

I DIRITTI TRAN(S)VERSALI

I percorsi di transizione di genere dal riconoscimento all'affettività del diritto, quali tutele?

ASPETTI PSICOLOGICI NEI DISORDINI DELLA DIFFERENZIAZIONE SESSUALE



Giorgia Fenocchio

Psicologa psicoterapeuta

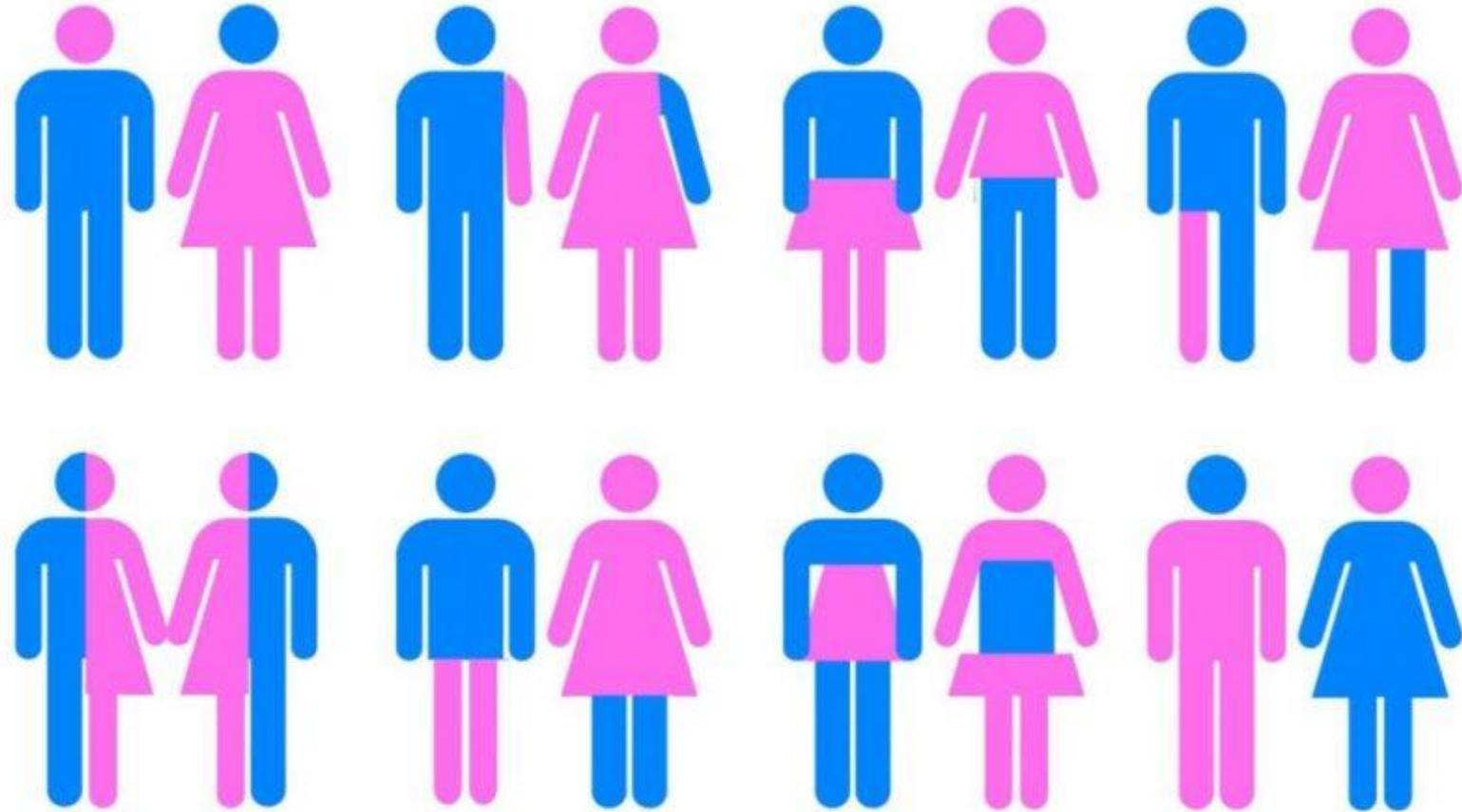
Malattie Rare

OIRM-S.Anna

AOU Città della salute e della Scienza

Disturbi della differenziazione sessuale DSD

sviluppo disarmonico delle diverse componenti dello sviluppo biologico
condizione genetica di intersesso



Disordini della Differenziazione sessuale

I disordini dello sviluppo sessuale (“disorders of sexual development” o DSD) rappresentano un gruppo eterogeneo di alterazioni, ad eziologia estremamente variabile, dello sviluppo delle caratteristiche sessuali.

