

CONTROGUIDA ALLA



MEDICINA TRANSFEMMINISTA DECOLONIALE

Controguida alla Medicina Transfemminista Decoloniale

Chi si cura di te?

Prima edizione – maggio 2026

Descrizione immagine precedente: Copertina della Controguida alla medicina transfemminista decoloniale. Lo sfondo è nero, leggermente granuloso. Al centro c'è un grande simbolo trans rosa intenso — un cerchio, con una freccia in diagonale verso l'alto a destra, che deriva dal simbolo del maschile; una croce verso basso che deriva dal simbolo del femminile; e una freccia-croce combinata verso l'alto a sinistra, che rappresenta una combinazione dei due segni. Attorno al simbolo si avvolge uno stetoscopio rosa e sopra compare il logo bianco dell'associazione “Chi si cura di te?”, con il disegno di un elettrocardiogramma e un medico stilizzato. Il titolo, bianco e a caratteri cubitali, è in alto “Controguida alla”, in basso “Medicina transfemminista decoloniale”.



INDICE

Controguida alla Medicina Transfemminista Decoloniale

Capitolo 1 — Perché una Controguida alla Medicina Transfemminista	7
Capitolo 2 — Differenza tra Medicina di Genere e Medicina Transfemminista	14
Capitolo 3 — Metodologia di stesura	19
Capitolo 4 — Articoli 17 e 18 dei Principi di Yogyakarta	25
4.1 Contesto e sviluppo della Carta dei Principi di Yogyakarta	26
4.3 Principio 17: Il diritto al più alto standard di salute raggiungibile	30
4.4 Principio 18: Tutela dagli abusi medici	33

Capitolo 5 — Linguaggio ampio e universale	37
<hr/>	
5.1 I processi di cura dipendono dal tipo di linguaggio che usiamo	37
5.2 Lo schwa come posizionamento fuori dal binarismo di genere	39
5.3 Non solo una questione di genere	42
Capitolo 6 — L'identità sessuale	49
<hr/>	
6.1 Sesso biologico	54
6.2 Identità di genere	57
6.3 Orientamento sessuale	66
6.3.1 Il concetto di orientamento romantico	72
6.4 Ruolo di genere	79
Capitolo 7 — Genere Trans	83
<hr/>	
7.1 Introduzione e terminologia	85
7.1.3 Affermazione di genere in età evolutiva	93
7.2 Il percorso medico di affermazione di genere	101
7.2.1 Terapia di affermazione ormonale	101
7.2.2 Terapia di affermazione chirurgica	103
7.2.5 La prevenzione delle patologie	107
7.3 Il percorso giuridico di affermazione di genere	114

Capitolo 8 — Comunità LGBTQIA+ e accesso alle cure	125
Capitolo 9 — Salute sessuale: un diritto	146
9.2 Cosa sono le IST?	160
9.3 Prevenzione e nuovi approcci	166
9.3.1 Metodi barriera	167
9.3.3 Vaccinazione HPV	177
9.4 Sex toys e coppette mestruali	187
9.5 HIV/AIDS e PrEP	193
9.5.5 U=U e stigma	203
9.6 Minority stress, uso di sostanze, chemsex e sindemia	205
9.6.3 Trauma-Informed Care (TIC)	216
9.7 Riferimenti per i professionisti della salute	222
Capitolo 10 — Violenza di Genere	239
10.5 Riconoscere una relazione violenta	258
Capitolo 11 — Scegliere o non scegliere di essere genitori	261
11a Contracezione	264

11a.1	Contracezione ormonale orale (pillola)	264
11a.2	Contracezione ormonale non orale	287
11a.3	Contracezione non ormonale	299
11a.4	Contracezione chirurgica	305
11a.5	Contracezione di emergenza (EC)	313
11a.6	L'Indice di Pearl	323
11a.7	Interruzione volontaria di gravidanza (IVG)	325
11a.7.5	La propaganda anti-aborto	348
11b	Scegliere di essere genitori	360
11b.1	PMA – Procreazione Medicalmente Assistita	360
11b.1.1	Tecniche di PMA (ICI, IUI, FIVET, ICSI)	369
11b.2	Crioconservazione e preservazione fertilità	381
11c	Altre forme di genitorialità	388
11c.1	GPA — Gestazione Per Altri	388
11c.2	Adozione	401
11c.3	Affido	412
11.1	Essere genitori in Italia oggi	416
Capitolo 12 — Le patologie invisibili al sapere medico		423
12.1	Perché invisibili?	423
12.2	Dolore pelvico	429

12.3	Vulvodinia / vestibolodinia	429
12.4	Endometriosi	438
12.5	Fibromialgia	442
12.6	Sindrome dell'ovaio policistico (PCOS)	450
12.7	Considerazioni finali	453
Capitolo 13 — Educazione sessuale		457
<hr/>		
13.1	Legislazione	457
13.2	La resistenza culturale all'educazione sessuale in Italia	460
13.3	L'importanza di una metodologia pedagogica transfemminista	467
13.4	Obiettivi formativi di un'educazione sessuale transfemminista	468
Capitolo 14 — Per un femminismo decoloniale		474
<hr/>		
14.1	Intrecciare le lotte: l'esperienza di Medicina Decoloniale	474
14.2	Decostruire la neutralità: la medicina come spazio politico	477
14.3	Razzializzazione	489
14.4	Ipersessualizzazione, violenza sessuale e sterilizzazioni dei corpi razzializzati	510

14.5	Le diverse dimensioni della violenza strutturale: oltre l'intersezionalità	520
14.6	Pink e Rainbow washing	541
14.6.2	Le contraddizioni del Pinkwashing e il contesto dell'occupazione della Palestina	544
14.6.3	Perché ci riguarda?	548
14.7	Decolonizzare la nutrizione	554
Capitolo 15 — Una visita transfemminista		569
<hr/>		
15.1	L'importanza della prima visita	571
15.2	L'anamnesi transfemminista	576
15.2.3	Indagare l'identità sessuale	580
15.3	L'esame obiettivo transfemminista	596
15.4	Il setting ambulatoriale transfemminista	603
15.5	Altre scelte comunicative transfemministe	606
<hr/>		
	Conclusione	612
	Glossario medico	615
	Glossario politico	639
	Ringraziamenti	646

Capitolo 1: Perché una Controguida alla Medicina Transfemminista

Il sapere medico che oggi mettiamo in pratica nelle strutture sanitarie vanta ormai secoli e secoli di storia epistemologica, permettendoci di curare e prevenire patologie che fino a solo qualche decennio fa ci sembravano inguaribili. Anche il paradigma di ciò che l'obiettivo della cura si è evoluto: oggi l'Organizzazione Mondiale della Salute definisce **la salute non più come mera assenza di patologia, bensì come benessere fisico e psicosociale.**

Dall'altro lato, però, dobbiamo anche constatare che **la medicina occidentale moderna nasce e si sviluppa in una cultura profondamente patriarcale** e, di conseguenza, ne viene fortemente condizionata nel proprio impianto epistemologico. Lo stesso Giorgio Parisi, premio Nobel per la Fisica, in un saggio di epistemologia sostiene che:

“[...] pur essendo innegabile l'attuale successo della scienza, nel suo processo storico essa è stata influenzata dalla società, dalla sua cultura e dai suoi bisogni: un'altra storia, un'altra

società avrebbero prodotto un'altra scienza, anch'essa capace di spiegare i fenomeni ritenuti essenziali da quell'altra società.”

Innanzitutto, il modello di fisiopatologia umana che studiamo non è onnicomprensivo, bensì **si basa sul corpo e sui comportamenti di un uomo bianco, cisgenere ed eterosessuale**. Perciò, il paradigma di pratica e formazione medica ne risulta fortemente condizionato e tutte le persone che non rientrano in tale modello – ossia la maggior parte della popolazione – diventano portatrici di esigenze e bisogni di cura non riconosciuti.

Ad esempio, **i sintomi dell'infarto del miocardio** che vengono insegnati nelle facoltà di Medicina – ovvero il dolore toracico che irradia dal petto al braccio sinistro – vengono trasmessi come sintomi quasi universali, nonostante siano quelli più **rappresentativi soprattutto nei soggetti assegnati maschi** alla nascita, mentre nelle persone assegnate femmine alla nascita l'irradiazione può essere spesso di localizzazione diversa e i sintomi associati possono essere altri (Gulati et al., 2021).

Un altro esempio emblematico è quello dei corsi di primo soccorso, in particolare di **rianimazione cardiopolmonare**. Spesso si utilizzano **solo manichini e/o raffigurazioni con toraci maschili e di corporatura media**, lasciando da parte toraci con seno, corpi più grassi o altre caratteristiche fisiche (Veigl et al., 2025).

Questa scelta, che potrebbe sembrare banale, ha conseguenze pratiche significative: eseguire un massaggio cardiaco (manovra salvavita) su corpi diversi dal modello maschile-magro-abile può risultare molto più difficoltoso, poiché le soccorritore ha un'esperienza più limitata o addirittura non si è mai esercitata su di essi. Una lacuna tanto evidente in un contesto cruciale come quello del primo soccorso è assurda e inaccettabile (Kramer et al., 2015).

Un esempio ancora più lampante è quello della **vulvodinia e di altre patologie invisibili**: la diagnosi arriva troppo spesso in ritardo, quando la salute della paziente è già compromessa. Inoltre, le attività di ricerca sul tema sono pochissime e soltanto recenti, e nessuna ha finora condotto a terapie risolutive o, quantomeno, a interventi di prevenzione secondaria, che consentano una diagnosi precoce della

patologia, prima che impatti sensibilmente sulla qualità di vita delle paziente (Callirgos Escajadillo et al., 2025).

E anche in questo caso, la responsabilità ricade sul modello sociale patriarcale, poiché il ritardo nel riconoscimento e nella cura di queste patologie è strettamente legato all'errata convinzione culturale – diffusa persino tra i3 medici3 – che il dolore durante la penetrazione vaginale sia qualcosa di normale (Shallcross et al., 2019).

Discorso analogo vale per l'esistenza, ancora nel 2026, di un dispositivo violento e paternalista come l'**obiezione di coscienza** per l'IVG (interruzione volontaria di gravidanza), per cui unə medicə può negare a una persona con utero il diritto di scegliere se essere genitore oppure no e, in certi casi, addirittura costringerla a portare avanti una gravidanza indesiderata¹.

Riconoscere dunque l'impianto patriarcale della medicina non significa negarne gli straordinari passi avanti compiuti nella sua storia, ma ci chiama a decostruirne gli aspetti limitanti, condizionanti e generatori di violenza e prevaricazione nella pratica medica.

¹ *Legge 22 maggio 1978, n. 194. Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza*

Siamo dell'idea che, invece, **serva una medicina transfemminista**, ovvero una medicina capace di ascoltare tutte le soggettività nella loro complessità, all'interno di una relazione medico-paziente di cura e non di potere. Vogliamo una formazione e pratica medica che **superi il binarismo di sesso e dei generi** e che **faccia dell'ascolto e dell'autodeterminazione le sue fondamenta** nel generare salute intesa come benessere collettivo e comprensivo di tutte le soggettività.

Per questo abbiamo voluto costruire questa guida in **quattro lunghi anni di stesura partecipata**, con l'obiettivo di condividere saperi e di formarci a vicenda come comunità medica, di rendere questi saperi attraversabili a chi si interfaccia con noi come paziente e, soprattutto, di fornire gli strumenti per riconoscere forme normalizzate di sessismo, omobitransafobia e violenza di genere nella pratica medica.

Infine, abbiamo scritto questa guida perché **inventarsi da sole una medicina fuori dal patriarcato è impensabile** e, per questo, la condivisione di saperi maturati collettivamente è imprescindibile.

Dobbiamo considerare che non tutt3 hanno avuto la possibilità e la fortuna di **decostruire le profonde radici culturali del patriarcato** che tutte e tutti, senza eccezione, abbiamo interiorizzato, né di attraversare ambienti in cui maturare un approccio centrato sulla persona, facendo proprio il modello biopsicosociale.

Non riteniamo, infatti, che risponda alle esigenze di un sistema sanitario pubblico e universalistico lasciare le singole medico da sole a compiere la rivoluzione della messa in discussione del patriarcato. Non vogliamo che l'essere curate da professioniste rivoluzionarie diventi un privilegio, men che meno economico.

Abbiamo scritto questa guida, invece, perché riteniamo che il patriarcato sia un profondo fattore di rischio sistemico per la salute, se salute significa benessere e dunque autodeterminazione. **Nessun3 di noi sarà liber3 dal patriarcato finché non saranno tutt3 a esserne liber3.** Non è una colpa essere nat3 o essersi format3 nel patriarcato, ma è una responsabilità collettiva cercare di ribaltarlo.

Bibliografia (Capitolo 1)

Callirgos Escajadillo, M.F. et al. (2025) Impact of Vulvodynia on the Quality of Life of Women: A Rapid Review, *Journal of Clinical Medicine*, 15(1), p. 70. Available at:

<https://doi.org/10.3390/jcm15010070>.

Gulati, M. et al. (2021) 2021

AHA/ACC/ASE/CHEST/SAEM/SCCT/SCMR Guideline for the Evaluation and Diagnosis of Chest Pain: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines, *Circulation*, 144(22). Available at:

<https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000001029>.

Kramer, C.E. et al. (2015) Does the sex of a simulated patient affect CPR?, *Resuscitation*, 86, pp. 82–87. Available at:

<https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2014.10.016>.

Shallcross, R. et al. (2019) Women's Experiences of Vulvodynia: An Interpretative Phenomenological Analysis of the Journey Toward Diagnosis, *Archives of Sexual Behavior*, 48(3), pp. 961–974.

Available at: <https://doi.org/10.1007/s10508-018-1246-z>.

Veigl, C. et al. (2025) Diversity of CPR manikins for basic life support

education: use of manikin sex, race and body shape — a scoping review, *Emergency Medicine Journal*, 42(11), pp. 696–704. Available at: <https://doi.org/10.1136/emmermed-2024-214778>.

Capitolo 2: Differenza tra Medicina di Genere e Medicina Transfemminista

Dall'avvio della campagna "Medic3 Transfemminista" ci siamo spesso trovati a ricevere inviti a partecipare a tavoli e incontri in qualità di esperti di "medicina di genere". Al tempo stesso, abbiamo incontrato persone che si sono avvicinate a questo ambito restando deluse, perché si aspettavano una medicina capace di colmare le carenze politiche della medicina attuale. Si trattava perlopiù di persone femministe, interessate a chiarire come l'approccio medico si rapportasse, al di fuori del binarismo, ai generi e agli orientamenti.

Nel contesto in cui ci muoviamo, quello italiano, medicina di genere e medicina transfemminista rappresentano concetti molto diversi. La medicina di genere è una branca della medicina che, almeno sulla carta, dovrebbe occuparsi non solo delle differenze biologiche tra i sessi, ma anche di quelle legate al genere, quindi alle dimensioni sociali e culturali. Nella pratica, però, almeno nel contesto italiano, leggendo i testi ministeriali e i programmi formativi a vari livelli, abbiamo potuto constatare, con rammarico, che l'attenzione resta quasi

esclusivamente rivolta al sesso biologico, senza sviluppare un approccio clinico capace di andare davvero oltre la dimensione cromosomica.

Il **transfemminismo** è un femminismo che supera il binarismo di sesso e di genere, includendo nei propri discorsi e nelle proprie pratiche persone intersex, trans, non binarie e queer, riconoscendo nel sistema di potere etero-cis-patriarcale la matrice comune della violenza che colpisce le soggettività sopracitate e le donne cisgender (o cis), e unisce le loro lotte.

Ci definiamo medic3 transfemminist3 (ed abbiamo così definito la nostra campagna) perché crediamo nell'**autodeterminazione dell'identità sessuale di tutte le soggettività e riconosciamo il nostro ruolo nella sua tutela**. In quanto mediche e medici transfemminist3, crediamo inoltre che l'ascolto attivo di tutte le soggettività sia parte integrante della base della cura e della promozione della salute in tutti i suoi aspetti.

Parlare di medicina transfemminista è un concetto ben preciso di posizionamento che porta con sé una serie di aspettative nelle persone che subiscono ogni giorno discriminazione,

violenza e invisibilizzazione. Si tratta di una scelta che abbiamo fatto e facciamo ogni giorno nel nostro lavoro, in quanto crediamo nel ruolo di noi professionisti della salute in qualità di persone politiche, come fautori3 attiv3 del cambiamento, anche il più piccolo.

Con questo non vogliamo dire che la medicina di genere non sia importante né che sia in contrapposizione alla medicina transfemminista; anzi, riteniamo che solo l'unione delle due possa veramente rispondere alle esigenze di cura di tutte le soggettività.

Andando oltre la medicina di genere, la medicina transfemminista, alla luce dell'elaborazione di Chi si cura di te?, ambisce ad applicare la lente femminista intersezionale per guardare al proprio lavoro, all3 pazienti, alla salute e alla malattia.

Per completezza, riportiamo qui la definizione di Medicina di Genere rintracciabile nei testi ministeriali.

“Il concetto di **Medicina di Genere** nasce dall'idea che le differenze tra uomini e donne in termini di salute siano legate

non solo alla loro caratterizzazione biologica e alla funzione riproduttiva, ma anche a fattori ambientali, sociali, culturali e relazionali definiti dal termine "genere". L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) definisce il "genere" come il risultato di criteri costruiti su parametri sociali circa il comportamento, le azioni e i ruoli attribuiti ad un sesso e come elemento portante per la promozione della salute. **Le diversità nei generi** si manifestano:

- nei comportamenti, negli stili di vita così come nel vissuto individuale e nel diverso ruolo sociale
- nello stato di salute, nell'incidenza di molteplici patologie, croniche o infettive, nella tossicità ambientale e farmacologica, nelle patologie lavoro correlate, salute mentale e disabilità, in tutte le fasce di età (infanzia, adolescenza, anziani) e in sottogruppi di popolazione svantaggiati
- nel ricorso ai servizi sanitari per prevenzione (screening e vaccinazioni), diagnosi, ricovero, medicina d'urgenza, uso di farmaci e dispositivi medici
- nel vissuto di salute, atteggiamento nei confronti della malattia, percezione del dolore, etc.

Pertanto, in base all'indicazione dell'OMS, si definisce Medicina di Genere lo studio dell'influenza delle differenze

biologiche (definite dal sesso) e socio-economiche e culturali (definite dal genere) sullo stato di salute e di malattia di ogni persona. Infatti, molte malattie comuni a uomini e donne presentano molto spesso differente incidenza, sintomatologia e gravità. Uomini e donne possono presentare inoltre una diversa risposta alle terapie e reazioni avverse ai farmaci. Anche l'accesso alle cure presenta rilevanti diseguaglianze legate al genere.”

(tratto dal Piano per l'applicazione e la diffusione della Medicina di Genere. Ministero della Salute, 2019)

Sperando di aver finalmente risolto un dubbio che sentiamo tangibile, vi auguriamo una buona lettura della nostra guida!

Capitolo 3: Metodologia di stesura

Al centro di una medicina transfemminista ci deve essere la pratica dell'**ascolto delle paziente** e non soltanto il punto di vista della medica, proprio perché il processo di cura deve **partire dal vissuto** di chi attraversa una determinata condizione. È con questa prospettiva che per la scrittura della guida abbiamo sentito l'esigenza di partire dalle esperienze e dai bisogni di chi troppo spesso si è sentita non compresa nei propri percorsi sanitari.

Per questo abbiamo organizzato momenti tematici aperti, invitando associazioni, collettive e singole che potessero portare le proprie esperienze e rivendicazioni in un determinato campo della medicina, dalle patologie invisibili a tutte quelle soggettività che non rientrano nel modello del maschio eterocis e bianco.

Hanno partecipato a questa fase preliminare diverse associazioni ed attiviste: NUDM, Genderlens e Comitato Vulvodinia e Neuropatia del Pudendo.

Successivamente abbiamo studiato, approfondito e revisionato letteratura scientifica, rendendoci conto noi stessi **quanto fossero grandi le carenze** su questi temi nei nostri percorsi di formazione e di quanto fosse necessario un **approccio più interdisciplinare possibile**. Questa guida è, infatti, stata scritta da circa una dozzina di nostri soci, provenienti da diversi ambiti di specializzazione della medicina: a ogni capitolo ha lavorato chi, per affinità, sentiva di dare un contributo sulla base della propria esperienza, ad esempio medico di medicina generale, infettivologo, educatore sessuale, medico di salute pubblica o paziente.

Inoltre, terminata la prima stesura dei capitoli, abbiamo proceduto con un **metodo di revisione collettiva**, dove ciascuna delle persone partecipanti ha potuto prima proporre correzioni o integrazioni dei testi scritti da altri e successivamente sono state discusse tutte le proposte di modifica, una per volta, in modalità assembleare e valutate col metodo del consenso. Durante la fase di stesura, abbiamo stabilito insieme di utilizzare in tutti i capitoli un linguaggio, da un lato, fruibile anche da persone non mediche e, dall'altro, che permetta a operatori sanitari di utilizzare questa guida

come **integrazione alla propria pratica clinica di tutti i giorni**.

Per rappresentare la comunità delle soggettività che non si riconoscono nel modello eterosessuale e cisgenere abbiamo scelto, tra le sue diverse formulazioni, di utilizzare la sigla LGBTQIA+ con significato di:

- **L = Lesbica/ə**
- **G = Gay**
- **B = Bisessuale/Biromanticə**
- **T = Trans**
- **Q = Queer/Questioning**
- **A = Asessuale/Aromanticə/Agender**
- **I = Intersessuale/Intersex**
- **+ = tutte le altre soggettività non descritte dalle lettere precedenti**

Aggiungiamo che, nella presente edizione di questa Controguida, non vengono esplicitate la **P (pansessuale/panromanticə/ poliamorose)** e la **K (kinky)** solo per una questione di fruizione e accessibilità del testo, dal momento che, essendo destinato anche a un pubblico generale, non vogliamo rischiare che un acronimo eccessivamente lungo

allontani le lettorə dalla comprensione e dall'accettazione. Nonostante questa scelta di forma, siamo consapevoli del loro ruolo e dell'importanza all'interno della comunit  e nella storia della liberazione sessuale, in quanto sfidano le norme e i modelli sociali tradizionali, promuovono una visione pi  ampia e libera della sessualit  e delle relazioni, enfatizzano il consenso, la comunicazione e la sicurezza, e sostengono la libert  di espressione, la visibilit  e l'accettazione delle identit  queer e non normative.

Per quanto riguarda il linguaggio, abbiamo scelto di utilizzare la **schwa   per il singolare e la schwa lunga 3 per il plurale** come alternativa al maschile sovraesteso. Per chi desidera approfondire le ragioni di questa scelta, rimandiamo al capitolo 5.

Lungo il percorso troverete le **bibliografie** a cui ci siamo riferiti nel caso desideraste approfondire. Al fondo, inoltre, troverete un **glossario** suddiviso in "[Glossario medico](#)" e "[Glossario politico](#)", con i termini che abbiamo ritenuto necessari a una definizione a portata di mano.

Inoltre, abbiamo scelto di inserire, all'inizio di ciascun capitolo, una breve **avvertenza sui contenuti** (trigger warning, TW) per segnalare la presenza di contenuti sensibili o potenzialmente dolorosi. Questa scelta nasce dall'intento di favorire una **lettura consapevole** e di permettere a chi legge di tutelarsi da materiali potenzialmente disturbanti o legati a esperienze traumatiche personali, secondo un principio di cura e accessibilità che riconosce la pluralità delle esperienze e la necessità di garantire spazi di studio e riflessione **emotivamente sicuri**.

Nel testo, si fa menzione di

- violenza (di genere, medica, sessuale, istituzionale),
- abusi, molestie, stalking,
- femminicidi, transcidi,
- abuso sessuale infantile, pedofilia,
- bullismo, discriminazioni (sessismo, omolesbobitransafobia, razzismo, abilismo, grassofobia, sierofobia),
- medicalizzazione, sterilizzazione forzata, criminalizzazione della sessualità, omocausto, persecuzione,
- salute mentale, trauma, suicidalità, autolesionismo, uso di sostanze,
- carcere, detenzione,
- contenuti sessuali espliciti,

- gravidanza, aborto, infertilità,
 - dolore, sangue, cancro,
- e altri riferimenti legati alla complessa storia della **depatologizzazione delle identità LGBTQIA+**.

Capitolo 4: Articoli 17 e 18 degli Yogyakarta Principles

TW: il seguente capitolo include riferimenti a violenze, discriminazioni e abusi medici nei confronti di persone LGBTQIA+.

Nel **2006**, in risposta a modelli di abuso ampiamente documentati, un illustre gruppo di esperti internazionali in materia di diritti umani si è riunito a Yogyakarta, in Indonesia, per delineare una serie di **principi internazionali relativi all'orientamento sessuale e all'identità di genere**. Il risultato di questo incontro è rappresentato dai Principi di Yogyakarta: una guida universale ai diritti umani che stabilisce standard giuridici internazionali vincolanti cui tutti gli Stati devono attenersi. Promettono un futuro diverso, in cui tutte le persone, nate libere ed eguali in dignità e diritti, potranno realizzare quel prezioso diritto di nascita ('Yogyakarta Principles | ICJ', 2007).

4.1. Contesto e sviluppo della Carta dei Principi di Yogyakarta

L'origine di questi postulati risale a una richiesta da parte di Louise Arbour (magistrata canadese, e Alta Commissaria delle Nazioni Unite per i Diritti Umani fino a settembre 2008) e della Dichiarazione Universale dei Diritti Umani. Questi principi sono stati formalmente adottati durante il congresso internazionale tenutosi all'Università Gadjah Mada, a Yogyakarta, tra il **6 e il 9 novembre 2006**, da una Commissione internazionale di giuristi, dall'International Service for Human Rights e da 29 esperti globali di legge in materia di diritti umani, tra cui Mary Robinson (politica e avvocatessa irlandese, prima donna nonché prima esponente laburista a diventare Presidente del suo Paese il 3 dicembre 1990). Il progetto è stato successivamente presentato al Consiglio ONU per i diritti umani il 26 marzo 2007. Inoltre, questi principi sono stati presi in considerazione dal Consiglio d'Europa nel documento "Diritti Umani e Identità di Genere", redatto il 29 luglio 2009.

Di seguito, sono trascritti per intero l'Introduzione e due dei Principi, tradotti da noi in lingua italiana. Nella stesura della guida abbiamo deciso di riportare unicamente i principi 17 e

18, che riguardano nello specifico il **diritto alla salute**.

Tuttavia, l'invito è quello di consultare il testo integrale per un'analisi completa di tutti gli altri diritti tutelati dalla Carta dei Principi (ad esempio, alla sicurezza, alla privacy, alla libertà di espressione, al lavoro, all'istruzione, alla libertà di movimento, alla famiglia) disponibile in lingua inglese su yogyakartaprinciples.org.

Segue ora la **traduzione dei suddetti principi**, con le nostre considerazioni in corsivo.

4.2. Introduzione ai principi di Yogyakarta

Tutti gli esseri umani nascono liberi ed eguali in dignità e diritti.

Tutti i diritti umani sono universali, interdipendenti, indivisibili e interconnessi. L'orientamento sessuale e l'identità di genere sono parte integrante della dignità e dell'umanità di ogni persona e non devono costituire base per discriminazioni o abusi.

Sono stati compiuti molti progressi per garantire che le persone di ogni orientamento sessuale e identità di genere

possano vivere con **la stessa dignità e con lo stesso rispetto** a cui tutte le persone hanno diritto.

Molti Stati dispongono oggi di leggi e costituzioni che garantiscono i diritti di uguaglianza e di non discriminazione, senza distinzioni basate su sesso, orientamento sessuale o identità di genere; l'Italia non rientra tra questi Stati e non ha partecipato alla stesura del presente testo.

Tuttavia, **le violazioni dei diritti umani nei confronti delle persone a causa del loro orientamento sessuale o della loro identità di genere, reale o percepita, costituiscono un fenomeno globale e radicato che desta seria preoccupazione.**

Queste comprendono:

- esecuzioni extragiudiziali
- torture e maltrattamenti
- aggressioni sessuali e stupri
- violazioni della privacy
- detenzione arbitraria
- rifiuto di opportunità di lavoro e di istruzione

- grave discriminazione in relazione all'accesso agli altri diritti umani

Queste violazioni sono spesso aggravate da esperienze di altre forme di violenza, odio, discriminazione ed esclusione, come quelle basate su razza, età, religione, disabilità, o condizione economica, sociale o di altro tipo.

Molti Stati e società impongono norme di genere e di orientamento sessuale all3 individui attraverso le consuetudini, la legge e la violenza, e cercano di controllare il modo in cui vivono le relazioni personali e si identificano. **Il controllo della sessualità rimane una delle principali forme di violenza perpetrata e disuguaglianza di genere.**

Il sistema internazionale ha compiuto grandi passi avanti verso l'uguaglianza di genere e la protezione contro la violenza nella società, nella comunità e nella famiglia. Inoltre, i principali meccanismi dei diritti umani delle Nazioni Unite hanno affermato l'obbligo degli Stati di garantire un'efficace protezione di tutte le persone dalla discriminazione basata sull'orientamento sessuale o sull'identità di genere.

Tuttavia, la risposta internazionale alle violazioni dei diritti umani basate sull'orientamento sessuale e sull'identità di genere è stata frammentata e incoerente.

4.3. Principio 17: il diritto al più alto standard di salute raggiungibile

Ogni individuo ha diritto al più alto livello possibile di salute fisica e mentale, senza discriminazioni sulla base dell'orientamento sessuale o dell'identità di genere. La salute sessuale e riproduttiva è un aspetto fondamentale di questo diritto.

Gli Stati devono:

- A. Adottare tutte le misure legislative, amministrative e di altro tipo necessarie per garantire il godimento del **diritto al più alto livello di salute raggiungibile**, senza discriminazioni sulla base dell'orientamento sessuale o dell'identità di genere.

- B. Adottare tutte le misure legislative, amministrative e di altro tipo necessarie per garantire che tutte le persone abbiano

accesso a strutture, beni e servizi sanitari, anche in relazione alla salute sessuale e riproduttiva, e alle proprie cartelle cliniche, senza discriminazioni sulla base dell'orientamento sessuale o identità di genere.

- C. Garantire che le strutture, i beni e i servizi sanitari siano **progettati per migliorare lo stato di salute e rispondere ai bisogni** di tutte le persone senza discriminazioni sulla base dell'orientamento sessuale e dell'identità di genere, e che le cartelle cliniche a questo riguardo siano trattate con riservatezza.
- D. Sviluppare e attuare **programmi per affrontare la discriminazione, il pregiudizio e altri fattori sociali** che minano la salute delle persone a causa del loro orientamento sessuale o identità di genere.
- E. Garantire che tutte le persone siano informate e abbiano il potere di prendere le proprie decisioni in merito alle cure e ai trattamenti medici, sulla base di un **consenso realmente informato**, senza discriminazioni sulla base dell'orientamento sessuale o dell'identità di genere.

- F. Garantire che tutti i programmi e servizi di salute sessuale e riproduttiva, educazione, prevenzione, cura e trattamento rispettino la diversità degli orientamenti sessuali e delle identità di genere e siano **ugualmente disponibili per tutti e tutte** senza discriminazioni.
- G. Facilitare l'accesso di coloro che cercano **modifiche corporee legate alla riassegnazione di genere** e trattamenti, cure e supporto competenti e non discriminatori.
- H. Garantire che tutti i fornitori di servizi sanitari trattino pazienti e loro partner senza discriminazioni sulla base dell'orientamento sessuale o dell'identità di genere, anche per quanto riguarda il **riconoscimento come parenti prossimi**.
- I. Adottare le **politiche e i programmi di istruzione e formazione** necessari per consentire alle persone che lavorano nel settore sanitario di fornire il più alto livello di assistenza sanitaria raggiungibile a tutte le persone, nel pieno rispetto dell'orientamento sessuale e dell'identità di

genere di ciascuna persona; **è in questo solco che si colloca la presente guida.**

4.4. Principio 18: tutela dagli abusi medici

Nessuna persona può essere costretta a sottoporsi ad alcuna forma di trattamento medico o psicologico, a procedure, a test o a essere confinata in una struttura medica, sulla base dell'orientamento sessuale o dell'identità di genere. A prescindere da qualsiasi classificazione contraria, **l'orientamento sessuale e l'identità di genere di una persona non sono, di per sé, condizioni mediche e non devono essere trattate, curate o sopresse.**

Gli Stati devono:

- A. Adottare tutte le misure legislative, amministrative e di altro tipo necessarie per **garantire la piena protezione contro pratiche mediche dannose** basate sull'orientamento sessuale o sull'identità di genere, anche sulla base di stereotipi, derivati dalla cultura o altro, riguardanti la condotta, l'aspetto fisico o le norme di genere percepite;

B. Adottare tutte le misure legislative, amministrative e di altro tipo necessarie per garantire che il **corpo di nessun bambino venga alterato irreversibilmente** da procedure mediche nel tentativo di imporre un'identità di genere senza il consenso pieno, libero e informato del bambino, in conformità con l'età e la maturità del bambino. Il principio guida è che, in tutte le azioni riguardanti il bambino, il miglior interesse del bambino riguardo a salute fisica, psichica e sociale debba essere preso in considerazione primaria.

Si precisa che questo paragrafo non esprime contrarietà a terapie con sospensori della pubertà, considerate invece interventi salvavita se effettuati nel pieno consenso dell'interessato.

C. Stabilire meccanismi di **protezione dei minori** in base ai quali nessun bambino sia a rischio di, o soggetto a, abuso medico;

D. Garantire la protezione delle persone con diversi orientamenti sessuali e identità di genere da **procedure o ricerche mediche non etiche o involontarie**, anche in

relazione a vaccini, trattamenti o microbici per l'HIV/AIDS o altre malattie;

- E. Rivedere e modificare qualsiasi **disposizione o programma di finanziamento sanitario**, compresi quelli di natura di assistenza allo sviluppo, che potrebbero promuovere, facilitare o in qualsiasi altro modo rendere possibili tali abusi;

- F. **Garantire che qualsiasi trattamento o consulenza medica o psicologica non tratti, esplicitamente o implicitamente, l'orientamento sessuale e l'identità di genere come condizioni mediche da trattare, curare o sopprimere.**

Bibliografia (Capitolo 4)

Yogyakarta Principles | ICJ (2007) International Commission of Jurists. Available at:

<https://www.icj.org/resource/yogyakarta-principles/> (Accessed: 21 April 2026).

Capitolo 5: Linguaggio ampio e universale

TW: il seguente capitolo riporta (a scopi educativi) termini stigmatizzanti e/o patologizzanti su identità di genere e orientamento sessuale, linguaggio abilista e colonialista.

5.1. I processi di cura dipendono dal tipo di linguaggio che usiamo

Il linguaggio è uno **strumento fondamentale della pratica medica** e, proprio perché la tipologia di linguaggio che utilizziamo riflette il nostro modo di pensare, il nostro bagaglio culturale e, soprattutto, la nostra postura verso la persona con cui vogliamo comunicare, **esso non può essere neutro**. È dunque importante, come operatori sanitari, scegliere di adottare, nel modo di comunicare in generale, sia un linguaggio che non invisibilizzi alcuna soggettività, sia una postura transfemminista, non giudicante né prevaricante, basata sull'ascolto.

Non si tratta di una mera questione etica, ma riguarda anche **l'efficacia della pratica medica** che adottiamo, poiché l'obiettivo del nostro mestiere è il raggiungimento del

benessere della persona che abbiamo davanti, consapevoli che non può esserci cura senza comunicazione.

Da un lato, infatti, un linguaggio preciso e inclusivo di qualsiasi soggettività ci permette:

- di arricchire il valore clinico delle nostre anamnesi;
- di valutare i rischi correlati a possibili vissuti di violenza, discriminazione e disagio sociali;
- di essere più efficaci sia nel percorso diagnostico sia nell'azione terapeutica e dunque;
- di far emergere le loro istanze anche a livello politico e statale valorizzando la loro esistenza in quanto individui.

Dall'altro, siamo convinti che, una postura comunicativa transfemminista ci permette di **stabilire un rapporto medico-paziente più saldo**. Se la paziente sa che non verrà giudicata durante una visita, saranno meno le informazioni che si sentirà di omettere per vergogna. Allo stesso modo, se si sentirà capita e accolta durante la visita, **maggiore sarà anche la sua compliance** con la terapia che proporremo.

5.2. Lo schwa come posizionamento fuori dal binarismo di genere

Se è già problematico che il dibattito pubblico riduca il linguaggio e la comunicazione inclusiva del genere delle persone a un capriccio o a una mera questione formale, per chi esercita la professione medica si tratta di un aspetto che non può essere ignorato.

La letteratura scientifica è molto chiara su quanto la percezione dell'incongruenza di genere di una persona cominci già nel momento in cui **si utilizzano nomi e pronomi che cancellano la sua identità**, generando nella sua psiche una costante sensazione di disagio da cui scaturiscono una serie di **fattori di rischio per la sua salute** (Jacobsen et al., 2024).

Riteniamo, inoltre, fallace l'argomentazione secondo cui esisterebbe una versione "pura" della lingua, come se fosse un sistema neutro, statico e scevro dalle evoluzioni culturali.

La linguistica, infatti, concordano che il cambiamento linguistico sia un processo naturale e inevitabile, dal momento che le

lingue sono sistemi dinamici che si evolvono nel tempo, e che sia principalmente la comunità di parlanti ad adattare la lingua alle proprie esigenze comunicative, sociali e culturali (Traugott, 1975; Berruto, 2017).

Dunque, come medic3 transfemminist3 parlanti, scegliamo, in questa guida e nella nostra pratica quotidiana, di **adottare lo schwa** (ə per il singolare, ɜ per il plurale) come desinenza di genere neutro o onnicomprensivo di tutte le identità, preferendola a un linguaggio che dà per scontato il genere delle persone.

Siamo consapevoli che la sua integrazione nel linguaggio comune possa non essere immediata, ma, appunto, va intesa, per quanto possibile, come un **tentativo di visibilizzazione** di una serie di soggettività che, ad oggi, non vengono prese in considerazione dal linguaggio comune. Le maggiori difficoltà di applicazione, più che nel linguaggio scritto, si riscontrano in quello parlato, dove, in alternativa, si possono utilizzare sostantivi che non indicano un genere (come persone, soggettività, individui, soggetti).

All'obiezione secondo cui lo schwa non sia accessibile a tutte, ad esempio, perché al momento molti screen reader (lett. "lettori di schermo") per persone cieche non sono in grado di leggerla, rispondiamo che **se non la usiamo, gli screen reader non la includeranno mai**. Al contrario, l'unico modo per favorire il cambiamento e fare in modo che nei prossimi aggiornamenti sia auspicabilmente supportata è proprio utilizzarla. Per di più, il carattere "ə" è già incluso come opzione accanto alla "e" nelle tastiere di molti dispositivi elettronici in lingua italiana, segno che il suo impiego sta gradualmente entrando nella pratica comune.

Tuttavia, sono disponibili anche delle **versioni in .txt o .epub** di questa Controguida senza caratteri speciali con il femminile universale. Se utilizzi uno screen reader e/o ne avessi bisogno, non esitare a contattarci.

5.3. Non solo una questione di genere

Esaminare il linguaggio significa anche **esplorare i pregiudizi e i bias** che spesso si nascondono nelle nostre parole. Questa analisi non deve ridursi a una lista di domande “extra” da memorizzare (vedi cap. 15), ma rappresenta piuttosto un suggerimento di postura critica, un invito ad ampliare lo sguardo e ad interrogarsi sulle implicazioni sociali, culturali e politiche delle nostre scelte linguistiche.

In un’ottica strettamente transfemminista, ad esempio, l’analisi del linguaggio può aiutarci a evidenziare come di solito si diano **per scontate l’eterosessualità o la monogamia** di un’e paziente o del medico stesso.

Domande come “Ha una fidanzata?”, rivolte a una persona percepita come uomo, invece di un più generico “Ha partner?”, escludono le identità non normative e rafforzano modelli relazionali dominanti che marginalizzano chi non vi si riconosce. Questo tipo di linguaggio, apparentemente innocuo, può perpetuare dinamiche di esclusione e invisibilizzazione in contesti sanitari in cui la fiducia e il riconoscimento sono particolarmente fondamentali.

Inoltre, una scelta linguistica specifica può trasmettere implicitamente la nostra competenza, la nostra empatia e il nostro rispetto. Ad esempio:

- utilizzare “**sordə**”, invece di “sordomutə” o “non udente” (che sono da evitare) comunica che siamo consapevoli delle lotte, di linguaggio e non solo, che porta avanti la comunità sorda;
- usare “**persona con disabilità**” o “**persona disabile**” invece di termini degradanti come “invalidə”, “handicappatə”, o “diversamente abile” mostra rispetto e solidarietà nella lotta contro la discriminazione abilista;
- oppure, scegliere “**autistico**” invece di “soffre di autismo” (o simili) dimostra che ci siamo posti in ascolto e rispettiamo la definizione più diffusa e desiderata dalle persone autistiche.

Queste scelte non sono solo questioni formali, ma segnalano un impegno concreto nel riconoscere e valorizzare le identità e le esperienze delle persone.

Allo stesso modo, in **contesti multiculturali**, il linguaggio può rischiare di veicolare una visione paternalistica o colonialista.

Un esempio è l'uso di termini come “paesi del Terzo Mondo”, “sottosviluppati” o “in via di sviluppo”, che di fatto stabiliscono una gerarchia tra nazioni che si suppone essere avanzate o arretrate, perpetuando una narrazione occidentalocentrica. Attualmente, preferire la dicitura “**paesi del Sud del mondo**” o “**del Sud Globale**” suggerisce una maggiore consapevolezza delle disuguaglianze globali, sottolineando l'eredità del colonialismo e la marginalizzazione storica di queste aree.

Un altro esempio è domandare a unə paziente: “Perché non è venutə prima? Avremmo potuto evitare questa situazione!”. Questa domanda, spesso carica di giudizio, rischia di **ignorare le barriere strutturali** che molte persone affrontano nell'accesso alle cure, come la mancanza di tempo libero dal lavoro, di risorse economiche, la discriminazione o la complessità dei sistemi sanitari. Una domanda più rispettosa, che riconosce anche le disuguaglianze sistemiche, potrebbe essere: “Quali difficoltà ha incontrato nell'accedere alle cure? C'è qualcosa che possiamo fare per supportarle da qui in avanti?”.

La scelta di un determinato linguaggio, quindi, non è solo una questione di parole, ma di **sguardo**. L'obiettivo è decostruire le nostre certezze (spesso fallaci) per renderci conto che la realtà è molto più **plurale** e complessa di quanto siamo abituati a pensare, consapevoli che ogni parola che scegliamo può contribuire a rafforzare o a sfidare le strutture di potere esistenti.

5.4. Il linguaggio in questa guida

In questa guida abbiamo scelto di utilizzare non solo lo schwa, ma ci siamo impegnati a scrivere in un **linguaggio il più possibile fruibile anche da chi è digiuno di questi temi**. Questo sforzo è stato fatto nella consapevolezza che non tutti sono tenuti ad avere già chiara una serie di concetti e la rispettiva terminologia, anzi, questa guida nasce proprio dal riconoscimento dell'**assenza di molti di questi argomenti nella formazione medica**.

La nostra, inoltre, è sì un'esigenza di leggibilità, ma anche di **decostruzione delle forme di paternalismo** che invece spesso ritroviamo nella pratica medica contemporanea. Rimaniamo convinti che, affinché **i luoghi di cura possano essere anche spazi formanti** e ogni visita possa essere un'occasione di crescita e di promozione della cultura della salute, è necessario che si **riducano le asimmetrie di potere** tra le persone coinvolte.

In questo senso, questa guida deve essere leggibile anche da persone non mediche, proprio perché **il sapere legato al nostro mestiere non va tenuto chiuso in uno scrigno**. Esso

va reso attraversabile anche da chi non pratica la professione affinché i percorsi di cura possano sempre essere consapevoli e autodeterminati. A tal proposito alla fine della guida abbiamo costruito un glossario medico e uno politico che possa rendere più agevole la comprensione anche delle terminologie più complesse.

Infine, rendiamo nota la nostra **cura all'accessibilità** del documento, che speriamo possa essere un esempio virtuoso, anche grazie ai consigli dell'associazione Caratteri Cubitali, attraverso:

- la scelta di font e dimensione carattere **ben leggibili** e interlinea ampio, di aiuto specialmente per chi ha visione ridotta o difficoltà di lettura;
- l'inserimento di **testo alternativo** e descrizione dettagliata delle immagini, utile soprattutto per chi fa uso di screen reader e per persone con difficoltà nell'interpretazione delle immagini;
- la creazione di un **indice navigabile**, per facilitare la fruizione del documento nella sua interezza;
- la **formattazione** delle funzioni elenco e delle etichette di parole in lingua straniera, per rendere più agevole l'interpretazione da parte dei programmi di sintesi vocale.

Bibliografia (Capitolo 5)

Berruto, G. (2017) What is changing in Italian today? Phenomena of restandardization in syntax and morphology: an overview, in M. Cerruti, C. Crocco, and S. Marzo (eds) *Towards a New Standard*. De Gruyter, pp. 31–60. Available at:
<https://doi.org/10.1515/9781614518839-002>.

Jacobsen, K. et al. (2024) Misgendering and the health and wellbeing of nonbinary people in Canada, *International Journal of Transgender Health*, 25(4), pp. 816–830. Available at:
<https://doi.org/10.1080/26895269.2023.2278064>.

Traugott, E.C. (1975) William Labov, *Sociolinguistic patterns*. (Conduct and Communication, 4.) Philadelphia: University of Pennsylvania Press, 1972., *Language in Society*, 4(1), pp. 89–107. Available at: <https://doi.org/10.1017/S0047404500004528>.

Capitolo 6: L'identità sessuale

TW: il seguente capitolo include riferimenti storici a violenza medica e istituzionale, termini stigmatizzanti e/o patologizzanti relativi all'identità di genere, all'orientamento sessuale e alle persone LGBTQIA+. Sono inoltre presenti cenni a discriminazione, medicalizzazione della sessualità, violenza e linguaggio abilista.

Identità sessuale: le sue composizioni

Nel presente capitolo utilizziamo, a fini didattici, una distinzione in quattro dimensioni dell'identità sessuale: **sexso biologico, identità di genere, orientamento sessuale e ruolo di genere.**

Questa suddivisione non pretende di costituire una classificazione rigida o universalmente normata, ma si fonda sull'elaborazione della letteratura sessuologica contemporanea — che distingue tra componenti biologiche, psicologiche e socioculturali della sessualità — e su un confronto con realtà associative attive nell'ambito della salute e dei diritti delle persone LGBTQIA+.

La **sessuologia clinica**, infatti, differenzia tradizionalmente il sesso biologico (cromosomico, gonadico, ormonale e

fenotipico) dall'identità psicosessuale e dal ruolo di genere interiorizzato, riconoscendo che tali dimensioni, pur interagendo tra loro, non coincidono necessariamente. Allo stesso modo, l'orientamento sessuale è considerato distinto dall'identità di genere, pur potendo intrecciarsi con essa nell'esperienza individuale.

Queste **dimensioni non operano in modo isolato, ma si intersecano dinamicamente**, generando una molteplicità di configurazioni identitarie. Tale prospettiva si colloca in contrasto con il modello binario tradizionale, che presuppone l'esistenza di due soli sessi e due soli generi rigidamente distinti e reciprocamente esclusivi.

La riflessione contemporanea in ambito filosofico e sociologico ha inoltre evidenziato come l'**assegnazione del sesso alla nascita** non sia un atto puramente descrittivo, bensì un momento performativo che inaugura aspettative sociali e ruoli culturalmente determinati. In questa prospettiva, la nozione di "normalità" non può essere considerata un dato naturale, bensì il risultato di processi storici e culturali che definiscono ciò che viene percepito come legittimo o deviante.

Adottare una lettura multidimensionale dell'identità sessuale consente quindi di superare una visione riduzionista e di

riconoscere la complessità biologica, psichica e sociale dell'esperienza umana.

Con il termine **“binarismo di genere”** ci si riferisce al costrutto sociale per cui si ritengono esistenti unicamente due sessi e due generi nettamente distinti e opposti. Per **“identità di genere non binarie”** si intendono tutte quelle identità di genere che non ricadono nelle categorie tipicamente adottate dalla cultura occidentale, che vede il genere rigidamente diviso in due polarità distinte (uomo o donna). Parlando di persone non binarie, ci si riferisce quindi a una vasta gamma di identità e di possibili modi in cui le persone vivono il proprio genere.

Con i termini **“cisnormatività”** ed **“eteronormatività”** si intende la “forzatura” secondo cui il genere e l'orientamento sessuale devono essere espressi ed esperiti da tutt3, nessuna esclusa, attraverso l'ideale di persona cisgender eterosessuale. Tale “forzatura” è validata da una mera rilevazione statistica applicata al sociale, interpretata come regola/legge di natura.

[Dal dizionario Treccani, “Normalità”: Carattere, condizione di ciò che è o si ritiene normale, cioè regolare e consueto, non eccezionale o casuale o patologico, con riferimento sia al modo di vivere, di agire, o

allo stato di salute fisica o psichica, di un individuo, sia a manifestazioni e avvenimenti del mondo fisico, sia a situazioni (politiche, sociali, etc.) più generali.]

Se fin dall'infanzia e nei primi gradi dell'istruzione fossero garantiti **strumenti adeguati di educazione sesso-affettiva**, capaci di offrire linguaggio, modelli e possibilità di riconoscimento, è plausibile ipotizzare che la distribuzione delle identità e degli orientamenti visibili nella società assumerebbe configurazioni meno rigidamente concentrate attorno alla norma dominante.

L'idea che la maggioranza statistica coincida con una norma naturale è infatti una costruzione culturale: la visibilità e l'auto-identificazione dipendono in larga misura dal contesto sociale, dal livello di accettazione e dalla disponibilità di categorie interpretative. Numerosi studi sociologici mostrano come, in ambienti più inclusivi, aumenti la disponibilità delle persone a dichiarare apertamente il proprio orientamento o la propria identità di genere, senza che ciò implichi una "diffusione" patologica o una tendenza imitativa.

Il progressivo aumento di persone che si riconoscono nella comunità LGBTQIA+ può quindi essere interpretato come effetto di un cambiamento culturale e linguistico,

che amplia gli spazi di riconoscimento e riduce lo stigma, piuttosto che come espressione di una moda o di una deriva sociale.

Analizziamo ora, con ordine, le quattro componenti dell'identità sessuale.

6.1. Sesso biologico

In biologia, il sesso (dal latino sexum, ovvero “diviso”, “separato”, a indicare la distinzione) è il complesso di caratteri anatomici, morfologici e fisiologici che determinano e distinguono, tra gli organismi di una stessa specie, i generi femminile e maschile. È l'elemento alla base della riproduzione sessuata sia negli animali sia nei vegetali. In antropologia e in altre scienze sociali, il termine indica anche il complesso delle attività sessuali o della sessualità.

Scientificamente parlando, sono decenni che viene largamente **messo in discussione, anche dal punto di vista biologico, il binarismo maschile e femminile**, alla luce di casi noti di composizioni cromosomiche, anatomiche e ormonali che non rientrano nei criteri XX e XY più comunemente rappresentati.

Il momento dell'assegnazione del sesso alla nascita rappresenta un passaggio clinico e simbolico di grande rilevanza. Nella pratica medica corrente, tale assegnazione avviene prevalentemente sulla base dell'osservazione dei genitali esterni, in assenza, nella maggior parte dei casi, di informazioni complete sulla futura evoluzione ormonale, cromosomica o identitaria della persona.

Dal punto di vista sociale, questo atto non si limita a descrivere caratteristiche anatomiche, ma inaugura un percorso di aspettative culturali, linguistiche e relazionali che tendono a sovrapporre il sesso biologico, l'identità di genere e il ruolo sociale. La riflessione contemporanea ha evidenziato come l'assegnazione del sesso non sia un gesto neutro, bensì un atto che produce effetti performativi, contribuendo alla strutturazione delle aspettative normative che accompagneranno la persona nel corso della vita (Butler, 2015).

Per questo motivo è importante **distinguere tra sesso biologico** — che comprende dimensioni cromosomiche, gonadiche, ormonali e fenotipiche — **e sesso assegnato alla nascita**, che costituisce una classificazione iniziale basata su criteri osservativi e categorie socialmente codificate.

Una maggiore consapevolezza, in ambito sanitario, della complessità di queste dimensioni può favorire un approccio più attento, informato e rispettoso della variabilità umana.

Il termine “**intersex**” viene utilizzato come espressione ombrello per descrivere una varietà di condizioni congenite nelle quali le caratteristiche sessuali — cromosomiche,

gonadiche, ormonali o anatomiche — non rientrano pienamente nelle definizioni tipiche di maschile o femminile. Le condizioni intersex, oggi più frequentemente indicate in ambito medico come “variazioni dello sviluppo sessuale” (o con “Differences” da preferire a “Disorders” of Sex Development, DSD), rappresentano una componente della naturale variabilità biologica umana.

Storicamente, la pratica clinica ha privilegiato l’assegnazione precoce a uno dei due sessi binari, talvolta accompagnata da interventi medico-chirurgici, con l’obiettivo di favorire l’integrazione sociale. Negli ultimi decenni, tuttavia, il dibattito bioetico e le raccomandazioni internazionali hanno promosso un approccio più prudente, centrato sul consenso informato, sulla tutela dell’integrità corporea e sul rispetto dell’autodeterminazione della persona.

6.2. Identità di genere

Rappresenta il senso di appartenenza di una persona ad un genere. Come già accennato, però, i generi non sono due, ma

molteplici, in uno spettro. Negli ultimi anni si è progressivamente sviluppata, anche grazie al contributo delle comunità LGBTQIA+ e alla riflessione accademica contemporanea, una **terminologia più articolata** per descrivere le diverse esperienze di genere. Molti dei termini che seguono nascono in ambito comunitario e sono successivamente entrati nel dibattito scientifico e clinico, pur non essendo sempre formalizzati nei manuali diagnostici internazionali. Evitando di diventare un mero elenco-glossario, riteniamo fondamentale conoscere i termini essenziali.

- **Cisgender:** persona che si identifica con il sesso assegnato alla nascita; dunque, sono cisgender le persone assegnate maschi che si identificano nel genere maschile e le persone assegnate femmine che si riconoscono nel genere femminile (per attributi, comportamenti e ruoli generalmente associati a questi due generi).
In altri termini, spesso è il caso di una persona nata con cromosomi XY, anatomia e ormoni “maschili” che si identifica come uomo o di una persona nata con cromosomi XX, anatomia e ormoni “femminili” che si identifica come donna.
Dal punto di vista geografico, che per qualcunə può essere

più semplice da ricordare, “cis” è la posizione “di qua” di un determinato punto di riferimento.

- **Transgender:** persona che NON si identifica con il sesso assegnato alla nascita. “Trans” o “transgender” sono termini ombrello: ci si può ritrovare sia chi si identifica in un genere binario (maschio/femmina) diverso da quello assegnato alla nascita, sia le persone non binarie (vedi punto successivo), dal momento che, in effetti, anche loro non si riconoscono nel genere assegnato alla nascita. Da notare che non tutte le persone trans desiderano terapie o interventi medici e/o chirurgici per affermare il proprio genere elettivo (questo aspetto verrà approfondito nel capitolo 7 sulle esperienze T).

Dal punto di vista geografico, “trans” indica la posizione “al di là” di un determinato punto di riferimento.

- **Genere non binario/ nonbinary/ enby/ gender questioning/ Gender X:** persona che non si identifica sempre, solamente e completamente con uno dei due generi “uomo” o “donna”, ma in una delle tante altre sfumature del genere; è infatti un termine ombrello che include molte esperienze.

Alcune persone non binarie possono desiderare di descrivere la propria identità anche con parole più

specifiche: in particolare, molte persone enby si definiscono “agender” (appartenenti a **nessun genere**); altre possono riconoscersi in un **genere intermedio**, in **più di un genere**, sia contemporaneamente sia separatamente, in uno che non sia **né maschile né femminile**, e in tutte le altre combinazioni possibili. Tale riconoscimento può essere stabile o variabile nel tempo. In inglese, queste persone possono utilizzare il pronome “they” ad uso singolare per identificarsi; in svedese è stato coniato il nuovo pronome “hen” di genere neutro: viene usato quando il sesso di una persona è sconosciuto, ma in minore misura può essere impiegato da chiunque non si identifichi né nel pronome maschile (han) né in quello femminile (hon); in italiano, invece, alcune persone enby scelgono di usare entrambi i pronomi (lei, lui), altre i pronomi neutri, cioè con asterisco (*) o schwa (lɛi), altre ancora tutti.

- o **Agender**: persona non binaria che sente di non avere e/o di non appartenere a nessun genere. Nota: questo concetto è molto diverso dal concetto politico/sociale di rifiuto di identificarsi: l'identità agender è proprio l'assenza di un genere e non una non-identificazione dovuta a mancata credenza o

contrarietà rispetto al concetto di identificazione (che, ad oggi, è un costrutto della società patriarcale in cui viviamo e che ci viene, di fatto, imposto).

- o **Genderfluid:** persona non binaria che si identifica in più generi e che, a seconda del momento della propria vita (che può essere anche nell'arco della stessa giornata), passa, senza alcun substrato patologico (iniziamo a sottolinearlo) e in maniera del tutto naturale, da un genere all'altro.
- **Demigender:** termine ombrello che identifica una persona che avverte di essere non binaria, ma non completamente, e che avverte una certa connessione con uno dei generi.
- **Passing:** in alcuni contesti sociali, essere percepiti come appartenenti al genere atteso può ridurre l'esposizione a forme di discriminazione o violenza motivate dal sessismo o dalla transfobia. Tuttavia, il passing non costituisce una soluzione strutturale al problema della violenza di genere e può, a sua volta, comportare pressioni psicologiche legate alla conformità agli stereotipi.

Gli acronimi utili da conoscere in campo medico sono:

- **AMAB:** assigned male at birth, assegnato maschio alla nascita.

- **AFAB:** assigned female at birth, assegnata femmina alla nascita.

Invece, **termini stigmatizzanti**, patologizzanti e desueti e quindi **da NON utilizzare** sono:

- **Transessuale:** termine strettamente legato alla medicina e alla psichiatria, utilizzato in passato per definire una persona transgender, patologizzata e medicalizzata da personale sanitario e da trattamenti psichiatrici, clinici e chirurgici.
- **Disforia di genere:** termine a profondo connotato medico e patologizzante presente nel DSM-5, che indica un disagio significativo a causa dell'incongruenza tra il sesso biologico/assegnato e l'identità di genere. Termine superato dall'ICD-11 che lo ha aggiornato rinominandolo in "incongruenza di genere" e spostandolo dalle malattie mentali alla salute sessuale, per garantire alle persone in percorso di affermazione di genere la copertura sanitaria delle costose terapie richieste. (World Health Organization, 2019)

N.b. Sarebbe più corretto parlare in modo chiaro e semplice di identità, senza cercare un termine che spieghi le differenze rispetto alle regole imposte dalla società. Ci

rendiamo conto che dal punto di vista clinico sentiamo la necessità di trovare un termine per definire quello che pensiamo di dover curare o trattare o capire, ma ricordiamo che le identità di genere non-cis non sono patologiche. Eventualmente, per esprimere il concetto, alcune realtà trans propongono l'alternativa "varianza di genere".

- **Incongruenza di genere:** se proprio vogliamo utilizzare un termine per identificare, non l'identità di genere, ma la necessità di accesso alle cure, il presente termine si trova nel sottoinsieme delle varianze sessuali dell'ICD-11; descrive l'esperienza marcata e persistente in una persona di un'incompatibilità tra l'identità di genere percepita e il genere che la società si aspetta in base al sesso assegnato alla nascita. (World Health Organization, 2019)
Ricordiamo che, nonostante sia attualmente necessaria questa diagnosi ai fini normativi per l'accesso al percorso di affermazione di genere, a definire la propria identità di genere o il proprio eventuale disagio deve essere la persona stessa, e non deve dipendere da chi ha il potere di fare una diagnosi psichiatrica o psicologica.
- **MtF (Male to Female) ed FtM (Female to Male):** acronimi in passato utilizzati per indicare il cambio di genere nelle

persone transgender, attualmente in disuso perché considerati dispregiativi e limitanti, dato che gli elementi e la “meta” del percorso sono scelte del tutto personali, sia nelle persone trans binarie che non binarie.

Le cose importanti, dal punto di vista clinico e sociale, da sottolineare qui sono:

1. **Nessuna** di queste identità **ha un connotato patologico**.
2. Avere un'identità di genere non-cis **non implica il desiderio di fare una terapia medico-chirurgica** per cambiare il proprio aspetto fisico e/o la propria espressione di genere (vedi avanti). Le persone non-cis possono vivere benissimo la propria identità senza necessità di intraprendere interventi chirurgici né di modificare il proprio aspetto con una terapia ormonale, né di esprimersi all'interno della società (in questo caso si utilizza il termine non-med, cioè non medicalizzate) (Coleman et al., 2022).
3. Il motivo per cui, ad oggi, si fa fatica a intraprendere un'affermazione di genere sono le **difficoltà giuridiche e sociali** che questa comporta, a causa sia dello stigma e del rischio concreto di aggressione fisica e discriminazioni, sia per il costo economico e psicologico.

6.2.1. La de-psichiatrizzazione delle persone trans: DSM-5 e ICD-11

In data 25 maggio 2019 l'Assemblea Mondiale della Salute (WHA) ha adottato definitivamente il cosiddetto **ICD-11** (Classificazione Internazionale delle Malattie 11), inserendo le **“varianti dell'identità di genere” nel nuovo capitolo dedicato alle condizioni legate alla salute sessuale**. Questo ha, di fatto, posto un punto fermo contro il gatekeeping psichiatrico (ossia la necessità di una diagnosi di patologia psichiatrica) delle identità di genere non cis.

Al momento in cui si scrive, però, non è ancora stato fatto un passo avanti dal punto di vista psichiatrico rispetto a un'ipotetica nuova versione del DSM, dato che l'ultima versione, la 5-TR del 2023, prevede ancora la dicitura “Disforia di genere” e una connotazione psichiatrica della suddetta. In Italia è ancora richiesta la certificazione di “disforia” per accedere alla TOS e ai percorsi legali e chirurgici, se desiderati (American Psychiatric Association, 2022)².

² Con una sentenza del 2015, il Tribunale di Genova ha stabilito che la rettificazione anagrafica non richiede necessariamente l'intervento chirurgico di riassegnazione del sesso. Successivamente, nel 2018, la Corte costituzionale ha dichiarato incostituzionale l'obbligo di ottenere un'autorizzazione giuridica per accedere alla chirurgia di riassegnazione dei caratteri sessuali.)

Per il percorso giuridico di affermazione sociale, si rimanda al capitolo 7.

6.3. Orientamento sessuale

L'orientamento sessuale si riferisce prevalentemente alla **direzione dell'attrazione affettiva e/o sessuale verso altre persone**. In ambito psicologico e sessuologico è utile distinguere tra attrazione sessuale, intesa come interesse o coinvolgimento erotico verso un determinato genere o persona, e desiderio sessuale (libido), che rappresenta una dimensione più generale della motivazione sessuale e può essere influenzata da fattori biologici, ormonali, relazionali e psichici. Non necessariamente questa andrà a tradursi in un atto sessuale o in un orgasmo, possiamo anche immaginarla come il desiderio erotico che ci spinge verso l'altro. Il desiderio sessuale, con il suo indirizzo o orientamento, si può presentare sotto forma di fantasia o atto.

Nota: Affronteremo nel capitolo 13 il concetto di consenso, ma ricordiamo qui che, se si tratta di altra persona o oggetto di altra persona si può passare dalla fantasia all'atto solo dopo essersi accertati del consenso di questa persona.

Andiamo quindi ad alcuni termini per meglio specificare quanto detto sopra:

- **Orientamento eterosessuale:** attrazione e pulsione sessuale verso persone con identità di genere diversa dalla propria (in ottica binaria).
- **Orientamento omosessuale:** attrazione e pulsione sessuale verso persone con identità di genere uguale alla propria. In termini gergali: una persona omosessuale che si identifica come uomo tipicamente è detto Gay (la G di LGBTQIA+) e una persona omosessuale che si identifica come donna è detta Lesbica (la L di LGBTQIA+); questo è un dettaglio importante perché una donna trans attratta dalle donne sarà lesbica e un uomo trans attratto dagli uomini sarà gay. Nb: i termini omosessuale, gay, lesbica, etc. sono **aggettivi** e non sostantivi.
- **Orientamento sessuale bisessuale:** attrazione sessuale verso persone di più generi. Se nella definizione ci potrebbe essere un riferimento alla binarietà dei generi, oggi la stessa comunità bisessuale la rifiuta, tant'è che si parla di spettro bi+ in cui la pulsione sessuale verso più generi può variare da individue a individue e che può variare nel tempo nello stesse individue con pulsioni/attrazioni più concentrate verso un singolo genere.

- **Orientamento sessuale polisessuale/pansessuale:** attrazione sessuale verso le persone, indipendentemente dal genere.
- **Orientamento sessuale asessuale:** Questa è leggermente più complessa, quindi dovremo dedicarle qualche riga in più.
 - L'asessualità viene **differenziata dai disturbi che interessano la sfera sessuale**, come il disordine ipoattivo del desiderio sessuale (HSDD). La letteratura clinica distingue infatti tra condizioni di riduzione del desiderio che causano sofferenza clinicamente significativa, e orientamenti sessuali caratterizzati dall'assenza o dalla rarità di attrazione, che non configurano di per sé una patologia.

Nel manuale DSM-5 (il Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi mentali) si legge:

“Se una mancanza di desiderio sessuale per tutta la vita è meglio spiegata dalla propria autoidentificazione come asessuale, allora non verrebbe fatta una diagnosi di interesse/disturbo dell'eccitazione sessuale femminile. [...] Se il basso desiderio dell'uomo è spiegato

dall'autoidentificazione come asessuale, allora non si pone una diagnosi di disturbo da desiderio sessuale ipoattivo maschile.”

- o L'asessualità è uno degli orientamenti sessuali e, nello specifico, è quello di **chi prova attrazione sessuale verso nessun genere**. Si può quindi affermare che non si tratta di una patologia. Una persona nello spettro asessuale:
 - non prova attrazione sessuale e/o la prova raramente e/o la prova in circostanze specifiche
 - ha dei bisogni emotivi
 - può provare altri tipi di attrazione (es. romantica, platonica)
 - può eccitarsi
 - può avere comportamenti sessuali (alcune persone asessuali hanno rapporti sessuali e/o praticano autoerotismo)
- o **All'interno dello spettro asessuale** si riconoscono varie esperienze: solo per fare alcuni esempi,
 - c'è chi non prova mai o quasi attrazione sessuale, c'è chi la prova solo dopo che si è instaurata una forte connessione emotiva

(“**demisessuale**”) o chi la prova solo se non c'è connessione emotiva

(“**gray-sessuale**”);

- c'è chi prova una forte avversione per le attività sessuali (“**sex repulsed**”), chi può essere favorevole ad includere attività e contatti sessuali nel ventaglio di possibilità (“**sex favorable**”), o chi non le odia ma nemmeno le cerca (“**sex neutral**” o “**sex indifferent**”).
- o Le persone non asessuali possono essere definite come “**allosessuali**”.
- o Da notare che la mancanza di attrazione sessuale non implica la mancanza di esperienze di eccitazione sessuale, poiché le capacità di lubrificazione vaginale ed erezione sono presenti. Per distinguere, quindi, l'orientamento asessuale dalla patologia di “disordine ipoattivo del desiderio sessuale” (che può essere un sintomo di patologia psichiatrica o endocrinologica), dobbiamo ricordare la differenza tra attrazione sessuale, in questo caso assente, e libido, che in questo caso è presente e può tradursi in eccitazione e azione sessuale.

- **Androsessualità/ginosessualità:** si tratta di termini relativamente nuovi, per alcune persone più specifici rispetto a quelli già citati, che indicano l'orientamento sessuale. Il primo indica un'individuo attratto da persone sul lato maschile dello spettro di espressione di genere e, più in generale, dalla mascolinità. Viceversa, ginosessuale si riferisce a una persona attratta da persone sul lato femminile dello spettro di espressione di genere e dalla femminilità.

6.3.1. Il concetto di orientamento romantico

Definisce la connessione emotiva e intellettuale che possiamo provare per qualcunə. In questa variabile, il desiderio sessuale può apparire o meno. Si tratta di una sensazione di intimità che va oltre l'attrazione fisica, della capacità di connettersi con l'altra persona a un livello più profondo, e di sentirsi sicuri mentre lo si fa.

Una persona può descrivere il proprio orientamento romantico in molteplici modi:

- **Omoromantica:** prova attrazione romantica per persone dello stesso genere.
- **Bioromantica:** prova attrazione romantica verso persone dello stesso genere e di generi diversi.
- **Eteroromantica:** prova attrazione romantica per persone di un genere diverso dal proprio (in ottica binaria).
- **Panromantica:** prova attrazione romantica per persone a prescindere dal genere.
- **Aromantica:** prova poca o nessuna attrazione romantica, e/o la cui esperienza di romanticismo è differente dalle aspettative, es. repulsione al romanticismo o disinteresse nelle relazioni romantiche.

- **Demiromantica:** coloro che impiegano molto tempo a provare un'autentica attrazione romantica per qualcuno. Per farlo, bisogna dedicare del tempo per creare un legame più stretto.

Questa distinzione è importante soprattutto per comprendere le **varie sfaccettature possibili** e le predilezioni di alcune persone nelle relazioni sessuali e/o romantiche, che possono avere una particolare preferenza per un determinato genere rispetto ad un altro, o che possono provare attrazioni differenti per persone di generi differenti (es. persona bisessuale omoromantica).

6.3.2. Breve cronistoria della depenalizzazione in Italia

Nel 1889, il “Codice Zanardelli” ignorò, abrogando tutte le diverse leggi pre-Unità d’Italia, il “reato di sodomia”. Questo in quanto il dibattito preparatorio al codice, durato quasi trent’anni, concluse che **una legge anti-sodomia sarebbe stata un’illecita intromissione dello Stato nella sfera della morale e della religione**, dato che l’omosessualità veniva considerata un “peccato”, più che un “reato”. Questa decisione fece sì che in Italia non vi fossero i colossali scandali che, nell’Europa protestante, facevano di fatto pubblicità all’esistenza dell’omosessualità, rendendo impossibile quella rigorosa censura imposta con successo dai Paesi cattolici. Questo è importante da sapere in quanto spiega la forte lotta per l’identità omosessuale presente negli altri Stati, che in Italia è venuta allo scoperto solo negli anni ’70, coi movimenti di quegli anni, e risulta, ad oggi, ancora molto fragile.

L’unico contesto, in Italia, in cui l’omosessualità rimase punita per legge fu l’esercito, che aveva un codice penale a sé. Attualmente, nell’**Esercito Italiano**, è trattata ancora in modo simile al “don’t ask, don’t tell” (DADT, la legge statunitense che

regolava l'accesso delle persone omosessuali nelle forze armate a stelle e strisce, abrogata nel 2011), e molti esponenti mantengono forti pregiudizi sulla liberalizzazione; diversamente, la libera manifestazione dell'orientamento sessuale è esplicitamente permessa e applicata nelle forze dell'ordine civili (**Polizia di Stato**).

Il **disegno di legge Zan** (approvato alla Camera nel novembre 2020, ma bocciato dal Senato nel 2021) avrebbe permesso, tra le altre cose, il superamento di queste condizioni anche nell'Esercito Italiano.

6.3.3. La depatologizzazione dell'omosessualità

Il 17 maggio 1990 l'OMS rimosse definitivamente l'omosessualità dalla Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD-10), segnando un passaggio simbolico e istituzionale fondamentale nel processo di depatologizzazione. Con tale decisione, **l'omosessualità cessò di essere considerata una malattia mentale** e venne riconosciuta come una variante naturale del comportamento umano ('International statistical classification of diseases and related health problems. 1', 1990).

Questo non ha significato, ovviamente, la decriminalizzazione dell'omosessualità, ma è stato un **importante passo civile** contro lo stigma a cui le persone omosessuali erano soggette e, perciò, merita di essere segnalato in queste pagine.

La strada è stata lunga: I3 prim3 attivista omosessuali iniziarono la loro lotta nella prima metà dell'800 con il **primo vero coming out ufficiale** avvenuto ad opera del giurista Karl Heinrich Ulrichs. Questo ha portato molte persone all'incarcerazione, agli abusi, alle violenze, fino all'uccisione vera e propria.

Per sottolineare altre date importanti è utile conoscere anche i **Moti di Stonewall**, iniziati nella notte tra il 27 e il 28 giugno del 1969 a New York dopo l'irruzione della polizia allo Stonewall Inn, un bar gay in un distretto di Manhattan, con un ruolo centrale delle attiviste trans nere Marsha P. Johnson e Sylvia Rivera. Simbolicamente viene considerato il momento di nascita del movimento di liberazione gay moderno in tutto il mondo. Questo è il motivo per cui il 28 giugno è considerato a livello globale la “**Giornata mondiale dell’orgoglio LGBTQIA+**”, o più semplicemente “Pride” (dall’inglese, orgoglio).

Un primo passaggio istituzionale significativo avvenne nel 1973, quando l’American Psychiatric Association votò la **rimozione dell’omosessualità dal DSM-II**, sostituendola con una formulazione meno patologizzante. (American Psychiatric Association, 1973) Ci vollero, però, moltissimi anni ancora, come si evince dalle prime righe di questo paragrafo, per arrivare alla sua depatologizzazione a livello globale.

Questo non elimina le discriminazioni subite dalla popolazione LGBTQIA+. Negli ultimi anni, alcune amministrazioni statunitensi sono stati eliminati tutti i riferimenti alle persone

trans dal sito e dal monumento di Stonewall, di conseguenza agiscono nello stesso modo anche le politiche delle aziende che trattano con gli Stati Uniti.

6.3.4. La legge sulle unioni civili Italiana

Pubblicata in Gazzetta Ufficiale n. 118 del 21.05.2016, la Legge del 20 maggio 2016 n. 76 introduce nell'Ordinamento italiano l'istituto dell'unione civile tra persone dello stesso sesso anagrafico quale specifica formazione sociale ai sensi degli articoli 2 e 3 della Costituzione e disciplina le convivenze di fatto, in vigore dal 5 giugno 2016.

La legge è composta da un unico articolo suddiviso in due parti:

- le unioni civili tra persone dello stesso sesso ai commi 1-35
- le convivenze di fatto ai commi 36-67

Si sottolinea che tale legge non equipara l'unione civile al matrimonio e che, pertanto, è ritenuta da buona parte della stessa comunità LGBTQIA+ un compromesso al ribasso.

6.4. Ruolo di genere

Termine alquanto dibattuto, il **ruolo di genere** indica una serie di **norme comportamentali** determinate dalla cultura associate al maschile e al femminile in un dato gruppo o sistema sociale. Ovviamente risente dei complessi meccanismi che variano da società a società. Racchiude, in senso stretto, le aspettative che vengono apprese consciamente ed inconsciamente, sin dalla tenera età, su cosa si aspetta chi ci circonda dal genere maschile e dal genere femminile. Essendo qualcosa che si insinua nel nostro subconscio è la quarta componente dell'identità sessuale.

L'espressione di genere, invece, è tutto quello che la persona presenta, coscientemente, del proprio genere tramite **l'apparenza fisica** (inclusi: i capi di vestiario, lo stile dei capelli, gli accessori, l'utilizzo di cosmetici) e i manierismi, il modo di parlare, di camminare, l'atteggiamento, il nome e le referenze personali (ossia anche i pronomi). È rilevante sottolineare inoltre che l'espressione di genere **può o meno essere conforme all'identità di genere** ed al ruolo di genere di una persona.

Si tratta, quindi, di un concetto ben diverso da quello di ruolo di genere, che, invece, rappresenta quanto il singolo individuo faccia propria l'impronta della società in cui vive.

Sulla base del concetto di ruolo di genere, infatti, si sorreggono tutti gli stereotipi che costituiscono la matrice del patriarcato e che causano e perpetuano la violenza di genere e nei confronti delle minoranze LGBTQIA+.

Sia l'espressione di genere che il ruolo di genere sono a loro volta differenti dalla “**normativa di genere**” che è l'insieme delle norme giuridiche che, nella pratica, tendono a favorire le differenze di genere tra gli uomini e le donne, rendendo più difficile, per queste ultime, una partecipazione alla vita economica e sociale alla pari con gli uomini, allontanando i due generi con una forbice sociale.

(Per un approfondimento sui ruoli di genere, vedi cap. 10.)

Bibliografia (Capitolo 6)

American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 2nd ed. Washington, DC: APA; 1968.

American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. Washington, DC: APA; 2013.

American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Text Revision (DSM-5-TR). Washington, DC: APA; 2022.

Judith Butler, L'alleanza dei corpi. Note per una teoria performativa dell'assemblea. Roma-Bari: Laterza; 2017.

Giovanni Dall'Orto, Tutta un'altra storia. Milano: Il Saggiatore; 2018.

Istituto Superiore di Sanità, Linee di indirizzo per la comunicazione del personale sanitario con i/le pazienti LGBT+. Roma: ISS; 2023. Consultato agosto 2024.

UpToDate, Deutsch MB, Buchholz D, et al. Reproductive health care for lesbian, gay, bisexual, queer, and other sexual minority individuals assigned female at birth. In: UpToDate. Waltham (MA): UpToDate Inc.; aggiornato agosto 2024. Consultato nel 2024.

World Health Organization, International Classification of Diseases, 10th Revision (ICD-10). Geneva: WHO; 1990.

World Health Organization, International Classification of Diseases, 11th Revision (ICD-11). Geneva: WHO; 2019.

World Professional Association for Transgender Health. Coleman E, Radix AE, Bouman WP, et al. Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8. Int J Transgend Health. 2022.

Unobravo, Asexualità: questa sconosciuta. Sito web divulgativo. Consultato agosto 2024.

Treccani, "Normalità". Vocabolario online.

Capitolo 7: Genere Trans

TW: il seguente capitolo include riferimenti a termini patologizzanti e stigmatizzanti, discriminazioni e violenze verso persone trans, approcci abilisti e colonialisti, medicalizzazione e sterilizzazione forzata, contenuti giuridici legati alla perdita di diritti e autodeterminazione, stigma sociale e istituzionale.

Premessa: Le esperienze di cui vogliamo parlare in questo capitolo, le esperienze delle vite trans, hanno bisogno di un linguaggio ampio, affermativo, **non discriminante** e preciso per poter essere raccontate. L'accordo sui termini utilizzati in questo capitolo e in questa guida è frutto di un lavoro **collettivo di personale sanitario e attivista**. Questa terminologia ha l'ambizione di essere, nella sua esaustività, il più **depatologizzante** possibile e può essere diversa dalla terminologia che si trova in altri manuali e scritti, soprattutto psichiatrici e medici in generale, sia datati ma anche, purtroppo, recenti.

Nota: il modo in cui si vuole esprimere la propria identità di genere attraverso modificazioni (chirurgiche e/o ormonali) non sempre risulta scontato/immediatamente comprensibile. Ci sono persone non binarie che non vogliono modificare il

proprio corpo in alcun modo; persone non binarie che invece vogliono intraprendere un percorso di affermazione di genere medicalizzato considerato 'standard' (quindi terapia ormonale ed eventuali interventi chirurgici); e ci sono persone non binarie che si trovano in (o desiderano arrivare a) situazioni ancora diverse rispetto a queste due già elencate. **Questo non le rende confuse o indecise.**

7.1 Introduzione e terminologia

I primi termini su cui spesso i media e i professionisti del settore fanno confusione sono: sesso, genere e identità, utilizzandoli in maniera **equivalente e impropria**. Abbiamo affrontato questi argomenti nel capitolo 6 “L’identità sessuale” in maniera dettagliata con i termini più aggiornati e fruibili; rimandiamo, quindi, al suddetto capitolo per eventuali chiarimenti.

Riprendiamo, invece, per utilità discorsiva, che, quando una persona si identifica con il sesso assegnato alla nascita, parliamo di persona **cisgender**. Al contrario, quando una persona non si identifica nel sesso assegnato alla nascita, parliamo di persona **transgender** (T). In questa guida, come già accennato nel capitolo 6, si preferisce il termine transgender al termine tra-nse-ssu-ale perché quest’ultimo ha una connotazione psichiatrica, medicalizzata, considerata da molti attivisti T obsoleta, patologizzante e, come tale, stigmatizzante.

Transgender non implica necessariamente un percorso di “transizione” da un genere (cui è preferibile il termine “affermazione di genere”), ma è più da considerare come termine ombrello, che comprende, senza mettere in una

posizione gerarchica, **tutti i diversi vissuti e modi di vivere delle persone che non si identificano con il sesso assegnato alla nascita**. Per questo è importante evitare espressioni come “ha transitato” per distinguere le persone transgender che hanno assunto una terapia ormonale (Gender Affirming Hormonal Therapy, **GAHT**) e/o compiuto operazioni chirurgiche di affermazione dei genitali (Gender-Affirming Surgery, **GAS**) dalle altre, come una certa letteratura fa, che sembra quasi sottintendere modi di essere transgender più completi o autentici di altri e lascia immaginare che GAHT e GAS siano il destino finale di **tutte** le persone trans.

7.1.1. Assegnazione del sesso alla nascita

Come già affrontato più dettagliatamente nel capitolo 6, prima ancora che possa agire nel contesto familiare e sociale, alle bambine viene attribuito un **ruolo sociale** in quanto maschio o femmina. Al concetto di sesso, come abbiamo detto, è legato l'atto che prende comunemente nome come "assegnazione del sesso alla nascita", ossia l'atto di **attribuire** l'appartenenza al genere maschile o femminile di una bambina al momento della nascita. Questo atto è di competenza medica e viene fatto in base a caratteristiche fenotipiche durante l'ecografia prenatale, la prima visita e/o l'esame obiettivo condotto subito dopo la nascita. Durante le visite delle specialiste ginecologhe, infatti, si assegna già il sesso delle nasciture e lo si comunica alle partorienti e le persone con cui si accompagna.

Questo ha diverse implicazioni, in quanto **porta a relazionarsi in maniera diversa fra bambini e bambine**, condizionandone lo sviluppo psicofisico e sociale, e interpretando in modo differenti comportamenti appropriati o non appropriati nell'interazione con altri bambini, che contribuisce a introiettare schemi comportamentali e stereotipi di ruolo di genere.

Per questa ragione, a nostro parere, si dovrebbe introdurre, fin dai primi passi della gestazione e, soprattutto, al momento di rivelare allə gestante (ed eventuale cogenitorə) il sesso atteso secondo l'esame ecografico, **una corretta spiegazione della differenza fra sesso e genere.**

La corretta attribuzione del sesso alla nascita ha sicuramente dei vantaggi clinici in un'ottica di medicina di genere: conoscere, infatti, l'anatomia e le caratteristiche sessuali primarie e secondarie porta a comprendere, almeno in parte, il corpo della persona che visitiamo, a sapere a quali screening indirizzarla e a sapere quali patologie e quali manifestazioni cliniche potremmo in futuro aspettarci.

