transgender healthcare advocate says their abortion was gender-affirming

Almost a decade ago, Oliver Hall, a transmasculine nonbinary person, had a self-managed abortion at 19 years old in Kentucky. After obsessively researching online about methods to induce an abortion, they ingested a combination of herbs and vitamin C.

The National Capital Poison Center recommends against “home remedies for abortion,” adding that there’s “no comprehensive list of herbal products that have been shown to induce an abortion or miscarriage.”

Obedin-Maliver said with the Supreme Court’s reversal, there may be an uptick in transgender and nonbinary people accessing non-standard or unsafe methods of abortion – a reflection of transphobia within the healthcare system that hinders transgender and nonbinary people from receiving reproductive care under medical supervision.

Although Hall said their family would have supported their decision to get an abortion, their family wouldn’t have been able to afford a surgical abortion. Furthermore, they said they didn’t feel comfortable going to their local abortion clinic that included “women’s surgical center” in its name. The name signaled to them that they may not get treated well in a space that seemingly only catered to women and wouldn’t understand how to provide quality healthcare to transgender and nonbinary people.

“Doctors don’t have a lot of knowledge about trans bodies, and that’s where we might get people being misinformed about the risk of pregnancy on [hormone replacement therapy], or even people who are on estrogen or on hormone blockers are sometimes misinformed about their ability to impregnate,” Hall said. “That’s the result of institutional transphobia not prioritizing knowledge about trans bodies.”

They recall the experience being scary because they were alone throughout the process and feared the potential of complications from the self-managed abortion that might have sent them to the hospital to navigate the very healthcare system they sought to avoid in the first place. They also said their abortion was personally a form of gender-affirming care in the sense that being pregnant would’ve caused intense gender dysphoria for them.

Today at 27 years old, Hall said their abortion experience influences and inspires the work they do as the trans health director of the Kentucky Health Justice Network, an organization that helps transgender and nonbinary people access various healthcare services.

Hall said the organization also has an abortion support fund that provides funding for procedures and practical support for Kentuckians seeking abortions. A Kentucky state court of appeals earlier this month reinstated the state’s “trigger law” banning abortion as well as a separate law banning the procedure after roughly six weeks of pregnancy.

“On a personal level, had I not had an abortion, I definitely would not be in the position that I am in today,” Hall said. “I would not be as far in life, I would not be able to be doing any of the kind of advocacy that I am doing, if I had been forced to birth a child.”

A reproductive justice community organizer says his abortion allowed him to reclaim his power

In 2001, Cazembe Murphy Jackson, a transgender man, was a junior in college attending Sam Houston State University in Huntsville, Texas, when he was sexually assaulted and became pregnant. At 20 years old, he said he found out he was pregnant around the six-week mark and lacked financial and emotional support.

He said he traveled two and a half hours back home to get an abortion, which he accessed at a Planned Parenthood clinic in Austin, Texas. He said he was given abortion medication which he took at the clinic and then he went home.

Although he said he did not identify as a transgender man at the time of his abortion, he still presented in a transmasculine way and wore masculine clothing, which still led him to fear facing discrimination at the clinic.

“It wasn’t the best time of my life, but I do often say that my abortion saved my life for a number of reasons,” Jackson said. “It was a bad time and had I had to carry the pregnancy to term – Black people don’t survive childbirth sometimes, so I don’t know if it would’ve taken my life in that way either.”

While his abortion wasn’t necessarily gender-affirming, Jackson said it allowed him to begin to get his power back after being assaulted during a time when he felt like he had no control. He said the ability to make a decision for himself was therapeutic.

Jackson said if he was seeking an abortion today, it would be challenging. In Texas, a trigger law banning abortions with few exceptions took effect Thursday.

Now at 42, Jackson lives in Atlanta working as a community organizer focused on reproductive justice, sharing his abortion story and encouraging other transgender and nonbinary people to do the same. In Georgia, there’s currently a six-week abortion ban in effect.

“I think what trans people are asking for inside of the reproductive justice movement is the bare minimum,” Jackson said. “Just recognize that we exist, we’re here, we’re a part of this movement, too. We need access to this healthcare just like everybody else. We’re not actually trying to replace anyone or anything, just wanting to be included.”

Italian

"Anche noi facciamo parte di questo movimento." Le persone transgender e di genere non binario affermano di sentirsi escluse dalla lotta per l'aborto

Mikiko Galpin sente ancora l'impatto della violenza sessuale subita da qualcuno di cui pensava di potersi fidare e le decisioni difficili che è stato costretto a prendere dopo molteplici momenti di paura legati alla possibilità di una gravidanza.

Quando a giugno è stata annullata la sentenza Roe v. Wade, è stato un momento triste e pesante per l'uomo transgender di 29 anni. Gli è tornata in mente la prima volta che ha fatto un test di gravidanza prima della transizione. Ricorda di aver pianto sul sedile del passeggero dell'auto di un amico alle 2 del mattino mentre cercava una farmacia ancora aperta per poter acquistare un test di gravidanza.

A quel tempo, Galpin ha detto di essersi sentito in trappola e di non sapere a chi rivolgersi mentre navigava nelle complessità della paura per la possibilità di una gravidanza frutto di un'esperienza traumatica. Un Galpin ansioso temeva di dover stravolgere la sua vita per prendersi cura di un bambino in giovane età.

"A quel punto volevo solo fare un test e sapere se ero in stato di gravidanza, e provavo solo quella sensazione totale di non avere alcun controllo su questa parte così importante della tua vita", ha detto

Galpin. "Penso che quando la decisione è stata presa, ho avuto la stessa sensazione di non avere il controllo su questa cosa molto importante e personale che io e altre persone con capacità riproduttive dovremo affrontare nei prossimi mesi e anni".

Anche se Galpin si è rivelato non essere in stato di gravidanza, quei timori su chi può decidere i suoi diritti riproduttivi persistono ancora.

Tra i discorsi sui diritti delle donne e sull'autonomia corporea nei due mesi successivi all'annullamento federale del diritto all'aborto, Galpin e altri sostenitori transgender e di genere non binario affermano che le loro comunità sono spesso escluse dalle conversazioni sull'assistenza all'aborto e su altre forme di assistenza sanitaria riproduttiva.

Con l'annullamento, molte persone in vari stati stanno navigando una serie di nuove e intensificate restrizioni all'aborto. Eppure i sostenitori transgender e di genere non binario affermano che le difficoltà che le loro comunità devono affrontare nell'accedere alle cure per l'aborto sono amplificate.

Secondo uno studio del 2021 pubblicato sulla rivista *BMJ Sexual & Reproductive Health*, le persone transgender e di genere non binario affrontano ostacoli unici all'aborto e all'assistenza riproduttiva legati alla transfobia, tra cui vedersi rifiutate le cure mediche, vedersi attribuito il genere sbagliato da parte di operatori sanitari e personale, e una generale mancanza di conoscenza tra gli operatori sanitari sui corpi e sulla salute di persone transgender.