Principali organi bersaglio:

Gonadi

Genitali esterni

Genitali interni

Encefalo



Incidenza

- Si stima che l'incidenza globale sia di 1/5000 nuovi nati; quindi, anche considerando tutte le possibili eziologie, risultano essere condizioni rare.
- L'iperplasia surrenalica congenita, la disgenesia gonadica mista e la resistenza agli androgeni sono stimate essere le condizioni più frequentemente associate

DISORDINI DELLA DIFFERENZIAZIONE SESSUALE

Difetti di formazione
dei testicoli

disgenesia gonadica XY pura, disgenesia
gonadica mista, testicoli disgenetici,
sindromi di regressione testicolare,
disgenesia dei tubuli seminiferi (XXY),
maschio XX

Difetti di formazione
delle ovaie

disgenesia gonadica XX pura,
disgenesia ovarica (X0)

Gonadi bisessuali

ermafroditismo

Sindromi polimalformative

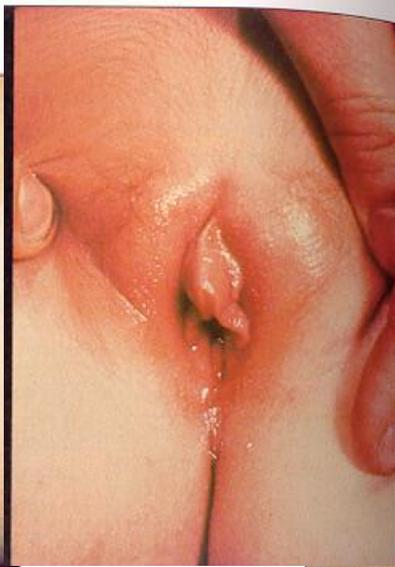
Denys-Drash, WAGR, displasia campomelica
Smith-Lemli-Opitz, Aarskog,
Mayer-Rokitansky-Hauser

Virilizzazione di femmina XX

iperplasia surrenalica congenita virilizzante
virilizzazione materna,
virilizzazione iatrogena,
deficit di aromatizzazione placentare

Ipovirilizzazione di maschio XY

sindromi da resistenza agli androgeni,
iperplasia surrenalica congenita non
virilizzante, deficit di LH fetale,
femminilizzazione iatrogena,
sindromi con ipogonadismo, ipospadia e
criptorchidismo