La difficoltà, in quanto clinici e professionisti sanitari, è riuscire a **separare quello che dovrebbe rimanere un parametro clinico e, non anagrafico, dal rapporto con la paziente, per permettere la piena autodeterminazione delle persone.**

7.1.2. Storia delle identità trans

Le identità trans non sono un'invenzione dell'era moderna, ma sono **presenti già dalle più antiche civiltà**. Gli esempi più noti sono forse le persone Two Spirits nelle popolazioni native americane, i Femminielli napoletani, le persone Sistergirls e Brotherboys nelle popolazioni aborigene australiane, così come in Pakistan e in Bangladesh hanno da sempre un terzo genere.

Solo in epoca recente, sotto il **mandato coloniale occidentale** ed a partire da metà dell'800, sono state indicate come persone perverse, indegne, indemoniate, fino allo sterminio nazi-fascista nei lager come "omosessuali" (triangolo rosa, per AMAB) o "asociali" (triangolo nero, per AFAB).

Nello specifico, in Italia nel 1982 viene varata la **Legge 164**, che nasceva in realtà come sanatoria dello stato di cose in essere: infatti, le persone trans che andavano ad operarsi all'estero tornando con aspetto non conforme ai dati anagrafici fino ad allora **erano criminalizzate e incarcerate per il reato di camuffamento**. Dopo più di quarant'anni, questa legge, un tempo avanguardia europea, attualmente obsoleta e svuotata

in gran parte dalle Corti Costituzionale e di Cassazione, è diventata fra le più retrograde in Unione Europea, anche a causa della completa discrezionalità del giudice nell'emissione delle sentenze.

Anche la **classe medica**, negli anni, ha sempre considerato le persone trans in un'**ottica patologizzante**: ad esempio, nel DSM-IV (DSM quarta edizione, 1994) vengono classificate come affette da "Disturbo dell'identità di genere".

Successivamente, grazie alla campagna internazionale STP (Stop Trans Pathologization), mirata alla **depatologizzazione delle persone trans**, la condizione patologica migliora leggermente nel 2013, con il DSM V, quando il termine "disturbo" viene derubricato in "disforia", patologicamente meno grave, ma sempre e comunque malattia mentale e, inoltre, escludente le persone T che non presentano disforia.

Nel 2018 – approvato l'anno successivo ed in vigore solo dal 2022 – l'OMS ha pubblicato l'ICD-11 (classificazione internazionale delle malattie) nel quale la disforia veniva riclassificata in **incongruenza di genere** e spostata dal capitolo della salute mentale a quello della **salute sessuale**, con il seguente comunicato stampa:

“Nel frattempo, nell’ICD, anche l’incongruenza di genere è stata spostata dai disturbi mentali alle condizioni di salute sessuale. La logica è che, **sebbene sia ormai chiaro che non si tratta di un disturbo mentale**, e in effetti classificarlo come tale può causare un enorme stigma per le persone transgender, **rimangono significativi bisogni sanitari che possono essere meglio soddisfatti se la condizione è codificata sotto l’ICD.**”

(Testo originale: «Gender incongruence, meanwhile, has also been moved out of mental disorders in the ICD, into sexual health conditions. The rationale being that while evidence is now clear that it is not a mental disorder and indeed classifying it in this can cause enormous stigma for people who are transgender, there remain significant health care needs that can best be met if the condition is coded under the ICD.»)

Purtroppo, in Italia, nei centri per l’affermazione di genere viene ancora richiesta la diagnosi di disforia, per via psichiatrica o psicologica, qualora si desideri accedere alla GAHT, alla GAS o al **percorso di affermazione anagrafica**. Al contrario di molti Paesi UE, inoltre, non è ancora possibile avere sui documenti un sesso neutro né ometterne l’indicazione che può solo essere M o F.

Un approfondimento sugli aspetti giuridici del percorso di affermazione di genere è consultabile alla fine di questo capitolo.

Negli ultimi anni, in diversi Paesi, si stanno osservando **restrizioni normative e culturali** che incidono sull'accesso ai diritti e alle cure per le persone transgender; stiamo vedendo un progressivo cambio di rotta, limitazioni dei diritti delle persone T, fino ad una vera e propria **cancellazione giuridica e culturale della loro esistenza**.

7.1.3. Affermazione di genere in età evolutiva

Al momento della pubertà possono insorgere intenso disagio fisico ed emotivo per i cambiamenti corporei che si sviluppano progressivamente in una direzione non voluta e non desiderata, come la crescita dei peli del viso e del corpo, l'abbassamento del tono di voce e lo sviluppo dei genitali in adolescenti AMAB, o lo sviluppo del seno e la comparsa delle mestruazioni in adolescenti AFAB (Forcier, UpToDate 2024).

A causa dello stigma sociale e istituzionale e del disagio corporeo, i3 adolescenti trans sono una popolazione più vulnerabile dal punto di vista psicologico, con un rischio più elevato, documentato in studi osservazionali nordamericani ed europei (Tordoff et al., 2022), di sviluppare ansia, depressione, abbandono scolastico, isolamento sociale, disturbi alimentari, fino a condotte autolesioniste e suicidio.

Parallelamente, un'aumentata vulnerabilità psicologica e alcune psicopatologie sembrano manifestarsi o peggiorare proprio nel corso della pubertà, fase già particolarmente impegnativa per tutti, in cui l'angoscia di doversi confrontare con modificazioni corporee fuori controllo – a maggior ragione quando indesiderate – svolge un ruolo importante sul corretto sviluppo psichico della persona.

Per ridurre il suddetto disagio psicofisico, oltre a dare all'adolescente la possibilità di esplorare ulteriormente il proprio genere, è stato proposto da più di trent'anni l'uso di **farmaci sospensori della pubertà** (conosciuti anche come "bloccanti") che hanno lo scopo di sospendere temporaneamente la progressione delle modificazioni puberali, come già impiegati da molto tempo nella terapia della pubertà precoce (Hembree et al., 2017).

Questi farmaci – fra cui la triptorelina, resa famosa dalle recenti cronache politiche (vedi ingerenze parlamentari avvenute all'ospedale Careggi nell'aprile 2024) – sono sospensori transitori e, nella maggior parte dei casi, reversibili. Diversi studi osservazionali hanno associato l'accesso alla soppressione puberale e, più in generale, alle cure mediche affermative, a esiti di salute mentale più favorevoli e a minore ideazione suicidaria, pur con i limiti metodologici tipici degli studi non randomizzati (Turban et al., 2020; Tordoff et al., 2022).

Si sottolinea, da subito, che questi farmaci vengono prescritti solo dopo attenta valutazione multiprofessionale e con l'assenso dell'adolescente. L3 genitori, in questo percorso, sono sempre parte attiva del processo decisionale

relativamente alla terapia – a partire dal consenso informato – il cui scopo non è né sterilizzare chimicamente e definitivamente, né modificare orientamento e identità sessuale, ma **dare più tempo a bambin3 e ragazz3 sofferenti e alle loro famiglie** per prendere consapevolezza della loro situazione, arrivando a scelte ponderate e mature, e aiutare l3 adolescenti a ritrovare la propria serenità, impedendo lo stigma sociale e riducendo i rischi sopraelencati, come riportato in studi osservazionali.

Purtroppo, se l'accesso ai centri per l'adeguamento dell'identità di genere in età adulta tramite SSN è difficile e con tempi di attesa lunghissimi, **per l'età pediatrica è ancora più difficile** per la scarsa diffusione dei centri specializzati e per la scarsa formazione dell3 professionist3 e dell3 genitor3 in materia. Se, tra l'altro, già culturalmente l'accettazione familiare delle varianti di genere è piuttosto rara, anche per l'imposizione del ruolo di genere associato al sesso assegnato alla nascita, dal punto di vista medico-professionale ci sono forti lacune stereotipizzanti come il classico “Vedrà, è solo una fase, passerà” fino ad arrivare all'orrore delle terapie riparative – o di conversione – tramite “professionist3” o costrizioni imposte dalla famiglia.

Per questo è importante che anche i3 pediatri3 siano formati3 per riconoscere queste possibili esperienze, nonché le violenze che i3 bambini3 possono subire per “rientrare nel ruolo assegnato alla nascita”.

(Per approfondimenti riguardo la presa in carico multidisciplinare in età evolutiva si rimanda agli Standards of Care versione 8 della WPATH, capitoli 6 “adolescenti” e 7 “bambini3”).

7.1.4. Affermazione di genere in età adulta

La presa di coscienza del proprio genere, come già detto nel percorso pediatrico, può arrivare dalla prima infanzia fino alla maturità avanzata (40-50 anni), anche se mediamente si può dire che inizi con lo sviluppo puberale o adolescenziale.

La **presa di coscienza tardiva** può dipendere da vari fattori come le influenze sociali (stigma), rifiuto personale, ma anche alla concezione che l'orientamento sessuale viene ancora per lo più pensato come indissolubile dall'identità di genere. In età adulta, però, la persona è pienamente autonoma e responsabile delle proprie scelte, mentre in età adolescenziale e, soprattutto, puberale è sottoposta ancora all'accettazione – o rifiuto – della famiglia e dell'ambiente scolastico. Per quest'ultimo motivo risultano molto importanti le **carriere alias** (ossia la possibilità di utilizzare sui documenti scolastici e lavorativi il nome scelto al posto di quello anagrafico) per lo studenti, per il loro corretto sviluppo psicofisico ed emotivo, e sul posto di lavoro. È quindi auspicabile, per il futuro, un'ampia diffusione delle carriere alias, compreso l'ambito adulto e lavorativo, per evitare l'aumento di stress psicofisico che può

essere vissuto dalle persone nel percorso di auto-accettazione e affermazione.

7.1.5. Le criticità nell'accesso agli ambienti sanitari per le persone Trans

In ambito medico/clinico, i problemi principali rispetto alle varianti di genere – oltre ovviamente all'omo-lesbo-bi-a-transfobia diffusa in ambiente sanitario, come in tutta la società – sono l'utilizzo del corretto pronome, specie prima della riassegnazione anagrafica, e l'imbarazzo dell3 pazienti prima dell'affermazione chirurgica nel caso debbano essere esposte le parti genitali e/o le caratteristiche sessuali secondarie.

Un'**adeguata formazione del personale sanitario** clinico e amministrativo, per affrontare questi temi, dovrebbe iniziare fin dalla carriera universitaria, per proseguire nei percorsi di specializzazione e aggiornamento. Vediamone alcuni:

- **Stereotipizzazione:** Deve assolutamente essere evitata ogni stereotipizzazione dell3 pazienti trans, troppo spesso associat3 alla prostituzione e alla promiscuità e come tali

portatori cert3 di IST (allo stesso modo, non devono essere stigmatizzate le persone che per scelta o sopravvivenza sono sex workers).

- **Il pronome ed il dead-name:** In molte strutture ambulatoriali l3 pazienti in attesa vengono spesso appellate per nome, usando quello sul foglio di prenotazione, ma questo può creare forte imbarazzo per chi ha un'espressione di genere non conforme con i dati anagrafici. Per iniziare ad abituarsi alla terminologia non binaria può essere utile l'appello per cognome, per chiedere in visita all3 paziente come preferisce essere chiamat3 e con che pronomi, usando la frase "come posso rivolgermi a lei/te?"

Nota: Per approfondire le modalità più appropriate con cui interfacciarsi rispettosamente all3 pazienti, rimandiamo al capitolo 15 sulla Visita Transfemminista.

- **Il ricovero in un reparto ospedaliero:** tenendo conto delle difficoltà burocratiche interne all'ambiente ospedaliero, in caso di evento programmato, le strutture dovrebbero dimostrarsi accoglienti e prendere in considerazione le richieste dell3 pazienti secondo la loro identità di genere – o non genere – in modo da poter

essere ricoverate secondo la propria espressione. In caso di ricovero in urgenza, questo può essere più difficile da comunicare e realizzare, ma, riporta una paziente trans, “nonostante la mia forte difficoltà a respirare la mia prima preoccupazione era: non mi metteranno nel reparto maschile, vero?!”. Può sembrare un atteggiamento superficiale ma evidenzia lo stress subito che certo non migliora la situazione clinica. Fortunatamente, soprattutto dal COVID-19, gli stanzoni di ricovero sono stati in genere ridotti a stanze da due a quattro letti, dove è più facile rispettare la privacy della paziente trans e delle persone con loro ricoverate, utilizzando sempre e comunque le tendine di separazione durante le visite e l'igiene della persona.

È sempre molto importante dimostrare piena accoglienza ed empatia per far sentire a proprio agio durante le visite e/o i trattamenti le persone trans all'interno della struttura sanitaria, dal momento che sono semplicemente pazienti, come tutti, e rassicurandoli nel caso si riscontri un eventuale diffidenza a proposito.

7.2. Il percorso medico di affermazione di genere

Non avendo questa guida lo scopo di essere un libro di testo, vengono qui riportate le informazioni strettamente utili; suggeriamo, se interessate, di approfondire ulteriormente tramite testi più completi.

7.2.1. Gender Affirming Hormone Therapy (GAHT)

Per le persone AMAB comprende l'utilizzo di preparati a base di **estrogeni** (per via orale, transdermica o iniettiva) che hanno un ruolo "femminilizzante" e **antiandrogeni** (divisi in agenti a livello centrale o periferico) che hanno un ruolo "demascolinizzante".

Possono essere anche usati i GnRH analoghi, le stesse molecole dei "bloccanti la pubertà", utilizzati, eccezionalmente "off label" negli adulti con gravi effetti collaterali causati dagli antiandrogeni o in caso di controindicazioni assolute all'utilizzo degli estrogeni. Non sono, ad oggi, utilizzati i progestinici, in quanto hanno un tasso di effetti indesiderati più elevato rispetto al beneficio (Deutsch, UpToDate 2024).

Per le persone AFAB le principali terapie hanno uno scopo di induzione della “mascolinizzazione”. Si tratta per lo più del **testosterone** (iniettivo, transdermico, orale), che viene mantenuto in range comparabili a quelli persone cis-AMAB. L’amenorrea si verifica, di solito, entro 1-18 mesi, ma le formulazioni transdermiche si associano ad un maggior rischio di sanguinamenti vaginali persistenti ed indesiderati. I progestinici vengono utilizzati solitamente all’inizio della terapia, per velocizzare l’interruzione del flusso mestruale, e in seguito in coloro che non intendono sottoporsi a gonadectomia, per contrastare l’iperplasia endometriale. Anche in questo caso, se reso necessario, possono essere utilizzati off label gli analoghi GnRH (Deutsch, UpToDate 2024).

In Italia tutti questi farmaci sono sempre a distribuzione ospedaliera sotto piano terapeutico (nota 648) di centri specialistici o, altrimenti, in fascia C con pagamento completamente a carico dellə paziente.

7.2.2. Gender Affirming Surgery (GAS)

Rapidamente distinguiamo:

- **Interventi di femminilizzazione**
 - genitale: inversione del pene con vaginoplastica, orchietomia (che sopprime completamente la produzione di testosterone, utile in caso di mancato raggiungimento del livello di femminilizzazione desiderata);
 - toracica: mastoplastica additiva.
- **Interventi di mascolinizzazione**
 - genitale: metoidioplastica (conosciuta colloquialmente come “meta”, è la ricostruzione di un clitoride ingrandito, ormonalmente trattato prima dell’operazione con testosterone), falloplastica (creazione di un neofallo), isterectomia e/o ovariectomia (per esempio in caso di mestruazioni indesiderate, desiderio di evitare di sottoporsi a futuri esami cervicali), colpectomia/ vaginectomia (in caso di atrofia/ disagio vaginale causato dalla terapia a base di testosterone);
 - toracica: mastectomia e ricostruzione di un torace maschile.

7.2.3. Preservazione della Fertilità

Come suggerito dagli ultimi **Standard di Cura** (8a ed.), il desiderio di genitorialità e le opportunità di preservazione della fertilità dovrebbero essere esplorate **prima** di iniziare il percorso medicalizzato di affermazione di genere, per rendere la paziente pienamente consapevole delle possibilità reali che ha (ovvero, non solo l'adozione).

La conservazione dei gameti nelle persone AMAB è un pochino più semplice perché è sufficiente una raccolta del liquido seminale, ma bisogna sempre tenere in conto che la paziente potrebbe avere disagio nei confronti dei propri genitali. Nelle persone AFAB è un pochino più indaginoso, perché per fare la conservazione degli ovociti è necessaria una stimolazione ormonale (vedi cap. 11). Si sottolinea che non ci sono controindicazioni specifiche, se non il fatto che ritarda l'inizio della terapia di affermazione di genere (Deutsch, UpToDate 2024).

Dal momento che non tutte le persone AFAB che fanno una GAHT mascolinizzante sono rese sterili, è da sottolineare la possibilità di gravidanze in specifiche situazioni (es.

sospensione della terapia). Qualora questa eventualità non fosse desiderata, sarebbe opportuno presentare il ventaglio dei metodi contraccettivi (Deutsch, UpToDate 2024).

7.2.4. La contraccezione

Persone transgender AMAB: per quanto sia verosimile che la terapia con estrogeni e antiandrogeni possa compromettere la spermatogenesi, non si può escludere che, tramite un rapporto penetrativo vaginale con una persona con apparato riproduttivo AFAB fertile, venga indotta una gravidanza. Pertanto, nel caso in cui si avessero rapporti penetrativi vaginali, si deve valutare un metodo contraccettivo. È possibile che per la persona AMAB vi sia una riduzione della tumescenza (un'erezione incompleta) a causa della terapia ormonale di affermazione di genere, rendendo difficile l'utilizzo del condom, che comunque, ove possibile, è da preferire per la protezione dalle IST.

Persone transgender AFAB: mentre le procedure chirurgiche sugli organi genitali determinano una perdita permanente della fertilità, i trattamenti ormonali per l'affermazione di genere causano variabili, ma verosimilmente reversibili, riduzioni della capacità riproduttiva. Sebbene i farmaci come il testosterone

determinino generalmente amenorrea, ciò **non significa assenza di ovulazione**, pertanto, permane un rischio di gravidanza. Questo significa che la GAHT non è una valida ed efficace opzione contraccettiva, oltre a presentare effetti teratogeni sul feto. I contraccettivi da preferire nelle persone AFAB che fanno GAHT con testosterone sono quelli che non contrastano la terapia in atto: quindi quelli a base di solo progesterone, senza estrogeni, e che non abbiano attività anti-androgenica (come Desogestrel, Lynesterol, Medrossiprogesterone, Levonorgestrel, Etonorgestrel) disponibili in formulazione orale, sottocutanea, o in dispositivi intrauterini.

Ciò nonostante, la GAHT **NON** rappresenta una controindicazione a nessun tipo di contraccezione ormonale (**compresa quella di emergenza!**).

7.2.5. La prevenzione delle patologie acute e croniche

Le raccomandazioni di screening e prevenzione per le persone transgender che NON fanno e/o hanno fatto terapia ormonale e/o chirurgia di affermazione (sottolineiamo ancora una volta che avere un'identità trans non significa desiderare di affermare fisicamente e clinicamente o chirurgicamente la propria identità) rientrano nelle medesime raccomandazioni della popolazione generale.

Donne transgender:

1. Controllare il testosterone totale, che rimanga nei livelli desiderati dalla paziente.
2. Misurare il potassio e la funzione renale nelle pazienti che utilizzano spironolattone.
3. Monitorare che la concentrazione di Estradiolo (E2) non superi il livello fisiologico.
4. Alcune linee guida suggeriscono di controllare i livelli di Prolattina in quanto, in rari casi, si è visto un aumento dei valori, soprattutto in chi assume ciproterone acetato (l'antiandrogeno più comunemente impiegato).
5. Valutare l'ecografia sovrapubica della **prostata**. La prostata, infatti, non viene più rimossa nella

femminilizzazione chirurgica dei genitali, e sebbene coloro che assumono ormoni femminilizzanti vedano una riduzione del rischio di tumore, il grado di riduzione non è noto. Inoltre, bisogna sottolineare che **se si controlla il PSA questo può risultare falsamente basso** in un setting di riduzione androgenica anche in presenza di tumore della prostata.

6. Solitamente, la **mammografia** di screening non è routinariamente eseguita, può ugualmente essere utile inserire le pazienti nei programmi di screening (cosa che in Italia, tipicamente, avviene al momento del cambio dell'anagrafica) in quanto l'esposizione agli ormoni femminilizzanti e al progesterone può verosimilmente causare un aumento del rischio. Ad aumentare ulteriormente il rischio ci sono anche: utilizzo di estrogeni/progestinici per più di 5 anni, familiarità positiva per neoplasia della mammella ed un BMI > 35. Risulta, comunque, importante sottolineare alle pazienti che **il rischio rimane comunque inferiore rispetto alle persone AFAB.**
7. Indagare la familiarità e la storia clinica personale di **tromboembolismo**, e suggerire l'interruzione di comportamenti a rischio come il fumo di sigaretta, dal

momento che le donne trans che utilizzano estrogeni possono avere un più alto rischio di tromboembolismo venoso. Tuttavia, in assenza di familiarità o precedenti in anamnesi, non è raccomandato lo screening trombofilico prima della terapia (così come per l'utilizzo della pillola contraccettiva nelle donne AFAB cis

(Deutsch, UpToDate 2024).

Uomini transgender:

1. Monitorare il testosterone totale, che deve essere mantenuto nel range di valori fisiologico delle persone AMAB (400-800 ng/dl o 13,9 - 27,7 nmol/l e non superi il valore 1000 ng/dl o 34,7 nmol/l).
2. Non è necessario eseguire la mammografia per coloro che vanno incontro alla mastectomia, ma risulta ugualmente importante l'**autoesame palpatorio regolare**.
3. Eseguire il **Pap-test in coloro che hanno ancora tessuto cervicale** risulta fondamentale, come per le altre persone AFAB. Attenzione, però, che il prelievo può essere influenzato dall'utilizzo di testosterone, motivo per cui risulta importante, durante il prelievo, sottolineare la cosa in modo che venga riportato al patologo. Per coloro

4. che non hanno mai avuto rapporti penetrativi, in considerazione dell'effetto traumatico che il test può avere, può essere utile chiedere l'opinione del paziente e soppesare il rischio-beneficio.
5. Monitorare l'**ematocrito, che non deve superare il 50%**, e sottolineare l'importanza di un buono stato di idratazione, poiché nei pazienti che assumono androgeni si può evidenziare un'eritrocitosi.

Persone transgender in generale:

1. Osteoporosi e densità ossea

Non ci sono studi a lungo termine che ne valutino il rischio, ma è sensato pensare che le persone AMAB che vanno incontro a gonadectomia aggiungano questo rischio ad eventuali altri rischi di osteoporosi (come il fumo, etnia caucasica o asiatica, familiarità, tireopatie, etc.). Aumenta ulteriormente il rischio l'aderenza non completa alla terapia ormonale.

Risulta in ogni caso utile avvisare i pazienti di fare esercizio in contro resistenza che conservi una buona massa muscolare, così come si indica alle persone AFAB.

È utile sapere che le **donne transgender** che hanno svolto una terapia ormonale femminilizzante hanno una **minore densità ossea** rispetto alle altre persone AMAB (si ritiene

anche per una riduzione dell'attività fisica e per i livelli minori di vitamina D).

Gli uomini transgender, invece, hanno in generale una densità ossea inferiore rispetto alle persone AMAB, in particolare in caso di ovariectomia, indipendentemente dalla supplementazione testosteronica, che comunque sembrerebbe aumentarne la densità rispetto alle altre persone AFAB.

In generale, è utile proporre lo screening per osteoporosi a:

- Pazienti transgender che abbiano eseguito gonadectomia (sia AMAB, che AFAB) e abbiano una storia di almeno 5 anni senza terapia ormonale sostitutiva (TOS) o con una non corretta assunzione della suddetta, indipendentemente dall'età.
- Persone tra i 50 e i 64 anni sulla base dei fattori di rischio per osteoporosi (ricordiamo l'utilità del Frax Score ©), includendo pazienti con sola soppressione androgenica o con evidenza di uno stato ipogonadico prolungato.
- Dai 65 anni è utile eseguire lo screening, almeno col Frax Score ©, a **tutte** le persone transgender.

2. IST

Le indicazioni sullo screening delle Infezioni Sessualmente Trasmissibili sono le **medesime della popolazione generale**; lo sottolineiamo in considerazione dello stigma, già accennato, che correla le persone trans ad un più alto rischio di IST. Il rischio di IST dipende esclusivamente dalle abitudini sessuali e dal rischio specifico ad esse relativo. (Per approfondimento, vedi cap. 9).

3. Rischio cardiovascolare

Il rischio cardiovascolare **aumenta rispetto alla popolazione generale**, soprattutto nelle donne transgender che assumono ormoni femminilizzanti. Il rischio a lungo termine non è ancora chiaro, ma gli attuali studi vedono un aumento della morbilità e della mortalità. Il rischio, viceversa, del testosterone negli uomini trans non è ancora chiaro, ma gli studi, ad oggi, non hanno associato un aumento del rischio. In generale negli uomini trans che assumono testosterone si è visto un peggioramento dei parametri dell'assetto lipidico, con una riduzione delle HDL (il colesterolo "buono") ed un aumento delle LDL (il colesterolo "cattivo"). Nelle donne cis e trans che assumono estrogeni orali si è visto un aumento dei trigliceridi (Nota et al., 2019).

4. Diabete mellito

Rispetto alla popolazione generale, uno studio danese ha visto un **aumento della frequenza** di diabete mellito di tipo 2 (non insulino-dipendente).

In generale, gli uomini transgender che avevano una diagnosi di PCOS (sindrome dell'ovaio policistico) andrebbero screenati come le altre persone AFAB con tale diagnosi. Inoltre, la terapia testosteroneica può aumentare il grasso viscerale e la glicemia, con lievi effetti sull'insulino-resistenza.

Dall'altro lato, le donne transgender in terapia estrogenica hanno un più alto rischio di insulino-resistenza, aumento di peso e aumento del grasso corporeo.

7.3. Il percorso giuridico di affermazione di genere in Italia

Affrontiamo il percorso giuridico di affermazione sociale. La frase che manca alla società odierna per affrontare l'argomento è: **autodeterminazione sociale dell'identità della persona.**

Per prima cosa un po' di storia. La legge italiana che ha avviato l'iter di riaffermazione del genere anagrafico è la, già accennata, n° 164 del 1982 con le sue successive modifiche ottenute tramite sentenze Costituzionali e di Cassazione. Prima di questa legge le persone trans erano considerate "socialmente pericolose" dall'art-1 della legge 1423 del 1956. Nasce, quindi, come sanatoria, nel tentativo di legittimare qualcosa considerato irregolare e/o anomalo: le persone trans.

La legge 164/1982, composta originariamente da 7 articoli, prevedeva che una sentenza del tribunale attribuisse a una persona un **sesso diverso da quello enunciato nell'atto di nascita** a seguito di intervenute modificazioni dei suoi caratteri sessuali (art. 1). Inoltre, stabiliva che, quando ritenuto necessario, la giudice istruttore disponesse con ordinanza una

consulenza tecnica d'ufficio (CTU, nominato dal tribunale, ma pagato dalla persona richiedente salvo gratuito patrocinio, i cui tempi di attesa sono mediamente di circa sei mesi, ndr) intesa ad accertare le condizioni psico-sessuali dell'interessatø (art. 2) e che, quando occorreva un adeguamento dei caratteri sessuali mediante trattamento medico-chirurgico, fosse il tribunale ad autorizzarlo (art. 3) (Legge 14 aprile 1982, n. 164).

Nel 2011, con d.lgs. 150/2011 sono stati abrogati gli articoli 2 e 3, **eliminando così l'obbligatorietà dell'accertamento delle condizioni psico-sessuali tramite CTU** (lasciato ora alla discrezionalità dellø giudice) e dell'autorizzazione giudiziale al trattamento medico-chirurgico desiderato dall'interessatø, oltre all'obbligo del tribunale di verificarne l'effettuazione.

Questa evoluzione è stata in seguito confermata dalla Corte d'Appello di Genova e, in maniera definitiva, dalla Corte costituzionale con la sentenza n. **221/2015**, che ha chiarito come oggi sia possibile ottenere la **rettificazione anagrafica del sesso senza dover passare obbligatoriamente per un intervento chirurgico** e quindi senza dover subire sterilizzazione forzata (Corte Cost., sent. n. 221/2015).

Dal punto di vista pratico, i vuoti normativi lasciati dall'abrogazione sono oggi disciplinati dall'art. 31 del d.lgs. 150/2011. Dal punto di vista pratico, la richiesta di rettificazione del sesso anagrafico va presentata al tribunale di residenza.

Se sono presenti **coniuge ed eventuali figli**, quest3 ultim3 ricevono un atto di citazione per la causa, tramite notifica, a cui partecipa anche unø pubblico ministero, poichè hanno diritto a essere coinvolt3 nella decisione e, se lo ritengono, a presentare opposizione.

L'articolo 7, infine, prevede l'estinzione dei reati eventualmente derivanti dal trattamento medico-chirurgico disciplinato dagli articoli precedenti.

Questo articolo, insieme all'articolo 1, ha costituito la base della già citata **Sentenza n. 221/2015**, che ha convalidato un **concetto di identità sessuale più moderno**, che considera non solo gli organi genitali esterni, ma anche gli aspetti psicologici e sociali dell'individuo.

In particolare, si è riconosciuto che il trattamento chirurgico è altamente invasivo, oltre che potenzialmente incompatibile con condizioni soggettive come età, patologie pregresse o altre situazioni individuali. La Corte costituzionale ha quindi

dichiarato **incostituzionale l'obbligo di intervento chirurgico demolitivo**, che implicava la sterilizzazione forzata tramite demolizione dei genitali, stabilendo che la richiesta di cambio anagrafico non può più essere respinta sulla base del mancato intervento chirurgico.

La sentenza evidenzia inoltre che la dissociazione tra identità di genere e sesso assegnato può generare una sofferenza psicologica, senza provocare però anche una sofferenza fisica tale da necessitare il procedimento medico-chirurgico. In tal senso, la sentenza della Corte Costituzionale permette alle giudice di **autorizzare il cambio anagrafico senza obbligo di intraprendere il trattamento medico-chirurgico**.

In definitiva, non è più obbligatorio eseguire un intervento chirurgico (sterilizzazione forzata) per ottenere il cambio di sesso anagrafico. Rimane invece **necessario il passaggio in tribunale** quando la richiesta riguarda l'**adeguamento dei caratteri sessuali tramite intervento chirurgico demolitivo** (in quanto comporta comunque l'amputazione di parti sane del corpo) e/o il **cambio anagrafico**, che vengono quindi autorizzati tramite sentenza.

Questo iter non si applica, ad esempio, alla mastoplastica additiva per le persone AMAB né ai trattamenti farmacologici, che possono essere attivati dalle équipe psico-endocrinologiche dopo la valutazione clinica del caso, sia per persone adolescenti sia adulte.

Infine, l'articolo 4 della legge 164/1982 nel 2014 è stato ritenuto **illegittimo** nel passaggio relativo allo **scioglimento matrimoniale**, in quanto non consentiva alla coppia di continuare a costituire una famiglia. Per colmare questo vuoto normativo, la Corte costituzionale ha introdotto il comma 4-bis, che autorizzava, in caso di accordo tra l3 coniug3 e di accoglimento della richiesta di riattribuzione del sesso, il mantenimento del matrimonio fino all'entrata in vigore di un nuovo strumento normativo (la legge sulle Unioni Civili, di cui si parla nel capitolo 6, che prevede l'inserimento della coppia nel registro delle unioni civili) (Corte Cost., sent. n. 180/2017). Va sottolineato che, in ogni caso, il matrimonio cattolico non è più un'opzione praticabile dopo il cambio anagrafico.

Rimane, invece, un **vuoto normativo riguardante le unioni same-sex in Italia**, regolamentate dalla legge n. 76 del 20 maggio 2016, che non prevede la **stepchild adoption**.

Sull'atto integrale di nascita della persona transgender e delle coniugæ vengono inserite delle annotazioni a margine, per cui la persona che ha effettuato il cambio anagrafico rimane genitoræ e **mantiene il legame filiale** con le proprie figliæ, preservando così i diritti e doveri genitoriali (risultando in una figliæ, di fatto, di genitor3 in una coppia same-sex).

In Italia, i percorsi per attuare il percorso di affermazione di genere, seguono principalmente il **protocollo ONIG** (Osservatorio Nazionale per le Identità di Genere). Questo protocollo prevede, ancora oggi, il cosiddetto "test di vita" (punto 3: "È raccomandabile che la persona abbia avuto la possibilità di sperimentarsi socialmente nel genere vissuto come proprio, prima dell'accesso alle terapie chirurgiche affermative del genere"), che implica provare a vivere nel genere esperito senza avere ancora documenti e anagrafiche coerenti. Oltre a questo, è previsto un **percorso psicologico**, che spesso avviene con personale dei CSM/CPS non sempre formato sulle tematiche transgender; in molti casi le persone devono rivolgersi a professionisti privati a loro spese (ONIG, Linee guida).

Un altro riferimento internazionale è rappresentato dal protocollo WPATH, che però in Italia è ancora poco diffuso (Coleman et al., 2022).

Quello che emerge dalla lettura di questa legge è che si tratta di un procedimento che di fatto **demanda alle singole giudice**, alla sua formazione e alle sue convinzioni, la decisione finale sulla vita della persona (decisione che può essere supportata da consulenze psicologiche e mediche richieste dal tribunale).

Dal punto di vista politico e sociale, la legge presenta **diverse criticità**, risultando:

- **Ambigua**: può essere interpretata in modi estremi, ad esempio implicando procedure che portano a sterilizzazione; inoltre spesso il consenso informato risulta incompleto: dopo alcuni anni di TOS (Terapia Ormonale Sostitutiva), di solito si verifica un'atrofia dei genitali (che può determinare una marcata soppressione della funzione gonadica), ma in molti casi la paziente non viene adeguatamente informata sulla possibilità di conservare i gameti, con costi elevati e procedure non sempre più utilizzabili dopo il cambio anagrafico (cfr. L. 40/9; approfondimento nel capitolo 11 sulla genitorialità).

- **Obsoleta:** non risponde ai nuovi bisogni di salute delle persone transgender, inclusi quelli relativi a cittadinanza, privacy e tutela della minore con incongruenza di genere.
- **Opprimente:** non rispetta il principio di autodeterminazione di genere.
- **Onerosa:** anche tramite Servizio Sanitario Nazionale, sia dal punto di vista economico (fino a 1500 euro per una relazione psicologica), sia dal punto di vista psicologico ed emotivo, a causa dei lunghi tempi di attesa.

Alla luce delle attuali politiche reazionarie che si stanno diffondendo a livello internazionale, riteniamo fondamentale **rafforzare la formazione medica** sulle tematiche transgender. Questo è essenziale non solo per migliorare la presa in carico e la tutela delle persone trans, ma anche per **affermare la loro esistenza e i loro diritti** in ambito sanitario.

Bibliografia (Capitolo 7)

American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. Washington, DC: APA; 2013.

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Text Revision (DSM-5-TR). Washington, DC: APA; 2022.

World Health Organization, International Classification of Diseases, 11th Revision (ICD-11). Geneva: WHO; 2019.

World Professional Association for Transgender Health, Coleman E, Radix AE, Bouman WP, et al. Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8. *Int J Transgend Health*. 2022.

Hembree WC, Cohen-Kettenis PT, Gooren L, et al., Endocrine Treatment of Gender-Dysphoric/Gender-Incongruent Persons: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. *J Clin Endocrinol Metab*. 2017.

Turban JL, King D, Carswell JM, Keuroghlian AS., Pubertal Suppression for Transgender Youth and Risk of Suicidal Ideation. *Pediatrics*. 2020;145(2):e20191725.

Tordoff DM, Wanta JW, Collin A, et al., Mental Health Outcomes in Transgender and Nonbinary Youths Receiving Gender-Affirming Care. *JAMA Network Open*. 2022.

Nota NM, Wiepjes CM, de Blok CJM, et al., Occurrence of Acute Cardiovascular Events in Transgender Individuals Receiving Hormone Therapy. *Circulation*. 2019.

UpToDate, Forcier M, et al. Gender development and clinical presentation of gender diversity in children and adolescents. In: UpToDate. Waltham (MA): UpToDate Inc.; aggiornato 2024. Consultato agosto 2024.

UpToDate, Deutsch MB, et al. Transgender women: Evaluation and management. In: UpToDate. Waltham (MA): UpToDate Inc.; aggiornato 2024. Consultato agosto 2024.

UpToDate, Deutsch MB, et al. Transgender men: Evaluation and management. In: UpToDate. Waltham (MA): UpToDate Inc.; aggiornato 2024. Consultato agosto 2024.

UpToDate, Deutsch MB, et al. Primary care of transgender individuals. In: UpToDate. Waltham (MA): UpToDate Inc.; aggiornato 2024. Consultato agosto 2024.

Corte costituzionale, Sentenza n. 221/2015., Sentenza n. 180/2017.

Legge 14 aprile 1982, n. 164., Norme in materia di rettificazione di attribuzione di sesso.

ONIG – Osservatorio Nazionale sull'Identità di Genere., Linee guida per il percorso di affermazione di genere.

Capitolo 8: Comunità LGBTQIA+ e accesso alle cure

TW: Il seguente capitolo include riferimenti a pratiche di discriminazione, violenza istituzionale e abusi medici nei confronti di persone LGBTQIA+. Sono inoltre presenti citazioni di linguaggio patologizzante e stigmatizzante, menzioni di terapie riparative, omocausto, persecuzione, sterilizzazione, esperimenti, trauma, salute mentale, suicidio e condotte autolesive. Alcuni termini e descrizioni storiche vengono mantenuti per contestualizzare la medicalizzazione e la successiva depatologizzazione delle identità LGBTQIA+.

8.1. Introduzione

Esiste un modo diverso di accedere ai servizi di salute tra popolazione LGBTQIA+ e popolazione generale?

L'affermarsi della medicina di genere ha messo in crisi la nozione – storicamente acquisita – secondo cui i dati della letteratura più consolidati siano automaticamente generalizzabili alla popolazione nella sua complessità. Questa distorsione è particolarmente evidente quando le maggiori evidenze si basano su campioni prevalentemente maschili, adulti (con esclusione delle fasce “non produttive”) e

tendenzialmente eterosessuali (Barlek et al., 2022). Da qui è derivata la nascita di discipline, sottospecializzazioni e servizi dedicati alle persone che, in qualche modo, escono da questo canone di presunta universalità.

Questa apparente rivoluzione, più che mettere davvero in crisi l'idea di una medicina eteropatriarcale e orientare la ricerca, la prevenzione e la cura verso tutta la popolazione, ha spesso portato a **“settorializzare” i bisogni di salute delle persone LGBTQIA+**.

Un esempio pratico: **i servizi di prevenzione e cura** delle infezioni sessualmente trasmesse nati per **rispondere alla pandemia HIV** tra anni '80 e '90 hanno risposto a un bisogno di salute emergente e pressante, e sono stati fortemente voluti e sostenuti dall'associazionismo e dall'attivismo (France, 2016; Schulman, 2021; Epstein, 1996). Ancora oggi, il ruolo delle **associazioni e delle realtà politiche** rimane cruciale per divulgazione, sensibilizzazione e lotta allo stigma su HIV e IST, oltre che per l'accesso alla prevenzione (Di Giuseppe et al., 2013; Sun et al., 2022; Dubé et al., 2019; Epstein, 1996).

Il rovescio della medaglia è che la diffusione di questi servizi, invece di mettere in crisi il modello di medicina eteropatriarcale insegnato nelle università e riprodotto nei servizi, ha

contribuito a consolidare l'idea che **l'accoglienza non giudicante sia appannaggio di alcune branche specifiche**, e non un compito condiviso da tutti i professionisti sanitari.

Crescere in Italia, per una persona che rompe il paradigma eteropatriarcale, può voler dire crescere convinta che i propri bisogni di salute coincidano con pochi ambulatori di **ultraspecializzazione**: luoghi che prendono in carico aspetti molto specifici, a volte realmente più frequenti in questa popolazione (o che lo stigma fa percepire come tali), a volte imposti da percorsi diagnostici ancora non pienamente depatologizzati – come nei percorsi di affermazione di genere, che spesso richiedono valutazioni psicologiche o psichiatriche anche quando non richieste o non necessarie (Marconi et al., 2024; Prunas et al., 2018).

La realtà, ovviamente, è diversa. La convinzione che alcuni temi di salute non siano di interesse per la popolazione generale **mette in pericolo tutti**. Per esempio, i dati inglesi mostrano un incremento delle nuove diagnosi di HIV tra persone eterosessuali in Inghilterra negli ultimi anni, con un problema persistente di diagnosi tardive (UK Health Security Agency, 2024). Tra i fattori che possono contribuire a questo fenomeno troviamo l'assenza di educazione affettiva e

sessuale, demonizzata da parte della politica conservatrice, e l'idea che i servizi per IST siano “per altri” – spesso percepiti come rivolti principalmente alla comunità LGBTQIA+.

D'altro canto, **le persone LGBTQIA+ condividono la maggior parte dei bisogni di salute** con la popolazione generale.

Doversi recare dall'endocrinologo per la terapia di affermazione di genere e i relativi monitoraggi non implica non doversi recare in pronto soccorso per un'appendicite o dal medico di medicina generale per un certificato di malattia.

Tuttavia, la persona LGBTQIA+ che ha un bisogno di salute spesso accede ai luoghi di cura con la **preoccupazione di incontrare minority stress**, talvolta agito anche da personale sanitario non adeguatamente formato (Cronin et al., 2021).

Le università, inoltre, preparano poco le professioni sanitarie **alla relazione clinica e alla comunicazione**, e la formazione su questi aspetti viene spesso lasciata alla sola iniziativa personale (Cruciani et al., 2024; Teaching and assessing communication skills..., 2021).

Al bagaglio psicologico di comunicare la propria sofferenza in un momento di vulnerabilità fisica o psicologica si aggiunge quindi il rischio percepito (e spesso reale) di stigma: questo

può tradursi in difficoltà di accesso, incomprensioni durante la visita, ostilità o stili difensivi da entrambe le parti, fino alla rinuncia alle cure. **Da qui nasce la necessità di formare chi dovrebbe curare.**

Scopo di questo capitolo è offrire strumenti teorici e pratici per **creare una relazione empatica e non giudicante:** prerequisito di un'alleanza realmente terapeutica.

8.2. Le radici del male

Una panoramica storica sulle conflittualità tra mondo medico e persone LGBTQIA+

La diffidenza tra comunità LGBTQIA+ e comunità medico-scientifica ha radici storiche che, ancora oggi, nella quotidianità trovano purtroppo conferma. Non è sempre stato così.

L'idea, nel mondo occidentale, che i corpi trans siano corpi "malati" si sviluppa relativamente tardi: tra XIX e XX secolo, insieme ai tentativi di "ricondurre" le persone al sesso assegnato alla nascita attraverso pratiche invasive e sperimentali (Smith et al., 2004; Lima, 2025).

Nella medicina antica, ad esempio in quella romana, non emergono testimonianze di medicalizzazione sistematica delle **esistenze non cis** e non conformi. Le fonti descrivono, tra gli altri esempi, persone AMAB consacrate al culto di Cibele (i galli), che vivevano “al femminile” e modificavano il proprio corpo (Latham, 2012; Cantarella, 2005).

Anche le **relazioni tra persone dello stesso sesso**, in forme diverse (incluse relazioni esclusive e contesti di bisessualità), sono ampiamente documentate nel mondo antico; l'episodio biblico di Davide e Gionatan, per esempio, è stato oggetto di interpretazioni esegetiche differenti.

Ciò che qui interessa è che, prima della medicalizzazione moderna, corpi, desideri e relazioni non eterosessuali e non cis erano descritti e presenti nella società. Anche quando repressi o ostacolati, non venivano automaticamente interpretati come “malattia”.

A partire dall'epoca vittoriana, la medicina ha assunto un ruolo centrale nello stigmatizzare le persone LGBTQIA+, etichettandole come **malate da confinare in luoghi di “cura” fuori dalla società**, giustificando pratiche **deumanizzanti** spesso senza consenso (Foucault, 1976). La nascita della psichiatria e della psicologia moderne ha ulteriormente contribuito alla **patologizzazione dei comportamenti**

sessuali e delle espressioni di genere, consolidando un **paradigma eteronormativo e patriarcale**, con esiti drammatici sotto i regimi totalitari (Valeriano, 2014; Mantovani, 2014; Oosterhuis, 2009).

Ci sono state eccezioni. Tradizionalmente, alla psicoanalisi si attribuisce il tentativo di cura basato sulla parola. **Freud** si occupò anche di omosessualità: pur con elementi di empatia, le sue conclusioni restano complessivamente patologizzanti (Freud, 1905; Freud, 1920). **Adler** pubblicò nel 1917 un lavoro dedicato all'omosessualità, mentre **Jung** propose un modello dell'animo umano non riducibile al binarismo come criterio di "salute" (Jung, 1966).

Nel tempo, **vari modelli teorici** hanno attraversato le principali scuole di psicologia, spesso in chiave patologizzante, fino alle cosiddette "**terapie di conversione**": pratiche oggi considerate non etiche e dannose dalle principali associazioni professionali (American Psychological Association, 2009; American Psychiatric Association, 2000; PAHO, 2012; Shidlo & Schroeder, 2002). La letteratura contemporanea ribadisce l'inefficacia e i rischi iatrogeni di queste pratiche, soprattutto su persone giovani (Jacob, 2015; Davison & Walden, 2024).

Durante il nazismo, la medicina partecipò anche direttamente alla persecuzione: “medici” come Vaernet sono ricordati per gli esperimenti-tortura su prigionieri accusati di omosessualità (Heger, 1981; Plant, 1986). Una delle prime azioni pubbliche del nazismo fu inoltre l’attacco al sessuologo ebreo Magnus Hirschfeld e al suo istituto, che aveva provato a unire attivismo e divulgazione scientifica non patologizzante (Sigusch, 1990; Beachy, 2014; Hirschfeld, 1914).

Bisogna attendere il lavoro pionieristico di **Alfred Kinsey** per una descrizione del comportamento sessuale umano che includa, senza patologizzazione, orientamenti eterosessuali, omosessuali e bisessuali (Kinsey et al., 1948; Kinsey et al., 1953).

8.3. E oggi...?

L’eredità di secoli di disinformazione, pregiudizi presentati come “verità scientifiche” e legittimazione della violenza istituzionale è dura a morire.

La depatologizzazione ufficiale dell’omosessualità **non cancella automaticamente decenni di formazione universitaria che la considerava malattia mentale.**

Nei luoghi di istruzione, medicina inclusa, la formazione su queste tematiche è spesso frammentaria.

Persistono **stereotipi** in contrasto con le evidenze scientifiche, e ciò produce una pratica clinica che riproduce schemi eteropatriarcali. La **sfiducia verso i luoghi di cura** non è solo un retaggio culturale: molte persone LGBTQIA+ riportano esperienze di infantilizzazione, moralizzazione, invisibilizzazione, giudizio o mancato ascolto.

Un esempio emblematico riguarda la **prevenzione delle IST**: la formazione ha **trascurato** a lungo i rapporti tra **donne cis**, lasciando molte persone senza riferimenti adeguati per prevenzione e trattamento (Matebeni et al., 2013; Gil-Llario et al., 2023). La situazione si complica ulteriormente per **donne trans e persone non binarie**, per cui in molte aree trovare personale formato è estremamente difficile (Mezzalana et al., 2025).

La visione binaria ed eteropatriarcale ha modellato anche **l'organizzazione dei servizi**, escludendo bisogni di prevenzione e cura non solo per le persone LGBTQIA+, ma per tutti.

Per esempio, la **patologia mammaria** in chi è assegnato maschio alla nascita resta spesso sottovalutata, nonostante

fattori genetici come BRCA1/2 possano aumentare il rischio oncologico (Fanale et al., 2024).

Per le persone trans, dopo la rettifica anagrafica, **l'esclusione dai programmi di screening** (mammella, prostata, cervice) è un problema concreto: la prevenzione viene demandata al passaparola e all'iniziativa personale, con costi e coming out forzati (Leone et al., 2023).

Non è lo scopo di questo capitolo scoraggiare un'anamnesi sessuale completa, che resta fondamentale (vedi cap. 15), ma ricordare che la medicina presume spesso un "default" cis-etero, costringendo molte persone trans a continui coming out per evitare esclusione dai servizi.

8.4. Come facilitare l'accesso alle cure delle persone LGBTQIA+

Come anticipato, da una parte esistono bisogni di salute specifici meritevoli di ricerca clinica; dall'altra, il rischio è che chi cura identifichi la persona attraverso categorie e stereotipi, invece che sui bisogni reali.

Un primo strumento concreto è l'**ascolto empatico**: una predisposizione attiva, partecipe e genuinamente interessata, che consenta sintonizzazione e comprensione senza rinunciare alla competenza clinica. Mettere il sapere al servizio di chi chiede aiuto non significa sostituire il nostro sapere con il vissuto, ma integrarlo responsabilmente.

Un esempio pratico: una persona non monogama che chiede una consulenza per sospetta uretrite. Siamo in grado di includere questo dato nell'anamnesi senza iper-focalizzarci e mantenendo lo sguardo sul quadro complessivo?

Un secondo strumento è la **formazione scientifica**: significa saper leggere linee guida e letteratura valutandone la qualità, invece di affidarsi a informazioni datate o pseudoscientifiche (Cruciani et al., 2024).

- Per chi si occupa di **salute mentale**, un riferimento utile è il volume di linee guida curato da Giovanardi, Lingiardi, Nardelli e Speranza (Giovanardi et al., 2023).
- Per la **salute transgender e di genere diverso**, un riferimento internazionale centrale è rappresentato dagli Standards of Care (SOC-8) della World Professional Association for Transgender Health (WPATH, 2022).

Non esiste alcuna evidenza che tutte le persone LGBTQIA+ necessitino di valutazione psicologica o psichiatrica per raggiungere autodeterminazione e benessere.

Tuttavia, è vero che stigma, aggressioni e microaggressioni possono **aumentare il rischio di disagio psicologico** e vissuti traumatici, secondo i modelli del minority stress (Sue, 2010; Nadal et al., 2016; Pellicane & Ciesla, 2022; de Lange et al., 2022). Anche il coming out può essere stressante o traumatico, influenzando rapporti personali, lavorativi e relazionali (National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, 2020). Ciò non implica dare per scontato che ogni persona abbia vissuti traumatici, ma conoscere queste possibilità per non essere ciechi rispetto al contesto.

Tra i temi emergenti, l'immagine veicolata dai social e gli standard estetici possono contribuire a un aumento dei

disturbi del comportamento alimentare, soprattutto in persone trans e uomini non etero (Santonniccolo & Rollè, 2024).

Inoltre, pratiche come il chemsex nella comunità gay maschile possono aumentare **rischi legati a sostanze**, consenso e salute sessuale: è utile conoscerne i principi di riduzione del danno (Harm Reduction International, 2021).

Una pratica clinica transfemminista prevede anche **attenzione al linguaggio**: evitare termini apertamente insultanti, chiedere pronomi e nome con modalità che non costringano al coming out (“Con quali pronomi preferisci che mi rivolga a te?”), presentarsi eventualmente con i propri pronomi per normalizzare la pratica, e ricordare che **parole riappropriate dalla comunità non sono automaticamente appropriate in ambito clinico** se non esplicitamente condivise dalla persona.

Va inoltre riconosciuto che alcuni servizi affermativi sono oggetto di attacchi politici e istituzionali. Per esempio, il centro dell’AOU Careggi di Firenze è stato oggetto di ispezioni e pressioni mediatiche e politiche, in particolare quando prende in carico adolescenti (Vescio, 2024).

In questo contesto, praticare una medicina transfemminista può essere una forma di resistenza: può esporre a isolamento o conflitto, e rende ancora più necessarie reti solidali tra professionisti e comunità.

Bibliografia (Capitolo 8)

American Psychiatric Association. (2000). Position Statement on Therapies Focused on Attempts to Change Sexual Orientation (Reparative or Conversion Therapies).

American Psychological Association. (2009). Report of the Task Force on Appropriate Therapeutic Responses to Sexual Orientation.

Barlek, M. H., Rouan, J. R., Wyatt, T. G., Helenowski, I., & Kibbe, M. R. (2022). The Persistence of Sex Bias in High-Impact Clinical Research. *Journal of Surgical Research*, 278, 364–374.

Beachy, R. (2014). *Gay Berlin: Birthplace of a Modern Identity*. Knopf.

Cantarella, E. (2005). The androgynous and bisexuality in ancient legal codes. *Diogenes*, 52(4), 5–14.

Cronin, T. J., Pepping, C. A., Halford, W. K., & Lyons, A. (2021). Minority Stress and Psychological Outcomes in Sexual Minorities: The Role of Barriers to Accessing Services. *Journal of Homosexuality*, 68(14), 2417–2429.

Cruciani, G., Quintigliano, M., Mezzalana, S., Scandurra, C., & Carone, N. (2024). Attitudes and knowledge of mental health practitioners towards LGBTQ+ patients: A mixed-method systematic

review. *Clinical Psychology Review*, 113, 1–23.

Davison, G. C., & Walden, K. R. (2024). History and Iatrogenic Effects of Conversion Therapy. *Annual Review of Clinical Psychology*, 20(1), 333–354.

de Lange, J., et al. (2022). Minority Stress and Suicidal Ideation and Suicide Attempts Among LGBT Adolescents and Young Adults: A Meta-Analysis. *LGBT Health*.

Di Giuseppe, G., Sessa, A., Mollo, S., Corbisiero, N., & Angelillo, I. F. (2013). Knowledge, attitudes, and behaviors regarding HIV among first-time attenders of voluntary counseling and testing services in Italy. *BMC Infectious Diseases*, 13, 277.

Dubé, K., Evans, D., Dee, L., et al. (2019). The role of community engagement in HIV cure research. *Journal of Virus Eradication*, 5(1), 33–37.

Epstein, S. (1996). *Impure Science: AIDS, Activism, and the Politics of Knowledge*. University of California Press.

Fanale, D., et al. (2024). BRCA-associated hereditary male cancers: can gender affect the prevalence and spectrum of germline pathogenic variants? *Frontiers in Oncology*.

Foucault, M. (1976). *La volontà di sapere*. Feltrinelli.

France, D. (2016). *How to Survive a Plague: The Story of How Activists and Scientists Tamed AIDS*. Alfred A. Knopf.

Freud, S. (1905). *Three Essays on the Theory of Sexuality*. Deuticke.

Freud, S. (1920). *Beyond the Pleasure Principle*.

Gil-Llario, M. D., et al. (2023). HIV and STI Prevention Among Women Who Have Sex with Women. *AIDS and Behavior*.

Giovanardi, G., Lingiardi, V., Nardelli, N., & Speranza, A. M. (2023). *Consulenza psicologica e psicoterapia con persone lesbiche, gay, bisessuali, transgender, non binarie: Linee guida*. Raffaello Cortina.

Harm Reduction International. (2021). *Chemsex and Harm Reduction for Gay Men and Other Men Who Have Sex With Men*.

Heger, H. (1981). *Gli uomini con il triangolo rosa*. Garzanti.

Hirschfeld, M. (1914). *Die Homosexualität des Mannes und des Weibes*. Alfred Pulvermacher.

Jacob, J. A. (2015). Conversion Therapy Ineffective and Inappropriate for LGBTQ Youth. *JAMA*, 314(20), 2121.

Jung, C. G. (1966). *Psychological Aspects of the Persona*. In

Collected Works of C. G. Jung (Vol. 7/9). Princeton University Press.

Kinsey, A. C., Pomeroy, W. B., & Martin, C. E. (1948). *Sexual Behavior in the Human Male*. W.B. Saunders.

Kinsey, A. C., Pomeroy, W. B., Martin, C. E., & Gebhard, P. H. (1953). *Sexual Behavior in the Human Female*. W.B. Saunders.

Latham, J. (2012). “Fabulous Clap-Trap”: Roman Masculinity, the Cult of Magna Mater, and Literary Constructions of the galli at Rome. *The Journal of Religion*, 92(1), 84–122.

Leone, A. G., et al. (AIOM). (2023). Position paper on health disparities among transgender and gender-diverse people: The Assisi recommendations. *EClinicalMedicine*.

Lima, R. R. (2025). A proposed cure for homosexuality and the circulation of male hormone therapies in Brazil, 1938–1949. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*.

Mantovani, F. (2014). Esclusione sociale e violenza istituzionale. *Diacronie. Studi di Storia Contemporanea*, 29, 45–68.

Marconi, M., et al. (2024). Perceived stigma and quality of life in binary and nonbinary/queer transgender individuals in Italy: The mediating roles of patient–provider relationship quality and barriers to care.

Matebeni, Z., et al. (2013). "I thought we are safe": southern African lesbians' experiences of living with HIV. *Culture, Health & Sexuality*.

Mezzalana, S., et al. (2025). Perceived Stigma and Quality of Life in Binary and Nonbinary/Queer Transgender Individuals in Italy. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*.

Nadal, K. L., Whitman, C. N., Davis, L. S., Erazo, T., & Davidoff, K. C. (2016). Microaggressions toward lesbian, gay, bisexual, transgender, queer, and genderqueer people: A review of the literature. *Journal of Sex Research*, 53(4–5), 488–508.

National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. (2020). *Understanding the Well-Being of LGBTQI+ Populations*. National Academies Press.

Oosterhuis, H. (2009). Medicine, Male Bonding and Homosexuality in Nazi Germany. *Journal of the History of Sexuality*, 18(3), 425–442.

PAHO (Pan American Health Organization). (2012). "Cures" for an illness that does not exist.

Pellicane, M. J., & Ciesla, J. A. (2022). Minority stress, depression, and suicidality in transgender individuals: meta-analysis. *Clinical Psychology Review*.

Plant, R. (1986). *The Pink Triangle: The Nazi War Against Homosexuals*. Holt.

Prunas, A., Bandini, E., Fisher, A. D., Maggi, M., Pace, V., Quagliarella, L., Todarello, O., & Bini, M. (2018). Experiences of discrimination, harassment, and violence in a sample of Italian transsexuals... *Journal of Interpersonal Violence*, 33(14), 2225–2240.

Santoniccolo, F., & Rollè, L. (2024). The role of minority stress in disordered eating: a systematic review. *Eating and Weight Disorders*.

Schulman, S. (2021). *Let the Record Show: A Political History of ACT UP New York, 1987–1993*. Farrar, Straus and Giroux.

Shidlo, A., & Schroeder, M. (2002). Changing sexual orientation: A consumer's report. *Professional Psychology: Research and Practice*.

Sigusch, V. (1990). The Institute for Sexual Science (1919–1933). *Journal of Sex Research*, 27(1), 135–143.

Smith, G., Bartlett, A., & King, M. (2004). Treatments of homosexuality in Britain since the 1950s—An oral history... *BMJ*, 328(7437).*

Sue, D. W. (2010). *Microaggressions in Everyday Life: Race,*

Gender, and Sexual Orientation. Wiley.

Sun, Z., Gu, Q., Dai, Y., et al. (2022). Increasing awareness of HIV PrEP and willingness to use it among MSM: systematic review/meta-analysis. *Journal of the International AIDS Society*, 25, e25883.

Teaching and assessing communication skills in the postgraduate medical setting: a systematic scoping review. (2021). *BMC Medical Education*.

UK Health Security Agency. (2024, 1 Oct). Rise in HIV diagnoses steepest among heterosexual men and women. (gov.uk news release).

Vescio, A. (2024, 5 Feb). L'ispezione all'ospedale Careggi e la battaglia ideologica contro le persone transgender. *Valigia Blu*.

WPATH (World Professional Association for Transgender Health). (2022). *Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People (Version 8)*.

Valeriano, A. (2014). *Malacarne. Donne e manicomio nell'Italia fascista*. FrancoAngeli.

Capitolo 9: Salute sessuale: un diritto fondamentale e un approccio integrato

TW: Il seguente capitolo contiene riferimenti espliciti a discriminazione, sierofobia, stigma HIV/IST, storia dell'AIDS, razzismo, violenza medica, violenza sessuale, violenza istituzionale, chemsex, uso di sostanze, sex work, salute mentale, medicalizzazione, trauma, carcere/detenzione, criminalizzazione dell'identità sessuale, cancro.

9.1. Introduzione

La salute sessuale è un diritto umano fondamentale, essenziale per il benessere fisico, emotivo, mentale e sociale. Come definito dalla World Association for Sexual Health (WAS), la salute sessuale va oltre l'assenza di malattie o disfunzioni, ed è uno stato di benessere che implica la **possibilità di vivere esperienze sessuali positive, sicure e soddisfacenti, nel rispetto della libertà e dignità di ogni individuo.**

Essa comprende **la sessualità** come una dimensione complessa dell'essere umano, che include non solo il sesso, ma anche l'identità di genere, l'orientamento sessuale, il piacere, l'intimità e la riproduzione. La sessualità, sperimentata

e vissuta attraverso pensieri, desideri, attitudini, comportamenti e relazioni, è influenzata da molteplici fattori biologici, psicologici, sociali, culturali, economici, politici e religiosi. È fondamentale riconoscere che la sessualità non è solo una dimensione privata, ma una parte centrale della vita di ogni individuo, che merita di essere trattata con rispetto, senza stigmatizzazioni o coercizioni.

I **diritti sessuali**, basati sui principi universali dei diritti umani, sono riconosciuti in documenti internazionali, nelle costituzioni nazionali e nelle leggi regionali, e sono indissolubilmente legati alla dignità, all'uguaglianza e alla libertà di ogni persona.

Questi diritti comprendono la **libertà di autodeterminarsi** riguardo la propria sessualità e il proprio corpo, la **protezione** contro qualsiasi forma di discriminazione o violenza, e **l'accesso a servizi sanitari** che garantiscano la possibilità di vivere esperienze sessuali sicure, soddisfacenti e piacevoli.

Il diritto **all'autonomia e all'integrità corporea**, insieme al diritto **alla salute sessuale**, sancisce che ogni individuo ha il diritto di decidere liberamente in merito ai propri comportamenti sessuali, nel pieno rispetto della propria identità e delle relazioni con gli altri.

Molte persone continuano a subire ancora oggi **discriminazioni e limitazioni** nell'accesso alla salute sessuale.

Le **barriere economiche, culturali e strutturali**, spesso aggravate da disuguaglianze sociali e politiche, compromettono il diritto all'informazione, alla prevenzione e alla cura. Le persone LGBTQIA+, le sex worker, le migranti e altre comunità vulnerabili sono particolarmente a rischio di marginalizzazione e violenza, con impatti negativi sulla loro salute sessuale e riproduttiva.

Il **minority stress**, già citato in altri capitoli, ovvero lo stress accumulato a causa di esperienze di stigmatizzazione e discriminazione legate all'appartenenza a gruppi considerati minoranze (anche se spesso minoranze non sono), è un fenomeno che contribuisce ad un aumento dei rischi per la salute mentale e fisica. Questo stress cronico può indurre una maggiore vulnerabilità a comportamenti sessuali rischiosi.

Il **chemsex**, un fenomeno che coinvolge l'uso di sostanze per intensificare l'esperienza sessuale, è spesso un effetto collaterale di questo stress, con gravi implicazioni per la salute sessuale e mentale, che richiede un approccio sanitario sensibile e non stigmatizzante.

La salute sessuale non può essere separata dalla giustizia sociale. È indispensabile garantire che tutte le persone possano esercitare i propri diritti sessuali e godere dei benefici della scienza e della medicina, attraverso un sistema sanitario accessibile, inclusivo e rispettoso della diversità.

Nel contesto della salute sessuale, la **prevenzione delle infezioni sessualmente trasmissibili (IST)** è un aspetto centrale, poiché la possibilità di vivere la sessualità in modo sicuro è legata anche alla protezione contro le infezioni. Tra queste, **l'HIV** ha avuto un impatto significativo, cambiando non solo le pratiche sanitarie, ma anche il modo in cui la società percepisce il rischio, la sessualità e la salute. Con il progresso delle conoscenze e delle terapie, nuove opportunità si sono aperte, come la profilassi pre-esposizione (**PrEP**), che ha **trasformato le modalità di prevenzione dell'HIV**, aumentando l'autonomia delle persone nel gestire la propria salute sessuale. La possibilità di proteggersi dall'HIV attraverso la PrEP rappresenta un passo fondamentale verso l'autodeterminazione nella salute sessuale, ma la sua disponibilità e accessibilità restano sfide da affrontare, con particolare attenzione alle barriere economiche, culturali e sociali che possono limitarne l'utilizzo.

Questo capitolo esplora il tema della salute sessuale

partendo dalle IST e dall'HIV, analizzando il contesto epidemiologico, le strategie di prevenzione e l'impatto della PrEP, con una particolare attenzione alle implicazioni sociali, psicologiche e politiche delle attuali pratiche sanitarie.

La sezione include anche una panoramica delle IST con approccio sindromico, che consente di identificare i segni e sintomi più comuni delle IST, soprattutto in contesti ad alta prevalenza, dove la diagnosi tempestiva e il trattamento precoce sono fondamentali.

Questa guida **non vuole essere un incitamento all'auto-diagnosi o all'auto-prescrizione di farmaci** e non vuole sostituirsi alle linee guida di diagnosi e terapia, che per altro si evolvono costantemente e alle quali rimandiamo per ogni informazione supplementare. L'obiettivo per il quale abbiamo deciso di descrivere in modo sintetico, e speriamo chiaro, le sindromi cliniche e le modalità di diagnosi è quello di permettere alle persone che lo desiderano di trovare **informazioni semplici**, chiare e fruibili e un'indicazione su **quando e dove cercare un aiuto professionale** in caso di necessità. Saranno inoltre trattati aspetti cruciali come il minority stress, le pratiche legate al chemsex e l'importanza di

un approccio **trauma-informed care**. Questi aspetti sono cruciali per garantire che i servizi sanitari siano sensibili alle esperienze di marginalizzazione e vulnerabilità, riducendo il rischio di stigmatizzazione e migliorando l'accesso alle cure.

9.1.1. Conoscere la storia per proteggere il futuro

Parlare di IST in una guida transfemminista alla salute, oltre ad essere un imperativo clinico, è un atto politico. Le **IST non colpiscono tutte le persone allo stesso modo**, e la loro prevenzione e trattamento sono influenzati dalle disuguaglianze strutturali che permeano la società. Le persone **trans, non binarie, queer ed altri gruppi** emarginati, a causa dell'intersezione di oppressioni basate su genere, sessualità, classe e razza, affrontano barriere uniche nel ricevere cure sanitarie adeguate e rispettose.

Un approccio transfemminista alla salute sessuale, quindi, richiede una rottura con le narrative mediche tradizionali che hanno storicamente marginalizzato questi gruppi. È fondamentale considerare le IST non solo come problemi biologici, ma anche come **questioni profondamente legate al contesto sociale, culturale e politico** in cui viviamo.

Uno dei principali cambiamenti storici nel campo della prevenzione delle IST è stato il passaggio dalla focalizzazione sulle “categorie a rischio” alla comprensione dei **“comportamenti a rischio”**. Questo cambiamento ha segnato una svolta cruciale non solo in termini di prevenzione medica, ma anche nell’ottica di ridurre lo stigma associato a determinati gruppi sociali.

Negli anni '80, con l'**emergere dell'epidemia di HIV/AIDS**, le istituzioni sanitarie globali iniziarono a identificare gruppi specifici come particolarmente vulnerabili alla trasmissione del virus. Questi gruppi, conosciuti come “categorie a rischio”, includevano maschi omosessuali, persone che usano droghe per via endovenosa, sex worker e persone trans (soprattutto donne trans). Questa categorizzazione rifletteva una **comprensione limitata** dei meccanismi di trasmissione dell'HIV, e allo stesso tempo **perpetuava lo stigma sociale** verso gruppi già marginalizzati, rafforzando l’idea che l'HIV fosse una malattia legata all'appartenenza a determinati gruppi sociali e non a specifici comportamenti ad alto rischio.

A metà degli anni '80, iniziarono a emergere **critiche all'approccio** basato sulle categorie a rischio. Comunità scientifiche e attiviste, in particolare quelle legate ai movimenti

LGBTQIA+, denunciarono che questo approccio, non solo contribuiva allo stigma, ma trascurava anche il fatto che le persone **al di fuori di queste categorie potevano comunque contrarre il virus** attraverso comportamenti rischiosi. Nel frattempo, fu riconosciuto che molte persone appartenenti alle “categorie a rischio” non praticavano necessariamente comportamenti ad alto rischio di trasmissione delle IST.

Verso la fine degli anni '80, grazie a una migliore **comprensione scientifica della trasmissione del virus**, la comunità medica iniziò a spostare l'attenzione dai gruppi sociali alle pratiche comportamentali. Studi epidemiologici dimostrarono che il rischio di trasmissione dipendeva in gran parte dai comportamenti specifici, come **il sesso non protetto o la condivisione di aghi**, piuttosto che dall'appartenenza a un gruppo identificato come “a rischio”. Questo cambiamento concettuale iniziò a guadagnare terreno e portò alla creazione di strategie di prevenzione più inclusive e personalizzate.

Nel corso degli anni '90, il **passaggio a un approccio basato sui comportamenti** si consolidò. I programmi di prevenzione delle IST, in particolare quelli legati all'HIV, cominciarono a focalizzarsi su pratiche come l'uso del preservativo, il test

dell'HIV effettuato con cadenza regolare e la riduzione del danno.

In particolare, la **riduzione del danno** è una strategia di sanità pubblica applicata che mira a minimizzare i rischi associati a comportamenti che non possono essere del tutto eliminati. Nel contesto delle IST, la riduzione del danno include interventi come la fornitura di siringhe sterili per le persone che usano droghe per via iniettiva, la distribuzione gratuita di preservativi e lubrificanti, e l'accesso a test regolari e gratuiti per HIV e altre IST. Queste pratiche, che riducono il rischio senza richiedere l'abbandono del comportamento ad esso associato, sono cruciali nel prevenire la diffusione delle IST e proteggere le comunità vulnerabili.

Alla fine degli anni '90, il concetto di "comportamenti a rischio" era ormai pienamente integrato nelle linee guida internazionali. Le strategie di prevenzione delle IST si concentravano sempre più sulla **promozione del sesso sicuro** e sull'accesso a strumenti di prevenzione, come preservativi e test diagnostici.

A partire dagli anni 2000, l'attenzione si spostò anche verso i **fattori sociali, strutturali e intersezionali** che influenzano la salute in generale e quella sessuale in particolare,

riconoscendo che le disuguaglianze economiche, il razzismo e l'omo-bi-transfobia potevano aumentare l'esposizione a comportamenti a rischio. Questo approccio fu rafforzato da un maggiore coinvolgimento delle comunità marginalizzate nella creazione di campagne di prevenzione.

Le **linee guida consolidate dell'OMS del 2014**, aggiornate nel 2016, hanno rappresentato un'importante tappa nell'approccio alla prevenzione dell'HIV tra le persone che hanno comportamenti a rischio. Queste linee guida erano focalizzate su **cinque gruppi chiave** (“**key populations**”):

1. sex worker,
2. persone in carcere e in altri contesti chiusi,
3. persone che utilizzano droghe per via iniettiva,
4. persone trans e di genere non conforme,
5. e maschi che hanno rapporti sessuali con altri maschi (“men who have sex with men” - MSM).

Quest'ultima categoria in particolare nasce dall'esigenza di distinguere, dalla categoria sociale degli omosessuali in generale, le persone AMAB che ingaggiano rapporti sessuali con altre persone AMAB senza protezioni. Tuttavia, si è progressivamente riconosciuto che i membri di queste popolazioni sono anche sproporzionatamente colpiti da epatite virale (HCV) e altre IST, e che un approccio integrato e

centrato sulla persona deve affrontare tutte queste potenziali infezioni contemporaneamente.

Il **concetto di sindemia** (“syndemics”) descrive l’interazione sinergica tra HIV, epatiti ed altre IST nelle key populations, comportando un rischio maggiore di infezione rispetto alla popolazione generale, rendendo così cruciale un approccio combinato per prevenzione, diagnosi e cura.

9.1.2. Key populations: perché parlarne?

I modelli epidemiologici dell’infezione da HIV dimostrano che **applicare le strategie** di sanità pubblica (citate nel paragrafo precedente) **alle key populations ha un impatto maggiore** sulla trasmissione complessiva del virus **HIV** rispetto all’applicazione delle stesse in gruppi a basso rischio. Ciò significa che, sia nei Paesi con alta prevalenza di HIV sia in quelli con epidemie concentrate nelle key populations, è essenziale affrontare le esigenze di queste popolazioni per una risposta efficace e accelerata.

Relativamente all’**HCV** invece, prevenire, diagnosticare e trattare l’infezione da HCV nelle key populations è

fondamentale per raggiungere gli obiettivi di eliminazione dell'epatite C.

Infine, per quanto riguarda la **resistenza agli antibiotici**, è stato osservato un rischio crescente di infezioni gonococciche non trattabili, a causa della rapida diffusione della resistenza ai farmaci disponibili.

Questi fenomeni richiedono un approccio combinato e tempestivo per **prevenire l'insorgenza di ulteriori sindemie**. Inoltre, è importante ricordare che tali condizioni sindemiche emergono principalmente in contesti di svantaggio sociale e disuguaglianza.

Si è visto che, per le key populations, **fattori sociali, legali e strutturali aumentano la vulnerabilità non solo all'HIV, ma anche all'epatite virale e alle IST**, e ostacolano l'accesso ai servizi sanitari essenziali.

In molti Paesi, aspetti del comportamento, del lavoro o dell'espressione di genere dei membri di queste popolazioni sono criminalizzati. La **criminalizzazione e le pratiche di polizia punitive** perpetuano lo stigma e la discriminazione, non solo da parte della popolazione generale, ma anche tra la

operatori sanitari e le forze dell'ordine. Questo rende più difficile ottenere cambiamenti politici o legali e crea barriere significative al raggiungimento della copertura sanitaria universale. Inoltre, la **discriminazione nel contesto sanitario** è una delle esperienze più comuni per queste popolazioni, e si associa a disoccupazione, violenza e abusi dei diritti umani. La criminalizzazione esaspera questi abusi, rendendo le persone meno propense a denunciare le violenze e aumentando la loro vulnerabilità.

L'importanza di **identificare l'appartenenza a una key population** da un punto di vista epidemiologico non esime comunque le professioniste sanitarie da una raccolta anamnestica sessuale al fine di identificare comportamenti a rischio che possono essere presenti a livello individuale a prescindere dall'identità sessuale (vedi cap. 6).

Nonostante l'utilità delle key populations nell'elaborazione di interventi sanitari mirati, il contesto nazionale può variare notevolmente. In Italia, ad esempio, l'epidemiologia dell'HIV/AIDS rivela che il **78,7% delle nuove diagnosi di HIV nel 2022 riguardava maschi**, e la trasmissione attraverso rapporti sessuali rappresentava l'83,9% dei casi, con un'incidenza del 40.9% tra MSM e del 25.1% tra non MSM. A

confronto, nei Paesi dell'Europa occidentale, come Germania e Francia, la quota delle nuove infezioni da HIV tra gli MSM è superiore al 50%, con una maggiore incidenza tra i giovani MSM; mentre in Spagna l'incidenza tra non MSM è simile a quella italiana.

Questi dati suggeriscono che, almeno in Italia, **i maschi cisgender eterosessuali costituiscono una fetta significativa delle nuove diagnosi**, e molti di questi casi arrivano alla diagnosi in fase avanzata, in AIDS. Questo fenomeno denota una scarsa cultura della prevenzione e potrebbe giustificare l'identificazione del **maschio cis eterosessuale come una nuova key population** in questo contesto epidemiologico. Riconoscere questo gruppo potrebbe non solo provocare una riflessione critica sul pericolo insito nell'ideologia patriarcale, ma anche consentire di sviluppare strategie di intervento ad hoc, adattate alla specifica epidemiologia italiana.

L'omofobia interiorizzata del personale sanitario non solo limita l'accesso delle persone LGBTQIA+ al SSN (vedi cap. 8), ma anche una sottodiagnosi di IST, in particolare HIV, tra i maschi cisgender eterosessuali, come dimostrato dai dati riportati.

9.2. Cosa sono le IST?

Il termine “infezione sessualmente trasmessa” si riferisce a un patogeno (virus, batterio, parassita, fungo) che causa un’infezione attraverso il contatto sessuale, mentre il termine “malattia sessualmente trasmessa” (MST) si riferisce a uno stato di malattia riconoscibile che si è sviluppato a partire da un’infezione. Entrambe le dizioni sono corrette in quanto esprimono concetti diversi. Tuttavia, **oggi si preferisce il termine IST a MST** per diverse ragioni.

La transizione da MST a IST riflette un cambiamento importante nella comprensione e nell’approccio alla salute sessuale, ed è stato il risultato di una comprensione delle dinamiche di trasmissione delle IST. Inizialmente, il termine “malattia” rifletteva principalmente sindromi cliniche ben definite, con caratteristiche riconoscibili. Tuttavia, con l’avanzamento della ricerca e delle conoscenze, si è compreso che **non tutte le infezioni sessualmente trasmissibili si manifestano con sintomi evidenti o gravi**. Il termine “infezione” è divenuto quindi più appropriato, in quanto include sia le infezioni asintomatiche che quelle che si sviluppano in malattia, consentendo una visione più completa del fenomeno.

Anche questo cambiamento linguistico ha come obiettivo quello di spostare l'attenzione dalle categorie sociali ai comportamenti a rischio. Ciò ha facilitato l'adozione di pratiche preventive come l'uso del preservativo e la diagnosi precoce, mirando a ridurre i rischi senza stigmatizzare individui o gruppi specifici.

9.2.1 Sospetto di avere una IST: cosa fare?

In caso di sospetta IST ci sono due opzioni: passare dalle proprie mediche di famiglia oppure accedere ai centri IST.

- 1) **Accesso al SSN tramite le proprie MMG:** partendo dal presupposto che tutti gli esami sono eseguibili tramite SSN, in alcune regioni è possibile eseguirli con esenzione da ticket (vedesi l'esenzione dal ticket con **codice 93A** "Prestazioni per prevenzione malattie sessualmente trasmesse" (D.G.R. 136-32382 del 15.02.1994 in Piemonte utilizzata dal CeMUSS).

Questo è l'ennesimo esempio di come il **regionalismo differenziato** causi discriminazioni economiche e sociali da una regione all'altra. L'altra complicazione è trovare i codici corretti. Dall'applicazione del nomenclatore nazionale tutti i codici dovrebbero essere diventati uguali in

tutte le regioni, quindi, per utilità, riportiamo la lista dei codici e nomi delle prestazioni da richiedere con impegnativa del proprio medico curante. Si differenziano a seconda che la persona sia AFAB o AMAB.

Possibili codici corretti per eseguire i test potrebbero essere i seguenti, ma conviene sempre informarsi presso il laboratorio analisi prescelto in quanto, tipicamente, vi è molta variabilità da un laboratorio all'altro.

a) Persone AMAB

a.i) 90.83.A

a.ii) 90.93.D (quest'ultimo deve riportare la dicitura: coltura allargata e ricerca neisseria gonorrhoeae (esame colturale), chlamydia trachomatis (esame molecolare))

a.iii) 91.23.F

a.iv) 91.10.B

a.v) + urine ed urinocoltura

b) Persone AFAB

b.i) 90.93.B

b.ii) 90.93.C (deve riportare la dicitura: coltura allargata e ricerca neisseria gonorrhoeae)

(esame colturale), chlamydia trachomatis
(esame molecolare))

b.iii) 90.93.D (deve riportare la dicitura: coltura
allargata e ricerca neisseria gonorrhoeae
(esame colturale), chlamydia trachomatis
(esame molecolare))

b.iv) 91.12.B

In alcuni laboratori chiedono anche

b.v) 90.93.3 con dicitura vaginale

b.vi) 91.49.3 con dicitura vaginale

b.vii) + urine ed urinocoltura

2) **Accesso al SSN tramite Centri IST:** la modalità di accesso ai centri varia a seconda dell'ASL/USL/ASST di competenza, pertanto suggeriamo di cercare i centri e le rispettive modalità di accesso nei siti delle seguenti associazioni.

a) **PLUS** è la prima organizzazione italiana di persone LGBTQIA+ sieropositive. Essa "nasce con l'intento di far sì che le persone LGBTQIAP+ sieropositive abbiano la possibilità di essere tutelate sia come persone LGBTQIAP+ che come persone sieropositive, in un contesto in cui la formazione e

l'informazione scientifica viene promossa e portata avanti in un clima paritario, da professionisti, operatori e volontari che condividono lo stesso background sociale ed esperienziale degli utenti.” Sul sito di PLUS è disponibile un elenco dedicato alla raccolta di **tutti i centri (sanitari e non) dedicati alla prescrizione della PrEP ed al counselling su IST**. Tale elenco è disponibile al sito web:

<https://www.plus-aps.it/chi-ti-segue-per-la-prep/>

- b) **SITO uniticontrolaids.it** è un sito web promosso dal Ministero della Salute e gestito sotto la responsabilità scientifica dell'Unità Operativa Ricerca psico-socio-comportamentale, Comunicazione, Formazione del Dipartimento Malattie Infettive dell'Istituto Superiore di Sanità. Al suo interno sono disponibili varie sezioni dedicate alla divulgazione scientifica in materia di HIV, AIDS e IST. In particolare, alla sezione “**In caso di infezione**” è possibile trovare l'elenco delle ONG e delle Associazioni impegnate nella lotta all'AIDS; informazioni su ciò che dice la legge per la tutela dei diritti delle persone direttamente o

indirettamente coinvolte nelle IST, con particolare riferimento all'HIV; informazioni generali sulle terapie; approfondimenti nel campo della genitorialità; indicazioni sui Centri specializzati che forniscono cure e assistenza per le IST, per l'HIV, per l'AIDS, per le epatiti croniche.

<https://www.uniticontrolaids.it/aids-ist/in-caso-di-infezione/centri.aspx>

9.3. Prevenzione e nuovi approcci alla prevenzione

Iniziamo con il fare una distinzione importante tra prevenzione primaria, secondaria e terziaria.

- **Prevenzione primaria** significa attuare tutti i comportamenti volti ad evitare che una situazione patologica si verifichi.
- **Prevenzione secondaria** è l'azione svolta tramite test medico-specialistici per riconoscere immediatamente la situazione patologica in modo da trattarla quando ancora l'impatto sul corpo è limitato.
- **Prevenzione terziaria** è il monitoraggio cronico successivo al verificarsi di un evento patologico.

Quando parliamo di IST dobbiamo riconoscere:

- come prevenzione primaria tutti i comportamenti volti ad **evitare la trasmissione** dell'infezione (dispositivi di barriera, DoxyPEP, PrEP),
- mentre i **controlli periodici**, che sono col SSN gratuiti sia tramite accesso ai servizi sia tramite accesso al proprio MMG (medico di medicina generale), sono una prevenzione secondaria.