Le persone transgender sperimentano livelli più elevati di povertà e disoccupazione rispetto alle persone cisgender, secondo uno studio su dati del 2014 pubblicato sull'*American Journal of Public Health*, e questi fattori sono stati collegati a tassi più bassi di assicurazione sanitaria, secondo uno studio del 2011 dell'Istituto di Medicina.

Queste barriere sono ulteriormente aggravate per le persone transgender e di genere non binario di colore e per le persone transgender e di genere non binario con un reddito basso, affermano i sostenitori.

"Spesso non si capisce che gli uomini trans sono uomini e che le persone di genere non binario sono persone di genere non binario, e le esigenze di entrambe queste categorie e delle persone in grado di avere una gravidanza sono spesso trascurate", ha detto Mickaela Bradford, co-direttrice ad interim di programmi e politiche presso il Transgender Law Center. "Quindi, anche prima del rovesciamento di *Roe v. Wade*, le persone stavano avendo problemi a trovare un'assistenza riproduttiva che affermasse le loro identità di genere, problemi a trovare un'assistenza riproduttiva accessibile, economica e sicura – soprattutto le persone che sono nere, disabili, appartenenti alla classe operaia e che vivono nel Sud del paese."

Per molte persone transgender e di genere non binario, l'annullamento della sentenza a giugno è stato l'ennesimo attacco alla loro autonomia corporea in un anno record di leggi statali volte a ridurre i diritti LGBTQ, la maggior parte delle quali prende di mira le persone transgender e di genere non binario.

Bradford ha affermato che poiché un numero maggiore di persone transgender e di genere non binario che intendono interrompere una gravidanza potrebbero dover viaggiare per accedere a servizi abortivi, le barriere di costo e altre difficoltà potrebbero rendere questi servizi ancora più inaccessibili.

"Parli con qualsiasi persona transgender che deve viaggiare da uno stato all'altro, siamo doppiamente preparati agli sguardi, alla violenza, a cercare tutte le nostre vie di fuga in ogni momento", ha detto Bradford. "C'è un elevato livello di violenza in questo paese contro le persone transgender in tutti i contesti e quindi [il ribaltamento di *Roe*] non fa che esacerbarlo".

Lo studio del 2021 ha anche rilevato che quasi un intervistato transgender e di genere non binario su cinque che abbia avuto una gravidanza ha riferito di aver tentato di interromperla senza cure cliniche, con metodi che vanno dal trauma fisico e dall'abuso di sostanze al digiuno e all'uso di anticoncezionali o del Piano B.

Juno Obedin-Maliver, un'ostetrica-ginecologa tra gli autori dello studio, ha affermato di aspettarsi che la prevalenza di aborti autogestiti tra le comunità transgender e di genere non binario aumenti a seguito del ribaltamento di Roe e delle maggiori restrizioni all'aborto in tutto il paese.

"Laddove abbiamo limitazioni strutturali per l'accesso delle donne cisgender [all'aborto], quelle stesse limitazioni strutturali saranno avvertite dalle persone trans e di genere non binario e aggravate dalla discriminazione di genere nell'assistenza", ha detto Obedin-Maliver. "Quindi le persone trans e di genere non binario possono avere molte più probabilità di ricorrere a quei mezzi, che possono essere pericolosi, sia per la vita e la salute riproduttiva di una persona o anche per la loro vita e salute generale".

La CNN ha parlato con individui trans maschili delle loro esperienze passate alla ricerca di aborti e assistenza sanitaria riproduttiva. Dicono che è importante includere le esperienze delle comunità transgender e di genere non binario quando si parla della caduta di Roe v. Wade e delle sue ramificazioni a lungo termine.

Galpin è ora uno studente di giurisprudenza presso la Temple University Beasley School of Law ed è stato collaboratore legale alla National LGBTQ Task Force, un'organizzazione no-profit per la giustizia sociale che sostiene i diritti LGBTQ.

Dopo il suo primo spavento per la possibilità di una gravidanza, Galpin si è ritrovato a dover aver bisogno del Piano B. Aveva paura di andare in farmacia per acquistare il farmaco contraccettivo perché temeva di venire giudicato. Ha chiamato sua madre piangendo per la situazione e lei è riuscita ad acquistare il Piano B per lui.

Galpin ha detto di vedere dei parallelismi tra la sua esperienza di accesso al Piano B a 19 anni e l'inizio della sua transizione a 24 anni.

"Penso che il lato positivo di entrambe le esperienze sia avere quel controllo sul proprio corpo dopo che, per un periodo di tempo, si è avuta la sensazione di non avere alcun controllo o alcuna capacità di cambiare queste cose", ha detto Galpin.

L'annullamento da parte della Corte Suprema potrebbe aprire la porta ai tribunali per revocare il diritto di acquistare e fare uso di contraccettivi, il che include il Piano B.

Galpin vede anche dei parallelismi quando si tratta di attacchi all'assistenza per l'affermazione di genere e all'assistenza all'aborto.

"Se ne parliamo da una prospettiva intersezionale di assistenza per l'affermazione di genere e giustizia riproduttiva, abbiamo visto attacchi simili diretti all'assistenza per l'affermazione di genere e più in generale proprio alla comunità transgender, a partire dalle proposte di legge sui bagni", ha detto. "Questi progetti di legge si concentrano principalmente su questa retorica secondo cui le persone transgender sono considerate un pericolo per se stesse o un pericolo per altre persone. E penso che allo stesso modo anche il linguaggio usato per negare i servizi abortivi si basi un po' su una retorica di protezione delle persone da se stesse.

Un sostenitore dell'assistenza sanitaria per le persone transgender afferma che il suo aborto è stato un atto di affermazione di genere

Quasi un decennio fa, Oliver Hall, una persona trans maschile di genere non binario, ha avuto un aborto autogestito a 19 anni nel Kentucky. Dopo aver ricercato ossessivamente online metodi per indurre un aborto, ha ingerito una combinazione di erbe e vitamina C.

Il National Capital Poison Center sconsiglia i "rimedi casalinghi per l'aborto", aggiungendo che "non esiste un elenco completo di prodotti erboristici che hanno dimostrato di indurre un aborto o un aborto spontaneo".

Obedin-Maliver ha affermato che con l'annullamento da parte della Corte Suprema, potrebbe esserci un aumento delle persone transgender e di genere non binario che accedono a metodi di aborto non standard o non sicuri – un riflesso della transfobia all'interno del sistema sanitario che impedisce alle persone transgender e di genere non binario di ricevere assistenza riproduttiva sotto supervisione medica.