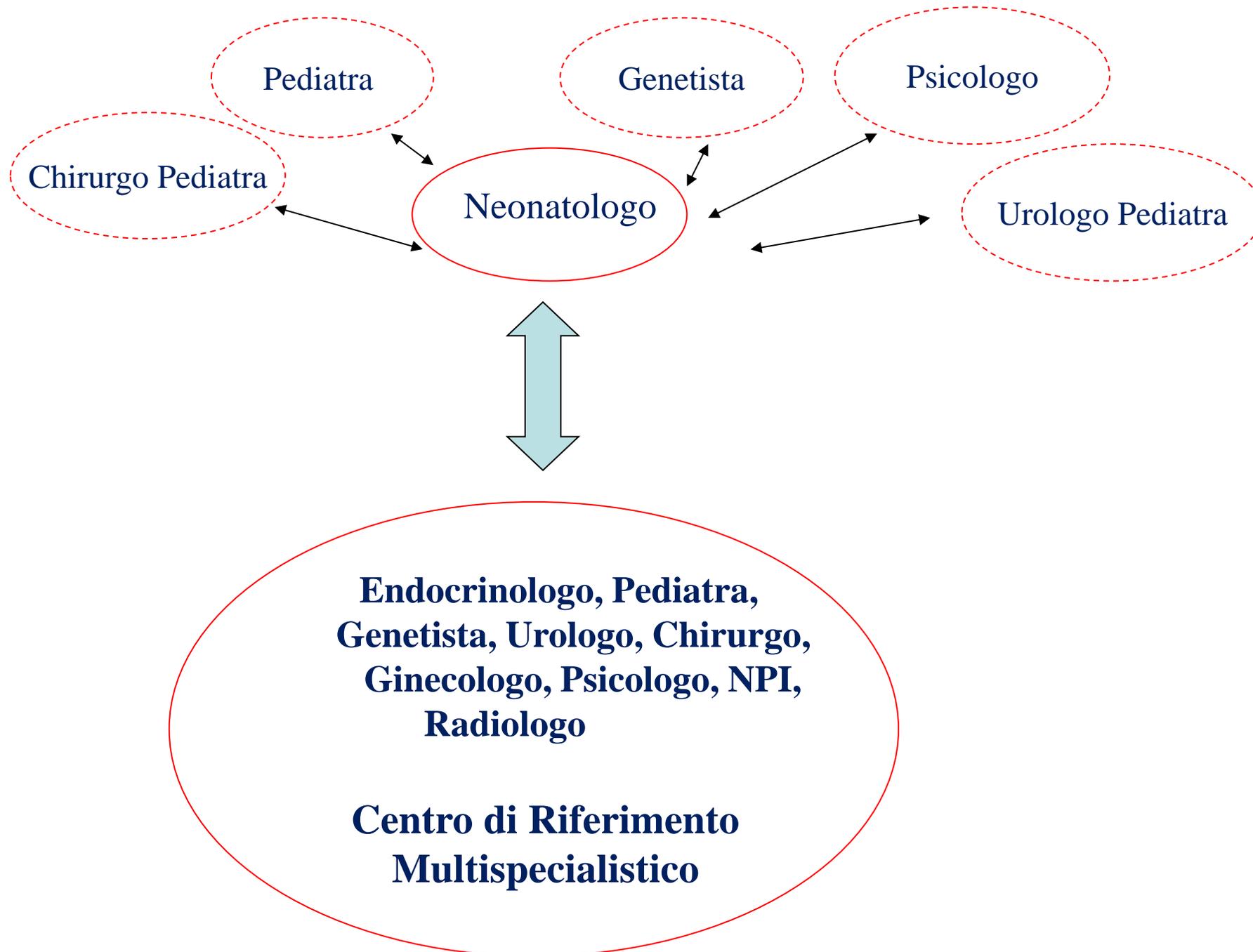


Patient A



Patient





Pediatra

Genetista

Psicologo

Chirurgo Pediatra

Neonatologo

Urologo Pediatra

**Endocrinologo, Pediatra,
Genetista, Urologo, Chirurgo,
Ginecologo, Psicologo, NPI,
Radiologo**

**Centro di Riferimento
Multispecialistico**

ATTRIBUZIONE DEL SESSO IN UN NEONATO



La denuncia di nascita

La dichiarazione di nascita si può rendere con le seguenti modalità:

entro 3 giorni presso la Direzione sanitaria o Casa di cura dove è avvenuta la nascita.

entro 10 giorni presso l'Ufficio di Stato Civile del Comune di nascita o del Comune di residenza dei genitori o di uno di essi.

Nel caso in cui i genitori non risiedano nello stesso comune, salvo diverso accordo tra di loro, la dichiarazione di nascita è resa nel comune di residenza della madre.

Dichiarazione tardiva: se la dichiarazione viene resa dopo 10 giorni dalla nascita, il dichiarante deve indicare le ragioni del ritardo all'Ufficiale di Stato Civile, il quale ne dà segnalazione alla Procura della Repubblica

Medico-paziente-genitori del paziente



Il Bambino non è un piccolo adulto



Maschio o femmina, l'importante è che sia sano....