Ricordiamo qui che, **prima di rimuovere in una coppia i metodi di prevenzione primaria**, sia fondamentale eseguire ugualmente **i test IST** in un'ottica di salute sessuale libera da qualsivoglia discriminazione di genere o orientamento. In tal senso, seppur sia un discorso cinico, è importante affidare ai test di laboratorio le risposte circa la salute sessuale della propria partner (che siano uomini o donne eterocis, uomini o donne omocis, persone trans, etc.), anziché basarsi su sentimenti come la fiducia e l'amore. Questo dialogo, in Italia, differentemente che in molti altri Stati Europei, è completamente assente nelle coppie e nelle relazioni stabili ed è legato a pregiudizi di colpevolizzazione.

Ogni individuo è responsabile della propria salute e non può pensare di poterla delegare alle prossime o sentirsi protetto dalla formalità della coppia o della relazione, monogama o poliamorosa che sia.

9.3.1. Contraccettivi di barriera

I contraccettivi di barriera **impediscono fisicamente** l'incontro tra spermatozoi e ovocita, prevenendo la gravidanza, e in alcuni casi sono utili anche per la prevenzione dalle IST.

(**Indice di Pearl:** parametro statistico che indica il numero di gravidanze che si verificano in 100 donne che usano un determinato metodo contraccettivo in un anno. È un valore che va da 1 a 100.)

9.3.1.1. Preservativo per pene

Guaina sottile in lattice o poliuretano che si applica sul pene eretto prima del rapporto sessuale.

Vantaggi:

- Alta protezione contro IST e gravidanze indesiderate
- Facile da reperire e utilizzare
- Disponibile senza prescrizione
- Nessun effetto collaterale ormonale

Svantaggi:

- Rischio di rottura o scivolamento
- Alcune persone sono allergiche al lattice o sono vegane

Nota: I preservativi più comunemente usati non sono vegani, perché il lattice naturale viene spesso trattato con caseina (una proteina del latte) per renderlo più elastico e resistente. Tuttavia, essendo il veganismo per definizione uno stile di vita che si applica nei limiti del possibile e del praticabile, quando non ci sono alternative disponibili, è sempre meglio proteggere la propria salute con un dispositivo non

vegano piuttosto che esporsi a rischi evitabili, dato che prendersi cura di sé resta sempre la priorità.

Attualmente sono disponibili diverse opzioni di prodotto per venire incontro alle esigenze di tutte riguardo il materiale (vedi allergie o veganismo), effetti specifici (vedi condom stimolanti, ritardanti e/o sensibilizzanti per tutti i partner), sapori, colori e dimensioni.

Costo: 0,50-2 € a unità (pacchi da 6-12 preservativi costano circa 5-15 €).

9.3.1.2. Preservativo per vagina

Guaina in nitrile con anelli flessibili alle estremità, inserita nella vagina prima del rapporto.

Come utilizzarlo?



Crediti immagine: Ormelle Female Condom.

Descrizione dell'immagine:

L'immagine è un'infografica illustrata, con linee fuxia su sfondo chiaro rosato. Sette riquadri numerati mostrano, passo dopo passo,

come usare un preservativo interno vaginale. La scritta in francese significa “Come usarlo? Previsto per un solo utilizzo”.

Riquadro 1: due mani aprono una bustina quadrata contenente il preservativo, tirando i lembi della confezione per estrarlo.

Riquadro 2: il preservativo è mostrato da solo per evidenziarne la forma: una guaina morbida e cilindrica con due anelli, uno più piccolo all'estremità chiusa e uno più grande all'estremità aperta.

Riquadro 3: una mano pizzica e comprime l'anello interno (quello più piccolo) per facilitarne l'inserimento. Il riquadro è diviso diagonalmente per mostrare due passaggi della stessa azione.

Riquadro 4: una mano apre delicatamente le labbra della vulva per facilitare l'ingresso, mentre l'altra mano inserisce l'estremità chiusa del preservativo comprimendo l'anello interno e inserendolo all'interno del canale vaginale.

Riquadro 5: una mano spinge delicatamente il preservativo all'interno della vagina con le dita, per posizionarlo più in profondità. Il pollice è rivolto verso il pube all'esterno, mentre le altre dita entrano nel canale.

Riquadro 6: l'illustrazione mostra il pene che entra nella vagina rivestita dal preservativo interno. La guaina del preservativo è già posizionata all'interno del canale vaginale e il pene scivola dentro di

essa durante la penetrazione. L'anello esterno del preservativo rimane all'esterno della vagina, appoggiato contro la vulva, mentre il pene è contenuto all'interno della guaina.

Riquadro 7: dopo il rapporto, una mano ruota leggermente l'anello esterno per chiudere l'apertura e sfilare il preservativo dalla vagina; una freccia indica il movimento verso l'esterno.

Vantaggi:

- Protezione contro IST e gravidanze.
- Può essere inserito in anticipo, senza interrompere il rapporto.
- Non richiede erezione per l'applicazione.

Svantaggi:

- Meno disponibile rispetto al preservativo per pene.
- Più costoso.
- Può essere difficile da inserire e posizionare correttamente.

Costo: 2-4 € a unità (pacchi da 3-6 preservativi costano circa 6-25 €).

9.3.1.3. Diaframma

Cupola in silicone flessibile che si inserisce nella vagina prima del rapporto, coprendo la cervice. Usato con spermicida per maggiore efficacia.

Vantaggi:

- Riutilizzabile per più anni.
- Nessun impatto ormonale.
- Può essere inserito fino a 2 ore prima del rapporto.

Svantaggi:

- Necessario adattamento da parte di un'è medicè per scegliere la misura giusta.
- Deve rimanere in sede per almeno 6 ore dopo il rapporto.
- Assenza di protezione dalle IST.

Costo: 30-50 € per il diaframma + 10-15 € per lo spermicida (da riacquistare regolarmente).

9.3.1.4. Cappuccio cervicale

Dispositivo in silicone più piccolo del diaframma, che si posiziona sulla cervice, anche in questo caso con spermicida.

Vantaggi:

- Riutilizzabile fino a un anno.
- Più discreto rispetto al diaframma.
- Non influisce sugli ormoni.

Svantaggi:

- Protezione inferiore rispetto ad altri metodi.
- Necessita di misurazione medica per il giusto adattamento.
- Deve rimanere in sede almeno 6 ore dopo il rapporto.
- Assenza di protezione dalle IST

Costo: 50-80 € + spermicida (10-15 € periodicamente).

9.3.1.5. Spugna contraccettiva

Spugna in poliuretano impregnata di spermicida, viene inserita nella vagina prima del rapporto.

Vantaggi:

- Facile da usare, senza necessità di prescrizione.
- Protezione attiva per 24 ore.

Svantaggi:

- Efficacia inferiore rispetto ad altri metodi.
- Assenza di protezione dalle IST.
- Possibile irritazione o reazione allergica.

Costo: 10-20 € per confezione da 3 spugne.

Risulta quindi un'importante spesa out of pocket (ossia una prestazione sanitaria che prevede un esborso di denaro da parte dell'utente) di tipo preventivo, costringendo le persone a pagare per quella che di fatto è una prevenzione fondamentale per la salute pubblica. Vi è, inoltre, una netta differenza, di prezzo tra i dispositivi per le persone con vulva e le persone con pene, con un ulteriore netto vantaggio economico per quest'ultim3.

9.3.2. DoxyPEP

Negli ultimi anni, a livello scientifico infettivologico, si sta valutando **un equivalente della PreP per tutte le altre IST**, fra queste comprendiamo in primis Clamidia, Gonorrea e Sifilide (di cui a fondo capitolo ci sono delle tabelle riassuntive). La discussione in corso riguarda l'utilizzo della **Doxiciclina** – secondo uno schema che prevede l'assunzione di 200 mg di doxiciclina entro 24 ore (e al massimo 72 ore) dopo un rapporto sessuale non protetto, continuando con un'assunzione quotidiana finché ci sono rapporti a rischio e assumendo l'ultima dose 24 ore dopo la precedente e fino a 72 ore dopo l'ultimo rapporto non protetto.

Non si tratta di raccomandazioni forti, per tale motivo sono attualmente distribuite a macchia di leopardo nei vari centri IST. Una delle maggiori criticità è il **timore di insorgenza di antibioticoresistenza**. Un altro aspetto da valutare è la popolazione target per questo trattamento, che deve tener conto dei fattori di rischio, ma anche delle disuguaglianze sociali, che sono già alla base di un minor accesso alla PrEP (basti pensare che negli Stati Uniti, il 94% del fabbisogno di PrEP delle persone caucasiche è coperto, rispetto a solo il 13% di quelle afroamericane).

Attualmente le raccomandazioni variano notevolmente da Paese a Paese e da Regione a Regione, rendendo l'accesso a questo strumento di prevenzione non uguale per tutte le persone.

9.3.3. Vaccinazione HPV

L'HPV, anche noto come Human Papilloma Virus, è un piccolo Virus che, purtroppo, si trasmette con estrema facilità, tramite contatto sessuale, risultando, così, **l'infezione sessualmente trasmissibile più frequente in assoluto** (80% delle persone AFAB sessualmente attive e 31% di prevalenza nelle persone AMAB). Partendo dal presupposto che la popolazione **più colpita è quella AFAB**, la popolazione AMAB non risulta comunque meno colpita. Il motivo per cui è importante conoscere questo piccolo germe è che ne esistono 100 specie, di cui le più note (6, 11, 16 e 18) possono causare i **condilomi** (ossia delle lesioni che crescono sulla cute sui genitali esterni AFAB e AMAB o anche le cosce e l'ano) oppure tumori in sede uterina (ossia il tumore della cervice uterina, **l'unico tumore che ha una causa completamente virale**, cioè causata appunto da un virus, il suddetto HPV), vulvo-vaginale, peniena, anale o oro-faringea.

La differenza di conseguenze dell'infezione nei due generi è dovuta a ragioni anatomiche (genitali esterni versus genitali interni) e da una probabile miglior risposta immunitaria al virus nelle persone con pene.

Quanto ci mettono queste lesioni a presentarsi?

Generalmente, il tempo che intercorre tra l'infezione e l'insorgenza delle lesioni precancerose è di circa 5 anni, mentre la latenza per l'insorgenza del carcinoma cervicale può essere di decenni.

9.3.3.1. Come prevenire il cancro della cervice uterina?

Sarà scontato ma i metodi sono due: screening precoce e vaccinazioni. Sottolineiamo, in questo caso, che nella trasmissione dell'HPV il metodo di barriera (condom) non è sufficiente in quanto si può verificare anche per contatto cute-cute.

Il servizio di Prevenzione (screening oncologico precoce)

È possibile identificare precocemente una lesione genitale "pericolosa" sottoponendosi regolarmente ad un **Pap-test** o esame citologico cervico-vaginale, un prelievo di cellule dalla superficie del collo e dal canale cervicale dell'utero, o

all'**HPV-test**, che prevede un prelievo simile a quello del Pap-test.

Il Pap-test e l'HPV-test sono esami semplici, rapidi e indolori. Eseguiti con regolarità, secondo le tempistiche previste nei programmi di screening, consentono di identificare le displasie, rimuoverle e impedire lo sviluppo del tumore.

Il Pap-test rimane l'esame di riferimento per le persone AFAB **dai 25 a 30-35 anni, da eseguirsi ogni tre anni**. Questa scelta è dovuta al fatto che in giovane età la probabilità di avere una infezione da HPV è molto alta, **senza che questa assuma una importanza clinica**.

L'HPV-test consente di individuare i soggetti a rischio in una fase precoce. Rileva la presenza del virus, **anche prima che le modificazioni cellulari siano rilevabili al Pap-test**. Deve essere effettuato **non prima dei 30 anni** ed essere ripetuto ad intervalli non inferiori ai 5 anni.

L'HPV-test può essere positivo **senza** associarsi alla presenza di lesioni pre-tumorali o tumorali.

- Se il test HPV risulta positivo la donna dovrà sottoporsi dopo un anno ad un **Pap-test (esame citologico delle cellule)**.
- Se anche questo è positivo la donna dovrà sottoporsi a **colposcopia**
- Se invece la citologia non presenta alterazioni importanti la donna ripeterà il **test HPV** dopo un anno.

Si ricorda che conviene l'adesione al programma anche agli **uomini transgender**: in caso avessero già completato le procedure di cambio anagrafico si può richiedere accesso autonomo al controllo pap-test tramite la propria medica di famiglia, in quanto al cambio di codice fiscale si esce dal programma preventivo automatico.

9.3.3.2. FAQ vaccinazione nonavalente per l'HPV

- **A chi è rivolta e come?**

Il 12° anno (dall'11° al 12° compleanno) è l'età raccomandata per effettuare la vaccinazione anti-papillomavirus (anti-HPV) alla ragazz3, sia femmine che maschi. Per le ragazze e per i ragazzi nel dodicesimo anno di vita e fino a 14 anni inclusi, il ciclo vaccinale prevede 2 dosi (0 e 6 mesi); a partire dal 15° anno di età il ciclo vaccinale è, invece, a 3 dosi (0, 2, 6 mesi).

NB: esiste anche il programma di recupero (“catch up”), con mantenimento della **gratuità** per tutte le dosi del ciclo vaccinale per le **persone AFAB almeno fino a 26 anni e per le persone AMAB almeno fino a 18 anni inclusi**, qualora non siano stati precedentemente vaccinati o non abbiano completato il ciclo vaccinale delle annate dal 2005 in poi.

- **Perché vaccinare anche gli uomini?**

Perché, in primis, anche le persone AMAB possono contrarre l’infezione da HPV. Spesso decorre in maniera asintomatica e questo rende più difficile la diagnosi. In secondo luogo, ricordiamo che anche se non rischia il tumore della cervice uterina, può trasmettere l’HPV attraverso il contatto sessuale, aumentando così il rischio di tumori cervicali nelle persone AFAB.

Inoltre, in alcuni casi nella persona con pene l’infezione da HPV può provocare:

1. verruche genitali
2. lesioni precancerose
3. tumore all’ano
4. tumori al cavo oro-faringeo
5. tumori al pene

- **Ho superato la fascia di età, oppure ho già avuto una esposizione, e non so se vaccinarmi?**

In questo caso la risposta è che il vaccino è efficace e sicuro anche in coloro che sono già stati esposti al virus ed hanno già avuto delle prime lesioni, in quanto anche in quel caso previene non solo la reinfezione, ma anche un ripresentarsi delle eventuali lesioni cancerogene. Inoltre, l'immunità naturale fornita dagli anticorpi indotti dall'infezione diminuisce nel tempo, mentre quella fornita dai vaccini fornisce una protezione più duratura e più efficace anche nel prevenire la reinfezione o riattivazione in individui con una precedente infezione risolta.

Superate, però, le età indicate prima, il vaccino perde la sua gratuità e va prenotato presso i centri vaccinali pagando un ticket (indipendentemente da eventuali esenzioni) o, in alcune regioni, pagandolo completamente di tasca propria. Emerge in questo senso una ennesima disegualianza causata dal regionalismo differenziato: in ogni Regione variano i prezzi, la presenza o meno del ticket, le categorie considerate a rischio e quindi con vaccinazione gratuita (per esempio in Piemonte è gratuito per le persone MSM, ma non per le persone AFAB con positività a pap-test, in Lombardia per le persone LGBTQIA+ in generale, in Toscana è sufficiente una positività al pap-test entro i 45 anni).

- **Ho fatto il bivalente, ha senso che faccia il nonavalente?**

Dipende, sicuramente ha senso per persone con diagnosi di lesioni ad alto rischio per diminuire la possibilità di nuove infezioni da altri ceppi. Meno raccomandato per persone a basso rischio (relazioni stabili, negatività agli screening, etc.), ma comunque possibile. La gratuità dipende dalle condizioni accennate nel paragrafo precedente.

- **Vaccino e Gravidanza: si può?**

Per quanto studi con circa 1000 casi abbiano mostrato nessuna conseguenza della vaccinazione in gravidanza, per ora le evidenze non sono sufficienti per somministrarlo alle persone in gravidanza. Nel caso in cui si sia vaccinata una di esse che poi ha scoperto di essere incinta la si deve rassicurare riguardo a rischi per il feto. La vaccinazione è sicura in allattamento e può essere somministrata senza problemi.

9.3.3.3. HPV e gravidanza

Un esame citologico (Pap test) è raccomandato nel primo trimestre di gravidanza se la persona incinta non ha eseguito

gli screening, altrimenti non è necessario salvo valutazione caso per caso.

9.3.3.4. L'HPV nel mondo

Molti Paesi hanno una copertura vaccinale molto bassa e, purtroppo, una incidenza di morti HPV-related molto alta. Questo è soprattutto vero in quelle regioni del mondo dove le campagne di screening sono poco accessibili (per ragioni geografiche, economiche o culturali) e nelle popolazioni che presentano un'alta incidenza di HIV. Ultimamente sono stati fatti studi dai quali emerge che una buona risposta, duratura e quasi sovrapponibile allo schema vaccinale attualmente raccomandato, si ottenga anche con una sola dose di vaccino. La ricerca sta proseguendo perché questo permetterebbe di aumentare la copertura anche in Paesi o Regioni con limiti economici. Alcuni Paesi stanno già usando questo approccio off label (fuori linee guida).

9.3.3.5. Qual è il messaggio chiave da tenere come personale sanitario?

È necessario adottare un approccio di counseling per **diminuire l'esitazione vaccinale**, tenendo presente che in Europa siamo tra le ultime posizioni per adesione vaccinale HPV.

Dal punto di vista comunicativo è indispensabile ricordare alla genitor3 delle ragazze e dei ragazzi sotto i 14 anni che questo è un **vaccino contro il cancro** e che non farlo prima dell'inizio dei rapporti sessuali significa far perdere una chance preventiva importante al proprio figlio o alla propria figlia.

L'obiettivo è il raggiungimento di una copertura delle persone adolescenti del 95% in modo da portare a meno di 4/100.000 i casi annui di carcinoma della cervice.

Alcune strategie come quella del **progetto PERCH** (PartnERship To Contrast HPV) coordinato dall'ISS con la partecipazione di 18 Paesi Europei – che in Italia ha interessato le Regioni di Puglia, Sicilia e Calabria – permettono di aumentare l'adesione rendendo la vaccinazione più accessibile, in questo caso, vaccinando direttamente nelle scuole. In altre Regioni si sta valutando la vaccinazione nelle

farmacie e assumono un ruolo fondamentale i centri vaccinali, il personale ginecologico, la pediatria (PLS) e la medicina di medicina generale (MMG).

9.4 Sex toys e coppette mestruali: igiene e rischi di infezioni.

Non pulire correttamente coppette mestruali e sex toys può comportare diversi rischi per la salute, tra cui infezioni e irritazioni.

Vediamo nel dettaglio quali sono i pericoli principali.

9.4.1. Coppetta mestruale e disco mestruale

Se non igienizzati bene, la coppetta e il disco possono diventare un ambiente ideale per la proliferazione di batteri e funghi. I **principali problemi** che possono insorgere sono:

- Disbiosi vaginale cronica
- Candidosi: Se rimangono residui di sangue e umidità, i funghi della Candida possono, infatti, proliferare.
- Vaginosi batterica: Può essere causata da batteri come la Gardnerella, che si sviluppano in ambienti poco igienizzati.
- Sindrome da shock tossico (TSS): È rara, ma può verificarsi se la coppetta non viene lavata bene o lasciata troppo a lungo (oltre le 12 ore). È causata dai batteri Staphylococcus aureus, che producono tossine pericolose.
- Irritazioni e cattivi odori

Se la coppetta o il disco non vengono sciacquati bene dai residui di sapone o detergente, può causare prurito, arrossamenti e bruciori. Un'igiene scorretta può anche portare a cattivi odori, segno di proliferazione batterica.

9.4.1.1. Come pulire la coppetta mestruale?

Anche quando è nuova, risulta importante procedere ad una sterilizzazione prima del suo utilizzo una volta rimossa dalla confezione.

Successivamente, distinguiamo in pulizia durante e dopo il flusso mestruale.

Durante il flusso:

- Sciacquare con acqua fredda per evitare macchie.
- Lavarla con acqua calda e un sapone delicato (senza profumi o oli).
- Sciacquarla bene per rimuovere ogni residuo di sapone.
- Reintrodurre.

Tra una mestruazione e l'altra: sterilizzazione (ci sono varie opzioni tra cui scegliere)

- Bollitura: Immergere in acqua bollente per 3-5 minuti. Non lasciarla troppo a lungo per evitare danni al silicone.

- Prodotti sterilizzanti (tipo quelle per biberon) da utilizzare secondo le indicazioni sulla confezione.
- Sterilizzatore a vapore: Se ne trovano in commercio, sono pratici e veloci.

A volte **i fori per il sottovuoto** della coppetta si ostruiscono.

Per pulirli si può:

- Riempire la coppetta di acqua, coprirla con il palmo di una mano e ruotarla in modo che il palmo sia rivolto verso l'alto, con l'altra mano si strizza il fondo della coppetta per far fuoriuscire l'acqua dai fori.
- Usare uno scovolino dentale o un vecchio spazzolino.

Conservazione:

- Asciugare sempre bene prima di riporli in un ambiente asciutto e pulito.
- Usare sacchetti di cotone o custodie dedicate per evitare polvere e batteri.
- Evitare di conservarli a contatto con altri oggetti in silicone, poiché possono deteriorarsi.

Durata: in media la coppetta può durare fino a 5 anni, il disco, invece, dura circa 2 anni.

9.4.2. Sex toys

Anche i sex toys, se non puliti adeguatamente, possono essere un veicolo di infezioni. I **principali rischi** sono:

1. Uretriti e cistiti per proliferazione batterica: usare un toy sporco o con residui di lubrificante o secrezioni può introdurre batteri nell'uretra.
2. Contaminazione ano-vaginale per esempio da Escherichia coli.
3. Irritazioni o reazioni allergiche: se il toy non è ben risciacquato dai detergenti, che devono comunque essere a pH fisiologico (tra il 3,8 e il 4,5), possono verificarsi prurito, bruciore e arrossamenti; stessa cosa se il lubrificante è scaduto.
4. Materiali porosi (come jelly o cyberskin) trattengono più batteri e sono più difficili da pulire, aumentando il rischio di irritazioni.
5. Trasmissione di infezioni sessualmente trasmissibili (IST): se i sex toys vengono condivisi senza essere igienizzati correttamente, possono trasmettere virus e batteri come HPV, herpes, gonorrea o clamidia.

Come evitare questi rischi?

- Pulire sempre accuratamente e con prodotti appositi (rintracciabili facilmente su siti specializzati e affidabili) i sex toys dopo ogni utilizzo.
- Conservarli in un luogo pulito e asciutto.
- Non riutilizzare sex toys senza prima lavarli.
- Utilizzare lubrificanti adatti ai materiali dei sex toys per evitare danni e proliferazione batterica.
- Evitare materiali porosi, prediligendo silicone medico, vetro o acciaio inossidabile per una pulizia più efficace.
- È sempre consigliato l'utilizzo di un preservativo sul toy se viene condiviso o utilizzato per penetrazione anale e poi vaginale.

9.4.2.1. Come pulire i sex toys?

Per la pulizia distinguiamo:

Toys in silicone, vetro, acciaio o plastica dura (senza motore):

- Lavare con acqua tiepida e sapone neutro oppure bollirli per 5 minuti o disinfettati con una soluzione di acqua e aceto (50/50).
- Usare uno spazzolino morbido per raggiungere le parti difficili.

- Sciacquare bene e asciugare con un panno pulito.

Toys con motore (elettrici o ricaricabili):

- Pulire con un panno umido e sapone delicato senza immergerli nell'acqua.
- Usare salviette antibatteriche o spray specifici per sex toys.

Conservazione:

- Asciugare sempre bene prima di riporli in un ambiente asciutto e pulito.
- Usare sacchetti di cotone o custodie dedicate per evitare polvere e batteri.
- Evitare di conservarli a contatto con altri oggetti in silicone, poiché possono deteriorarsi.

9.5 HIV, PrEP e salute sessuale

9.5.1. Situazione epidemiologica

L'infezione da HIV rappresenta ancora oggi una sfida per la comunità scientifica globale. Nonostante gli straordinari avanzamenti scientifici degli ultimi trent'anni abbiano radicalmente **trasformato un'infezione inevitabilmente letale in una condizione cronicamente gestibile**, UNAIDS (il programma congiunto delle Nazioni Unite per la lotta all'HIV e all'AIDS) stima che nel 2022 vi siano ancora 39,5 milioni di persone che vivono con HIV ("people who live with HIV infection" - PWH), e che nel solo 2022 le nuove diagnosi di infezione da HIV si siano attestate a 1,3 milioni. (Fact sheet - Latest global and regional statistics on the status of the AIDS epidemic, 2022) Negli ultimi dieci anni, **l'incidenza** dell'HIV in Italia ha mantenuto una **relativa stabilità** a livello nazionale. Ciò significa che il numero complessivo di nuove infezioni riportate non ha mostrato aumenti o diminuzioni significative su ampia scala.

Questo andamento, se da un lato è il risultato di una serie di fattori, tra cui una solida infrastruttura sanitaria che offre accesso gratuito ai test per l'HIV ed un'ampia disponibilità di

trattamenti antiretrovirali per le PWH, si dimostra **inefficace nel ridurre l'incidenza** dell'epidemia. Nel 2022, sono 1.888 le nuove diagnosi di infezione da HIV pari a un'incidenza di 3,2 nuove diagnosi all'anno per 100.000 residenti. Le grandi città come Milano, Roma e Napoli possono vedere un numero maggiore di nuove infezioni rispetto a regioni rurali o meno popolate. Questi focolai possono essere associati a comportamenti a rischio concentrati in determinati contesti sociali o comunità, (ISS, 2022) ma anche a una maggiore probabilità di test e diagnosi. Nonostante l'implementazione di programmi di prevenzione come la distribuzione gratuita di preservativi, l'educazione sull'HIV e la sensibilizzazione, l'incidenza generale dell'HIV in Italia non ha subito variazioni significative. Un potenziale impatto sull'andamento dell'incidenza potrebbe derivare dall'accesso gratuito alla profilassi pre-esposizione (PrEP).

9.5.2. PrEP: di che si tratta?

La PrEP è una strategia di prevenzione dell'infezione da HIV che coinvolge l'uso di farmaci antiretrovirali (farmaci efficaci contro il virus dell'HIV) da parte di persone che non vivono con HIV, al fine di **ridurre il rischio di contrarre l'infezione in caso di esposizione al virus**. L'accesso alla PrEP è emerso

come una strategia efficace di prevenzione dell'infezione da HIV, in particolare tra MSM e altre "popolazioni chiave" a rischio elevato. (Siguier & Molina, 2018) Consiste nell'assunzione di farmaci antiretrovirali da parte di persone che non hanno l'infezione da HIV, ma che sono esposte al rischio di contagio in relazione alle abitudini sessuali e ad altri fattori individuali, al fine di minimizzare la probabilità di trasmissione.

La **PrEP con Truvada®**, una compressa contenente i due antiretrovirali emtricitabina (FTC) 200 mg e tenofovir disoproxil fumarato (TDF) 245 mg, è stata approvata negli Stati Uniti nel luglio 2012 dalla Food and Drug Administration (FDA). (FDA approves first drug for reducing the risk of sexually acquired HIV infection, 2012)

In Italia, la PrEP con Truvada è stata autorizzata dall'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) nel 2017. (AIFA, 2018) La stessa AIFA con comunicato stampa n. 704 - Con Delibera CdA n. 15 del 26 aprile 2023, ha ammesso l'indicazione alla **rimborsabilità** dell'associazione FTC/TDF per la PrEP (cioè, è gratuita) al fine di ridurre il rischio di infezione da HIV-1 sessualmente trasmessa in adulti e adolescenti **ad alto rischio**, accogliendo così la proposta avanzata dalla "Sezione

per la lotta contro l'AIDS" del Comitato Tecnico Sanitario del Ministero della Salute, condividendone l'impostazione generale, i criteri di selezione dell3 pazienti e la strategia di presa in carico globale. Oggi, pertanto, **lo specialista infettivologo può prescrivere la terapia**, subordinandola alla compilazione di una scheda di prescrizione che contiene i criteri di inclusione ed esclusione al trattamento e le principali caratteristiche del programma di presa in carico e monitoraggio. La distribuzione del trattamento avviene unicamente da parte delle **farmacie ospedaliere**. (AIFA, 2023)

Sono possibili **due schemi terapeutici** per l'assunzione della PrEP con FTC/TDF.

Essa è principalmente indicata per l'**assunzione quotidiana**: le persone a rischio di contrarre l'infezione da HIV devono assumere una compressa ogni giorno, preferibilmente allo stesso orario, per massimizzarne l'efficacia.

Tuttavia, è disponibile anche la **modalità "on demand"**, che prevede l'assunzione della PrEP solamente prima e dopo un'attività sessuale a rischio. In questo caso, si assumono due

compresse di PrEP entro le 24 ore prima dell'attività sessuale programmata e poi:

- **Se si ha un pene:** si prende ogni 24 ore e si interrompe **due giorni dopo** l'ultimo rapporto sessuale;
- **Se si ha una vulva, se si usa estradiolo, se si fa uso di sostanze per via iniettiva:** si prende ogni 24 ore e si interrompe **sette giorni dopo** l'ultimo rapporto sessuale.

(BASHH/BHIVA guidelines on the use of HIV pre-exposure prophylaxis (PrEP), 2024)

Anche se la **modalità “daily”** può rappresentare un ostacolo dal punto di vista economico e/o logistico, **non esistono evidenze che comporti un aumento significativo degli effetti collaterali**; si osserva un impatto leggermente maggiore sulla funzione renale rispetto alla modalità on-demand, ma questa differenza non è clinicamente significativa. (Liegeon G et al., 2022)

Infine, la PrEP è da qualche anno disponibile anche per **via intramuscolare** ed a modalità di rilascio prolungato con **cabotegravir**: in tal modo è possibile prevenire l'infezione da HIV con un'iniezione da ripetere una volta **ogni due mesi**. Negli studi clinici la PrEP con cabotegravir ha dimostrato di

essere superiore alla classica PrEP con FTC/TDF. In Italia è stata introdotta la rimborsabilità da parte di AIFA a marzo 2026.

9.5.3. PrEP e sessualità

La **definizione di “sesso”** inteso come attività sessuale comprende una vasta gamma di comportamenti (ad esempio, baciare, sesso orale, sesso anale, sesso vaginale) e risposte sessuali (ad esempio, orgasmo). Quando parliamo di **“sessualità”** intendiamo ciò che concerne soddisfazione, relazioni, pratiche di selezione dell'e o dell'a partner, ansia, funzionamento, autostima, comunicazione e norme della comunità riguardo al comportamento sessuale.

Gran parte delle ricerche esistenti sull'impatto della PrEP sulla sessualità si è concentrata su **prospettive di salute pubblica**, come i cambiamenti nell'uso del preservativo e nei comportamenti che rischiano di trasmettere IST. Ciononostante, l'estesa implementazione della **PrEP** ha cambiato il modo in cui pensiamo all'HIV in relazione al sesso, poiché **rimuove l'atto della prevenzione dell'HIV dall'immediatezza dell'atto sessuale** stesso, a differenza dell'uso del preservativo.

Recenti ricerche dimostrano come la PrEP abbia portato a una **maggiore percezione della propria sexual agency** (“agentività sessuale”), ovvero la capacità di identificare, comunicare e negoziare i propri bisogni sessuali e di avviare comportamenti che consentano la soddisfazione di tali bisogni, necessaria nello sviluppo delle proprie identità e pratiche sessuali: infatti, l3 utilizzator3 di PrEP hanno riportato di sentirsi più a proprio agio nel parlare dello stato HIV (“sieropositività” o “sieronegatività”) e nel discuterne con l3 partner, grazie alla riduzione delle paure legate alla trasmissione dell’infezione.

La PrEP può rappresentare una strategia efficace di riduzione del rischio anche in **contesti sessuali specifici** (come le sessioni di chemsex, i play party, le dark room, le saune e simili) spesso caratterizzati dalla difficoltà di negoziare l’uso dei dispositivi di protezione. Qui la PrEP funge da strumento di **autodeterminazione**, permettendo alle persone di prendersi cura della propria salute sessuale senza affidare ad altr3 questa responsabilità, e sostiene una narrazione positiva della sessualità, fondata su **scelte libere e consapevoli**.

Una revisione sistematica del 2022 sul ruolo della PrEP nel rapporto tra piacere e soddisfazione sessuale ha visto emergere la PrEP come capace di **aumentare l'intimità emotiva**, la vicinanza e la connessione tra partner; di incrementare le opzioni e le opportunità sessuali rimuovendo le barriere alla vicinanza e al piacere fisici; e di **ridurre l'ansia** e le paure connesse. Il messaggio conclusivo invita a promuovere messaggi di sensibilizzazione che incoraggino l'accesso alla PrEP **non solo in un'ottica di prevenzione** dell'HIV, ma anche per **destigmatizzare** il piacere e le attività legate al sesso. (Curley, 2022)

Tristemente, infatti, i3 utilizzatori della PrEP sono spesso comunemente **stereotipati come sessualmente irresponsabili**, promiscui e immorali. Questi stereotipi e i pregiudizi sociali associati si manifestano a vari livelli, scoraggiando l'interesse e l'adozione della PrEP, ostacolandone l'aderenza, e facilitandone l'interruzione. Le attuali strategie di implementazione della PrEP, che si **concentrano strettamente sul rischio** e pertanto sono indirizzate **verso gruppi stigmatizzati** e ad elevata incidenza di infezione da HIV, hanno ottenuto successi limitati e sono controproducenti nella misura in cui **perpetuano lo stigma**. Al contrario, strategie di implementazione che propongono

messaggi più inclusivi e una maggiore integrazione della PrEP all'interno del sistema sanitario possono aiutare ad aumentarne l'utilizzo. (Calabrese, 2020)

Lo stigma associato all'uso della PrEP si somma ad altri fattori psicologici, quali ansia e depressione, che spesso colpiscono le persone non-etero e/o non-cis, contribuendo negativamente al minority stress. Studi empirici mostrano che l'assunzione della PrEP è associata a una **riduzione dell'ansia**, specie all'interno della comunità LGBTQIA+. In tale ottica, implementare campagne di screening rivolte alla salute mentale all'interno della continuità di cura rappresentata dalla gestione della PrEP è un obiettivo necessario (Miller, 2021), come raccomandato dalle principali linee guida internazionali.

Infine, esiste una **disparità di conoscenza** nella letteratura pubblicata sull'impatto della PrEP sulla sessualità, con maggiori **ricerche incentrate sugli uomini cisgender gay**, bisessuali e altri uomini che hanno rapporti sessuali con uomini rispetto alle donne cisgender e alle popolazioni transgender.

Per le **donne cisgender**, la letteratura suggerisce che la PrEP sia considerata una strategia utile di prevenzione dell'HIV nel

contesto delle relazioni monogame, per coloro con più partner sessuali, per le donne in relazioni violente e per sex worker. Tuttavia, mancano dati su come la PrEP abbia effettivamente cambiato le esperienze sessuali e i comportamenti delle donne.

Per le **popolazioni transgender**, c'è un urgente bisogno di maggiori ricerche legate alla PrEP, inclusi comportamento sessuale, disparità di salute, inclusione nei trial clinici, esperienze psicosociali dell'assunzione della PrEP e impatto sul comportamento sessuale, funzionamento e soddisfazione.

(Groves et al., 2021)

9.5.4. PrEP e salute mentale

Nonostante l'efficacia clinica della PrEP nel ridurre l'acquisizione dell'HIV, i fattori psicosociali, come le **problematiche di salute mentale e l'uso di sostanze**, diffusi tra le candidate alla PrEP, possono **compromettere la persistenza e l'aderenza alla terapia**. L'integrazione dello screening e del trattamento delle malattie psichiatriche e psicologiche nei programmi di PrEP è vitale per affrontare queste situazioni e migliorare la compliance nella terapia.

Gli studi dimostrano che offrire servizi di salute mentale come parte dei programmi di prevenzione dell'HIV può portare benefici sia per la riduzione del rischio di contagio sia per il benessere psicologico dell3 pazienti. L'ampia diffusione della PrEP rappresenta dunque anche un'opportunità per estendere lo screening e il trattamento delle difficoltà di salute mentale, migliorando l'accesso a cure integrate per i bisogni cronici di salute fisica e di salute mentale. (Ikeda et al., 2021) (Vail RM, 2022)

9.5.5. U=U e stigma

Le persone che vivono con HIV (PLWH) e che assumono correttamente la terapia antiretrovirale **non trasmettono l'infezione da HIV ad altre persone attraverso rapporti sessuali non protetti.**

Questa informazione deriva dalle evidenze di studi scientifici che hanno dimostrato che **l'assunzione regolare della terapia antiretrovirale porta le PLWH ad avere valori di HIV nel sangue pari a zero** (carica virale non rilevabile – “**undetectable**”). Quando il virus non è rilevabile nel sangue, non vi è possibilità che l'infezione sia trasmessa ad altre

persone attraverso rapporti sessuali (infezione non trasmissibile – “**untransmittable**”).

La prima affermazione pionieristica sull'argomento si deve ad una dichiarazione della Commissione Federale Svizzera del 2008 (**The Swiss Statement**), che affermava già allora che una PLWH in terapia efficace e con carica virale non rilevabile da almeno 6 mesi non trasmette il virus sessualmente. Tale affermazione è stata successivamente corroborata da studi clinici (**studi PARTNER 1 e 2 2014-2019, studio Opposite Attract 2017**) che hanno coinvolto coppie sierodiscordanti, ovvero composte da un partner senza infezione ad HIV ed un partner con infezione da HIV ed in terapia antiretrovirale efficace, all'interno delle quali non era utilizzato il preservativo nei rapporti sessuali: tali studi hanno documentato **zero trasmissioni di infezioni da HIV** da partner con HIV in terapia efficace e carica virale non rilevabile da almeno 6 mesi.

Tale dato fondamentale è stato pubblicizzato attraverso la **campagna U = U (“Undetectable is Untransmittable”**, che significa “non rilevabile uguale non trasmissibile”) al fine di sensibilizzare l'opinione pubblica e di **ridurre lo stigma** ancora associato all'infezione da HIV.

(UNAIDS, 2018.)

9.6 Minority Stress, Uso di sostanze e Chemsex, Trauma-Informed Care

9.6.1. Definizioni e riduzione del danno

Il concetto di **minority stress** descrive l'esperienza di stress cronico vissuta dalle persone appartenenti a gruppi minoritari, in particolare in una società che frequentemente emargina o discrimina le loro identità. Tra persone LGBTQIA+, questo stress si manifesta in vari modi che impattano sulla loro salute mentale e fisica.

Il minority stress si suddivide in due componenti principali:

- lo **stress distale**, che si riferisce a esperienze di discriminazione diretta, come violenza omo-lesbo-bi-fobica, transfobica, rifiuto familiare, marginalizzazione sociale,
- e lo **stress prossimale**, che riguarda l'internalizzazione dello stigma, la paura costante di essere discriminati, l'ipervigilanza sociale e l'omofobia interiorizzata. Sebbene meno visibile, lo stress prossimale è altrettanto dannoso e contribuisce alla creazione di una condizione di ansia persistente che rende difficile la gestione della propria identità.

Il minority stress porta a **difficoltà psicosociali** come ansia, depressione, e uso di sostanze come meccanismo di coping per affrontare il dolore emotivo.

Questo contesto è strettamente legato all'insorgenza di comportamenti a rischio per la salute, tra cui il **chemsex**. L'uso di sostanze stupefacenti è spesso utilizzato come risposta al minority stress.

Il chemsex (ossia l'uso di droghe in contesti sessuali) è un fenomeno in crescita, che risponde a questa pressione psicologica e sociale. Si riferisce all'uso di una **combinazione di sostanze come metanfetamina, mefedrone e/o GHB/GBL**, prima o durante il sesso, per facilitare sessioni sessuali che possono durare ore o giorni, spesso con molteplici partner sessuali. Ha preso piede tra un gruppo ristretto ma molto attivo di MSM esposti a numerosi rischi fisici e psicologici, tra cui le infezioni da trasmissione sessuale (IST), l'escalation nell'uso di sostanze e i danni emotivi legati al trauma.

La vulnerabilità a questi comportamenti è amplificata dal minority stress, che spesso porta alla **ricerca di esperienze di evasione**, ma che a lungo andare può aumentare la sofferenza e il trauma.

Le persone che fanno uso di sostanze rappresentano un gruppo ad alto rischio per HIV, HCV, HBV (virus dell'epatite B) e altre IST. Gli interventi per queste problematiche devono essere accessibili e su misura per le esigenze specifiche delle diverse popolazioni chiave. Queste esigenze variano a seconda delle sostanze utilizzate, delle modalità di somministrazione, dei contesti in cui avviene l'uso e di altri rischi e vulnerabilità concomitanti, nonché delle diverse modalità di comunicazione possibili.

L'uso di sostanze è spesso un'**attività collettiva**, associata ad altre attività comuni come la partecipazione a club, festival, feste sessuali o luoghi di lavoro del sesso. La trasmissione di HIV o di altri virus trasmessi **attraverso il sangue** dipende quindi in gran parte dai comportamenti collettivi e dalle norme sociali che esistono all'interno di un ambiente di rischio più ampio. Anche la trasmissione **sessuale** di HIV tra le persone che usano stimolanti può essere influenzata da regole o rituali all'interno di gruppi o sottogruppi.

I programmi per le persone che usano sostanze stimolanti devono prendere in considerazione ogni sottogruppo della popolazione, sia per quanto riguarda gli interventi legati all'uso

di sostanze e al rischio sessuale, sia per quanto riguarda gli approcci di erogazione dei servizi.

La **consultazione con la comunità delle persone che usano sostanze**, in diverse aree geografiche e contesti (o spazi virtuali), fornisce un'opportunità per comprendere meglio, documentare e pianificare risposte adeguate.

Un programma efficace per l'HIV che affronta l'uso di stupefacenti deve prevedere la **cooperazione e l'integrazione tra i fornitori di servizi per le persone che usano droghe e altre popolazioni chiave**. È anche necessario superare lo stigma esterno, inclusa la stigmatizzazione incrociata tra i gruppi. I servizi per le popolazioni chiave spesso operano in compartimenti stagni e mancano delle risorse per affrontare le necessità delle persone al di fuori del loro gruppo specifico.

L'intersezione tra l'uso di droghe (compreso l'uso di droghe per via iniettiva) e il sesso indica la chiara necessità di **integrare gli interventi di prevenzione HIV legati alle droghe per gli MSM nei servizi di salute sessuale, e gli interventi mirati alla salute sessuale nei servizi di riduzione del danno da HIV**, inclusi i programmi di scambio di siringhe. Ad esempio:

- Importante la **possibilità di accedere a programmi di prevenzione, supporto e cura** nei luoghi dedicati alle dipendenze comportamentali e da sostanze, SerD e servizi territoriali soprattutto.
- **Il personale deve essere formato sull'esistenza del chemsex**, anche come fattore di rischio per sviluppare successivamente dipendenze comportamentali e disturbo da uso di sostanze in contesti non legati alla sessualità. Se è vero che chi pratica chemsex spesso limita a questa sfera l'utilizzo di sostanze, è giusto garantire l'accesso a informazioni corrette sui rischi delle sostanze utilizzate a scopo ricreativo e sulla loro potenziale addictiveness, cioè la capacità di portare l'utilizzatore a uno stato di dipendenza, con ricadute fisiche, psichiche, lavorative e relazionali.
- **I fornitori di servizi sanitari e le autorità carcerarie** devono collaborare per garantire che le persone che usano droghe abbiano accesso agli stessi servizi essenziali in prigione che sono disponibili nella comunità e per garantire la continuità dei trattamenti e delle cure tra la comunità e le prigioni.

- È necessario **espandere la disponibilità e l'accesso ai servizi di riduzione del danno da HIV e salute sessuale** che siano accoglienti per tutte, ma soprattutto per le persone appartenenti a popolazioni chiave, e capaci di affrontare i bisogni psicologici e fisici legati al chemsex. Ciò include il reclutamento di membri della comunità per condurre servizi di prevenzione sul posto.

Affrontare il chemsex all'interno degli approcci di riduzione del danno da HIV richiede anche la **partecipazione significativa della comunità per garantire che i materiali sviluppati siano rilevanti e appropriati.**

Gli argomenti da trattare nei materiali educativi potrebbero includere:

- l'uso sicuro delle droghe e il riconoscimento del danno da HIV,
- il consenso e il rispetto per l'altra,
- la riduzione dello sfruttamento sessuale,
- la trasmissione di IST,
- la soddisfazione e la sicurezza sessuale,
- la gestione delle situazioni di emergenza legate alle droghe,
- lo stigma legato all'HIV e le problematiche con la divulgazione dello stato HIV e/o dell'uso di droghe,

- le opportunità di socializzazione e networking che non includono droghe e sesso.
- **L3 lavoratori peer**, ossia i membri della comunità che hanno esperienza diretta con l'uso di sostanze o con altre problematiche, dovrebbero **collaborare con i gestori di luoghi che permettono attività sessuali** per facilitare lo sviluppo e la promozione di politiche e procedure di prevenzione dell'HIV legate al sesso e alle droghe. La formazione potrebbe includere il **riconoscimento e l'assistenza nelle situazioni di overdose**, la gestione delle crisi e l'educazione sulla profilassi pre-esposizione (PrEP) come strumento di prevenzione HIV.
- Per raggiungere le popolazioni di persone che usano droghe stimolanti in ambienti altamente stigmatizzati, che le rendono difficili da raggiungere tramite i servizi tradizionali, è necessario **implementare procedure di outreach** non giudicanti e culturalmente competenti. Il lavoro di outreach può rendere accessibili molteplici interventi, tra cui informazioni, test HIV, consulenze, condom e lubrificanti, equipaggiamento per iniezioni sterili, supporto sociale e rinvii ai servizi sanitari e sociali pertinenti. I servizi forniti varieranno in base al contesto

(strada, club, festival, luoghi di lavoro del sesso, prigioni, etc.) e ai rischi specifici delle persone che usano stimolanti in questi ambienti. I lavoratori di outreach possono essere professionisti, ma spesso il lavoro di outreach è più efficace quando condotto da **membri formati della comunità degli utilizzatori di droghe stimolanti o delle popolazioni chiave pertinenti**. Ad esempio, educatori peer specialist possono fornire informazioni sulla prevenzione dell'HIV o distribuire materiali nei festival.

9.6.2. Principi fondamentali per il trattamento delle persone LGBTQIA+ con disturbo da uso di sostanze

Nel trattamento del disturbo da uso di sostanze nelle persone LGBTQIA+, le cliniche dovrebbero considerare i seguenti principi guida:

- **Riconoscere l'impatto negativo del minority stress:** comprendere che lo stress vissuto dai gruppi minoritari è una condizione persistente che influisce sulla salute mentale e fisica. Le esperienze di discriminazione, marginalizzazione e omofobia possono alimentare un ciclo di stress che aggrava la salute mentale e aumenta il rischio di sviluppare disturbi da uso di sostanze.
- **Favorire la consapevolezza, la regolazione e l'accettazione delle emozioni:** supportare le pazienti nel riconoscere, gestire e accettare le proprie emozioni, aiutandole a sviluppare competenze emotive che riducano la sofferenza derivante dal minority stress e dai traumi passati.
- **Incoraggiare una comunicazione assertiva:** motivare le pazienti a esprimere i propri bisogni, rivendicare il rispetto

della propria identità e sostenere la propria autonomia. Le persone LGBTQIA+ potrebbero avere difficoltà nell'affermare i propri diritti a causa di esperienze passate di rifiuto o discriminazione; quindi, è essenziale aiutarli a sentirsi legittimati.

- **Ristrutturare le credenze legate al minority stress:**
lavorare per modificare i pensieri autolesionistici o discriminatori derivanti dall'esperienza di marginalizzazione e autosvalutazione; favorire l'autoconsapevolezza e il miglioramento dell'autostima aiuta i pazienti a superare gli effetti negativi delle esperienze traumatiche.
- **Valorizzare le risorse uniche della comunità LGBTQIA+:** riconoscere e rafforzare i punti di forza individuali e collettivi all'interno della comunità. Le reti di supporto, la solidarietà e il senso di appartenenza alla comunità possono essere risorse fondamentali nella cura e nel recupero.
- **Promuovere relazioni di supporto sicure e inclusive:**
incoraggiare la creazione di reti di supporto che siano accoglienti e senza giudizio, in modo che i pazienti

possano trovare sostegno e non sentirsi isolati o stigmatizzati.

- **Sostenere pratiche sessuali sicure e gratificanti:** garantire che le esperienze sessuali siano consensuali, rispettose e sicure, in linea con le identità di genere e sessuali. Questo è essenziale per ridurre i rischi di trasmissione di IST e per promuovere un'esperienza sessuale positiva.

Integrare questi principi all'interno dei trattamenti aiuta a prevenire la re-traumatizzazione, migliora l'aderenza terapeutica e favorisce il benessere a lungo termine delle persone LGBTQIA+. Un approccio basato su questi principi, combinato con strategie di riduzione del danno e promozione della salute, può creare un ambiente di cura affermativo e rispettoso, facilitando il percorso di guarigione e resilienza del paziente.

9.6.3. Trauma-Informed Care (TIC): Un Approccio Fondamentale per il Benessere

Nel trattamento delle persone LGBTQIA+ con disturbi da uso di sostanze, il Trauma-Informed Care (TIC) rappresenta un approccio imprescindibile. Esso riconosce e integra l'impatto del trauma in ogni fase del percorso terapeutico, trasformandolo in un elemento centrale della cura. L'adozione di un approccio TIC non solo **facilita la guarigione fisica e psicologica**, ma permette anche di **creare un ambiente terapeutico che rispetta le esperienze vissute** dalle persone, senza ignorare il peso del trauma. In particolare, il trauma vissuto da persone LGBTQIA+ è spesso alimentato dal minority stress, che è legato a esperienze di discriminazione, marginalizzazione e stigmatizzazione sociale.

La TIC si basa su **quattro principi chiave** che devono essere tenuti in considerazione per garantire un trattamento efficace e rispettoso:

1. **Riconoscere l'impatto del trauma:** Comprendere come il trauma, in tutte le sue forme, influenzi profondamente il comportamento, la salute mentale e fisica. Le esperienze traumatiche possono essere individuali (come abusi o

violenze) o sociali (come la discriminazione e l'esclusione). Questi traumi possono alterare il funzionamento emotivo e cognitivo, contribuendo a condizioni di ansia, depressione, disturbi da stress post-traumatico e disturbi da uso di sostanze. In particolare, l'esperienza di minority stress, derivante dall'identità di genere o orientamento sessuale, può essere un fattore scatenante o esacerbante del disturbo da uso di sostanze.

2. **Garantire sicurezza psicologica e fisica:** Offrire un ambiente sicuro che prevenga la re-traumatizzazione. In un contesto terapeutico, è essenziale che la persona si senta al sicuro, protetta dalla stigmatizzazione e dal giudizio. Ciò include la creazione di spazi dove le identità di genere e sessuali non vengano invalidate, e dove i pazienti possano esprimersi liberamente senza paura di essere discriminati. Questo aspetto di sicurezza psicologica è cruciale per il processo di guarigione, poiché il timore di essere giudicati o rifiutati può impedire il trattamento.
3. **Affrontare il trauma in un contesto di supporto:** Trattare il trauma con consapevolezza, integrandolo nel percorso di cura in modo che non venga trascurato. Il

trauma non deve essere ignorato o minimizzato. Al contrario, deve essere affrontato con il giusto supporto psicologico e terapeutico, in un contesto che favorisca la consapevolezza e l'elaborazione. Il supporto emotivo e psicologico deve includere la possibilità di parlare apertamente delle esperienze traumatiche, senza timore di giudizio, promuovendo un ambiente di cura che consenta di guarire senza ulteriori lesioni.

4. **Promuovere autodeterminazione ed empowerment:**

Indirizzare il trattamento in modo da rispettare le scelte individuali e favorire l'autonomia della persona. Per chi ha vissuto esperienze traumatiche, incluse quelle legate al minority stress, è essenziale essere trattati come agenti attivi del proprio processo di cura. Promuovere l'autodeterminazione implica rispettare le scelte della persona, supportare le sue decisioni e incentivare il senso di controllo sulla propria vita. Questo empowerment aiuta a superare il senso di impotenza che spesso accompagna esperienze traumatiche e di marginalizzazione.

9.6.4. Integrazione di Harm Reduction e Health Promotion nel Modello TIC

Nel modello TIC, la “harm reduction” (riduzione del danno) e la “health promotion” (promozione della salute) non sono approcci alternativi, ma due aspetti complementari che costituiscono un continuum di cura.

La **riduzione del danno** è il primo passo fondamentale per garantire sicurezza e dignità alle persone che fanno uso di sostanze, evitando la colpevolizzazione e la coercizione. Questo approccio si concentra sulla **riduzione dei rischi legati all’uso di sostanze senza imporre un cambiamento immediato** del comportamento, riconoscendo che il cambiamento è un processo che richiede tempo, rispetto e supporto continuo.

La **promozione della salute** lavora a lungo termine per **ridurre le vulnerabilità strutturali** che possono favorire l’uso problematico di sostanze. Questo include l’affrontare le disuguaglianze sociali e le barriere all’accesso alle cure, così come la costruzione di un supporto sostenibile che contribuisca al benessere complessivo della persona. La promozione della salute si concentra anche sull’educazione,

sull'empowerment delle persone a prendersi cura di sé, e sulla costruzione di una comunità che supporti il benessere psicofisico.

La TIC garantisce che entrambi questi approcci siano applicati in un ambiente che riconosce il trauma, evita la re-traumatizzazione e promuove percorsi di cura autodeterminati. In questo senso, **non si tratta semplicemente di gestire la dipendenza, ma di affrontare le cause profonde del disagio, ridurre le barriere all'accesso alle cure e promuovere un benessere a lungo termine.**

Ad esempio, in un approccio TIC, le persone che usano sostanze devono poter beneficiare di trattamenti che non solo affrontano i sintomi della dipendenza, ma che considerano anche i traumi psicologici e le difficoltà legate alla discriminazione che possono influire sul comportamento.

Un **modello di cura TIC per le persone LGBTQIA+ con disturbi da uso di sostanze** non si limita alla gestione della dipendenza, ma si concentra sull'affrontare le cause radicate del disagio, sulla riduzione delle barriere all'accesso alle cure e sul rafforzamento di una resilienza duratura. L'integrazione della riduzione del danno e della promozione della salute in

questo contesto è cruciale per **evitare che il trattamento stesso diventi una forma di ulteriore marginalizzazione.**

Un trattamento rispettoso delle esperienze e dei bisogni delle persone LGBTQIA+ favorisce la costruzione di un percorso di cura che aiuti ad affrontare le difficoltà individuali e sociali, promuovendo una **guarigione che è tanto fisica quanto emotiva.** Il risultato è un ambiente di cura olistico che affronta tanto gli aspetti immediati quanto quelli strutturali del disagio delle persone LGBTQIA+.

L'attuale filiera formativa tiene in considerazione quasi nulla l'utilizzo di sostanze stupefacenti, se non con un'idea antiquata, discriminatoria, criminalizzante e stigmatizzante. Allo stesso tempo vede la salute sessuale come semplice paragrafo della salute urologica e ginecologica. Risulta fondamentale dunque **superare lo stigma mentale nelle scuole di Medicina**, considerando come parte integrante della salute dell3 pazienti sia la sessualità sia la normalizzazione, anziché la criminalizzazione, dell'utilizzo consapevole di sostanze, così come si è fatto e si fa regolarmente per sostanze più socialmente accettate quali alcool e sigarette.

9.7 Riferimenti per i professionisti della salute

Riportiamo di seguito dei link che rimandano ai riferimenti bibliografici, emanati dagli Organismi nazionali ed internazionali, fondamentali per i professionisti della salute per una corretta gestione delle IST. Le linee guida riportate rappresentano i documenti più aggiornati disponibili al momento di questa pubblicazione (2025).

- <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/342523/9789240024168-eng.pdf?sequence=1>

Linee guida internazionali per il trattamento delle IST, emanate dall'OMS. Guidelines for the management of symptomatic sexually transmitted infections [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2021 Jun. PMID: 34370424.

- <https://iusti.org/treatment-guidelines/>

L'Unione Internazionale contro le Infezioni Sessualmente Trasmissibili (IUSTI) è la più antica organizzazione internazionale nel campo (fondata nel 1923). Il suo scopo è il raggiungimento della cooperazione internazionale nel controllo delle infezioni

sessualmente trasmissibili, inclusa l'HIV. La IUSTI si occupa in particolare non solo degli aspetti medici, ma anche degli aspetti sociali ed epidemiologici del controllo delle malattie sessualmente trasmissibili e, sempre più, dell'HIV/AIDS. La IUSTI è presente nel Roster del Consiglio Economico e Sociale delle Nazioni Unite ed è un'Organizzazione Non Governativa ufficiale con status consultivo presso l'Organizzazione Mondiale della Sanità. Le linee guida IUSTI europee sono prodotte per conto delle seguenti organizzazioni: IUSTI Europe; European Academy of Dermatology and Venereology (EADV); European Dermatology Forum (EDF); European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases (ESCMID); International Society for Infectious Diseases in Obstetrics and Gynaecology (ISIDOG); European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC); the European Office of the World Health Organisation (WHO-Europe). Al link di cui sopra sono disponibili le linee guida IUSTI europee per le principali IST, con approccio tanto sindromico che per singolo patogeno.

- <https://www.cdc.gov/std/treatment-guidelines/STI-Guidelines-2021.pdf>

Linee guida statunitensi per il trattamento delle IST, emanate dal Centers for Diseases Control and Prevention del U.S. Department of Health and Human Services.

Workowski KA, Bachmann LH, Chan PA, Johnston CM, Muzny CA, Park I, Reno H, Zenilman JM, Bolan GA. Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines, 2021. MMWR Recomm Rep. 2021 Jul 23;70(4):1-187. doi: 10.15585/mmwr.rr7004a1. PMID: 34292926; PMCID: PMC8344968.

- <https://eacs.sanfordguide.com/>

Linee guida europee per la gestione dell'infezione da HIV e AIDS, emanate dalla European AIDS Clinical Society

- <https://clinicalinfo.hiv.gov/en/guidelines>

Linee guida statunitensi per la gestione dell'infezione da HIV e AIDS, distribuite da Clinicalinfo, una risorsa online che offre informazioni sul trattamento dell'infezione da HIV a medici e operatori sanitari che si occupano di persone con HIV

e malattie correlate all'AIDS, inclusi la prevenzione e il trattamento delle infezioni opportunistiche correlate all'HIV, la prevenzione della trasmissione materno-fetale durante la gravidanza e informazioni sulla prevenzione della trasmissione dell'HIV a causa di esposizioni professionali. Clinicalinfo è anche una risorsa per indirizzare i pazienti a informazioni riguardanti il loro percorso di cura. Ciò include sia l'accesso a informazioni sui farmaci per l'HIV/AIDS approvati dalla FDA che in fase di sviluppo, disponibili sia in versione per pazienti che per professionisti sanitari.

- https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2696_allegato.pdf

Linee guida italiane per la gestione dell'infezione da HIV, emanate dalla Società Italiana di Malattie Infettive e Tropicali (SIMIT) in collaborazione con il Ministero della Salute. Ultima versione ad oggi disponibile aggiornata al 2017.

9.7.1. Sindrome da secrezione uretrale (Urethral Discharge Syndrome)

Caratteristiche	Descrizione Sindrome da secrezione uretrale
Definizione	Presenza di secrezioni anomale dall'uretra, spesso accompagnata da bruciore urinario e/o prurito.
Cause principali	<ul style="list-style-type: none"> - Neisseria gonorrhoeae (gonorrea) - Chlamydia trachomatis - Mycoplasma genitalium - Trichomonas vaginalis - Infezioni batteriche non specifiche (es. Ureaplasma urealyticum)
Segni e sintomi	<ul style="list-style-type: none"> - Secrezioni uretrali (da scarse a copiose, da chiare a purulente) - Stranguria (bruciore ad urinare) - Disuria (difficoltà ad urinare) - Prurito uretrale
Diagnosi	<ul style="list-style-type: none"> - Test molecolari: ricerca diretta del DNA dei patogeni (PCR) per C. trachomatis e N. gonorrhoeae su primo mitto di urine raccolte dopo almeno 2 ore dall'ultima minzione (gold standard). Disponibile anche per T. vaginalis e M. genitalium NB: tampone uretrale in disuso per bassa sensibilità e compliance. - Microscopia: utile per una diagnosi presuntiva di gonorrea (presenza di diplococchi gram-negativi osservati nelle secrezioni), ma limitata a centri dotati di risorse.
Trattamento	<ul style="list-style-type: none"> - Prima linea: Ceftriaxone per N. gonorrhoeae, Azitromicina o Doxiciclina per C. trachomatis (anche in combinazione).

	<ul style="list-style-type: none"> - Recidive/persistenze: aggiungere trattamento per M. genitalium (es. Moxifloxacina) e T. vaginalis (metronidazolo).
Buone pratiche	<ul style="list-style-type: none"> - Anamnesi medica e sessuale completa - Esame fisico delle aree genitali e anali - Offrire test per HIV, sifilide e altre IST - Informare e trattare i partner sessuali. - In caso di secrezione persistente, recidive o fallimenti terapeutici, invio a centro con capacità diagnostiche avanzate (laboratori specializzati per diagnosi approfondite).

9.7.2. Sindrome da secrezione uretrovaginale (Vaginal Discharge Syndrome)

Caratteristica	Candidiasi (CA)	Vaginosi batterica (VB)	T. vaginalis (TV)	Chlamydia/ Gonorrea (CG)
Descrizione	Infezione fungina con sintomi vulvovaginali, spesso ricorrente. Non IST	Disbiosi vaginale con perdita di lattobacilli protettivi. Non IST	Infezione protozoaria caratterizzata da infiammazione e secrezioni anomale. IST	Infezioni batteriche a trasmissione sessuale, spesso asintomatiche. IST
Cause principali	Candida albicans (90%), altre specie non-albicans (<10%).	Crescita di anaerobi, Gardnerella vaginalis, Mycoplasma spp.	Trichomonas vaginalis	Chlamydia trachomatis, Neisseria gonorrhoeae.
Segni e sintomi	Prurito, bruciore, secrezioni e bianca spessa, dolore durante i rapporti.	Secrezione bianca, sottile e omogenea, odore di "pesce", prurito lieve o assente.	Prurito vulvare, secrezione giallastra o purulenta, disuria, cervice "a fragola". NB: secrezione non sempre	Secrezione mucopurulenta, disuria, dolore addominale; spesso asintomatico. NB: secrezione non sempre

			presente	presente
Diagnosi	- pH vaginale (tra 4 e 4.5) - Microscopia (Gram o KOH) per lieviti.	- pH > 4.5 - Microscopia (clue cells).	- ricerca diretta del DNA dei patogeni (PCR) (gold standard) - Microscopia wet mount per rilevare protozoi.	- ricerca diretta del DNA dei patogeni (PCR) (gold standard) - Microscopia (Gram con diplococchi gram-negativi osservati per gonorrea).
Trattamento	Fluconazolo, miconazolo, clotrimazolo, nistatina.	Metronidazolo o clindamicina topica/orale.	Metronidazolo	Ceftriaxone + azitromicina o doxiciclina.
Buone pratiche	<ul style="list-style-type: none"> - Educazione su fattori di rischio (es. uso antibiotici). - Valutare patologie associate. - Promuovere l'uso del preservativo. - Informare sulla natura polimicrobica della condizione. - Diagnosi e trattamento della partner sessuali. - Offrire test HIV, sifilide, epatiti virali, altre IST. - In caso di secrezione persistente, recidive o fallimenti terapeutici, invio a centro con capacità diagnostiche avanzate (laboratori specializzati per diagnosi approfondite). 			

9.7.3 Sindrome da secrezioni anorettali

Caratteristiche	Infezione anorettale
Descrizione	Infezioni che interessano la regione anorettale, incluse l'area anale (tessuto che circonda l'ano), la proctite (infiammazione del retto) e la proctocolite (infiammazione del retto e del colon).
Cause principali	<ul style="list-style-type: none">- Anale: HPV (Human Papillomavirus), HSV (Herpes Simplex Virus), Treponema pallidum (sifilide)- Proctite: N. gonorrhoeae (gonorrea), C. trachomatis (clamidia), HSV (herpes simplex virus)- Proctocolite: Shigella, Campylobacter, Salmonella, CMV (citomegalovirus), Amoebiasis (amebiasi).
Segni e sintomi	Dolore, prurito, secrezione, sanguinamento, sensazione di pienezza rettale, tenesmo (sensazione di non riuscire a evacuare completamente), stipsi (difficoltà a defecare), tracce di muco nelle feci.
Diagnosi	<ul style="list-style-type: none">- Ricerca diretta del DNA dei patogeni (PCR) (tampone delle lesioni perianali o anali).- Esame colturale e/o PCR per proctocolite.
Trattamento	<ul style="list-style-type: none">- Ceftriaxone (per gonorrea) + azitromicina (per clamidia)- Aciclovir (farmaco antivirale) per herpes simplex virus.- Penicillina G Benzatina (trattamento standard per sifilide).
Buone pratiche	<ul style="list-style-type: none">- Esame clinico completo delle aree genitali e perianali (ispezione della zona intorno all'ano e dei genitali).- Offrire test HIV, sifilide e altre IST- In caso di secrezione persistente, recidive o fallimenti terapeutici, invio a centri avanzati

9.7.4. Ulcere genitali

Nel contesto epidemiologico italiano Herpes e sifilide sono le cause più frequenti; tuttavia, i contesti migratori contemporanei si associano all'aumento di donovanosi e chancroide anche nel contesto italiano.

Caratteristica	Herpes simplex virus (HSV)	Treponema pallidum (Syphilis)	Haemophilus ducreyi (Chancroid)	Klebsiella granulomatis (Donovanosis)
Descrizione	Ulcere dolorose e vescicolari, che possono evolvere in croste.	Ulcere indolori e rosse, solitamente unilaterali.	Ulcere dolorose e grandi, bordi irregolari e necrotici.	Ulcere indolori e progressive, con bordi ben definiti e granulazioni.
Cause principali	Herpes simplex virus tipo 1 e 2	Treponema pallidum	Haemophilus ducreyi	Klebsiella granulomatis
Segni e sintomi	Ulcere dolorose, vescicole, prurito, dolore durante la minzione e durante i rapporti sessuali.	Ulcere indolori, lesioni cutanee, linfadenopatia.	Ulcere grandi e dolorose, con bordi irregolari e necrotici, e linfadenopatia dolorosa.	Ulcere senza dolore, che si sviluppano lentamente e formano un tessuto granulomatoso.

Diagnosi	- Test PCR per confermare infezione -Esame clinico delle lesioni.	- Test sierologici per Treponema pallidum - Microscopia a campo buio per le ulcere.	- Coltura per Haemophilus ducreyi - Test PCR.	- Test PCR per Klebsiella granulomatis - Coltura o biopsia per confermare.
Trattamento	Aciclovir o Valaciclovir	Penicillina (trattamento di prima linea).	Azitromicina, Ceftriaxone o Eritromicina.	Azitromicina o Doxiciclina.
Buone pratiche	<ul style="list-style-type: none"> - Educazione sui fattori di rischio. - Educazione sul trattamento antivirale. - Gestione delle ulcere genitali. - Diagnosi precoce e trattamento tempestivo delle lesioni per prevenire complicanze. - Monitoraggio della risposta al trattamento. - In caso di secrezione persistente, recidive o fallimenti terapeutici, invio a centro con capacità diagnostiche avanzate (laboratori specializzati per diagnosi approfondite). 			

9.7.5. Epatiti virali

Caratteristica	Epatite A (HAV)	Epatite B (HBV)	Epatite C (HCV)
Descrizione	Trasmissione fecale-orale. Nel contesto sessuale, attraverso rapporti oro-anali (rimming). Può dare sintomi acuti anche gravi (insufficienza epatica acuta) ma non cronicizza.	Trasmissione parenterale (contatto con fluidi corporei, quali sangue, sperma, etc.). Spesso sono pauci- o asintomatiche. Possono avere una sintomatologia acuta o meno e possono in un secondo tempo cronicizzare ed avere conseguenze a lungo termine gravi (insufficienza epatica e/o tumori).	
Cause principali	Virus dell'epatite A (HAV)	Virus dell'epatite B (HBV)	Virus dell'epatite C (HCV)
Segni e sintomi	<ol style="list-style-type: none"> 1. FORMA ACUTA: <ol style="list-style-type: none"> a. infezione asintomatica b. febbre, dolori addominali, inappetenza, nausea, vomito, spossatezza, ittero (colorazione giallastra della pelle e dell'occhio), urina di colore scuro, feci di colore chiaro o bianco. Alterazione della funzionalità epatica con aumento delle transaminasi 2. FORMA CRONICA: <ol style="list-style-type: none"> a. Asintomatica b. spossatezza, ittero (colorazione giallastra della pelle e dell'occhio), urina di colore scuro, feci di colore chiaro o bianco. Alterazione della funzionalità epatica con aumento delle transaminasi 		

Diagnosi	<ul style="list-style-type: none"> - Sierologia, eventualmente ripetuta a 14 giorni se negatività - PCR su plasma 	<ul style="list-style-type: none"> - Sierologia, eventualmente e ripetuta a 14 giorni se negatività - PCR su plasma 	<ul style="list-style-type: none"> - Sierologia, eventualmente ripetuta a 14 giorni se negatività - PCR su plasma
Trattamento	Sintomatico	Antivirale solo in caso di forme croniche e presenza di determinate condizioni cliniche	Antivirale sia nelle forme acute che croniche
Buone pratiche	<ul style="list-style-type: none"> - Astensione da alcol e farmaci epatotossici in caso di forma acuta sintomatica. - Test dell3 partner sessuali. - Ricercare altre cause di epatiti: EBV, CMV, VZV, HSV, eziologia non virale (tossiche da farmaci o prodotti di erboristeria) - Per HAV e HBV esistono delle vaccinazioni efficaci. La vaccinazione contro HAV è gratuita per gli MSM, per il resto della popolazione è a pagamento. La vaccinazione per HBV è obbligatoria alla nascita dal 1988. - In caso di recidive o fallimenti terapeutici, invio a centro con capacità diagnostiche avanzate (laboratori specializzati per diagnosi approfondite). 		

Bibliografia (Capitolo 9)

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). "Current Trends Prevention of Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS): Report of Inter-Agency Recommendations." MMWR, 1983.

Treichler, Paula A. "AIDS, Homophobia, and Biomedical Discourse: An Epidemic of Signification." October, vol. 43, 1987.

World Health Organization (WHO). "Global Program on AIDS: WHO expert committee report." 1988.

UNAIDS. "Global AIDS Strategy: Focusing on Behaviors, Not Groups." UNAIDS Global Strategy Report, 1991.

UNAIDS. Undetectable = Untransmittable: Public health and HIV viral load suppression. UNAIDS Explainer, 2018.
http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/undetectable-untransmittable_en.pdf (Accessed on August 17, 2018).

World Health Organization (WHO). "Sexually Transmitted Infections: Strategies for Global Control." WHO, 1999.

World Health Organization (WHO). "Consolidated Guidelines on HIV Prevention, Diagnosis, Treatment and Care for Key Populations." 2022.

World Health Organization (WHO). "Consolidated Guidelines on HIV Prevention, Diagnosis, Treatment and Care for Key Populations."

WHO, 2016.

ISS – EpiCentro. "HIV/AIDS: epidemiologia in Italia." Istituto Superiore di Sanità, 2022.

Luetkemeyer AF, Donnell D, Dombrowski JC, Cohen S, Grabow C, Brown CE, Malinski C, Perkins R, Nasser M, Lopez C, Vittinghoff E, Buchbinder SP, Scott H, Charlebois ED, Havlir DV, Soge OO, Celum C; DoxyPEP Study Team. Postexposure Doxycycline to Prevent Bacterial Sexually Transmitted Infections. *N Engl J Med*. 2023 Apr 6;388(14):1296-1306. doi: 10.1056/NEJMoa2211934. PMID: 37018493; PMCID: PMC10140182.

Liegeon G, Assoumou L, Ghosn J, El Mouhebb M, Palich R, Palacios C, Slama L, Surgers L, Genin M, Beniguel L, Goldwirt L, Duvivier C, Rojas Castro D, Costagliola D, Molina JM. Impact on renal function of daily and on-demand HIV pre-exposure prophylaxis in the ANRS-PREVENIR study. *J Antimicrob Chemother*. 2022 Nov 28;77(12):3427-3435. doi: 10.1093/jac/dkac336. PMID: 36205009.

Boschiero, Matheus Negri MD; Sansone, Nathália Mariana Santos MA; Matos, Laura Ribeiro; Marson, Fernando Augusto Lima BSc, MSc, PhD. Efficacy of Doxycycline as Preexposure and/or Postexposure Prophylaxis to Prevent Sexually Transmitted Diseases: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Sexually Transmitted Diseases* 52(2):p 65-72, February 2025. | DOI: 10.1097/OLQ.0000000000002082

Molina JM, Charreau I, Chidiac C, Pialoux G, Cua E, Delaugerre C, Capitant C, Rojas-Castro D, Fonsart J, Bercot B, Bébéar C, Cotte L, Robineau O, Raffi F, Charbonneau P, Aslan A, Chas J, Niedbalski L, Spire B, Sagaon-Teyssier L, Carette D, Mestre SL, Doré V, Meyer L; ANRS IPERGAY Study Group. Post-exposure prophylaxis with doxycycline to prevent sexually transmitted infections in men who have sex with men: an open-label randomised substudy of the ANRS IPERGAY trial. *Lancet Infect Dis*. 2018 Mar;18(3):308-317. doi: 10.1016/S1473-3099(17)30725-9. Epub 2017 Dec 8. PMID: 29229440.

Traeger MW, Leyden WA, Volk JE, Silverberg MJ, Horberg MA, Davis TL, Mayer KH, Krakower DS, Young JG, Jenness SM, Marcus JL. Doxycycline Postexposure Prophylaxis and Bacterial Sexually Transmitted Infections Among Individuals Using HIV Preexposure Prophylaxis. *JAMA Intern Med*. 2025 Jan 6. doi: 10.1001/jamainternmed.2024.7186. Epub ahead of print. PMID: 39761062.

Kechagias KS, Kalliala I, Bowden SJ, Athanasiou A, Paraskevaidi M, Paraskevaidis E, Dillner J, Nieminen P, Strander B, Sasieni P, Veroniki AA, Kyrgiou M. Role of human papillomavirus (HPV) vaccination on HPV infection and recurrence of HPV related disease after local surgical treatment: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2022 Aug 3;378:e070135. doi: 10.1136/bmj-2022-070135. PMID: 35922074; PMCID: PMC9347010.

Winer RL, Hughes JP, Feng Q, Stern JE, Xi LF, Koutsky LA. Incident

Detection of High-Risk Human Papillomavirus Infections in a Cohort of High-Risk Women Aged 25-65 Years. *J Infect Dis.* 2016 Sep 1;214(5):665-75. doi: 10.1093/infdis/jiw074. Epub 2016 Mar 23. PMID: 27009602; PMCID: PMC4978366.

CDC. Cancers associated with human papillomavirus, United States—2011–2015: U.S. cancer statistics, data briefs, no. 4. Atlanta, GA: US Department of Health and Human Service, CDC; 2018. <https://www.cdc.gov/cancer/hpv/pdf/USCS-DataBrief-No4-August2018-508.pdf>

Capitolo 10: Violenza di Genere

TW: Il seguente capitolo contiene riferimenti a violenza di genere, molestie, abusi, stalking, violenza sessuale, femminicidio, transicidio, discriminazione, omolesbobitransafobia, stereotipi di genere, misoginia, body shame, parole slur riappropriate (fr*cio, tr*ia), salute mentale, suicidalità, autolesionismo, patologizzazione, aborto, sangue.

Con violenza di genere si intende qualsiasi forma di prevaricazione o aggressione – fisica e/o psicologica e/o sociale – derivante dai ruoli di genere, ingranaggio del sistema patriarcale. (World Health Organization, 2013; Convenzione di Istanbul, 2011)

10.1. I ruoli di genere

I ruoli di genere sono le **aspettative** che l'intorno sociale e culturale di un individuo nutre nei suoi confronti a partire dal suo sesso assegnato alla nascita e dalle componenti fenotipiche e morfologiche attraverso cui viene identificato il suo genere. In altre parole, la società patriarcale in cui viviamo esercita una pressione su tutti i suoi membri ad assomigliarsi il più possibile allo stereotipo culturale di maschio o di femmina.

Esempio banale: se un bambino socializzato di sesso maschile piange a scuola è probabile che qualcuno gli dica “non piangere, fai l’uomo”, proprio perché, nel luogo comune del suo genere, i maschi non piangono – cosa che nella realtà è chiaramente falsa (proprio perché **si sta associando una variabilità caratteriale, come l’utilizzo del pianto, al mero fatto di avere un pene**).

I ruoli di genere – ovviamente sempre binari – sono così radicati che li assimiliamo sin dall’infanzia, proprio perché s’infiltrano anche e soprattutto nell’educazione familiare e scolastica che riceviamo. Essi permeano le più disparate sfere della vita di una persona, qui di seguito alcuni esempi:

10.1.1. Sfera caratteriale:

- **Ruolo di genere maschile:** Sicuro, forte, brillante, mai titubante, razionale, adatto ai ruoli di comando, competitivo. Non piange. Non viene educato a esprimere i propri sentimenti né tanto meno a gestirli. Gli piace il calcio o in generale fare sport, stare all’aperto, sporcarsi, “fare a botte”, giocare alla guerra o ai supereroi. Non gli piacciono i giochi, i vestiti e gli sport “da femmina”.

- **Ruolo di genere femminile:** Paziente, delicata, sensibile, premurosa, emotiva, paurosa, frivola, debole. Predisposta per i ruoli di cura. Le piace la danza, giocare con le bambole, con le Barbie, con la cucinetta, indossare le gonne e i vestiti, il colore rosa, truccarsi e “farsi bella”. Non le piacciono i giochi, i vestiti e gli sport “da maschio”.

10.1.2. Sfera sessuale:

- **Ruolo di genere maschile:** Un ragazzo che ha rapporti sessuali con tante ragazze è considerato un “figo”; invece, se al suo intorno sociale risulta che di rapporti con ragazze ne ha avuti pochi, viene etichettato come “sfigato” oppure addirittura “frocio”. Ci si aspetta che durante i rapporti abbia sempre una postura dominante, erezioni immediate a comando, e in generale costante voglia di fare sesso. La sua attrattività è misurata in base alla muscolatura del suo corpo e alle dimensioni del suo pene. È normale che esprima e condivida i propri desideri sessuali senza fare particolare attenzione al contesto, soprattutto se lo fa rappresentando come “conquiste” le donne che hanno avuto rapporti con lui. Inoltre, anche quando utilizza linguaggi espressamente oggettificanti o sessisti,

raramente viene redarguito, e il suo gesto è semplicemente derubricato a goliardia. Una risposta negativa all'espressione del proprio desiderio è considerata un fallimento della propria mascolinità e viene educato alla natura convincibile di chi gli dice di no. Non è previsto che provi insicurezze legate al proprio corpo né alla sua sessualità. Nel rapporto sessuale deve sempre raggiungere l'orgasmo, e se dovesse riscontrare dei problemi con la propria salute sessuale, per vergogna, difficilmente si reca dall'andrologo.

- **Ruolo di genere femminile:** una ragazza che ha rapporti con tanti ragazzi viene definita "troia", se ne ha pochi è "frigida", "suora", "figa di legno". Durante i rapporti ci si aspetta che abbia di default una postura sottomessa, le sue caratteristiche fisiche sono concepite in funzione del desiderio maschile; dunque, che non è rilevante se la sua vagina si è lubrificata prima della penetrazione e tanto meno se raggiunge l'orgasmo o meno. Non è previsto che esprima un desiderio sessuale autonomo, ma ci si aspetta che risponda al desiderio altrui, tant'è che nell'immaginario collettivo le donne non si masturbano. Il desiderio maschile nei suoi confronti deve essere interpretato come una validazione della femminilità, e il sesso va ridotto a

strumento meramente riproduttivo invece che fonte di piacere. È normale che non sempre raggiunga l'orgasmo durante un rapporto sessuale, così come è normale che provi dolore durante la penetrazione; infatti, se si reca dalle ginecologhe, è più probabile che sia per esigenze strettamente legate alla salute riproduttiva invece che al proprio piacere.

10.1.3. Sfera accademica e lavorativa:

- **Ruolo di genere maschile:** Serio, affidabile, sempre razionale, competitivo, ambizioso, assertivo. Bravo in logica e naturalmente portato per le discipline STEM (Science, Technology, Engineering and Mathematics), adatto a ruoli di comando e leadership. Fa carriera grazie alle sue capacità. Instancabile, si dà per scontato che la carriera e il successo professionale siano la sua priorità. Anzi, si pretende che lui garantisca il sostentamento economico della propria famiglia anche a discapito della propria salute mentale e della propria vita privata. In ambito domestico, è legittimato a non svolgere lavoro di cura o ad occuparsi della casa perché lavora.
- **Ruolo di genere femminile:** Collaborativa, modesta,

gentile, disponibile. Si dà per scontato che la sua razionalità sia compromessa dalla sua emotività. Se raggiunge un ruolo di prestigio, si presume che lo abbia ottenuto grazie a promiscuità o favori di natura sessuale; se occupa posizioni di potere, deve assumere atteggiamenti tipici del ruolo di genere maschile (ed “essere nella sua energia mascolina”, sic). È ritenuta non predisposta per le STEM, e più adatta per professioni di assistenza, di cura, pedagogia e lavoro con l3 anzian3 e l3 bambin3. Si dà per certo che famiglia e (fare) figli3 siano la sua priorità e che per questo sia disposta a sacrificare la carriera. In ambito domestico, ci si aspetta che cucini, che tenga la casa pulita e che si occupi di educare l3 figli3, oltre al proprio lavoro.

Siamo dunque costantemente spint3 ad abbracciare lo **stereotipo che ci viene assegnato alla nascita** per essere considerat3 “nella norma”, e il nostro compito è proprio quello di **interpretarlo il più fedelmente possibile** quasi come se fosse un copione: da qui il termine ruolo di genere.

Chiaramente **i ruoli di genere sono due** proprio perché non sono previsti altri generi, si dà per scontato che tutte le persone siano cisgenere, figuriamoci dunque se viene

considerata anche solo l'esistenza delle persone trans. Allo stesso modo da quella norma non sono previsti orientamenti sessuali diversi da quello eterosessuale e ovviamente chiunque non rispetti tutti questi parametri, trovandosi fuori dalla norma, verrà considerato anormale.