Sebbene Hall abbia affermato che la sua famiglia avrebbe sostenuto la sua decisione di abortire, la sua famiglia non avrebbe potuto permettersi un aborto chirurgico. Inoltre, ha affermato di non sentirsi a suo agio nell'andare alla sua clinica per aborti locale che includeva nel suo nome "centro chirurgico femminile". Il nome suggeriva la possibilità di non ricevere un buon trattamento in uno spazio che apparentemente si rivolge solo alle donne e non saprebbe come fornire assistenza sanitaria di qualità alle persone transgender e di genere non binario.

"I medici non hanno molte conoscenze sui corpi di persone trans, ed è per questo che le persone potrebbero essere male informate sul rischio di gravidanza durante [la terapia ormonale sostitutiva], o anche le persone che assumono estrogeni o bloccanti ormonali a volte sono male informate riguardo la loro capacità di fecondazione", ha detto Hall. "Questo è il risultato della transfobia istituzionale che non dà la priorità alla conoscenza dei corpi di persone trans"

Ricorda che l'esperienza è stata spaventosa perché non c'erano altre persone presenti durante tutto il processo e temeva che le complicazioni di un aborto autogestito avrebbero potuto causare una visita in ospedale a navigare proprio il sistema sanitario che cercava di evitare in primo luogo. Ha anche affermato che il suo aborto era personalmente una forma di cura per l'affermazione di genere, nel senso che una gravidanza avrebbe causato un'intensa disforia di genere.

Oggi, a 27 anni, Hall ha affermato che la sua esperienza di aborto influenza e ispira il lavoro che svolge a capo della salute per persone trans del Kentucky Health Justice Network, un'organizzazione che aiuta le persone transgender e di genere non binario ad accedere a vari servizi sanitari.

Hall ha detto che l'organizzazione ha anche un fondo di sostegno per l'aborto che fornisce finanziamenti per le procedure e supporto pratico per le persone del Kentucky che vogliono abortire. Una corte d'appello dello stato del Kentucky all'inizio di questo mese ha ripristinato la "trigger law" che vieta l'aborto, nonché una legge separata che vieta la procedura dopo circa sei settimane di gravidanza.

"A livello personale, se non avessi abortito, sicuramente non sarei nella posizione in cui mi trovo oggi", ha detto Hall. "Non sarei così avanti nella vita, non sarei in grado di fare nessuno del tipo di supporto che sto facendo, se avessi dovuto dare alla luce un bambino."

Un organizzatore di comunità per la giustizia riproduttiva afferma che il suo aborto gli ha permesso di reclamare il suo potere

Nel 2001, Cazembe Murphy Jackson, un uomo transgender, frequentava l'università alla Sam Houston State University di Huntsville, in Texas, quando fu aggredito sessualmente e riportò una gravidanza. A 20 anni, ha detto di aver scoperto di essere in stato di gravidanza intorno alle sei settimane e di non avere sostegno finanziario ed emotivo.

Ha detto di aver viaggiato per due ore e mezza per tornare a casa e ottenere un aborto, a cui ha avuto accesso in una clinica Planned Parenthood ad Austin, in Texas. Ha detto che gli è stato somministrato un farmaco per l'aborto che ha preso in clinica e poi è tornato a casa.

Sebbene abbia affermato di non identificarsi come uomo transgender al momento del suo aborto, si presentava comunque in modo trans maschile e indossava abiti maschili, il che lo portava comunque a temere di subire discriminazioni in clinica.

"Non è stato il periodo migliore della mia vita, ma dico spesso che il mio aborto mi ha salvato la vita per una serie di motivi", ha detto Jackson. "È stato un brutto momento e se avessi dovuto portare a termine la gravidanza, a volte le persone nere non sopravvivono al parto, quindi non so se mi avrebbe costato la vita".

Sebbene il suo aborto non fosse necessariamente un atto di affermazione di genere, Jackson ha detto che gli ha permesso di iniziare a riprendersi il potere dopo essere stato aggredito durante un periodo in cui si sentiva come se non avesse alcun controllo. Ha detto che la capacità di prendere una decisione per se stesso è stata terapeutica.

Jackson ha detto che se volesse abortire oggi, sarebbe una sfida. In Texas giovedì è entrata in vigore una legge che vieta gli aborti con poche eccezioni.

Ora, a 42 anni, Jackson vive ad Atlanta lavorando come organizzatore di comunità focalizzato sulla giustizia riproduttiva, condividendo la sua storia sull'aborto e incoraggiando altre persone transgender e di genere non binario a fare lo stesso. In Georgia è attualmente in vigore un divieto di aborto oltre le sei settimane.

"Penso che ciò che le persone trans all'interno del movimento per la giustizia riproduttiva chiedono sia il minimo indispensabile", ha detto Jackson. "Basta riconoscere che esistiamo, siamo qui, anche noi facciamo parte di questo movimento. Abbiamo bisogno di accedere a questa assistenza sanitaria proprio come tutte le altre persone. In realtà non stiamo cercando di sostituire nessuno o qualcosa, vogliamo solo essere inclusi."

- Gender Confirmation Center. 2023. Non-Binary Standards of Care. In *Gender Confirmation Center*. <https://www.genderconfirmation.com/non-binary-standards-of-care/> (accessed 04/02/2023)

English

Non-Binary Standards of Care

We believe the standards of healthcare for transgender and gender expansive patients are considerably lower than ideal, and the existing standards can even be even lower when someone identifies as non-binary. This content has been developed to help prospective patients understand that Dr. Mosser performs non-binary top surgery and he also has processes in place at his practice that are aimed at creating a safe and gender affirming environment throughout the entire top surgery experience.

The introduction to non-binary top surgery gives a more in-depth definition of what non-binary is. Binary gender refers to "male" or "female," whereas non-binary refers to persons who don't identify exclusively as male or female. Although it's estimated that about 25-35% of the transgender population are non-binary, trans healthcare settings are largely binary and often don't lend the space they could to those identifying outside of it. The goal of this content is to start a conversation between all of us about:

People with non-binary identities seeking care and how we can best fit the needs of the non-binary population

Gender affirming surgeries exclusively categorized as FTM or MTF when there are many other gender identities seeking these same services

What a non-binary affirming healthcare experience can look like and the ways Dr. Mosser was able to implement those practices

Non-Binary Inclusive Healthcare Forms: Paper and Electronic

Any identifying forms (paper or electronic) the patient comes into contact at our office will have:

Multiple non-binary gender identity options, as well as a space to write in a gender identity that may not be listed

Differentiating language between legal name and the name currently used by the patient

Gender neutral pronoun options (they, per, ve, xe, ze/zie, etc.), including space to input pronouns that may not be listed

Non-Binary Affirming Communication

Any written or verbal communication with Dr. Mosser and the rest of the team will re-affirm the identifying characteristics the patient established (gender identity, name, pronouns). Other requests, such as the patient not wanting to be referred to by any pronouns, can also be accommodated.