Ambiti in discussione

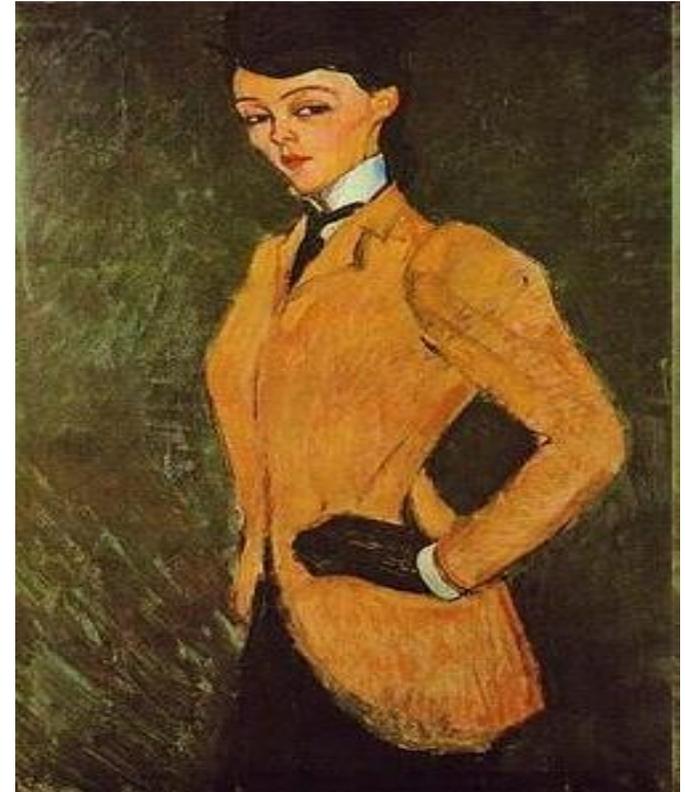
Aspetti genetici e anatomici

Identità e ruolo di genere

Sessualità, libido, funzionamento sessuale, modalità dei rapporti

Fertilità spontanea ed assistita

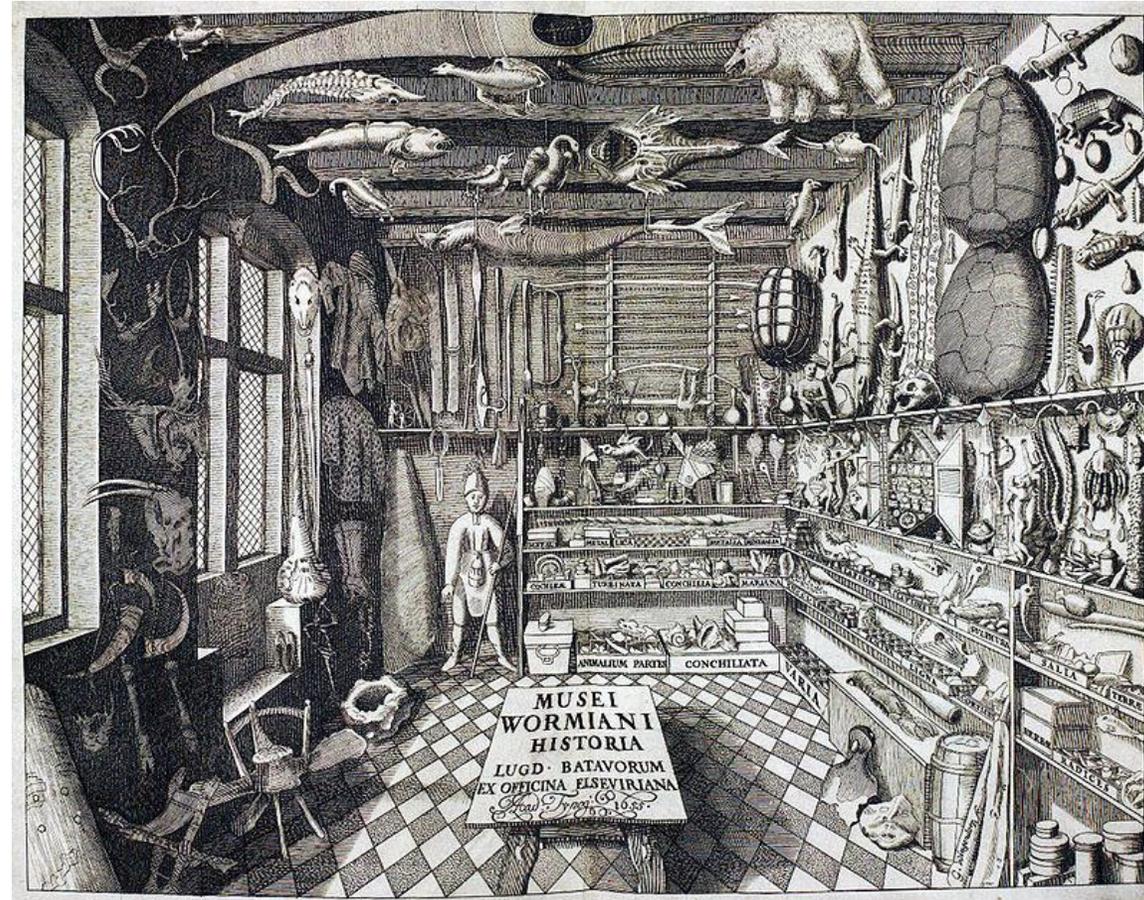
Terapie



Tradizionalmente il sesso era considerato una realtà finalizzata alla procreazione