10.2. I livelli della violenza di genere

Da questo meccanismo perverso e permeante praticamente ogni sfera della nostra vita da quando siamo nati, nel momento in cui i ruoli di genere non vengono rispettati nasce **la violenza di genere**, su tre livelli:

1. Innanzitutto, quando una persona non riesce ad agire o esprimersi in maniera congruente al proprio ruolo di genere, lo tende a percepire come un **fallimento** se non ha attraversato percorsi di decostruzione. Anzi, tende a vivere ogni ambito della vita la cui validazione dipende proprio dai parametri stabiliti dai ruoli di genere con costante ansia di prestazione e paura di non essere "abbastanza uomo" o "abbastanza donna". Questo fenomeno prende il nome di **performatività di genere**. Si tratta di un livello in cui le persone esercitano una prima forma di **violenza di genere su loro stessi**, cancellando

spesso tratti della propria personalità o rinunciando ad aspirazioni e sogni pur di performare il genere assegnato alla nascita.

2. Inoltre, **davanti anche a piccole “trasgressioni” del proprio ruolo di genere** è facile che il proprio intorno sociale se ne accorga e reagisca con forme di **discriminazione, delegittimazione ed esclusione.**

Sempre prendendo ad esempio il ragazzo che piange a scuola: nel migliore dei casi gli verrà detto di “fare l'uomo”; nel peggiore, qualcuno dei suoi compagni gli darà del “frocio” proprio perché questa sua espressione di fragilità non si confà al suo ruolo di genere. Non è una sorpresa se poi quel ragazzo eviterà di piangere in pubblico. L'unico modo di evitare l'esclusione o la discriminazione è la **repressione di desideri ed esigenze che non sono previsti dal copione.** Quel ragazzo proverà un senso di impotenza ogni volta che si sentirà di fallire nel suo essere maschio, che a sua volta genererà rabbia davanti a successivi “fallimenti”, come ad esempio un rifiuto. La **negazione di uno spazio di espressione delle insicurezze**, unita a una costante ansia di prestazione per paura di non essere accettato, insegneranno a quel ragazzo di reagire con la prevaricazione e la violenza nei

casi di difficoltà.

3. Infine, anche nel caso in cui tutt3 recitino perfettamente il copione del proprio ruolo di genere, non viene evitata la violenza di genere, anzi. È previsto che i due ruoli di genere **interagiscano tra loro attraverso forme di violenza** normalizzate e socialmente accettate, come le molestie, la differenza salariale di genere, il catcalling, le forme di abuso psicologico, la cultura del possesso, i licenziamenti per maternità, la ripartizione del lavoro di cura nelle famiglie, il delitto d'onore fino a qualche anno fa, e così via.

La violenza di genere comprende sia le forme di aggressione ed esclusione riservate a chi diserta il proprio ruolo di genere, sia la violenza che deriva dall'educazione delle persone ai ruoli di genere, cancellando la complessità dell'identità di ognunə e imponendo di introiettare uno stereotipo tossico e intrinsecamente iniquo. Questo sistema culturale in cui siamo nat3 tutt3 prende il nome di “**eterocispatriarcato**” (sistema che intreccia patriarcato, eteronormatività e cisonormatività).

Nota: Quando si parla di violenza di genere spesso ci si riferisce alle vittime al femminile e agli abusanti al maschile. Questo accade per ragioni statistiche e per intenti di visibilizzazione della disparità di

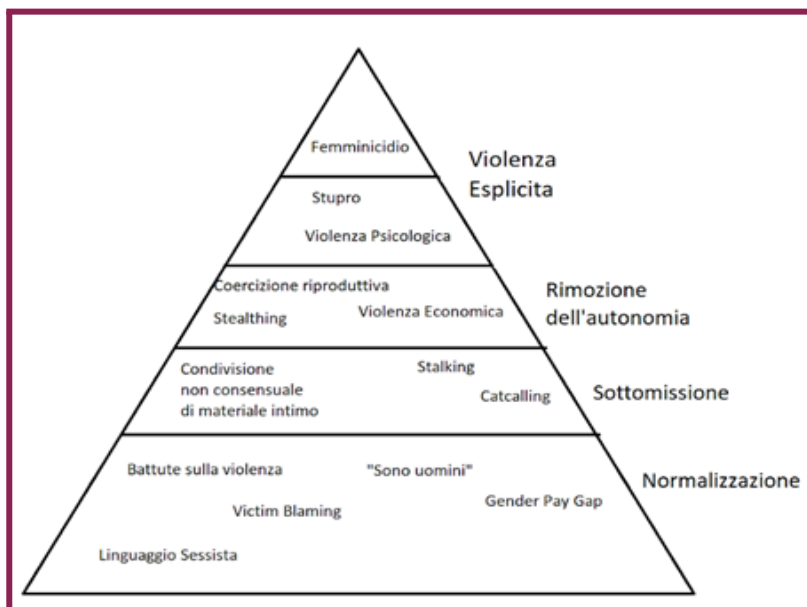
genere del fenomeno. Secondo le Nazioni Unite (World Health Organization, 2021), infatti, il 35% delle donne ha subito almeno una forma di violenza fisica o sessuale nel corso della vita, con punte fino al 70% in alcuni Paesi. Gli autori della violenza, invece, risultano in larga prevalenza uomini: nel 97% dei casi quando le vittime sono donne, e nell'85,4% dei casi quando le vittime sono uomini (dati ISTAT). Questa scelta terminologica non nega quindi l'esistenza della violenza sugli uomini o nelle relazioni lesbiche, ma serve a rendere conto della sproporzione di genere che i dati mettono in luce.

10.2.1. La piramide della violenza di genere

Spesso le **manifestazioni più efferate** della violenza di genere (come il femminicidio, la violenza sessuale e quella omolesbobitransafobica) vengono **narrate nei media come casi isolati** o come frutto di raptus da parte di persone mentalmente instabili o intrinsecamente cattive. Esse invece non sono altro che una **strutturale conseguenza** del sistema culturale patriarcale (basta vedere come i numeri di femminicidi all'anno sono rimasti costanti nell'ultimo decennio) e diventano possibili proprio perché altre forme di violenza vengono normalizzate e socialmente accettate.

Un modo semplice di rappresentare visivamente questo fenomeno è avvalersi del **modello della piramide della violenza di genere**, strumento pedagogico ampiamente utilizzato in ambito educativo e nei centri antiviolenza. Essa vede alla sua base le forme di violenza più nascoste e diffuse per la loro normalizzazione, che diventano man mano più esplicite, fino ad arrivare all'apice rappresentato dal femminicidio e dal transicidio.

Resta il fatto che, come riconosciuto dalla stessa OMS, **ogni forma di violenza di genere rappresenta una minaccia** per la salute fisica e psicosociale di chi la subisce.



Descrizione dell'immagine:

L'immagine mostra un disegno a piramide suddiviso in 5 livelli, che rappresentano una progressione della violenza di genere.

- **La basa della piramide** è costituita dalla **normalizzazione**: gender pay gap (differenza di salario tra uomini e donne a parità di lavoro), victim blaming (“colpevolizzazione della vittima”, ad esempio insinuare che una persona abbia provocato la violenza subita), linguaggio sessista, battute sulla violenza, “sono uomini” (espressione che minimizza e giustifica comportamenti violenti come naturali o inevitabili);
- **il secondo livello** riguarda la **sottomissione**: stalking (persecuzione ripetuta e invasiva, tramite messaggi, pedinamenti, minacce, ecc.), condivisione non consensuale di materiale intimo (diffusione di immagini o video privati senza consenso), catcalling (molestie verbali in strada);
- **il terzo livello** riporta i comportamenti volti a **rimuovere l'autonomia**: coercizione riproduttiva (pressione o manipolazione sulle decisioni relative a gravidanza, contraccezione o aborto), violenza economica, stealthing (rimozione non consensuale del preservativo durante un rapporto);
- **il quarto livello** rappresenta la **violenza esplicita**, come lo stupro e la violenza psicologica;
- **l'apice** è il **femminicidio** (l'uccisione di una donna in quanto donna o in un contesto di violenza di genere).

10.3. Come porci, da medic3, davanti alla violenza di genere

La violenza è un'esperienza **trasversale** che può assumere forme diverse e colpire tutte le identità di genere, le età e tutti gli orientamenti sessuali. Come medic3 partiamo dall'idea che le persone considerate socialmente più fragili, o meglio vulnerabilizzate e marginalizzate, abbiano le potenzialità di prendere consapevolezza ed **uscire dalle situazioni di violenza se adeguatamente supportate** dal servizio pubblico. In questa direzione, il ruolo del personale sanitario può essere tanto importante quanto indispensabile.

Le statistiche mostrano che le donne abusate fanno riferimento ai servizi di assistenza sanitaria con maggiore frequenza rispetto alle donne non abusate. Pertanto, risulta fondamentale impegnarci a **promuovere una formazione, ad oggi mancante**, presso gli Atenei e i Corsi di Formazione Specifica in Medicina Generale sulla violenza di genere e in particolare **sulle violenze intrafamiliari e gli abusi sessuali**, necessità formativa espressa anche dall'OMS e dalla Convenzione di Istanbul. A nostro parere tale formazione, per essere efficace, non può essere un'imposizione nozionistica dall'alto, ma **deve partire dalla consapevolezza, da parte**

dell3 operator3 sanitari3, dell'ambiente che li circonda, dei loro vissuti di violenza e della loro concezione della stessa.

È sempre necessario considerare che **l'assistenza/presa in carico di persone maltrattate è un percorso complesso** che non può essere banalizzato riducendo l'intervento di supporto al solo allontanamento dal maltrattante o aspettandosi effetti positivi da un semplice colloquio o da un'apparente disponibilità della persona a prenderne coscienza.

Tale iter deve essere invece affrontato **in collaborazione con altre figure competenti**, come le operatrici dei Centri AntiViolenza (CAV), psicologh3 e assistenti sociali, al fine di garantire alla persona assistita il **maggior supporto coordinato possibile** nei vari stadi del percorso di fuoriuscita dalla violenza.

A rendere ancor più urgente la formazione a riguardo è il fatto che da diversi feedback da parte di operatrici dei CAV, sia emerso che alcun3 medic3 non abbiano saputo riconoscere durante le visite gli elementi indicativi della violenza di genere,

Sintomi che devono far sospettare un abuso:

1. Sintomi di depressione, ansia, PTSD, disturbi del sonno;
2. Suicidalità o autolesionismo;

3. Uso di alcol e di altre sostanze;
4. Sintomi gastrointestinali cronici inspiegabili;
5. Sintomi genitali inspiegabili, compreso il dolore pelvico, disfunzioni sessuali;
6. Esiti riproduttivi avversi, tra cui indesiderate gravidanze multiple e/o interruzioni di gravidanza, ritardo nell'assistenza durante la gravidanza, esiti avversi del parto;
7. Sintomi urogenitali clinicamente inspiegabili, tra cui frequenti infezioni della vescica o dei reni, o altro;
8. Sanguinamento vaginale ripetuto e infezioni a trasmissione sessuale;
9. Dolore cronico clinicamente inspiegabile;
10. Lesioni traumatiche, soprattutto se ripetute e giustificate con spiegazioni vaghe o non plausibili;
11. Problemi a carico del sistema nervoso centrale – mal di testa, problemi cognitivi, perdita dell'udito;
12. Consultazioni sanitarie ripetute senza una diagnosi chiara;
13. Partner o marito intrusivo durante le consultazioni.

(World Health Organization, 2013, WHO clinical guidelines)

10.3.1. La centralità di una postura transfemminista

Le professioniste sanitarie che prendono in carico la persona che ha vissuto violenza devono esercitarsi, ma anche formarsi

tramite guide, corsi o manuali, sulla **comunicazione verbale** (finalizzata all'ascolto attivo), **paraverbale** (tono e volume della voce; velocità e ritmo del linguaggio; pause e silenzi) e **non aggressiva, non giudicante e volta all'accoglienza**.

Dobbiamo conoscere ed evitare atteggiamenti che possono mettere a disagio la persona abusata, soprattutto se operati da personale che dovrebbe invece tutelarla. Far sentire giudicate o non credute chi ha già subito violenza si chiama **“vittimizzazione secondaria”** – ovvero rendere la persona vittima due volte – e ha conseguenze molto forti sia sulla salute psicofisica che sulla fiducia nel servizio sanitario da parte della paziente.

Dato il ruolo di responsabilità sociale che abbiamo come personale sanitario, dal momento in cui inizia il sospetto alla fine della raccolta dati, **qualsiasi nostro giudizio sulla persona e sui fatti devono uscire dalla stanza**: non è il nostro ruolo giudicare come sono andati i fatti, siamo lì per ascoltare ed è proprio ciò di cui ha bisogno la persona abusata.

Bisogna aspettarsi e comprendere la possibilità di un atteggiamento inizialmente reticente e le **possibili chiusure difensive** da parte della persona che ha subito e/o sta

subendo violenza per paura di vedere stravolta la propria vita, specie in casi di mancanza di indipendenza economica.

10.3.2 Una volta raccolta la testimonianza, che fare?

Nel caso in cui a raccogliere la testimonianza sia un operatore sanitario questo può avere significati diversi. La differenza da tenere in conto, in questo caso specifico, è l'ambiente in cui viene raccolta la testimonianza:

- **In un ambulatorio pubblico** (es. pronto soccorso, cardiologia ospedaliera/asl, psichiatria ospedaliera/asl, medicina di continuità assistenziale o altro) I3 medic3 sono incaricat3 di pubblico servizio, pertanto, in caso di reato procedibile d'ufficio hanno **obbligo di denuncia**.
- **In uno studio privato** (es. studio di medicina generale, studio di cardiologia, studio di psichiatria, questi anche presso i grandi centri privati, etc.), invece, hanno **obbligo di referto**.

Qualora il reato sia “perseguibile a querela di persona offesa”, il personale che raccoglie la testimonianza deve rispettare l'eventuale scelta della vittima di non voler denunciare il proprio assalitore (es. reati a sfondo sessuale) e non spingere

o forzare, ma solo spiegare e proporre la querela. Deve, però, soprattutto qualora sia un medico del pronto soccorso che si trova a raccogliere la prima testimonianza dopo l'assalto, cercare di raccogliere tutte le prove, con la giusta delicatezza del caso, utili per un'eventuale futura querela da parte della persona abusata (che ha fino a 6 mesi di tempo).

10.4. Tipi di reato

- **A querela di parte:** sono i reati che sono denunciabili su iniziativa della persona offesa e hanno una tempistica differente di prescrizione dal momento in cui si è verificata l'offesa (dai 30 ai 180 giorni). Per questi non vi è obbligo di denuncia/referto ed è importante, qualora si venisse a conoscenza del fatto, NON forzare a rivolgersi alle forze dell'ordine la persona che ci racconta la sua testimonianza. Tra questi vi sono gli abusi sessuali su maggiorenni e lo stalking.

(**Nota:** lo stalking per cui l'abusante ha già subito ammenda, ma che persiste nel reato, passa da "reato a querela di parte" a "reato procedibile d'ufficio").

- **Procedibile d'ufficio:** l'incaricato di pubblico ufficio o il professionista che nell'atto del suo lavoro dovesse venire

a conoscenza di un atto procedibile d' ufficio **deve fare denuncia/referto** al pubblico ministero o alla polizia giudiziaria senza ritardo e **non oltre le 48 ore**. Tra questi vi sono i maltrattamenti domestici in generale e gli abusi su minori.

Se si ha a che fare con una persona che ha subito violenza è fondamentale **non** spingere ad una confessione, ma ricordare alla vittima che non è sola e mettersi a disposizione per quando vorrà parlarne.

Se hai subito violenza, ricordati che non sei sola, quando sarai pronta ci sono operatori sanitari/ sociali/ associazioni e/o persone a te vicine pronte ad accoglierti e aiutarti.

Se, invece, hai riconosciuto in te stessi comportamenti che tieni con la partner, rivolgiti ai centri specialistici, lasciati aiutare, interrompi il cerchio della violenza.

10.5 Riconoscere una relazione violenta

Ripensa alla tua attuale o passata relazione amorosa e rispondi a queste domande Vero o Falso. (Auto-questionario preso da "Exit, uscire dalla violenza")

1. Mi fa continue accuse di infedeltà, vuole sempre sapere cosa sto facendo, dove mi trovo e con chi sto.
V F
2. Controlla il mio telefono o accede al mio account di Facebook, Twitter e altri social network.
V F
3. Mi impedisce di lavorare e/o studiare, o di coltivare qualche mio hobby.
V F
4. Controlla se e come spendo i miei soldi, o pretende di gestire il budget familiare.
V F
5. Mi impedisce di mantenere i rapporti con i miei amici, amiche, colleghi/e di lavoro e/o familiari.
V F
6. Mi insulta, critica sempre i miei comportamenti o scredita tutto ciò che faccio. Mi umilia anche davanti agli altri.
V F

7. Quando sto con lui mi sento sempre molto agitata e sotto pressione.
V F
8. Durante un litigio è solito arrabbiarsi molto, alzare i toni o lanciare oggetti.
V F
9. È violento fisicamente, mi prende a calci, schiaffi e/o pugni.
V F
10. Dopo una forte discussione si mostra affettuoso e attento, promette che non accadrà più.
V F
11. Minaccia di fare del male a me e/o alle persone a me care.
V F
12. Mi costringe ad avere rapporti sessuali e/o mi fa sentire in colpa se non rispondo alle sue richieste.
V F

Se hai risposto “Vero” a più di una di queste domande, ti siamo vicini. Potrebbe essere utile parlarne con una professionista o con un Centro Antiviolenza.

Bibliografia (Capitolo 10)

World Health Organization, Global and regional estimates of violence against women: Prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. Geneva: WHO; 2021.

World Health Organization, Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines. Geneva: WHO; 2013.

Council of Europe, Convenzione del Consiglio d'Europa sulla prevenzione e la lotta contro la violenza nei confronti delle donne e la violenza domestica (Convenzione di Istanbul); 2011.

Istituto Nazionale di Statistica, La violenza contro le donne dentro e fuori la famiglia. Roma: ISTAT; ultima edizione disponibile.

Legge 19 luglio 2019, n. 69., Modifiche al Codice penale, al codice di procedura penale e altre disposizioni in materia di tutela delle vittime di violenza domestica e di genere ("Codice Rosso").

Capitolo 11: Scegliere o non scegliere di essere genitori

TW: Il seguente capitolo contiene riferimenti a discriminazione, patologizzazione, gravidanza, aborto spontaneo, interruzione volontaria di gravidanza, obiezione di coscienza, linguaggio binario, omolesbobitransafobia, cancro, violenza, aumento di peso, BMI, sangue, iniezioni, cimiteri dei feti, infertilità.

In qualità di medica transfemminista riteniamo importante imparare a parlare di **genitorialità consapevole**, sottolineando l'accezione più ampia del termine rispetto al termine "maternità" che, già di partenza, perpetua la responsabilità femminile della creazione, della cura e della crescita dell'eventuale prole. L'utilizzo del termine "genitorialità" apre, invece, le porte ad un concetto più ampio, che responsabilizza anche gli uomini e le persone AMAB e permette di parlare di genitorialità omosessuale (omogenitorialità), monogenitorialità e di gestazione per altr3. In questo capitolo, quindi, cercheremo di non utilizzare, se non strettamente necessario, il termine "maternità".

Coerenti con questa posizione, riteniamo la pratica dell'**obiezione di coscienza** assolutamente incompatibile con

lo svolgimento della nostra professione, in quanto contraria al giuramento deontologico, oltre che offensiva della libertà di autodeterminazione e della capacità decisionale delle persone gestanti. L'obiezione di coscienza si inserisce, infatti, in un quadro culturale che esercita il controllo della genitorialità attraverso paternalismo sanitario, diffondendo informazioni scorrette sulla contraccezione, narrando la maternità come sacrificio, e negando una reale educazione alla sessualità e all'affettività scevra da giudizi morali, a causa del concetto duro a morire della "sacralità della famiglia".

Nelle prossime pagine sfateremo una serie di miti e forniremo le indicazioni necessarie ad un utilizzo corretto degli anticoncezionali e per un accesso rapido e fruibile all'IVG, ove possibile, e informazioni circa la crioconservazione dei gameti, la Procreazione Medicalmente Assistita, l'adozione e tutte le altre forme di genitorialità consapevole.

Parlare di genitorialità significa parlare di scelta. Una scelta che può orientarsi verso il desiderio di avere figli, verso il desiderio di non averne, o verso forme di famiglia che esulano dal modello tradizionale. In questo capitolo affronteremo queste tre dimensioni come espressioni diverse della medesima autodeterminazione.

Il capitolo sarà quindi articolato in tre parti:

- **la scelta di non essere genitori**, con i suoi strumenti clinici e giuridici;
- **la scelta di diventarlo**, anche attraverso percorsi medicalmente assistiti;
- e infine le **forme differenti di genitorialità**, che interrogano il diritto, la cultura e la pratica sanitaria.

Desideriamo riunire tutti questi temi in un unico capitolo in quanto l'analisi condotta negli ultimi anni ci ha permesso di evidenziare la **distopia dello Stato Italiano**: da un lato, rende onerosa la prevenzione delle gravidanze indesiderate e riempie di ostacoli l'interruzione delle stesse; ma in compenso, fa pagare migliaia di euro la conservazione dei gameti per scopi non strettamente sanitari e impedisce l'accesso alla PMA alle coppie non eterosessuali o alle persone singole che desiderano avvalersene.

Faremo poi un ultimo accenno alla legge sulle **adozioni**, sottolineando già ora, per chiusura di queste prime righe, che si tratta di un altro percorso ad ostacoli in caso di persone singole, non coniugate o unite civilmente. Il messaggio tra le righe dello Stato italiano, attualmente, è all'incirca questo: santificazione della maternità, ma solo quando e come lo voglio io, senza tutele economiche e previdenziali.

11a: La contraccezione

11a.1. La contraccezione ormonale orale

La **pillola anticoncezionale** è stata ufficialmente approvata nel maggio del 1960 negli Stati Uniti e, sin dalla sua creazione, ha simboleggiato una forma di libertà per le persone AFAB e il genere femminile. Tra i metodi contraccettivi ha un'affidabilità altissima, con un tasso di **fallimento dello 0,3%**.

Sottolineiamo che, in caso di assunzione non corretta della medesima, questo tasso di fallimento può salire fino al 7%.

Le pillole possono essere combinate (Estrogeni + Progesterone) oppure no (solo Progesterone).

Oltre all'elevata efficacia contraccettiva, i Contraccettivi Ormonali Combinati (da qui in poi solo COC) presentano molti vantaggi, tra cui una rapida reversibilità, la regolazione del sanguinamento mestruale, una diminuzione della perdita di sangue mestruale e della dismenorrea, nonché riduzioni, a livello di popolazione, del rischio di cancro dell'ovaio e dell'endometrio.

A causa di questi effetti e della capacità dei COC di sopprimere la ciclicità ormonale, hanno una serie di **usi e**

benefici non contraccettivi:

- **Disturbi del ciclo mestruale:** come alcune condizioni di pertinenza endocrinologica (es. la sindrome dell'ovaio policistico o PCOS), la sindrome premestruale, i sanguinamenti anomali, i fibromi uterini.
- **Emicrania catameniale** (ossia mestruale): condizione molto eterogenea condizionata da trigger individuali che possono anche differire molto da individue ad individue; esiste una forma clinica di emicrania che ha come probabile trigger degli attacchi un deficit di progesterone e che si manifesta quindi in correlazione al ciclo ovarico, per cui il trattamento di maggior beneficio risulta spesso la “minipillola”, anche superiore a trattamenti più tipici neurologici. Frequentemente, però, l’assunzione di estroprogestinici può scaturire o peggiorare gli attacchi di emicrania nel resto della popolazione emicranica.
- **Dolore pelvico cronico:** soprattutto quando legato all’endometriosi o a cisti ovariche, la terapia può prevedere anche una lunga soppressione del ciclo mestruale senza interruzione della pillola, che ha quindi un vero e proprio scopo terapeutico.
- **Iperandrogenismo:** che è uno dei disturbi relativi alla sindrome dell’ovaio policistico, e nello specifico causa

importanti forme di acne e di irsutismo (anomala crescita di peluria)

- **Ipogonadismo primario** o insufficienza ovarica prematura.
- **Riduzione del rischio tumore dell'ovaio e dell'utero.**
- Miglioramento della **salute delle ossa**: coloro che si avvicinano alla menopausa che utilizzano la pillola hanno una migliore salute ossea rispetto a coloro che non la utilizzano.

(Curtis et al., UpToDate 2024)

In ambito contraccettivo non si parla più di controindicazioni “assolute” o “relative”, ma di categorie di eleggibilità, secondo i criteri della WHO. (Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use, World Health Organization, 2015)

Ogni condizione clinica viene classificata in base al rapporto rischio-beneficio rispetto a uno specifico metodo contraccettivo, permettendo una valutazione più sfumata e personalizzata.

Raccomandazioni sull'utilizzo appropriato della contraccezione ormonale. Realizzato dalla Fondazione Confalonieri Ragonese su mandato SIGO, AGOI, AGUI.

Tabella 1. Categorie di rischio'

Categoria 1	Una condizione nella quale i rischi sono irrilevanti e il contraccettivo può essere usato senza restrizioni
Categoria 2	Una condizione nella quale i vantaggi superano i rischi , provati o teorici
Categoria 3	Una condizione nella quale i rischi , provati o teorici, superano i vantaggi
Categoria 4	Una condizione nella quale l'uso del contraccettivo costituisce un rischio inaccettabile per la salute

Tabella 2. Indicazioni sulla eleggibilità di un metodo contraccettivo

Categorie	Se si dispone di buoni elementi per una corretta valutazione clinica	Se non si dispone di elementi sufficienti per una corretta valutazione clinica
Categoria 1	Può essere usato sempre	Può essere utilizzato
Categoria 2	Generalmente può essere usato	
Categoria 3	Non raccomandato, ad eccezione dei casi in cui non siano disponibili altri metodi più adeguati e la gravidanza stessa costituisca un rischio per la salute	Non può essere utilizzato
Categoria 4	Non può essere utilizzato	

Tabella 3. Controindicazioni ai contraccettivi con solo progestinico

Condizione	Classe di rischio
Tromboembolie in atto	3
Cardiopatia ischemica/stroke	3C
LES con positività degli anticorpi antifosfolipidi	3
Emicrania con aura	3C*
Tumori della mammella	3-4
Diabete con vasculopatia o danno d'organo	3 (solo per MAP)
Iperensione arteriosa	3 (solo per MAP)
Cirrosi scompensata	3
Adenoma epatocellulare o epatoma	3
Sanguinamenti vaginali ndd	3 (solo per MAP e impianti)

I: inizio; C: continuazione; MAP: medrossiprogesterone acetato.

*Solo per la continuazione, se l'emicrania con sintomi focali esordisce durante l'utilizzo del contraccettivo; per le donne affette da emicrania con aura l'inizio di una contraccezione con solo progestinico è in classe 2

Tabella 4. Controindicazioni ai COC

Condizione	Paese e anno di pubblicazione		
	WHOMEK 2015	USMEK 2016	UKMEK 2016
Iperensione arteriosa sis ≥ 160 mmHg e dia ≥ 100 mmHg o con presenza di danno d'organo	4	4	4
Cardiopatía ischemica, dilatativa, valvulopatia complicata, in atto o pregressa	4	4	4
Stroke in atto o pregresso	4	4	4
Trombosi venosa profonda o embolia polmonare in atto o pregressa o in terapia anticoagulante	4	4	4
Mutazioni trombofiliche note	4	4	4
Diabete, da piú di 20 anni o con compromissione d'organo	3-4	3-4	3
Fumo di sigaretta in donne >35 aa e >15 sigarette al giorno	3-4	4	4
Multipli fattori di rischio cardiovascolare	3-4	3-4	3
Emicrania	Con aura	4	4
	Senza aura in donne >35 aa	3I 4C	2? 2I 3C
Chirurgia maggiore con immobilizzazione prolungata	4	4	4
Neoplasia mammaria maligna attuale o pregressa <5 aa	4	4	4
Neoplasia epatica maligna: adenoma o epatocarcinoma	4	4	4
Epatite virale acuta	3-4I 2C	3-4I 2C	3I 2C
Cirrosi epatica scompensata	4	4	4
Trapianto d'organo complicato		4	3
LES con Ab antifosfolipidi positivi o sconosciuti	4	4	4
Allattamento <6 settimane dal parto	4	2-3	4
Post-partum <21 giorni dal parto	3-4	4	3-4
Neoplasia dell'endometrio	4I 2C	4I 2C	4I 2C

I: inizio; C: continuazione

Queste tabelle sono realizzate dalla Fondazione Confalonieri Ragonese su mandato SIGO, AOGOI, AGUI

Questa classificazione consente un counselling personalizzato, evitando semplificazioni rigide e favorendo una decisione condivisa.

Esempi clinici rilevanti per i contraccettivi estroprogestinici

- Rientrano generalmente in **Categoria 4 (non utilizzare)**:
 - Emicrania con aura
 - Trombosi venosa in atto
 - Mutazioni trombofiliche maggiori note
 - Ipertensione grave non controllata
 - Tumore mammario in fase attiva
 - Cardiopatia ischemica o pregresso ictus
 - Cirrosi grave o tumori epatici
- Rientrano generalmente in **Categoria 3 (valutazione attenta)**:
 - Età ≥ 35 anni e fumo < 15 sigarette/die
 - Ipertensione controllata farmacologicamente
 - Trombosi venosa superficiale
 - Malattia infiammatoria intestinale attiva con fattori di rischio trombotico
 - Chirurgia bariatrica malassorbitiva
 - Storia di tumore mammario in remissione da oltre 5 anni

(Le specifiche categorie possono variare in base al metodo utilizzato e alla situazione clinica individuale.)

Esami pre-prescrizione: cosa NON è necessario fare

- La valutazione del rischio tromboembolico si basa su un'anamnesi personale e familiare accurata.
- Non è raccomandato eseguire screening trombofilici di routine prima della prescrizione della pillola estroprogestinica in assenza di sospetto clinico o familiarità significativa.
- Richiedere tali esami in modo sistematico rappresenta una pratica di medicina difensiva **non supportata da evidenze scientifiche né dalle linee guida internazionali.**
- Negare la prescrizione in assenza di tali esami, in mancanza di criteri clinici, **non è giustificato.**

Follow-up e farmacoterapia

La contraccezione ormonale deve essere **trattata come qualsiasi altra terapia farmacologica**.

È appropriato, quindi:

- Valutare il rapporto rischio/beneficio iniziale
- Programmare un follow-up a 3, 6 e 12 mesi
- Rivalutare eventuali effetti indesiderati
- Adattare la terapia in modo sartoriale
- Non è invece necessario interrompere periodicamente la pillola per “far riposare le ovaie”: non esiste alcuna evidenza scientifica a sostegno di questa pratica.
- Studi recenti suggeriscono una maggiore attenzione nelle persone con predisposizione alla vestibulodinia provocata, condizione che in alcuni casi può essere associata all'uso di contraccettivi estroprogestinici (vedi cap. 12).

Nonostante le linee guida siano chiare, intorno alla contraccezione continuano a circolare dubbi, timori e informazioni parziali. Affrontiamo qui alcune delle domande che più spesso vengono poste durante il counselling.

11a.1.1. FAQ pillola: Vero o falso?

1) La pillola estroprogestinica può alterare la regolarità mestruale con sanguinamenti anomali?

VERO, tipicamente si presenta come “spotting” (ossia piccole perdite di sangue), ma nella maggior parte dei casi si risolvono entro 3 mesi dall’inizio dell’utilizzo della pillola.

2) La pillola può impattare sull’umore e sulla funzione sessuale?

VERO, in alcuni casi è possibile, seppur raro; in caso di deflessione dell’umore o calo della libido conviene consultarsi col proprie ginecologhe o mediche di famiglia per capire se siano un effetto indesiderato della terapia o la spia di allarme per altro.

3) La pillola anticoncezionale fa ingrassare?

FALSO, non ci sono prove che causi un aumento di peso.

4) La pillola anticoncezionale può causare una trombosi venosa profonda (TVP, coagulo in una vena profonda)?

VERO, ma il rischio è considerevolmente più basso rispetto a condizioni considerate “più naturali” come la

gravidanza ed il post-partum. Ci sono condizioni che, già normalmente, hanno un più alto rischio di TVP; in questi casi il rischio può aumentare, in quanto la pillola va ad aggiungersi in qualità di fattore di rischio (per una semplice sommatoria dei due rischi); ne sono esempio il diabete, l'ob*sità, la trombofilia familiare (parenti di I e II grado che abbiano avuto a loro volta un episodio di trombosi venosa profonda) ed eterozigosi/omozigosi per geni che causino trombofilia (per esempio MTFHR, **ma questo si va a cercare solo in caso di forte sospetto diagnostico o familiarità per la mutazione e non per routine**).

5) **Se soffro di epilessia, posso assumere la pillola?**

VERO, ma lo si sconsiglia, in quanto il farmaco anticonvulsivante può ridurre l'efficacia della contraccezione. Questo vale in particolare per i farmaci: fenitoina, carbamazepina, barbiturici, primidone, topiramato, felbamato o oxcarbazepina. Se, per ragioni personali, si desidera ugualmente utilizzare questo tipo di contraccezione anziché quella di barriera allo scopo di prevenire gravidanze indesiderate (che, in questo caso, sarebbero ad alto rischio di malformazione fetale per effetto indesiderato dei farmaci anticonvulsivanti), è

importante assumere delle dosi più alte di etinilestradiolo (almeno 30 mcg) e utilizzare un progestinico a più lunga emivita (drospirenone, desogestrel, levonorgestrel).

I farmaci che non sembrano ridurre l'efficacia della terapia contraccettiva, tra quelli per la sindrome epilettica, sono: gabapentin, levetiracetam, valproato, zonisamide e tiagabina. Diversamente, la terapia contraccettiva sembra diminuire le concentrazioni plasmatiche di lamotrigina, rischiando un minor controllo delle crisi. (Diverso è il discorso, che vedremo più avanti, sulla spirale contraccettiva.)

6) Le terapie antibiotiche riducono l'effetto della pillola anticoncezionale?

FALSO, l'unico antibiotico che ha dimostrato di diminuire i livelli sierici di etinilestradiolo è la rifampicina.

7) Se vivo con HIV posso utilizzare la pillola anticoncezionale?

VERO, ma si ritiene che la maggior parte dei farmaci utilizzati nel controllo dell'infezione possano **ridurre l'efficacia contraccettiva** della pillola. Si consiglia, in questi casi, l'utilizzo di un dispositivo intrauterino (spirale/IUD) o del contemporaneo utilizzo del condom.

8) Se prendo la pillola, devo interrompere per far “riposare le ovaie”?

FALSO, non vi è alcuna prova clinica che interrompere la pillola per periodi più o meno prolungati aiuti nella migliore funzionalità ovarica a lungo termine. Inoltre, non ce n'è alcuna necessità: una volta interrotta la pillola, la fertilità riprende regolarmente e si è immediatamente in grado di concepire. Non è, infatti, nemmeno vero che “se si assume per molto tempo la pillola, poi non si riesce a rimanere incintə”, poiché non influisce in nessun modo sulla fertilità complessiva.

9) Se prendo la pillola, la mia fertilità durerà più a lungo?

FALSO, nonostante sia bloccata l'ovulazione, ossia l'espulsione mensile di una o più cellule uovo, non è allo stesso tempo bloccata l'atresia follicolare, ossia l'eliminazione dei follicoli di mese in mese.

10) Se prendo la pillola diventerò sterile?

FALSO, non si è né più né meno fertili rispetto a sé non la si prendesse.

11) Se prendo la pillola per molto tempo, ci metterò di più

ad avere una gravidanza?

FALSO, si può rimanere incinte dal primo ciclo post-interruzione della pillola.

12) La pillola può far venire il cancro al seno?

FALSO storico, non è associata a un aumento significativo del rischio a lungo termine di tumore al seno e mantiene un effetto protettivo nei confronti del tumore ovarico ed endometriale.

13) Se ho un rischio trombofilico, posso assumere la pillola?

SI, MA SOLO SE rientri nelle cosiddette mutazioni trombofiliche lievi o se stai assumendo una terapia anticoagulante orale. In questo caso specifico, è maggiormente consigliata una pillola unicamente progestinica o con basse dosi di estrogeni tipo 20 o 10 mcg.

In alternativa si può prediligere l'utilizzo della IUD (dispositivo intrauterino, anche noto come spirale) che ha un inferiore rischio trombotico.

[All3 colleghe che leggono, consigliamo di leggere con attenzione la consulenza per la scelta delle pillole consultabile su UpToDate o sul sito dell'OMS che abbiamo

usato per scrivere questo testo.]

14) Ho appena partorito e, per ora, vorrei evitare un'altra gravidanza, posso assumere una pillola?

SI, in questo caso si consiglia una pillola a base di solo progestinico per il maggior rischio di trombosi ipotizzato.

15) Devo fare gli esami della trombofilia prima di prendere la pillola?

NO, anzi, le ginecologhe che li consiglia sta solo facendo medicina difensiva e non può rifiutare di prescriverla nel caso in cui non siano stati eseguiti questi accertamenti (salvo le controindicazioni di cui sopra). Per quanto il rischio relativo di trombosi sia relativamente aumentato, ripetiamo, non supera il rischio dello stesso problema che si verifica in condizioni “naturali” come il post-parto e la gravidanza – che sono condizioni ad aumentato rischio di trombosi indipendentemente da problematiche familiari o genetiche. Sono almeno vent'anni che le società di ginecologia e l'OMS sottolineano che è più efficace per la valutazione del rischio/beneficio le anamnesi familiare (ossia la ricerca di parenti che abbiano avuto TVP) e personale (ossia la ricerca dei fattori di rischio della paziente AFAB) accurate, piuttosto che sottoporre la

persona AFAB a inutili esami, il cui beneficio non è supportato da nessuna evidenza scientifica. Ci teniamo a precisarlo, in quanto **non prescrivere la pillola in assenza di essi rimane una MALPRACTICE di molti professionisti sanitari, che porta all'esecuzione di esami inutili e costosi a carico della paziente**, dato che non sono mutuabili dal SSN.

16) Se prendo la pillola, migliora la mia salute ossea in menopausa?

Sì, infatti, valutando rischi e benefici, può essere utile considerare l'utilizzo di una pillola prima della menopausa.

17) L'utilizzo della pillola può causare un aumento di infezioni genitali (intendendo sia quelle trasmissibili sessualmente che le vaginosi da candida o da batteri)?
NON CI SONO PROVE che ne possano provocare un aumento diretto; tuttavia, è importante sottolineare che lo scopo e la capacità della pillola **non includono la protezione** dalle infezioni sessualmente trasmissibili, motivo per cui non sono un dispositivo sufficiente in caso di attività sessuale cosiddetta "a rischio" (cioè con partner di "virologia" ignota, ossia la mancanza di informazioni sulla presenza o meno di infezioni sessualmente

trasmissibili o IST, indipendentemente dal genere) (vedi cap. 9) e si consiglia ugualmente l'utilizzo di preservativi per pene/vagina.

18) Se prendo altri farmaci per qualche motivo, ma non rientro nelle controindicazioni assolute o relative, posso assumere la pillola?

DIPENDE. In alcuni casi sì, in alcuni casi no; di per sé, conviene un attento studio dei documenti rilasciati dall'OMS per valutare i rischi e i benefici. Per esempio, se abbiamo a che fare con una persona che menstrua con flussi estremamente abbondanti e molto dolorosi e invalidanti, potrebbe aver senso valutare insieme se i rischi dell'assunzione (per esempio un lieve aumento del rischio di trombosi venosa) siano considerabili inferiori, e quindi per la persona accettabili, rispetto al dolore.

19) Se rimango incinta mentre assumo la pillola, questo può causare danni al feto?

NO, non dà nessun danno all'eventuale feto.

11a.1.2. Scelta della pillola

Abbiamo superato tutta la parte dei requisiti ed abbiamo visto che la persona rientra nei requisiti di assunzione. Come scegliamo una pillola?

Per prima cosa distinguiamo le pillole in **monofasiche e multifasiche**.

Le prime contengono, per tutta la loro fase attiva, il medesimo dosaggio ormonale, mentre le seconde variano il dosaggio di uno o entrambi gli ormoni. Non si è visto nessun vantaggio clinico nella pratica, anche se le seconde erano state immaginate per provare a ridurre gli effetti indesiderati delle pillole (come sanguinamento anomalo, mal di testa, nausea...).

Dopo di che, consideriamo che esistono due tipi di regimi, ossia **21/7 e 24/4**. Nel primo caso vi sono 7 giorni di pillole cosiddette "placebo" in cui non vi sono ormoni, determinando così un intervallo che garantisce la follicologenesi (ossia il rilascio dei follicoli, senza però aumentare il rischio di gravidanza indesiderata) ed il relativo sanguinamento.

Nel secondo caso, invece, si hanno 4 giorni di placebo, che può essere semplice zucchero o anche una bassa dose di

ormoni; queste ultime provocano una maggior atrofia endometriale, che può causare, soprattutto nei primi mesi, dei sanguinamenti anomali (detti spotting), ma che riduce gli effetti indesiderati da sospensione degli ormoni (come gli sbalzi di ormoni ed il mal di testa).

Infine, possiamo scegliere, se ne abbiamo bisogno per varie necessità (come, per esempio, negli uomini transgender) i **cicli continui o quelli estesi**. Il ciclo continuo prevede l'assunzione della pillola per un anno senza interruzioni, nel secondo, invece, si assume per 3 mesi e si provoca il sanguinamento ogni trimestre. Ormai gli studi sono stati in grado di dimostrare che non vi è alcun rischio a garantire l'assenza del flusso mestruale. In questi casi, però, si sottolinea che l'atrofia dell'endometrio può indurre un maggior rischio di sanguinamenti non programmati, motivo per cui ogni 3-6 mesi ci si può concedere un intervallo di assunzione per garantire un sanguinamento mestruale.

Questi tipi di regimi si sono rivelati utili in caso di: endometriosi, disturbo disforico premestruale, iperandrogenismo, gestione dei sintomi da menopausa nelle donne in perimenopausa, esigenze legate allo stile di vita, dismenorrea.

Alcune patologie, come i **disturbi della nutrizione e dell'alimentazione**, possono determinare l'**assenza di mestruazioni**. In questi casi, l'uso della pillola andrebbe valutato con attenzione, considerando rischi e benefici: la scomparsa o la ricomparsa del sanguinamento mestruale può infatti rappresentare un segno clinico utile a monitorare l'andamento della malattia. Va inoltre considerato che i regimi 21/7 inducono una mestruazione "forzata": ciò significa che non sarebbe comunque possibile osservare l'eventuale peggioramento dei sintomi attraverso l'amenorrea.

(Kaunitz et al., UpToDate 2024; World Health Organization, 2015)

11a.1.3. Pillola dimenticata

- **Dimenticanza di una singola pillola.** Se una singola pillola viene dimenticata in qualsiasi punto della confezione, la si deve assumere non appena ce ne si accorge e poi continuare a prendere una pillola al giorno, anche se si finisce col prendere due pillole nello stesso giorno. **Non è richiesta alcuna contraccezione aggiuntiva perché una pillola dimenticata non inverte la soppressione ovarica.**

- **Dimenticanza di due o più pillole.** Le pillole rimanenti devono essere assunte all'orario consueto; in caso di dimenticanza di due o più pillole ormonali consecutive è generalmente necessario un metodo contraccettivo di riserva, come il preservativo per pene o per vagina. Si ritiene che il rischio di ovulazione aumenti in seguito alla dimenticanza di due o più pillole, in particolare nella prima settimana di assunzione della pillola dopo l'intervallo senza ormoni.
 - Se si dimenticano **due o più pillole nella prima settimana** del ciclo e si verificano rapporti non protetti durante questa settimana, l'uso di **contraccettivi di emergenza** potrebbe ridurre il rischio di gravidanza. Attenzione, però, che l'uso di contraccettivi orali contenenti progestinici contemporaneamente all'ulipristal acetato (contraccettivo d'emergenza tipo EllaOne®) potrebbe ridurre l'efficacia; dunque, quando si va in farmacia è importante segnalarlo.
 - Se si sono dimenticate delle pillole nell'**ultima settimana** di pillole ormonali (settimana 3, giorni dal 15° al 21° di una confezione da 28 giorni), la paziente deve terminare quell'ultima settimana di pillole ormonali (settimana 3), quindi saltare la settimana 4

(pillole placebo) e passare immediatamente a una nuova confezione di pillole il giorno successivo. Se non è in grado di iniziare una nuova confezione, si deve usare un **metodo contraccettivo di riserva** finché non si assumono pillole ormonali da una nuova confezione per sette giorni consecutivi.

- **Pillole extra.** Se la paziente assumesse due pillole in un giorno per errore, dovrebbe riprendere il suo normale programma di assunzione di una pillola al giorno il giorno successivo; non dovrebbe saltare un giorno. Completerà la confezione di pillole un giorno prima.

Per semplificare vi proponiamo la seguente tabella:

Situazione	Cosa fare	Serve protezione aggiuntiva?	Valutare CE?
< 24 ore di ritardo	Assumere subito la pillola dimenticata	No	No
≥ 24 ore (1 pillola)	Assumere subito l'ultima dimenticata, continuare blister	Sì, per 7 giorni	Se rapporto nei 5 gg precedenti e prima settimana
≥ 2 pillole	Assumere l'ultima dimenticata, continuare blister	Sì, per 7 giorni	Sì, se prima settimana e rapporto a rischio
Dimenticanza nella 3 ^a settimana	Assumere pillola e saltare pausa	Sì, per 7 giorni	Raramente

Attenzione: Le indicazioni possono variare in base al tipo di contraccettivo e alla formulazione specifica. Ad esempio, le pillole solo progestiniche sono particolarmente sensibili al ritardo di assunzione: mantenere un orario il più possibile costante (ogni giorno alla stessa ora) è fondamentale per garantirne l'efficacia.

11a.1.4. Fine della terapia ormonale e ritorno delle mestruazioni

In assenza di nuove condizioni cliniche, non esiste un limite temporale prestabilito alla durata della terapia estroprogestinica. Per molte persone, **le mestruazioni tornano entro 30 giorni dall'interruzione della pillola**. Quasi tutte dovrebbero sperimentare il ritorno delle mestruazioni e della **fertilità entro 90 giorni** dall'interruzione dei COC. Ciò è vero per i regimi standard da 28 giorni, così come per i regimi estesi e continui. Pertanto, coloro che non hanno le mestruazioni tre mesi dopo l'interruzione della pillola dovrebbero sottoporsi alla stessa valutazione per l'amenorrea. (Kaunitz et al., UpToDate 2024)

11a.2. La contraccezione ormonale non orale

Non tutte le persone desiderano o possono utilizzare una contraccezione ormonale. Esistono alternative efficaci, reversibili e adatte a differenti esigenze cliniche e personali.

11a.2.1. Il dispositivo intrauterino (o spirale) medicato

Relativamente poco utilizzato tra le persone giovani in Italia, è in realtà il metodo più utilizzato di contraccezione reversibile a lunga durata d'azione per la sua elevata efficacia e sicurezza, oltre che per la facilità d'uso e convenienza. Offre un'opzione chirurgica per la prevenzione della gravidanza che è efficace. In primis, sottolineiamo che non si tratta di meccanismi abortivi. Il meccanismo d'azione della IUD medicata al levonorgestrel non è principalmente quello di "corpo estraneo", ma si basa sull'ispessimento del muco cervicale, sull'atrofia dell'endometrio e sulla modificazione dell'ambiente uterino, rendendo improbabile la fecondazione e, secondariamente, l'annidamento.

Persone candidate all'utilizzo:

Un tempo si pensava che le persone che ancora non avessero partorito non fossero candidabili alla spirale. In realtà è falso e

tutte le persone con utero in età fertile e sessualmente attive sono candidabili.

Per quanto riguarda le persone adolescenti, sono comprese anche quelle che non siano mai state sessualmente attive, seppur queste ultime abbiano un maggior rischio di fallimento di inserimento della IUD (che comunque risulta correttamente inserito in più dell'80% dei casi).

In questo senso, sono candidate al suo utilizzo tutte le persone che desiderino un metodo contraccettivo altamente efficace (>99%), a lungo termine, ma reversibile, e che desiderino o abbiano necessità di evitare l'esposizione agli estrogeni (nessuna IUD li contiene) o ai progestinici (IUD al Rame, trattata dettagliatamente più avanti con i metodi non ormonali).

Le considerazioni da fare per la scelta della metodica sono:

- Se c'è **desiderio o pianificazione di una gravidanza** per i prossimi 1-2 anni, data la necessità di organizzare inserimento e rimozione tramite visita ginecologica, potrebbe non essere il metodo più conveniente per una questione di costi (in realtà dato il costo della pillola anticoncezionale, i prezzi si equivalgono abbastanza sull'anno-anno e mezzo).

- Siccome **non contengono estrogeni**, possono essere una buona opzione per tutte le persone con un alto rischio di trombosi e per le persone che assumono una terapia con testosterone per un percorso di affermazione di genere.

Al contrario, le persone che potrebbero trarre un maggior beneficio dalla presenza di estrogeni andrebbero indirizzate alle pillole EP, come: pazienti con irsutismo o acne (o comunque segni di PCOS), pazienti a rischio di osteopenia per un mantenimento della densità minerale ossea, pazienti che risentono di una fluttuazione endogena estrogenica molto forte, come quelle con emicrania mestruale (attenzione che si parla di emicrania catameniale e non di emicrania con aura o altri tipi di emicrania, che invece sono una controindicazione assoluta alla pillola EP).

- Tradizionalmente, nelle persone con **mestruazioni abbondanti, dismenorrea, dolore da endometriosi o rischio di iperplasia endometriale** si utilizzavano contraccettivi EP. Negli ultimi anni, in Italia, si è diffusa invece la scelta di terapie a basse dosi di progestinico, caratterizzate però da una scarsa efficacia contraccettiva (alcune anche rimborsabili). La letteratura internazionale mostra che la IUD medicata

offre un'efficacia clinica paragonabile, anche se mancano studi comparativi diretti tra i due approcci.

- L'**amenorrea** si verifica nel 20-40% delle persone che utilizzano IUD a rilascio di Levonorgestrel, e la percentuale aumenta fino a $\frac{3}{4}$ dell'3 utilizzatori³ con livelli di Levonorgestrel da 52 mg. Per questo, potrebbe essere una metodica utile per gli uomini T, qualora il contatto con i propri genitali e l'invasività della procedura non siano causa di eccessivo disagio.
- Le IUD medicate al levonorgestrel hanno una durata variabile in base alla formulazione: i dispositivi contenenti 52 mg di levonorgestrel hanno dimostrato efficacia contraccettiva fino a 8 anni (le durate autorizzate possono variare in base alla formulazione commerciale.). Nella pratica clinica italiana, tuttavia, la sostituzione viene spesso effettuata tra i 3 e i 5 anni, in linea con le indicazioni riportate nei fogli illustrativi e nelle autorizzazioni nazionali.
- Le persone con IUD **non hanno** alcuna controindicazione ad eseguire esami di tipo **RMN**.
- Se la paziente è **vicina alla menopausa** può utilizzare la IUD, ma, poiché il dispositivo medicato con almeno 52 mg di Levonorgestrel può indurre amenorrea, può risultare difficile distinguere l'assenza di mestruazioni

dovuta alla spirale da quella dovuta alla menopausa. Per questo motivo, in caso di amenorrea superiore ai 12 mesi, si consiglia comunque di non rimuovere la IUD prima dei 51-52 anni, età in cui la menopausa è generalmente consolidata.

Attenzione! Online si potrebbero trovare dispositivi intrauterini ad un costo più basso rispetto a quelli acquistabili in farmacia. Se ne sconsiglia l'acquisto in quanto potrebbero avere una conservazione impropria, soprattutto durante il trasporto, cosa che potrebbe causare una riduzione dell'efficacia del prodotto.

La durata delle IUD medicate è variabile, ma in genere si attesta tra i **3 e i 5 anni**. Anche in questo caso, la durata dipende dal tipo di spirale e dalla quantità di ormone (Levonorgestrel) che rilascia. Le spirali più note hanno le seguenti durate:

- Jaydess®: 3 anni
- Kyleena®: 5 anni
- Mirena®: 5 anni (sebbene per alcune indicazioni, come il trattamento di cicli mestruali abbondanti o in menopausa, possa essere lasciata in sede anche più a lungo, su valutazione del medicø).

Dopo la rimozione, dopo quanto posso tentare di concepire?

Di per sé non ci sono indicazioni effettive su quanto tempo ci voglia per far sì che gli effetti sull'endometrio rientrino alla normalità e non si sa se questo possa impattare negativamente sul concepimento. In linea generale, si consiglia di utilizzare dispositivi di barriera fino al primo flusso mestruale, se entro 6-8 settimane dalla rimozione non è stato re-instaurato il normale flusso, si consiglia di eseguire un test di gravidanza. Se il flusso non ricompare dopo 12 settimane e non vi è un test positivo, si consiglia di effettuare valutazione per amenorrea.

Si ricorda che le persone **AFAB in terapia con testosterone** non sono coperte dal punto di vista contraccettivo; se hanno rapporti sessuali con uomini o persone con pene fertili, è importante valutare con loro eventuali possibilità contraccettive prolungate, data la possibilità di una gravidanza indesiderata.

11a.2.2. Dispositivo o impianto sottocutaneo

Il dispositivo o impianto sottocutaneo è un metodo contraccettivo a base di progesterone dalla durata di 3 anni. In Italia l'unico presente è il Nexplanon (R) e ha un costo di 180€.

Si tratta di un bastoncino in plastica, flessibile, inserito da personale sanitario (medicø o ostetricø) attraverso l'applicatore (una "pistola" con un ago) a livello della faccia interna del braccio non dominante.

È consigliabile fare una leggera anestesia locale (di solito bastano due iniezioni intradermiche di Lidocaina) intorno al punto di inoculo e a circa 2 cm di distanza dalla piega del gomito inclinando l'ago di circa 15°.

Per la rimozione si deve effettuare una incisione con il Bisturi, previa anestesia locale, circa a metà del bastoncino (facilmente reperibile con la palpazione) in senso perpendicolare, si estrae il dispositivo con una pinza e nel caso se ne voglia applicare uno nuovo si può inserire direttamente nel sito inciso.

Essendo un progestinico, ha possibilità applicativa per un più ampio numero di persone (come per la pillola progestinica).

Tra i **vantaggi**, vi sono quelli comuni alla spirale medicata, ovvero:

- non essere suscettibile in caso di sintomi gastroenterici o di interferenze farmacologiche per via

gastrointestinale,

- non va “ricordato”
- ha un costo, considerata la durata di efficacia, ridotto;
- inoltre, può essere utilizzato anche in quelle persone che per qualsiasi motivo trovano difficoltà durante una visita ginecologica, anche semplicemente per una resistenza dovuta alla giovane età.

Tra i **contro** principali, vi è

- lo spotting
- il fatto che per rimuoverlo (ad esempio per programmare una gravidanza) deve essere preso un appuntamento presso un ambulatorio che presta questo servizio.

In Italia è molto poco utilizzato e pubblicizzato; anche in Francia, dove è più diffuso, l'utilizzo resta mediamente sul 2% di tutti i metodi contraccettivi, con un picco sulle persone ventenni dove si arriva al 9,6%.

11a.2.3. Patch o cerotto

Il patch o cerotto contraccettivo è un piccolo cerotto quadrato che si applica sulla pelle e rilascia ormoni (COC) da applicare

una volta la settimana per 3 settimane.

La quarta settimana, quando non viene applicato, si ha una perdita ematica vaginale che simula quella mestruale, dopodiché, rispettando l'intervallo settimanale, si ricomincia l'applicazione.

Lo si può applicare su zone asciutte e con poca peluria come dorso, addome, glutei o braccia, e ha un'efficacia tra il 91 e il 99%.

Ha le stesse indicazioni e controindicazioni della pillola, ma presenta tra i **vantaggi** quello di non doverlo ricordare quotidianamente e di non essere suscettibile a episodi gastroenterici, e come **svantaggio** la possibilità che durante la settimana perda adesione diminuendone l'efficacia (sono disponibili dei cerotti trasparenti impermeabili da poter applicare sopra il patch estroprogestinico al fine di migliorarne l'aderenza soprattutto in persone che praticano molto sport o che sono soggette a sudorazioni profuse).

Per alcune persone, soprattutto nei mesi estivi, la possibilità che sia visibile rappresenta un limite e questo deve essere considerato in sede di counseling contraccettivo.

Il costo della scatola si aggira sui 15-20 euro a confezione (con 3 cerotti, necessari per 28 giorni) quindi circa 200-250 euro l'anno.

11a.2.4. Anello

L'anello contraccettivo è un piccolo anello flessibile, in plastica morbida, di circa 5 cm di diametro, che si inserisce sul fondo della vagina. Rilascia ormoni estroprogestinici localmente e gradualmente.

L'inserimento deve essere effettuato il primo giorno di mestruazione e l'anello va lasciato in sede per 3 settimane. Alla fine della terza settimana deve essere rimosso e riapplicato dopo ulteriori 7 giorni. Durante i 7 giorni di assenza del dispositivo si avranno le perdite ematiche che simulano le mestruazioni.

L'anello ha le stesse indicazioni e controindicazioni generali dei COC.

Ha il **vantaggio** di non dover essere assunto quotidianamente e di non essere suscettibile a fenomeni gastroenterici, ha un'efficacia stimata tra il 91 e il 99%. Tra gli **svantaggi**, anche se generalmente non viene percepito durante rapporti penetrativi, alcune conformazioni anatomiche possono far sì che lo si senta durante la penetrazione. Inoltre, l'inserimento e la rimozione del dispositivo necessita di una buona confidenza con il proprio corpo, condizione che, per quanto auspicabile, non lo rende adatto a tutte le persone.

Il costo dell'anello si aggira sui 50-60 euro a confezione (con 3 anelli, sufficiente per 3 mesi) quindi circa 200-250 euro l'anno.

11a.2.5. Iniezione

Per quanto se ne parli molto poco, è un metodo contraccettivo con le sue qualità, e viene utilizzato soprattutto durante campagne in Paesi del Sud globale (soprattutto perché “non visibile” ai mariti in contesti in cui la contraccezione è ritenuta deprecabile).

Questa metodica prevede una somministrazione intramuscolare trimestrale di progestinico (medrossiprogesterone acetato) e una sola iniezione protegge dal rischio di gravidanza per 3 mesi. Ha un'efficacia tra il 94 e il 98% e presenta le indicazioni e controindicazioni degli altri metodi con progestinici.

Tra i **vantaggi**, vi è la comodità (una iniezione ogni 3 mesi), l'invisibilità, e l'assenza di estrogeni, controindicati in alcune categorie di persone – come già ampiamente spiegato.

Tra i **contro**, vi è la non reversibilità temporanea: se durante i mesi di azione si vorrà incorrere in una gravidanza, si dovrà comunque attendere la fine dell'effetto che potenzialmente può superare anche i 3 mesi indicati (arrivando fino a un massimo di un anno).

Il costo annuo è di circa 120-160 euro (tra i 30 e i 40 euro a confezione) al quale aggiungere eventuale costo della prestazione per iniezione del prodotto.

11a.2.6. Considerazioni finali sulla contraccezione ormonale

La scelta della contraccezione ormonale, come si evince da queste righe, non deve basarsi unicamente sul contraccettivo più noto alle professioniste, ma su una serie di criteri che permettano una **sartorialità della terapia**, che tenga conto delle necessità e delle difficoltà (organiche e non) della persona che ne deve usufruire.

In assenza di controindicazioni, molte persone trovano utile iniziare con una pillola estroprogestinica per valutarne tollerabilità ed effetti prima di orientarsi verso soluzioni a più lunga durata. (Curtis et al., UpToDate 2024)

11a.3. La contraccezione non ormonale

L'efficacia dipende fortemente dalla formazione, dalla costanza e dalla regolarità del ciclo.

11a.3.1. Coito interrotto

È il metodo naturale in cui durante un rapporto sessuale le partner con pene si ritira dalla vagina prima dell'eiaculazione. Dal punto di vista dell'**efficacia è piuttosto bassa** (e soggetta a molte variabili). Infatti, anche ammesso che la persona con pene abbia un autocontrollo sufficiente a ritirarsi prima della fuoriuscita dello sperma, il liquido preseminale contiene comunque spermatozoi.

È molto utilizzato sia per motivi culturali-religiosi sia per scarsa educazione alla contraccezione.

Oltre a un rischio di concepimento più elevato rispetto agli altri metodi, è necessario sottolineare come nelle partner con pene il pensiero di non “sbagliare” possa generare ansie e peggiorare la salute sessuale.

Si sottolinea che è il metodo più utilizzato in Italia, ad evidenziare la scarsa cultura sessuale del nostro paese.

11a.3.2. Temperatura basale e muco cervicale

È un metodo naturale che si basa sull'analisi individuale della propria temperatura basale e di quella ovulatoria e post ovulatoria. Infatti, durante il ciclo mestruale la temperatura della persona con ovaie si modifica, in particolare aumenta di circa 0,2/0,5° durante l'ovulazione e si mantiene tale fino alle mestruazioni.

Il metodo prevede una misurazione della temperatura al risveglio, una registrazione di questo dato su un'app e poi l'evitamento dei rapporti (o rapporti con metodi barriera) dalla sospetta ovulazione fino alle mestruazioni.

Tra l'**efficacia teorica (94-98%)** e **quella reale (80%)** vi è una grossa differenza, perché suscettibile ad interazioni dovute a orari di lavoro, malattie in corso, turni notturni, stress. Inoltre, è controindicato in chi ha cicli non regolari per scarsa efficacia.

Spesso questo metodo viene utilizzato in combinazione con quello dello studio del muco cervicale, che si basa sull'autonalisi delle secrezioni vaginali dopo aver urinato (consistenza, temperatura, aspetto, etc.) poiché queste aumentano nei giorni fertili.

Anche questo metodo ha percentuali di efficacia teorica e reale sovrapponibili a quelle della temperatura basale e ne

presenta gli stessi limiti.

Usati insieme possono essere comunque un'opzione da considerare in quelle persone che non possono (anche per motivi ideologici, culturali o religiosi) utilizzare altri metodi.

11a.3.3. Spermicidi

Gli spermicidi sono prodotti chimici che si inseriscono in vagina (gel, ovuli, creme, schiume o film) e che hanno la funzione di uccidere o immobilizzare gli spermatozoi, impedendone l'avanzamento fino all'ovocita.

Devono essere inseriti in vagina pochi minuti prima del rapporto e la protezione dura solo per un rapporto.

Spesso si usano **insieme a metodi barriera** come diaframma o preservativi, se usati da soli, infatti, hanno una bassa efficacia (72% circa) e possono portare, soprattutto se usati ripetutamente, irritazioni e allergie.

I prezzi variano molto in base al tipo di spermicida scelto, in ogni caso si aggirano sui 2 euro o poco meno a rapporto.

11a.3.4. IUD al rame

La spirale non ormonale è un dispositivo intrauterino, a forma di T, in rame.

Questo metallo svolge un'azione contraccettiva non ormonale poiché rilascia degli ioni che rendono l'ambiente uterino non adatto alla fertilizzazione dell'ovocita da parte degli spermatozoi e l'endometrio inospitale ad accogliere un eventuale embrione fecondato.

L'efficacia è molto alta (intorno al **99%**). La gravidanza è prevenuta da un meccanismo da corpo estraneo, che causa una reazione infiammatoria sterile, tossica per lo sperma (inibendone il movimento) e per le cellule uovo, prevenendo l'impianto. L'impatto sull'ovulazione è minimo, tant'è che i cicli rimangono ovulatori.

Il rischio di gravidanza extra-uterina nelle donne con IUD è minore che nelle donne che non usano nessun contraccettivo, ma se si verifica una gravidanza con IUD in situ, la proporzione di gravidanze ectopiche è più alta rispetto alla popolazione generale, sebbene il rischio assoluto resti basso.

Ha il **vantaggio** di essere sì a lungo termine (5 o 10 anni) ma reversibile: infatti, una volta ritirata, la fertilità riprende immediatamente. Può essere usata nelle donne con controindicazioni all'uso di ormoni, non necessita di essere ricordata e la sua efficacia non risente di assunzione di farmaci o di patologie infettive.

Tra i **contro** vi sono che deve essere inserita da personale sanitario specializzato e che l'inserimento può essere doloroso (per di più, l'abitudine a non considerare il dolore delle donne e delle persone AFAB fa sì che spesso non venga indicato di assumere antidolorifici prima e dopo l'inserimento).

Molte donne, soprattutto i primi mesi, presentano mestruazioni più abbondanti.

È **controindicata** in persone con dolore pelvico cronico o dismenorrea o mestruazioni emorragiche.

Un rischio (basso) di endometrite è presente al momento dell'inserimento e nei primi mesi successivi.

(Curtis et al., UpToDate 2024)

Dopo quanto tempo dalla fine della gravidanza si può inserire la IUD?

Le linee guida dell'OMS sono molto precise a riguardo.

Tutti i dispositivi intrauterini possono essere inseriti nell'immediato post partum (10 minuti dopo il secondamento, cioè l'espulsione della placenta e degli annessi fetali) oppure entro 48 ore dal parto vaginale o cesareo senza complicazioni.

Trascorse le 48 ore, è opportuno attendere 28 giorni per l'inserimento del sistema intrauterino. Oltre le 4 settimane è nuovamente possibile inserirla in sicurezza.

(Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare, 2020)

Il costo varia tra i 50 e i 90 euro (per 5 o 10 anni di copertura) a cui aggiungere il costo del ticket sanitario se si ricorre al SSN, oppure il costo della prestazione sanitaria privata per l'inserimento in caso ci si rivolgesse al di fuori del SSN. Il prezzo, così, può salire anche a 150-300 euro.

11a.3.5. Metodi barriera

Per i metodi barriera, vi rimandiamo al capitolo 9 sulla salute sessuale dove sono stati affrontati nel dettaglio, in quanto gli unici che hanno una protezione anche dalle IST oltre che un'azione contraccettiva.

Attenzione: la scelta del metodo non ormonale deve tenere conto non solo dell'efficacia statistica, ma anche del comfort, della possibilità di accesso e delle preferenze personali!

11a.4. Contraccezione chirurgica

I metodi di cui parleremo nei prossimi paragrafi non sono coperti dai LEA, per cui l'esecuzione è appannaggio di cliniche e specialità private, complicando ulteriormente l'accesso in quanto spesa out of pocket.

11a.4.1. Legatura delle tube

La legatura, l'interruzione di **entrambe le tube**, oppure l'inserimento di dispositivi che ne occludono il lume, possono essere eseguiti attraverso diverse modalità: in corso di taglio cesareo, oppure con un intervento mirato per via addominale (laparotomia, mini-laparotomia, laparoscopia) o vaginale (culdoscopia o isteroscopia).

La chiusura tubarica può essere effettuata **in qualunque momento del ciclo mestruale**, purché il test di gravidanza sia risultato negativo e non vi siano stati rapporti sessuali non protetti nelle tre settimane precedenti l'intervento; in caso contrario, è opportuno riprogrammare l'intervento.

Il documento FSRH (Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare) sconsiglia la sospensione immediata dei

contraccettivi ormonali; al contrario, viene suggerito il proseguimento o l'adozione di un sistema contraccettivo fino a 7 giorni dopo l'avvenuta sterilizzazione e specifica che per questo intervento non è richiesta la profilassi tromboembolica.

Le persone che fanno uso di **impianto a rilascio di progesterone** o di **iniezione periodica di progesterone** possono sottoporsi a sterilizzazione laparoscopica in qualsiasi momento, con rimozione simultanea dell'impianto stesso.

Alle persone **portatrici di IUD al rame o medicato**, va consigliata la rimozione del dispositivo non prima di 7 giorni dall'avvenuta sterilizzazione.

Il documento raccomanda di fornire, in fase di counselling preoperatorio, le informazioni riguardanti i rischi degli interventi laparoscopici in generale, compresa la possibilità di conversione laparotomica, nonché quelle sui rischi specifici della chiusura tubarica e di documentare il consenso all'intervento.

La sterilizzazione tubarica **non è reversibile**: anche se è possibile ricanalizzare la tuba difficilmente si riuscirà ad avere una gravidanza se non attraverso la procreazione in vitro.

(FSRH, 2014)

Nonostante la sicurezza di questo intervento sia molto alta (rari fenomeni di gravi lesioni, più frequenti ematomi di parete

e infezioni vie urinarie nella via laparoscopica) alle persone che ne fanno richiesta **viene spesso negata**.

Da un punto di vista **legislativo**, dopo l'abrogazione degli articoli del codice Rocco che ne proibivano l'esecuzione, di fatto la legatura delle tube (sterilizzazione AFAB) e la vasectomia (che vedremo dopo) non sono vietate, per cui **sono lecite**.

Molte persone però si sentono rifiutare la procedura sulla base dell'età (ritenute troppo giovani e fertili ancora per un tempo medio/lungo) o dell'eventuale assenza di figli3 (se non ne ha o se ne ha solo 1 o 2 e potrebbe volerne altr3).

In alcune strutture dove viene eseguita la procedura viene richiesto il consenso del partner.

La letteratura riporta tassi di ripensamento complessivi intorno al 12–13%, con percentuali più elevate (fino al 20–30%) nelle persone di età inferiore ai 30 anni al momento della procedura e significativamente più basse (circa 5–6%) oltre tale età.

(Peterson et al., UpToDate 2024).

Per questo, più che stigmatizzare la procedura o decidere al posto della persona, sarebbe opportuno effettuare una valutazione olistica basata su un rapporto medicø-paziente di

fiducia e non giudicante, in modo da trovare la strategia anticoncezionale più sartoriale possibile, ivi inclusa la sterilizzazione.

Generalmente, chi si oppone riporta come spiegazione l'**etica medica** ("non si toglie un organo sano") o il **timore del ripensamento**.

Nel secondo caso, è evidente l'infantilizzazione della persona che viene ritenuta incapace di prendere una decisione definitiva sul proprio corpo (come se avere una figlia non fosse una decisione definitiva per la vita).

Nel primo caso, la giustificazione è forzata: la legatura di tube non è equivalente a togliere un organo sano, bensì limita un meccanismo fisiologico senza alterarne la funzionalità endocrina o metabolica.

Mettere sul piatto della discussione anche questa possibilità, in quei casi in cui potrebbe essere un'opzione per la persona che si rivolge a noi per una consulenza contraccettiva a lungo termine, è doveroso sia per fare corretta informazione, sia per sdoganare parole e procedure lasciate al tabù del mito della fertilità come unico scopo e compito di genere femminile.

11a.4.2. Vasectomia

La vasectomia consiste nell'interruzione dei **vasi deferenti**, cioè dei condotti che portano gli spermatozoi dai testicoli al pene.

La vasectomia tradizionale comporta due piccole incisioni cutanee eseguite alla radice dello scroto sotto anestesia locale, e che prevede la resezione, dopo legatura, di entrambi i dotti deferenti.

Ad oggi è quasi completamente abbandonata a favore della **tecnica senza bisturi**. Questa variante prevede l'utilizzo di particolari pinze in grado avvicinare i canali deferenti alla cute scrotale e la realizzazione di una piccolissima apertura sulla cute al centro dello scroto per isolare i canali deferenti.

La vasectomia senza bisturi risulta più veloce, meno traumatica e fastidiosa (l'incisione cutanea è veramente piccola e in alcuni casi non prevede nemmeno l'utilizzo di punti di sutura) e comporta rischi di complicanze (già minimi) ulteriormente ridotti. Le paziente può tornare al domicilio subito dopo l'intervento e può riprendere le attività quotidiane praticamente in tempo reale. Per l'attività sessuale, i lavori più pesanti e la pratica di sport conviene aspettare qualche giorno.

È un metodo altamente efficace (l'eventualità di una gravidanza è di circa **1 caso su 1000**), ma richiede qualche mese perché si ottenga la completa assenza degli spermatozoi, che deve essere confermata da un successivo esame del seme da eseguirsi circa 12 settimane dopo la vasectomia.

Non altera la funzione e il piacere sessuale della persona; in particolare, nel counselling va sottolineato che non modifica la produzione di testosterone, cioè dell'ormone responsabile della funzione sessuale – ma anche della crescita di barba e peli, della voce profonda e di altre caratteristiche fisiche tipicamente percepite come maschili; e, inoltre, che l'erezione, l'orgasmo e la quantità di eiaculato rimangono invariati. Raramente può portare a complicanze locali dovute all'intervento chirurgico (comuni a altri interventi).

Circa il 2% delle persone AMAB nei primi 10 anni dall'esecuzione della vasectomia chiede la **reversione**, tecnicamente possibile ma con un tasso di successo tra il 50% e il 90% nei primi 10 anni e sul 25% in seguito. Per questa ragione, è possibile, sempre nelle suddette cliniche private, congelare gli spermatozoi in caso in futuro vi sia un ripensamento e la reversibilità non risulti efficace.

Anche questa procedura, **non più vietata** dalla legge dal 1978 con l'abrogazione del codice Rocco, è ostracizzata e poco utilizzata.

In questo caso vi è, nuovamente, un paternalismo medico che teme di avere problemi in caso di ripensamento della persona AMAB, motivo per cui, anche se è un intervento ambulatoriale, pochissimi urologi in Italia accettano di procedere in questo senso.

Vi è poi una **resistenza culturale**: in primis, l'idea di perdere la capacità di procreare fa sentire l'uomo meno virile, nonostante nessuna delle funzioni sessuali venga intaccata dall'intervento; poi, la concezione che sia la donna a doversi occupare del controllo delle nascite; infine, la resistenza degli uomini a eseguire visite, esami e procedure mediche se non indotte dalla donne di riferimento (madre, moglie, figlia).

(**Nota**: in questo paragrafo abbiamo utilizzato una terminologia binaria perché è la base stereotipata culturale a cui si fa riferimento).

Quando ci si avvicina a una persona laica dal punto di vista medico è un dovere fornire tutte le informazioni necessarie affinché la decisione sia libera, non solo da paure e false informazioni, ma anche da stereotipi vincolanti e opprimenti.

Per questo ci teniamo a sottolineare che servono maggiori studi al riguardo sia sulle persone non binarie sia sulla popolazione generale per capirne le esigenze ed eventualmente ri-discuterne anche a livello di LEA e prestazioni SSN.

(Peterson et al., UpToDate 2024; Sharlip et al., UpToDate 2024)

11a.5. Contraccezione di emergenza (o EC)

Sono prodotti che **impediscono che la gravidanza si verifichi dopo un rapporto non protetto** (da qui RNP).

Ribadiamo che i rapporti non protetti possono verificarsi per le più svariate motivazioni, che vanno dalla dimenticanza della pillola anticoncezionale ai rapporti sessuali forzati. Non è il ruolo delle medicine o delle farmacia stabilire la causa e la motivazione della richiesta, ed essendo farmaci che non provocano un aborto ma esclusivamente evitano l'instaurarsi di una gravidanza, **NON si può applicare l'obiezione di coscienza** perché, in questo caso, oltre che sgradevole sarebbe pure illegale.

Per dovere di cronaca, specifichiamo che impedire la contraccezione di emergenza aumenta unicamente il rischio di aborto, non lo evita.

Dal punto di vista legislativo, a partire da maggio 2015 è stato abolito l'obbligo di ricetta per le maggiorenni e, a partire da ottobre 2020, è stato abolito anche l'obbligo per le minorenni. Per questo motivo **tutte le persone possono richiedere in farmacia la pillola di emergenza** senza necessità di mostrare la carta d'identità e senza limiti di età.

Ribadiamo, ugualmente, e per correttezza clinica, che **le pillole di emergenza non sono un contraccettivo in cronico** e che devono essere utilizzate solo in caso di necessità. Se si necessita di una contraccezione sul lungo periodo, è meglio avvalersi di terapie ormonali non acute, ma croniche, come quelle descritte sopra o, se non si vogliono assumere pillole farmacologiche, utilizzare i dispositivi di barriera o fare richiesta per l'inserimento del dispositivo intrauterino (IUD).

Vediamo nel dettaglio quali sono le possibilità, e da chi ed in che modo possono essere assunte.

Per prima cosa, i due farmaci in questione per la contraccezione d'emergenza non sono farmaci abortivi, si limitano a **ritardare o, comunque, impedire l'ovulazione** in modo tale che nel periodo di vita degli spermatozoi, che è di circa 4-5 giorni, non riescano ad incontrare l'ovocita. Quindi, a differenza delle credenze di alcune associazioni evidentemente poco formate, non va ad impedire l'impianto di un prodotto del concepimento già bello e formato, né causa l'impedimento o il venir meno del suo annidamento. I farmaci che si occupano di questa parte, i cosiddetti farmaci abortivi, saranno trattati più avanti in questo capitolo.

I farmaci disponibili in Italia sono

- il **Levonorgestrel**, efficace fino a 72 ore dopo il RNP, che agisce quasi unicamente nella fase pre-ovulatoria, ritardando l'ovulazione, tuttavia ha anche un effetto, minore, nella fase post ovulatoria;
- e l'**Ulipristal acetato**, anche nota come “pillola dei 5 giorni dopo” in quanto efficace fino a 120 ore dal RNP, che riesce a ritardare anche l'inizio del picco di LH, motivo per cui ha, comunque, una maggiore efficacia rispetto al Levonorgestrel nel prevenire una gravidanza.

Bisogna sottolineare che nessuno di questi metodi ha un'efficacia del 100%. L'Ulipristal acetato presenta un tasso di fallimento dell'1,2–1,8% (circa 2 gravidanze ogni 100 utilizzi), mentre il Levonorgestrel ha un rischio leggermente più alto, pari all'1,7–2,6%.

L'uso di un contraccettivo ormonale d'emergenza orale NON richiede un esame fisico di routine, un test di gravidanza o un test di laboratorio.

(Prine et al., UpToDate 2024; World Health Organization, 2022)

11a.5.1. FAQ Contraccezione d'emergenza:

1) Cosa succede se il farmaco orale viene vomitato?

I dati su questo argomento sono mancanti, ma in generale se viene vomitato entro 3 ore dall'ingestione si suggerisce di assumerne un altro. In generale il vomito non è tra gli effetti indesiderati di questi farmaci, più probabilmente è causato da altro, come un'infezione virale.

2) La contraccezione orale di emergenza può essere utilizzata di nuovo nello stesso ciclo?

Entrambi i metodi contraccettivi possono essere utilizzati più volte nello stesso ciclo, ma un metodo contraccettivo comprovato è da preferire a questo approccio.

3) La contraccezione orale di emergenza può essere un metodo contraccettivo regolare?

L'efficacia dell'uso ripetuto della contraccezione di emergenza è generalmente inferiore rispetto alla maggior parte dei contraccettivi continuativi, per tale ragione non è consigliata come metodo regolare. Tuttavia, per coloro che lo desiderano, può essere preso in considerazione l'utilizzo pericoitale di Levonorgestrel, tenendo conto però che l'utilizzo al bisogno ha comunque un rischio più alto di

gravidanza rispetto ad una contraccezione regolare (indice di Pearl di 10,3-11) e che può causare molti più sanguinamenti irregolari (spotting) ed effetti indesiderati rispetto a una contraccezione orale continuativa.

4) **Ci sono alternative alla CE?**

Per le persone che lo desiderano e ne hanno la possibilità economica e temporale, un'alternativa alla contraccezione orale d'emergenza è l'inserimento di un dispositivo intrauterino (IUD), al Rame o con Levonorgestrel, che hanno rispettivamente un tasso di fallimento pari allo 0,1% e allo 0,3-0,5%. Vanno inseriti entro 5 giorni dal RNP, comportando, almeno in Italia, una difficoltà economica (circa 80 euro per la IUD al rame, circa 200 euro per quella medicata) e di tempistica (per riuscire ad inserirla entro 5 giorni, si può tentare con una impegnativa priorità U presso il consultorio, ma in tal caso bisogna arrivare con la spirale da inserire che va acquistata precedentemente in farmacia). La convenienza è che un dispositivo intrauterino resta in sede per 5-10 anni a seconda della tipologia, rendendolo una contraccezione efficace (teoricamente è la più efficace con tassi di insuccesso inferiori allo 0.4%) per molto tempo. In caso siano passati oltre 5 giorni dal rapporto non protetto è

consigliabile l'esecuzione di un test di gravidanza prima dell'inserimento del dispositivo.

5) In quali persone c'è un più alto rischio di fallimento della CE?

Si è visto che nelle persone con corpi grassi ha un più alto rischio di fallimento, diventando sempre più inefficace spostandosi nello spettro del peso, non sulla base di studi su donne che hanno avuto un più alto numero di gravidanze, ma sulla base di studi dei livelli ormonali dopo l'assunzione di Levonorgestrel; non ci sono studi che dicano quanto questo avvenga in coloro che assumono Ulipristal acetato. Si suppone che in chi abbia subito procedure bariatriche causanti malassorbimento, l'assorbimento del Levonorgestrel sia ridotto; anche in questo caso mancano dati per l'Ulipristal acetato. Ciò genera disuguaglianze significative nell'accesso alle opzioni di pianificazione familiare e di controllo delle nascite per le persone con corpi più grassi.

6) Dopo l'utilizzo della CE è richiesto un periodo di astinenza?

No. Possono essere utilizzati i contraccettivi di barriera e pericoitali (contraccezione non ormonale).

Per quanto riguarda l'ulipristal acetato si consiglia l'attesa di 5 giorni dall'assunzione della COC, in considerazione del timore che un contraccettivo contenente progestinico possa interferire con la funzione del contraccettivo di emergenza.

Per quanto riguarda, invece, il Levonorgestrel, la contraccezione orale può essere iniziata contemporaneamente. Si consiglia, però, di utilizzare metodi contraccettivi alternativi per la prima settimana oppure di astenersi dai rapporti sessuali.

7) **Cosa fare e cosa aspettarsi dopo l'assunzione della CE?**

Coloro che utilizzano un contraccettivo di emergenza devono prevedere il flusso mestruale entro 3 settimane dall'assunzione, questa può avvenire prima o dopo il solito, ma in caso non si presentasse si consiglia un test di gravidanza. Se il flusso si presenta non vi è alcuna necessità di eseguire un test di gravidanza. Si consiglia di recarsi in PS, però, in caso di sanguinamento abbondante con dolore addominale per escludere una gravidanza ectopica. **Attenzione: l'utilizzo di EC non previene eventuali ulteriori gravidanze in caso di rapporti non protetti successivi nel corso dello stesso ciclo.**

8) Possono esserci conseguenze su una gravidanza in atto o futura?

No, l'utilizzo di EC orale non va ad influenzare gravidanze già in atto (come già detto non è abortigeno) né gravidanze future.

9) Sto allattando al seno, posso assumere ugualmente un contraccettivo di emergenza?

Sì, non vi sono controindicazioni.

10) Sono una persona che sta facendo un percorso di affermazione di genere, posso assumere la CE?

Nella persona AFAB che stesse facendo un percorso medicalizzato di affermazione di genere si ricorda che il Testosterone non è efficace nel sopprimere l'ovulazione e, pertanto, nel prevenire una gravidanza indesiderata. In questi casi non vi è alcuna controindicazione all'utilizzo del contraccettivo di emergenza o all'utilizzo di un contraccettivo in generale.

11) È opportuno un counselling sui metodi contraccettivi in sede di prescrizione/acquisto della CE?