Non-Binary Comprehensive Electronic Medical Records

An Electronic Medical Records (EMR) system is an electronic record of your health-related information that healthcare providers use. These programs are generally not set up for the transgender and non-binary population. What would it look like if healthcare providers demanded that their EMR systems make concrete changes to be more trans and non-binary inclusive? Dr. Mosser did just that and was able to achieve the following changes in our EMR systems:

Distinction between assigned sex (male, female, intersex) and gender identity (male, female, neutral/non-binary)

Distinction between legal name and name the patient uses

Pronouns (he/him, she/her, they/them, ze/hir)

As healthcare providers, it is our responsibility to demand change if the systems in place are not serving our patients. Institutional changes, such as the ones mentioned above, send a message that transgender and non-binary identities exist and they are valid in are seeking affirming care.

Gender Neutral Top Surgery Consultations

Dr. Mosser uses the informed consent model, which means that a letter from a therapist is not required unless the patient is seeking insurance approval (insurance companies always require a letter of support). It is our hope that as time progresses, more plastic surgeons will accommodate the needs of those seeking gender neutral results (i.e. patients requesting an end result that does not look like a chest that has undergone a full androgenic development). Regardless of how someone identifies, it is the responsibility of the surgeon to:

Ask the patient what their goals are

Explain the different surgical techniques available

Explain the advantages and disadvantages of each technique

Describe the limitations of each procedure to achieve “ideal” results

Discuss risks and possible complications of the various techniques as well as communicate their own complication rates for each procedure

Asking the patient about their goals while actively listening and explaining the procedure types available is key. If a patient’s goal is to get top surgery with no nipples because this will make them feel more aligned, then the surgeon should only speak objectively on the matter. Surgeons who are unfamiliar with top surgery

techniques that aim at achieving non-anatomical or gender-neutral results should remain informed on which surgeons do so they can provide a trusted referral.

In Conclusion:

Standards of care should be established and upheld for the non-binary population

Documents and systems related to transgender and non-binary care should reflect the patient's identity on their own terms (name, gender identity, pronouns, etc.)

Providers can demand change from the systems in place that aren't inclusive of trans and non-binary identities

Consultations should be shaped around the patient's goals and should not be steered subjectively by the surgeon

Non-binary and gender neutral top surgery techniques exist and are available

Providers caring for trans and non-binary persons should stay informed on what the needs of community are

Italian

Standard di cura per persone di genere non binario

Riteniamo che gli standard dell'assistenza sanitaria per pazienti transgender e di genere non conforme siano notevolmente inferiori all'ideale e gli standard esistenti possono persino essere ancora più bassi quando una persona si identifica come di genere non binario. Questo contenuto è stato sviluppato per aiutare potenziali pazienti a capire che il Dr. Mosser esegue interventi chirurgici di top-surgery per persone di genere non binario e ha anche procedure in atto nella sua pratica che mirano a creare un ambiente sicuro e per l'affermazione di genere durante l'intera esperienza di chirurgia top-surgery.

L'introduzione alla chirurgia top-surgery per persone di genere non binario fornisce una definizione più approfondita di cosa voglia dire genere non binario. Il genere binario si riferisce a "maschio" o "femmina", mentre il genere non binario si riferisce a persone che non si identificano esclusivamente come maschio o femmina. Sebbene si stimi che circa il 25-35% della popolazione transgender sia di genere non binario, le strutture sanitarie per persone trans sono in gran parte di genere binario e spesso non danno lo spazio che potrebbero a coloro che si identificano al di fuori di esso. L'obiettivo di questo contenuto è avviare una conversazione tra tutti noi su:

Persone con identità di genere non binario in cerca di assistenza e come possiamo soddisfare al meglio le esigenze della popolazione di genere non binario

Interventi chirurgici di affermazione di genere classificati esclusivamente come FTM o MTF quando ci sono molte altre identità di genere che cercano questi stessi servizi

Che aspetto può avere un'esperienza sanitaria per l'affermazione di genere non binario e i modi in cui il Dr. Mosser è stato in grado di implementare tali pratiche

Moduli sanitari inclusivi non binari: cartacei ed elettronici

Eventuali moduli identificativi (cartacei o elettronici) con cui il paziente entra in contatto presso il nostro studio dovranno riportare:

Molteplici opzioni di identità di genere non binario, nonché uno spazio per scrivere in un'identità di genere che potrebbe non essere elencata

Linguaggio differenziato per il nome legale e il nome attualmente utilizzato dal paziente

Opzioni di pronomi di genere neutro (they, per, ve, xe, ze/zie, ecc.), compreso lo spazio per inserire i pronomi che potrebbero non essere elencati

Comunicazione affermativa di genere non binario

Qualsiasi comunicazione scritta o verbale con il Dr. Mosser e il resto del team confermerà le caratteristiche identificative stabilite dal paziente (identità di genere, nome, pronomi). Possono essere soddisfatte anche altre richieste, come il paziente che non desidera essere chiamato con alcun pronome.

Record medici elettronici completi per persone di genere non binario

Un sistema di cartelle cliniche elettroniche (EMR) è una registrazione elettronica delle informazioni relative alla salute che gli operatori sanitari utilizzano. Questi programmi generalmente non sono impostati per la popolazione transgender e di genere non binario. Come sarebbe se gli operatori sanitari chiedessero ai loro sistemi EMR di apportare modifiche concrete per essere più inclusivi delle persone trans e di genere non binario? Il Dr. Mosser ha fatto proprio questo ed è stato in grado di ottenere i seguenti cambiamenti nei nostri sistemi EMR:

Distinzione tra sesso assegnato (maschile, femminile, intersessuale) e identità di genere (maschile, femminile, neutro/non binario)

Distinzione tra nome legale e nome utilizzato dal paziente

Pronomi (lui, lei, they/them, ze/hir)

In qualità di fornitori di assistenza sanitaria, è nostra responsabilità richiedere un cambiamento se i sistemi in atto non sono al servizio dei nostri pazienti. I cambiamenti istituzionali, come quelli sopra menzionati, inviano un messaggio che le identità transgender e di genere non binario esistono e sono valide nella ricerca di cure affermative.