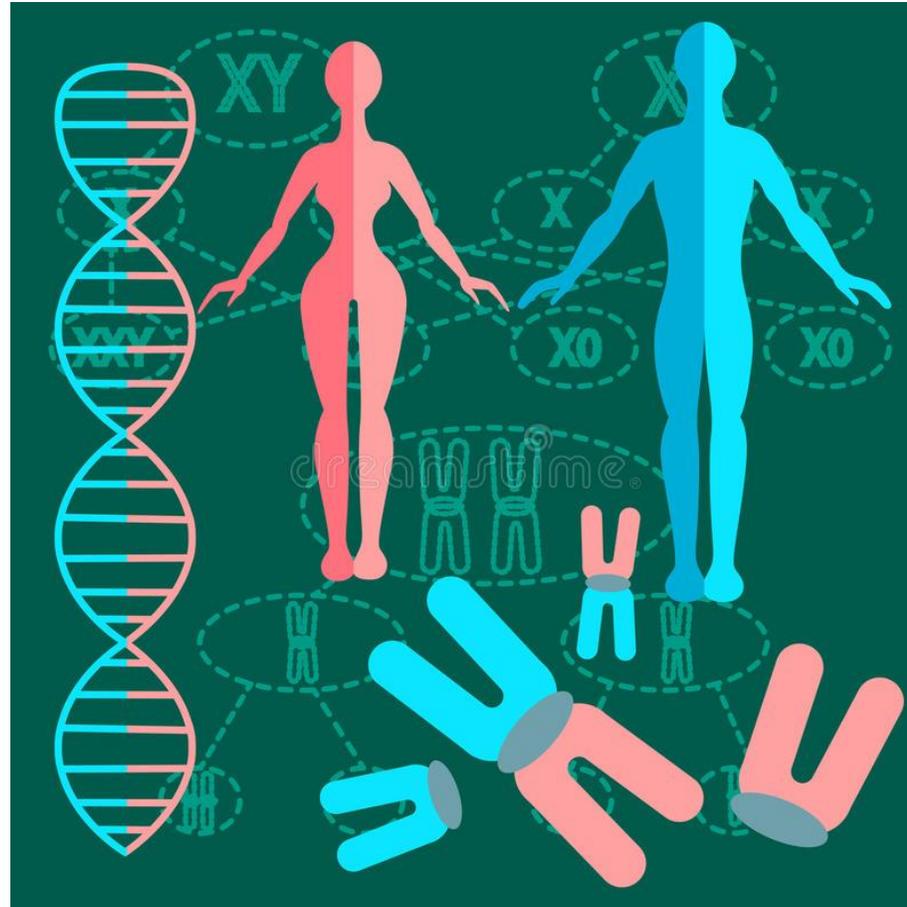
Nasce la scienza biologica: i criteri di identificazione sessuale fanno riferimento alla specificità anatomico-fisiologica del M e della F



Fine XIX secolo si parla di «sesso incerto» e si attribuisce il «sesso prevalente», riconoscendo nelle gonadi l'elemento determinante del «sesso vero»