Dal punto di vista preventivo, il momento della

prescrizione della contraccezione di emergenza, potrebbe essere interpretato dalle cliniche come un buon momento per fornire indicazioni sulla contraccezione continuativa. In realtà le utenti che si rivolgono al servizio farmaceutico o medico per la contraccezione di emergenza non sono interessate ad una consulenza sui metodi continuativi, che può, anzi, essere vista come un'invasione della propria privacy in un momento che potrebbe essere di difficoltà. Si immagina che possa essere utile proporre la programmazione di un appuntamento futuro per valutare una possibile contraccezione continuativa.

N.B. Tra gli scenari possibili di rapporti non protetti vi è l'**aggressione sessuale**. Oltre ad evitare tutti i comportamenti che possono essere classificabili come violenza secondaria, in questi casi, è importante che il personale sanitario suggerisca alla persona in età fertile l'utilizzo di un contraccettivo di emergenza (spiegando bene che può scegliere tra quella orale e, se se la sente, il dispositivo intrauterino).

11a.5.2. Il punto in Italia

L'Italia è uno dei Paesi europei con il più basso utilizzo di metodi contraccettivi che non siano il coito interrotto.

Se è vero che questi metodi non proteggono dalle IST (vedi cap. 9) è vero anche che in quelle situazioni più stabili in cui le IST sono state escluse e vi sono rapporti esclusivi tra persone con spermatozoi e ovociti, **un metodo contraccettivo per evitare gravidanze indesiderate** è da promuovere trovando quello che nel caso di quelle specifiche persone è più appropriato.

Il ruolo del personale sanitario non è quello di decidere al posto della persona che vi si affida, ma quello di **fornire tutte le informazioni necessarie**, nel modo più completo e comprensibile, in modo che **la paziente possa scegliere**, anche sulla base di convinzioni ideologiche, culturali o religiose. L'alleanza terapeutica si basa proprio sulla messa al servizio delle nostre conoscenze mediche allə paziente, che poi sceglie consapevolmente, dove esistono, tra le alternative proposte.

Se questa pratica deve valere a prescindere dal percorso diagnostico-terapeutico che si intraprende, è ancora più

necessaria per ciò che compete la **sfera sesso-affettiva**, incluso il tema della fertilità nel suo significato più ampio. Troppo spesso le persone hanno delle convinzioni basate su informazioni errate, giudicanti, moralizzanti, che noi medici e mediche, in primis, portiamo avanti. Presentare ad una persona tutte le opzioni contraccettive, per esempio, è un passo verso una compliance maggiore, una diminuzione di gravidanze indesiderate, una migliore consapevolezza di sé, e uno strumento per potersi autodeterminare in un mondo in cui chiunque pretende di decidere sui corpi altrui, dai governanti al vicinò di casa. Se “sapere è potere” è vero, la prima a dover sapere per poter trasmettere siamo noi professionisti sanitari, persino spiegando come funziona il metodo del muco cervicale.

11a.6. L'indice di Pearl

Come già visto nel capitolo 9, è una statistica usata per misurare l'efficacia di un metodo contraccettivo, calcolando il numero di gravidanze che si verificano ogni 100 donne che utilizzano quel metodo in un anno. Più basso è l'Indice di Pearl, più il metodo è sicuro ed efficace nel prevenire gravidanze indesiderate.

Metodo contraccettivo	Indice di Pearl teorico (%)	Indice di Pearl effettivo (%)
Pillola EP	0,1-0,3	7-9
Minipillola	0,3-0,5	7-9
Preserv. pene	2	13
Preserv. vagina	5	21
IUD rame	0,6-0,8	0,8
IUD ormonale	0,1-0,2	0,3
Impianto sottocutaneo	0,05	0,1
Anello vaginale	0,3	7-9
Cerotto ormonale	0,3	7-9
Spermicida	6	21-28
Muco cervicale	3	23
Temp. basale	0.4-0,5	12-20
Ogino-Knauss	3-9	24
Legatura tube	0,1	0,5
Vasectomia	0,1	0,15
Iniezione Prog	0,03	3-6
Coito interrotto	4	20-27

(Curtis et al., UpToDate 2024)

11a.7. Interruzione Volontaria di Gravidanza, anche nota come IVG

L'interruzione volontaria di gravidanza può essere necessaria per i motivi più disparati, non è ruolo delle mediche giudicare le motivazioni della persona che ha davanti.

La legge ci impone di cercare di capire se sia effettivamente sicura della sua scelta e, se possibile, **cercare di trovare delle possibili soluzioni** per rimuovere gli ostacoli che portano a quella decisione.

A parere dell3 scriventi, per quanto obbligo di legge, quest'ultimo passaggio è una **infantilizzazione** della persona, in quanto di fronte ad una sua richiesta dobbiamo eseguire un colloquio finalizzato alla certezza della maturità della sua scelta. In linea con esso c'è da considerare il tempo di riflessione imposto di una settimana (eccetto i casi di urgenza) come a voler significare che la persona che si è rivolta alla struttura sanitaria, nonostante abbia manifestato l'interesse per la prestazione, necessita ancora di ulteriori valutazioni. Il suggerimento è, quindi, quello di mettere fuori dalla porta i propri giudizi personali sulla prestazione medica e di considerare la persona che si ha davanti capace di decidere per sé.

Le scriventi pensano inoltre che se la persona che intende interrompere una gravidanza è arrivata di fronte a noi richiedendo il certificato per interromperla, deve aver riflettuto già accuratamente sulla propria scelta e che, pertanto, non sia dovere delle mediche risolvere i problemi sociali e politici che portano una persona in gravidanza a decidere di interrompere la suddetta.

Viviamo inoltre in una società, quella italiana, che non solo mette ostacoli alla prevenzione delle gravidanze, ma stigmatizza chi, una volta portata avanti la gravidanza, decide di usufruire del **parto in anonimato** (dpr 396/2000).

È infatti possibile per una persona gravida partorire anonimamente in sicurezza in ospedale senza che di questo resti traccia nelle cartelle e con la possibilità di lasciare le bambine alle cure sanitarie fino all'individuazione di una famiglia adottante o affidataria. Questa possibilità è poco conosciuta, ma è da diffondere proprio per diminuire i parti in segreto nelle case o per le strade, l'abbandono di persone neonate in condizioni pericolose e il neonaticidio.

Come estensione di questa legge, vi è la versione moderna della "**ruota degli esposti**"; in passato era uno strumento comune che, attraverso uno sportello, rendeva possibile collocare le neonate abbandonate senza essere viste

dall'interno e, facendo girare la ruota, l'apertura si girava verso l'interno e allè neonatè potevano essere assicurate le cure necessarie. Ricordiamo che questo nome ha un'accezione che nei secoli è stata stigmatizzante: le persone trovate nelle ruote degli esposti erano tacciate come bastardè o indesideratè, e spesso questo limitava il loro benessere sociale.

Questa opzione deve restare un'eccezione: arrivare alla ruota significa aver partorito solè, in luoghi non idonei, non avere controlli post-partum e avere un rischio di depressione post-partum non indifferente. Se il parto in anonimato è a tutela tanto della persona gravida che di quella neonata, la ruota non tutela la persona che ha appena partorito né fisicamente né, come abbiamo visto nel caso del Mangiagalli nel 2023, psicologicamente.

Riteniamo che la **tutela dell'interruzione volontaria e terapeutica di gravidanza e la sua piena legalizzazione**, sia una tutela della salute fisica, psichica e sociale di tutte le persone con utero ed in quanto tale vada tutelata.

Appoggiamo, in qualità di professionistè, le proposte che, in esse, contengono il superamento di questa pratica ed un miglioramento della legge 194/78.

Ad oggi, le politiche governative mirano ad inserire le associazioni di stampo cattolico all'interno di tutti i servizi del

SSN, anziché tutelare la salute e le possibilità di coloro che necessitano di questo indispensabile atto medico. Purtroppo le stime dell'**aborto clandestino** si attestano intorno alle **10.000 unità annue**, circa il 15% delle IVG complessive del nostro Stato. Questo dovrebbe far comprendere l'importanza della tutela di questa pratica, oltre che l'importanza, assolutamente mancante, di una formazione a 360°, sin dall'adolescenza e nelle scuole, di una vera formazione all'affettività, che comprenda anche l'inserimento della genitorialità consapevole.

Politicamente parlando, si fa tanto per rendere l'accesso – e quanto ne segue – il più sgradevole possibile, con l'inserimento da parte di molte giunte regionali di **gruppi antiabortisti** (che si fanno tipicamente chiamare “pro-vita”, tendenzialmente di dichiarato stampo cattolico, ma che di comportamento cattolico hanno ben poco) all'interno degli ospedali e dei consultori, dove le donne vengono avvicinate e fermate, spesso senza invito, quando vi si recano per la sollecitazione del certificato di interruzione.

Comunque, per legge, “un medico di fiducia” può eseguire il certificato di interruzione, motivo per cui si può richiedere anche al proprie medicæ di famiglia o a qualsiasi medicæ di

propria fiducia, senza passare necessariamente dal consultorio.

Dal punto di vista legale, la legge n. 194 ha purtroppo un grande limite, relativo all'obiezione di coscienza del personale sanitario addetto all'esecuzione dell'interruzione, piaga drammatica nel SSN italiano. I numeri dell'obiezione sono talmente alti che in alcune regioni italiane non è possibile garantire il servizio, rendendo quindi necessaria la migrazione in altre regioni.

Andiamo con ordine e vediamo i **dettagli della legge**, ossia le tempistiche e le necessità.

Per prima cosa, la persona si rende conto, tramite anche esecuzione di apposito test acquistabile presso i supermercati o in farmacia, di essere in gravidanza. Una volta appurata la cosa si deve recare o presso un consultorio, o dal proprie medicæ di famiglia, oppure presso unæ qualunque medicæ di sua fiducia, per la stesura del certificato di interruzione di gravidanza, di cui vi proponiamo qui sotto il fac-simile scaricabile facilmente on-line da siti come www.torrinomedica.it (da cui abbiamo estratto quello in immagine)

**DOCUMENTO DI ATTESTAZIONE DELLA VOLONTA' DELLA DONNA
DI PROCEDERE AD INTERRUZIONE DELLA GRAVIDANZA
CON PROCEDURA ORDINARIA**

N.B.: In questi casi va ricordato che se la gestante è minorenni occorre la firma di entrambi i genitori

Li _____

Si dichiara che la Sig.ra _____ nata a _____
il ___/___/___ residente a _____ in via _____
è in stato di gravidanza (test immunologico eseguito il ___/___/___ presso il Laboratorio
_____).

La gestante dichiara che l'inizio dell'ultima mestruazione risale a ___/___/___.

Ella manifesta l'intenzione di ricorrere alla interruzione della gravidanza presso le idonee strutture sanitarie autorizzate.

La Sig.ra mi ha esposto i motivi per i quali intende procedere all'aborto.

Tali motivi sono stati esaminati insieme e la suddetta è stata anche informata sui diritti di lavoratrice-madre e sui servizi sociali che possono aiutarla a portare a termine la gravidanza.

Si rilascia il presente documento, ai sensi di legge, informando la donna che potrà utilizzarlo trascorsi sette giorni dalla data del rilascio.

In fede.

(firma della donna)

(firma del Medico)

I casi, a questo punto, possono essere due:

1. Interruzione di gravidanza entro i 90 giorni

Una volta eseguito il certificato, la persona in questione deve avere almeno un test positivo su sangue (che può fare nell'attesa del certificato o subito dopo) eseguito presso un laboratorio pubblico, privato oppure anche un test su dito presso una farmacia.

A quel punto, con questi due documenti in mano, si va al passaggio successivo.

Dall'esecuzione del certificato all'interruzione devono passare almeno **7 giorni** per obbligo di legge, eccetto in caso di urgenza. In alcune strutture sanitarie esiste un percorso preferenziale per eseguire l'interruzione, tipicamente le proprie mediche di famiglia e il consultorio sanno qual è e qual è la struttura più indicata nei dintorni per eseguire l'interruzione ed in che modalità.

2. Interruzione di gravidanza oltre i 90 giorni

Questa può essere praticata solo in due situazioni:

(che riportiamo direttamente dal testo della legge)

- A. “quando la gravidanza o il parto comportino un grave pericolo per la vita della donna;
- B. quando siano accertati processi patologici, tra cui quelli relativi a rilevanti anomalie o malformazioni del nascituro, che determinino un grave pericolo per la salute fisica o psichica della donna.”

Per quanto riguarda il punto A, come si può vedere, presenta termini molto vaghi, motivo per cui possiamo interpretare come “grave pericolo” anche la salute psichica della donna. In questo caso, però, è necessaria l'esecuzione di un certificato

anche di un^e specialista psichiatra del SSN per dimostrarne i possibili danni sulla salute mentale. Ci sono alcune associazioni sul territorio, come le reti transfemministe, che cercano di mettere in contatto le persone aventi necessità con l³ professionisti sanitari disponibili ad eseguire queste certificazioni, e a fare accompagnamento all'IVG. (Per l³ lettori che ne hanno necessità: in caso ti trovassi in difficoltà, quindi, non esitare a cercarle e contattarle!)

Si sottolinea che MAI è obbligatorio il parere della persona AMAB per l'esecuzione dell'IVG, che, se lo desidera, può essere presente alla procedura: l'ultima parola è e rimane quella della persona gestante.

(Legge 22 maggio 1978, n. 194)

Secondo l'OMS, "l'aborto va promosso e protetto in quanto parte indispensabile per la tutela della salute delle donne e delle adolescenti oltre che dei loro fondamentali diritti umani. Inoltre, deve essere: informato e volontario, autodeterminato, non discriminante, confidenziale e privato.

Alcuni suggerimenti per la pratica professionale sono:

- trattare tutte le donne allo stesso modo, indipendentemente da età, etnia, stato socioeconomico o

civile, etc., prontamente e tempestivamente;

- assicurare che l'assistenza per l'aborto venga erogata in modo da rispettare tutte le donne con la loro capacità decisionale;
- fornire informazioni complete, accurate e facili da comprendere;
- rispettare la dignità della donna, garantendo la sua privacy e riservatezza;
- essere sensibili alle esigenze e alle prospettive della donna;
- proteggere le informazioni mediche da divulgazioni non autorizzate;
- essere consapevoli delle situazioni in cui una donna può essere costretta ad abortire contro la sua volontà (ad esempio in base al suo stato di salute, come la convivenza con l'HIV);
- quando si ha a che fare con adolescenti, incoraggiare il coinvolgimento dei genitori tramite supporto, informazione ed educazione. Non insistere sull'autorizzazione dei genitori, a meno che non sia un requisito legale.”

Aggiungiamo che **persone trans AFAB possono andare incontro a gravidanza e poter desiderare una IVG**, per cui oltre alle indicazioni suddette risulta fondamentale una

maggior tutela della privacy della persona, della sua autodeterminazione di genere e della possibile ulteriore specificità della situazione.

È fondamentale evitare di imporre i propri valori personali e le proprie credenze alla persona che decide di eseguire un aborto.

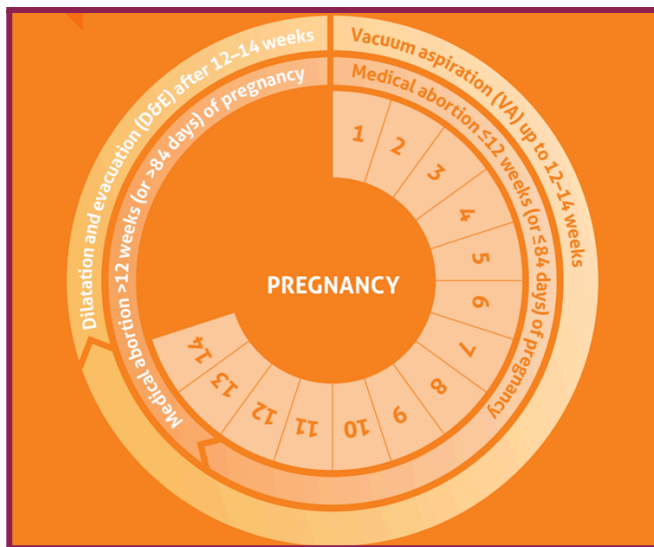
La maggior parte delle persone che ha **vissuto un aborto sicuro** (ossia in ambiente protetto con sostegno medico) **non risente di effetti a lungo termine** (per esempio sulle successive gravidanze, conseguenze psicologiche o breast cancer per sfatare alcuni miti) o in generale di effetti sulla propria salute riproduttiva.

(World Health Organization, 2022)

Come si esegue l'interruzione di gravidanza?

Attualmente il metodo più utilizzato vorremmo fosse quello farmacologico, che, però, in Italia, è possibile **solo entro il 63° giorno (9^a settimana di gestazione)**. Non ci sono dati dell'effettiva esecuzione di questa procedura nelle strutture sanitarie del territorio nazionale in quanto non esce, dal 2022, la relazione Ministeriale sull'Attuazione della legge contenente le norme per la tutela sociale della maternità e per l'interruzione volontaria di gravidanza (legge 194/78).

(World Health Organization. Clinical Practice Handbook for Quality Abortion Care. Geneva: WHO; 2022.)



(Crediti immagine: Clinical Practice Handbook for Safe Abortion, World Health Organization, 2014)

Descrizione dell'immagine:

Infografica circolare arancione che mostra le settimane di gestazione (da 1 a 14+) e associa a ciascun periodo, tramite due anelli esterni, i diversi metodi di interruzione volontaria di gravidanza: il primo anello riguarda il metodo farmacologico, distinto in prima e dopo le 12 settimane (o 84 giorni); il secondo anello riguarda l'aspirazione uterina fino a 12-14 settimane, e dilatazione ed evacuazione/espulsione dopo le 12-14 settimane. L'infografica va letta come una sovrapposizione di opzioni.

11a.7.1. IVG farmacologica:

È una procedura medica, distinta in più fasi, che si basa sull'assunzione di almeno due principi attivi diversi, **il mifepristone** (meglio conosciuto col nome di **RU486**) e una **prostaglandina, a distanza di 48 ore** l'uno dall'altro.

Il mifepristone, interessando i recettori del progesterone, necessari per il mantenimento della gravidanza, causa l'interruzione; l'assunzione del secondo farmaco, della categoria delle prostaglandine, ne determina l'espulsione.

In Italia, l'IVG farmacologica può essere eseguita in queste condizioni:

- fino a 63 giorni, pari a 9 settimane compiute, di età gestazionale
- presso strutture ambulatoriali pubbliche adeguatamente attrezzate, funzionalmente collegate all'ospedale ed autorizzate dalla Regione, nonché consultori (secondo quanto stabilito dalla seduta straordinaria del Consiglio superiore di Sanità del 4 Agosto 2020, ma non avendo dati successivi al 2021 non si sa se questa sia effettivamente applicata), oppure day hospital.

Le linee guida dell'OMS del 2024, vedi grafico, in realtà allungano alla 12^a-14^a settimana di gestazione la possibilità di utilizzare il farmaco e sottolineano che, fino alla 9^a settimana, è da preferire in quanto può essere gestita in autonomia al domicilio.

Andrebbe preferita, in particolare, se:

- BMI superiore a 30
- Presenza di malformazioni uterine o fibrosi, o pregressa chirurgia cervicale (compresa la piccola chirurgia come le biopsie)
- La persona vuole evitare l'intervento chirurgico
- Non è possibile eseguire un esame pelvico o non è voluto (sottolineiamo che ci sono persone per cui l'esame ginecologico può essere considerato violento o che può essere un momento di estremo disagio, vedi persone AFAB con genere non conforme o persone che hanno subito violenza).

Le **uniche controindicazioni** sono:

- Precedente reazione allergica ai farmaci coinvolti nella procedura
- Porpora ereditaria
- Insufficienza adrenergica cronica

- Gravidanza ectopica sicura o sospetta

Si deve avere una certa **cautela** nella scelta di questa procedura in caso di:

- Terapia a lungo termine con corticosteroidi
- Disordini emorragici
- Anemia severa
- Patologia cardiaca severa o fattori di rischio cardiovascolare
- Presenza di IUD (che va rimossa prima di iniziare la procedura)

Ci teniamo in questa sede a esprimere il nostro **pensiero politico circa l'attuale sottoutilizzo** del metodo farmacologico presso il SSN. Le Regioni, infatti, osteggiano l'utilizzo presso i consultori della RU648 limitandone l'accesso (vedi regione Marche).

Un maggiore utilizzo di tale procedura limiterebbe di molto la piaga dell'obiezione di coscienza in quanto non necessaria l'azione diretta di personale chirurgico, anestesiologicalo ed infermieristico, quanto, invece, la presenza di un \grave{e} solo professionista sanitario \grave{e} . Inoltre, si ridurrebbero tantissimo i costi per il SSN e il SSR, evitando in pi \grave{u} giorni di ricovero. Se si rispettassero le linee guida dell'OMS, che prevedono il suo

utilizzo fino alla 14^a settimana, sarebbero davvero poche le IVG chirurgiche. A rendere ancor più ridicolo l'atteggiamento della politica italiana in tal senso, è il fatto che tali farmaci sono utilizzati anche nell'IVG chirurgica.

La distribuzione diretta presso i consultori permette, inoltre, di gestire la procedura presso il proprio domicilio, un luogo maggiormente confortevole, in linea con gli ultimi studi e sperimentazioni in alcune parti del mondo, anziché tramite day hospital, o addirittura ricovero, come avviene oggi in Italia.

Tutte queste pratiche, limiti ed indicazioni forzate sono chiaramente espressione di un tentativo di rendere complesso e il meno accessibile possibile la pratica in oggetto.

11a.7.2. IVG chirurgica:

Anche se negli ultimi anni le donne ricorrono sempre più spesso al metodo farmacologico, l'IVG attraverso il metodo chirurgico resta comunque molto praticata.

L'intervento può essere effettuato in anestesia generale o locale presso le strutture pubbliche del Servizio Sanitario Nazionale e le strutture private convenzionate e autorizzate dalle Regioni.

Ci sono 2 metodi:

- **Manual Vacuum Aspiration o Electric Vacuum Aspiration (MVA o EVA):** nuovo strumento che permette l'aspirazione dell'embrione può essere eseguito fino alla 14^a settimana. La procedura di aborto viene eseguita in modo simile, indipendentemente dal tipo di vuoto utilizzato:
 - L'aspirazione manuale a vuoto (MVA) utilizza un aspiratore portatile per generare un vuoto. L'aspiratore è collegato a cannule di diametro compreso tra 4 e 14 mm e può essere utilizzato in più contesti, compresi quelli senza elettricità. L'aspirazione elettrica a vuoto (EVA) utilizza una pompa elettrica per generare un vuoto e può ospitare cannule fino a 14-16 mm di diametro, con tubi di diametro maggiore (per cannule >12 mm).
 - Con questa procedura, di solito, non è necessaria la dilatazione; qualora fosse necessaria, si deve utilizzare il dilatatore più piccolo possibile. Una volta inserito lo strumento (cannula) si aspira il prodotto del concepimento.

- **Dilatazione ed espulsione:** anche noto come raschiamento. Da indicazioni OMS non è necessario l'utilizzo di anestesia totale per l'esecuzione della procedura, così come l'esecuzione dell'isteroscopia, normalmente, non lo richiede. Si procede con l'inserimento di strumenti dilatatori gradualmente più grandi (la dimensione è fino a 14-16 mm e varia a seconda della settimana di gestazione: nelle settimane più alte la cannula diventa più grande).

Attenzione: il fatto che si esegua un aborto chirurgico non significa che non si prenderanno farmaci preparatori; infatti, è corretto ugualmente somministrare il farmaco 24-48 ore prima della procedura. Tipicamente, sotto le 12-14 settimane si somministrano 200 mg di mifepristone 24-48 h prima della procedura e 400 microgrammi di misoprostolo alcune ore prima (questo può essere somministrato sia per via orale che per via vaginale). Inoltre, è consigliabile utilizzare dei dilatatori osmotici locali. I dilatatori osmotici, come la Laminaria (steli di alghe essiccati), vengono inseriti nella cervice e lasciati per ≥ 4 ore (spesso per tutta la notte se la gravidanza è > 18 settimana).

11a.7.3. Dolore post-aborto

Tutte le procedure di interruzione di gravidanza possono essere dolorose, che venga eseguito sia l'aborto farmacologico sia quello chirurgico. Questo non significa che sia necessario in ogni caso, in particolare per l'aborto farmacologico, un ricovero ospedaliero, ma che è necessario fare una corretta informazione alla persona e prescrivere farmaci antidolorifici o antiinfiammatori, preparare la persona, e suggerire l'utilizzo di una borsa dell'acqua calda in regione pelvica per ridurre il dolore da contratture che si verificherà fino a qualche giorno dopo l'avvenuta interruzione.

Indicazioni Post-Aborto

1. Rapporti sessuali, lavande vaginali o posizionamento di qualsiasi cosa nella vagina (IUD a parte che può essere inserita anche al momento dell'aborto chirurgico) dovrebbero avvenire solo dopo che l'emorragia abbondante si è fermata;
2. Un'emorragia vaginale per 2 settimane dopo il completamento dell'aborto chirurgico o farmacologico è normale. In genere si sperimenta un leggero sanguinamento o spotting dopo l'aborto chirurgico, un sanguinamento più abbondante si verifica con l'aborto

farmacologico e dura in genere 9 giorni, ma può durare fino a 45 giorni in rari casi;

3. La persona dovrebbe tornare in ospedale o in clinica in caso di:
 - Un'intensità maggiore di crampi o dolore addominale;
 - Un'emorragia vaginale abbondante;
 - Febbre.

4. La fertilità può tornare entro le 2 settimane successive all'interruzione, con rischio di nuova gravidanza.

L'ovulazione post-aborto avviene in media tra 21 e 29 giorni dopo la procedura, con un intervallo riportato tra 8 e 103 giorni; pertanto, le persone possono rimanere incinte prima delle loro prime mestruazioni.

Per tale motivo è importante che i professionisti sanitari provvedano ad un **corretto counseling anticoncezionale**; nel caso in cui la persona preferisse non parlarne in quel momento, può essere utile immaginare un incontro apposito successivamente, qualora fosse disponibile o desiderasse una visita di controllo. Ricordiamo, infatti, che non è necessario alcun follow-up dopo la procedura, sia farmacologica che chirurgica.

11a.7.4. Counseling anticoncezionale post-IVG

Supponendo che non ci siano complicazioni immediate, quasi tutte le forme di contraccezione sono sicure e fattibili da iniziare **il giorno della procedura**. Queste includono il posizionamento di IUD; il posizionamento di impianto sottocutaneo; la contraccezione permanente (sterilizzazione); l'iniezione di medrossiprogesterone acetato (depot); l'inizio di pillole orali; e l'applicazione di cerotti transdermici.

Dalle linee guida OMS 2024 si suggerisce di non inserire niente finché è presente il sanguinamento, per sicurezza quindi suggeriamo di non utilizzare anelli vaginali in questo contesto.

In generale, la contraccezione viene iniziata quando viene confermato che la gravidanza è terminata – tramite visualizzazione diretta del tessuto o con ecografia. In seguito a un aborto farmacologico nel primo trimestre, se viene determinato che l'utero è vuoto, è stato dimostrato che è sicuro posizionare una IUD già una settimana dopo il trattamento; in alcuni Stati, viene proposta addirittura durante la procedura chirurgica di interruzione di gravidanza.

11a.7.4.1. Specifica sull'inserimento immediato della IUD

I vantaggi dell'inserimento immediato rispetto all'inserimento differito dello IUD includono il fatto che è generalmente meno doloroso, in quanto la cervice è già aperta, e più pratico, rispetto al dover tornare per una visita futura. Inoltre, la pazienti hanno spesso ricevuto farmaci antidolorifici per la procedura di aborto, che possono anche fornire un ulteriore controllo del dolore durante l'inserimento della IUD. Il tasso di espulsione della IUD è aumentato per i dispositivi inseriti immediatamente dopo una procedura del **secondo trimestre** (circa il 10-15%) rispetto all'inserimento (immediato o differito) dopo procedure del **primo trimestre** (circa il 5%). Tuttavia, il rischio è superato dai benefici dell'introduzione immediata. Controindicazioni sono: emorragia, perforazione uterina o ematometra.

La necessità di un secondo metodo contraccettivo (ovvero un metodo contraccettivo di riserva - ossia un metodo di barriera, condom) finché il metodo primario non diventa efficace dipende dal tipo di aborto.

- **Aborto indotto** – Per i metodi contraccettivi iniziati al momento dell'aborto chirurgico o farmacologico indotto

nel primo o secondo trimestre, non è richiesto alcun metodo di riserva. Per le persone che iniziano la contraccezione fino a sette giorni dalla procedura, è generalmente consigliata una contraccezione di riserva o un periodo di astinenza di sette giorni. Le eccezioni sono la spirale al rame, che ha effetto immediato, e le pillole a base di solo progestinico, che richiedono solo due giorni di contraccezione di riserva.

- **Aborto spontaneo** – Il momento ottimale per iniziare la contraccezione è meno chiaro per i3 pazienti con aborto spontaneo rispetto all'aborto indotto, in quanto il momento esatto della fine della gravidanza è meno chiaro. Consigliamo all3 pazienti con aborto spontaneo, anche se sottoposte ad evacuazione medica o chirurgica dell'utero, di iniziare il metodo contraccettivo desiderato una volta che l'utero è stato determinato come vuoto. Consigliamo loro, inoltre, di usare una **contraccezione di riserva o di astenersi dai rapporti sessuali per altri sette giorni perché potrebbero essere in ovulazione.**

Attenzione: dopo un aborto il flusso mestruale può tornare dopo 30-60 giorni, il consiglio, quindi, è di non preoccuparsi

dell'assenza delle mestruazioni prima del passaggio di questo intervallo di tempo. (Prine et al., UpToDate 2024; World Health Organization, 2022)

11a.7.5 La propaganda anti-aborto

Come evidenziato anche dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, barriere informative e stigmatizzazione rappresentano ostacoli concreti all'accesso a un'assistenza sicura e tempestiva. Episodi riportati anche a livello giornalistico hanno evidenziato situazioni di pressione o disinformazione nei pressi delle strutture sanitarie. (World Health Organization, 2022)

I dati ufficiali riportano una significativa variabilità territoriale nell'accesso ai servizi, anche in relazione all'alta percentuale di obiettori in alcune regioni. (Ministero della Salute, Relazione annuale 194)

I nemici della legge sull'interruzione volontaria di gravidanza: i pro-life, meglio noti come antiabortisti.

Riportiamo questa immagine per comprendere come i movimenti antiabortisti **si impegnino attivamente per passare un'immagine mostruosa di una pratica clinica** il cui diritto è sancito a livello internazionale dalle più alte cariche mediche.



Crediti immagine: radiospada.org

Descrizione dell'immagine.

Immagine in bianco e nero con il titolo "Quattro modi per uccidere".
Quattro vignette con disegni stilizzati su diverse tecniche di aborto,

rappresentate in modo esagerato e non realistico.

Primo riquadro, in alto a sinistra: un neonato spaventato viene risucchiato da un macchinario ed espulso dall'altro lato fatto a pezzi, con la didascalia fortemente caricaturale: "Aborto per aspirazione (Metodo Karman): il corpicino viene succhiato e maciullato come un aspirapolvere succhia via della spazzatura".

Secondo riquadro, in alto a destra: un neonato che piange e si contorce è circondato da linee ondulate che indicano dolore o agitazione, accanto al disegno di una siringa; la didascalia riporta in termini drammatici: "Aborto per avvelenamento: il medico abortore aspira un po' di liquido amniotico e vi inietta del sale che corrode il feto fino alla morte che giunge dopo ore di agonia".

Terzo riquadro, in basso a sinistra: il corpo di un neonato è disegnato in modo frammentato, tagliato a fette da uno strumento simile a un grosso coltello. La didascalia descrive in modo esplicitamente violento: "Aborto per dilatazione e raschiamento (embriotomia): il corpicino viene vivisezionato ed estratto a pezzi".

Quarto riquadro, in basso a destra: un neonato è tirato da una mano adulta che lo afferra per le gambe. La didascalia usa un linguaggio sensazionalistico: "Aborto per isterotomia (intervento chirurgico): il medico abortore apre il ventre della madre, estrae e uccide il bambino (o lo lascia agonizzare in un secchio)".

11a.7.5.1 Chi sono e cosa portano avanti le associazioni antiabortiste?

Si tratta di persone con un'impronta tendenzialmente religiosa (per lo più **cattolica**), che promuovono un'idea di famiglia fondata sul matrimonio tra un uomo e una donna, e che sostengono di difendere il diritto alla vita, dal concepimento alla morte naturale.

Si dichiarano, quindi, anche **contrari** sia alla **contraccezione** ormonale (come pratica di contraccezione quotidiana e come contraccezione di emergenza) sia all'**eutanasia** (ossia la morte assistita, che però non è oggetto di questa edizione della Controguida).

Si tratta di una rete di personaggi più o meno influenti nelle politiche delle singole nazioni, che osteggiano attivamente l'aborto e le minoranze LGBTQIA+, nello specifico diffondendo il falso mito della "teoria gender" (che non esiste se non nella loro testa).

La rete "pro-vita", dalle inchieste che alcuni giornalisti di spicco hanno svolto negli anni, sembra essere **legata a doppia mandata tra Europa e Stati Uniti**, con un giro di denaro abbastanza complesso.

Le loro campagne non solo **osteggiano attivamente, dentro e fuori dagli ospedali, la pratica dell'aborto** (fermando le persone che si stanno recando ad eseguire un'interruzione, spacciandosi per personale sanitario, per poi provare a convincere la persona a non eseguire la procedura, mentendole o offrendole del denaro per non praticarla), ma **impediscono anche l'avanzamento dell'educazione sessuale** e affettiva all'interno delle sedi scolastiche, delle pratiche delle **unioni civili** per persone dello stesso sesso, e della pratica della **Gestazione Per Atri (GPA)**.

In Italia, l'associazione più importante è "**ProVita e Famiglia**", che, senza alcun pudore, diffonde fake news assolutamente anti-scientifiche sul proprio sito internet. Godono del sostegno dell'attuale governo italiano (Governo Meloni, 2022) ed una delle sue principali esponenti è l'attuale ministra per la Famiglia, la Natalità e le Pari Opportunità Eugenia Roccella, portavoce del Family Day nel 2007.

11a.7.5.2. Piccolo KIT per difendersi dagli antiabortisti

Le principali affermazioni e **fake news** che affermano a gran voce sono, ad esempio:

- La pillola, soprattutto quella solo progestinica, causa **tumore al seno**, con un aumento del 20% del rischio rispetto alla popolazione generale. FALSO. Come già detto nella sezione specifica, la pillola ha un'azione protettiva, anche nella popolazione con mutazione BRCA1-BRCA2.
- La pillola causa **tromboembolia**. FALSO. Questa l'abbiamo già trattata: non possiamo considerarlo un rischio elevato considerando il beneficio della contraccezione che, invece, ne deriva. Il counseling corretto può ridurre ulteriormente il già basso rischio che presentano le persone con familiarità per tromboembolismi.
- Sul loro sito, si possono trovare elenchi di storie, prive di qualunque tipo di fonte, che possono essere clinicamente considerate "case report" (anche noti in medicina come

casi più unici che rari), raccontati con fare sensazionalistico, al solo scopo di spaventare rispetto agli **effetti di medicinali e dispositivi**, i cui benefici sono ad oggi sentiti da milioni di persone – e narrati non come i casi rari che possono essere, ma come la quotidianità, criminalizzando di fatto la medicina stessa.

- Nelle loro pratiche e nei loro scritti **rifiutano** completamente l'**autorità scientifica della World Health Organization** (tradotta in italiano come “Organizzazione Mondiale della Salute”, meglio nota come OMS) e di tutte le principali società scientifiche, dichiarando come inattendibili, sulla base di loro position papers, le parole dell’American Cancer Society sulla correlazione tra pillola e cancro al seno.
- La pillola di emergenza è una **pillola abortiva**: FALSO. Come già detto nel paragrafo dedicato, ribadiamo che la pillola di emergenza impedisce solo l’instaurarsi di una gravidanza; qualunque professionista sanitario (a partire dalli farmacisti che praticano, per tale credenza, l’obiezione di coscienza) meriterebbe di vedersi tolta l’abilitazione alla professione per l’ignoranza sul funzionamento del farmaco stesso.

- L3 farmacist3 possono e devono praticare l'obiezione di coscienza e **non vendere la contraccezione di emergenza**. FALSO. Non essendo una pillola abortiva, la contraccezione di emergenza non causa aborto, motivo per cui non rientra nella legge n. 194/78 (quando nemmeno esisteva, povera pillola). In tutto questo, essendo un farmaco di emergenza, la farmacia è tenuta ad averne sempre almeno un paio di confezioni in negozio.
- "Cellule di embrioni abortiti impiegate negli alimenti" ... Su questa non ci perdiamo neanche una riga per rispetto all'intelligenza di chi legge.
- La vendita illegale di parti del corpo di bambini appena abortiti da parte delle cliniche che praticano interruzioni volontarie di gravidanza. Come sopra.
- L'obbligo del **consenso del partner** per poter abortire: FALSO. Gli attivisti "pro-life" che si avvicinano alle persone che stanno per intraprendere una interruzione di gravidanza spesso usano l'assenza del partner per convincere la paziente che, questa seconda persona, ha

diritto di parola sulla possibile gravidanza. Evidenziamo che, invece, la decisione di proseguire o meno una gravidanza è completamente a carico alla persona che deve portare avanti la suddetta gravidanza e nessuna altre ha diritto di parola in merito.

Ricordiamo che se aveste bisogno di un sostegno pratico e morale per accedere alla procedura, come già accennato in precedenza nel paragrafo specifico, esistono associazioni e persone attiviste che si occupano di accompagnamento IVG.

11a.7.5.3. La triste e aberrante storia dei cimiteri dei feti

Si è scoperto nel 2020 che in alcuni comuni italiani è praticata la **sepoltura del prodotto del concepimento**. Vale a dire l'esecuzione di un vero e proprio piccolo rito religioso in cui si seppeliscono i resti di quanto "aspirato" durante l'aborto chirurgico.

Non potendo mettere un nome sulla piccola lapide, senza alcun riguardo per la privacy delle persone che hanno praticato l'interruzione di gravidanza, è inserito il nome della persona che esegue l'IVG con la data della procedura.

Secondo il regolamento della polizia mortuaria del 1990, all'articolo 7 sono previste diverse modalità di **“smaltimento del prodotto del concepimento”**.

- Nel caso di un feto compreso tra le 20 e le 28 settimane di gestazione, non dichiarato morto, i permessi di trasporto e sepoltura sono rilasciati dall'unità sanitaria locale (ASL). Pertanto, l'ASL può occuparsi della sepoltura senza richiesta esplicita da parte dei genitori.
- Viceversa, se i feti hanno meno di 20 settimane, la sepoltura è facoltativa e i genitori devono presentare una richiesta entro 24 ore dall'interruzione della gestazione. Se la richiesta non viene effettuata, i prodotti del concepimento vengono smaltiti attraverso la termodistruzione presso la struttura ospedaliera.
- Infine, se i feti hanno oltre le 28 settimane, in caso di aborto per qualsiasi causa, essi vengono dichiarati “nati morti” e dunque si applicano le stesse regole previste per una persona nata, compreso l'obbligo di sepoltura stabilito direttamente dall'ASL, a meno di una richiesta esplicita da parte dei genitori di occuparsene personalmente.

Queste sono solo alcune delle meschine pratiche messe in atto da queste persone e da queste associazioni, che

quotidianamente svolgono attività, pratiche e diffusione di notizie volte a far **divampare odio misogino** nei confronti di persone che, per i più svariati motivi, desiderano praticare l'IVG (ma anche **contro la comunità LGBTQIA+**).

Questi gruppi portano avanti un'idea di donna e di famiglia che non prevede la libertà di scelta (per non parlare della cancellazione esplicita e violenta dell'esistenza delle persone trans), ma anzi, immagina la donna come angelo del focolare devoto alla propria famiglia e come fabbrica di figli tipicamente naturali, in quanto, in molte occasioni, si sono dichiarati anche contrari alla pratica della PMA (e della GPA, che ormai hanno proclamato "reato universale").

Non siamo in grado di riportarle tutte; ma ricordiamo, in primis all3 operatori sanitari3, che queste persone **non hanno alcun diritto di stare all'interno dei reparti ospedalieri e dei consultori** e che, qualora vi fossero sospetti che volontari3 all'interno delle mura pubbliche siano "pro-life", devono essere allontanat3 dal suddetto reparto e ambulatorio (o, nel caso della Stanza dell'ascolto del Sant'Anna di Torino, rispedit3 all'interno della stanza da cui, per regolamento interno ospedaliero, non possono uscire).

In secondo luogo, ci teniamo a lanciare un avvertimento alle persone che intendono intraprendere una IVG – non affinché “si difendano da sol3”, ma con l’intento di prepararli a questi possibili incontri sgradevoli: **non c’è nessun obbligo a interloquire con queste persone/associazioni**, soprattutto quando cercano di far perdere tempo per “riflettere” utilizzando frasi, slogan e promesse manipolatorie. L’unica attesa a cui ci si deve attenere è quella prevista dalla Legge n. 194 (eccetto per la certificazione di urgenza) o nel caso in cui, su indicazione motivata da ragioni mediche, si debba procedere verso accertamenti diagnostici per tutelare la salute della persona gestante.

11b: Scegliere di essere genitori

11b.1. PMA o Procreazione Medicalmente Assistita

La possibilità di diventare genitori attraverso tecniche di procreazione medicalmente assistita non dipende esclusivamente da condizioni cliniche, ma anche da un quadro normativo che ne definisce limiti e accesso. Attualmente in Italia la PMA è gestita dalla **Legge n. 40** del 19 Febbraio 2004 e prevede che il ricorso alle tecniche di procreazione medicalmente assistita sia consentita solo quando venga accertata l'impossibilità di rimuovere le cause impeditive alla procreazione ed è comunque circoscritto ai casi di sterilità o infertilità inspiegate e documentate da atto medico, e ai casi di sterilità o di infertilità da causa accertata e certificata da atto medico. L'attuale quadro normativo italiano non consente l'accesso alle persone single e alle coppie omosessuali femminili, generando una disparità rispetto ad altri ordinamenti europei. La possibilità di diventare genitori attraverso la PMA risulta, quindi, intrecciata non solo a fattori biologici, ma anche a condizioni giuridiche, economiche e territoriali. (Legge 40/2004)

Le tecniche devono basarsi sul principio di gradualità, al fine di evitare il ricorso ad interventi aventi un grado di invasività tecnico e psicologico più gravoso per la destinatario, ispirandosi al principio della minore invasività e al principio di consenso informato.

Possono accedere alla PMA, in Italia, solo **coppie di maggiorenni di genere diverso, coniugate o conviventi, in età potenzialmente fertile, entrambi viventi.**

Distinguiamo in PMA con gameti omologhi (cioè della coppia in essere) ed eterologhi (spermatozoi o ovociti donati da terze parti). (Corte Costituzionale, 2014)

Distinguiamo anche, da subito, **sterilità e infertilità**: si considera «infertile» la coppia che non è stata in grado di concepire dopo un anno di rapporti sessuali regolari e non protetti. Si considera «sterile» la persona affetta da una condizione fisica permanente che non rende possibile il concepimento. Secondo questa interpretazione il termine «sterilità» si riferisce quindi ad una condizione più grave e comunque assoluta di «infertilità» riguardante la coppia o la singola. Viene definita come sterilità/infertilità (oltre ai casi di patologia riconosciuta) anche l'assenza di concepimento dopo un periodo variabile dai sei ai dodici mesi, in base all'età della

persona AFAB nella coppia, di regolari rapporti sessuali non protetti.

Da qui in poi, per semplicità, i due termini verranno utilizzati come sinonimi.

Aggiungiamo che hanno diritto all'accesso alla PMA, a seguito dell'intervento della Corte Costituzionale con sentenza n. 96/2015 (riportata qui sotto), anche **le coppie portatrici di gravi malattie genetiche trasmissibili**, nonché a coppie sierodiscordanti portatrici di patologie infettive, quali **HIV, HBV, HCV**, nelle quali l'elevato rischio di infezione configura di fatto una causa ostativa alla procreazione; a coppie in cui uno o entrambi i partner siano ricorsi in passato alla **crioconservazione** dei propri gameti o tessuto gonadico per preservazione della fertilità.

“Secondo il rimettente, la normativa censurata – non consentendo l'accesso alle tecniche di procreazione medicalmente assistita anche alle coppie (come quelle innanzi a sé ricorrenti) che, pur non sterili od infertili, rischierebbero, comunque, di procreare figli affetti da gravi malattie genetiche trasmissibili, di cui uno od entrambi i componenti della stessa risultano portatori – contrasterebbe, infatti, con il diritto inviolabile della coppia ad avere un figlio “sano” e con il diritto

ad autodeterminarsi nella scelta procreativa; violerebbe, inoltre, il diritto alla salute (fisica e psichica) della donna (costretta a subire l'interruzione volontaria della gravidanza nel caso di accertata trasmissione al feto di patologie genetiche); contrasterebbe, ancora, con il principio di ragionevolezza, con riferimento al quadro normativo risultante dalla combinazione di detta legge n. 40 del 2004 con la legge 22 maggio 1978, n. 194 (Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza); comporterebbe, infine, una indebita e non proporzionata ingerenza nella vita privata e familiare delle coppie suddette, in violazione anche dei citati artt. 8 e 14 della CEDU e, quindi, per interposizione, dell'art. 117, primo comma, Cost.”.

I passaggi della PMA sono fondamentalmente 3:

1. Tentativo medico di ripristinare la fertilità in unè o entrambi i partner;
2. Tentativo chirurgico di ripristinare la fertilità in unè o entrambi i partner;
3. Accesso alle procedure di procreazione medicalmente assistita.

In questo processo, la persona AFAB è quella che ha più peso nelle scelte terapeutiche, in quanto vengono considerate l'età

della donna e la sua **riserva ovarica**, calcolata non solo con l'effettiva conta dei follicoli, ma anche tramite conta laboratoristica di un valore noto come **AMH o Ormone antimulleriano**.

Piccola avvertenza. I laboratori in grado di fare questo calcolo in maniera precisa e accurata, ad oggi, sono pochi; suggeriamo per questo di rivolgersi al proprio Medico di famiglia prima di eseguirlo. Inoltre, consigliamo di non spaventarsi per il possibile risultato riportato nell'esame: spesso c'è solo un intervallo di valori normali, indicati come "pre-menopausa" / "fertilità", ma è importante considerare che raramente le donne sopra i 30 anni abbiano valori superiori a 2 ng/ml e quindi, anche se perfettamente sane e fertili, il laboratorio potrebbe segnalare questo risultato come "fuori norma". La speranza è che la dicitura laboratoristica venga presto modificata.

Al di sotto dei 30 anni di età della donna, il rischio di aborto è pari al 12%, per salire al 18% tra i 30 e i 39, al 37% tra i 40 e 44 ed al 65% sopra i 44 anni. (UpToDate, 2024)

Questo passaggio non è per preoccupare chi legge, ma proprio per rispettare fino in fondo l'intento di questo capitolo:

viviamo in uno Stato dove si parla di genitorialità con i fronzoli di chi si aspetta che la nascita di una bambina sia qualcosa di ovvio, inevitabile, perfetto e desiderato, ma senza che venga fatta, in alcun modo, una vera formazione nelle scuole e nella società su cosa comporta l'attesa della prole.

Viviamo, inoltre, in un contesto distopico in cui, da un lato si impedisce un facile accesso alla contraccezione con prezzi mensili anche elevati che ricadono sulle donne che non intendono avere figli, si impedisce l'accesso con facilità all'aborto, giustificando tali azioni come una tutela contro un "omicidio", ma allo stesso tempo poco o nulla si fa per accompagnare verso una genitorialità consapevole, sia per l'età che per le possibilità economiche.

Attualmente il welfare italiano poco investe sulle famiglie e sulla nascita, eppure ne pretende la creazione profusa per sostenere le sorti della "Madre Patria", senza, però, voler investire in nidi ed assistenza per l'infanzia (stiamo scrivendo nel 2024 e la legge di Bilancio appena promulgata prevede una garanzia del solo 15% dei posti necessari nei nidi pubblici).

Come dicevamo all'inizio, la legge prevede che **si vada per gradi** prima di utilizzare la **fecondazione in vitro**, che è **l'ultimo step** dopo le terapie mediche, ma si può valutare di

iniziare direttamente con le procedure più complesse in caso la coppia arrivi con, alle spalle, ventiquattro mesi di tentativi infruttuosi, oppure qualora la persona AFAB abbia più di 38 anni o le cliniche ne valuti la necessità.

Ai fini della valutazione per la procedura, inoltre, la medico di riferimento deve tenere anche conto di tutta una serie di rischi e criteri per la persona AFAB che possono, in determinati casi, comportare gravi rischi durante il periodo di gravidanza e il parto; pertanto, in tali situazioni, può decidere di escludere la coppia dalla procedura; in quel caso deve fornire alla coppia una motivazione scritta.

I **certificati di infertilità/sterilità** possono essere rilasciati da qualunque medico abilitato all'esercizio della professione, ma **l'accesso alle tecniche di PMA** viene approvato dalla responsabile della struttura o da una sua delegata, dopo aver acquisito, eventualmente, le consulenze di specialisti medici competenti quali:

- Eventuale genetista per le patologie genetiche
- Eventuale ginecologo per le patologie del sistema riproduttivo AFAB
- Eventuale endocrinologo per le competenze andrologiche AMAB
- Eventuale urologo per la parte chirurgica delle

competenze andrologiche.

È importante sapere che ogni struttura deve garantire alla coppia il sostegno di un'è psicologè con documentata formazione nel settore.

Il principio di gradualità già specificato in precedenza deve essere rispettato anche per l'accesso alla cosiddetta **PMA eterologa** (con donazione di gameti), ammessa solo se sono certificate e documentate da atto medico:

- La presenza della diagnosi di una patologia che sia causa irreversibile di sterilità/infertilità assoluta;
- Tutte le situazioni di infertilità comprovata di un'è dell'è due partner o di entrambi, in cui non si possa disporre dei propri gameti
- Se la persona AFAB è Rh-negativa e gravemente isoimmunizzata (cioè ha già prodotto titoli elevati di anticorpi anti-Rh) e la persona AMAB è Rh-positiva: gli anticorpi della madre attraverserebbero la placenta e creerebbero una incompatibilità materno-fetale legata al fattore Rh attaccando i globuli rossi del feto, qualora anch'esso sia Rh-positivo.
- L'inefficacia di altri metodi terapeutici.

La PMA può essere svolta sia presso il SSN che presso centri

privati autorizzati; in questi ultimi, per legge, deve essere specificato il **prezzo** della procedura insieme alle reali **percentuali di successo** avute dal centro ed in generale. Questo deve essere fatto prima di iniziare una qualsiasi procedura.

Entrambi i partecipanti alla procedura devono dichiarare per iscritto insieme al medico responsabile l'intenzione di voler iniziare le procedure; queste non possono essere iniziate, per legge, prima di 7 giorni dalla **dichiarazione di volontà** (un po' come per la legge 194).

Una volta fecondato l'ovocita, la propria volontà di impianto non può più essere revocata, motivo per cui, la persona di genere femminile, può decidere di procedere all'impianto anche se il partner è deceduto o se il loro rapporto fosse giunto al termine.

Tale volontà può essere revocata da una o entrambi i partecipanti fino al momento della fecondazione della cellula uovo o, in caso di diagnosi genetica preimpianto (per capire se l'embrione presenta malattie ereditarie note o anomalie cromosomiche), fino a quando non si procede materialmente al trasferimento dell'embrione in utero (cioè al momento del transfer). Qualora l'embrione risultasse malato, la volontà di trasferimento può essere revocata da **entrambi** i partner.

11b.1.1. Tecniche di Procreazione Medicalmente Assistita

Per “tecniche di PMA” si intendono tutti quei procedimenti che comportano il trattamento di ovociti umani, di spermatozoi o embrioni nell’ambito di un progetto finalizzato a realizzare una gravidanza.

Questi procedimenti, come già accennato, che possono essere effettuati sia con gameti della coppia sia con gameti donati, **includono**:

- L’inseminazione intracervicale (ICI);
- L’inseminazione intrauterina (IUI);
- La fecondazione in vitro e il trasferimento intrauterino di embrioni (FIVET);
- La microiniezione intracitoplasmatica dello spermatozoo (ICSU);
- La crioconservazione dei gameti e degli embrioni;
- La biopsia embrionale per eseguire i test genetici di preimpianto (PTG);

Indicazioni:

1. Presenza di patologie ginecologiche correlate a dolore durante i rapporti intimi
2. Come primo step in coppie con infertilità inspiegabile
3. In caso di alterazioni del muco cervicale
4. In presenza di un donatore esterno alla coppia

11b.1.1.1 Inseminazione intracervicale

L'inseminazione intracervicale è sicuramente la meno invasiva (a tal punto che esistono in commercio anche dei kit per realizzarla tra le mura domestiche). Va detto, però, che in caso di problemi di fertilità è bene capirne le cause ed evitare di perdere tempo con procedure inutili. È quindi sempre consigliabile rivolgersi ad un centro qualificato che dopo un'adeguata diagnosi potrà suggerire anche la terapia più idonea.

Va eseguita in un tempo molto specifico, ovvero **24-48 ore prima dell'ovulazione**: se si è seguiti da una medica è più facile identificare il momento giusto.

Questa procedura prevede che lo sperma venga posizionato direttamente all'interno della cervice uterina utilizzando un sottile catetere. Non è necessario il suo trattamento in

laboratorio, anche se talvolta si esegue un semplice “prelavaggio”, per aumentare le possibilità di successo.

Alla persona AMAB donatore/partner viene chiesta un’astinenza sessuale di almeno 4 giorni per garantire alla procedura una quantità adeguata di spermatozoi. L’ejaculato del donatore viene valutato sulla base della MOT, la **Motilità degli spermatozoi**: per esempio, un campione di sperma MOT20 contiene almeno 20 milioni di spermatozoi attivi per millilitro.

La maggior parte delle paillettes di sperma contiene 0,5 millilitri di ejaculato; perciò, una paillette di sperma MOT20 avrà almeno 10 milioni di spermatozoi attivi dopo lo scongelamento. Il seme può avere MOT2, MOT5, MOT10, MOT20 e MOT30+. In questo modo si può scegliere l’esatta qualità necessaria per il trattamento. Il prezzo medio di una paillette di sperma varia, a seconda della banca del seme, **da circa 1200 a oltre 3000 euro**.

Il liquido seminale necessario viene prelevato attraverso masturbazione e raccolto in un contenitore sterile. Una parte (0,5 ml) sarà iniettata direttamente nel canale cervicale della donna entro 20-30 minuti, mentre il resto sarà posizionato nella vagina. Per non far fuoriuscire il fluido, alla donna viene,

tipicamente, posizionata una coppetta in silicone contenitiva, simile a quella mestruale. Questa verrà tolta dalle professionista sanitarie dopo 4-12 ore.

In alcuni centri, il giorno prima della procedura si inietta alla persona la gonadotropina corionica umana (hCG) e si dà poi indicazione, per il primo trimestre, di utilizzare del progestinico locale, in modo da aumentare il tasso di successo.

A differenza dell'Italia, in moltissimi Stati europei viene utilizzata anche dalle donne single con desiderio di genitorialità e dalle coppie omosessuali in cui sia presente nella coppia almeno una persona con utero funzionale. La nostra legge sulla PMA non concede questo step, motivo per cui avviene un vero e proprio turismo sanitario verso Paesi esteri, tipicamente Spagna, Francia, Inghilterra e Danimarca. (UpToDate, 2024)

11b.1.1.2. Inseminazione intrauterina (IUI)

Indicazioni:

1. Sterilità inspiegata;
2. Infertilità della persona AMAB di grado lieve-moderato non altrimenti trattabile dopo relativo inquadramento clinico-diagnostico;

3. Endometriosi di I-II stadio della classificazione American Fertility Society (AFS);
4. Ripetuti insuccessi nell'ottenere una gravidanza con induzione dell'ovulazione e rapporti mirati in pazienti con anovulazione cronica;
5. Patologie sessuali e coitali che non hanno trovato giovamento all'inseminazione intracervicale semplice;
6. Prevenzione del rischio di trasmissione di malattie infettive in coppie sierodiscordanti.

La procedura prevede una serie di azioni con questa sequenza:

1. Ciclo spontaneo o con induzione farmacologica dell'ovulazione;
2. Monitoraggio ecografico e/o ormonale della crescita follicolare;
3. Induzione della deiscenza follicolare;
4. Preparazione del campione seminale;
5. Introduzione degli spermatozoi nella cavità uterina (quindi più in alto rispetto alla tecnica sopra descritta che introduce, in maniera più simile alla natura, il liquido seminale in cervice e vagina) 36-40 ore dopo l'induzione della deiscenza follicolare.

Questo tipo di tecnica non è consigliabile in coppie in cui la

persona AFAB ha un'età superiore a 35 anni.

(UpToDate, 2024)

11b.1.1.3. Fecondazione in vitro e trasferimento dell'embrione (FIVET)

Indicazioni:

1. Fattore tubo-peritoneale: patologia tubarica acquisita o congenita (precedente gravidanza ectopica, precedenti aborti tubarici, anamnesi positiva per flogosi pelvica, interventi chirurgici sulla pelvi);
2. Infertilità della persona AMAB di grado moderato non altrimenti trattabile dopo relativo inquadramento clinico-diagnostico e/o quando il trattamento medico-chirurgico o inseminazioni intrauterine non hanno dato risultati o sono stati giudicati non appropriati;
3. Endometriosi di III o IV grado;
4. Endometriosi I o II se la chirurgia o le inseminazioni intrauterine non hanno dato risultati o sono state giudicate non appropriate;
5. Infertilità inspiegata se le inseminazioni intrauterine non hanno dato risultati o è stato giudicato non appropriato;
6. Spermatozoi crioconservati in relazione alla qualità

- seminale successiva allo scongelamento;
7. Fallimento dell'iter terapeutico a bassa tecnologia;
 8. Quando la causa dell'infertilità di coppia, dopo valutazione diagnostica e clinica di entrambi i componenti della coppia, è da ricondurre soltanto a un tempo anagrafico e/o biologico a disposizione per concepire ridotto (età materna superiore a 35 anni e/o bassa riserva ovarica).

La **procedura** prevede una serie di azioni con questa **sequenza**:

1. Ciclo spontaneo o con induzione della crescita follicolare e maturazione di più ovociti mediante somministrazione di farmaci induttori dell'ovulazione;
2. Controllo della risposta ovarica a tale terapia mediante monitoraggio ecografico e/o ormonale, se necessario;
3. Prelievo degli ovociti per via transvaginale, sotto controllo ecografico, in anestesia locale e/o sedazione profonda, ovvero prelievo per via laparoscopica o trans-addominale nei casi in cui non sia applicabile la tecnica transvaginale;
4. Eventuale individuazione degli ovociti da donare (egg sharing) ai fini di PMA con donazione di gameti;
5. Preparazione del campione di liquido seminale;

6. Scelta degli ovociti;
7. Unione e coltura in vitro dei gameti (ovociti e spermatozoi);
8. Verifica dell'avvenuta fecondazione di ciascun ovocita;
9. Eventuale biopsia della blastocisti per test genetico preimpianto;
10. Trasferimento in utero del singolo embrione o degli embrioni e/o congelamento embrionario, se necessario.

Per ridurre il rischio di gravidanze multiple, che comportano aumenti di complicanze ostetriche e perinatali, è suggerito il transfer di un singolo embrione. Se il transfer viene effettuato al secondo o al terzo giorno di coltura embrionaria, si valuta, in base alla qualità morfologica dell'embrione, all'età della paziente e al numero di precedenti fallimenti, la possibilità di trasferire fino a un massimo di due embrioni.

Nei casi di ovodonazione, è raccomandato il transfer di un singolo embrione. (UpToDate, 2024)

11b.1.1.4. Microiniezione intracitoplasmatica dello spermatozoo (ICSI)

Indicazioni:

1. Infertilità della persona AMAB severa non altrimenti trattabile dopo relativo inquadramento clinico-diagnostico e/o quando il trattamento medico-chirurgico non ha dato risultati o è stato giudicato non appropriato;
2. Azoospermia ostruttiva e secretiva (spermatozoi testicolari o epididimari);
3. Mancata o ridotta fecondazione in precedenti cicli (FIVET);
4. Ovociti precedentemente crioconservati;
5. Ovociti maturati in vitro;
6. Test genetici preimpianto;
7. Seme crioconservato in relazione alla qualità seminale dopo lo scongelamento;
8. Alterazione seminale che pone a rischio la fecondazione ovocitaria;
9. A giudizio dell'equipe medico-biologica, in relazione alle caratteristiche clinico- anagrafiche e biologiche della coppia.

Per quanto attiene alla procedura, risulta identica a quella precedente fino al punto 5, poi iniziano le procedure che si occupano della parte della persona AMAB.

La valutazione del fattore AMAB di infertilità è compito dello specialista andrologo, ovvero dell'endocrinologo con competenze specifiche andrologiche, per la valutazione e la terapia delle patologie andrologiche cliniche, e dell'urologo, per le sue specifiche competenze chirurgiche.

Il **prelievo degli spermatozoi** può essere praticato con metodiche diverse in relazione alle **cause di sterilità**:

- Patologie eiaculatorie;
- Azoospermie ostruttive;
- Dispermie secretive (lievi-medie-gravi);
- Azoospermie secretive.

Le **tecniche** utilizzate in relazione a tali patologie possono essere:

- Prelievo urinario post-eiaculazione (eiaculazione retrograda);
- Prelievo transuretrale dopo elettrostimolazione e massaggio prostatico (aneiaculazione);
- Raccolta dell'eiaculato, prelievo testicolare,

epididimale, deferenziale, vescicolare con tecnica chirurgica, microchirurgica, percutanea.

Le tecniche utilizzate per il prelievo degli spermatozoi, in particolare in caso di **azoospermia**, sono:

- Aspirazione percutanea di spermatozoi per via testicolare (TESA);
- Estrazione di spermatozoi per via testicolare (TESE e micro-TESE);
- Aspirazione microchirurgica di spermatozoi dall'epididimo (MESA);
- Aspirazione percutanea di spermatozoi dall'epididimo (PESA).

A quel punto la procedura prevede:

1. Rimozione del complesso cumulo-corona;
2. Inseminazione di ovociti mediante tecnica di microiniezione intracitoplasmatica di un singolo spermatozoo;
3. Verifica dell'avvenuta fecondazione di ciascun ovocita;
4. Eventuale biopsia della blastocisti per test genetico preimpianto;
5. Trasferimento in utero del singolo embrione o degli embrioni e/o congelamento embrionario, se necessario. (UpToDate 2024)

11b.1.1.5. Test Genetici Preimpianto (PTG)

Si distingue in tre tipi di test:

1. Test per accertare la presenza di aneuploidia (PTG-A), proposto dopo ripetuti fallimenti di impianto o in caso di età materna avanzata;
2. Test per accertare la presenza di patologie monogeniche (PTG-M), ossia relativi alla ricerca di singoli geni mutati, ad esempio quando nella coppia vi sia presenza di un'anomalia genetica in un'e o entrambi i partner;
3. Test per accertare la presenza di sbilanciamenti gametici di anomalie cromosomiche strutturali bilanciate presenti nella coppia, di cui le traslocazioni cromosomiche sono le più frequenti (PTG-SR).

Per l'accesso ai test PTG-M e PTG-SR è necessaria prima la consulenza genetica.

Non inseriamo in queste righe le informazioni specifiche circa le tecniche per l'analisi, in quanto strettamente di interesse embriologico/microbiologico, ci teniamo a dire solo che nessuna di queste va ad intaccare o danneggiare attivamente gli embrioni.

11b.2 Crioconservazione o preservazione della fertilità

La valutazione della fertilità femminile si basa principalmente su alcuni indicatori di riserva ovarica, tra cui il dosaggio dell'ormone antimülleriano (AMH), i livelli basali di FSH e la conta dei follicoli antrali (AFC) all'ecografia transvaginale, che consentono di stimare il potenziale quantitativo ovarico, pur non potendo prevedere con certezza la probabilità di gravidanza. (Smith et al., UpToDate 2024)

La crioconservazione può essere proposta sia per motivi medici (ad esempio prima di trattamenti oncologici potenzialmente gonadotossici) sia per scelta personale, nel cosiddetto "social freezing", in cui la decisione è legata a considerazioni biografiche o progettuali piuttosto che a una patologia. In entrambi i casi, è fondamentale un counselling realistico sulle probabilità di successo e sui limiti biologici.

In Italia è indicata la preservazione della fertilità AFAB **per ragioni mediche** (cause oncologiche, genetiche, autoimmuni, endocrine, chirurgiche e patologie ematologiche) laddove le patologie esistenti mettano a rischio la fertilità futura.

In alcune situazioni specifiche, può essere proposta anche la

soppressione ovarica con analoghi e antagonisti del GnRH, nei casi in cui le tecniche di criopreservazione non siano applicabili, o anche in combinazione a esse per preservare la funzionalità ovarica.

Quanto scritto sopra implica che le crioconservazioni per ragioni differenti non siano coperte dai LEA. Significa che se una persona con apparato riproduttivo AFAB decidesse, per ragioni strettamente personali, di eseguire la crioconservazione dei propri ovociti, non potrebbe accedere alle suddette procedure tramite SSN, ma dovrebbe pagare tutto il percorso di tasca propria.

Per una questione, inoltre, squisitamente di linee guida ministeriali, sebbene la fertilità delle **persone AFAB** venga compromessa durante il percorso di affermazione di genere, attualmente **non è previsto** che il SSN sostenga il trattamento per la sua conservazione.

Sottolineiamo che l'efficacia della crioconservazione ovocitaria è strettamente correlata all'età al momento del prelievo: le probabilità di ottenere una gravidanza futura risultano significativamente più elevate quando il congelamento avviene prima dei 35 anni, in relazione alla migliore qualità ovocitaria.

(UpToDate, 2024)

11b.2.1. Come si esegue la crioconservazione degli ovociti?

1. Induzione di un'ovulazione multipla.

Per ottenere buoni risultati occorre disporre di un numero ragionevolmente elevato di ovociti. Questo si ottiene per mezzo di un trattamento ormonale, che impiega un'iniezione dell'ormone FSH all'arrivo del flusso mestruale per stimolare la crescita dei follicoli ovarici. Cinque giorni dopo si inizia una seconda iniezione di antagonista del GnRH, che è l'ormone che rilascia le gonadotropine (che sono FSH ed LH) oppure una compressa di progestinico al giorno. In questa fase si controlla che la crescita dei follicoli sia regolare. A questo scopo, viene misurato il diametro dei follicoli mediante ecografia e viene valutato il livello ormonale di estradiolo della persona per mezzo di un prelievo di sangue. In media questi controlli sono ripetuti due-tre volte durante il ciclo di stimolazione. Quando la maturazione follicolare raggiunge il livello desiderato, la persona riceve l'iniezione di Gonadotropina Corionica Umana (hCG) oppure di Agonista del GnRH, inducendo così la maturazione finale degli ovociti.

2. Prelievo degli ovociti.

Gli ovociti vengono prelevati 35-38 ore dopo la terza iniezione. Sotto controllo ecografico, per via transvaginale, ogni follicolo viene punto con un ago e l'ovocita viene aspirato. L'intervento ha luogo tipicamente in sala chirurgica, ha una durata di circa 10 minuti e si svolge in anestesia locale con sedazione endovenosa in presenza di un'anestesista. Il materiale aspirato viene immediatamente esaminato e gli ovociti vengono isolati. Dopo il prelievo si sta un'ora in osservazione, ma non è necessario il ricovero.

3. Congelamento degli ovociti.

Gli ovociti maturi vengono criopreservati mediante vitrificazione e mantenuti in contenitori criogenici. Tutto il materiale biologico congelato viene catalogato e conservato in azoto liquido, fino ad esplicita richiesta da parte della persona di utilizzo per procedure di fecondazione e di trasferimento in utero. Le percentuali di sopravvivenza degli ovociti scongelati sono del 90% circa con le attuali tecniche e mezzi di coltura. Non tutti gli ovociti resistono quindi allo scongelamento e non tutti si fertilizzano (esattamente come accade a fresco, "in

natura”). Talvolta non è possibile effettuare il transfer per mancata formazione degli embrioni dopo scongelamento degli ovociti.

Conta degli ovociti: per avere una bambinè natè si contano gli ovociti in base all'età. Per esempio, per avere l'80% di probabilità di gravidanza a termine, occorrerebbero circa 12-15 ovociti maturi a 35 anni, circa 25-30 a 38 anni e circa 45 a 40 anni. Per questo, si consiglia di eseguire il congelamento prima dei 38 anni e in ogni caso dopo una valutazione personalizzata basata su età e riserva ovarica.

Risulta importante sottolineare che, in Italia, la **crioconservazione ovocitaria** rientra come metodica PMA, per tale motivo, allo stato attuale delle cose, non risulta possibile utilizzare, sul suolo nazionale, gli ovociti crioconservati per ragioni differenti da quelle indicate dalla legge (ossia persone di sesso differente che siano sposate o conviventi di fatto). Significa che non solo la procedura è interamente **a carico della persona interessata**, ma anche tutti i farmaci utilizzati nel percorso.

Per queste ragioni, se si decidesse di intraprendere il percorso di crioconservazione ipotizzando di poterli utilizzare anche in modi differenti (per esempio in coppie AFAB dello stesso

genere o persone con utero sole) si deve valutare bene la clinica con cui si desidera intraprendere il percorso. Tenendo in considerazione che molte cliniche private prevedono questo percorso, si deve valutare con esse la possibilità dell'utilizzo degli ovociti su territorio non italiano, quindi il loro trasporto e le eventuali procedure successive.

Si deve, inoltre, tenere conto che la conservazione degli ovociti ha un **costo annuale tra i 250 e i 500 euro** a seconda della clinica.

11b.2.2. Come si esegue la crioconservazione degli spermatozoi?

La preservazione della fertilità AMAB è indicata per ragioni mediche (cause oncologiche, genetiche, autoimmuni, endocrine, chirurgiche) attraverso la criopreservazione degli spermatozoi. In questo caso **non ci sono particolari limitazioni al suo utilizzo futuro** se non quelle previste per legge (ossia la Gestazione per Altri, non solo non prevista, ma recentemente dichiarata reato universale dallo Stato italiano). La crioconservazione, essendo meno complicata e meno costosa, non solo è facilmente **prevista anche per le persone AMAB** che intraprendono il percorso di affermazione della propria identità, ma ha un costo annuale che può variare a

seconda della Regione e dell'ospedale di riferimento, con una forbice che va **da 50 euro all'anno** a migliaia di euro.

Dalle linee guida ministeriali: è auspicabile la preservazione della fertilità con crioconservazione preventiva dei gameti nelle persone sane, con familiarità e/o portatrici di mutazioni genetiche predisponenti patologie mediche e/o neoplastiche con possibile compromissione della propria fertilità. Poco chiaro, però, se in questo caso sia considerata parte dei LEA. Il consiglio, in questi casi, è quello di valutare direttamente con la genetista la possibilità di effettuare la crioconservazione e di fare una valutazione presso un centro per la fertilità afferente al SSN prima di eseguire una consulenza presso un centro privato.

Nota: Per quanto attiene ai prezzi di riferimento proposti lungo questa controguida è stata consultata un'ampia sitografia e vi sono stati plurimi confronti con persone che avevano svolto tali percorsi e che hanno partecipato ai momenti di confronto e formazione proposti da Chi si cura di Te? sul tema.

Concludiamo con una buona notizia: la Corte Costituzionale si è espressa a favore dell3 figli3 nat3 da coppie lesbiche tramite PMA effettuata all'estero con il riconoscimento dello Stato italiano come figli3 di entrambe. (Oktay et al., UpToDate 2024)

11c: Altre forme di genitorialità

11c.1. GPA o Gestazione Per Altri

11c.1.1. Che cos'è la GPA e come funziona?

Una delle modalità che la medicina ci offre per diventare genitori è attraverso la gestazione per altri, che d'ora in poi chiameremo GPA.

La GPA è una procedura di procreazione assistita dove una donna o persona con utero (da qui persona AFAB), la “portatrice”, accoglie in utero un embrione ottenuto in vitro per conto di una coppia o di una persona che aspira a diventare genitori. L'ovocita può essere della genitrice richiedente o di una persona donatrice terza (esterna quindi alla persona o alla coppia richiedente); lo sperma può essere del genitore richiedente o di un donatore terzo. In ogni caso l'ovocita non è **mai** della portatrice. Questo è un dettaglio spesso dimenticato ma che è necessario precisare: da un punto di vista genetico, quindi, non ci sono legami tra gestante e prodotto del concepimento. (Saxena, 2012)

La persona portatrice è sottoposta a terapie ormonali preimpianto e post-impianto del tutto sovrapponibili a quelle

per la PMA, così come la fecondazione dei gameti in vitro, e viene assistita durante la gravidanza e nel post partum.

Anche la persona che dona l'ovocita deve sottoporsi ai trattamenti necessari per la stimolazione ovarica e per il pick-up.

Al momento del parto, le neonate sarà affidate al genitore o alla coppia genitoriale richiedente.

Molto spesso le gestanti non hanno un primo contatto pelle a pelle con le neonate né allattano (queste procedure sono fattori protettivi, nel caso della GPA, per le gestanti per la depressione post partum) e la coppia o le genitore richiedente sono quasi sempre presenti sin dai primi momenti della nascita.

Le gestante può essere d'accordo con la presenza del genitore o della coppia durante il parto o meno. In ogni caso, compatibilmente con le condizioni di salute delle neonate, sarà subito affidate per un primo contatto pelle a pelle con le genitor3.

Anche nei casi di GPA eseguita in Paesi esteri lontani, infatti, le persone che diventeranno genitor3 si spostano nei pressi

del luogo di vita della gestante circa un mese prima della data presunta del parto, in modo da aumentare la possibilità di essere presenti al momento della nascita.

Nel caso di parto prematuro, l'agenzia che si è occupata di organizzare la GPA ha la responsabilità della cura della neonata in attesa che i genitori riescano a raggiungerla.

In ogni caso, questa **responsabilità di cura non ricade sulla gestante.**

Gestante e famiglia richiedente potranno mantenere un rapporto più o meno stretto in base al sentire e alle esigenze delle parti in causa.

In alcuni casi si formano vere e proprie famiglie allargate, mentre in altri casi il rapporto si esaurisce alla nascita.

Questa scelta è a completo appannaggio della gestante per garantire il suo benessere psicofisico.

11c.1.2. Chi ricorre alla GPA e perché?

Sottolineiamo sin da subito che, nel **90%** dei casi, a ricorrere alla GPA sono coppie **eterosessuali** (Corriere della Sera, 23 marzo 2023).

Il desiderio di genitorialità biologica è spesso reso non possibile da condizioni mediche della persona con utero o per infertilità di coppia con ripetuti fallimenti di procreazione assistita.

Le condizioni mediche che afferiscono alla persona con utero possono essere di vario tipo: menopause precoci spontanee o indotte (ad esempio per trattamenti oncologici) se non è stata effettuata la crioconservazione degli ovociti; portatrici di BRCA1 che hanno eseguito ovariectomia preventiva in accordo con l'équipe medica di riferimento (sempre senza conservazione di ovociti); persone/donne che possono ovulare ma hanno malformazioni uterine che non permettono una gravidanza; o sindromi, spesso subcliniche, che causano aborti ripetuti e spesso controindicano le terapie ormonali necessarie per una PMA.

La restante parte è formata da uomini single o, più frequentemente, da coppie di uomini.

11c.1.3. Panoramica della GPA nel mondo

Nel mondo la GPA esiste in diversi Paesi, ben 66, in forme e con regolamentazioni diverse.

Negli Stati Uniti, dove è su base solidale o commerciale, le condizioni di accesso per le persone gestanti prevedono, per

esempio, di avere già figli, di essere sposate e di avere una condizione economica lontana dall'indigenza.

In Canada la GPA è necessariamente solidale; in Iran è permessa sia in forma solidale che commerciale; in Olanda è permessa in forma solidale, ma nessun ospedale offre questa possibilità.

In molti Paesi è vietata, in altri non è regolamentata. **L'Italia è l'unico Paese al mondo che la annovera tra i reati universali.** La conseguenza pratica di questa decisione è che le cittadine che vi ricorrono all'estero, anche se con procedure legali in quel Paese, possono essere perseguite e condannate in Italia.

11c.1.4. Forme di GPA (solidale, commerciale, sfruttamento)

La gestazione per altri, nel mondo, ha diverse declinazioni:

- **sfruttamento:** esistono realtà in cui le donne vengono coinvolte in racket e ridotte in condizione di schiavitù per essere portatrici. Queste donne non sono libere di scegliere e vengono assistite solo per assicurare una nascita in salute da vendere all'committente. È evidente che questa forma è, come ogni forma di sfruttamento, illegale e contro i diritti umani basilari.

- **forma solidale:** in questo caso la persona AFAB si offre di portare avanti una gravidanza per altr3 senza retribuzione, con la sola copertura delle spese mediche legate alla gestazione, per persone conosciute (amic3 o familiar3) o per estranei, generalmente tramite agenzie specializzate.
- **forma commerciale:** in questa forma la persona gestante riceve un compenso precedentemente pattuito oltre alla copertura delle spese mediche. Si ricorda che il pagamento è relativo alla prestazione dellə gestante (deve sottostare a terapie preimpianto e post impianto, a 9 mesi di gravidanza e a un parto) e non all'acquisto della nuova vita. In alcuni casi, inoltre, la procedura fallisce e viene ripetuta, di fatto quindi è un impegno psicofisico che può interessare la persona gestante anche fino a 2 anni.

In questi ultimi due casi la scelta dellə gestante è libera, e nei vari Paesi dove è legalizzata vi sono restrizioni di accesso per essere portatric3 (sposate/non sposate, con o senza figli3, condizione economica, etc.) e sull3 richiedenti (coppia, single, eterosessuali, omosessuali etc.). (Patel et al., 2018)

Riguardo la forma commerciale è necessario puntualizzare, da un punto di vista intersezionale, che cosa si intende per libertà di scelta e il ruolo del capitalismo in questa pratica.

All'interno di un **sistema capitalistico**, la libertà di scelta su come essere economicamente stabili per potersi garantire la sopravvivenza e una vita dignitosa è sempre condizionata al profitto e al capitale.

Questo significa che fra le persone gestanti nella modalità commerciale potranno esserci, in buon numero, persone che hanno più difficoltà a mantenere una stabilità economica come persone razzializzate, provenienti da classi sociali svantaggiate, madri single magari fuggite da situazioni di abuso che non riescono a conciliare un lavoro con l'accudimento dell'3 figli (ricordiamo che non tutti i Paesi hanno gli stessi vincoli come spiegato sopra).

Per cui è verosimile pensare che ci siano gestanti che si propongono per la GPA per questioni di sopravvivenza o poco più.

Sempre in quest'ottica, dobbiamo considerare che le GPA commerciale e solidale, nei Paesi in cui il Sistema Sanitario è privato, sono gestite da Agenzie commerciali che puntano al profitto e che fanno pagare molto cari i loro servizi, tanto che la GPA è una pratica accessibile solo a poche persone

economicamente privilegiate. Le spese elevate, anche nel caso della GPA commerciale, sono principalmente assorbite dalle stesse agenzie, mentre allə gestante viene corrisposta una percentuale relativamente piccola. (González, 2020)

Se è logico nella teoria opporsi al sistema capitalistico che obbliga le persone a sfruttare il proprio corpo (e la propria salute mentale) per sopravvivere o per vivere dignitosamente, è altresì necessario ribadire che nella pratica non si può decidere come una persona voglia provare a emanciparsi economicamente, anche utilizzando il proprio corpo: l'opinione pubblica non giudica chi fa lavori usuranti e si rovina la schiena e le articolazioni in un cantiere, pertanto non dovrebbe essere corretto farlo nemmeno con una persona che decide di sbarcare il lunario portando a termine una gravidanza per altrə.

Sarebbe invece auspicabile immaginare un sistema, all'interno del Servizio Sanitario Nazionale, dove questa procedura possa essere presa in carico con normative da stilare insieme alle associazioni di settore, in modo da tutelare le persone gestanti seguendo la letteratura, da permettere alle famiglie richiedenti di accedere al servizio a prescindere dalla propria condizione economica e soprattutto allə bambinə di essere trattatə dalle istituzioni e dalla societ  con rispetto e dignit .

Su questo punto il **Nuovo Codice della Famiglia cubano**, stilato dopo anni di dibattiti insieme alle varie associazioni che si occupano di famiglia e cura, attraverso un meccanismo altamente democratico, può insegnarci molto.

A Cuba, infatti, è permessa solo la forma solidale, tant'è che viene chiamata Gestazione Solidale: essa prevede una serie di criteri economici e sociali volti a garantire la libera scelta e la tutela della persona gestante, tra cui la copertura totale delle spese mediche così come la retribuzione del 100% del suo stipendio medio nei 12 mesi precedenti al suo congedo obbligatorio a 34 settimane di gravidanza. Ricordiamo che questo impianto normativo va collocato nella cornice di un paese di stampo socialista, in cui l'obiettivo è proprio che nessuna persona sia mai messa in condizioni materiali così precarie da dover mettere a valore il proprio corpo dietro compenso – che sia con la GPA o venendo sfruttato al lavoro.

11c.1.5. Reato universale in Italia

Dal 2024 in Italia, unicum nel mondo, la GPA è un “reato universale”, punibile con la **reclusione da sei mesi a 2 anni** e con una **multa da 600 mila fino a un milione di euro** per la genitor3 che ricorrono alla pratica.

Gli altri reati universali sono la riduzione in schiavitù, i crimini

di guerra, i crimini contro l'umanità, la tortura, il genocidio, la pedofilia, la tratta di esseri umani.

Inoltre, la Ministra Roccella ha dichiarato che tanto il personale dell'anagrafe in sede di registrazione, quanto il personale sanitario (in particolare le pediatrie), è tenuto a notificare alla Questura il sospetto che la neonata sia frutto di GPA per procedere in modo punitivo giudiziario nei confronti dei genitori.

Questo evidenzia l'**intento omofobo** della legge: sarà più probabile che venga il dubbio in caso di registrazione o visita medica di una neonata nata all'estero da due uomini o da un uomo single, piuttosto che da una coppia eterosessuale.

Mentre le destre legiferano proibendo la GPA per le ragioni appena spiegate, oltre che per il vizio di controllare i corpi delle donne proibendo l'autodeterminazione, le sinistre sul tema si spaccano, in particolare sulla GPA commerciale.

Come abbiamo detto in precedenza, c'è questa tendenza ad accettare l'uso e soprattutto l'usura dei corpi al servizio del capitale in base a una scala gerarchica morale: è accettabile rovinarsi la schiena su un camion o in un campo di pomodori per mantenere la famiglia, ma non mettere il proprio corpo a

disposizione per far sviluppare un embrione; allo stesso tempo c'è una gerarchia di genere, per cui l'uomo che dona il suo sperma non sta commettendo reato e non è messo in dubbio nella sua morale.