Consulenze per Chirurgie Top-Surgery di genere neutro

Il Dr. Mosser utilizza il modello del consenso informato, il che significa che non è richiesta una lettera di un terapeuta a meno che il paziente non richieda l'approvazione dell'assicurazione (le compagnie assicurative richiedono sempre una lettera di supporto). La nostra speranza è che con il passare del tempo, più chirurghi plastici soddisfino le esigenze di coloro che cercano risultati di genere neutro (cioè pazienti che richiedono un risultato finale che non assomigli a un torace che ha subito uno sviluppo androgenico completo). Indipendentemente da come una persona si identifica, è responsabilità del chirurgo:

Chiedere al paziente quali sono i suoi obiettivi

Spiegare le diverse tecniche chirurgiche disponibili

Spiegare i vantaggi e gli svantaggi di ciascuna tecnica

Descrivere i limiti di ciascuna procedura per ottenere risultati "ideali"

Discutere i rischi e le possibili complicanze delle varie tecniche e comunicare i propri tassi di complicanze per ciascuna procedura

È fondamentale chiedere al paziente i suoi obiettivi insieme ad ascoltare attivamente e spiegare i tipi di procedura disponibili. Se l'obiettivo di un paziente è quello di ottenere un intervento chirurgico top-surgery senza capezzoli perché questo li farà sentire più allineati, allora il chirurgo dovrebbe solo parlare in modo obiettivo sulla questione. I chirurghi che non hanno familiarità con le migliori tecniche chirurgiche che mirano a ottenere risultati non anatomici o di genere neutro dovrebbero rimanere informati su quali chirurghi lo fanno, in modo da poter fornire un riferimento affidabile.

In Conclusione:

Gli standard di cura dovrebbero essere stabiliti e sostenuti per la popolazione di genere non binario

I documenti e i sistemi relativi all'assistenza di persone transgender e di genere non binario dovrebbero riflettere l'identità del paziente nei propri termini (nome, identità di genere, pronomi, ecc.)

Gli operatori possono richiedere modifiche ai sistemi in atto che non includono identità trans e di genere non binario

Le consultazioni dovrebbero essere modellate intorno agli obiettivi del paziente e non dovrebbero essere guidate soggettivamente dal chirurgo

Esistono e sono disponibili tecniche di top surgery di genere non binario e neutro.

Gli operatori che si prendono cura delle persone trans e di genere non binario dovrebbero rimanere informati su quali sono i bisogni della comunità

- Lofaro, Joe. 2023. Trans, non-binary community deplores Quebec delay in issuing gender-neutral health cards. In *CTV News*. <https://montreal.ctvnews.ca/trans-non-binary-community-deplores-quebec-delay-in-issuing-gender-neutral-health-cards-1.6245374> (accessed 04/02/2023)

English

Trans, non-binary community deplores Quebec delay in issuing gender-neutral health cards

When a Superior Court judge overturned parts of Quebec's civil code in 2021 that prevented a person from changing their sex on their birth certificates, it was hailed as a major victory by trans and non-binary people.

But two years after the landmark ruling that forced the government to change the law, Quebecers who don't identify as male or female are accusing the province of dragging its feet in getting other departments to adapt to the new rules.

Montreal resident Alexe Frédéric Migneault can't get a Quebec health card that corresponds to their gender identity.

Migneault, who uses gender-neutral pronouns, received a new birth certificate in May 2021 that has no sex marker on it after requesting one from the Directeur de l'état civil, the body that issues documents related to official acts, such as births, deaths, marriages, and civil unions.

But after submitting an application to the Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) to request a new health card without a sex marker, the provincial health insurance board wrote them a letter saying that the government's computer systems "do not allow for this type of change to the health insurance card."

"I was just floored at how slowly everything was moving because we've known since January 2021, that the X sex marker was coming to the papers in Quebec. So it's been two years now," Migneault told CTV News.

The RAMQ can currently only issue health cards with an "M" or "F" sex marker. The "X" sex marker is not an option, nor is issuing a health card with no sex marker at all.

RAMQ told them that the government has created an "interministerial committee" in order to "develop policy proposals, particularly with regard to the display of gender markers in government-issued identity documents, in order to ensure governmental consistency."

Migneault said they are frustrated with the delay that is putting them and others in bureaucratic limbo and what they described as a lack of empathy when dealing with RAMQ staff.

"That feels incredibly disrespectful and incredibly, just, dismissive of them. I wish that they took the responsibility towards the whole Quebec population, not just binary people, and gave us the answers that we need," Migneault said.

"I would like them to recognize that our rights and our identities are just as valid as everybody else."

Ontario has allowed residents to select X on their health cards since 2016. The following year, the province also allowed drivers to have the option to display X on their licences instead of M or F.

Other provinces are also ahead of Quebec in allowing residents to opt for gender-neutral health and ID cards in recent years, including Saskatchewan, British Columbia, Manitoba, and Nova Scotia.

The RAMQ declined an interview request from CTV News, but said in an email that it is "sensitive to the situation" and is looking at its options to process applications from people wishing to update their health cards to reflect their gender identities.

Spokesperson Caroline Dupont confirmed RAMQ is participating in the government-wide committee, led by the Ministry of Justice, "to provide a coherent response to these requests."

"Discussions are also underway with the [the Ministry of Health] to evaluate the impact on clinical services in our health care institutions."

The justice ministry said in a statement via email that the judge's ruling only affects civil status documents, such as birth certificates, and that the "scope of the decision is therefore limited to civil status records."

RAMQ DELAY IS 'DISAPPOINTING': LAWYER

Audrey Boctor, the lead lawyer for the plaintiffs who won the court challenge in 2021, said she didn't expect there would be a debate about applying the new law to other official government documents in Quebec.

"I'm disappointed that it's still so difficult, considering how many years of battle it took for the communities to bring this litigation forward," she said in an interview on Monday.

"[It took] two years to get a judgment, so it's disappointing to see that it's still taking this long."

Boctor said Quebec "should be certainly applying this to other types of documents," such as health cards and driver's licences.

As of May 5, 2021, Migneault had a birth certificate and a health card that didn't correspond to each other.

It's the type of situation that Superior Court Justice Gregory Moore sought to rectify in his decision, which underlined the harm it causes to non-binary and trans people.

In his 160-page judgment, Moore wrote, "it is clear" that preventing people from obtaining an official document that corresponds to their true gender identity "contributes to discrimination, victimization, stigma, and social rejection, which are all risk factors for suicide."

WHAT CHANGED AFTER THE 2021 RULING?

This coming Saturday will mark the two-year anniversary of what many considered an "historic human rights decision" from Quebec's Superior Court.

On Jan. 28, 2021, Justice Moore struck down several articles of the Civil Code of Quebec. In addition to overturning provisions around sex markers on acts of birth, he also overturned articles that required non-binary parents to be identified as either the mother or father of a child, rather than just being referred to as a parent in official records.

The limitations of the code "deprived them of the dignity and the equality that they are owed," the judge wrote in his decision.

The judge gave Quebec until Dec. 31, 2021, to amend the civil code to make it comply with the ruling. In October of that year, Justice Minister Simon Jolin-Barrette tabled Bill 2 to make a host of sweeping changes to family law in Quebec but had to ask for the court-imposed deadline to be extended to June 17, 2022.