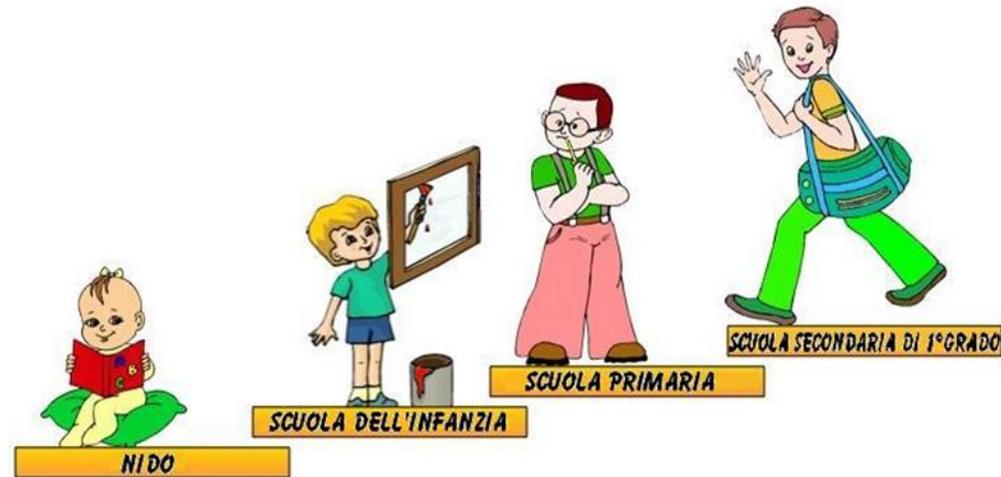
XX secolo: sesso genetico per l'identificazione sessuale



Oggi la sessualità non è riducibile ad un solo aspetto: nei bambini con DSD si devono considerare componenti somatiche, anatomo-fisiologiche, genetiche, gonadiche, psicologiche, sociali e culturali.



L'indeterminatezza è inaccettabile. Per questi genitori l'impossibile deve essere pensato: immaginare che futuro avrà il proprio figlio senza un sesso definito e senza un'identità anche formale è emotivamente devastante



La scelta di femminilizzazione

- E' una scelta che ha determinanti biologici e socio-culturali
- Le determinanti biologiche (cariotipo XX, presenza di utero e di ovaie funzionanti per la secrezione di estrogeni e per la riproduzione, come nelle SAG) possono avere un peso determinante in alcune condizioni
- Le determinanti socio-culturali per contro hanno maggior peso in persone con cariotipo XY ipovirilizzate e con DSD complessi
- Non è ancora del tutto tramontata l'idea che il genere femminile sia una forma incompleta di quello maschile, che ha permeato l'anatomia fino al XVII secolo e ha influenzato la genetica fino al secolo scorso. L'attività sessuale e la qualità di vita sarebbero più facilmente conseguite con un fenotipo genitale ricostruito in senso femminile rispetto ad un fenotipo maschile ricostruito
- La scelta femminilizzante trova un limite nel cosiddetto imprinting cerebrale operato dagli androgeni (presenti in DSD XX virilizzati come in DSD XY ipovirilizzati) che può problematizzare l'identità di genere di persone che abbiano scelto o abbiano ricevuto la scelta di un percorso di femminilizzazione

La scelta di mascolinizzare

Viene di solito adottata in soggetti DSD XY nei quali siano presenti strutture genitali esterne che permettano la ricostruzione di un pene (di solito ipospadico) sufficiente a livello funzionale e relazionale

Una determinante importante è la presenza di testicoli almeno parzialmente attivi
I tempi degli interventi ricostruttivi sono la prima infanzia o il periodo successivo all'età di 3 anni

L'iter chirurgico può richiedere multipli interventi

Gli obiettivi sono: permettere di urinare in piedi durante l'infanzia e permettere un'attività sessuale (in rari casi riproduttiva) nella vita adulta

Anche questa scelta è gravata da incognite circa la capacità di assumere pienamente il ruolo di genere atteso dalla società e circa la possibilità di disordini dell'identità di genere, più frequenti in condizioni di ipovirilizzazione prenatale

Terapia ormonale

La scelta di mascolinizzare andrà sostenuta con l'uso di testosterone in età puberale in quei ragazzi che non abbiano una produzione endogena sufficiente di ormoni maschili