11c.1.6. Conseguenze delle GPA sulla persona neonata

La letteratura ha pienamente dimostrato che, nonostante esista un legame psico-biologico che si instaura durante la gravidanza tra la persona gravida e il feto, il legame principale e che permetterà l'attaccamento si crea tra neonate e figura accudente (in modo equivalente se madre biologica o altra persona) nei primissimi mesi di vita.

Infatti, studi su bambini seguiti per 3-7-10 anni dopo la nascita per GPA o adottati alla nascita (e che quindi non condividono il patrimonio genetico con la famiglia adottante) **non hanno mostrato significative differenze nello sviluppo psicologico** rispetto alla media (i vari parametri nei differenti studi comprendono capacità cognitive, sociali, performance scolastiche e benessere psicologico).

Nei casi in cui si sono manifestate delle criticità, erano correlate in particolare allo stigma, ovvero alle condizioni sfavorevoli causate dalla **discriminazione** (istituzionale o

sociale) agita nei confronti di queste famiglie.

In questo senso, la legge attuale è tutto il contrario che tutelante nei confronti della persona più fragile della triade in questione: rischia di privare le bambine della famiglia, esponendole a un percorso di registrazione e riconoscimento molto complicato, e poi di vivere come figlie di “pericolosi criminali” sin da piccolissime, all’interno di una società chiusa, ignorante, e spesso cattiva. (Corte Europea dei Diritti dell’Uomo, 2014; 2019)

11c.1.7. Conseguenze della GPA sulla persona gestante

Su questo aspetto la ricerca si sta muovendo da relativamente meno tempo, ma possiamo dire che materiale per trarne delle conclusioni non manca.

Secondo diversi studi non si verificano differenze significative sulla salute mentale delle gestanti surrogate né nell’immediato né a 10 anni rispetto alle altre persone gestanti, mentre in altri si evidenzerebbe un aumento statisticamente significativo, seppur limitato, di incidenza di **Depressione Post Partum**. La ricerca sta procedendo per poter individuare i fattori securizzanti per le gestanti e le neonate in particolare.

Dalla letteratura, però, non emerge nessun motivo di allerta per la pratica di GPA per nessun componente della triade (coppia, gestante, bambinø). Al contrario, queste informazioni dovrebbero essere considerate preziose proprio per immaginare una normativa ad hoc a tutela di tuttø.

Il proibizionismo è sempre la strada peggiore e meno efficace da prendere, ma le politiche dell'attuale governo italiano (2025), purtroppo, vanno in questa direzione fin dalla sua elezione.

La letteratura scientifica è molto chiara su quali siano gli effetti del proibizionismo e della criminalizzazione delle pratiche medico-sanitarie che riguardano l'autodeterminazione: basti pensare che nei Paesi in cui, ad esempio, l'aborto è illegale la prima causa di mortalità materna sono proprio gli aborti clandestini.

Citando le parole della dott.ssa Chiara Lalli, bioeticista e autorevole firma de Internazionale "Una buona legge dovrebbe avere come massima preoccupazione che la scelta della gestante sia davvero libera fino in fondo e che vengano tutelati i diritti di tutte le persone coinvolte. Vietare invece non solo non risolve la questione né elimina il ricorso alla pratica, ma anzi la spinge nell'ombra e nei privilegi."

11c.1.8. Cosa fare quindi oggi se si vuole ricorrere a una GPA?

In attesa (e nella speranza) che la Magistratura si opponga de facto a questa legge, purtroppo, ad oggi, è molto rischioso, da un punto di vista legale, procedere verso questa pratica e vivere nello Stato italiano.

11c.2. Adozione

L'adozione è un'altra delle possibili forme di genitorialità. In generale per adozione si intende una famiglia o una persona single che decide di diventare genitore di un bambino minore che si trova in condizione di adottabilità, ovvero che non ha (o non ha più) una famiglia o che ha una famiglia non in grado di poter agire la cura genitoriale. Esistono anche adozioni di persone maggiorenni e adozioni dell3 figli3 dell3 partner (in caso di orfan3 di un genitore). Si distinguono le adozioni aperte e chiuse, e più avanti in questo capitolo parleremo anche di affidò, spesso confuso con l'adozione.

11c.2.1. Panoramica sull'adozione in Italia

L'adozione in Italia è permessa alle coppie sposate e conviventi da almeno 3 anni (come anni di convivenza contano anche quelli prematrimoniali). La stabilità della convivenza deve essere accertata dal Tribunale che potrà chiedere testimonianze a famigliari, foto, biglietti di viaggi.

Non deve esservi stata alcuna separazione di fatto o giuridica nei tre anni precedenti e le persone adottanti devono essere affettivamente idonee e capaci di educare, istruire e mantenere le bambine che intendono adottare.

Anche l'età viene considerata: differenza di età minima tra adottante e adottatè è di 18 anni, quella massima di 45 anni per una delle due persone adottanti e 55 per l'altra.

In caso di adozione di più minori della stessa famiglia questo limite può essere derogato, così come in caso in cui nella famiglia siano già presenti minori adottati o biologici.

L'adozione si divide, dal punto di vista normativo, in legittimante, in cui la persona minore diventa figlia della genitor3 adottiv3 e ne prende il cognome, perdendo ogni rapporto, anche giuridico, con la famiglia di origine a

eccezione dei divieti matrimoniali – e non legittimante, in cui la persona minore mantiene il proprio cognome post-ponendolo a quello dell3 genitor3 adottiv3 e conserva alcuni obblighi verso la famiglia di origine. (Legge 184/1983)

Una **persona single può adottare in casi particolari**,

permessi dalla legge n. 184 articolo 44:

1. persona unita al minore tramite vincolo di parentela (entro il 6 grado) e da un rapporto pregresso alla morte dell3 genitori
2. adozione di minore figliø dellø partner (adottatø o biologicø). In Italia sono stati introdotti limiti per cui questo è possibile solo per coppie sposate e non in unione civile, impedendo, di fatto, l'adozione dell3 figli3 dell3 partner in caso di coppie omogenitoriali. (art. 44 della Legge n. 184/1983)
3. quando la persona minore è orfana e disabile
4. quando vi è una condizione di abbandono morale e materiale dellø minore e si ritiene utile evitare l'istituzionalizzazione; quindi, viene adottatø da single o da persone anziane con cui siano stati instaurati rapporti affettivi (adozione legittimante artt. 7 e 8 della Legge n. 184/1983)

All'arrivo dellə minore, sono previsti congedi parentali all3 genitori durante l'affido preadottivo, in modo da avere il tempo di accogliere le nuove arrivate.

Si ricorda che in caso di necessit3 di esami di idoneit3 preadozione, per i3 genitori c'è la possibilit3 di eseguirli in **ESENZIONE I01**.

Una volta terminata la procedura di adozione si instaura un legame giuridico tra genitori adottanti e persona adottata, che assume il cognome della nuova famiglia. Vengono quindi recisi tutti i legami legali con la famiglia di origine della persona minore.

11c.2.2. Adozione Nazionale e Internazionale

L'adozione pu3 essere Nazionale o Internazionale.

In quella **nazionale**, le leggi che normano l'adozione sono italiane, e genitori e persona minore sono sul suolo italiano (non si parla quindi di nazionalit3 dellə minore o dei genitori).

Il percorso è completamente **gratuito**.

La persona giovane è dichiarata adottabile dal Tribunale dei Minori; i3 genitori possono fare domanda in pi3 tribunali e la domanda resta valida per 3 anni.

Una volta presa dal Tribunale la scelta della famiglia per le minore, seguiranno incontri adatti a età e situazione specifica fino all'affidamento preadottivo della durata di un anno.

Al termine di questo primo tempo di adattamento, viene stilata una relazione dai servizi sociali che permetterà, o meno, l'adozione definitiva.

Nell'adozione **internazionale**, invece, le norme di riferimento devono essere mediate tra quelle italiane e quelle del Paese dove si adotterà. Oltre a questa complessità burocratica (esistono accordi bilaterali tra Paesi, ma ovviamente possono modificarsi nel tempo in base a ragioni politiche- economiche-diplomatiche e far saltare procedure già in essere) vi sono sfide aggiuntive di tipo economico e logistico: spesso è necessario fare almeno un viaggio con una permanenza raramente minore alle 2 settimane nel Paese dove si trova le minore da adottare, Paesi con culture e lingue differenti che possono complicare l'accesso a questo tipo di adozione.

In questa situazione è il Paese estero che definisce l'adottabilità del minore. Vi è una prima fase, in Italia, in cui la coppia deve essere giudicata adatta all'adozione, attraverso le medesime tappe della procedura nazionale (attitudine psico-sociale, sanitaria etc).

A questo punto, la coppia si deve rivolgere a un Ente autorizzato (**entro 1 anno dall'emissione del decreto di idoneità**) che gestisce le relazioni tra Stati. La coppia può decidere in quali e quanti Stati fare la domanda.

Una volta che tramite l'Ente che coordina le norme tra i due Stati la coppia viene abbinata alla persona da adottare, è necessario spostarsi nel Paese dove vive. In loco è possibile che debbano essere svolte altre procedure burocratiche, generalmente seguite dall'Ente autorizzato stesso.

Durante il soggiorno verranno effettuati incontri tra la persona minore e la coppia (le dinamiche cambiano da Paese e Istituto) fino al via libera e al rientro in Italia del nucleo familiare neoformato.

L'Ente autorizzato si dovrà occupare anche delle procedure post adottive qualora richieste.

Le spese per l'adozione internazionale variano **tra i 10.000 e i 30.000 euro** in media e dipendono dai costi del soggiorno e dai costi procedurali che variano tra i diversi Paesi (sono considerate spese per burocrazia). Queste spese sono deducibili in parte previa certificazione dell'Ente autorizzato.

Al 2022, i dati della Commissione per le Adozioni Internazionali e del Ministero della Giustizia riportano circa 1200-1400 bambini dichiarati adottabili in Italia e circa 4000-4500 famiglie disponibili con già in mano il decreto di idoneità. Per l'adozione internazionale i numeri sono in calo: nel 2022 sono state concluse circa 700 adozioni internazionali (970 nel 2019) mentre le domande restano numerose. I numeri riportati sono arrotondati per semplicità e possono variare leggermente a seconda delle fonti. La maggior parte della minori adottabili **ha più di 7 anni** (7-8 nazionale, 8-9 internazionale) o **presenta bisogni speciali** (60-70% nelle adozioni internazionali e 40-50% nelle nazionali). (Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, ultimo report disponibile)

Per bisogni speciali si parla sia di condizioni di salute (malattie croniche, genetiche o dovute a condizioni di vita pregresse) sia la presenza di fratelli o sorelle da adottare insieme o storie di abbandono e più in generale situazioni familiari complesse e traumatiche. Come si è visto, **il numero di coppie disponibili resta sempre molto superiore ai minori adottabili**. Nonostante questo, da quando una bambina viene definita adottabile passano tra i 6 e i 12 mesi affinché sia fatto l'abbinamento con una famiglia, e altri 1-3 mesi prima dell'ingresso effettivo (attesa media quindi tra i 7 e i 18 mesi).

Già da anni sul tema dell'adozione si discute sulla “**sindrome del salvatore (bianco)**” che ha un’accezione ancora più specifica nel caso di adozioni internazionali con bambini provenienti da Paesi del Sud globale. Se da una parte auspicare di essere il focolare per un bambino che non ne ha (o non ne ha più) è una conditio sine qua non per intraprendere il percorso, investirsi del mantello del salvatore crea un rapporto dove la relazione si baserà sulla richiesta - anche implicita o non cosciente - di gratitudine vita natural durante. Nel caso di adozioni interrazziali questa postura si manifesta anche fuori dalle mura domestiche (scuola, famiglia allargata, conoscenze, etc).

Talvolta i bambini in orfanotrofio hanno delle famiglie che li amano, ma che, a causa di condizioni di povertà o condizioni di salute del bambino che la famiglia di origine non può curare, sono lasciati nella **speranza di una vita migliore**. Quindi, per quanto l’adozione internazionale sia una grande opportunità per bambini orfani, è necessario essere ben informati sulle diverse possibilità, affidarsi a organizzazioni serie, decolonizzare il proprio sguardo e lavorare per diminuire il rischio che l’adozione sia un modo per dare possibilità che dovrebbero essere garantite dai diritti umani basilari.

11c.2.3. Tipi di adozione: chiusa, aperta, mite

- **Adozione chiusa**

Nell'adozione chiusa **non c'è rapporto** tra famiglia di origine e famiglia adottante.

Dal punto di vista storico, questa modalità rappresenta la quasi totalità delle adozioni per due motivi principali: nascondere sia la sterilità di coppia sia la condizione di figlie non naturale delle bambine, preservandole dallo stigma. Attualmente, soprattutto nella nazionale, mira a evitare ingerenze della famiglia di origine che potrebbero alterare il sereno sviluppo psico-emotivo della persona adottata. Questa interruzione dei rapporti ha senso soprattutto quando la minore è stata definita adottabile a causa del grave pregiudizio che hanno subito nelle famiglie di origine (maltrattamenti, negligenza, etc.).

Se da una parte quindi vi è una tutela in questa scelta, dall'altra ci sono limiti importanti che spingono sempre più verso l'opzione dell'adozione aperta: tra questi, la necessità della persona adottata di avere informazioni sulle proprie origini e la necessità di informazioni mediche per anamnesi familiari.

Si è visto, ad esempio, dopo l'avvento di Internet e dei social

media, che molte persone adottate hanno iniziato a cercare le proprie famiglie anche nei casi di percorsi internazionali. Da un punto di vista legale, la legge in Italia permette alla persona adottata di accedere alle informazioni sulla famiglia di origine, previa richiesta al Tribunale dei Minori che si è occupato del caso, dopo il compimento dei 25 anni, età che può scendere a 18 in casi di gravi rischi psico-fisici.

- **Adozione aperta**

L'adozione aperta è intesa come una forma di adozione in cui **si mantengono**, in modalità definite e modulabili e spesso supervisionate con l'appoggio dei servizi sociali, i rapporti con la famiglia di origine, per esempio con fratelli, sorelle, nonni o zii che non possono prendersi carico dell'accudimento della persona minore. Questa può nascere da subito come adozione aperta oppure "aprirsi" in una fase successiva. Attualmente, la normativa italiana non prevede l'adozione aperta, ma non la vieta nemmeno, in ogni caso resta **un'adozione legittimante**.

Per quanto riguarda i Paesi esteri, ogni Stato ha le sue norme al riguardo.

Inoltre, dal 2015, è stato introdotto il concetto (legge 173) di

continuità affettiva: nel caso di una persona minore in affido che diventa adottabile (approfondiamo dopo, ma nell'affido il rapporto con la famiglia biologica è mantenuto), se la famiglia affidataria lo desidera e ha le caratteristiche necessarie, la persona minore viene adottata dalla famiglia precedentemente affidataria. In questo caso, in Italia, viene da sé che interrompere i legami, anche per motivi geografici, è complesso.

- **Adozione mite**

La giurisprudenza ha introdotto di fatto l'adozione mite (articolo 44 comma d) in quelle circostanze in cui i genitori biologici non sono nelle condizioni di mantenere la cura e la tutela della persona minore, ma hanno dimostrato affetto e interesse per la figlia.

In questa circostanza, il tribunale tende a considerare nell'interesse della persona minore l'adozione legittimante come ultima ratio, e quando possibile opta sempre più per l'adozione mite, in cui la persona minore ha la **cura della famiglia adottante** (che dà il cognome al quale si associa quello di nascita ed è la responsabile legale) e **mantiene il legame affettivo con la famiglia di origine**. La letteratura si mostra in linea con l'approccio della giurisprudenza: il

mantenimento dei rapporti con la famiglia di origine è un fattore protettivo per lo sviluppo psicosociale, se rappresentata da figure **non** abusanti.

11c.3. Affidò

L'affidò è una istituzione del sistema giuridico italiano che prevede la temporanea accoglienza di persone minori in una famiglia affidataria (single o coppia) a causa di un pregiudizio non permanente della famiglia di origine. (Legge 184/1983; Legge 149/2001)

Non rientra nella casistica della genitorialità poiché, come vedremo, non presenta questa condizione giuridica, ma abbiamo preferito nominarlo per fare chiarezza sulle differenze di scopo e normative.

Si sottolinea che l'affidò ha come intento quello di **garantire cura e tutela** a una persona minore **insieme** alla famiglia di origine e **in attesa che possa ritornarvi**, non con l'intento di sradicarla da essa per trasformare l'affidatò in unò adottatò.

L'affidò può essere intanto intra- o extra- familiare:

- Quello **intrafamiliare** è preferito nei casi in cui ci sia unò parente che ha la volontà e le caratteristiche per accogliere la persona minore, in modo da mantenere i

rapporti di affetto sempre nell'interesse delle bambine.

- Nel caso in cui i3 parenti non abbiano queste caratteristiche, si attua l'affido **extrafamiliare** verso famiglie o single che hanno presentato domanda come famiglia di accoglienza.

L'affido, inoltre, si divide in:

- **consensuale**, in cui la famiglia di origine propone o comunque è d'accordo con l'affidamento della o delle persone minori, e in questo caso è sufficiente l'intervento degli assistenti sociali;
- e in **giudiziale**, dove l'allontanamento della persona minore è coatto e interviene il Tribunale dei Minori.

In tutti questi casi, si stipula il progetto di affido:

1. **Diurno**: la persona minore è assistita dalla famiglia affidataria parte della giornata in alcuni o tutti i giorni della settimana. Questo si attua quando la persona minore ha bisogno di un'integrazione educativa che la famiglia di origine non può garantire da sola.
2. **Per periodi di vacanza**: si sceglie nel caso in cui la famiglia d'origine abbia difficoltà, per povertà economica e sociale, a garantire cura e tutela durante, ad esempio, i periodi di vacanza scolastica e per

permettere attività positive al proprie figlie.

3. **Transitorio**: è legato a particolari necessità, come il ricovero in ospedale. Superata l'emergenza, la minore rientrerà nella sua famiglia.
4. **A tempo pieno**: è la forma più comune, non ha una data di fine stabilita, poiché non si può sapere se e quando ci saranno le condizioni per rientrare nella famiglia di origine. I rapporti vengono mantenuti e stabiliti dal tribunale.
5. Qualora il tempo pieno si prolungasse oltre una certa data, per impossibilità di rientro nella famiglia di origine, ma non ci fossero le condizioni per l'adottabilità, si crea l'**affido sine die**, che snatura di fatto il concetto stesso di affido e lascia famiglie affidatarie e soprattutto la persona minore in un limbo.

Nell'affido, anche il sine die, la persona minore mantiene il suo cognome e i genitori biologici mantengono lo stato di famiglia.

La **famiglia affidataria** può essere composta da una persona single, una coppia etero o omosessuale, una comunità familiare, una famiglia con o senza figli. Non sono richieste particolari garanzie economiche, titoli di studio, né limiti

massimi di età. Per diventare persona o famiglia affidataria è necessario manifestare la volontà ai servizi sociali del proprio territorio, che procederanno a verificare l' idoneità e a prevedere un percorso formativo. Si evidenzia, per correttezza di intenti, che per le persone single, soprattutto se giovani e/o divorziate, e per le coppie omosessuali ottenere l' idoneità nel percorso giuridico italiano è molto raro e difficile, sia come adottanti che come affidatari, anche se assistiti da ottimi giuristi.

11.1 Essere genitori in Italia oggi

E ora?

Nonostante ormai da anni la politica spinga verso la filiazione multipla (a causa di un sempre minore indice di natalità) e, negli ultimi tempi, le destre inneggino alla famiglia tradizionale composta da padre lavoratore e madre dedita alla cura e all'educazione dei figli attraverso campagne, bonus, etc. di fatto essere genitori oggi in Italia è estremamente complesso.

I padri hanno un **congedo di paternità** ridicolo (10 giorni).

Non ci sono posti sufficienti nei nidi pubblici e i nidi privati sono costosi; in entrambi i casi, gli orari non sempre permettono alle famiglie di non dover ricorrere ad altri sistemi di accudimento (babysitter, nonni) se le due persone lavorano full time.

Infatti, i contratti raramente permettono **elasticità di orario**, anche in quelle professioni dove sarebbe tecnicamente possibile, impedendo un'organizzazione flessibile e adattata alle esigenze dei diversi momenti della vita familiare.

Per questi motivi, molto spesso uno dei due genitori decide di passare al **part time o lasciare il lavoro**. Nella quasi totalità dei casi questo viene fatto dalle donne (che subiscono la

pressione sociale di dedicarsi alla cura e perché spesso hanno uno stipendio più basso dei compagni/mariti) che perdono così chances di carriera e indipendenza economica.

Per le famiglie **monogenitoriali** la situazione è ancora più complessa, poiché il carico è solo sulle spalle di unə genitorə.

Le famiglie **omogenitoriali**, invece, subiscono lo stigma per sé e per la propriə figliə e, nei casi di GPA, come detto, questo stigma è peggiorato non solo da una questione culturale, ma anche legale. Spesso, inoltre, la genitorə non biologica deve quotidianamente scontrarsi con trafilè e muri burocratici in quanto non necessariamente riconosciutə come genitorə a tutti gli effetti.

Le famiglie che **adottano** non hanno un servizio di accompagnamento psicologico garantito, nonostante spesso l'adozione ponga sfide specifiche che potrebbero essere affrontate meglio con un supporto.

Sul piano economico, la precarietà dei contratti e la complessità di raggiungere una **stabilità finanziaria** sufficiente in età fertile per avere quelle garanzie che erano tipiche delle generazioni precedenti (casa, risparmi, etc.),

mettono molti neogenitori in seria difficoltà nel sostenersi e nel rispondere con serenità alle esigenze di una persona piccola. A questo si aggiunge la pressione capitalistica, sbandierata ovunque, che induce a credere di dover mantenere determinati standard per essere considerati genitori “degni”.

La società è sempre **meno tollerante** nei confronti delle persone piccole negli spazi pubblici, e questo favorisce l'isolamento dei nuclei familiari, spesso proprio in quelle fasi di vita in cui l'incontro con l'altro potrebbe già essere cura.

I **bonus e gli assegni** che i Governi propongono sono spesso burocraticamente complessi da ottenere e non sempre puntuali, lasciando in difficoltà le famiglie costrette ad affidarvici.

Essere genitori oggi, in questa società e in Italia in particolare, è una sfida: economica, organizzativa, morale e psicologica. La politica dovrebbe muoversi per rendere la scelta genitoriale, qualunque essa sia, serena e soddisfacente, eliminando gli ostacoli e garantendo una scelta libera e consapevole.

Speriamo, con questo capitolo, di poter contribuire almeno sulla questione della consapevolezza, in particolare dei professionisti sanitari che hanno a che fare con le famiglie.

Bibliografia (Capitolo 11)

World Health Organization, Medical eligibility criteria for contraceptive use. 5th ed. Geneva: World Health Organization; 2015.

World Health Organization, Clinical Practice Handbook for Quality Abortion Care. Geneva: World Health Organization; 2022.

UpToDate, Curtis KM, Tepper NK, et al. Contraception: Counseling and selection. In: UpToDate. Waltham (MA): UpToDate Inc.; aggiornato 2024. Consultato 2024.

UpToDate, Kaunitz AM, et al. Combined estrogen-progestin oral contraceptives: Patient selection, counseling, and use. In: UpToDate. Waltham (MA): UpToDate Inc.; aggiornato 2024. Consultato 2024.

UpToDate, Peterson HB, et al. Overview of female permanent contraception. In: UpToDate. Waltham (MA): UpToDate Inc.; aggiornato 2024. Consultato 2024.

UpToDate, Sharlip ID, et al. Vasectomy. In: UpToDate. Waltham (MA): UpToDate Inc.; aggiornato 2024. Consultato 2024.

UpToDate, Prine L, MacNaughton H, et al. Induced abortion: An overview. In: UpToDate. Waltham (MA): UpToDate Inc.; aggiornato 2024. Consultato 2024.

Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare Contraception After

Pregnancy. London: FSRH; 2020.

UpToDate, Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. In vitro fertilization: Procedure. In: UpToDate. Waltham (MA): UpToDate Inc.; aggiornato 2024. Consultato 2024.

UpToDate, Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Donor insemination. In: UpToDate. Waltham (MA): UpToDate Inc.; aggiornato 2024. Consultato 2024.

UpToDate, Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Strategies to control the rate of high-order multiple gestation. In: UpToDate. Waltham (MA): UpToDate Inc.; aggiornato 2024. Consultato 2024.

UpToDate, Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Assisted reproductive technology: Pregnancy and maternal outcomes. In: UpToDate. Waltham (MA): UpToDate Inc.; aggiornato 2024. Consultato 2024.

UpToDate, Oktay K, Bedoschi G, et al. Fertility preservation: Cryopreservation options. In: UpToDate. Waltham (MA): UpToDate Inc.; aggiornato 2024. Consultato 2024.

UpToDate, mith JF, et al. Female infertility: Evaluation. In: UpToDate. Waltham (MA): UpToDate Inc.; aggiornato 2024. Consultato 2024.

Legge 194/1978, Legge 22 maggio 1978, n. 194. Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza.

Legge 40/2004, Legge 19 febbraio 2004, n. 40. Norme in materia di procreazione medicalmente assistita.

Corte Costituzionale, Sentenza n. 162/2014.

Legge 184/1983, Legge 4 maggio 1983, n. 184. Diritto del minore ad una famiglia.

Legge 149/2001, Legge 28 marzo 2001, n. 149.

Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali

Linee di indirizzo per l'affidamento familiare. Ultima edizione disponibile.

Corriere della Sera. (2023, 23 marzo). I numeri della maternità surrogata in Italia: almeno 250 coppie l'anno, ma 9 su 10 sono eterosessuali. Corriere.it

Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare (FSRH). (2014). Clinical Guidance: Male and Female Sterilisation — Summary of Recommendations. London: FSRH.

Capitolo 12: Le patologie invisibili al sapere medico: dalla vulvodinia alla fibromialgia, passando per il dolore mestruale.

TW: Il seguente capitolo contiene riferimenti a dolore cronico, rapporti sessuali dolorosi, patologizzazione, gaslighting medico, invisibilizzazione, linguaggio binario, contenuti sessuali espliciti, trauma, violenza medica, violenza sessuale, violenza istituzionale.

12.1. Perché invisibili?

Si tratta di patologie e/o sindromi caratterizzate da un **forte dolore cronico**. Dal punto di vista fisiopatologico e statistico sono legate ai corpi AFAB (“Assigned Female At Birth”, assegnati femmine alla nascita) e, per questo, oltre che invisibili sono definite “invisibilizzate”. Includono tutte le forme di dolore pelvico, la vulvodinia, la neuropatia del pudendo, l’endometriosi e la fibromialgia.

Invisibili perché non sono stati trovati – ancora – marker biologici che possano fornire una diagnosi precisa.

Invisibilizzate perché tale lacuna del sapere medico si deve (anche) al fatto che queste patologie non sono mai state una

priorità di ricerca per motivi fortemente culturali.

La medicina di oggi è figlia della società patriarcale che l'ha costruita, la stessa società a cui era bastato poco, ad esempio, per mettere al rogo le donne che curavano con le erbe e che, pertanto, mettevano in discussione il principio di autorità medica maschile del tempo.

12.1.1. L'esclusione dei corpi AFAB dalla ricerca medica

La medicina, dunque, non è un campo neutro, oggettivo e imparziale: per secoli, ha avuto come metro di misura e come **soggetto praticamente esclusivo dei trial clinici e farmacologici il corpo maschile e generalmente bianco.**

Questa prassi è durata in Europa fino al 1993; addirittura, negli Stati Uniti, nel 1977, la FDA ha esplicitamente proibito la partecipazione delle donne ai trial. La motivazione adottata è sempre stata una sola: le donne non dovevano partecipare alle sperimentazioni **per non mettere a rischio la fertilità femminile.** (U.S. Food and Drug Administration, 1977; NIH Revitalization Act, 1993)

Tant'è che la medicina di quegli anni, se proprio doveva intervenire sul corpo delle donne, lo ha fatto nell'ottica di garantire la "funzione biologica" riproduttiva delle donne. Qualsiasi altro tipo di esigenza di cura legata alla salute sessuale delle donne, ma non strettamente connessa alla loro fertilità, è stato derubricato a un problema di eccesso di emotività, come previsto dal ruolo di genere femminile, e dunque non degno di essere approfondito scientificamente.

Per quanto dal 1993 le donne abbiano lentamente cominciato a partecipare ai trial clinici, **la lacuna nella produzione** scientifica data da un bias metodologico così grande, e perdurato per così tanto tempo, **è tutt'altro che colmata**. Infatti, secondo i dati dell'Istituto Superiore di Sanità attualmente le persone AFAB rappresentano dal **20 al 25% dell3 partecipanti** alle sperimentazioni relative alla sicurezza dei nuovi farmaci. Eppure, la letteratura scientifica ormai è chiara su quanto assorbimento, meccanismi d'azione ed efficacia di un farmaco vengano condizionati da quei parametri particolarmente variabili tra corpi AMAB e corpi AFAB, come la diversa anatomia, gli assi ormonali e il metabolismo. (Soldin & Mattison, 2009; Zucker & Prendergast, 2020)

12.1.2. Normalizzazione del dolore e ritardo diagnostico

Escludere i corpi AFAB (cisgender, così come i corpi trans) dalla ricerca medica – sia sui farmaci che sulle patologie – significa dare una **priorità terapeutica ai corpi AMAB cisgender**. Se la definizione delle sintomatologie, delle posologie e degli effetti collaterali si basa sulle osservazioni di un corpo AMAB, i corpi AFAB potranno al massimo adattarvisi, a discapito di specificità davvero rilevanti. Infatti, sempre secondo i dati dell'ISS, le donne in Italia assumono più farmaci e soffrono di maggiori effetti collaterali e reazioni avverse.

Se già i corpi AFAB e i corpi trans sono “corpi non pervenuti”, di serie B o C rispetto alla ricerca medica in generale, lo sono ancor di più rispetto al loro piacere e benessere sessuale. La stessa medicina che pronuncia il giuramento professionale si trova spesso a **minimizzare il dolore** pelvico e vulvare; anzi, il fatto che un corpo AFAB provi dolore durante la penetrazione vaginale viene spesso ritenuto “normale” o relegato alla mera sfera emotiva dall3 stess3 medic3, causando un ritardo diagnostico gravissimo sulle patologie invisibilizzate.
(Hoffmann & Tarzian, 2001; Samulowitz et al., 2018)

Le persone che ne soffrono si sentono spesso dire durante le visite:

- “È solo un mal di pancia”
- “È solo una cistite”
- “Fra un po’ ti passa, vedrai”
- “Ma è possibile che stai sempre male?!”
- “È solo stress”
- “Tu somatizzi troppo”
- “Fai un figlio e vedrai che ti passano tutti i dolori”
- “Forse non hai un buon rapporto con gli uomini”
- “Bevi un bicchiere di vino prima del rapporto, vedrai che ti rilassi”
- “È tutto nella tua testa”
- “Ti sei fissata, non hai nulla”
- “Sei solo non abbastanza lubrificata ed eccitata”

Queste persone, dunque, non solo subiscono i **danni del ritardo diagnostico**, dovuto all’assenza di queste patologie nella formazione medica, ma vi si aggiunge il fatto di **non sentirsi creduti**, compromettendo oltre alla salute fisica anche quella mentale.

Per meglio spiegare questo concetto possiamo utilizzare la cosiddetta “**Spoon Theory**” (in italiano “teoria dei cucchiai”), una metafora utilizzata per spiegare come le persone con malattie croniche, disabilità, o altre condizioni che causano affaticamento o energia limitata, gestiscono le proprie attività quotidiane. Questa teoria utilizza i “cucchiai” come rappresentazione visiva delle unità di energia. Ogni compito richiede un certo numero di cucchiai e le persone con energia limitata devono scegliere attentamente come distribuirli durante la giornata. (Miserandino, 2003)

Studiando la fibromialgia si è riusciti ad identificare il concetto di **diagnosi precoce e tardiva** in termini “numerici”, notando come una diagnosi precoce sia in grado di migliorare nettamente l’andamento della patologia fibromialgica, oltre che la qualità della vita della persona paziente. (Clauw, 2014; Häuser et al., 2015)

La proposta è di applicarla a tutte le patologie invisibili.

Distinguiamo:

1. **Diagnosi precoce:** posta in meno di 2 anni,
2. **Diagnosi tardiva:** posta in più di 2 anni,
3. **Diagnosi molto tardiva:** posta oltre 7 anni dalla comparsa dei sintomi.

12.2. Dolore pelvico

È un **termine ombrello** che racchiude un insieme di malattie, come: neuropatia del pudendo, vulvodinia/ vestibolodinia, sindrome della vescica dolorosa, lichen sclero-atrofico, vaginismo, ipertono del pavimento pelvico primario e secondario, colon irritabile e altre. Colpiscono in prevalenza le **donne (e le persone AFAB in generale)** e sono tutte patologie che condividono il **ritardo diagnostico** e la **sottovalutazione e normalizzazione sociale dei sintomi**.

12.3. Vulvodinia/ Vestibolodinia

La vulvodinia è una condizione che determina un **dolore vulvare localizzato e persistente**, identificabile in modo costante e preciso, nella maggior parte dei casi, al vestibolo vulvare, per più di tre mesi. La cosa fondamentale, per definizione, è che **non ha una causa identificabile**.

(Bornstein et al., 2016; Bornstein et al., UpToDate 2025)

La distinguiamo a sua volta sulla base di:

1. **Localizzazione:** localizzata, generalizzata o mista
2. **Provocazione:** provocata (per esempio inserzionale o

- da contatto), spontanea o mista
3. **Esordio:** primaria (presente da sempre, dall'inserimento del tampone mestruale o durante i rapporti sessuali) o secondaria (i sintomi sono insorti dopo un periodo di normale funzionalità)
 4. **Modello temporale:** intermittente, persistente, costante; immediata o ritardata (in questo ultimo caso i sintomi compaiono dopo il contatto).

Per quanto riguarda le percentuali, nel **80% dei casi** c'è un **dolore localizzato** (che può essere al vestibolo o alla clitoride) e nel 20% dei casi un dolore generalizzato.

Vulvodinia significa bruciore ai rapporti, bruciore a urinare, bruciore a volte anche spontaneo che si interrompe solo durante il sonno, cistiti e/o vaginiti ricorrenti, soprattutto post coitali. La causa è spesso rappresentata da un'alterazione o un'inflammatione dei nervi dell'area pelvica, ma dato che la sindrome non viene studiata all'università, la maggior parte dell3 ginecolog3 **non la conosce** e prescrive terapie sbagliate (come antibiotici o creme al cortisone) o, addirittura, attribuisce il dolore a cause psicologiche. Per questi motivi, il **ritardo diagnostico** è in media di **cinque anni**. Maggiore è il ritardo diagnostico, maggiori saranno i danni provocati dalla malattia

e minore sarà la possibilità di ottenere una remissione dei sintomi.

12.3.1 Epidemiologia della vulvodinia

Non esiste ad oggi una raccolta dati nazionale o internazionale, anche perché la normalizzazione del dolore pelvico AFAB ha una base culturale tale da far sottostimare il disturbo alle persone stesse.

Le stime mondiali, soprattutto di Paesi in cui si parla di questa problematica da molto prima rispetto al nostro, dichiarano che **l'incidenza varia dal 3 al 15%** negli studi self-report e che la vulvodinia è considerata la causa più frequente di dispareunia (cioè, un tipo di dolore pelvico) tra le donne in premenopausa, con una prevalenza stimata del 12% tra le donne che vivono in comunità. (Bornstein et al., UpToDate 2025)

12.3.2 Eziologia della vulvodinia

L'eziologia, come già accennato nella definizione, non è completamente nota e si suppone essere multifattoriale. L'ipotesi principale è che un **fattore scatenante** (come un'infezione o un trauma) avvii una **risposta infiammatoria**

locale. Nelle persone AFAB suscettibili, questa risposta infiammatoria – che gli studi odierni ritengono **provocata dai macrofagi** – causa una proliferazione delle fibre nervose vestibolari e ne **abbassa la soglia del dolore, portando ad una sensibilizzazione centrale.**

L'infiammazione cronica del vestibolo vulvare può portare a iper-innervazione e sensibilizzazione tali, che anche un tocco leggero alla vulva si trasforma in una risposta significativamente dolorosa (“allodinia”).

Tra le **possibili cause** identificate, vi sono:

1. **Infezioni:** la candidosi ricorrente, spesso auto-trattata con creme topiche o maltrattata, fa parte dei fattori di rischio che devono far sorgere nelle mediche il dubbio per la presenza della sindrome.
2. **Fattori genetici:** è stato visto che alcune pazienti suscettibili sviluppano una risposta anomala ai contraccettivi ormonali combinati, in cui si ipotizza una diminuzione del testosterone libero, che aumenta la reazione infiammatoria locale (pochi studi a riguardo, ma dubbio sufficiente ad avviare corretto follow up post-terapia EP).
3. **Allergia:** ad indumenti, detersivi intimi, tamponi o

assorbenti mestruali, etc.; tant'è che un certo numero di pazienti risponde positivamente all'utilizzo di antistaminici.

4. **Ormonale:** poco chiaro, gli studi sono contrastanti e basati più che altro su quanto già accennato sull'anomala risposta di alcune persone ai contraccettivi ormonali combinati.
5. **Miofasciale**, anche noto come “**ipertono del pavimento pelvico**”: si può escluderne la presenza notando disturbi intestinali ricorrenti, soprattutto stipsi ostinata, emorroidi in giovane età o impossibilità ad utilizzare il tampone mestruale o la coppetta per eccesso di fastidio. Può essere primario o secondario: primario se presente da sempre, secondario se insorto in seguito a cause specifiche, come, ad esempio, un parto vaginale complicato o una violenza.

(Bornstein et al., UpToDate 2025; Reed et al., UpToDate 2025)

12.3.3 Differenza con il vaginismo

La vulvodinia deve essere **distinta dal vaginismo**, che si riferisce storicamente allo **spasmo muscolare involontario durante la penetrazione vaginale** (dal DSM-5: disturbo del dolore/penetrazione genito-pelvico). Si tratta, pertanto, di un

disturbo dalle caratteristiche legate ad una componente di ansia, ma per cui è importante, come in tutte le sindromi ansiose, prima escludere una causa organica.

La differenza riguarda la parte interessata: il vaginismo risulta dalla penetrazione vaginale, ossia una **zona differente rispetto al vestibolo vulvare** (che, appunto, si trova fuori dalla vagina).

Tuttavia, la vulvodinia può essa stessa provocare vaginismo per il fatto stesso che, essendoci dolore, risulterà una tendenza alla contrazione del canale vaginale.

12.3.4 Riconoscimento e rimborsabilità della vulvodinia

L'OMS ha riconosciuto la vulvodinia nella nuova classificazione internazionale delle malattie entrata in vigore il 1° gennaio 2022 (**ICD-11**), ma, nonostante questo, ad oggi il **SSN non la riconosce** tra le malattie croniche e invalidanti.

Questo vuol dire che le cure lunghissime e costosissime **ricadono interamente sulle pazienti** – e anche che, quando la malattia è incompatibile con il lavoro, si perde il lavoro senza alcuna tutela.

La vulvodinia è invisibile perché non è conosciuta, né riconosciuta dalla società e dalla medicina. **Per lo Stato Italiano** e per molti professionisti sanitari, **la vulvodinia non esiste**. Varie proposte di legge per il riconoscimento della vulvodinia sono state depositate nelle due Camere, che le hanno ritenute **non prioritarie**, quindi comitati e associazioni si stanno rivolgendo al Ministero della Salute per la richiesta di inserimento nei LEA (i Livelli Essenziali di Assistenza).

12.3.5 Sintomi e diagnosi della vulvodinia

Quali sono i sintomi della vulvodinia?

- Dolore
- Bruciore
- Prurito
- Peso pelvico
- Disturbi urinari
- Sensazione di abrasioni vulvari fino anche a sensazione di spilli
- Impossibilità a sedersi
- Sensazione di scosse elettriche

I sintomi variano in generale da una persona all'altra; la cosa importante è la loro presenza **da almeno 3 mesi** in una vulva apparentemente sana.

Essendo una **diagnosi di esclusione**, prima di porla si devono escludere le patologie organiche (vaginosi batterica, micosi batterica, IST, lichen planus, allergia, etc.) e fare un'attenta anamnesi remota includendo le patologie pregresse, le allergie, le informazioni relative alle abitudini sessuali. Per concludere si esegue uno **Swab Test** (test pressorio che verifica i trigger point della vulva) eseguito da personale con adeguata formazione.

La **diagnosi differenziale** è tra multiple problematiche (es. lichen planus, atrofia vulvare post-menopausale, etc.).

La più nota, per cui viene spesso scambiata, è la **nevralgia del pudendo**, un dolore che si verifica nella distribuzione del nervo pudendo ed è tipicamente causato da intrappolamento, compressione o infiammazione del nervo.

Gli eventi contribuenti includono parto, intervento chirurgico, andare in bicicletta e cambiamenti muscolo-scheletrici o legati all'età. La diagnosi della nevralgia del pudendo si basa sui **criteri di Nantes** e include dolore nella traiettoria anatomica del nervo pudendo che peggiora sedendosi, ma **non sveglia la paziente di notte** e si verifica senza perdita sensoriale oggettiva. In questo caso, il blocco del nervo pudendo può essere sia diagnostico che terapeutico.

12.3.6 Terapia della vulvodinia

La terapia, sia della vulvodinia che della neuropatia del pudendo, è multidisciplinare e prevede la **gestione di tutte le concause**, a partire dall'ipertono del pavimento pelvico tramite fisioterapia da parte di personale specializzato, l'utilizzo di cannabinoidi e benzodiazepine locali, l'utilizzo di farmaci per il dolore neuropatico cronico (come l'amitriptilina, la duloxetina ed il pregabalin per fare alcuni nomi), ma anche il supporto psicoterapico. (Bornstein et al., UpToDate 2025)

Come già accennato, **attualmente il SSN non supporta la maggior parte dei servizi** in oggetto, con una scarsa presenza di personale medico, ostetrico e fisioterapico formato sull'argomento e necessità di avvalersi di privati sia per la diagnosi che la fisioterapia.

La mancanza di formazione causa, purtroppo, anche ostilità da parte dell3 medic3 di famiglia, i quali, spesso, finiscono col negare l'evidenza della diagnosi posta dall3 specialist3 a cui le pazienti si rivolgono, rifiutando di prescrivere la terapia.

12.4. Endometriosi

L'endometriosi è una malattia infiammatoria cronica progressiva, potenzialmente invalidante, caratterizzata dalla **presenza di tessuto simile all'endometrio ghiandolare e stromale al di fuori della cavità uterina**, in parti del corpo in cui non dovrebbe essere presente (organi dell'area pelvica e addominale, o, più raramente, diaframma e polmoni). (Bulun et al., UpToDate 2025)

Va **distinta dall'adenomiosi uterina**, una patologia in cui ghiandole endometriali e stroma sono presenti all'interno del miometrio (muscolatura uterina), con conseguente ipertrofia del miometrio circostante. La distinzione è fondamentale anche perché rispondono diversamente alle terapie.

Il tessuto simil-endometriale **reagisce alle stimolazioni ormonali in modo analogo all'endometrio**, causando infiammazione, irritazione, sanguinamento dei tessuti e organi adiacenti, e provocando dolore. È stata inserita nei LEA nel 2017, ma le tutele sono ancora molto scarse.

12.4.1 Sintomi e diagnosi dell'endometriosi

I sintomi sono:

- mestruazioni dolorose e abbondanti,
- dolore alla defecazione e minzione,
- disturbi gastro-intestinali,
- dolore ai rapporti sessuali penetrativi,
- dolore pelvico generalizzato e persistente,
- vulvovaginite,
- stanchezza cronica
- difficoltà nella ricerca della prole (risulta, infatti, tra i criteri di accesso diretto alla PMA, Procreazione Medicalmente Assistita).

Il vero problema del diagnosticare l'endometriosi (e adenomiosi) è che la **diagnosi strumentale è operatore-dipendente**. Per trovare le isole tissutali di queste due patologie bisogna utilizzare sonde di secondo livello. In caso di dolore mestruale invalidante e altri sintomi compatibili con questa problematica, risulta fondamentale, in caso di una **prima ecografia negativa, eseguirne una seconda** presso centri, professionisti e strutture specializzate, che siano in grado di trovare le anomalie strutturali degli organi pelvici. La cosa essenziale quindi è che, di fronte a sintomi suggestivi,

la professionista (medica di famiglia, ginecologa, gastroenterologa – ma anche fisiatra e ortopedica, in quanto può presentarsi altresì come una lombalgia cronica da intrappolamento del nervo sciatico) si ponga **perlomeno il dubbio diagnostico** ed invii presso centri specialistici.

12.4.2 Ritardo diagnostico dell'endometriosi

Almeno tre milioni di donne in Italia ne soffrono, ossia **1 su 10** – tuttavia il dato è una sottostima, considerata la difficoltà di entrare nel corretto percorso diagnostico per le persone che ne soffrono. (Bulun et al., UpToDate 2025)

Troviamo inaccettabile, con tutte le possibilità diagnostiche, che ci siano ancora colleghe che normalizzano e sminuiscono dolori mestruali gravissimi ed invalidanti portando a **ritardi diagnostici che, in Italia, sono anche più lunghi della media** di 6-10 anni che si registra nel resto del mondo. (Bulun et al., UpToDate 2025)

L'endometriosi, così come la vulvodinia, ha un impatto sulla salute complessiva della persona, sulla sua capacità lavorativa, sui rapporti sociali e interpersonali, sullo svolgimento delle comuni attività quotidiane e sulle risorse economiche.

12.4.3 Terapia dell'endometriosi

Se **in passato la terapia era chirurgica**, oggi questa viene eseguita in rari casi e presso centri iperspecializzati, in quanto l'intervento chirurgico risulta risolutivo solo in una manciata di casi sulla base della posizione del tessuto endometrioso.

Attualmente le proposte terapeutiche prevedono l'**utilizzo di progestinici puri** (Dienogest, mutuabile solo per la patologia endometriosa diagnosticata) e **la IUD** (dispositivo intrauterino, o "spirale"). I risultati sono controversi circa l'effetto dell'uno o dell'altra e dipendono soprattutto dalla posizione delle isole di cellule simil-endometriali.

Recenti studi stanno riproponendo **terapie combinate di Dienogest con estrogeni** nell'adenomiosi.

(Bulun et al., UpToDate 2025 – Medical treatment of pelvic pain)

12.5. Fibromialgia

La sindrome fibromialgica è una malattia cronica complessa, caratterizzata da

- **dolore muscolo-scheletrico multisito** (ossia in più di una regione corporea, senza un limite minimo né massimo)
- accompagnato da **disturbi del sonno ed affaticamento**, che sono i tre sintomi maggiori
- e spesso associato a rigidità muscolare, emicrania, cefalea tensiva, disturbi dell'umore

della durata di **almeno 3 mesi**. Seppur non vi siano dei marker ematici di infiammazione sistemica rientra nelle patologie di pertinenza reumatologica. La causa, ad oggi, rimane ignota.

(Clauw et al., UpToDate 2025)

12.5.1 Sintomi e diagnosi della fibromialgia

Per porre diagnosi è necessario che il dolore sia multidistrettuale, e che non vi siano segni clinici di infiammazione locale (come edemi articolari, rubor o calor) o sistemico. Il dolore può essere presente sia a livello muscolare che a livello articolare.

Tipicamente rende il risveglio estremamente faticoso, con un sonno privo di qualità nonostante la paziente dorma per oltre 8-10 ore. Spesso questi pazienti dichiarano di sentirsi “come se un pullman sia passato loro addosso” al risveglio.

La diagnosi, secondo le attuali linee guida (2010-2011), non si pone più tramite l'utilizzo dei trigger point, ma attraverso dei questionari appositi che la paziente compila indicando i punti dolorosi che verranno poi analizzati. (Clauw et al., UpToDate 2025)

12.5.2 Terapia della fibromialgia

Attualmente **l'obiettivo non è la guarigione, ma la riduzione dei sintomi** con un insieme di terapie fisiche, psicologiche, farmacologiche e complementari che vanno, complessivamente, a migliorare la qualità della vita. Purtroppo, come per la vulvodinia, la maggior parte delle terapie non sono comprese nel servizio sanitario nazionale, con costi ingenti per la singola paziente che spesso si protraggono per tutta la vita.

Le attuali terapie della fibromialgia prevedono, in primis, non il trattamento farmacologico, ma gli interventi basati su:

- educazione dellə paziente,
- psicoterapia (soprattutto cognitivo-comportamentale),
- aumento dell'attività fisica, dell'esercizio fisico e dell'igiene del sonno.

Questi tre interventi possono essere sufficienti soprattutto in pazienti che hanno durata dei sintomi più breve, non presentano disturbi dell'umore o del sonno maggiori concomitanti e/o non sono ben disposti verso la terapia farmacologica o presentano controindicazioni ad essa.

Cosa si intende con “**educazione dellə paziente**”?

1. **Spiegazione della fibromialgia**, le sue origini, la sua natura e la distinzione con il dolore più “classico”.

La fibromialgia è una sindrome da dolore **centralizzato**, non è quindi causata direttamente da un'inflammatione, da un danno ai tessuti, da lesioni o infezioni attive, anche se questi fattori possono contribuire a scatenarla o a peggiorarla.

Già di per sé, nei disturbi da dolore centralizzato, il sistema nervoso centrale amplifica in modo anomalo i segnali del dolore, abbassando la soglia dolorosa in tutto il corpo e rendendo la persona più sensibile a stimoli che normalmente non sarebbero dolorosi. In una paziente

affette da fibromialgia, la relazione tra dolore centrale e dolore periferico (localizzato in una parte del corpo) è **bidirezionale**: un dolore localizzato può accentuare i sintomi della fibromialgia, e la fibromialgia, a sua volta, può peggiorare la percezione del dolore localizzato.

(Clauw et al., UpToDate 2025)

2. L'importanza di **trattare le comorbilità**, le quali esacerbano ed aggravano la fibromialgia. Non si ha dolore perché si è con umore deflesso, ma provare dolore comporta una deflessione dell'umore che andrà ad aggravare ulteriormente il dolore. Per questo motivo è fondamentale trattare i disturbi dell'umore in caso di fibromialgia. (Clauw et al., UpToDate 2025)

3. **Disturbi del sonno ed igiene del sonno.** Quest'ultima prevede:
 - a. Dormire in un ambiente buio, silenzioso e fresco
 - b. Evitare stimolanti che possono influenzare il sonno (es. dispositivi elettronici, caffeina, social network e alcol)
 - c. Evitare o gestire i fattori che possono influire sulla qualità del sonno (per esempio trattare i disturbi urologici notturni).

4. **Ricerca di materiale informativo:** studi approfonditi hanno dimostrato che le pagine delle associazioni no-profit forniscono materiale di maggiore qualità e più accurati.

Che tipo di **esercizio fisico**?

Quando non controindicato da condizioni mediche specifiche, possono essere utili esercizi aerobici, allenamento della forza e della resistenza muscolare, esercizi per la mobilità e la flessibilità, e attività a basso impatto con componente motoria controllata (come ginnastica dolce, yoga, o tai chi).

Oltre a migliorare la funzionalità fisica, questa aiuta anche a migliorare la qualità del sonno. Può essere importante rivolgersi a fisioterapisti o trainer esperti in fibromialgia.

Tenere in considerazione:

1. Livello attuale di attività e tolleranza all'esercizio
2. Comorbilità che possono influire sulla capacità di esercizio
3. Disponibilità e accessibilità delle risorse
4. Preferenze o interesse per varie forme di esercizio
5. Interesse o possibilità di ricevere assistenza da parte di un'e fisioterapista.

Un allenamento cardiovascolare ottimale prevede generalmente almeno 30 minuti di esercizio aerobico (come camminata veloce, corsa, ciclismo, nuoto, salto della corda, danza, etc.) tre volte a settimana.

È importante, però, **iniziare con sessioni brevi e a bassa intensità**, in quanto nel primo periodo può verificarsi un peggioramento dei sintomi ed una riacutizzazione del dolore. Per questo motivo, è utile impostare un percorso graduale e accompagnato da educazione all'esercizio fisico.

Supporto psicologico, perché è importante?

Diversi studi e metanalisi hanno dimostrato il ruolo della psicoterapia, in particolare la cognitivo-comportamentale, della mindfulness, della meditazione e del rilassamento con risultati promettenti, seppur ancora scarsi. Questo avviene in quanto riducono il livello di stress e migliorano l'umore con beneficio anche sul livello e sulla qualità del dolore. (Clauw et al., UpToDate 2025)

La terapia **farmacologica** è molto simile a quella della vulvodinia e prevede l'utilizzo degli antidepressivi triciclici (come l'amitriptilina), degli inibitori della serotonina e noradrenalina (come la duloxetina, anch'essa usata nella

vulvodinia) e i ligandi alfa-2 (es. pregabalin e gabapentin). Tutti questi farmaci sono gli stessi utilizzati, di primo impatto, anche nella cefalea cronica. (Clauw et al., UpToDate 2025)

12.5.3 Ritardo diagnostico e riconoscimento della fibromialgia

Come per le altre due patologie già approfondite, anche per la fibromialgia vi è un **ritardo diagnostico**, che spesso si assesta a **circa cinque anni**, o anche più lungo nelle persone AFAB, soprattutto a causa del gaslighting medico, in quanto, come nei casi precedenti, il dolore viene attribuito a cause psicologiche.

In tutte queste sindromi, il dolore delle persone AFAB viene normalizzato, come se fossero destinate a soffrire e sopportare: anche questa è una forma di discriminazioni di genere.

La fibromialgia è stata riconosciuta come patologia cronica e invalidante e inserita nei nuovi LEA a partire dall'aprile 2025 (al momento in fase conclusiva). Il codice di esenzione (068) è tuttavia limitato alle forme molto severe, rischiando così di escludere la grande maggioranza delle persone con diagnosi.

(Osservatorio Malattie Rare, consultato aprile 2026)

L'OMS ha riconosciuto la sindrome nel 1992: da allora sono passati trent'anni, ma lo Stato Italiano deve ancora arrivare a garantire tutele e accesso alle cure alle persone che ne soffrono.

12.6. Sindrome dell'ovaio policistico (PCOS)

Quest'ultima sindrome è stata inserita non per la sua "invisibilità", ma proprio per il motivo opposto: l'over-diagnosi e la mancata spiegazione nella quale, tipicamente, le persone con diagnosi di PCOS si ritrovano.

La triste tendenza della popolazione medica, infatti, è dichiarare, sulla base del semplice aspetto ecografico delle ovaie, la presenza della patologia in oggetto.

12.6.1 Sintomi e diagnosi della PCOS

Questa patologia è una sindrome a metà tra l'endocrinologia e la ginecologia e, per la diagnosi, devono essere presenti **almeno 2 su 3** dei seguenti criteri:

1. **Oligo/amenorrea:** ossia meno di 8 cicli mestruali all'anno;
2. **Ipertricosi o iperandrogenismo biochimico:** ossia la presenza di sintomi estetici di iperandrogenismo, come aumento della peluria corporea, acne grave, diradamento dei capelli, etc., o segni biochimici come aumento del rapporto LH/FSH, riduzione della SHBG

(Sex Hormone Binding Globulin), aumento dei valori degli androgeni, etc.

3. **Aspetto cistico delle ovaie:** che significa o la presenza di almeno un numero uguale o superiore a 10 follicoli all'ecografia o un calcolo delle tre dimensioni dei suddetti (altezza, lunghezza e profondità) tale da poter dichiarare la presenza di un volume superiore o uguale a 10 ml.

(Hoeger et al., 2021; Bednarska & Siejka, 2017)

In considerazione dell'**alto rischio di insulino-resistenza** e delle altre conseguenze (difficoltà a concepire, aumento degli aborti spontanei, e difficoltà di dimagrimento) risulta fondamentale, ed è quello a cui noi aspiriamo, il **corretto inquadramento diagnostico**, preferibilmente prima dell'inserimento della paziente sotto trattamento estroprogestinico. (Hoeger et al., 2021)

Inoltre, **non si può porre diagnosi prima della maturità ovarica**, tale solo dopo 8 anni dal primo flusso mestruale. Fino ad allora le pazienti AFAB devono essere informate di essere "a rischio di PCOS". Si deve anche spiegare loro che la diagnosi può essere fatta **solo al di fuori della terapia contraccettiva**, che altrimenti falserebbe la componente

ormonale diagnostica.

In più, **l'irregolarità mestruale** non può essere riconosciuta come tale prima di almeno 3 cicli irregolari.

Non è intenzione dell3 scriventi fare un trattato sulla PCOS, ma porre all'attenzione che si tratta una sindrome clinica multidisciplinare, la cui diagnosi non può essere fatta sotto pillola estroprogestinica né in adolescenza.

12.6.2 Terapia della PCOS

Il trattamento della sindrome, che è ad alto rischio di insulino-resistenza e futuro diabete, prevede

- l'utilizzo di **farmaci** ad hoc, come la metformina off-label (cioè fuori della scheda tecnica e pertanto a carico dellə paziente) o altre forme di **integratori**,
- e soprattutto il lavoro sullo **stile di vita** sin dall'adolescenza, con attenzione particolare all'accettazione dell'immagine corporea (resa verosimilmente più difficile da ipertricosi, acne e forma del corpo), alla nutrizione e all'attività sportiva.

(Che et al., 2021; Calcaterra et al., 2024)

12.7. Considerazioni finali

Queste patologie sono complesse, per cui serve un approccio multidisciplinare per prendersene cura.

Oltre alla diagnosi precoce da parte di medici di famiglia formati, servono **tante figure medico-sanitarie**: ginecologæ, neuro-urologæ, urologæ, neurologæ, gastroenterologæ, fisioterapista del pavimento pelvico, reumatologæ, immunologæ, ostetricæ, nutrizionista, psicologæ, terapeuta del dolore, osteopata.

Spesso queste figure operano tutte privatamente e, purtroppo, vista la crescita del dialogo su questi argomenti e i pochi centri formati, si ha un **aumento dei prezzi** a livello nazionale.

È importante essere **certi della reale formazione** della persona che si professa esperta nell'argomento, in quanto, purtroppo, vi è un fiorire di personale non adeguatamente formato che cerca di mettersi sul mercato. Fare rete tra pazienti è essenziale, considerando la necessità di spesa out of pocket e di turismo sanitario lungo lo stivale.

Speriamo che questo capitolo induca più medici non solo a comprendere l'urgenza di formarsi su queste patologie, ma la necessità di abbandonare qualsiasi postura paternalista e minimizzante.

È fondamentale **smettere di normalizzare il dolore ginecologico** che, lo sottolineiamo, NON DEVE MAI ESSERE CONSIDERATO NORMALE. Chiunque dica a una paziente, con più o meno consapevolezza, che è normale provare dolore durante i rapporti o durante le mestruazioni non sta adottando un approccio adeguato alla cura della persona e sta venendo meno alla responsabilità professionale di tutelarne il benessere: questo tipo di atteggiamento è **inaccettabile**.

Se salute è definita come “benessere completo”, allora questo deve valere anche per la sfera sessuale, abbandonando la concezione secondo cui la sessualità sia prettamente orientata alla riproduzione e non al piacere.

Bibliografia (Capitolo 12)

U.S. Food and Drug Administration., General Considerations for the Clinical Evaluation of Drugs. 1977.

National Institutes of Health. NIH Revitalization Act. 1993.

Soldin OP, Mattison DR., Sex differences in pharmacokinetics and pharmacodynamics. Clin Pharmacokinet. 2009;48(3):143–157.

Samulowitz A, Gremyr I, Eriksson E, Hensing G.

“Brave men” and “emotional women”: A theory-guided literature review on gender bias in health care and gendered norms towards patients with chronic pain.

Pain Res Manag. 2018;2018:6358624.

Miserandino C., The Spoon Theory. 2003.

UpToDate, Bornstein J, et al. Vulvar pain of unknown cause (vulvodynia): Clinical manifestations and diagnosis. 2025.

UpToDate, Bornstein J, et al. Vulvar pain of unknown cause (vulvodynia): Treatment. 2025.

UpToDate, Reed BD, et al. Female sexual pain: Evaluation. 2025.

UpToDate, Bulun SE, et al. Endometriosis in adults: Clinical features, evaluation, and diagnosis. 2025.

UpToDate, Bulun SE, et al. Endometriosis: Medical treatment of pelvic pain. 2025.

UpToDate, Bulun SE, et al. Endometriosis in adults: Pathogenesis, epidemiology, and clinical impact. 2025.

Hoeger KM, Dokras A, Piltonen T., Update on PCOS: Consequences, Challenges, and Guiding Treatment., *J Clin Endocrinol Metab.* 2021;106(3):e1071–e1083.
doi:10.1210/clinem/dgaa839.

Che X, Chen Z, Liu M, Mo Z., Dietary Interventions: A Promising Treatment for Polycystic Ovary Syndrome. *Ann Nutr Metab.* 2021;77(6):313–323. doi:10.1159/000519302.

Bednarska S, Siejka A., The pathogenesis and treatment of polycystic ovary syndrome: What's new? *Adv Clin Exp Med.* 2017;26(2):359–367. doi:10.17219/acem/59380.

Calcaterra V, Magenes VC, Massini G, De Sanctis L, Fabiano V, Zuccotti G., High Fat Diet and Polycystic Ovary Syndrome (PCOS) in Adolescence: An Overview of Nutritional Strategies. *Nutrients.* 2024;16(7):938. doi:10.3390/nu16070938.

UpToDate Clauw DJ, et al. Fibromyalgia: Clinical manifestations and diagnosis in adults. 2025

Capitolo 13: Educazione sessuale

TW: Il seguente capitolo contiene riferimenti a discriminazione, omolesbobitransafobia, contenuti sessuali espliciti, violenza di genere, pedofilia, abuso sessuale infantile, bullismo, salute mentale, rischio suicidario, pornografia.

13.1. Legislazione

L'educazione sessuale in Italia non è prevista esplicitamente dalla legge vigente, ma è prevista dalla legge sull'**educazione alla salute** attraverso la Circolare Ministeriale del 22 dicembre 1992, n. 362 del MIUR, sotto forma di "educazione all'affettività" (tutt'oggi sarebbe difficile immaginare che la legislazione utilizzino la parola "sessuale" in ambito scolastico, figuriamoci trent'anni fa) nelle scuole superiori.

La legge sull'educazione alla salute prevede la stipulazione di un protocollo di intesa tra MIUR e Ministero della Salute in cui elencare i diversi moduli formativi tra cui le scuole, attraverso una docente responsabile per l'educazione alla salute sempre prevista dalla legge, sono chiamate a sceglierne uno ogni anno per ciascuna classe.

L'ultimo rinnovo del protocollo d'intesa, al momento in cui si scrive, risale al 2019, in cui sono stati ridefiniti i **moduli formativi** (gestiti da un comitato paritetico che si articola in omonimi tavoli di lavoro):

- Stili di vita, Alimentazione, Nutrizione
- Dipendenze, Salute mentale, Disturbi Alimentari
- Disabilità e Inclusione
- Affettività
- Prevenzione delle malattie infettive, Vaccinazioni.

L'educazione all'Affettività viene inserita tra i possibili moduli nel 1992 come **risposta protettiva all'epidemia di HIV**, mossa dall'urgenza di fare prevenzione nelle fasce giovanili. È anche per questo che la maggior parte delle esperienze di educazione all'Affettività sono fortemente **medicalizzanti**, improntate solo alla contraccezione e alla prevenzione delle IST, argomenti che, seppur fondamentali, risultano insufficienti e a tratti **moralizzanti** se:

- inserite in una rappresentazione del sesso prettamente eterocisnormata e binaria;
- viene dato per scontato che la principale funzione della sessualità sia la procreazione e non la relazionalità

attraverso il piacere;

- vengono omesse tutte le pratiche non riproduttive, limitandosi a parlare di penetrazione pene-vaginale;
- vengono tralasciate questioni fondamentali come quella del consenso;
- non viene problematizzato l'approccio performativo con cui i ragazzi crescono, dato che l'unica rappresentazione del sesso con cui vengono in contatto durante la loro crescita è quella del porno mainstream, termine di paragone da cui non può che derivare ansia da prestazione, e la diffusione di una cultura misogina della sessualità.

L'impostazione a moduli dell'educazione alla salute fa sì che dipenda dalla **buona volontà dei consigli di classe** il fatto che vengano svolte o meno attività di educazione all'affettività.

Inoltre, l'assenza di obiettivi formativi chiari e di prerequisiti di qualifica precisi per poter svolgere tale attività nelle scuole aumenta il rischio che vengano chiamati soggetti, non solo non competenti in materia, ma anche portatori di contenuti sessisti e omolesbobitransafobici come le realtà "Pro-Vita".

13.2. La resistenza culturale all'educazione sessuale in Italia

Anche quando come medici ci mettiamo a disposizione per svolgere attività di educazione sessuale nelle scuole, è possibile incontrare forti resistenze da parte innanzitutto della componente dei **genitor3**, che di conseguenza condiziona anche quella dei docent3, nel caso in cui alcun3 di loro sarebbero stati disponibili.

L'argomentazione spesso riportata dalle diverse figure che si oppongono (genitor3, insegnanti, dirigenti) è quella secondo cui sarebbero tematiche educative che **spettano alle famiglie**, nonostante nella maggior parte dei casi il dialogo in casa con l3 ragazz3 sia quasi totalmente assente.

In questo modo, mancando un discorso educativo su questi temi sia a scuola che in famiglia, l3 ragazz3 tendono a costruire sempre più il proprio immaginario sulla sessualità attraverso la pornografia mainstream, interiorizzando **stereotipi** spesso tossici e performativi.

Come se non bastasse, la destra italiana e realtà come "Comunione e Liberazione" e "Pro-Vita" fomentano sistematicamente e in maniera organizzata tale resistenza

culturale attraverso la costruzione artificiosa dagli anni 2014 del pericolo della “Teoria Gender”. La strategia è quella di far credere ai genitori dell’esistenza di un complotto organizzato **per “indottrinare” i3 loro figli3 e confonderli3** riguardo alla loro identità sessuale e dunque il loro orientamento sessuale e la loro identità di genere.

Questo per dire che, se come medici ci cimentiamo in queste attività, è bene non farsi sorprendere da queste forme di resistenza ed essere anzi **capaci di disinnescarle**, anche attraverso la letteratura scientifica e pubblicazioni autorevoli, tra cui, una su tutte, il documento dell’OMS sulla necessità dell’educazione sessuale non solo come prevenzione delle IST ma anche della violenza di genere e dell’omolesbobitransafobia.

(WHO Regional Office for Europe & BZgA, 2010. Standards for Sexuality Education in Europe.)

13.2.1 La necessità di formare una società intera su consenso, piacere e sessualità

Spesso quando si parla di educazione sessuale ci si limita a immaginarla soltanto per la fascia di età delle scuole superiori. È invece urgente la necessità, come sottolineato anche

dall'OMS, di avere un **approccio “longlife learning”** (in italiano traducibile come “formazione permanente” o “apprendimento continuo”), svolgendo queste attività a partire dalle scuole materne e continuare a svolgerle anche nelle università, negli altri istituti di formazione superiore e nei luoghi di lavoro. (WHO Regional Office for Europe & BZgA, 2010. Standards for Sexuality Education in Europe.)

Inoltre, nella nostra idea di sanità, anche **i luoghi di cura sono spazi formanti**, per cui, al di là delle attività mirate, come medico è importante che continuiamo a svolgere un'azione formativa su questi temi integrata nella pratica medica negli ambulatori e nelle visite in generale.

C'è chi sostiene che **non si debba iniziare troppo presto** ad esporre i più piccoli ai concetti di sessualità e affettività, lasciando che “i bambini restino bambini il più a lungo possibile”. Pur rispettando il desiderio di proteggerli da influenze pericolose, sappiamo che **l'affettività è parte integrante della vita fin dalla nascita**, quando le carezze e i baci dei genitori o il contatto fisico sono i primi insegnamenti affettivi che le bambine conoscono.

Fin da piccoli, i bambini **cominciano a scoprire il proprio**

corpo e ad interrogarsi con naturalezza su questo aspetto. Poco dopo che iniziano a parlare, domande come “da dove vengono i bambini?” e altre curiosità sorgono spontanee e genuine, e meritano risposte oneste e adeguate alla loro fase di crescita.

Chi si oppone spesso trascura che I3 bambin3 **ricevono ogni giorno messaggi sul genere**: attraverso il colore della cameretta, la divisione dei bagni, i giochi e i vestiti diversi, gli sport o i lavori da femmina e da maschio, fino al modo in cui vengono elogiati o rimproverati. La vera questione allora non è se parlarne o meno, ma quali contenuti vengono trasmessi: se gli stereotipi si rafforzano oppure se viene celebrata e accolta la diversità.

Creare un ambiente il più possibile sicuro e affermativo di tutte le identità **promuove autostima e fiducia** in sé stessi, **previene il bullismo** da parte dei coetanei, e **riduce fattori di rischio** sia psicologici come l'ansia, la depressione, l'autolesionismo, fino al suicidio; sia scolastici come l'assenteismo, i voti più bassi, e in ultima istanza l'abbandono scolastico. (American Academy of Pediatrics, 2022)

Un altro elemento fondamentale a favore dell'educazione

precoce è che non esiste un'età minima per poter essere **vittime di abusi sessuali** e quindi di **pedofilia**: proprio per questo, l'infanzia, una fase ricca di stupore e di continue scoperte, rappresenta un momento cruciale per fornire strumenti di protezione. È tipico che i bambini mostrino senza pudore i propri genitali e desiderino guardare quelli altrui: non c'è nulla di male in questa curiosità, ma è necessario accompagnarla con spiegazioni semplici che insegnino loro che non tutti gli adulti sono amichevoli, che ci sono confini da rispettare, e che ci sono persone, soprattutto se adulte, con cui non dovrebbero condividere la nudità (propria o dell'altra). (WHO Regional Office for Europe & BZgA, 2010. Standards for Sexuality Education in Europe.)

Infine, i bambini di oggi sono **quotidianamente immersi in immagini erotiche**: in televisione, su internet, sui cartelloni pubblicitari, etc. La domanda da porsi è: vogliamo che siano quelle immagini a "educare" i bambini? Oppure sarebbe auspicabile che adulti formati si assumessero la responsabilità di guidarli nella comprensione di ciò che vedono?

Cercare di proteggere le giovani persone impedendo loro l'accesso alle informazioni, nell'era di internet e dei social

media, non è né realistico né utile. Al contrario, la conoscenza e l'esplorazione permettono di sviluppare un pensiero critico e autonomo, e non hanno nulla a che fare con un presunto indottrinamento legato alla "ideologia gender".

L'educazione alla sessualità e all'affettività, per tutti questi motivi, dovrebbe essere **parte dell'intero ciclo vitale** e svolgere dunque una doppia funzione: fornire a genitori ed educatori le competenze per rispondere con sincerità e apertura, e offrire all3 bambin3 e all3 ragazz3 gli strumenti per comprendere sé stess3 e proteggersi. (UNFPA, Comprehensive Sexuality Education: Operational Guidance, 2020)

Con l3 più piccol3, questo può avvenire attraverso **modalità ludiche** e un linguaggio adeguato all'età: giochi, disegni, letture, filastrocche, canzoni e balletti sono mezzi preziosi per parlare di consenso, rispetto, emozioni, riproduzione, corpi e differenze.

13.3. L'importanza di una metodologia pedagogica transfemminista

Uno dei meccanismi più subdoli del patriarcato è quello di relegare culturalmente i **temi legati al desiderio sessuale nella sfera privata**.

In questo modo, quando vengono socializzati in **luoghi formali**, spesso vengono tacciati di volgarità, suscitando risposte **paternaliste e moralizzanti**; quando invece vengono condivisi in **spazi informali tra pari**, difficilmente non vengono posti con una logica **performativa** e spesso oggettificante, senza lasciare spazio all'espressione di dubbi e insicurezze.

È fondamentale tenere conto in termini metodologici di questo aspetto quando ci avviciniamo all'educazione sessuale, dove ancora una volta diventa fondamentale da parte nostra una postura transfemminista basata sull'ascolto, che sgomberi il campo da qualsiasi forma di pregiudizi e riconosca esplicitamente la difficoltà a esprimersi su questi temi.

13.4. Obiettivi formativi

di un'educazione sessuale non etero-cis-normata e transfemminista al piacere, al consenso e all'affettività.

Qui di seguito quelli che secondo noi sono i 15 obiettivi formativi di un'educazione sessuale completa, e che sia davvero strumento di emancipazione, autodeterminazione e tutela della salute sessuale dalla violenza di genere, dall'omo-lesbo-bi-trans-afobia e dalla pedofilia. Li abbiamo individuati integrando gli obiettivi indicati dall'OMS e dall'UNESCO con quelli emersi nelle nostre attività svolte negli anni. (UNESCO, International Technical Guidance on Sexuality Education, 2018)

1. Conoscenza dell'interazione complessa tra sesso, identità di genere e orientamento sessuale nel costituire l'identità sessuale, **decostruendo l'idea deterministica ed essenzialista della sessualità** che vede identità di genere e l'orientamento sessuale come diretta conseguenza dei meri organi genitali;
2. Conoscenza di **tutte le possibili forme di orientamento sessuale e identità di genere** come spazi in cui potersi

riconoscere e non come etichette da ricevere dall'alto, basandosi sul concetto fondamentale di autodeterminazione;

3. **Decostruzione dei ruoli di genere** e della conseguente performatività di genere, in quanto costrutti culturali impositivi di natura top-down, in contrapposizione all'autodeterminazione come processo bottom-up per eccellenza;
4. Evidenziare come i rapporti di forza siano **gerarchici** tra i ruoli di genere e di come, insieme alla performatività di genere intesa come pressione a rientrare nel proprio stereotipo assegnato, siano alla base dell'impianto culturale dell'eterocispatriarcato, oltre che della violenza di genere e dell'omolesbobitransafobia come naturali conseguenze;
5. Fornire gli strumenti necessari per **riconoscere** i ruoli di genere, spesso spacciati per "normali" o "naturali", e descrivere come essi condizionano il modo di vivere la sessualità, la gestione dei sentimenti, la distribuzione del lavoro di cura e l'autodeterminazione sociale e lavorativa delle persone;

6. Decostruzione degli stereotipi che facilmente vengono interiorizzati attraverso la **pornografia** generando performatività in assenza di educazione sessuale, magari attraverso un brainstorming su quali siano gli aspetti meno realistici rappresentati in quella mainstream, come: dimensioni enormi di seni e pene, corpi iperatletici e perfettamente depilati, assenza di comunicazione, piacere femminile legato esclusivamente alla penetrazione e spesso inquadrato solo da uno sguardo maschile, lubrificazione ed erezioni a comando, durate lunghissime dei rapporti, assenza di richiesta del consenso, assenza di contraccezione, etc.;
7. Decostruzione dell'idea del sesso come una **prestazione** legata alla qualità delle erezioni, la durata del rapporto o dalla capacità di sopportazione della penetrazione ignorando eventuale dolore; validando invece un'idea di sessualità come esperienza, il cui unico obiettivo imprescindibile è il benessere di tutte le persone coinvolte;
8. **Decostruzione di una sessualità fallocentrica** e basata sul mero atto penetrativo, validando invece il concetto di ascolto del corpo altrui;

9. Conoscenza delle **zone erogene** e della loro stimolazione;
10. **Decostruzione della normalizzazione del dolore** durante la penetrazione vulvare in un'ottica anche di aumento delle diagnosi precoci di vulvodinia, endometriosi e neuropatie del pudendo;
11. Decostruzione dell'idea di piacere e desiderio sessuale come qualcosa di cui **vergognarsi** e promozione della loro socializzazione, mettendo in chiaro che non siamo responsabili di quali desideri proviamo ma di come li gestiamo e li portiamo avanti;
12. Costruzione di strumenti di **comunicazione positiva** di desideri, aspettative, insicurezze e confini legati alla sessualità prima, dopo e durante i rapporti;
13. Fornire gli strumenti necessari per la fondamentale costruzione del consenso, inteso come costante postura di cura verso il benessere dell'altra persona, insistendo sul fatto che il **consenso** deve essere: dato liberamente, revocabile in qualunque momento, informato circa quello

che si sta chiedendo, entusiasta e specifico per ogni pratica sessuale – concetto facilmente trasmissibile usando l'acronimo FRIES (Freely given, Revocable, Informed, Enthusiastic, Specific); (The Lancet Commission on Adolescent Health and Wellbeing, 2021)

14. Fornire gli strumenti necessari per **riconoscere la violenza di genere** in tutte le sue forme, fornendo una conoscenza del fenomeno dove le sue manifestazioni più efferate (come la violenza sessuale e il femminicidio) non sono casi isolati o perpetrati da mostri, ma la naturale conseguenza della normalizzazione delle forme di violenza di genere ritenute meno gravi (come la cultura del possesso e dell'oggettificazione) e spesso derubricate a mera goliardia;

15. Fornire gli strumenti di riconoscimento e tutela dalla **pedofilia**, ricordando che l'educazione sesso-affettiva è lo strumento di prima linea per contrastare il fenomeno.

Bibliografia (Capitolo 13)

WHO Regional Office for Europe & BZgA. (2010). Standards for Sexuality Education in Europe.

UNESCO. (2018). International Technical Guidance on Sexuality Education.

UNFPA. (2020). Comprehensive Sexuality Education: Operational Guidance.

The Lancet Commission. (2021). Adolescent health and wellbeing.
American Academy of Pediatrics. (2022). Sexuality Education for Children and Adolescents.

Capitolo 14: Per un femminismo decoloniale

TW: Il seguente capitolo contiene riferimenti a discriminazione, razzismo, colonialismo, islamofobia, violenza sessuale, violenza istituzionale, esperimenti non consensuali, cpr, contenzione, suicidio, tortura, morte, sterilizzazione, schiavitù, apartheid, genocidio, menzione di obesità e disturbi dell'alimentazione, cancro.

14.1 Intrecciare le lotte: l'esperienza di Medicina Decoloniale

Questo capitolo è a cura di Medicina Decoloniale, una campagna dell'associazione Chi si Cura di Te? nata nel novembre 2023, a seguito dell'inizio del genocidio del popolo di Gaza. La campagna nasce dall'urgenza di rendere visibile ciò che nelle società del Nord Globale resta spesso implicito e normalizzato: **l'intreccio tra violenza coloniale, controllo dei corpi, pratiche e saperi medici.**

Partendo dalle riflessioni portate avanti in questi anni su salute e decolonialità, attingiamo al sapere prodotto dai femminismi decoloniali per gettare uno sguardo al campo che vede intrecciarsi violenza di genere e violenza coloniale. A partire dalla nozione di modernità/colonialità di Aníbal Quijano, il testo

mette in luce come il progetto moderno occidentale continui a produrre **gerarchie tra vite degne e indegne di cura**, tra corpi proteggibili e corpi sacrificabili. Il genocidio del popolo palestinese e il razzismo sistemico non sono eccezioni, ma l'espressione estrema di logiche che strutturano ancora oggi il modo in cui il diritto alla salute e alla cura vengono pensati, praticati, garantiti o negati. In questa prospettiva, **violenza coloniale e genocidio sono assunti come determinanti di salute**: incidono sui corpi, sull'accesso alle cure e sulla legittimazione/invisibilizzazione della sofferenza rendendo insostenibile l'idea di una medicina neutrale. Per questo, in questo capitolo guardiamo al **sapere medico come sapere situato**, storicamente implicato nelle oppressioni di genere, razza* e classe.

Il presente testo costituisce il risultato di un'elaborazione politica sviluppata all'interno della campagna; non pretende di esaurire il tema né di fornire una trattazione definitiva, ma intende piuttosto **sollevare questioni critiche e stimolare un dibattito** che richiede ulteriori approfondimenti e sviluppi, la cui urgenza risulta particolarmente rilevante nel contesto italiano contemporaneo.

Nota: laddove nominato il termine razza si riferisce al costrutto

sociale e mai al concetto biologico.

Nota: parleremo di persone razzializzate sottintendendo il complemento predicativo del soggetto “come non bianche” sia per brevità ma anche per mettere in luce l’invisibilizzazione e dunque la naturalizzazione della razzializzazione come biancø che costituisce il lato invisibile della medaglia.

14.2 Decostruire la neutralità: la medicina come spazio politico

«Qualsiasi professionista della salute mentale che usi la scusa dell'imparzialità o della neutralità per rimanere 'apoliticò' è in realtà di parte e aiuta a promuovere la dipendenza e l'obbedienza al potere.»
(Samah Jabr, nel documentario "Dietro i Fronti")

La medicina occidentale si è **costruita sull'illusione della neutralità**. Tuttavia, la moderna epistemologia medica occidentale è nata e si è sviluppata in un contesto coloniale, patriarcale e capitalista in cui lo sguardo clinico ha storicamente patologizzato le soggettività non conformi tra cui i corpi razzializzati*. La medicina non è un sapere oggettivo, ma un **campo attraversato da poteri**. Dietro la presunta oggettività scientifica si celano infatti strutture di potere che plasmano chi può accedere alle cure, come vengono interpretati i sintomi, quali corpi sono considerati "normali" e quali patologici, quale storia viene raccontata e quale rimossa, quale sofferenza è considerata legittima e quale è invece silenziata o patologizzata.

Del resto, la medicina occidentale si è costruita anche attraverso la **creazione di categorie diagnostiche** che

spesso riflettono **norme sociali** più che realtà biologiche, nonché tramite l'appropriazione, la rimozione o la cancellazione di saperi tradizionali e indigeni. Avete mai sentito parlare, nelle lezioni di storia della medicina, del **Bimaristan di Baghdad o quello di Damasco**? Eppure, si tratta dei primi prototipi di ospedale: pubblici, gratuiti e aperti a tutte le persone.

E ancora, nei corsi di medicina e professioni sanitarie, avete mai sentito parlare della **sperimentazione su corpi razzializzati e femminilizzati** o di “Drapetomania” e “Dysaesthesia Aethiopica”?

Queste ultime sono **categorie diagnostiche inventate** dal medico statunitense Samuel A. Cartwright. Egli sosteneva che la Drapetomania fosse la malattia mentale che avrebbe spinto le persone nere schiavizzate a fuggire da chi le aveva rese schiave. Lo stesso aveva inventato la diagnosi di Dysaesthesia Aethiopica, presunta malattia mentale che riteneva tipica delle persone nere schiavizzate definite “poco disciplinate” o “parzialmente civilizzate”, caratterizzata – secondo lui – da “pigrizia”, “insensibilità al dolore”, “negligenza nel lavoro” e “mancanza di rispetto per l'autorità”.