Quebec withdrew sections of its controversial Bill 2 after backlash from advocates of the trans and non-binary communities who decried the requirement for gender-affirming surgery for people to change their sex designation in official documents.

The revamped bill finally passed on June 7, 2022, with just days left before the new deadline.

AT LEAST 151 REQUESTS SINCE LAST SUMMER

For the trans and non-binary community, getting other Quebec government departments to be on the same page is "one of our strongest demands right now," said Celeste Trianon, a Montreal-based trans rights activist.

According to figures obtained by Trianon through an access-to-information request and shared with CTV News, the Directeur de l'état civil received 151 applications to change the sex marker to X between May and September of last year.

During that same period, the government authorized 88 requests for the X sex marker on official documents.

The figures show that there were three requests in May and June of last year, but then applications skyrocketed to 105 in July 2022 alone, the month after Quebec adopted Bill 2.

Trianon said she believes the number of people who have made similar requests to be much higher in Quebec, which has Canada's third-largest trans and non-binary community, according to the most recent federal census.

"It's, frankly, ridiculous how long the Quebec government is taking" to adapt to the new law, she said, pointing to the fact that advocates launched their first constitutional challenge against the government in 2014, and that the changes have been a long time coming.

Adam Jivraj is the community engagement coordinator at the Centre for Gender Advocacy, an independent, student-funded organization at Concordia University. The non-profit group and four individuals were the plaintiffs in the landmark 2021 ruling that brought sweeping changes to family law in Quebec.

Jivraj said Migneault's struggle reminds him of his own experience navigating health care as a trans person in Quebec. RAMQ took a while to change the sex marker on Jivraj's health card and was forced to use his old one, he said.

"You see the pharmacist and they kind of look at you, confused when they look at your card. And they kind of question like, is this even you? Is this your card?" he said.

According to Jivraj, RAMQ "really has a responsibility to answer to the needs of trans and non-binary folks in Quebec and to be consistent with changes in the legislation that have been made."

In Migneault's case, they didn't want to wait for a new health card. As soon as they received their birth certificate without a sex marker on it in May 2021, they cut up their RAMQ card into little pieces.

They said they have no regrets, even if it means they now have to pay out-of-pocket for some health services normally covered by the RAMQ.

"Just not to have to disclose my sex to a receptionist, a security guard, or on telephone lines — not giving that info has been so liberating. It was a big source of anxiety," they said.

Migneault anticipated waiting just a few months for RAMQ to update their systems.

Nineteen months later, the Montrealer is still waiting for the government to modernize.

Italian

La comunità trans e non binaria deplora il ritardo del Quebec nell'emissione di tessere sanitarie di genere neutro

Quando nel 2021 un giudice della Corte Superiore ha ribaltato le parti del codice civile del Quebec che impedivano a una persona di cambiare il sesso sui propri certificati di nascita, è stata accolta come una grande vittoria dalle persone trans e non binarie.

Ma due anni dopo la sentenza storica che ha costretto il governo a cambiare la legge, le persone del Quebec che non si identificano come maschi o femmine accusano la provincia di trascinare i tempi per far sì che altri dipartimenti si adeguino alle nuove regole.

Alexe Frédéric Migneault, residente a Montreal, non riesce a ottenere una tessera sanitaria del Quebec che corrisponda alla sua identità di genere.

Migneault, che usa pronomi di genere neutro, nel maggio 2021 ha ricevuto un nuovo certificato di nascita privo di indicatori di sesso dopo averne richiesto uno al Directeur de l'état civil, l'ente che rilascia documenti relativi ad atti ufficiali, come nascite, morti, matrimoni e unioni civili.

Ma dopo aver presentato alla Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) una domanda per richiedere una nuova tessera sanitaria senza indicatori di sesso, il consiglio provinciale di assicurazione sanitaria ha

risposto con una lettera dicendo che i sistemi informatici del governo "non consentono questo tipo di modifica della tessera sanitaria".

"Ero semplicemente sbalordito dalla lentezza con cui tutto si stava muovendo perché è dal gennaio del 2021 che sappiamo che l'indicatore di sesso X sarebbe arrivato sui documenti del Quebec. Quindi sono passati due anni", ha detto Migneault a CTV News.

La RAMQ può attualmente emettere solo tessere sanitarie con un indicatore di sesso "M" o "F". L'indicatore di sesso "X" non è un'opzione, né lo è l'emissione di una tessera sanitaria senza alcun indicatore di sesso.

La RAMQ ha detto che il governo ha creato un "comitato interministeriale" al fine di "sviluppare proposte politiche, in particolare per quanto riguarda l'esibizione di indicatori di genere nei documenti di identità rilasciati dal governo, al fine di garantire la coerenza governativa".

Migneault ha manifestato la sua frustrazione per il ritardo che sta mettendo la sua e altre persone in un limbo burocratico e da quella che ha descritto come una mancanza di empatia nell'aver a che fare con il personale della RAMQ.

"Mi sembra incredibilmente irrispettoso e incredibilmente, semplicemente, sprezzante da parte loro. Vorrei che si assumessero la responsabilità nei confronti dell'intera popolazione del Quebec, non solo delle persone binarie, e ci dessero le risposte di cui abbiamo bisogno", ha detto Migneault.

"Vorrei che riconoscessero che i nostri diritti e le nostre identità sono validi quanto tutti gli altri".

L'Ontario consente ai residenti di selezionare X sulle loro tessere sanitarie dal 2016. L'anno successivo, la provincia ha anche consentito ai conducenti di avere la possibilità di esibire X sulle loro patenti invece di M o F.

Anche altre province, tra cui Saskatchewan, British Columbia, Manitoba e Nuova Scozia, sono in testa rispetto al Quebec nel consentire ai residenti di optare per carte sanitarie e d'identità di genere neutro negli ultimi anni.

La RAMQ ha rifiutato una richiesta di intervista da CTV News, ma ha dichiarato in una e-mail che è "sensibile alla situazione" e sta esaminando le sue opzioni per elaborare le domande di persone che desiderano aggiornare le proprie tessere sanitarie per riflettere la propria identità di genere.

La portavoce Caroline Dupont ha confermato che la RAMQ sta partecipando ad un comitato governativo, guidato dal Ministero della Giustizia, "per fornire una risposta coerente a queste richieste".

"Sono in corso anche discussioni con il [Ministero della Salute] per valutare l'impatto sui servizi clinici nelle nostre istituzioni sanitarie".

Il ministero della giustizia ha affermato in un comunicato via e-mail che la sentenza del giudice riguarda solo i documenti di stato civile, come i certificati di nascita, e che "la portata della decisione è quindi limitata agli atti di stato civile".

IL RITARDO DELLA RAMQ E' DELUDENTE: AVVOCATO

Audrey Boctor, l'avvocata principale dei querelanti che hanno vinto la sfida in tribunale nel 2021, ha detto di non aspettarsi un dibattito sull'applicazione della nuova legge ad altri documenti ufficiali del governo del Quebec.