La storia di Francesca



I genitori di Francesca



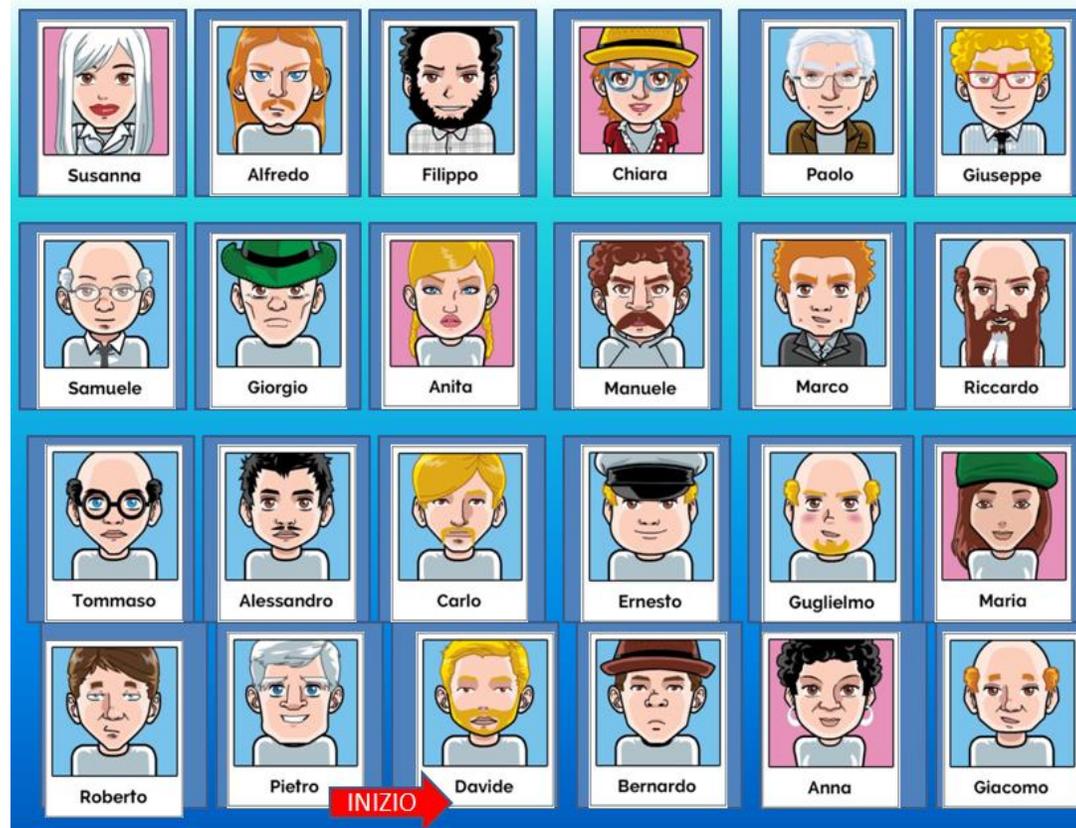
Quando nasce un bambino con DSD è un evento non contemplato che rompe gli equilibri relazionali e impone la necessità di una ristrutturazione dei rapporti tra i singoli membri.

Francesca



La multidisciplinarietà restituisce integrità all'individuo

Francesca, Tommaso, Anita, Paolo, Alfredo, Susanna, Carlo, Giuseppe...



- ✓ Si possono immaginare soluzioni alternative all'intervento chirurgico o alla precoce attribuzione di genere?
- ✓ Si può ipotizzare il riconoscimento di un terzo genere come accade in alcune società umane?
- ✓ Quali trasformazioni socio-culturali andrebbero operate per consentire il riconoscimento di un bambino intersessuale senza necessariamente modificarne il corpo?

Identità di genere, ruolo ed orientamento sessuale sono co-costruiti

Come l'identità personale ed il ruolo sociale sono inestricabilmente connessi alla biologia ed al riconoscimento sociale, la soluzione di attribuire semplicemente uno dei due sessi disponibili alle persone con DSD non sembra corretta

L'identità di genere e, conseguentemente, il ruolo di genere e l'orientamento sessuale non possono essere attribuiti ma sono costruiti dal contesto sociale, partendo da parametri biologici esistenti ed insopprimibili

Il ruolo degli operatori sanitari è di contribuire alla consapevolezza ed auto-consapevolezza dei pazienti e delle famiglie nel contesto di un ambiente sociale in rapida evoluzione

Grazie per l'attenzione