E ancora, nei corsi universitari avete mai sentito citare le pratiche di J. Marion Sims? Definito il “padre della ginecologia moderna”, condusse **esperimenti ginecologici su donne nere schiavizzate** nel Sud degli Stati Uniti, senza anestesia e senza consenso libero. Donne nere – tra cui Anarcha, Lucy e Betsey – vennero sottoposte a ripetuti interventi chirurgici: sul corpo di Anarcha, secondo i resoconti storici, Sims eseguì fino a 30 operazioni. Sims giustificava la mancanza di anestesia sostenendo che le donne nere avessero una “soglia del dolore più alta” rispetto alle donne bianche – un pregiudizio razzista che trovava radici nel pensiero schiavista e nella medicina coloniale e che, in forme diverse, continua a influenzare la pratica clinica contemporanea. Infatti, studi recenti mostrano che le persone nere ricevono ancora meno analgesici o cure del dolore rispetto alle persone bianche (Morales e Yong, 2021; Brunson et al., 2023). Solo dopo aver “perfezionato” la tecnica su queste donne, Sims la sperimentò su pazienti bianche – questa volta con anestesia.

Arrivando ai giorni nostri, diversi studi su reparti psichiatrici italiani hanno osservato che il **rischio di essere legati** ad un letto in un reparto psichiatrico, **augmenta se si è persone migranti**: in questo possiamo ritrovare gli antichi costrutti che la psichiatria coloniale ha espresso a più riprese, ovvero

un'inferiorità psichica delle persone migranti che potrebbe portare a considerare la coercizione e la punizione come il metodo più adatto. Persino il primo studio italiano che ha indagato l'incidenza di contenzioni sulle persone migranti nei reparti psichiatrici, riscontrando un'incidenza maggiore di contenzione fisiche, concludeva (sic) che, tra le altre cose, i motivi fossero da ricercare in presunte differenze etniche, culturali (Tarsitani et al., 2013).

Riconoscere che **le esperienze di cura** (e di esclusione) siano **diverse a seconda dell'intersezione tra genere, razza, classe, abilità, cittadinanza** è il primo passo per potersi smarcare da saperi di cura che riproducono le strutture di violenza e potere che magari stanno dietro o alimentano il problema per il quale le persone si rivolgono ai servizi sanitari. È importante interrogarsi sui concetti di “neutralità” e “universalità” su cui si fonda la medicina moderna, perché non sono dati naturali ma costruzioni storiche e culturali. La conoscenza medica nasce in contesti specifici e riflette le prospettive, le priorità e le esperienze dei gruppi che hanno avuto maggiore accesso alla produzione scientifica.

Quando si parla di “**corpo universale**”, spesso si assume implicitamente un modello di riferimento maschile, bianco,

etero-cis, che non rappresenta davvero la pluralità delle esperienze. In particolare, le differenze di genere sono state a lungo trascurate o trattate come variazioni secondarie rispetto a uno standard considerato neutro, basti pensare al riscontro di una differente efficacia delle mascherine FFP2 in soggetti non maschili o non bianchi (Regli, Sommerfield e Von Ungern-Sternberg, 2021). I corpi non sono solo realtà biologiche, ma anche **oggetti di regolazione, controllo e normazione** da parte delle istituzioni sociali e mediche. Ignorare questa dimensione significa non vedere come alcune categorie di persone siano state storicamente più esposte a pratiche di medicalizzazione, disciplinamento o esclusione.

Parlare di **“falso universalismo”** significa dunque riconoscere che ciò che viene presentato come valido per tutte le persone può derivare da un punto di vista parziale, che non tiene conto né della diversità dei corpi, né delle dinamiche di potere che li attraversano e li plasmano.

Universalità e neutralità fungono infine da strumenti di **deresponsabilizzazione della categoria medica e normalizzazione della complicità** che essa può avere con dispositivi di oppressione e violenza, si veda per esempio il caso citato da un articolo sul British Medical Journal (BMJ),

che scrive di come medici ed infermieri sionisti siano responsabili di **torture nella prigione di Sde Teman** dove eseguono amputazioni senza anestesia sui prigionieri palestinesi (Dyer, 2024). Un altro studio ha mostrato come il 29% dei medici israeliani intervistati riteneva lecito che i medici visitassero i detenuti e ne certificassero lo stato di salute affinché **la tortura potesse iniziare o continuare** (Benninga et al., 2017). In tale contesto emergono inoltre crescenti prove anche riguardo al ruolo del personale sanitario nel **furto di organi** a danno delle persone palestinesi (Medicina Decoloniale, 2023).

Si pensi ancora al ruolo dei professionisti della salute all'interno dei **Centri di Permanenza per il Rimpatrio (CPR)** e al massiccio utilizzo di psicofarmaci sedativi (Rondi e Figoni, 2023). Da una parte, medici "presunti" neutrali sono **co-responsabili della deriva manicomiale dei CPR oppure certificano l'idoneità** delle persone migranti alla detenzione amministrativa, spesso ignari dei luoghi per i quali viene certificata l'idoneità o dopo aver ricevuto pressioni da parte delle forze di polizia. Dall'altra, diversi colleghi che riconoscono la patogenicità dei CPR, attraverso la campagna **"mai più lager, NO ai CPR"** invitano, sulla base del codice deontologico medico, a rilasciare certificati di non idoneità alla

detenzione in luoghi patogeni come i CPR, nei quali già troppe persone sono **morte o si sono tolte la vita**. È il caso per esempio di Wissem Abdellatif, Moussa Balde e tanti altri.

Richiamare questi esempi non significa cadere in un moralismo individualizzante o ridurre la questione a una contrapposizione tra “buoni” e “cattivi” professionisti. È necessario riconoscere che tali pratiche disumanizzanti, pur implicando responsabilità personali, sono rese **possibili e normalizzate da assetti istituzionali** e da strutture di potere di matrice coloniale che attraversano gli Stati-Nazione, il sistema securitario e quello sanitario. Mettere in discussione queste dinamiche significa quindi interrogare non solo le condotte individuali, ma l'intreccio tra sapere medico, potere statale e gerarchie razziali che ne orienta le possibilità di azione.

La neutralità professionale, in questo senso, non è un dato naturale ma una costruzione storica che può funzionare come schermo ideologico: essa permette agli operatori di **percepirsi come meri esecutori tecnici** anche mentre operano all'interno di dispositivi che producono esclusione, sofferenza e morte. La neutralità è spesso **confusa con l'etica dell'imparzialità** e viene presentata come garanzia di giustizia

e correttezza. Ma sappiamo che, mentre l'imparzialità ci impone di tutelare il diritto alla salute delle persone indipendentemente dal loro credo religioso, politico o dal colore della pelle, **la neutralità ci impone il silenzio di fronte alle ingiustizie** e dunque ci pone in una posizione di complicità con l'oppressore. La neutralità è dunque una posizione ideologica mascherata che finisce per perpetuare le disuguaglianze e le violenze sistemiche già presenti nella società. Il giuramento professionale, alla base dell'etica medica, infatti, non richiede affatto neutralità politica, piuttosto, impone un dovere fondamentale: la tutela della salute.

Per questo è centrale parlare di **determinanti di salute**, tra i quali vi sono violenza coloniale e discriminazione razziale. Riconoscere i determinanti di salute e le disuguaglianze strutturali, ivi compreso il razzismo istituzionale, e contrastarli è centrale per garantire il diritto alla salute a tutte le persone. Per descrivere la violenza strutturale a cui sono sottoposte le persone marginalizzate si parla infatti di **“patologie della cittadinanza”**. Étienne Balibar introduce questo concetto per denunciare le contraddizioni delle democrazie liberali: esse “includono per escludere”, creando soggettività formalmente cittadine ma sostanzialmente marginali (Balibar e Swenson, 2004).

Nel contesto italiano, questa logica emerge con forza nelle pratiche amministrative e psichiatriche. Si parla infatti esplicitamente di “patologie della cittadinanza”, osservando come lo Stato trasforma la cittadinanza in “un dispositivo flessibile e selettivo” che può essere concesso, sospeso o ritirato, creando condizioni di inclusione che celano una profonda esclusione (Beneduce e Taliani, 2023).

Il risultato è una **cittadinanza mutilata**: persone formalmente incluse – come migranti, richiedenti asilo o figlie di persone con background migratorio – poste in condizioni di vulnerabilità per le loro identità linguistiche o culturali razzializzate. Le patologie della cittadinanza non sono anomalie, ma sintomi di un sistema politico che postula una cittadinanza universale mentre, di fatto, la regola in modo differenziale e condizionale.

Bibliografia (Paragrafo 14.2)

[1] S. Jabr, Dietro i fronti. Cronache di una psichiatra psicoterapeuta palestinese sotto occupazione. Sensibili alle Foglie, 2019.

Consultato: 23 aprile 2026. [Online]. Disponibile su:

<https://www.libreriauniversitaria.it/dietro-fronti-cronache-psichiatra-psicoterapeuta/libro/9788832043242>

[2] M. E. Morales e R. J. Yong, «Racial and Ethnic Disparities in the Treatment of Chronic Pain», *Pain Med*, vol. 22, fasc. 1, pp. 75–90, feb. 2021, doi: 10.1093/pm/pnaa427.

[3] D. C. Brunson, K. A. Miller, L. W. Matheson, e E. Carrillo, «Race and Ethnicity and Prehospital Use of Opioid or Ketamine Analgesia in Acute Traumatic Injury», *JAMA Netw Open*, vol. 6, fasc. 10, p. e2338070, ott. 2023, doi: 10.1001/jamanetworkopen.2023.38070.

[4] L. Tarsitani et al., «Acute psychiatric treatment and the use of physical restraint in first-generation immigrants in Italy: a prospective concurrent study», *Int J Soc Psychiatry*, vol. 59, fasc. 6, pp. 613–618, set. 2013, doi: 10.1177/0020764012450985.

[5] A. Regli, A. Sommerfield, e B. S. Von Ungern-Sternberg, «The role of fit testing N95/FFP2/FFP3 masks: a narrative review», *Anaesthesia*, vol. 76, fasc. 1, pp. 91–100, gen. 2021, doi: 10.1111/anae.15261.

[6] O. Dyer, «Israeli doctors participated in torture, alleges released director of al-Shifa Hospital», *BMJ*, vol. 386, p. q1524, lug. 2024, doi: 10.1136/bmj.q1524.

[7] Z. Benninga, B. Steiner-Birmanns, R. Arbel, F. Abu Akar, e M. Aboo Dia, «Recognition and treatment of law enforcement violence against detainees and prisoners: A survey among Israeli physicians and medical students», *Torture*, vol. 27, fasc. 1, pp. 42–50, 2017, doi: 10.7146/torture.v27i1.26533.

[8] C. S. C. D. T. Medicina Decoloniale, «Israele accusata di furto d'organi dai corpi dei Palestinesi», 27 dicembre 2023. Consultato: 17 febbraio 2026. [Online]. Disponibile su:
<https://chisicuradite.org/israele-accusata-di-furto-dorgani-ai-danni-dei-palestinesi/>

[9] L. Rondi e L. Figoni, «Rinchiusi e sedati: l'abuso quotidiano di psicofarmaci nei Cpr italiani», *Altreconomia*, 2023, Consultato: 17 febbraio 2026. [Online]. Disponibile su:
<https://altreconomia.it/rinchiusi-e-sedati-labuso-quotidiano-di-psicofarmaci-nei-cpr-italiani/>

[10] É. Balibar e J. Swenson, *We, the People of Europe?: Reflections on Transnational Citizenship*. Princeton University Press, 2004. Consultato: 8 febbraio 2026. [Online]. Disponibile su:
<https://www.jstor.org/stable/j.ctt7t7t3>

[11] R. Beneduce e S. Taliani, «Patologie della cittadinanza, tecniche della liberazione», *Aut Aut*, vol. 398, pp. 178–197, 2023.

14.3 Razzializzazione

«In un futuro non molto lontano, se misurato in secoli, le razze civilizzate dell'uomo quasi certamente stermineranno e sostituiranno le razze selvagge in tutto il mondo.»

(Charles Darwin, L'Origine della Specie, 1871)

14.3.1 Razza e razzismo: epistemologia e storia

Il razzismo nasce come pratica sociale e politica molto prima che esista un termine per definirlo. Nelle epoche premoderne si presenta come un insieme eterogeneo e contraddittorio di pratiche, spesso giustificate attraverso riferimenti religiosi (Guillaumin, 1972). Per trasformarsi in una pratica “razionale”, capace di essere applicata sistematicamente alle società, il razzismo dovette però intrecciarsi con **la definizione “scientifica” di razza** sviluppata nella seconda metà dell'Ottocento. Le cosiddette teorie della razza contribuirono allora a consolidare un discorso che, per decenni, restò egemone e incontrò rare voci critiche. La categoria di razza, funzionale a legittimare ideologicamente e scientificamente le **gerarchie sociali**, venne adottata e rielaborata da diverse discipline, tra cui biomedicina, criminologia, antropologia fisica ed eugenetica, che fornirono un linguaggio di apparente

neutralità a sistemi di dominio già esistenti (Alietti e Padovan, 2023). Tali teorie non furono semplicemente il risultato di una conoscenza ancora limitata, ma risposero soprattutto all'esigenza di giustificare e **naturalizzare le disuguaglianze prodotte dal colonialismo e dalla schiavitù**, traducendo rapporti di forza e ingiustizie strutturali in presunte differenze biologiche.

In questo modo, la società moderna si costruì progressivamente come una formazione gerarchica organizzata su base razziale, nella quale il sapere scientifico contribuì a rendere invisibili e legittimare le relazioni di potere che la sostenevano (Alietti e Padovan, 2023).

Questo intreccio tra scienza e dominio coloniale trovò una delle sue espressioni più evidenti nella **psichiatria coloniale**, che fece della differenza razziale un presupposto diagnostico. E' il caso della psichiatria coloniale francese in Algeria: lo psichiatra martinicano Frantz Fanon mise in luce come essa fosse stata completamente **al servizio dell'invasione coloniale dell'Algeria**, contribuendo, attraverso il razzismo diagnostico, a creare categorie ad hoc per patologizzare e depoliticizzare la resistenza, delegittimando la sofferenza del "Nord-Africano" (Fanon, 2020).

A partire da queste premesse storiche, diventa necessario introdurre il concetto di **razzalizzazione**, ovvero il processo sociale attraverso il quale a individui o gruppi vengono attribuite caratteristiche, qualità o identità in base a presunte differenze biologiche, culturali o “etniche”. Tali differenze, costruite socialmente, vengono trasformate in categorie che assumono significato e valore all’interno di un sistema di potere, orientando l’attribuzione di pregiudizi e la presunzione di comportamenti o capacità indipendenti dalla persona.

Questo processo trova il suo fondamento nel discorso scientifico sulla razza, i cui cardini teorici si rintracciano nel **darwinismo sociale**: dottrina che, a partire dalla teoria evoluzionistica di Charles Darwin e in particolare dall’idea che “sopravvive l’individuo più adatto” naturalizza le disuguaglianze sociali interpretandole come effetti naturali di una presunta selezione biologica, invece che come esito di rapporti storici e politici di potere. Come una forma di calvinismo secolare, il darwinismo sociale, che troviamo tutt’oggi implicitamente in alcuni discorsi politici, stabilisce la dannazione o la salvezza già al momento del concepimento, naturalizzando le disuguaglianze e rendendole destino biologico (Benedict, 1945).

In Italia, questa visione trovò una declinazione specifica nel contesto fascista, culminando nella pubblicazione del **Manifesto degli scienziati razzisti del 1938 a cui aderì la Società Italiana di Psichiatria (SIP)** (Peloso, 2018). Ancora oggi, tuttavia, nonostante il progressivo discredito delle teorie razziali appena nominate, le scuole di medicina continuano a propagare una visione distorta del concetto biologico di razza (Amutah, 2021), ad esempio attraverso l'uso di etichette razziali come quella di "caucasica".

"La razza non esiste ma uccide". (Cavalli-Sforza, 1996)

Sebbene sia ampiamente riconosciuto che il concetto di razza non abbia alcun fondamento biologico, essa continua ad essere un concetto necessario da analizzare in quanto costruzione sociale. Il concetto di razza, infatti, costituisce il presupposto dei processi di razzializzazione: un dispositivo simbolico e materiale che produce effetti reali nella vita delle persone, indipendentemente dall'inesistenza biologica delle razze stesse (Redfield, 1943).

Vi sono **diverse tipologie di razzismo**.

La prima forma, già esplorata, è quella **biologica o "scientifica"**. Con il progressivo discredito di tali teorie,

soprattutto nel secondo dopoguerra, si è affermata una nuova forma di razzismo definita **culturale o differenzialista**, che sostituisce il concetto di razza con quello di cultura come criterio di esclusione e superiorità. Questo passaggio segna quella che è stata definita “evaporazione razziale”, ovvero la convinzione che il razzismo appartenga al passato e non operi più nelle società contemporanee. Proprio questa **illusione di superamento** rende il razzismo culturale particolarmente pervasivo, poiché maschera le logiche di disuguaglianza dietro un linguaggio apparentemente neutro, basato sull’idea di **incompatibilità tra culture**. In tale quadro si inserisce anche il **nativismo** (Higham 2008), che fonda l’esclusione sull’appartenenza territoriale e culturale, logica che alimenta discorsi e politiche odierne sulla cosiddetta “remigrazione” (Stolcke, 1995).

Negli ultimi decenni, il concetto di **etnia** ha progressivamente sostituito quello di razza in molti contesti scientifici, istituzionali e clinici. Questo slittamento terminologico viene spesso presentato come un avanzamento epistemologico, coerente con il rifiuto del determinismo biologico e con l’affermazione di una comprensione più “culturale” delle differenze umane. Tuttavia, numerosi studiosi hanno messo in luce che la semplice sostituzione di un termine con l’altro non implica

automaticamente un effettivo superamento del pensiero razziale; piuttosto, essa ne rappresenta una riformulazione che mantiene strutture di dominio simili, **spostando l'attenzione dal corpo e dalla biologia alla cultura**, ma continuando a classificare, gerarchizzare e governare categorie di popolazioni. In questa prospettiva, l'uso di etnia può agire come dispositivo di potere che legittima nuove forme di esclusione e controllo, funzionali a progetti politici e al razzismo culturale.

Il razzismo si manifesta in diverse forme: razzismo strutturale, epistemico, diagnostico e quotidiano/interpersonale; quest'ultimo può assumere la forma di micro-aggressioni o aggressioni esplicite (Derald Wing Sue, 2010).

Il concetto di **razzismo strutturale** si sviluppa a partire da quello di violenza strutturale introdotto da Galtung (1969), rielaborato nei Black Studies (Bonilla-Silva, 1997) e negli studi di teoria critica della razza (Ford e Airhihenbuwa, 2010). Con questo termine ci si riferisce a politiche, pratiche e norme culturali sistemiche e istituzionali che perpetuano disuguaglianze e discriminazioni. A differenza degli atti individuali di discriminazione, esso è radicato nel tessuto della

società, influenza l'allocazione delle risorse, l'applicazione delle leggi e la distribuzione delle opportunità. È una forma di razzismo **storica e cumulativa**: nasce da colonialismo, schiavitù e segregazione, e continua a operare anche in assenza di intenzioni razziste esplicite (Bonilla-Silva, 1997).

L'impatto del razzismo strutturale sulle persone razzializzate si manifesta in ambiti quali **istruzione, occupazione, alloggio, sanità** (Hamed et al., 2020) e **sistema di giustizia penale**.

Uno degli aspetti più critici è il suo effetto cumulativo nel corso della vita: dall'infanzia all'età adulta, individui provenienti da comunità razzializzate incontrano svantaggi che si sommano nel tempo (Braveman, Arkin e Proctor, 2022).

14.3.2 La razzializzazione come tecnologia di potere

Il concetto di razzializzazione è emerso per rispondere all'esigenza di comprendere come le gerarchie razziali non siano naturali, ma prodotte storicamente e socialmente.

Parlare di razzializzazione significa infatti spostare l'attenzione dalla razza come presunto dato biologico, alla razza come **costruzione politica, discorsiva e materiale che organizza la distribuzione del potere, delle risorse e dell'umanità stessa**.

La razzializzazione può essere **eteroreferente**, quando un gruppo dominante attribuisce a un gruppo subalterno caratteristiche degradanti e disumanizzanti, giustificando esclusione e sfruttamento; oppure **autoreferente**, quando il gruppo dominante si percepisce come “normale”, “superiore” o “inferiore”.

Parlare di soggetti “razzializzati” consente di evidenziare che la razza, pur priva di fondamento biologico, continua a operare come dispositivo di potere nella rappresentazione dell’altro e di sé.

Uno dei primi a tematizzare questo processo è **Frantz Fanon**. Nei suoi testi fondamentali, in particolare “Pelle nera, maschere bianche” (Fanon, 1952) mostra come l’esperienza coloniale produca un soggetto razzializzato attraverso pratiche psicopolitiche di **inferiorizzazione e alienazione**. La razza non è solo imposta dall’esterno, ma interiorizzata, agita e riprodotta nei corpi e nei desideri: essere persone razzializzate significa essere collocati in una posizione subalterna all’interno dell’ordine coloniale e postcoloniale. Pur non usando esplicitamente il termine “razzializzazione”, Fanon ne fornisce una delle prime analisi profonde come processo incarnato e psichico.

Stuart Hall, intellettuale giamaicano-britannico tra i fondatori dei Cultural Studies, descrive la razza come un **costrutto discorsivo**, ovvero un insieme di narrazioni e rappresentazioni che servono a giustificare diverse forme di subordinazione legate a classe, razza, genere all'interno delle società post-coloniali (Hall, 1980).

Parallelamente, negli Stati Uniti, viene introdotto il concetto di "racial formation" (Omi e Winant, 1986), spiegando la razzializzazione come un processo socio-storico instabile e in **continua trasformazione**, mediante il quale significati razziali vengono prodotti, contestati e riorganizzati. La razzializzazione, lontano dall'essere solo un'eredità del passato, inizia ad essere concettualizzata come una logica che plasma le istituzioni, le politiche pubbliche, i confini e l'immaginario collettivo. Ogni progetto politico – dal welfare alla sicurezza nazionale – si costruisce anche in riferimento alla razzializzazione.

Le riflessioni di **Sylvia Wynter**, filosofa caraibica, portano una svolta radicale a questa analisi (Wynter, 2003). Criticando il concetto universalista di "uomo" prodotto dall'umanesimo occidentale, Wynter mostra come l'idea stessa di umanità sia

costruita su una divisione razzializzata tra chi è pienamente umano e chi è “sottoumano”: persone schiavizzate, native, colonizzate. In “Unsettling the Coloniality of Being/ Power/ Truth/ Freedom” (2003), la razzializzazione appare, non solo come meccanismo tra tanti, ma come condizione ontologica di possibilità del mondo moderno/coloniale. Non si tratta quindi solo di denunciare le discriminazioni, ma di disfare una logica civilizzatrice che ha sempre escluso la maggior parte dell’umanità.

Per questo è importante guardare alla razzializzazione, **non come un retaggio statico del passato coloniale**, ma come un processo dinamico che struttura le relazioni sociali contemporanee, agendo attraverso istituzioni, discorsi e pratiche materiali. Intesa come la produzione sociale della razza, la razzializzazione opera selezionando, classificando e gerarchizzando i corpi secondo coordinate storiche e politiche precise. E’ importante sottolineare che non si tratta di un semplice atto di discriminazione individuale, ma di una tecnologia collettiva che modella chi viene considerato pienamente umano e chi no.

In questo quadro emerge, in opposizione al discorso politico esplicitamente razzista, il cosiddetto **antirazzismo morale**. Si

tratta della postura prevalentemente etica e simbolica che si limita ad affermare l'uguaglianza e a condannare il razzismo sul piano dei principi, senza interrogare in profondità i meccanismi istituzionali che producono e riproducono disuguaglianza. Se, da un lato, tale posizione ribadisce valori fondamentali, dall'altro rischia di non incidere sulle strutture materiali del potere o peggio di ridurre le persone razzializzate a oggetti di tutela/vittime a cui viene negato il riconoscimento in quanto attori/attrici sociali capaci di parola e autodeterminazione.

In assenza di un'analisi delle dinamiche socioeconomiche e giuridiche che organizzano l'esclusione, la denuncia morale può coesistere con il permanere dei dispositivi che selezionano, detengono ed espellono, lasciando intatta la distinzione tra chi merita tutela e chi è considerato sacrificabile.

14.3.3 La razzializzazione in Italia oggi

In Italia, la razzializzazione si manifesta in modo particolarmente evidente nelle **politiche migratorie** e nella **gestione delle frontiere**. Il sistema di accoglienza differenziale, la detenzione nei Centri di Permanenza per il Rimpatrio (CPR) e la pratica sistematica dei **respingimenti in Libia** si fondano su una logica che distingue implicitamente tra vite degne di protezione e vite “espellibili” (Cuttitta, 2018). In tale cornice, il corpo razzializzato – nero, arabo, musulmano – non è riconosciuto primariamente come soggetto di diritti, ma come potenziale minaccia da contenere. L’idea di “invasione”, veicolata nei media e nei discorsi politici, contribuisce a costruire le persone migranti come massa indistinta, spesso associata a pericolo sanitario, “degrado urbano” o criminalità. Questa produzione simbolica non è neutra: essa legittima e rafforza dispositivi di controllo e sorveglianza sempre più pervasivi (Genova, 2018).

I **CPR** costituiscono un osservatorio emblematico di questa dinamica. Negli ultimi anni, almeno quattordici persone sono morte nei centri italiani, mentre altri decessi continuano a emergere (I 14 migranti morti in 5 anni nei Cpr d'Italia tra condizioni estreme e inchieste delle procure, 2024).

Tra questi si annoverano

- **Wissem Abdellatif**, morto nel 2022 nel CPR di Ponte Galeria dopo contenzione e sedazione con psicofarmaci senza un adeguato percorso clinico;
- **Moussa Balde**, deceduto nel 2021 nel CPR di Torino dopo un'aggressione razzista e trattenuto in isolamento nonostante gravi problemi di salute mentale;
- **Ousmane Sylla**, suicida nel 2024 nel CPR di Ponte Galeria;
- **Mahamadou Gulma**, morto nel 2021 nel CPR di Macomer;
- **Abel Okubor**, deceduto nel maggio 2025 nel CPR di Restinco a Brindisi;
- **Simo Said**, morto nel febbraio 2026 nel CPR di Bari in circostanze ancora poco chiare;
- e poi ancora **Aymen Mekni**, morto nel CPR di Caltanissetta con il sospetto di cure non adeguate;
- **Vakhtang Enukidze** e **Orgest Turia**, morti nel CPR di Gradisca d'Isonzo dopo episodi poco chiari il primo e a seguito di una overdose da farmaci il secondo,
- **Ezzedine Anani** e **Arshad Jahangir**, suicidati sempre a Gradisca (Aliprandi, 2023).

In molti centri è documentato un uso massiccio di

psicofarmaci a scopo sedativo, spesso somministrati senza consenso informato e senza un adeguato percorso terapeutico, trasformando la cura in strumento di contenimento (Rondi e Figoni, 2023). Le morti e le pratiche di medicalizzazione forzata non appaiono, in questa prospettiva, come anomalie episodiche, ma come esiti coerenti di un dispositivo che combina controllo amministrativo e gestione biopolitica dei corpi.

Una dimensione cruciale, spesso sottovalutata, è quella della **maschilità razzializzata**. La maggior parte dei trattenuti nei CPR sono uomini giovani con background migratorio: la razzializzazione li colloca simultaneamente come **potenziali minacce** e come **corpi sacrificabili**. Essi vengono stereotipati come violenti, pericolosi o incapaci di autodisciplina, riproducendo una narrazione di matrice coloniale che associa la maschilità marginale alla “barbarie” e alla devianza. Questa costruzione simbolica funziona da **giustificazione delle pratiche di detenzione, sorveglianza intensiva e medicalizzazione coercitiva**, occultando la violenza strutturale prodotta dalle istituzioni e dai modelli dominanti di genere, ovvero **occulta la violenza dell’uomo bianco o sbiancato** (es. l’ebreo sionista) **sull’uomo razzializzato**. Tale prospettiva si inserisce in una riflessione più ampia che

non nega la presenza di un'impostazione patriarcale anche nelle società indigene, ma che ne problematizza la strumentalizzazione in chiave coloniale e culturalista.

Sul **piano simbolico** più ampio, le persone nere, rom o musulmane sono frequentemente rappresentate nei media come “clandestine”, “devianti” o “oppressori delle donne”, oppure – paradossalmente – attraverso alcune declinazioni dell'antirazzismo morale, ridotte a vittime passive, prive di agentività (El-Tayeb, 2011). In entrambe le configurazioni si assiste a una **sottrazione di soggettività**: i soggetti razzializzati vengono definiti dall'esterno, come pericolo o come oggetto di tutela, ma raramente riconosciuti come attori sociali capaci di parola e autodeterminazione.

Le persone con background migratorio costituiscono così un punto di osservazione privilegiato per comprendere il razzismo strutturale contemporaneo, che si manifesta in barriere sistemiche all'istruzione e alla partecipazione sociale (Dusi e González-Falcón, 2021), nel razzismo occupazionale (Fellini e Megna, 2024) e nell'esclusione dal diritto di cittadinanza (Ricucci, 2022).

Anche il **sistema sanitario** non è esterno a queste dinamiche.

La razzializzazione agisce attraverso processi di selezione e trattamento differenziale: le **donne migranti in gravidanza** ricevono spesso assistenza frammentaria, mediata da stereotipi culturali o da una visione patologizzante della “diversità etnica” (Schouler-Ocak et al., 2021).

Nei **contesti psichiatrici**, diagnosi e trattamenti possono riflettere più le paure e le logiche di contenimento istituzionale che la complessità dei vissuti individuali.

Storicamente, la medicina ha contribuito a legittimare gerarchie razziali, a trasformare differenze culturali in patologie e a esercitare controllo riproduttivo; oggi il razzismo medico si esprime attraverso **disparità nell’accesso** alle cure, **bias diagnostici** ed **esclusione dalle sperimentazioni** cliniche che vedono come oggetto principale della ricerca l’uomo bianco etero-cis.

Nel loro insieme, questi ambiti mostrano come la razzializzazione non sia un fenomeno residuale o esclusivamente discorsivo, ma un dispositivo strutturale che attraversa diritto, sicurezza, welfare e sanità. La dimensione di genere – e in particolare la costruzione della mascolinità razzializzata come minacciosa – rende visibile l’intreccio tra razzializzazione, patriarcato e violenza istituzionale,

evidenziando come la produzione della “pericolosità” sia funzionale alla legittimazione di pratiche di esclusione, detenzione e controllo.

Bibliografia (Paragrafo 14.3)

[12] C. Darwin, L'origine delle specie. in Biblioteca di cultura scientifica <Einaudi> 61. Torino: Edizioni scientifiche Einaudi, 1959.

[13] C. Guillaumin, «L'idéologie raciste. Genèse et langage actuel», Collection IDERIC, vol. 2, fasc. 1, pp. 0–0, 1972.

[14] A. Alietti e D. Padovan, «1 • Il discorso scientifico sulla razza e la nascita del razzismo», in Le grammatiche del razzismo Un'introduzione teorica e un percorso di ricerca, Venice: Fondazione Università Ca' Foscari, 2023, p. Chapter_18133. doi: 10.30687/978-88-6969-744-9/002.

[15] F. Fanon, Decolonizzare la follia - Ombre Corte. 2020. Consultato: 15 settembre 2025. [Online]. Disponibile su: <https://www.ombrecorte.it/prodotto/decolonizzare-la-follia/>

[16] R. Benedict, Race: science and politics, Revised edition with «The races of Mankind». New York: The Viking Press, 1945.

[17] P. F. Peloso, «“VIA” DONAGGIO. Una buona notizia e una parola mantenuta», Psychiatry online Italia. Consultato: 1 settembre 2025. [Online]. Disponibile su: <https://www.psychiatryonline.it/notizie-varie/via-donaggio-una-buona-notizia-e-una-parola-mantenuta/>

[18] Amutah, «Misrepresenting Race — The Role of Medical Schools in Propagating Physician Bias», 2021, Consultato: 15 settembre 2025. [Online]. Disponibile su:

<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMms2025768>

[19] L. L. Cavalli-Sforza, *Geni, popoli e lingue*. Milano: Adelphi, 1996.

[20] R. Redfield, «What We Do Know About Race», *The Scientific Monthly*, vol. 57, fasc. 3, pp. 193–201, 1943.

[21] V. Stolcke, «Talking culture: new boundaries, new rhetorics of exclusion in Europe», *Ethnographic authority and cultural explanation*, *Current anthropology*, *Current anthropology : a world journal of the sciences of man*. 1995.

[22] Derald Wing Sue, *Microaggressions in Everyday Life: Race, Gender, and Sexual Orientation*. 2010. Consultato: 6 ottobre 2025.

[Online]. Disponibile su:

https://www.researchgate.net/publication/312367320_Microaggressions_in_Everyday_Life_Race_Gender_and_Sexual_OrientationSueDerald_WingMicroaggressions_in_Everyday_Life_Race_Gender_and_Sexual_Orientation_Hoboken_NJ_John_Wiley_Sons_Inc_2010_352_pp_4500_h

[23] E. Bonilla-Silva, «Rethinking racism: Toward a structural interpretation», *American Sociological Review*, vol. 62, fasc. 3, pp.

465–480, 1997, doi: 10.2307/2657316.

[24] C. L. Ford e C. O. Airhihenbuwa, «Critical Race Theory, Race Equity, and Public Health: Toward Antiracism Praxis», *Am J Public Health*, vol. 100, fasc. Suppl 1, pp. S30–S35, apr. 2010, doi: 10.2105/AJPH.2009.171058.

[25] S. Hamed, S. Thapar-Björkert, H. Bradby, e B. M. Ahlberg, «Racism in European Health Care: Structural Violence and Beyond», *Qual Health Res*, vol. 30, fasc. 11, pp. 1662–1673, set. 2020, doi: 10.1177/1049732320931430.

[26] P. Braveman, E. Arkin, e D. Proctor, «Systemic And Structural Racism: Definitions, Examples, Health Damages, And Approaches To Dismantling», *Health Affairs*, 2022, Consultato: 6 ottobre 2025.

[Online]. Disponibile su:

<https://www.healthaffairs.org/doi/10.1377/hlthaff.2021.01394>

[27] F. Fanon, *Pelle nera, maschere bianche*, Edizioni Neri Pozza. 1952.

[28] S. Hall, «Race, articulation and societies structured in dominance».

[29] M. Omi e H. Winant, *Racial Formation in the United States: From the 1960s to the 1980s*. Routledge & Kegan Paul, 1986.

[30] S. Wynter, «Unsettling the Coloniality of Being/Power/Truth/Freedom: Towards the Human, After Man, Its Overrepresentation--An Argument», CR: The New Centennial Review, vol. 3, fasc. 3, pp. 257–337, 2003.

[31] P. Cuttitta, «Delocalization, Humanitarianism, and Human Rights: The Mediterranean Border Between Exclusion and Inclusion», Antipode, vol. 50, fasc. 3, pp. 783–803, 2018, doi: 10.1111/anti.12337.

[32] N. D. Genova, «The deportation power», Radical Philosophy, fasc. 203, pp. 23–27, 2018.

[33] «I 14 migranti morti in 5 anni nei Cpr d'Italia tra condizioni estreme e inchieste delle procure», Il Fatto Quotidiano. Consultato: 22 aprile 2026. [Online]. Disponibile su: <https://www.ilfattoquotidiano.it/2024/02/06/i-14-migranti-morti-in-5-anni-nei-cpr-ditalia-tra-condizioni-estreme-e-inchieste-delle-procure/7435399/>

[34] D. Aliprandi, «Cpr, nelle “prigioni” senza diritti altri morti e proteste». Consultato: 22 aprile 2026. [Online]. Disponibile su: <https://www.ildubbio.news/news/carcere/33336/cpr-nelle-prigioni-senza-diritti-altri-morti-e-proteste.html>

[35] M. Schouler-Ocak et al., «Racism and mental health and the role of mental health professionals», *Eur Psychiatry*, vol. 64, fasc. 1, p. e42, giu. 2021, doi: 10.1192/j.eurpsy.2021.2216.

14.4 Biopolitica e corpi razzializzati: ipersessualizzazione, violenza sessuale e sterilizzazioni

I corpi razzializzati sono stretti in un doppio giogo: da una parte l'ipersessualizzazione di cui la troviamo molteplici esempi all'interno del testo: "Bianco e Nero: Storia dell'Identità Razziale degli Italiani" (Giuliani e Lombardi, 2013), dall'altra la criminalizzazione della sessualità.

Da una parte abbiamo l'indigeno: arabo o nero descritto come barbaro, violento e incoercibile che attiva il fantasma razzista e patriarcale della donna bianca da proteggere dall'indigeno libidinoso; in continuità con questo processo, troviamo la criminalizzazione della sessualità indigena: la riproduzione stessa diventa campo di esercizio del potere coloniale.

Infatti, la **sterilizzazione** è stata storicamente utilizzata come strumento di oppressione nel contesto coloniale e post-coloniale, principalmente per il controllo demografico e la marginalizzazione di gruppi minoritari e indigeni. Le politiche di sterilizzazione forzata si sono spesso basate su **ideologie eugenetiche**, che miravano a "migliorare" la popolazione eliminando la capacità riproduttiva delle persone considerate

“indesiderabili” o “inferiori” dal punto di vista razziale, sociale o economico (Reilly, 2015).

Nel XX secolo, la sterilizzazione forzata è stata applicata in modo sproporzionato a **donne indigene, afrodiscendenti, immigrate e persone con disabilità intellettive** negli Stati Uniti, in Canada, in Messico e altri paesi. Queste pratiche hanno avuto profonde implicazioni: perdita della capacità riproduttiva, traumi psicologici, stigmatizzazione sociale e sfiducia nel sistema sanitario. (Black, Rich e Felske-Durksen, 2021). Le **modalità** erano varie: coercizione diretta, manipolazione del consenso, minacce, incentivi economici o pratiche sanitarie non trasparenti. Spesso le procedure avvenivano in strutture pubbliche, ospedali o istituti psichiatrici, senza che le donne fossero pienamente informate o potessero opporsi (Kreitzer, 2005).

- **Puerto Rico** è stato uno dei luoghi con il maggior numero di sterilizzazioni nella storia, soprattutto in rapporto alla popolazione femminile in età fertile (Mumford e Kessel, 1992). La letteratura indica che la percentuale di donne sterilizzate a Puerto Rico ha raggiunto livelli tra i più alti al mondo. La sterilizzazione delle donne a Puerto Rico portata avanti dal colonialismo statunitense tra il 1930 e il

1970 come forma di controllo delle nascite e contrasto alla povertà in particolare nelle classi popolari, portando alla sterilizzazione di circa 1/3 delle donne in età fertile (Presser, 1969).

- In **California**, leggi eugenetiche hanno portato a circa 20.000 sterilizzazioni tra il 1909 e il 1979, colpendo in modo particolare latine, afroamericane e indigene (Stern et al., 2017).
- Il **Congo** colonizzato dal regime di Leopoldo II del Belgio è uno dei casi meglio documentati di **mutilazioni coloniali**: venivano utilizzate per terrorizzare la popolazione e imporre la raccolta del caucciù. Il corpo razzializzato trattato come mezzo di produzione.
- In modo analogo, **stupri sistematici italiani in Libia ed Etiopia** e torture genitali del colonialismo francese in **Algeria** mostrano come la violenza sessuale fosse impiegata come strumento politico e sociale, in cui togliere la capacità riproduttiva significava dichiarare “non avete più potere né futuro”.

Nell'analisi della violenza sessuale risulta particolarmente utile il contributo dell'antropologa **Rita Laura Segato** nel volume “La guerra contro le donne”, in cui lo stupro viene analizzato non come un atto sessuale individuale ma come una

tecnologia politica di dominio. Segato mostra come, nei **contesti di guerra** e di colonialità del potere, il corpo delle donne venga trasformato in un corpo sacrificale sul quale si iscrive simbolicamente la sovranità maschile e militare. La **violenza sessuale diventa così un linguaggio di potere**: non mira soltanto alla vittima diretta, ma comunica un messaggio di **sottomissione all'intera comunità di appartenenza**. Estendendo questo ragionamento al contesto coloniale, il corpo razzializzato diventa uno spazio su cui si esercita simultaneamente la gerarchia patriarcale e quella coloniale. In questa prospettiva, la violenza sessuale non è un abuso isolato, ma parte di una grammatica del dominio che utilizza il corpo – femminile o maschile – come superficie simbolica su cui iscrivere la sovranità politica e la subordinazione collettiva.

Letto in questa chiave, il controllo dei corpi si manifesta su più livelli, incidendo tanto sulla vita biologica quanto su quella sociale. Esso non si limita alla dimensione della sessualità, ma investe anche la capacità riproduttiva, l'identità di genere e il ruolo sociale degli individui all'interno della comunità. Le violenze sessuali documentate **contro donne e uomini palestinesi nelle carceri israeliane** possono essere interpretate proprio all'interno di questa logica di

disciplinamento e umiliazione collettiva: colpendo il corpo, si colpisce simbolicamente l'intero gruppo sociale. La violenza sessuale sugli uomini, ad esempio, agisce direttamente sull'identità di genere, operando una femminilizzazione forzata, e sulla posizione sociale della vittima, come nel caso del **medico palestinese Adnan Al-Bursh**, ucciso a seguito degli stupri subiti nelle carceri israeliane. Queste pratiche producono un terrore collettivo che travalica la singola vittima, intimidendo intere popolazioni e allo stesso tempo oggettivando il corpo, trasformando le persone in strumenti manipolabili e riducendole a proprietà del potere coloniale. In questo senso, l'esercizio del biopotere diventa centrale: il corpo colonizzato, attraverso la violenza diretta e indiretta, la manipolazione della riproduzione e la sorveglianza sistemica, viene trasformato in uno spazio su cui il potere afferma la propria autorità e decide chi può vivere e chi deve essere esposto alla morte.

E' importante menzionare inoltre che nella **Striscia di Gaza**, l'attacco sistematico alle infrastrutture sanitarie ha colpito in modo particolarmente grave la **salute riproduttiva delle donne**, interrompendo l'accesso a cure prenatali, assistenza al parto, contraccezione e trattamenti per l'infertilità. In un contesto in cui la popolazione palestinese è già sottoposta a

condizioni di assedio, restrizione della mobilità e deprivazione strutturale, la distruzione delle strutture sanitarie contribuisce a produrre una gerarchia materiale della vita, in cui alcune esistenze vengono rese più esposte alla malattia, alla perdita e alla morte. La **distruzione dell'Al Basma IVF Center a Gaza City** rappresenta un esempio particolarmente emblematico di questa dinamica: il bombardamento ha **distruetto migliaia di embrioni crioconservati**, cancellando irreversibilmente le possibilità riproduttive di numerose coppie. Questo evento non può essere compreso solo come un danno collaterale materiale, ma deve essere letto nel quadro più ampio di un regime di razzializzazione che agisce anche attraverso il controllo differenziale della riproduzione. La salute riproduttiva, in questo senso, diventa un sito privilegiato in cui si manifesta ciò che Achille Mbembe definisce come la capacità del potere di decidere chi può vivere e chi deve essere esposto alla morte, non solo attraverso la distruzione diretta dei corpi, ma anche attraverso la compromissione delle condizioni che rendono possibile la continuità della vita stessa.

All'interno dei processi di razzializzazione osserviamo dunque come la salute non è semplicemente un ambito clinico neutrale, ma diventa uno spazio in cui il potere si esercita attraverso la gestione differenziale della vita, della vulnerabilità

e della possibilità stessa di sopravvivenza e riproduzione.

Questo controllo si manifesta anche attraverso la **criminalizzazione della maternità palestinese**: le donne incinte vengono spesso descritte nella narrazione sionista come “bombe ad orologeria”, percepite come minaccia demografica e securitaria. Questa narrazione trasforma la maternità palestinese in un atto politicamente sospetto, associando la gravidanza a una potenziale crescita della popolazione percepita come pericolosa per l’ordine politico e sociale. Tale stigmatizzazione contribuisce a una sorveglianza e discriminazione sistemica, sia a livello sanitario che sociale, e può portare a ostacoli nell’accesso alle cure, violenza ostetrica e marginalizzazione istituzionale. (Daoud et al., 2022). Come osserva la psichiatra Samah Jabr: “La maternità palestinese viene spesso percepita come una minaccia, e le donne incinte sono soggette a pratiche di sorveglianza, ostacoli all’accesso alle cure e violenza istituzionale, che hanno conseguenze profonde sulla salute mentale e sul senso di agency”.

In questo quadro, il **legame tra razzializzazione, patriarcato e controllo dei corpi diventa evidente**: le strategie di dominio non colpiscono solo gli individui, ma intervengono

sulla capacità stessa di riprodurre la vita, organizzando differenze tra chi può sopravvivere e prosperare e chi viene sistematicamente esposto a privazioni e pericoli. La violenza materiale e simbolica contro la maternità palestinese è quindi parte di un continuum storico in cui la gestione della vita e della riproduzione è strumentalizzata per mantenere gerarchie di potere, riproducendo disuguaglianze strutturali e controllando i corpi in maniera selettiva.

Bibliografia (Paragrafo 14.4)

[36] G. Giuliani e C. Lombardi, Bianco e nero: storia dell'identità razziale degli italiani. Consultato: 23 aprile 2026. [Online].

Disponibile su:

<https://onesearch.unipi.it/discovery/fulldisplay/alma990009605360203298/39SBART UPI:39UPI V2>

[37] P. R. Reilly, «Eugenics and Involuntary Sterilization: 1907-2015», *Annu Rev Genomics Hum Genet*, vol. 16, pp. 351–368, 2015, doi: 10.1146/annurev-genom-090314-024930.

[38] K. A. Black, R. Rich, e C. Felske-Durksen, «Forced and Coerced Sterilization of Indigenous Peoples: Considerations for Health Care Providers», *J Obstet Gynaecol Can*, vol. 43, fasc. 9, pp. 1090–1093, set. 2021, doi: 10.1016/j.jogc.2021.04.006.

[39] M. A. Kreitzer, «War Against the Weak by Edwin Black», *The Catholic social science review*, vol. 10, pp. 303–305, 2005, doi: 10.5840/cssr20051027.

[40] S. D. Mumford e E. Kessel, «Sterilization needs in the 1990s: the case for quinacrine nonsurgical female sterilization», *Am J Obstet Gynecol*, vol. 167, fasc. 5, pp. 1203–1207, nov. 1992, doi: 10.1016/s0002-9378(11)91689-5.

[41] H. B. Presser, «The role of sterilization in controlling Puerto Rican fertility», *Popul Stud (Camb)*, vol. 23, fasc. 3, pp. 343–361, nov. 1969, doi: 10.1080/00324728.1969.10405290.

[42] A. M. Stern, N. L. Novak, N. Lira, K. O'Connor, S. Harlow, e S. Kardia, «California's Sterilization Survivors: An Estimate and Call for Redress», *Am J Public Health*, vol. 107, fasc. 1, pp. 50–54, gen. 2017, doi: 10.2105/AJPH.2016.303489.

[43] N. Daoud, S. Abu-Hamad, A. Berger-Polsky, N. Davidovitch, e S. Orshalimy, «Mechanisms for racial separation and inequitable maternal care in hospital maternity wards», *Soc Sci Med*, vol. 292, p. 114551, gen. 2022, doi: 10.1016/j.socscimed.2021.114551.

14.5 Le diverse dimensioni della violenza strutturale: oltre il concetto di intersezionalità

Nel testo “Donne, Razza e Classe” (A. Y. Davis, 2018) la filosofa, attivista politica e accademica statunitense **Angela Davis** affronta il tema dell'intreccio tra razzismo, sessismo e classismo, anticipando il concetto di **intersezionalità** secondo il quale queste forme di oppressione non possono essere studiate separatamente poiché si manifestano in modo combinato rinforzandosi a vicenda.

Questo saggio fu pubblicato nel 1981 ed elaborato in un contesto specifico, quello statunitense, caratterizzato dunque dalla lunga storia di schiavismo tramite la tratta atlantica di persone africane e la successiva storia di segregazione subita dalla comunità afroamericana.

L'autrice ricostruisce quindi la storia delle donne nere negli Stati Uniti mostrando come esse abbiano subito multiple e specifiche oppressioni. Nel contesto della schiavitù esse erano vittime non solo delle violenze e dello sfruttamento caratteristiche del lavoro forzato imposto dalla barbarie schiavista, forme di oppressione subite in egual modo dagli uomini neri, ma anche dello strumento oppressivo e

controllante dello stupro. Allo stesso modo, con lo sviluppo del movimento abolizionista e successivamente con quello per i diritti civili o quello sindacale, risultò evidente come il sessismo di cui era intrisa la società influenzasse le idee e le chiavi di lettura del loro ruolo nella società.

Un punto fondamentale dell'analisi di Davis è che per **comprendere la vita delle donne nere durante la schiavitù si debba partire dal loro ruolo di lavoratrici**. A differenza delle donne borghesi bianche, progressivamente confinate alla sfera domestica con lo sviluppo del capitalismo, le schiave nere erano parte integrante della forza-lavoro: lavoravano nei campi come gli uomini e subivano le stesse condizioni brutali (condividendo una **“uguaglianza nell’oppressione”**). Inoltre, l'autrice descrive il carattere peculiare del lavoro domestico durante la schiavitù e di come questo non fosse esclusivamente femminile poiché gli uomini svolgevano importanti mansioni domestiche e le divisioni di genere che si ritrovavano nella gestione di tali lavori non sembravano comunque essere di tipo gerarchico poiché ugualmente necessari nonché non così rigorosamente separati. È importante inoltre sottolineare come il lavoro domestico fosse, sostanzialmente, l'unico lavoro svolto dalle persone schiavizzate per loro stesse e non per arricchire il proprio

padrone, acquisendo quindi l'importanza dell'unico spazio in cui poter proteggere la loro umanità e avere cura reciproca in un ambiente costantemente volto alla loro disumanizzazione. Questa uguaglianza nell'oppressione così come nella cura dell'ambiente domestico produsse **rapporti familiari relativamente più egualitari** rispetto al modello patriarcale borghese. Alla luce di ciò, Davis sottolinea quindi come la posizione sociale delle donne dipenda molto dai rapporti di produzione (intesi come ruolo produttivo all'interno della società) e non solo da fattori culturali.

Negli anni '30 dell'800 si è assistito al coinvolgimento delle donne bianche nel movimento abolizionista. Durante i primi decenni di tale secolo la rivoluzione industriale aveva provocato un profondo cambiamento della società; molte mansioni economiche delle donne furono assorbite dal sistema di produzione industriale, con conseguente deterioramento del loro status sociale che fino a quel momento si basava sul lavoro sì domestico ma produttivo ed essenziale e che garantiva loro uguaglianza economica. Con questo cambiamento, l'idea di femminilità cominciò ad essere associata a quella di mogli e madri. Le donne bianche del nord, le casalinghe della classe media così come le giovani lavoratrici di fabbrica, cominciarono a manifestare malcontento

e rivendicazioni, denunciando le prime l'insoddisfazione domestica e le seconde l'oppressione economica.

Esse - in particolare le donne di classe media - invocavano spesso la **metafora della schiavitù quando cercavano di denunciare la propria condizione oppressiva**; nonostante l'inappropriatezza di tale confronto, il risultato fu che queste svilupparono una affinità con donne e uomini neri, fino ad essere attivamente coinvolte nel movimento abolizionista. Tuttavia, in questo contesto, risulta essere fondamentale una delle critiche centrali che Davis rivolge al femminismo bianco della classe media, ovvero **l'incapacità di cogliere la sovrapposizione tra discriminazione razziale e di genere** e quindi l'ipocrisia e la responsabilità di aver spesso ignorato la condizione delle donne nere.

Addentrando nelle produzioni culturali di quel periodo, possiamo fare riferimento ad uno dei maggiori esempi di letteratura abolizionista del tempo: **"La capanna dello Zio Tom"** (Stowe, 1926). In tale romanzo, vediamo come la protagonista Eliza, domestica nera di una famiglia di bianchi abolizionisti, venga descritta e raccontata trasponendo su di essa l'incarnazione della figura di donna (bianca) della propaganda culturale dell'epoca, specie in relazione all'idea di

maternità che si andava costruendo, nonché cucendo su di essa una ingenuità che non apparteneva alle personalità e alle esperienze reali delle donne nere che vivevano in schiavitù. È interessante notare anche come Eliza sia in realtà una “quadroon”, cioè una donna con “un quarto di sangue nero”; questa definizione fa parte di una classificazione razziale discriminatoria che indicava, nelle società coloniali delle Americhe, una persona con un quarto di ascendenza africana (o indigena) e tre quarti di discendenza europea (così come altri termini descrivevano differenti proporzioni). Questa classificazione si basa sul fenomeno dell’“ipodescenza” o “categorizzazione asimmetrica”, secondo cui persone di discendenza mista vengono tendenzialmente categorizzate dal gruppo dominante come appartenenti al gruppo di minoranza (Harris, 1964). Tale classificazione veniva utilizzata per definire in maniera ben distinta e gerarchica diritti e restrizioni. Il personaggio di Eliza è di fatto inconsapevole dell’ingiustizia della schiavitù, destino al quale si sarebbe arresa sotto la protezione del padrone e della padrona “buoni e gentili”. Ella trova l’unico slancio di forza nel momento in cui suo figlio rischia di essere venduto (dagli stessi padroni descritti come compassionevoli), afferrando il figlio e tentando una fuga, attraversando un fiume ghiacciato e rialzandosi dopo essersi ferita. L’autrice Stowe sceglie di idolatrare l’ideale

materno cristiano del diciannovesimo secolo e in questo episodio descrive la forza del personaggio come data da un potere incontrastabile collegato alla maternità e non, fondamentalmente, alla sua condizione di schiava. L'autrice fallisce nel descrivere la realtà e l'autenticità della resistenza delle donne nere alla schiavitù, di cui sono stati documentati infiniti atti di eroismo.

Un elemento importante che mette in luce il legame tra mentalità razzista e sessismo si ritrova nella tesi e nelle declinazioni dell'idea di **famiglia nera matriarcale**.

Negli anni 60 del '900 è stata resa popolare la tesi sociologica secondo cui la "famiglia nera" fosse, come eredità degli equilibri familiari generati negli anni della schiavitù, di stampo matriarcale e che questo fosse stato causa del deterioramento intrinseco di suddetti nuclei familiari.

Negli anni dello schiavismo gli atti di nascita di molte piantagioni omettevano i nomi dei padri e le legislazioni statali adottarono il principio del "**partus sequitur ventrem**", norma introdotta dai proprietari, loro stessi padri di non pochi bambini schiavi, secondo cui chi nasceva da una madre schiava avrebbe mantenuto il suo stesso destino divenendo anch'egli schiavo e rimanendo proprietà di colui che possedeva la madre.

Molte analisi hanno superficialmente dato per scontato che questo avesse condotto storicamente ad una forma di famiglia matriarcale e che, addirittura, ciò fosse causa di rallentamento nel progresso della comunità afroamericana negli Stati Uniti in termini sociali ed economici, come descritto in un famoso studio governativo noto come “The Moynihan Report” (Moynihan, 1965). In questo studio, l’origine della loro **oppressione veniva ricondotta all’assenza di autorità maschile** piuttosto che alla discriminazione razziale che generava scarso accesso ad occupazione, educazione, assistenza sanitaria, sicurezza abitativa, etc.

Tale tesi sul matriarcato era stata in realtà introdotta già nel 1939 dal sociologo nero **E. Franklin Frazier** nel suo libro “The Negro Family” (Frazier, 1932). La forza e lo spirito di indipendenza e di ribellione all’oppressione che le donne nere avevano sviluppato diventavano, con le sue parole, segno e motivo di decadimento sottolineando come “né la necessità economica né la tradizione avessero instillato (nella donna nera) lo spirito di subordinazione all’autorità maschile”.

L’analisi di Davis si estende inoltre alla dimensione della **lotta di classe**. Ad esempio, viene messo in luce come, dopo

l'abolizione della schiavitù, la forza-lavoro nera fu sfruttata dai capitalisti per abbassare i salari e minare la forza degli scioperi, alimentando l'ostilità dei lavoratori bianchi.

Vengono inoltre analizzate le **tensioni tra movimento abolizionista e movimento suffragista**. La Seneca Falls Convention, convenzione sui diritti delle donne tenutasi a New York nel 1848, e la conseguente Dichiarazione che venne prodotta, segnò l'inizio ufficiale della battaglia per il voto femminile. Secondo Davis però il movimento delle donne scivolò progressivamente verso posizioni razziste quando contrappose il diritto di voto delle donne a quello degli uomini neri. Il quattordicesimo e quindicesimo emendamento del 1870 garantirono il **suffragio ai maschi neri ma non alle donne bianche**, generando frustrazione nel movimento femminista.

Le donne bianche, come sostenuto da Davis, avrebbero potuto sostenere entrambe le cause, senza alimentare divisioni. La mancata alleanza tra lotte antirazziste e femministe finì invece per rafforzare le fratture sociali.

Davis mette in luce anche come le **organizzazioni sindacali nere fossero spesso più aperte all'uguaglianza di genere** rispetto a quelle bianche, mostrando ancora una volta il legame profondo tra oppressione razziale e subordinazione femminile.

L'analisi che compie l'autrice vuole quindi sottolineare come

razzismo e sessismo diventino strumenti mutualmente incentivanti nonché funzionali alla divisione della classe operaia.

In una produzione molto più recente dell'autrice dal titolo "La libertà è una lotta costante: Ferguson, la Palestina e le basi per un movimento" (A. Davis, 2018) Davis afferma che: "**il femminismo implica molto di più che non la sola uguaglianza di genere.** [...] Deve implicare una coscienza riguardo al capitalismo, al razzismo, al colonialismo, ai postcolonialismi e all'abilità, e una quantità di generi più grande di quanto possiamo immaginare, e così tanti nomi per la sessualità che mai avremmo pensato di poter annoverare". Risulta evidente come concetti di "donna" o di "razza" non indichino un mero dato biologico né tantomeno un aspetto che unifica esperienze di vita in realtà sovrapponibili, poiché sono la storia e le pratiche politiche ad indurre queste categorizzazioni. Questi gruppi non possono essere considerati universalmente rappresentativi poiché le stratificazioni sociali, di genere, di razza, di classe e il contesto in cui si sviluppano ne determinano una profonda eterogeneità.

Su questa eredità teorica si innesta, alla fine degli anni '80, il

lavoro di **Kimberlé Crenshaw**, che introduce il concetto di intersezionalità in un contesto strettamente giuridico, quello del diritto antidiscriminatorio statunitense. La riflessione di Crenshaw nasce dall'osservazione di un **vuoto normativo**: le donne nere che subivano discriminazioni non trovavano tutela perché i tribunali riconoscevano solo il razzismo o solo il sessismo, mai la loro combinazione. La celebre metafora dell'incrocio serviva a rendere evidente questo limite tecnico, mostrando come le categorie giuridiche funzionassero come corsie separate mentre, nella realtà, le oppressioni si manifestavano simultaneamente.

Il passaggio dal contesto storico-politico delineato da Davis alla formalizzazione teorica di Crenshaw permette di comprendere non solo l'origine del concetto, ma anche le sue **potenziali criticità**: trasferito dalla legge alla teoria sociale, l'intreccio delle discriminazioni rischia di essere reificato, ossia percepito come un insieme di identità fisse e "naturali", perdendo di vista le strutture storiche e le relazioni di potere che ne determinano la forma e la gravità. In altre parole, ciò che nasce come strumento critico interno al diritto rischia, nella trasposizione in ambito sociologico e politico, di **oscurare le cause strutturali delle oppressioni**, riducendo la complessità storica delle esperienze di razza, genere e classe a categorie

apparentemente stabili. La reificazione delle identità porta alla **difficoltà a costruire alleanze e a riconoscere una gerarchia delle lotte**: ne è un chiaro esempio la critica mossa al movimento di liberazione palestinese rispetto alla mancata adesione a principi e linguaggi stabiliti dal femminismo occidentale e apre lo spazio a narrazioni che strumentalizzano l'intersezionalità guardando a dimensioni specifiche. Ne è un esempio la strumentalizzazione della dimensione di genere attraverso il **pink e rainbow washing** da parte dell'occupazione sionista o della **strumentalizzazione del femminismo** a sostegno del progetto imperialista e coloniale israelo-statunitense come nel caso dell'Iran.

Per evitare questo rischio è necessario ampliare lo sguardo e collocare l'intreccio delle oppressioni dentro un'analisi più ampia delle strutture di potere (Christoffersen e Emejulu, 2023).

Viola Carofalo sottolinea infatti come sia fondamentale non limitarsi alla richiesta di un semplice riconoscimento simbolico delle differenze, ma sia necessario **intrecciare femminismo, antirazzismo e analisi delle disuguaglianze materiali prodotte dal neoliberismo**. Senza considerare le strutture economiche e politiche che generano precarietà, sfruttamento e violenza, il discorso sulle identità rischia di essere assorbito dall'ordine esistente. Il concetto nato in ambito giuridico

conserva la sua forza solo se rimane ancorato a un'analisi storica delle strutture di potere: non basta affermare che le oppressioni si sovrappongono; occorre interrogare le genealogie coloniali, le architetture patriarcali, le gerarchie della mascolinità e i processi di razzializzazione che determinano chi può vivere con dignità e chi viene esposto alla precarietà o alla morte. Solo così una categoria nata per denunciare un limite del diritto può tornare a essere uno strumento critico capace di mettere in discussione l'ordine sistemico del potere.

In questo quadro la nozione di violenza strutturale elaborata da Johan Galtung ci permette di vedere come il danno non si esaurisca nell'atto diretto, ma sia inscritto nell'organizzazione stessa della società quando essa distribuisce in modo diseguale accesso a risorse, diritti e possibilità di vita. Con Frantz Fanon diventa evidente che la modernità coloniale si fonda su una violenza costitutiva che plasma soggettività e gerarchie; con **Achille Mbembe**, attraverso la categoria di **necropolitica**, si comprende come il potere contemporaneo non solo discrimini, ma decida quali vite siano esposte alla morte o all'abbandono. Le ricerche di Paul Farmer e Nancy Scheper-Hughes mostrano inoltre come la sofferenza sociale sia prodotta da processi lenti e sistemici, normalizzati al punto

da diventare invisibili.

Patriarcato e razzializzazione non sono sistemi separati, ma meccanismi intrecciati attraverso cui un gruppo normalizza il proprio privilegio e impone la propria narrazione del mondo. Accade spesso che, **per spiegare la violenza di genere, si ricorra a stereotipi razziali**: l'uomo arabo o africano viene rappresentato come incarnazione paradigmatica di una mascolinità brutale e arretrata. Questo spostamento produce un effetto rassicurante: se la violenza è “culturale” e appartiene all'altro, la società maggioritaria può assolversi dalle proprie responsabilità strutturali. Eppure, se si osserva la gerarchia effettiva della mascolinità, emerge un quadro diverso. Gli uomini indigeni o migranti, spesso collocati ai margini economici e politici, vengono dipinti dal femminismo liberale come apice della mascolinità tossica; ma **storicamente la mascolinità egemonica è stata incarnata dal maschio bianco** inserito nelle istituzioni sovrane, in particolare nell'apparato militare che ha sostenuto l'espansione coloniale e continua a occupare una posizione centrale nell'ordine geopolitico. Attribuire la “mascolinità problematica” ai soggetti subalterni significa oscurare la struttura gerarchica che organizza il potere maschile. La mascolinità è infatti un dispositivo che non distribuisce privilegi

in modo uniforme. Essa impone modelli di forza, dominio e invulnerabilità che producono violenza non solo verso le donne e le soggettività femminilizzate, ma anche verso gli uomini che non vi si conformano.

Queste dinamiche affondano le radici nella storia coloniale.

Guardando alla **storia del colonialismo italiano**, sappiamo che la sessualità delle donne italiane era concepita come strumento di protezione della “purezza” della razza, mentre quella delle donne africane veniva ridotta a funzioni di servitù, prostituzione o madamato. Parallelamente, gli uomini colonizzati erano rappresentati come ipersessuali, primitivi e “barbari”, una costruzione funzionale a legittimare il dominio coloniale e a consolidare l’auto percezione dell’uomo bianco come civilizzatore (Giuliani e Lombardi, 2013). Queste rappresentazioni hanno avuto il duplice effetto di giustificare la violenza sulle donne colonizzate e di attribuire ai soggetti maschili subalterni una mascolinità “tossica” solo apparente, mentre la vera mascolinità egemonica restava concentrata nelle mani degli uomini bianchi inseriti nelle istituzioni di potere e nelle forze militari.

Un esempio contemporaneo di questo meccanismo si osserva nei Territori Palestinesi Occupati. Gli **uomini palestinesi**,

spesso descritti come “barbari” dalle narrative occidentali, diventano simbolo di una mascolinità subalterna, utilizzata per giustificare restrizioni e controllo militare. Allo stesso tempo, la violenza strutturale dell’occupazione – restrizioni alla libertà di movimento, demolizioni di case, abusi militari, precarietà economica – amplifica la violenza di genere all’interno delle comunità, rendendo le persone femminilizzate più vulnerabili alla violenza domestica e sistemica. Qui, come nelle colonie storiche, la rappresentazione dei maschi subalterni come “pericolosi” serve a occultare la responsabilità delle strutture di potere e della mascolinità egemonica che si colloca all’apice della piramide patriarcale. Attraverso questi esempi emerge come necessario guardare alla violenza di genere nel contesto palestinese non come un fenomeno isolato, ma come parte integrante di un apparato coloniale e militare (Mahamid, Veronese e Bdier, 2022; Veronese *et al.*, 2025).

In Francia, la cosiddetta “guerra all’hijab” rappresenta un esempio emblematico di come razzializzazione e patriarcato si combinino nella costruzione di determinati corpi femminili come simboli di subordinazione e pericolo. Le **normative sul divieto del velo** in contesti scolastici e pubblici, così come i dibattiti mediatici che hanno accompagnato queste leggi, non colpiscono semplicemente un capo di abbigliamento, ma

legittimano una rappresentazione della donna musulmana come vittima e oggetto di protezione. In questa narrazione dominante, la donna velata è descritta come passiva, sottomessa e bisognosa di emancipazione tramite l'intervento dello Stato o della società: un corpo che necessita di liberazione esterna.

Questa costruzione non è un fenomeno recente né confinato all'Europa. Durante la guerra d'Algeria, lo **svelamento forzato delle donne algerine** da parte dell'esercito coloniale francese fu utilizzato come strumento di controllo e umiliazione. Il gesto di costringere le donne a scoprire il volto non mirava solo alla sicurezza militare, ma serviva a simbolizzare la "civiltà" del colonizzatore e la presunta "barbarie" dei colonizzati, iscrivendo la sessualità e l'apparenza femminile all'interno di una logica di dominio coloniale. Anche allora, come oggi con l'hijab, la donna veniva rappresentata come vittima, sradicata dalla propria autonomia e soggetta a un controllo simbolico e materiale esercitato da un potere esterno.

Il parallelo tra i due casi mostra come le politiche sul corpo femminile, presentate come emancipatorie o protettive, siano in realtà strumenti di razzializzazione culturale e patriarcale. La **donna musulmana**, sia in Algeria sia in Francia, diventa

l'icona di una subordinazione da correggere, mentre la violenza istituzionale che la colpisce viene naturalizzata come protezione.

Autrici come **Leila Ahmed** e **Fatima El-Tayeb** hanno sottolineato come queste pratiche rappresentino la religione e l'hijab come segni di alterità, giustificando interventi normativi che difficilmente sarebbero imposti ai membri della maggioranza bianca e cristiana. L'eredità coloniale e le politiche contemporanee di controllo dei corpi femminili rivelano così un continuum storico: dalla militarizzazione dello spazio coloniale al razzismo istituzionale e culturale in Europa, il corpo delle donne razzializzate diventa terreno su cui si esercitano simbolicamente e materialmente strutture di dominio patriarcale e razziale.

Bibliografia (Paragrafo 14.5)

[44] A. Y. Davis, *Donne, razza e classe*. Edizioni Alegre, 2018.

[45] H. B. Stowe, *La Capanna dello zio Tom*. A. Salani, 1926.

[46] D. Moynihan, «The Moynihan Report: The Negro Family, the Case for National Action», BlackPast.org, 1965, Consultato: 22 aprile 2026. [Online]. Disponibile su:

<https://blackpast.org/african-american-history/moynihan-report-1965/>

[47] E. F. Frazier, *The Negro family in Chicago*. 1932. Consultato: 22 aprile 2026. [Online]. Disponibile su:

<https://www.maremagnum.com/it/libri/the-negro-family-in-chicago-by-e-franklin-frazier-1932/363835071/>

[48] A. Davis, *La libertà è una lotta costante*. Ponte alle Grazie, 2018. Consultato: 22 aprile 2026. [Online]. Disponibile su:

<https://www.ponteallegrazie.it/libro/la-liberta-e-una-lotta-costante-angela-davis-9788868338442.html>

[49] A. Christoffersen e A. Emejulu, «“Diversity Within”: The Problems with “Intersectional” White Feminism in Practice», *Soc Polit*, vol. 30, fasc. 2, pp. 630–653, giu. 2023, doi: 10.1093/sp/jxac044.

[50] G. Veronese, B. Hamamra, F. Mahamid, D. Bdier, e F. Cavazzoni, «Intersectional violence against women in Gaza amidst genocide», *Women’s Studies International Forum*, vol. 110, p. 103081, mag. 2025, doi: 10.1016/j.wsif.2025.103081.

[51] F. Mahamid, G. Veronese, e D. Bdier, «Gender-based violence experiences among Palestinian women during the COVID-19 pandemic: mental health professionals' perceptions and concerns», *Confl Health*, vol. 16, fasc. 1, p. 13, apr. 2022, doi: 10.1186/s13031-022-00444-2.

[52] M. Harris, «Patterns of race in the Americas », New York: Walker, 1964

14.6 Pink e rainbow washing

14.6.1 Origine del termine “Pinkwashing”

Il termine pinkwashing viene utilizzato per la prima volta nel 2002 dall'organizzazione americana “Breast Cancer Action, con lo scopo di denunciare l'appropriazione da parte di aziende private dell'immagine e dei simboli del movimento di lotta al cancro alla mammella a scopi di lucro. L'accusa da parte dell3 attivista era che le aziende non sostenessero davvero la ricerca e la prevenzione e dimostrarono che l'obiettivo fosse il lucro, guadagnando più di quanto venisse investito in campagne solidali attraverso il ritorno di immagine.

Non solo, negli anni la campagna “think before you pink” (gioco di parole che in italiano significa “pensa prima di [usare il] rosa”) ha denunciato come le aziende che **non si facevano problemi ad utilizzare l'iconico simbolo del nastro rosa**, fossero esse stesse **parte integrante del sistema capitalista che ostacola la salute delle donne**, nega accesso alle cure, provoca malattie e tumori. Si promuove la salute delle donne e un'immagine di emancipazione e di lotta dei diritti civili, ma le aziende stesse sono luoghi di sessismo e disuguaglianze.

Il lemma è stato coniato sul termine “**greenwashing**”, neologismo attribuito all’attivista Westerveld. Westerveld denunciava **l’appropriazione delle battaglie ecologiste e ambientaliste** da parte di privati per fare profitto o distrarre dalle proprie condotte anti-ecologiste come consumo di suolo, spreco di risorse e inquinamento. Il termine greenwashing, a sua volta, fu creato partendo da **whitewashing**, termine nato nel contesto **dell’edilizia** e successivamente esteso ad altri contesti (Encyclopædia Britannica, 2003).

L’uso del termine pinkwashing ha avuto un successivo ampliamento di significato e di uso a partire dal 2011 quando **Sarah Schulman**, accademica e attivista statunitense, relazionò per la prima volta il termine alle **politiche israeliane** in un editoriale del “The New York Times” (Schulman S., 2011).

Questo accostamento su uno dei principali giornali di riferimento della politica democratica statunitense, provocò immediate reazioni e un acceso dibattito, dentro e fuori dal quotidiano, con **attacchi diretti all’autrice e accuse di antisemitismo**. Il dibattito ebbe l’effetto di contribuire al successo e alla diffusione del termine pinkwashing, più che delegittimarla.

Da allora il termine viene utilizzato nell'ambito dell'attivismo per descrivere appropriazione delle lotte per i diritti civili da parte di partiti, gruppi politici, stati per "nascondere" e in qualche modo giustificare oppressione di minoranze, odio per le povere, nazionalismo e violenza istituzionale.

Nota: Sul Cambridge Dictionary troviamo la definizione di pinkwashing come: "Pinkwashing can describe the actions of companies that manufacture chemicals that may cause breast cancer while at the same time giving money to organizations that support women with breast cancer" che traduciamo in italiano come: il Pinkwashing può descrivere le azioni di aziende che producono sostanze chimiche potenzialmente cancerogene per il seno, mentre allo stesso tempo donano denaro a organizzazioni che supportano le donne con cancro al seno.

A questo è stato associato il termine **rainbow-washing**, per distinguere l'**appropriazione della lotta queer** da quello della lotta femminista, ma nella pratica politica dell'attivismo transfemminista e queer ha prevalso l'uso di pinkwashing come termine omnicomprensivo, sia in ottica intersezionale sia considerando che spesso le istituzioni che si presentano come promotrici dei diritti LGBTQIA+ si presentano anche come

promotrici di politiche per la parità dei generi.

14.6.2 Le contraddizioni del Pinkwashing e il contesto dell'occupazione della Palestina

L'occupazione della Palestina da parte dell'entità sionista è diventato il modello di riferimento per la concettualizzazione di pinkwashing dal 2011, come abbiamo visto. Come le aziende capitaliste, le aziende del gender gap, del demansionamento dell'occupazione femminile e delle politiche contro la salute delle donne si appropriano dell'attivismo delle associazioni della consapevolezza sul tumore alla mammella per presentarsi come faatrici di emancipazione ed equità sociale, l'occupazione israeliana della Palestina usa l'immagine di una società aperta e inclusiva in contrapposizione a una realtà palestinese descritta come barbara, misogina, trans-bi-omofobica e razzista per giustificare i propri crimini davanti all'opinione pubblica internazionale e offrire una chiave di lettura alternativa dell'organizzazione della sua società teocratica, intrinsecamente razzista e fondata sull'apartheid. Il governo israeliano investe economicamente e politicamente per presentare un'immagine di sé stesso "accettabile" soprattutto agli occhi degli alleati occidentali. La paura che le proprie politiche potessero far perdere consenso tra gli alleati occidentali ha portato l'occupazione sionista a creare

campagne come “Brand Israel” nata negli anni 2000 con il doppio obiettivo di portare visitatori e turisti nei territori della Palestina occupata e di promuovere all’estero la propria immagine (A. Lim et al. 2012). Il pinkwashing è uno dei pilastri delle politiche comunicative e culturali note come **hasbara**, la propaganda del governo israeliano per cui investe ingenti somme di denaro (2,35 miliardi di shekel nel 2026) (The Jerusalem Post 2023, November 20).

La società israeliana è ben diversa da quella che viene proposta dalla propaganda.

L’entità sionista, dato il suo peculiare status internazionale di stato nato da una continua lotta coloniale che, anno dopo anno, ha strappato pezzi di terra al popolo palestinese, è sprovvista di una sua costituzione, che sancisca chiaramente limiti, confini, sovranità, diritti e doveri della cittadinanza. In questo grigio fondativo e legislativo, si muovono **cittadinanze regolamentate in modo diverso, in base ad appartenenza etnica e religiosa**, rispetto ai diritti e doveri dei propri cittadini, come ad esempio denunciano da diversi decenni ONG e organismi indipendenti internazionali a proposito del cosiddetto dual legal system di West Bank. Nel 2014 “The Association of Civil Rights in Israel” ha pubblicato un report sul rapporto tra il sistema di leggi israeliane e i diritti negati alle

minoranze non ebraiche, tra cui le milioni di persone minori in detenzione amministrativa senza processo (Association for Civil Rights in Israel, 2014). Anche i diritti delle donne e della comunità LGBTQIA+ sono soggetti a questo doppio (se non triplo standard), come denunciano le persone e le associazioni queer palestinesi. **Il pinkwashing del Tel Aviv Pride non libera la comunità queer palestinese, ma la opprime due volte.**

L'entità sionista non è Tel Aviv. Al di fuori di Tel Aviv le attività economiche, sociali, ricreative e ricettive LGBTQIA+ crollano per numero (A. Alon, I. Eichner, 2020).

L'estrema destra religiosa rende difficile organizzare Pride fuori da Tel Aviv. Nel 2015 è morta una giovane israeliana durante un Pride organizzato a Gerusalemme, accoltellata da un membro dell'estrema destra ebraica. La notizia ha avuto eco nei media occidentali nelle prime ore, raccontata come un crimine d'odio di matrice islamica, per poi scomparire completamente man mano che le indagini hanno smentito questa versione, confermando la matrice omofobica di segno integralista ebraico – e non di integralismo islamico. Questo episodio non è un fatto di cronaca isolato, ma si aggiunge alle continue discriminazioni della popolazione queer nei territori occupati della Palestina.

Contrariamente a quel che si pensa, ad esempio, nello Stato sionista, **non esiste l'istituto del matrimonio tra coppie omosessuali**, che non possono accedere all'adozione o ad altri benefici di legge. L'assenza di una costituzione garante di diritti civili impedisce l'esistenza di un istituto civile per il matrimonio. I matrimoni sono solo esclusivamente di natura religiosa, sia per eterosessuali che per omosessuali. L'entità sionista si limita a riconoscere e trascrivere i matrimoni celebrati dalle comunità ebraiche israeliane. Questo è un ostacolo per le coppie miste (anche cittadini israeliani stessi atei, ad esempio) e crea ulteriori livelli di disegualianza tra cittadini israeliani, cittadini palestinesi con passaporto israeliano, cittadini palestinesi, coppie miste tra cittadini e stranieri.

In passato ci sono stati tentativi delle associazioni LGBTQIA+ israeliane di introdurre il matrimonio civile, soprattutto perché le comunità ebraiche nell'entità sionista, contrariamente a quel che accade in altre comunità in altri Paesi, rifiutano di celebrare tali unioni, anche tra cittadini israeliani di cultura e religione ebraica, ma **nel 2017 la Corte Suprema ha chiarito definitivamente di non voler riconoscere i matrimoni omosessuali né altri matrimoni al di fuori dai matrimoni religiosi.**

Da allora non ci sono state altre proposte di legge né sul matrimonio civile né sul matrimonio omosessuale. Questo costringe anche chi ha più accesso all'esercizio dei diritti civili (cittadin3 ebre3 israelian3) ad andare a celebrare il matrimonio all'estero e aspettare i tempi del diritto amministrativo per il riconoscimento nella propria patria, creando, in un sistema già iniquo, un'ulteriore differenza tra chi può esercitare diritti civili in base a possibilità economiche, orientamento sessuale, identità di genere, status di cittadinanza.

L'entità sionista non è il paradiso queer friendly che vuol far credere, ma la propaganda israeliana non si fa problemi a costruire questa immagine per creare consensi e nascondere crimini, apartheid e genocidio.

14.6.3 Perché ci riguarda? E cosa c'entra con una controguida alla medicina transfemminista?

Perché stiamo leggendo del pinkwashing israeliano in una controguida alla medicina transfemminista?

Per due motivi.

Il fenomeno del pinkwashing è rivolto non alle persone LGBTQIA+ israeliane, non a quelle palestinesi, ma è utile a

promuovere fuori dall'entità sionista un'immagine economicamente vantaggiosa e politicamente credibile. Le lotte LGBTQIA+ non giustificano genocidi e apartheid.

Ma anche perché **l'accesso alle cure sanitarie non è esente da questo intricato sistema di apartheid**, di cittadinanze con pesi diversi ed esclusione sociale. L'accelerarsi delle politiche genocidarie negli ultimi anni ha reso più grave la situazione sanitaria della popolazione palestinese. L'attacco al sistema sanitario palestinese, smantellato nel massacro sistematico a cui assistiamo ogni giorno da due anni a questa parte, è stato riconosciuto come crimine di guerra. In realtà è un fenomeno che ha radici più antiche e si intreccia con l'apartheid sistematico dell'occupazione palestinese.

L'occupazione sionista ha usato negli anni singoli casi ad elevato impatto emotivo (**sfruttando ad esempio bambine e bambini con patologia oncologica** o patologia rara tramite associazioni che lavorano in campo oncologico come Zichron Menachem o associazioni di cura cardiopediatrica come Save a Child's Heart, per citare le più famose), come ha usato il pinkwashing **per nascondere l'apartheid** dietro una finta immagine di società inclusiva e queer friendly.

Ma la realtà è che l'occupazione israeliana della Palestina e la

frammentazione territoriale a cui ha costretto la popolazione palestinese ha ostacolato in ogni modo lo sviluppo di un capillare ed efficace servizio sanitario palestinese, costringendo spesso la popolazione palestinese a viaggi e a cure private.

La campagna internazionale di sostegno alla lotta palestinese **BDS**, da anni, ha lanciato un appello al **boicottaggio internazionale dell'azienda farmaceutica Teva**.

L'azienda farmaceutica Teva, che già nel 2017 è stata sanzionata dalle Nazioni Unite per aver operato nei territori occupati illegali, ha un ruolo cruciale nell'accesso (o meglio, **nella negazione dell'accesso) alle cure sanitarie della popolazione palestinese**, godendo i vantaggi economici unilaterali della legge israeliana che ha soffocato in ogni modo la nascita di un'industria farmaceutica palestinese, arrivando ad opporsi anche alla somministrazione di vaccini nei territori palestinesi che non fossero del monopolio dell'azienda farmaceutica israeliana.

L'eticità della multinazionale israeliana è stata messa in discussione anche al di fuori della Palestina: nel 2022 la commissione antitrust EU ha accusato la casa farmaceutica di **violazione delle norme di concorrenza europea** per l'introduzione di un farmaco per la lotta alla sclerosi multipla e

il mantenimento del monopolio, motivo per cui è stata multata per più di 450.000 euro. L'anno precedente, sempre Teva, è stata giudicata colpevole da un tribunale degli Stati Uniti del **disastro sanitario** conosciuto come "la crisi degli oppioidi", costato la vita a migliaia di persone, motivo per il quale il colosso israeliano ha dovuto 4.200.000 di dollari.

Dal 7 ottobre 2023 la situazione sanitaria a Gaza è drammaticamente peggiorata. Con il genocidio in corso, di cui si fatica ancora a conoscere l'esatto numero di vittime e il rapimento di giovani e bambine e bambini palestinesi, l'occupazione sionista ha arricchito le proprie banche organi, arrivando ai recenti annunci rispetto a banca del derma e banca degli organi, cornee e reni in particolare. **Un Paese con 10 milioni di abitanti dispone di più reni di Paesi come Cina e India.**

La medicina transfemminista che vogliamo praticare è una medicina che denuncia la colonialità e che non può essere basata sulla salute di una popolazione ai danni di un'altra popolazione, massacrata e deumanizzata, ridotta a banca di organi da sfruttare.