"Sono delusa dal fatto che sia ancora così difficile, considerando quanti anni di battaglie ci sono voluti alle comunità per portare avanti questo contenzioso", ha detto lunedì in un'intervista.

"[Ci sono voluti] due anni per ottenere una sentenza, quindi è deludente vedere che ci vuole ancora così tanto tempo". Boctor ha affermato che il Quebec "dovrebbe sicuramente applicarla ad altri tipi di documenti", come le tessere sanitarie e le patenti di guida.

Al 5 maggio 2021 Migneault aveva un certificato di nascita e una tessera sanitaria che non corrispondevano tra loro.

È il tipo di situazione che il giudice della Corte Superiore Gregory Moore ha cercato di rettificare con la sua decisione, che ha sottolineato il danno che provoca alle persone non binarie e trans.

Nella sua sentenza di 160 pagine, Moore ha scritto, "è chiaro" che impedire alle persone di ottenere un documento ufficiale che corrisponda alla loro vera identità di genere "contribuisce alla discriminazione, alla vittimizzazione, allo stigma e al rifiuto sociale, che sono tutti fattori di rischio per il suicidio ."

COSA È CAMBIATO DOPO LA SENTENZA DEL 2021?

Il prossimo sabato segnerà il secondo anniversario di quella che molti considerano una "decisione storica sui diritti umani" della Corte Superiore del Quebec.

Il 28 gennaio 2021, il giudice Moore ha annullato diversi articoli del codice civile del Quebec. Oltre a ribaltare le disposizioni sugli indicatori di sesso sugli atti di nascita, ha anche ribaltato gli articoli che richiedevano ai genitori di genere non binario di essere identificati come madre o padre di un bambino, piuttosto che essere semplicemente indicati come un genitore nei registri ufficiali.

Le limitazioni del codice "li hanno privati della dignità e dell'eguaglianza che sono loro dovuti", ha scritto il giudice nella sua decisione.

Il giudice ha concesso al Quebec fino al 31 dicembre 2021 per modificare il codice civile e renderlo conforme alla sentenza. Nell'ottobre di quell'anno, il Ministro della Giustizia Simon Jolin-Barrette ha presentato il Disegno di Legge 2 per apportare una serie di modifiche radicali al diritto di famiglia in Quebec, ma ha dovuto chiedere che la scadenza imposta dal tribunale fosse prorogata al 17 giugno 2022.

Il Quebec ha ritirato alcune sezioni del suo controverso Disegno di Legge 2 dopo le reazioni dei sostenitori delle comunità trans e di non binarie che hanno denunciato l'obbligo di intervento chirurgico di affermazione di genere perché le persone possano cambiare la designazione del proprio sesso nei documenti ufficiali.

Il disegno di legge rinnovato è stato finalmente approvato il 7 giugno 2022, a pochi giorni dalla nuova scadenza.

ALMENO 151 RICHIESTE DALLA SCORSA ESTATE

Per la comunità trans e non binaria, fare in modo che altri dipartimenti del governo del Quebec siano sulla stessa lunghezza d'onda è "una delle nostre richieste più forti in questo momento", ha affermato Celeste Trianon, attivista per i diritti delle persone trans residente a Montreal.

Secondo i dati ottenuti da Trianon attraverso una richiesta di accesso alle informazioni e condivisi con CTV News, il Directeur de l'état civil ha ricevuto 151 domande per cambiare l'indicatore di sesso in X tra maggio e settembre dello scorso anno.

Nello stesso periodo, il governo ha autorizzato 88 richieste per l'indicatore di sesso X su documenti ufficiali.

Le cifre mostrano che ci sono state tre richieste a maggio e giugno dello scorso anno, ma poi le domande sono cresciute vertiginosamente a 105 nel solo luglio 2022, il mese dopo che il Quebec ha adottato il Disegno di Legge 2.

Trianon ha detto di ritenere che il numero di persone che hanno presentato richieste simili sia molto più alto in Quebec, che ha la terza comunità trans e non binaria più grande del Canada, secondo l'ultimo censimento federale.

"È, francamente, ridicolo quanto tempo stia impiegando il governo del Quebec per adattarsi alla nuova legge", ha detto, sottolineando il fatto che i sostenitori hanno lanciato la loro prima sfida costituzionale contro il governo nel 2014 e che i cambiamenti erano da tempo imminenti.

Adam Jivraj è il coordinatore per il coinvolgimento della comunità presso il Center for Gender Advocacy, un'organizzazione indipendente finanziata dagli studenti alla Concordia University. Il gruppo no-profit e quattro individui sono stati i querelanti nella storica sentenza del 2021 che ha apportato cambiamenti radicali al diritto di famiglia in Quebec.

Jivraj ha detto che la lotta di Migneault gli ricorda la sua esperienza nell'assistenza sanitaria come persona trans in Quebec. La RAMQ ha impiegato un po' di tempo per cambiare l'indicatore del sesso sulla tessera sanitaria di Jivraj ed è stato costretto a usare quella vecchia, ha detto.

"Vai dal farmacista e loro ti guardano confusi quando guardano la tua tessera. E fanno domande del tipo, sei davvero tu? Questa è la tua tessera?" ha detto.

Secondo Jivraj, la RAMQ "ha davvero la responsabilità di rispondere alle esigenze delle persone trans e di genere non binario in Quebec e di essere coerente con i cambiamenti legislativi che sono stati fatti".

Nel caso di Migneault, non ha voluto aspettare una nuova tessera sanitaria. Appena ha ricevuto il suo certificato di nascita senza indicatore di sesso nel maggio 2021, ha tagliato la loro tessera RAMQ in piccoli pezzi. Ha detto di non avere rimpianti, anche se ciò significa che ora deve pagare di tasca propria per alcuni servizi sanitari normalmente coperti dalla RAMQ.

"Solo non dover rivelare il mio sesso alla reception, a una guardia di sicurezza o al telefono - non dare queste informazioni è stato così liberatorio. Era una grande fonte di ansia", ha detto.

Migneault prevedeva di attendere solo pochi mesi prima che la RAMQ aggiornasse i propri sistemi.

Diciannove mesi dopo, l'abitante di Montreal sta ancora aspettando che il governo si modernizzi.

- 2020. Study reveals health-care gaps for trans, non-binary. In *Western News*. <https://news.westernu.ca/2020/03/study-reveals-health-care-gaps-for-trans-non-binary/> (accessed 04/02/2023)

English

Study reveals health-care gaps for trans, non-binary

Nearly half of transgender and non-binary Canadians who responded to a national survey say they faced one or more unmet health care needs in the past year – with about 1-in-10 saying they avoided an emergency room visit completely, according to a Western-led project exploring this community across Canada for the first time.

Nearly half of transgender and non-binary Canadians who responded to a national survey say they faced one or more unmet health care needs in the past year – with about 1-in-10 saying they avoided an emergency room visit completely, according to a Western-led project exploring this community across Canada for the first time.

Released today, the first report from the Trans PULSE Canada survey shows that while 81 per cent of transgender and non-binary respondents report having a primary health-care provider, 45 per cent say they have had one or more unmet health-care needs in the past year, and 12 per cent avoided going to the emergency room in the last year despite needing care.

The lead researchers say these numbers are concerning and point to barriers to care like fear of discrimination that need further study.

“These results highlight what health services researchers already know – that general availability of health care is only the first step in accessibility,” said Greta Bauer, a Schulich School of Medicine & Dentistry professor and principal investigator on the study. “Some of our future research will focus on the roles different factors play in accessing health care, for example physician knowledge or anticipated discrimination.”

The Trans PULSE Canada project includes academic and community researchers across the country. The team conducted a Canada-wide survey of almost 3,000 transgender and non-binary people. This is the first national all-ages data on the health and well-being of this group of individuals.

The survey also found that despite high levels of education – roughly half having obtained a university or college degree, and 19 per cent having a graduate or professional degree – 40 per cent of respondents reported living in low-income households. And while 73 per cent reported having good, very good or excellent physical health, more than half rated their mental health as fair or poor.

Bauer, who led a similar survey specific to Ontario in 2009 called Trans PULSE Ontario, says this national data is important to identify variation in health and health care access, because most health care in Canada is organized through provincial systems and policies. For some provinces, like Saskatchewan, this is the first all-ages quantitative data on trans and non-binary health that is specific to that province.

“Provinces or territories other than Ontario have not had any all-ages survey data on the broader health of trans or non-binary people. For some regions, these are the very first findings on key health and health care indicators,” Bauer said.

Co-principal investigator Ayden Scheim of Drexel University says the inclusion of non-binary people in the Canada-wide survey was an important addition.

“Trans PULSE Ontario was conducted before the public emergence of non-binary identities, and we see in this new Canadawide report that almost half of the participants identified as non-binary. In future analyses, we will be able to examine how health and health care access may differ for non-binary people,” said Scheim.

This is the first of an anticipated 10 initial first-year reports as a result of the survey data. Trans PULSE Canada is funded through a grant from the Canadian Institutes of Health Research.

Italian

Lo studio rivela lacune sanitarie per persone trans e di genere non binario

Quasi la metà delle persone canadesi transgender e di genere non binario che hanno risposto a un sondaggio nazionale afferma di aver avuto a che fare con uno o più bisogni di assistenza sanitaria insoddisfatti nell'ultimo anno - con circa 1 su 10 che afferma di aver evitato completamente il pronto soccorso, secondo un progetto guidato da persone occidentali che esplora per la prima volta questa comunità in tutto il Canada.

Quasi la metà delle persone canadesi transgender e di genere non binario che hanno risposto a un sondaggio nazionale afferma di aver avuto a che fare con uno o più bisogni di assistenza sanitaria insoddisfatti

nell'ultimo anno - con circa 1 su 10 che afferma di aver evitato completamente il pronto soccorso, secondo un progetto guidato da persone occidentali che esplora per la prima volta questa comunità in tutto il Canada.

Publicato oggi, il primo rapporto del sondaggio Trans PULSE Canada mostra che mentre l'81% degli intervistati transgender e di genere non binario dichiara di avere un operatore di assistenza sanitaria di base, il 45% afferma di aver avuto uno o più bisogni di assistenza sanitaria insoddisfatti in l'anno scorso e il 12% ha evitato di andare al pronto soccorso nell'ultimo anno nonostante avesse bisogno di cure.

I ricercatori principali affermano che questi numeri sono preoccupanti e individuano degli ostacoli all'assistenza, come la paura della discriminazione, che necessitano di ulteriori studi.

"Questi risultati evidenziano ciò che i ricercatori dei servizi sanitari già sanno: che la disponibilità generale dell'assistenza sanitaria è solo il primo passo verso l'accessibilità", ha affermato Greta Bauer, professoressa della Schulich School of Medicine & Dentistry e ricercatrice principale dello studio. "Alcune delle nostre ricerche future si concentreranno sui ruoli che diversi fattori giocano nell'accesso all'assistenza sanitaria, ad esempio la conoscenza da parte dei medici o l'aspettativa di essere oggetto di discriminazione".

Il progetto Trans PULSE Canada include ricercatori accademici e di comunità in tutto il paese. Il team ha condotto un sondaggio in tutto il Canada su quasi 3.000 persone transgender e di genere non binario. Questo è il primo dato nazionale per tutte le età sulla salute e il benessere di questo gruppo di individui.

Il sondaggio ha anche rilevato che, nonostante gli alti livelli di istruzione - circa la metà ha conseguito una laurea o un diploma universitario e il 19% ha una laurea o una laurea professionale - il 40% degli intervistati ha dichiarato di vivere in famiglie a basso reddito. E mentre il 73% ha riferito di avere una salute fisica buona, molto buona o eccellente, più della metà ha valutato la propria salute mentale come discreta o scarsa.

Bauer, che ha condotto un sondaggio simile specifico per l'Ontario nel 2009 chiamato Trans PULSE Ontario, afferma che questi dati nazionali sono importanti per identificare la variazione nella salute e nell'accesso all'assistenza sanitaria, perché la maggior parte dell'assistenza sanitaria in Canada è organizzata attraverso sistemi e politiche provinciali. Per alcune province, come il Saskatchewan, questo è il primo dato quantitativo per tutte le età sulla salute di persone trans e di genere non binario specifico per quella provincia.

"Province o territori diversi dall'Ontario non hanno avuto dati di sondaggi per tutte le età sulla salute più ampia delle persone trans o di genere non binario. Per alcune regioni, questi sono i primissimi risultati sugli indicatori chiave della salute e dell'assistenza sanitaria", ha affermato Bauer.

Il ricercatore co-principale Ayden Scheim della Drexel University afferma che l'inclusione di persone di genere non binario nel sondaggio di tutto il Canada è stata un'aggiunta importante.

"Trans PULSE Ontario è stato condotto prima della comparsa pubblica di identità di genere non binario e vediamo in questo nuovo rapporto esteso a tutto il Canada che quasi la metà dei partecipanti si è identificata come di genere non binario. Nelle analisi future, saremo in grado di esaminare in che modo la salute e l'accesso all'assistenza sanitaria possono differire per le persone di genere non binario", ha affermato Scheim.

Questo è il primo dei 10 rapporti iniziali previsti per il primo anno come risultato dei dati del sondaggio. Trans PULSE Canada è finanziato attraverso una sovvenzione del Canadian Institutes of Health Research.