Bibliografia 14.7

- [93] <https://www.bcaction.org/about-think-before-you-pink/>
- [94] <https://www.bcaction.org/pink-ribbon-marketing-culture/what-is-pinkwashing/>
- [95] <https://www.bcaction.org/about-think-before-you-pink/campaigns/a-revolution/>
- [96] <https://www.merriam-webster.com/dictionary/greenwashing>
- [97] https://www.treccani.it/vocabolario/greenwashing_%28Neologismi%29/
- [98] Encyclopædia Britannica, Whitewash in DVD Ultimate reference suite, 2023
- [99] <https://www.nytimes.com/2011/11/23/opinion/pinkwashing-and-israel-use-of-gays-as-a-messaging-tool.html>.
- [100] <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/anti.12100>
- [101] <https://dictionary.cambridge.org/dictionary/english/washing>
- [102] Lim, A. (Ed.). (2012). The case for sanctions against Israel
- [103] <https://www.jpost.com/israel-news/politics-and-diplomacy/article-879369>

- [104] Association for Civil Rights in Israel. - L. Yehuda et al. One rule, two legal systems: Israel's Regime of laws in the West Bank. (2024) <https://www.acri.org.il/en/wp-content/uploads/2015/02/Two-Systems-of-Law-English-FINAL.pdf>
- [105] https://www.alqaws.org/articles/Queer-Liberation-Palestine?category_id=0
- [106] <https://www.ynetnews.com/article/Hk00KqPq2L>
- [107] <https://tg24.sky.it/mondo/2015/08/02/israele-gay-pride-morta-ra-gazza-accoltellata>
- [108] <https://tg24.sky.it/mondo/2017/08/31/corte-suprema-israele-respinge-matrimoni-gay>
- [109] <https://bdsitalia.org/index.php/teva-campagna>

14.7 Corpi, cibo e controllo: decolonizzare la nutrizione

La nutrizione e l'alimentazione sono altri territori in cui si iscrivono e si riproducono relazioni di potere che attraversano i corpi, le culture e le economie. Ad esempio, i Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione (DNA), ma anche gli alti tassi di obesità e di malattie non trasmissibili, non possono essere del tutto compresi al di fuori delle strutture oppressive che li generano e li mantengono (Becker et al., 2019; Bhatkal et al., n.d.; Hazzard et al., 2023; Kapadia et al., 2025; Lawton & Stanford, 2024; Masters et al., 2025; R. Puhl & Suh, 2015; Rossen & Schoendorf, 2012; Satia, 2009; Victora et al., 2021).

La trattazione di questi temi (obesità, disturbi della nutrizione e dell'alimentazione, malattie non trasmissibili correlate all'alimentazione) è stata, e rimane, **permeata da stereotipi** che non tengono in conto di quanto disparità, insicurezza alimentare, classismo, razzismo, abilismo, sessismo e stigma del peso influenzano il comportamento alimentare delle persone che subiscono queste oppressioni. In pratica, si persiste nel pensare queste condizioni come fortemente individuali, spiegabili attraverso i soli fattori psicologici e biologici personali, mancando totalmente il punto: ovvero che

le esperienze di oppressione quotidiana sono fattori sistemici che alimentano attivamente la patologia alimentare e l'insoddisfazione corporea.

Anche la scienza della nutrizione, come la medicina, è ben lungi dall'essere un concetto prettamente biologico, individuale o neutrale. Infatti, anche gli standard nutrizionali sono spesso basati su corpi maschili, bianchi, occidentali, ignorando le diversità metaboliche, culturali e sociali che caratterizzano le persone e le popolazioni (Dhillon et al., 2022; Fivian et al., 2024; Haughton et al., 2018)

E anche nella scienza della nutrizione patriarcato e razzismo inficiano le buone pratiche e si fanno strumenti di potere e di controllo (Duggan et al., 2020; Minari, 2026; Nisbett et al., 2022)

Il patriarcato infatti esercita un **controllo specifico sui corpi attraverso l'alimentazione**, disciplinando il corpo femminile (oggetto da modellare secondo canoni maschili), imponendo un certo concetto di dieta come pratica di auto-disciplina e sottomissione, colpevolizzando le donne per fantomatici "fallimenti" alimentari, responsabilizzando le donne per la nutrizione familiare, invisibilizzandone allo stesso tempo il lavoro di cura alimentare, e legandole al doppio vincolo per cui devono nutrire gli altri, ma controllandosi. L'appetito femminile

è infatti una trasgressione, mentre il controllo del cibo, del peso e del corpo diventano virtù da coltivare (Calogero, 2012; Jovanovski, 2024; Jovanovski & Jaeger, 2022).

Il razzismo strutturale d'altro canto plasma profondamente l'accesso al cibo e la relazione con la nutrizione: è necessario nominare il fenomeno dell'**apartheid alimentare**, ovvero l'accesso differenziato a cibo sano e nutriente nelle comunità razzializzate, e la maggiore presenza di food deserts e food swamps in queste comunità, o ancora dobbiamo citare la criminalizzazione, patologizzazione e appropriazione culturale delle pratiche e culture alimentari non occidentali, per non parlare del trauma dell'interruzione forzata delle tradizioni alimentari (Fleischhacker et al., 2011; Jernigan et al., 2017; Kisa & Kisa, 2025; Lawton & Stanford, 2024; Singleton et al., 2023; Zeng et al., 2025).

Il colonialismo esercita il suo potere anche in questo campo, **distruendo i sistemi alimentari tradizionali**, introducendo alimenti e pratiche alimentari aliene all'interno di comunità colonizzate, e rendendole dipendenti da importazioni estere. Allo stesso tempo esercita pratiche di estrattivismo alimentare appropriandosi di cibi indigeni e negando la sovranità

alimentare (Doran, 2024; Grey & Patel, 2015; Malli et al., 2023).

Gli esempi da citare sono innumerevoli e speriamo di poter dedicare in futuro altri lavori al tema dell'uso del cibo come pratica di dominio coloniale e imperialista.

Per citare solo alcuni esempi, le **continue minacce all'ambiente e alle politiche indigene** derivanti dalla colonizzazione, dell'occidentalizzazione e dall'urbanizzazione hanno nel tempo compromesso diversi sistemi alimentari tradizionali, risorse naturali e infine anche la salute di popoli nativi come quelli canadesi, australiani, asiatici, statunitensi, hawaiani, caraibici, africani... e la lista potrebbe continuare (Antonio et al., 2021; Kumar, 2019; Little et al., 2021; Malli et al., 2023b; McCartan et al., 2020; Poirier et al., 2024; Polanco & Rodríguez-Cruz, 2019; Tak et al., 2025; Weerasekara et al., 2018; Williams, 2025; Wilson et al., n.d.; Wong & Kataoka-Yahiro, 2017).

Non possiamo parlare di alimentazione e oppressione senza citare la **grassofobia**, ovvero la visione del corpo grasso come deviante, la quale porta ad una patologizzazione automatica del peso corporeo, attraverso bias medici che attribuiscono ogni sintomo al peso e negano cure mediche adeguate alle

persone grasse.

Il tema è ampio e complesso e purtroppo non sarà possibile trattarlo adeguatamente in questa controguida, ma speriamo di poterlo sviscerare come merita in una prossima edizione. Si dirà in questa sede che a causa della grassofobia si è arrivati a moralizzare il cibo, portando all'inevitabile conseguenza di considerare il corpo grasso come evidenza di fallimento morale, nel tentativo di disciplinare corpi e persone attraverso la vergogna.

Se ci poniamo poi nell'ottica dell'intersezionalità vedremo dunque come una donna grassa, razzializzata, disabile, appartenente ad una classe svantaggiata, viene schiacciata da discriminazione, oppressione e negligenza. Spesso, tra chi opera nel settore sanitario, si possono notare invisibilizzazione di esperienze specifiche (come quelle delle comunità razzializzate), bias diagnostici che privilegiano esperienze bianche, possibilmente appartenenti a classe agiate, e mancanza di servizi culturalmente appropriati, i quali attualmente non prendono in considerazione traumi, povertà, razzismo, migrazioni forzate e perdita di riferimenti alimentari (Jung et al., 2015; Kapadia et al., 2025; Latner et al., 2012; Liu & Conlin, 2025; Moore et al., 2022; Phelan et al., 2014, 2015a, 2015b; R. M. Puhl & Heuer, 2009; R. Puhl & Suh, 2015).

Una pratica nutrizionale decoloniale deve quindi lavorare per un **riconoscimento dei saperi corporei individuali**, per la valorizzazione di tradizioni alimentari diverse, per il concetto di giustizia alimentare (accesso universale a cibo culturalmente appropriato, sovranità alimentare delle comunità, smantellamento dell'apartheid alimentare).

È necessario riconoscere, nelle pratiche della scienza della nutrizione, le esperienze di resistenza attraverso strategie alimentari, promuovere pratiche di supporto e cura attraverso reti di condivisione di risorse alimentari, rifiutare standard estetici oppressivi, celebrare la diversità corporea, smantellare le gerarchie che opprimono attraverso l'alimentazione.

Bibliografia cap 14.6

[53] Antonio, M. C. K., Makua, K. L., Keaulana, S., Kelihoikoi, L. S., Vegas, J. K., & Ho-Lastimosa, H. I. (2021). The study of life and food systems for Native Hawaiians based on their environment.

AlterNative, 17(4), 480–490.

<https://doi.org/10.1177/11771801211038263>

[54] Calogero, R. M. (2012). Objectification theory, self-objectification, and body image. In *Encyclopedia of Body Image and Human Appearance* (Vol. 2, pp. 574–580). Elsevier Inc.

<https://doi.org/10.1016/B978-0-12-384925-0.00091-2>

[55] Dhillon, J., Jacobs, A. G., Ortiz, S., & Diaz Rios, L. K. (2022). A Systematic Review of Literature on the Representation of Racial and Ethnic Minority Groups in Clinical Nutrition Interventions. *Advances in Nutrition*, 13(5), 1505–1528.

<https://doi.org/10.1093/advances/nmac002>

[56] Doran, N. (2024). Defining cultural-ecological resilience through community and sovereign food systems. *Ecology and Society*, 29(4).

<https://doi.org/10.5751/ES-15323-290425>

[57] Duggan, C. P., Kurpad, A., Stanford, F. C., Sunguya, B., & Wells, J. C. (2020). Race, ethnicity, and racism in the nutrition literature: An update for 2020. *American Journal of Clinical Nutrition*, 112(6),

1409–1414. <https://doi.org/10.1093/ajcn/nqaa341>

[58] Fivian, E., Harris-Fry, H., Offner, C., Zaman, M., Shankar, B., Allen, E., & Kadiyala, S. (2024). The Extent, Range, and Nature of Quantitative Nutrition Research Engaging with Intersectional Inequalities: A Systematic Scoping Review. In *Advances in Nutrition* (Vol. 15, Number 6). Elsevier B.V.

<https://doi.org/10.1016/j.advnut.2024.100237>

[59] Fleischhacker, S. E., Evenson, K. R., Rodriguez, D. A., & Ammerman, A. S. (2011). A systematic review of fast food access studies. In *Obesity Reviews* (Vol. 12, Number 5). Blackwell Publishing Ltd. <https://doi.org/10.1111/j.1467-789X.2010.00715.x>

[60] Grey, S., & Patel, R. (2015). Food sovereignty as decolonization: some contributions from Indigenous movements to food system and development politics. *Agriculture and Human Values*, 32(3), 431–444. <https://doi.org/10.1007/s10460-014-9548-9>

[61] Haughton, C. F., Silfee, V. J., Wang, M. L., Lopez-Cepero, A. C., Estabrook, D. P., Frisard, C., Rosal, M. C., Pagoto, S. L., & Lemon, S. C. (2018). Racial/ethnic representation in lifestyle weight loss intervention studies in the United States: A systematic review. In *Preventive Medicine Reports* (Vol. 9, pp. 131–137). Elsevier Inc. <https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2018.01.012>

[62] Jernigan, V. B. B., Wetherill, M. S., Hearod, J., Jacob, T., Salvatore, A. L., Cannady, T., Grammar, M., Standridge, J., Fox, J., Spiegel, J., Wiley, A. D., Noonan, C., & Buchwald, D. (2017). Food insecurity and chronic diseases among American Indians in rural Oklahoma: The THRIVE study. In *American Journal of Public Health* (Vol. 107, Number 3, pp. 441–446). American Public Health Association Inc. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2016.303605>

[63] Jovanovski, N. (2024). Diet Culture and Counterculture. In *Diet Culture and Counterculture*. Palgrave Macmillan. <https://doi.org/10.1057/978-1-349-96114-6>

[64] Jovanovski, N., & Jaeger, T. (2022). Demystifying ‘diet culture’: Exploring the meaning of diet culture in online ‘anti-diet’ feminist, fat activist, and health professional communities. *Women’s Studies International Forum*, 90. <https://doi.org/10.1016/j.wsif.2021.102558>

[65] Jung, F. U. C. E., Luck-Sikorski, C., Wiemers, N., & Riedel-Heller, S. G. (2015). Dietitians and nutritionists: Stigma in the context of obesity. A systematic review. In *PLoS ONE* (Vol. 10, Number 10). Public Library of Science. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0140276>

[66] Kapadia, A., Hooper, S. C., Crumby, E. K., Mekawi, Y., & Levinson, C. A. (2025). The integration of oppression related variables into eating disorder research. *Body Image*, 55.

<https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2025.101999>

[67] Kisa, A., & Kisa, S. (2025). Structural racism as a fundamental cause of health inequities: a scoping review. In *International Journal for Equity in Health* (Vol. 24, Number 1). BioMed Central Ltd.

<https://doi.org/10.1186/s12939-025-02644-7>

[68] Kumar, R. (2019). Lord Mountbatten's The Last Supper: How the British empire botched up the futures of India, Pakistan and Bangladesh. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 8(8),

2555. https://doi.org/10.4103/jfmipc.jfmipc_674_19

[69] Latner, J. D., Ebnetter, D. S., & O'Brien, K. S. (2012). Residual obesity stigma: An experimental investigation of bias against obese and lean targets differing in weight-loss history. *Obesity*, 20(10),

2035–2038. <https://doi.org/10.1038/oby.2012.55>

[70] Lawton, R. I., & Stanford, F. C. (2024). The Role of Racism in Childhood Obesity. In *Current Obesity Reports* (Vol. 13, Number 1, pp. 98–106). Springer. <https://doi.org/10.1007/s13679-023-00538-9>

[71] Little, M., Hagar, H., Zivot, C., Dodd, W., Skinner, K., Kenny, T. A., Caughey, A., Gaupholm, J., & Lemire, M. (2021). Drivers and health implications of the dietary transition among Inuit in the Canadian Arctic: A scoping review. *Public Health Nutrition*, 24(9),

2650–2668. <https://doi.org/10.1017/S1368980020002402>

[72] Liu, X., & Conlin, S. E. (2025). Experienced weight stigma among Asian, Black, and Latinx sexual and gender minorities: A systematic review. In *Social Science and Medicine* (Vol. 383). Elsevier Ltd. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2025.118412>

[73] Malli, A., Monteith, H., Hiscock, E. C., Smith, E. V., Fairman, K., Galloway, T., & Mashford-Pringle, A. (2023a). Impacts of colonization on Indigenous food systems in Canada and the United States: a scoping review. *BMC Public Health*, 23(1). <https://doi.org/10.1186/s12889-023-16997-7>

[74] Malli, A., Monteith, H., Hiscock, E. C., Smith, E. V., Fairman, K., Galloway, T., & Mashford-Pringle, A. (2023b). Impacts of colonization on Indigenous food systems in Canada and the United States: a scoping review. *BMC Public Health*, 23(1). <https://doi.org/10.1186/s12889-023-16997-7>

[75] Mccartan, J., Van Burgel, E., Mcarthur, I., Testa, S., Thurn, E., Funston, S., Kho, A., McMahan, E., & Brimblecombe, J. (2020). Traditional Food Energy Intake among Indigenous Populations in Select High-Income Settler-Colonized Countries: A Systematic Literature Review. In *Current Developments in Nutrition* (Vol. 4, Number 11). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/cdn/nzaa163>

[76] Minari, T. P. (2026). Repercussions of racial, gender, and class inequities on food and nutrition conditions: Implications for public health. *Nutrition*, 142, 112995.

<https://doi.org/10.1016/j.nut.2025.112995>

[77] Moore, C. H., Oliver, T. L., Randolph, J., & Dowdell, E. B. (2022). Interventions for reducing weight bias in healthcare providers: An interprofessional systematic review and meta-analysis. *Clinical Obesity*, 12(6). <https://doi.org/10.1111/cob.12545>

[78] Nisbett, N., Harris, J., Backholer, K., Baker, P., Jernigan, V. B. B., & Friel, S. (2022). Holding no-one back: The Nutrition Equity Framework in theory and practice. In *Global Food Security* (Vol. 32). Elsevier B.V. <https://doi.org/10.1016/j.gfs.2021.100605>

[79] Phelan, S. M., Burgess, D. J., Yeazel, M. W., Hellerstedt, W. L., Griffin, J. M., & van Ryn, M. (2015a). Impact of weight bias and stigma on quality of care and outcomes for patients with obesity. In *Obesity Reviews* (Vol. 16, Number 4, pp. 319–326). Blackwell Publishing Ltd. <https://doi.org/10.1111/obr.12266>

[80] Phelan, S. M., Burgess, D. J., Yeazel, M. W., Hellerstedt, W. L., Griffin, J. M., & van Ryn, M. (2015b). Impact of weight bias and stigma on quality of care and outcomes for patients with obesity. In *Obesity Reviews* (Vol. 16, Number 4, pp. 319–326). Blackwell Publishing Ltd. <https://doi.org/10.1111/obr.12266>

[81] Phelan, S. M., Dovidio, J. F., Puhl, R. M., Burgess, D. J., Nelson, D. B., Yeazel, M. W., Hardeman, R., Perry, S., & Van Ryn, M. (2014). Implicit and explicit weight bias in a national sample of 4,732 medical students: The medical student CHANGES study. In *Obesity* (Vol. 22, Number 4, pp. 1201–1208). Nature Publishing Group.

<https://doi.org/10.1002/oby.20687>

[82] Poirier, B. F., Soares, G., Neufeld, H. T., Hedges, J., Sethi, S., & Jamieson, L. (2024). Conceptualising the relationships between food sovereignty, food security and oral health among global Indigenous Communities: A scoping review. In *Public Health Nutrition* (Vol. 27, Number 1). Cambridge University Press.

<https://doi.org/10.1017/S1368980024001198>

[83] Polanco, V. G., & Rodríguez-Cruz, L. A. (2019). Decolonizing the Caribbean diet: Two perspectives on possibilities and challenges. *Journal of Agriculture, Food Systems, and Community Development*, 9, 25–30. <https://doi.org/10.5304/jafscd.2019.09B.004>

[84] Puhl, R. M., & Heuer, C. A. (2009). The stigma of obesity: A review and update. In *Obesity* (Vol. 17, Number 5, pp. 941–964).

<https://doi.org/10.1038/oby.2008.636>

[85] Puhl, R., & Suh, Y. (2015). Stigma and Eating and Weight Disorders. *Current Psychiatry Reports*, 17(3).

<https://doi.org/10.1007/s11920-015-0552-6>

[86] Singleton, C. R., Wright, L. A., McDonald, M., Archer, I. G., Bell, C. N., McLoughlin, G. M., Houghtaling, B., Cooksey Stowers, K., & Anderson Steeves, E. (2023). Structural racism and geographic access to food retailers in the United States: A scoping review. In *Health and Place* (Vol. 83). Elsevier Ltd.

<https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2023.103089>

[87] Tak, M., Hussain, S. B., Zargar, H., & Blake, L. J. (2025). Food systems in protracted crises: examining indigenous food sovereignty amid de-development in Kashmir. *Disasters*, 49(1).

<https://doi.org/10.1111/disa.12666>

[88] Weerasekara, P. C., Withanachchi, C. R., Ginigaddara, G. A. S., & Ploeger, A. (2018). Nutrition transition and traditional food cultural changes in Sri Lanka during colonization and post-colonization. *Foods*, 7(7).

<https://doi.org/10.3390/foods7070111>

[89] Williams, O. O. (2025). A “Meat-Hungry” People: Nutrition Science and the Colonial Discovery of Animal-Protein Malnutrition in Nigeria. *Journal of African Cultural Studies*, 37(2), 209–226.

<https://doi.org/10.1080/13696815.2025.2474925>

[90] Wilson, A., Wilson, R., Delbridge, R., Tonkin, E., Palermo, C., Coveney, J., Hayes, C., & Mackean, T. (n.d.). Resetting the Narrative

in Australian Aboriginal and Torres Strait Islander Nutrition Research.

[91] Wong, K. A., & Kataoka-Yahiro, M. R. (2017). Nutrition and Diet as It Relates to Health and Well-Being of Native Hawaiian Kūpuna (Elders): A Systematic Literature Review. *Journal of Transcultural Nursing*, 28(4), 408–422. <https://doi.org/10.1177/1043659616649027>

[92] Zeng, C., Lessani, M. N., Liu, J. B., Jarman, M. P., Ufere, N. N., Lau-Min, K. S., Meyers, P. M., Qiao, S., Bryant, A. S., Kaur, M. N., Pusic, A. L., Li, X., Li, Z., & Edelen, M. O. (2025). Impacts of Residential Segregation and Comorbidity on Racial Disparities in Acute Care Utilization. *Journal of Racial and Ethnic Health Disparities*. <https://doi.org/10.1007/s40615-025-02574-8>

Capitolo 15: Una visita transfemminista

Questo capitolo vuole essere un riassunto ed una rielaborazione in termini pratici e operativi di quanto abbiamo visto finora. Quando parliamo di una “visita transfemminista” dobbiamo innanzitutto interrogarci sul significato che ha il termine per noi e su cosa può significare, per la persona che abbiamo dall'altra parte, avere a che fare con un'e medica che si dichiara transfemminista. Fuori dalle nostre bolle, sociale e lavorativa, dichiararsi tali può avere un forte impatto non solo su chi non vede di buon occhio questa linea di pensiero, ma anche su coloro per cui può essere un barlume di speranza e di comprensione.

Attenzione, però, a non fare l'errore di voler a tutti i costi manifestare tali punti di vista: non sei obbligata a mostrare le tue idee se non ti senti pronta o se per te potrebbe essere un problema.

Tuttavia, essere rispettosa di tutte le realtà che ci circondano (comprese le persone considerate “diverse”, come quelle appartenenti alla comunità LGBTQIA+, le persone razzializzate, con disabilità, con corpi grassi, che vivono con HIV, etc.) e saper credere al dolore dell3 pazienti, andando

oltre la nostra percezione e gestione personale del dolore, non è un atto di attivismo, ma è semplicemente il pieno compimento dei principi contenuti nel giuramento professionale.

Nelle pagine che seguono non vogliamo trasformarti in un attivista, né chiederti di scendere in piazza o di esprimere apertamente il tuo dissenso sul posto di lavoro: sappiamo bene quanto l'ambiente sanitario possa essere chiuso, rigido, e spesso ancorato a modelli antiquati. Il nostro obiettivo è offrirti strumenti e linee guida pratiche per entrare in contatto con i tuoi pregiudizi, riconoscerli e lavorarci, per aiutarti a costruire relazioni terapeutiche di autentica comprensione e rispetto con i pazienti che incontrerai.

Se poi vorrai unirti a noi nella lotta contro tutte le forme di discriminazione, sarai sempre benvenuto!

15.1. L'importanza della prima visita

La prima visita è il momento più significativo nella costruzione della relazione medico - paziente.

Durante questo primo incontro conoscitivo, è naturale — in quanto persona con la tua storia, il tuo vissuto e le tue esperienze — farsi un'idea della persona che hai davanti. Ti invitiamo quindi a riflettere su alcuni **elementi che influenzano inevitabilmente la relazione di cura**: la tua età, la tua identità sessuale e la tua espressione di genere, il settore del SSN in cui lavori, se sei sole o se, di solito, condividi l'ambulatorio con altre professionist3 o tirocinant3, ma soprattutto il tempo reale che potrai dedicare a questo primo incontro.

A questo punto è importante capire **in che modo far sentire accolta la persona** che verrà da te.

Spesso purtroppo, nel momento della necessità, emerge una tendenza egoistica a dimenticare che, in fondo, si sta comunicando tra esseri umani. Il contesto attuale non aiuta: come professionist3 del SSN, ma anche come cittadinanza, stiamo attraversando una profonda crisi dovuta ai continui tagli

al welfare.

È utile ricordarsi che la persona che hai davanti potrebbe non avere alcuna conoscenza del funzionamento dei finanziamenti pubblici alla sanità, e quindi vivere con frustrazione i ritardi e le carenze del sistema. Potrebbe anche trovarsi a spendere cifre consistenti per la propria salute, tra visite private e assicurazioni che spesso non coprono gran parte delle spese. Magari ha atteso mesi per la visita che stai per svolgere, oppure sta per pagarla centinaia di euro.

Questo crea una condizione di svantaggio relazionale per chi riceve: far sentire la paziente a proprio agio è il primo compito, insieme alla valutazione di competenza — cioè capire se sei in grado o meno di affrontare il problema di salute che ti viene posto.

Una volta fatto questo importante preambolo, **analizziamo la tua situazione.**

Sei pagata a ore o a visita? Sei una specializzanda? Il tuo ambiente di lavoro non ti permette di operare in sicurezza? Non ti senti libera di esprimere la tua identità di genere e le tue idee sul posto di lavoro? Hai subito violenza sul lavoro o fuori dal lavoro in passato? Vivi ancora situazioni di violenza sul posto di lavoro?

Se la risposta a una di queste ultime domande è sì, vogliamo

innanzitutto esprimerti la nostra vicinanza, con la speranza che il trauma che hai vissuto — o che stai vivendo — possa essere, se già non lo è, superato presto. Ti invitiamo, se non l'hai ancora fatto, a rivolgerti a professionisti del settore: elaborare quel dolore e trasformarlo da ferita aperta in cicatrice può diventare non solo una risorsa personale e un punto di forza, ma anche uno strumento per comprendere meglio le persone che incontrerai nella tua pratica clinica.

15.1.1. Partire da sé per poter lavorare con l3 altr3

Sin dall'infanzia veniamo continuamente esposti a messaggi che definiscono in modo rigido come dovremmo vivere la nostra identità sessuale e quali ruoli di genere dovremmo assumere. Se non abbiamo chiare le risposte a queste domande, o come questi condizionamenti hanno influenzato la nostra personalità, il nostro comportamento e il nostro modo di relazionarci, sarà ancora più difficile accogliere ciò che esce dai nostri schemi. Nel corso della carriera, incontreremo inevitabilmente persone “diverse” che si discostano da ciò che conosciamo o che ci mettono a disagio: per cultura, credo, identità, caratteristiche estetiche, (dis)abilità, funzionamento mentale, esperienze di vita.

Conoscere i propri punti di forza e di debolezza ti consente di fare un passo indietro, riconoscere e accettare i tuoi limiti e, se necessario, comunicarlo allə paziente: “Non sono in grado di offrirlə le cure che merita.” Questa ammissione, che può sembrare in contrasto con il giuramento professionale, è in realtà un atto di cura sul lungo periodo.

Chiediti: sei in grado di prenderti cura di una genitore che desidera intraprendere un percorso di affermazione di genere? Di far sentire a proprio agio una persona con orientamento non eterosessuale? Di credere a chi racconta di aver subito una violenza di genere? Di prendere in carico una persona che non riconosce la propria tossicodipendenza? Di curare chi si dichiara apertamente nazista o chi è accusato di violenza sessuale o pedofilia?

Il giuramento medico ci chiede di curare chiunque, indipendentemente da etnia, credo o identità. Tuttavia, se lo leggiamo con attenzione, fa riferimento a una dimensione acuta — una situazione di vita o di morte. Perciò, nelle prese in carico a lungo termine, la “cura” consiste anche nella professionalità di sapere quando fare un passo indietro.

Riconoscere le proprie debolezze ed i propri schemi mentali è il primo passo per superarli e capire se sei davvero in grado di accogliere la persona che hai davanti. Un atteggiamento giudicante verso una qualunque delle persone degli esempi, anche solo implicito, può compromettere in modo irreversibile il suo accesso alle cure. Ammettere di non essere in grado di svolgere il proprio ruolo e cedere la presa in carico non è una sconfitta, ma un atto di responsabilità che, in certi casi, può letteralmente salvare la vita di quella persona.

Ora che ti sei poste le domande giuste sulle tue credenze, possiamo entrare nel vivo della prima visita.

15.2. L'anamnesi transfemminista

15.2.1. Presentarsi e iniziare nella maniera più rispettosa possibile

Sembra quasi scontato, ma la prima cosa da fare quando conosciamo una persona nuova, e lo stesso vale con una nuova paziente, è presentarsi. Inizia sempre presentandoti con nome e/o cognome, e chiedi a tua volta il **nome** della paziente.

Chiedere “come posso rivolgermi a te/lei?” serve in quanto il nome anagrafico non sempre rappresenta davvero come vogliamo essere chiamati: per semplice gusto personale, perché legato a persone o esperienze familiari dolorose o abusive, oppure perché non corrisponde alla nostra identità di genere, come accade alle persone trans e non binarie che non hanno ancora potuto rettificare i propri documenti.

Quando hai a che fare con pazienti di origine straniera, potresti incorrere nel rischio di un “**misnaming**”, soprattutto con nomi o cognomi lunghi e/o difficili da pronunciare nella tua lingua. Se rischi di pronunciarlo male, non dare nulla per scontato ed evita di sbagliare: **chiedi alle paziente come si**

pronuncia e lascia che ti aiuti. Questo gesto è semplice ma ha un grande impatto in termini di rispetto e riconoscimento. Inizialmente cerca di utilizzare delle locuzioni o delle forme neutre per riferirti allə paziente (ad esempio come “persona”), così da evitare il **misgendering**, soprattutto delle persone non binarie, senza esplicitare ancora la questione dei pronomi.

15.2.2. Cosa evitare di dire o fare durante una (prima) visita?

È importante evidenziare una serie generale di **domande o atteggiamenti inopportuni**.

Ad esempio, soprattutto se davanti a te c'è una **persona razzializzata** (ma non solo!), non dare per scontata la sua provenienza basandoti sull'aspetto, sul nome/cognome, o sul colore della pelle. Perciò, evita di chiedere da quanto è in Italia o da dove viene, e preferisci invece domande neutre e generiche, tipo se ha sempre vissuto in quella città oppure se la sua famiglia è italiana, per evitare atteggiamenti razzisti e per mostrare consapevolezza del fatto che le persone razzializzate possono tranquillamente essere italiane.

Se è una **persona con disabilità** (fisica, sensoriale, di funzionamento cognitivo-relazionale, etc.) ed ha unə accompagnatore, rivolgiti comunque direttamente a lei senza presumere che non sappia spiegarsi. Se è presente unə interprete, mantieni postura, sguardo e comunicazione orientati allə paziente, perché è lei che sta chiedendo il tuo aiuto.

Prima di affrontare **argomenti sensibili** (corpo, abilità/disabilità, scelte alimentari, scelte riproduttive, comportamenti a rischio, abitudini voluttuarie, etc.) chiedi sempre il consenso. Puoi introdurli, per esempio, così: “Le dispiace/le andrebbe se affrontassimo l’argomento del [corpo]? So che è un tema personale e vorrei sapere se è d’accordo nel parlarne”, sottolineiamo che questa è una frase tipo, ognunə deve trovare la propria modalità per parlare di argomenti sensibili.

Non dare per scontato che la persona desideri o debba cambiare il proprio corpo, le proprie abitudini o le proprie scelte: se è opportuno, chiedi semplicemente “desidera da me qualche tipo di aiuto in proposito?” oppure, se ti senti di riuscire a non avere un tono giudicante, cerca di far presente

che è “un punto su cui dovrete lavorare nel tempo” usa la prima persona plurale, nella relazione medicø-paziente siete una squadra, non è un rapporto verticale.

Un altro suggerimento generale: per quanto capiamo benissimo che il nostro tempo sia limitato, cerca di evitare, se possibile, di **interrompere la paziente mentre racconta la storia dei suoi sintomi**. Se devi farlo, spiega apertamente che hai poco tempo e che hai bisogno che si concentri sugli elementi essenziali, rassicurandolø che potrete affrontare i dubbi rimanenti in una seconda visita.

Infine, ricorda sempre che **la visita non è un’occasione per soddisfare le tue curiosità personali**. Le domande devono riguardare il motivo clinico della visita, mentre indagare fuori contesto aspetti come identità sessuale, disabilità o altre informazioni intime è inappropriato, irrispettoso e può essere vissuto come una vera e propria violazione

Rimanendo dunque nel merito di questa Controguida, approfondiamo gli aspetti relativi all’identità sessuale durante una anamnesi.

15.2.3. Indagare l'identità sessuale

Nel capitolo 6 abbiamo già visto che cos'è l'identità sessuale, ma quando è opportuno indagarla, e perché?

La risposta, emersa anche dal confronto con diverse associazioni di attività e pazienti appartenenti alla comunità LGBTQIA+, è che **dipende dal contesto professionale**. La prima domanda da porti è quindi: “a cosa mi serve sapere l'identità sessuale della persona che ho davanti?”

Anche se la risposta è complessa, probabilmente ti verrà spontaneo rispondere: “perché così posso fare lo screening delle infezioni sessualmente trasmissibili nelle persone omosessuali che fanno sesso con uomini.” Questa è, nella nostra esperienza, la risposta più frequente tra i colleghi che non hanno ancora ricevuto una formazione sul tema. Ti comunichiamo che si tratta di un **bias omofobo** che risale alla formazione medica degli anni dell'epidemia di HIV.

Sebbene nella popolazione omosessuale AMAB l'incidenza dell'HIV resti più alta, i dati dell'Istituto Superiore di Sanità (gli ultimi dati disponibili sono del 2023) mostrano che tra le nuove infezioni attribuibili a rapporti sessuali, quelli eterosessuali — considerando quindi sia gli uomini che le donne — superano il 47%.

Il rischio, quindi, è quello di costruire un bias nella nostra mente. Come già ampiamente analizzato nel capitolo 9, ciò che è davvero importante non è l'orientamento sessuale, ma le **abitudini e i comportamenti a rischio** di tutti i pazienti, non solo dei pazienti gay/bi+.

Gli uomini cis eterosessuali, per esempio, rappresentano una delle principali fonti di trasmissione di IST, adottano spesso comportamenti a rischio e tendono a testarsi meno dei coetanei omosessuali o bisessuali.

Il bias “uomo omosessuale = comportamenti sessuali a rischio” non solo discrimina le persone omosessuali, ma porta anche a sottovalutare i comportamenti a rischio degli pazienti cis eterosessuali, uomini e donne.

15.2.3.1. Perché è importante conoscere l'identità sessuale?

Tutti i pazienti appartenenti alla comunità LGBTQIA+ vivono, ancora oggi, una condizione di **minority stress**: un insieme di difficoltà, tensioni e discriminazioni che derivano dallo stigma e dalla marginalizzazione sociale. Si tratta di una forma di stress cronico che colpisce le persone appartenenti a minoranze — sessuali, razziali, religiose o di altra natura — proprio in quanto parte di un gruppo identitario specifico.

Questo stress nasce dalle discriminazioni e dai pregiudizi quotidiani, che col tempo possono essere interiorizzati e trasformarsi in un conflitto interno, con effetti significativi sul benessere psicologico. La discriminazione può manifestarsi in molte forme, dalle micro-aggressioni — come atteggiamenti svalutanti o linguaggi escludenti — fino alla violenza verbale e fisica (inclusa la violenza medica!). Il sistema in cui viviamo è, di fatto, fondato su strutture di potere e credenze che odiano, escludono e puniscono la diversità. Questo genera omo-lesbo-bi-a-transfobia — che è il focus del nostro discorso — ma, ad esempio, anche forme di razzismo che colpiscono le persone appartenenti a gruppi razzializzati, forme di abilismo nel caso delle persone con disabilità, di grassofobia nel caso delle persone con corpi grassi, di sierofobia per chi vive con HIV, etc.

Ora che possiedi queste definizioni, prova a immaginare cosa significhi vivere in un sistema che non è costruito per te (letteralmente e metaforicamente), che ti esclude dai processi decisionali e, in alcuni casi, arriva a creare leggi per negarti l'esistenza — come la legge che definisce la gestazione per altri un reato universale, quelle che permettono l'esistenza dei CPR, le proposte che mirano a vietare il velo alle donne

musulmane, e così via.

Quindi, per rispondere alla domanda, ecco perché è importante conoscere l'identità sessuale dell3 nostr3 pazienti: individuare la presenza di minority stress ci permette di orientare la persona verso percorsi che la aiutino a sviluppare, se non li possedesse ancora, strumenti di resilienza e di tutela della propria identità; e, soprattutto, ci consente di offrire **uno spazio sicuro (safe)** all'interno del SSN in cui esistere e poter essere se stesse.

Per questo riteniamo fondamentale costruire un setting clinico accogliente che permetta alle persone con identità non cis-eterosessuali di potersi esprimere liberamente con la professionist3 di riferimento.

15.2.3.2. Quali specializzazioni dovrebbero creare un setting sicuro per le persone LGBTQIA+ e poi indagare l'identità sessuale?

Da confronto con le associazioni di pazienti, risulta fondamentale che a chiederlo siano:

- **Medic3 di medicina generale:** hanno in mano la salute dell3 pazienti a 360 gradi e, se non conoscono l'identità

sessuale, la paziente non potrà mai sentirsi veramente libera di esprimersi in sua presenza. I medici hanno il ruolo di conoscere la storia personale del paziente oltre alla sua anamnesi prossima/remota/familiare.

- **Psichiatri:** è importante che la conoscano per poter identificare il minority stress alla base di eventuali sindromi ansioso-depressive o depressive maggiori, per valutare possibili incroci tra questa e comportamenti voluttuari a rischio (alcol e droghe), se presenti, che possano in qualche modo influenzare il corretto funzionamento di farmaci, se somministrati.
- **Ginecologi:** le necessità delle persone AFAB lesbiche/bi+ possono essere diverse da quelle persone AFAB eterosessuali, sia in termini di modalità di genitorialità (vedi cap. 11), sia per il rischio di infantilizzazione della sessualità della persona AFAB che ha rapporti con persone con vulva (uno dei grossi errori del ginecologo e non solo, infatti, è pensare che queste persone “non abbiano veri rapporti sessuali” e che, pertanto, mancando la penetrazione con un pene, siano a minor rischio di IST).
- **Urologi:** le persone AMAB omosessuali/bisessuali possono avere rapporti sessuali diversi da quelli eterosessuali (tipicamente caratterizzati con coito

penetrativo pene-vagina) che potranno avere quindi problematiche diverse in base alla propria identità sessuale; tuttavia, ricordiamo, per completezza e senza alcun tipo di giudizio di valore sulle scelte personali, che esistono uomini cis gay/bi+ che non ricevono sesso anale, uomini cis eterosessuali che praticano sesso anale, e donne trans con neovagina.

- **Androlog3:** come l'urologø; qui sono separati in quanto l'andrologia è una sopra-specializzazione sia dell'urologia che dell'endocrinologia.
- **Pediatr3:** riconoscere l'identità non conforme dell3 bambin3, così come un eventuale orientamento sessuale non eterosessuale sin dall'infanzia, può permettere alla famiglia di intraprendere un percorso di conoscenza e scoperta più consapevole, con un sostegno maggiore rispetto a quello che potrebbe avere affrontandolo da sola. Individuare precocemente i rischi legati alla mancata accettazione familiare dell'identità sessuale o di genere dellø propriø figliø consentirebbe, laddove necessario, di attivare tempestivamente i servizi sociali e di prevenire situazioni di disagio o vulnerabilità.
- **Infettivolog3:** controverso, ma necessario, sia per questioni strettamente statistiche sia per il fatto che, in termini storici, hanno sviluppato molto prima di tutte le

altre specializzazioni un confronto aperto e dialogato con le persone LGBTQIA+. Per tale motivo, e non per questioni di discriminazione, la specializzazione in malattie infettive è quella con percorsi maggiormente safe e strutturati per le persone appartenenti alla comunità LGBTQIA+.

- **Specialist3 in salute pubblica/Igienist3:** eventualmente nel corso di indagini statistiche.
- **Endocrinolog3:** sapere se la persona che sta seguendo un'affermazione di genere medicalizzata, o che ha una disfunzione erettile, o che ha sindrome dell'ovaio policistico, ha un'identità o un orientamento non cis-eterosessuale può essere utile per impostare un percorso personalizzato. Questo può includere sia un'indagine endocrinologica mirata, sia un sostegno emotivo integrato, soprattutto in presenza di difficoltà legate alla sfera sessuologica.

Per quanto riguarda le altre specializzazioni, molto dipende dal setting in cui ci si trova. L'opzione ideale sarebbe immaginare un mondo in cui, al momento della presentazione, ciascuna possa dichiarare liberamente la propria identità sessuale — ma siamo ancora lontani da quel contesto utopico.

Per questo motivo, a meno che tu non sia riuscito a costruire un ambiente realmente accogliente per affrontare questo tema, sconsigliamo di porre la domanda sull'identità o sull'orientamento sessuale in prima battuta, se non all'interno di un contesto specifico e appropriato.

Prima di chiedere "qual è la sua identità di genere/orientamento sessuale?", domandati sempre: **a cosa mi serve saperlo?**

Se la risposta non deriva da un bias discriminatorio (come l'associazione automatica "omosessuali = HIV"), ma dal desiderio autentico di conoscere in modo completo e rispettoso la persona che hai di fronte, allora la domanda può essere posta. Tuttavia, devi essere pronto a rispondere, con chiarezza e serenità, a un'eventuale contro-domanda: "perché me lo sta chiedendo?"

15.2.3.3. Come indagare l'identità sessuale?

Veniamo ora al come: come porre questo quesito e come indagare questo aspetto. Ricordati, innanzitutto, che nel nostro lavoro abbiamo a che fare con persone e siamo persone. Il modo in cui porrai la domanda dovrà quindi essere coerente con il tuo stile e con il contesto in cui operi.

Nota importante: se sei unə pediatra o unə MMG e hai in carico unə ragazzə di 12 anni, è necessario chiedere prima il consenso all3 genitor3 per esplorare questi aspetti. Se ottieni il permesso, è preferibile che la conversazione avvenga **senza la presenza dei genitori**, per permettere alla persona piccola di esprimersi più liberamente. In generale, sconsigliamo di affrontare il tema dell'identità o dell'orientamento sessuale se la persona è accompagnata, a meno che non si faccia uscire l'accompagnatorə, spiegando che, se lə paziente lo desidera, eventuali informazioni potranno essere condivise successivamente.

15.2.3.4. Creare un ambiente “sicuro”

Per prima cosa, lavora sulla creazione di un **ambiente il più safe possibile** nel tuo ambulatorio.

Lo spazio fisico dovrebbe trasmettere accoglienza e ridurre la distanza tra medicə e paziente. Ricorda che, per molt3, la scrivania tra te e lə paziente può essere percepita come una barriera relazionale: potresti quindi disporre la stanza in modo che lə paziente sieda accanto a te, e non di fronte, per ridurla.

Alcun3 collegħ3 scelgono di utilizzare simboli o materiali visivi

per segnalare che si tratta di uno spazio safe, come bandiere arcobaleno, cartelli, adesivi. Se decidi di farlo, sii consapevole del significato che questi simboli trasmettono e che creano aspettative elevate da parte delle persone appartenenti alla comunità LGBTQIA+ (vedi avanti la parte 3 sul setting ambulatoriale per maggiori dettagli).

In ogni caso, ciò che rende davvero sicuro uno spazio (secondo noi) è **l’atteggiamento accogliente e la capacità di mettere in atto una visita professionale rispettosa e non giudicante.**

15.2.3.5. Quando e come porre la domanda

Una volta creato un contesto adeguato, puoi scegliere come e quando indagare l’identità e l’orientamento. Il consiglio è di **non farlo all’inizio della visita**, ma alla fine: questo permette alle paziente di conoscerti, comprendere il tuo approccio e sentirsi più a proprio agio prima di affrontare un tema potenzialmente delicato e sensibile come la sessualità.

Inizia prima, come di consueto, con l’**anamnesi generale**: famiglia, allergie, effetti indesiderati, fattori di rischio, abitudini (anche voluttuarie, in modo non moralizzante), attività quotidiane. Cerca di capire chi è la persona che hai davanti, che vita conduce, quali risorse ha a disposizione, e identifica

quali tipi di pronomi usa per descriversi.

Successivamente, puoi chiedere: “in questo momento è in una relazione? Da quanto tempo? Convivete? Ha dell3 coinquilin3? Ha altre relazioni significative?” Scegliere questo tipo di domanda aperta è molto diverso rispetto a “ha un/una fidanzato/a?” o “ha un partner?” sia per la questione di orientamento sessuale (inclusi quelli asessuale e aromantico) che per lo stile relazionale non necessariamente monogamo.

Indagare bene la presenza e **il tipo di relazioni** ti permette di capire se la persona ha una rete affettiva o di supporto, aspetto utile in presenza di patologie croniche o terapie complesse. Ricorda che, per una persona LGBTQIA+, poter parlare apertamente del proprie partner o essere accompagnate in visita può avere un valore enorme in termini di sicurezza e fiducia.

Solo a questo punto puoi porre la domanda sull'**orientamento sessuale e sull'identità di genere**. Fallo in modo neutro, senza giudizio e, se percepisci disagio, esplicita la libertà di non rispondere o anche di mentire.

Inoltre, se non sono già stati colti, potresti chiedere anche i **pronomi**. Questo può essere importante perché sappiamo che

l'aspetto di una persona non corrisponde necessariamente alla sua identità di genere. Soprattutto le persone più giovani spesso conoscono già questa pratica; tuttavia, ci teniamo a evidenziare che non tutte le persone con identità non cis vivono con serenità questa domanda (ad esempio, nel caso di una persona trans binaria con una "chiara" espressione di genere) in quanto potrebbero viverla come uno sminuimento e un'invalidazione della propria identità. È però in generale un gesto di cura che significa "mi interessa come la persona di fronte a me desidera che ci si rivolga a lei e non voglio ferirla". Se dichiara un'identità non cis o un orientamento non eterosessuale, chiedi con delicatezza come e quando ha acquisito consapevolezza della propria identità sessuale, e lascia spazio al racconto. È utile anche esplorare se abbia intrapreso percorsi di supporto psicologico e con quale finalità — un'informazione che, peraltro, andrebbe raccolta anche con pazienti non appartenenti alla comunità LGBTQIA+.

A questo punto portiamo tre nuove definizioni che saranno importanti nelle righe successive:

- **Coming out:** la persona “esce dall’armadio” di sua spontanea volontà, ossia sceglie, in quanto si sente al sicuro, di dichiarare e spiegare la propria identità sessuale a chi le sta intorno.
- **Outing:** la persona viene “trascinata fuori dall’armadio di forza”, ossia qualcunə al posto della persona e senza il suo consenso, dichiara ad altr3 la sua identità sessuale. Sia chiaro che è una forma di violenza e può essere, come tutte le forme di violenza, vissuta più o meno traumaticamente.
- **Back in the closet:** questo è un nuovo termine, coniato negli ultimi anni, causato dai continui atteggiamenti di odio e fobia che dilagano nella società, in particolare nell’ambiente sanitario; indica il “ritornare nell’armadio” di persone che prima avevano fatto coming out. Si è visto che è tipico delle persone anziane che temono discriminazioni da parte del personale sanitario, ad esempio nelle case di riposo e presso i servizi sanitari.

Una volta che la paziente ti ha dichiarato la sua identità sessuale e ti ha spiegato il suo percorso, indaga il supporto della sua famiglia, chiedile se ha fatto coming out e come è andata, chi le ha accettate e chi no, se ha fatto coming out sul posto di lavoro oppure no. Per concludere, chiedile se ha subito episodi di outing e, eventualmente, come li ha vissuti.

Ovviamente quello che ti abbiamo proposto è uno dei possibili metodi per porre la domanda, non è l'unico. Trova il tuo metodo personale che faccia sentire a proprio agio sia te che la persona che visiterai. Se hai degli pazienti appartenenti alla comunità LGBTQIA+, prova a domandare loro in che modo puoi porre le domande: sperimenta e confrontati.

Ci rendiamo conto che indagare questo aspetto possa "portar via tempo" ad altro, ma le persone che entrano nel nostro ambulatorio/studio medico sono persone sociali che intrattengono una vita fuori dal nostro ambulatorio e al di fuori delle loro eventuali malattie: sapere come vivono e perché spianerà, a nostro parere, il futuro rapporto che avrai con la assistita.

15.2.3.6. Quando riportare informazioni sull'identità sessuale in un referto?

Prima di proseguire, è utile riconoscere quando inserire l'identità sessuale di unə paziente equivale a fare un outing in ambito sanitario. È importante cioè capire se, quando e perché riportare le informazioni sull'identità sessuale in un referto e/o condividerle con l3 colleghi. Proviamo a rispondere a questa domanda... con altre domande:

1. Mi serve a fini epidemiologici? Sto facendo uno studio clinico che voglio sia aperto a tuttə?
2. Mi serve perché sospetto che, alla base della patologia dellə miə paziente, ci sia il minority stress e desidero inviarlə a un percorso psicologico?
3. Mi serve perché voglio che si senta accoltə all'interno di un percorso infettivologico?
4. Mi serve perché così me lo ricordo io, ma tanto la cartella ed il referto rimangono a mio uso esclusivo?
5. Mi serve perché sto inviando lə paziente in un reparto e, anche se non ha ancora intrapreso un'affermazione di genere medicalizzata/legale, desidero che venga accoltə nel reparto conforme alla sua identità di genere?

6. Mi serve perché sta facendo un percorso endocrinologico di affermazione di genere e devo segnalarlo nella raccolta anamnestica?

Se la ragione per cui vorresti riportare l'identità sessuale della paziente non rientra in uno di questi casi, è molto probabile che non sia necessario inserirla in referto o in cartella: farlo esporrebbe infatti la persona a un rischio inutile di discriminazioni o aggressioni.

Ricorda inoltre che, se inserisci l'identità sessuale di una paziente in un referto senza il suo permesso, stai facendo un outing. Ulteriore motivo per cui, se pensi che il tuo caso rientri tra quelli elencati e stai per mettere tutto nero su bianco, avvisa sempre la paziente. Una volta scritto, la dichiarazione sulla sua identità sessuale rimarrà per sempre in un documento ufficiale!

Una nota sulla domanda al punto 5: in questo caso, il suggerimento è – dopo aver chiesto il permesso alla paziente – di contattare direttamente il reparto per trovare una soluzione condivisa. Al momento, infatti, i reparti degli ospedali italiani dividono rigidamente le stanze in “maschili” e “femminili”, creando non poche difficoltà alle persone con identità trans o non binaria che devono essere ricoverate.

15.3. L'esame obiettivo transfemminista

15.3.1. Come e perché chiedere il consenso a un esame obiettivo?

Una volta raccolta l'anamnesi della paziente, arriva il momento della visita. Nella mente del medico medio vige l'assunto che "se la paziente viene da me, vorrà farsi visitare". Ricordati, però, che i pazienti arrivano con un proprio vissuto personale, che può includere esperienze di violenza o semplicemente una scarsa conoscenza di cosa comporti una visita medica, sia essa generale, ginecologica, urologica o otorinolaringoiatrica. Visitare una paziente senza che abbia ben chiaro cosa sta per succedere può risultare estremamente traumatico.

Risulta quindi fondamentale non solo dedicare cinque minuti a spiegare cosa stai per fare, ma anche chiedere esplicitamente il permesso di eseguire la visita. Non stiamo parlando del "consenso informato" inteso, come spesso accade, come una mera incombenza burocratica in cui la paziente firma un foglio senza coglierne il reale significato.

Spesso diamo per scontato che, se una persona arriva nel

nostro ambulatorio o studio, lo faccia per essere visitata; ma ci siamo mai chiesti quanto sappia davvero della visita che sta per affrontare? L'errore più grande che puoi fare, come professionista, è presumere che chi hai di fronte non solo conosca cosa sia un esame obiettivo, ma che desideri effettivamente sottoporvisi. Arrabbiarsi di fronte a un rifiuto non fa che peggiorare la situazione: assicurati piuttosto che la persona abbia compreso che, senza una visita, sarà difficile individuare la causa del suo problema.

Questo – anche se dovrebbe essere ovvio – vale in particolare per chi lavora a contatto con i genitali (ginecolog3, urolog3, dermatolog3, etc.) e con il dolore. Sminuire il dolore di una persona durante un esame ginecologico non è solo poco professionale, ma anche privo di umanità, soprattutto in presenza di condizioni come vaginite, vulvodinia o neuropatia del pudendo. Allo stesso modo, è un errore aspettarsi che una paziente con prostata abbia una chiara idea di cosa comporti la sua palpazione.

15.3.2. Il dolore è sempre reale

È importante ricordare che la persona che viene in visita, per come funziona la medicina occidentale, spesso si trova in uno stato di paura e preoccupazione: ha sintomi che la sorprendono, che le fanno vivere male la quotidianità, ha un dolore che non passa, magari si sente senza forze o con l'umore deflesso. Tenere a mente che non sei lì per stabilire se i sintomi siano "reali" o meno è un ottimo punto di partenza: forse per te non saranno obiettivabili, ma per la paziente esistono e sono presenti. D'altronde, per definizione, il sintomo è una percezione soggettiva della paziente e non può essere obiettivato.

Analizzando, insieme a gruppi di pazienti, le procedure che mettiamo in atto durante una visita, abbiamo individuato alcune azioni fondamentali da compiere prima di toccare la persona. In primis: spiegare che la visita è necessaria per comprendere meglio i sintomi, descrivere in cosa consiste, specificando quale parte del corpo verrà esaminata, perché è necessario scoprirla (tipicamente per la valutazione visiva o per l'auscultazione) e chiedere il consenso: "Se la sente?". Se la risposta è "no", accettalo, anche se con difficoltà.

È fondamentale **rispettare il rifiuto di una visita o di una procedura** — che si tratti di salire sulla bilancia, esporsi durante un esame obiettivo o affrontare una procedura invasiva, ad esempio con aghi o altri strumenti — perché non possiamo mai sapere quali vissuti una persona porta con sé. Per alcune persone, anche un gesto apparentemente semplice può riattivare ricordi di abusi, violenze, umiliazioni corporee, esperienze traumatiche o situazioni in cui il proprio consenso non è stato rispettato. Insistere, minimizzare o colpevolizzare non solo rischia di compromettere l'alleanza terapeutica, ma può generare ulteriore sofferenza e sfiducia nei confronti del sistema sanitario.

Accettare un rifiuto significa riconoscere il diritto all'autodeterminazione, garantire sicurezza emotiva e lavorare in un'ottica di cura realmente centrata sulla persona. Dove possibile, è sempre utile proporre alternative, esplorare con delicatezza bisogni e limiti, e restituire alla persona la piena libertà di decidere cosa è sostenibile per lei in quel momento, eventualmente lasciando aperta la possibilità (ma non l'obbligo) di rimandarla alla visita successiva.

Se la risposta è “sì”, puoi proseguire.

1. Chiedere, per favore e con gentilezza, di salire sul lettino.
2. Ricordare sempre di domandare dove sente dolore prima di iniziare a toccare (anche perché, altrimenti, la persona contrae la zona e la valutazione diventa più difficile).
3. Avvisare quando stai per toccarle “ora inizio la palpazione / la percussione”
4. Anticipare il tipo di stimolo sensoriale e sdrammatizzare la tensione dicendo, ad esempio, che forse hai le mani fredde.
5. Spiegare che inizierai dalla parte sana e solo dopo passerai a quella “malata” o dolente.
6. Esplicitare che se la visita diventa troppo dolorosa, può dirlo; quindi, se ti dice che ha dolore, fermarti e far respirare la persona; poi, chiedere se è disponibile a proseguire e non forzarla.
7. **MAI, MAI, MAI** minimizzare il dolore con frasi del tipo “cosa vuole che sia”, soprattutto se, per motivi biologici, non possiedi la parte del corpo che stai visitando nella paziente.

14.3.3 Alla fine della visita

Una volta terminata la valutazione obiettiva, dedica qualche minuto a spiegare che cosa hai osservato e dimostra empatia **riconoscendo la difficoltà della situazione in ogni caso**: per esempio dicendo qualcosa come “deve essere stato difficile convivere con questo sintomo/patologia per tutto questo tempo”.

Può anche darsi che tu non abbia rilevato **nulla di significativo**: in questo caso, però, evita messaggi contraddittori. Non ha senso dire a una persona “non c'è nulla” (anche perché qualcosa sente altrimenti non sarebbe lì) e poi prescrivere esami di secondo livello, come una risonanza magnetica. Usa invece frasi chiare e realistiche, ad esempio: “non mi sembra ci sia nulla di strano o preoccupante, ma visto che il dolore/disturbo persiste da molto tempo, vale la pena controllare”. E proponi, al massimo, esami di primo livello se non sono già stati eseguiti.

Se decidi di richiedere esami del sangue, **evita la “lista della spesa”**: scegli solo ciò che ha senso indagare e ricordati di spiegare — e scrivere chiaramente — il motivo della prescrizione. È importante ricordare che la medicina di famiglia

non sono lì per obbedire ai dettami di pazienti o specialisti: se un esame non è motivato da una spiegazione scritta, lo medico di famiglia ha pieno diritto di rifiutarne la richiesta.

Cerca anche di **coinvolgere lo paziente nel processo decisionale**. Chiedi che tipo di aiuto desidera, quali sono le sue priorità e offri gli strumenti necessari per partecipare attivamente alle decisioni riguardo eventuali procedure mediche, più o meno invasive, e alle possibili strategie terapeutiche. Spiega con chiarezza vantaggi e svantaggi di ciascuna opzione, apri al dialogo e permetti sempre di fare domande. Questo approccio è una scelta vincente per favorire sia l'agentività che la compliance.

Un altro punto fondamentale, quando concludi una visita, è la **capacità di dire “non lo so”** quando non hai una risposta per lo paziente. Inventare spiegazioni, inviare ad altri specialisti senza motivazione o prescrivere esami a caso non rassicura nessuno: al contrario, aumenta l'ansia e crea tensione nel rapporto. Una frase utile potrebbe essere: “non so dare una spiegazione ai suoi sintomi, ma penso valga la pena approfondire; per questo le suggerisco questi esami/questa visita”.

Infine, ricordati che siamo tuttə stanch3 e spaventat3 in questo mondo — sia noi medic3 che l3 pazienti. Sminuire la sofferenza altrui o aggiungere ulteriori interrogativi senza risposta non farà altro che aumentare il malessere generale.

15.4. Il setting ambulatoriale transfemminista

Come rendere il luogo della visita il più “safe” possibile per te e per le tue persone pazienti?

Quando immagini l’ambulatorio o lo studio in cui lavorerai, riesci a visualizzare uno spazio che ti rappresenti? È importante, a nostro parere, che sia un luogo in cui possiamo mettere “il nostro tocco”, senza però risultare ostentatamente politicizzati (con il rischio di generare chiusura invece che apertura da parte di alcun3 patient3). Allo stesso tempo, è utile che lo spazio favorisca un dialogo conoscitivo durante la visita.

Per contribuire a creare un ambiente realmente safe e accogliente, soprattutto in quello che speriamo sia solo un periodo di transizione verso una normalità più ampia, si possono esporre **messaggi chiari nelle sale d’attesa**, come ad esempio:

- bandiera LGBTQIA+
- locandine di eventi femministi, femministi intersezionali, o transfemministi del quartiere o della città
- locandine di associazioni di pazienti o volontari
- cartelli che dichiarino apertamente “Questo è un ambulatorio accogliente”, “In questo ambulatorio ci importa quali pronomi usi”
- cartelli che esprimano solidarietà a pazienti stranieri, di qualsiasi origine, e che spieghino come accedere ai servizi sanitari o a chi rivolgersi per ottenere maggiori informazioni, disponibili – se possibile – in più lingue

Se pensi di avere il tempo di leggerlo, puoi anche proporre un **breve form da compilare** prima della visita. Questo strumento, in cui mettere una serie di domande introduttive, ha un duplice scopo:

1. permettere allə paziente un momento di focus sulle problematiche attive/passate che lə portano in visita, evitando il disagio delle domande a bruciapelo che possono creare ansia, confusione o chiusura e quindi risultare controproducenti
2. consentire a ciascuna di indicare preliminarmente preferenze su nome, pronomi ed eventuali titoli, così da essere chiamatə correttamente e percepire fin dall’inizio che il tuo è un ambulatorio accogliente e

attento.

La nostra speranza è che in futuro questi segnali indiretti non siano più necessari. Il consiglio per i colleghi più giovani è infatti quello di imparare ad agire e comportarsi in modo rispettoso, facendo sentire i pazienti accolti soprattutto attraverso l'atteggiamento, più che attraverso cartelli e simboli (che oggi fungono da escamotage per permettere un accesso più sicuro e sensibile).

15.5. Altre scelte comunicative transfemministe

15.5.1. Dopo il coming out

Una volta che la persona decide di condividere informazioni sulla propria identità e avvenuto il coming out, ricordati di chiedere: “Come posso rivolgermi a te/Lei?”

È possibile che la paziente faccia coming out molto presto nella visita, anche prima che tu abbia costruito un clima di comfort e la metta a proprio agio. E sì: talvolta può sembrare una provocazione o una sfida... e forse lo è. Ma il tuo compito non è rispondere alla sfida: è accoglierla e permettere alla persona di sentirsi al sicuro.

15.5.2. Lavorare sul linguaggio: un neutro che non abbiamo (ancora)

La lingua italiana non possiede un neutro (vedi cap. 5), e non è immediato quindi utilizzare forme che includano anche persone agender e non binarie. Il nostro consiglio è: non escludere la possibilità, ma accoglierla e lavorare in primis sul linguaggio scritto, chiedendo pazienza e comprensione alle

paziente su quello orale, su cui migliorare con il tempo. Esercitati a usare frasi che siano senza un genere esplicitato: parla di persone e non di uomini e donne, parla di partner e non di marito/moglie, compagna/compagno. Utilizza i cognomi senza il “signor/signora”, in modo da evitare di fare misgendering quando non sai che pronome preferisce una persona che non conosci.

15.5.3. Pazienti minorenni e privacy

Con pazienti minorenni, soprattutto se in età tale da poter dare un consenso consapevole, è fondamentale tutelare la loro privacy, per il loro benessere e anche per la nostra responsabilità professionale.

Se devi affrontare temi delicati (uso di sostanze, attività sessuale, orientamento sessuale, identità di genere, etc.), è opportuno chiedere al genitore/caregiver di lasciare da solè la paziente durante quella parte della visita. Se il genitore non acconsente immediatamente, il suggerimento è far uscire la bambine o adolescente dalla stanza e spiegare con calma al caregiver le motivazioni dietro la richiesta di privacy.

Per pazienti con meno di 12 anni può essere utile prima spiegare alla persona adulta cosa verrà chiesto, così da evitare timori o incomprensioni, e solo dopo richiedere un

momento riservato con la persona giovane.

Ricorda: conquistare la fiducia di un'adolescente è molto più complesso che ottenere quella di un adulto. Ma è proprio con loro che puoi fare la differenza più grande — una differenza che può avere un impatto duraturo e profondissimo nella loro vita.

15.5.4. “Dare del Lei o dare del tu, questo è il dilemma!”

La scelta della forma con cui rivolgersi alle pazienti è del tutto personale; il consiglio che ti diamo, però, è di farla sulla base di una riflessione consapevole e non semplicemente di “come ti viene”.

Le persone che scrivono questo paragrafo, per esempio, scelgono di dare del Lei a tutte per percepire le proprie pazienti come uguali tra loro e per mantenere quel distacco necessario nei momenti difficili della professione (ricordati che avrai a che fare con la gioia come con la morte, che porterai buone e cattive notizie, che dovrai dire dei no quando serve). Allo stesso tempo, per alcune persone, dare del tu può risultare una forma più accogliente e confortevole. Ancora,

parlando con persone non binarie è spesso più semplice, per loro in primis, utilizzare il tu invece del Lei. In sintesi: scegli liberamente, carè collega, ma scegliilo con consapevolezza.

15.5.5. Donne e genitorialità: quando e come parlarne?

Concludiamo questo capitolo affrontando un argomento delicato. In questo contesto, parliamo di persone AFAB e dobbiamo considerare che, per una combinazione di fattori biologici e culturali, l'impatto ed il desiderio di genitorialità possono avere un peso significativo nella vita di questi pazienti.

Il primo consiglio è quello di considerare l'età, distinguendo in under e over 30 anni, e a quel punto domandarti: la persona in questione ha e/o riferisce sintomi compatibili con patologie ginecologiche?

Se i sintomi clinici (come dismenorrea/dolore mestruale, vulvodinia o altre condizioni dolorose, irregolarità del ciclo o delle mestruazioni) fanno sospettare questa possibilità, può essere utile indagare l'assetto ormonale ed effettuare un'ecografia prima di iniziare una contraccezione. In questi

casi, può essere importante spiegare alle paziente non (come purtroppo fanno ancora alcuni colleghi), che “sia necessario affrettarsi a fare figli”, ma che monitorare nel tempo andamento ormonale e sintomi dolorosi è una forma di tutela. In assenza di miglioramento e in presenza di quadri sindromici persistenti, si può valutare, anche prima dei 30 anni, l'opzione della crioconservazione dei gameti.

Ricordati inoltre di escludere in modo accurato la presenza di PCOS (di cui ribadiamo: la diagnosi è ormonale, non ecografica) e di endometriosi; spiega l'impatto potenziale sulla fertilità futura e le possibilità di gestione. Lo stesso vale in caso di necessità di terapie oncologiche. Quando opportuno, invia la persona da specialisti adeguatamente formati sul tema.

Se invece la persona non presenta patologie ginecologiche ma ha superato i 30 anni, può essere utile, sempre con tatto, esplorare i suoi desideri in merito alla genitorialità e valutare con lei le diverse possibilità, dalla crioconservazione alla PMA, includendo una spiegazione chiara dei relativi costi specifici. (vedi cap. 11).

Lo specificiamo, nel caso fosse necessario: le donne non sono “forni di bambini” e, per ragioni personali, relazionali o

economiche, potrebbero non avere alcun desiderio di genitorialità. Indagare questo aspetto non significa convincere le persone AFAB a fare figli, ma garantire che abbiano accesso a tutte le opzioni preventive che possano rendere più semplice, in futuro, qualunque scelta desiderino compiere.

Conclusione

Questo manuale nasce per essere onesto, non neutrale. È il risultato di oltre quattro anni di ascolto, studio, confronto e pratica clinica, in cui abbiamo prodotto un testo, non per compiacere un'accademia o per cercare consensi facili, ma come tentativo di mettere nero su bianco una postura: un modo di stare nella medicina che riconosce che i corpi non sono mai neutri, che le diagnosi non sono mai isolate dalla cultura, che il sapere scientifico è sempre inserito in un contesto storico e politico.

È un libro scritto da persone che vivono ogni giorno sulla propria pelle la cultura e l'ambiente in cui sono cresciute e che quella stessa cultura vedono riflettersi nelle istituzioni sanitarie. Accade in tutti i luoghi in cui regimi fascisti dominano la cultura, creando un imprinting anche sulla mente e sulla formazione del personale medico, generando così contesti in cui le scelte politiche, proprie e di altri, e le pratiche istituzionali incidono direttamente sulla salute delle persone.

Quando la violenza diventa sistemica, anche la medicina non è neutra: le sue omissioni, le sue complicità o i suoi silenzi possono diventare parte del problema. Per questo crediamo

che chi opera nella salute non possa sottrarsi a una responsabilità etica e collettiva.

Abbiamo attraversato identità, orientamento, genere, violenza, genitorialità, patologie invisibili, razzializzazione, sessualità.

Non come compartimenti stagni, ma come parti di una stessa trama: quella che tiene insieme biologia, esperienza, diritti e accesso alla cura.

L'arte medica, prima di essere un insieme di protocolli, è una relazione, e ogni relazione è attraversata da potere, linguaggio, aspettative, stereotipi.

Riconoscerlo non indebolisce la medicina, ma la rende più precisa, più rigorosa, più accessibile, più giusta.

Abbiamo cercato, lungo queste pagine, di mantenere uno sguardo rispettoso verso tutte le identità e tutte le esperienze, senza rinunciare al pensiero medico. Speriamo di esserci riusciti, se così non fosse, ci prenderemo la responsabilità di scusarci. Crediamo che il rispetto non richieda l'abbandono del rigore, e che il rigore non debba mai trasformarsi in rigidità. Tenere insieme ascolto e competenza, autodeterminazione e responsabilità clinica, è stato il nostro tentativo costante.

Non pretendiamo che questo testo sia definitivo, perché le

evidenze cambieranno, le linee guida si aggiorneranno, le scoperte avanzeranno, e le persone troveranno nuovi modi per raccontarsi. Quando accadrà, scriveremo volentieri nuove pagine. Ma l'asse rimarrà lo stesso: una pratica clinica che non separa il dato biologico dal contesto sociale, che non riduce il dolore a eccesso emotivo, che non sminuisce il consenso a mera formalità, che non trasforma la neutralità in silenzio complice.

Se questo manuale servirà a una persona per sentirsi meno sola in uno studio medico,
se servirà a una giovane collega per sentirsi autorizzata a fare domande scomode,
se servirà a rendere una visita un po' più rispettosa, un po' più consapevole,
allora avrà già raggiunto il suo scopo.

La medicina non deve nascondersi.

Può scegliere di dichiararsi.

E questa è la nostra dichiarazione.

La medicina è politica, la medicina non è neutrale.

Oggi, dopo dieci anni, ancora una volta, Chi si cura di te?

Glossario medico

A

- **Addictiveness:** capacità di una sostanza di indurre dipendenza.
- **AIDS:** acronimo di Acquired Immune Deficiency Syndrome, in italiano Sindrome da Immunodeficienza Acquisita, rappresenta lo stadio clinico avanzato dell'infezione da HIV (Virus dell'immunodeficienza umana), che distrugge i linfociti CD4+, compromettendo il sistema immunitario.
- **Allodinia:** L'allodinia è una condizione neurologica in cui stimoli innocui (tocco leggero, vestiti, aria fredda, spazzolarsi) provocano dolore intenso, spesso descritto come bruciore o fitta. È una disfunzione del sistema nocicettivo (sensibilità cutanea), comune in casi di neuropatie, emicrania, fibromialgia o dolore cronico.
- **Amenorrea:** L'amenorrea è l'assenza del ciclo mestruale, distinguibile in primaria (mancata comparsa entro i 15-16 anni) o secondaria (interruzione per oltre 3-6 mesi). Oltre alla gravidanza (causa fisiologica), può derivare da squilibri ormonali, stress, disturbi alimentari (anoressia), eccesso di sport, patologie ginecologiche o genetiche, richiedendo indagini ginecologiche.
- **Anamnesi:** La raccolta particolareggiata delle notizie che riguardano il/la paziente

- **Ansia:** risposta a una minaccia o a un pericolo percepito, reale o immaginario. Comprende manifestazioni fisiologiche autonome (prevalentemente a carico del sistema nervoso simpatico) e psicologiche. La medicina definisce disturbi d'ansia un'eterogenea varietà clinica di manifestazioni ansiose che differiscono per insorgenza, intensità e durata dei sintomi. Vanno distinti dall'ansia fisiologica per l'impatto invalidante che hanno sulla qualità della vita delle persone.
- **Antiandrogeni:** farmaci che bloccano o riducono gli effetti degli ormoni considerati tipicamente maschili (androgeni) come il testosterone, agendo sui recettori o sulla loro produzione, sono usati per trattare condizioni legate all'eccesso di androgeni, come acne, irsutismo, alopecia androgenetica, ipertrofia prostatica benigna e tumore alla prostata, ma anche in terapie di affermazione di genere. Esempi includono il ciproterone acetato, la finasteride e lo spironolattone, che contrastano l'azione di androgeni come il testosterone e il suo metabolita attivo, il (DHT).
- **Appendicite:** è l'infiammazione acuta dell'appendice vermiforme, situata nella parte inferiore destra dell'addome, che colpisce frequentemente tra i 5 e i 40 anni. Il sintomo principale è un dolore addominale che spesso inizia vicino all'ombelico per poi spostarsi in basso a destra, accompagnato da inappetenza, nausea, vomito e febbre. Il trattamento definitivo è quasi sempre l'asportazione chirurgica (appendicectomia).

- **Autodeterminazione:** L'atto con cui una persona si determina secondo la propria volontà e le proprie regole; è espressione della libertà della persona, e quindi della responsabilità e imputabilità di ogni suo volere e azione.

B

- **Bias:** previsione errata di un evento dovuta a pregiudizio.
- **Bloccanti della pubertà:** Vedi: Farmaci sospensori della pubertà.
- **BRCA1 e BRCA2:** Vedi: Mutazioni BRCA1 e BRCA2

C

- **Caratteri sessuali primari e secondari:** caratteri sessuali primari sono le gonadi e gli organi genitali presenti dalla nascita (testicoli/ovaie), essenziali per la riproduzione. I caratteri sessuali secondari si sviluppano durante la pubertà a causa degli ormoni, differenziando i corpi AMAB e AFAB (peli, seno, voce) senza essere coinvolti direttamente nella riproduzione.
- **Cervice uterina:** anche nota come collo dell'utero, è la parte inferiore e cilindrica dell'utero che si estende nella vagina, fungendo da passaggio tra quest'ultima e il corpo uterino. Lunga circa 2,5-3 cm, è fondamentale per la riproduzione, producendo muco cervicale, proteggendo la cavità uterina da infezioni e dilatandosi durante il parto. Il suo monitoraggio è cruciale per la prevenzione del tumore (HPV-correlato) tramite Pap-test o HPV-DNA test.

- **Chemsex:** fenomeno in cui droghe psicoattive vengono assunte per potenziare l'esperienza sessuale, sia in termini di durata che di intensità emotiva e fisica. Le sostanze più comunemente utilizzate includono metanfetamine, GHB/GBL (noto come Droga dello Stupro), mefedrone, cannabinoidi, cocaina, popper, alcool etc, che agiscono sul sistema nervoso centrale riducendo inibizioni, aumentando il desiderio sessuale e prolungando la resistenza fisica. Questo comportamento si sviluppa principalmente in contesti di gruppo, come feste private o incontri organizzati attraverso app specifiche, ma può verificarsi anche in situazioni individuali. Nonostante il piacere iniziale che la combinazione di sesso e sostanze può generare, il chemsex può comportare rischi tra cui: dipendenze fisiche e psicologiche, isolamento sociale e conseguenze sulla salute fisica (per esempio tramite l'acquisizione di infezioni sessualmente trasmissibili) e mentale.
- **Cistite:** Infiammazione della vescica urinaria, solitamente causata da infezioni batteriche, ma non solo.
- **Compliance:** La risposta del/la paziente e della famiglia nell'eseguire con esattezza e puntualità le cure prescritte.
- **Concepimento:** Unione del gamete maschile con quello femminile da cui origina un nuovo essere vivente.
- **Condotte suicidarie:** Rientrano in questa categoria atti propedeutici al suicidio (come la pianificazione e gli atti preparatori), tentativi di suicidio e il suicidio portato a

termine. Possono essere accompagnati o preceduti da comportamenti autolesivi senza intento suicidario (self-cutting, bruciate ecc....), che sono espressione e comunicazione di sofferenza psichica, spesso con significato di autoregolazione emotiva. Seppur costituiscono un fenomeno distinto dalle condotte suicidarie propriamente dette, sono un importante e riconosciuto fattore di rischio per tentativi suicidari e suicidi portati a termine.

- **Coping:** l'insieme delle strategie cognitive e comportamentali messe in atto per gestire, ridurre o tollerare situazioni stressanti, conflitti o eventi difficili. È un processo dinamico e adattivo, fondamentale per il benessere psicologico e la resilienza.
- **Cromosomi:** Struttura filamentosa e allungata, presente nel nucleo delle cellule animali e vegetali e visibile solamente durante la fase di divisione cellulare (mitosi e meiosi) all'interno del quale si possono trovare le informazioni genetiche (DNA).

D

- **Depressione:** disturbo dell'umore persistente, caratterizzato da tristezza profonda, perdita di interesse (anedonia) e mancanza di energia, che dura almeno due settimane e compromette la capacità di affrontare la vita quotidiana, interferendo con il funzionamento sociale e lavorativo.
-

- **Disforia di genere:** termine a profondo connotato medico e patologizzante presente nel DSM V, che indica un disagio significativo a causa dell'incongruenza tra il sesso biologico e l'identità di genere.
- **Dispareunia:** dolore, genitale o pelvico, avvertito durante o dopo i rapporti sessuali. Colpisce prevalentemente le donne (con alta incidenza in menopausa), manifestandosi come dolore alla penetrazione (superficiale) o durante il coito profondo. Le cause includono infezioni, carenza di estrogeni, fattori psicologici, stress o endometriosi.
- **Disturbi della nutrizione e dell'alimentazione (DNA, ex Disturbi del Comportamento Alimentare o DCA):** condizioni caratterizzate da una persistente alterazione delle modalità di alimentarsi associati a comportamenti che determinano un alterato consumo o assorbimento di cibo e danneggiano significativamente la salute fisica o il funzionamento psicosociale. Sono stati patologici complessi che influiscono sullo sviluppo corporeo e sulla salute fisica e psichica comportando gravi problemi medici, sia acuti sia cronici.
- **Disturbo post traumatico da stress:** è un disagio psicologico che insorge dopo l'esposizione a eventi traumatici (violenza, disastri, incidenti). Caratterizzato da flashback, incubi, evitamento di stimoli associati al trauma e iperattivazione, si diagnostica se i sintomi durano oltre un mese, compromettendo la vita sociale o lavorativa.

- **DoxyPEP:** Vedi: PReP e DoxyPEP.
- **DSM (Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali):** è la guida di riferimento internazionale per psichiatri, psicologi e altri operatori sanitari, pubblicata dall'American Psychiatric Association, che fornisce criteri diagnostici, descrizioni e linee guida per i disturbi mentali, fondamentale per la pratica clinica, la ricerca e la statistica. L'ultima edizione, la 5, in uso in questo momento, è stata pubblicata tra il 2013 e il 2014.

E

- **Ematocrito:** è un esame del sangue che misura la percentuale in volume dei globuli rossi rispetto al volume totale del sangue. Indica la densità della parte corpuscolata (cellule) nel plasma ed è cruciale per valutare l'ossigenazione dei tessuti, l'anemia o la disidratazione. Valori normali sono circa 40-54% per gli uomini e 36-46% per le donne.
- **Ematometra:** condizione medica in cui si verifica un accumulo di sangue all'interno della cavità uterina, solitamente a causa di un'ostruzione del canale cervicale (collo dell'utero) o della vagina, che impedisce il normale deflusso mestruale. Le cause possono essere congenite, come l'imene imperforato, o acquisite, come cicatrici dopo interventi chirurgici o tumori, e può provocare dolore pelvico,

crampi intensi e sintomi simili a mestruazioni bloccate.

- **Emorragia:** Uscita del sangue dai vasi sanguigni per lesione della loro parete.
- **Empowerment:** La conquista della consapevolezza di sé e del controllo sulle proprie scelte, decisioni e azioni, sia nell'ambito delle relazioni personali sia in quello della vita politica e sociale.
- **Endocrinologo/a:** medic* specializzat* nella diagnosi e cura delle patologie del sistema endocrino, cioè delle ghiandole che producono ormoni (come tiroide, ipofisi, surreni), occupandosi di disturbi come diabete, problemi tiroidei, obesità, disturbi della crescita, menopausa e malattie metaboliche. Si occupa di squilibri ormonali e delle relative conseguenze.
- **Epatite virale** (HAV, HBV, HCV, HDV): processo infiammatorio del fegato, acuto o cronico, causato da virus specifici (virus epatotropi A, B, C, D, E) o altri agenti virali che provocano la distruzione delle cellule epatiche. Si manifesta con sintomi come ittero, nausea, febbre e stanchezza, e si trasmette principalmente per via parenterale (sangue, rapporti sessuali) o oro-fecale (acqua/cibi contaminati).
- **Epidemiologia:** Branca della specializzazione medica in Igiene e Sanità pubblica che si occupa delle modalità d'insorgenza, di diffusione e di frequenza delle malattie in rapporto alle condizioni dell'organismo, dell'ambiente e della

popolazione.

- **Epistemologia:** Lo studio critico della natura e dei limiti della conoscenza scientifica, con particolare riferimento alle strutture logiche e alla metodologia delle scienze.
- **Esame obiettivo:** valutazione clinica fisica che il/la medico/a esegue direttamente sul paziente dopo l'anamnesi (raccolta dei sintomi riferiti) per ricercare segni oggettivi di malattia, usando vista, tatto, udito e percussione (ossia ispezione, palpazione, auscultazione, percussione), e così identificare anomalie e guidare la diagnosi.
- **Estrogeni:** ormoni sessuali steroidei, prodotti principalmente dalle ovaie nelle persone AFAB, ma presenti anche nelle persone AMAB, che regolano, insieme ad altri ormoni quali progesterone, lh, fsh ecc, lo sviluppo sessuale femminile, il ciclo mestruale e la fertilità, influenzando anche ossa, cervello, cuore e pelle, attraverso recettori cellulari. Le forme principali sono estradiolo (età fertile), estrone (post-menopausa) ed estriolo (gravidanza), con funzioni cruciali per il benessere generale, dall'umore alla salute cardiovascolare.
- **Eutanasia:** Morte volontaria, serena e indolore di malati terminali o cronici in presenza di assistenza medica.
- **Eziologia:** studio delle cause delle malattie.

F

- **Farmaci sospensori della pubertà:** farmaci, principalmente analoghi del GnRH (neuro-ormone prodotto dall'ipotalamo che regola il rilascio delle gonadotropine note come LH ed FSH) come la triptorelina, che bloccano temporaneamente la produzione di ormoni sessuali. Agiscono bloccando l'asse ipotalamo-ipofisi-gonadi, fermando la comparsa dei caratteri sessuali secondari (seno, peli, cambio voce). Se il trattamento viene sospeso, lo sviluppo puberale riprende.
- **Farmacie ospedaliere:** servizio specialistico del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) all'interno delle strutture ospedaliere, responsabile della gestione, approvvigionamento, allestimento e distribuzione di farmaci, dispositivi medici e presidi sanitari di secondo livello (ossia specialistici, non reperibili nelle farmacie territoriali in quanto spesso legati a Piani Terapeutici rilasciati da specialisti ospedalieri). Il farmacista ospedaliero ottimizza le terapie, garantisce la sicurezza dei pazienti, collabora con i medici (clinical pharmacy) e gestisce la farmacovigilanza.
- **Fenotipo:** insieme delle caratteristiche morfologiche e funzionali di un organismo, quali risultano dall'espressione del suo genotipo e dalle influenze ambientali.
- **Fisiopatologia:** studio scientifico delle modificazioni presentate dalle funzioni organiche in una qualsiasi

condizione patologica.

G

- **Gold Standard:** dal punto di vista medico definisce il test diagnostico, la procedura o il trattamento più accurato, affidabile e validato disponibile per una determinata patologia. Rappresenta il punto di riferimento imprescindibile per validare l'efficacia di nuove tecniche o esami.
- **Gonococco/ infezioni gonococciche:** noto biologicamente come *Neisseria gonorrhoeae* o diplococco di Neisser, è un batterio Gram-negativo (ossia il tipo di colorazione che assume durante l'utilizzo della Colorazione di Gram), agente eziologico della gonorrea (o blenorragia/scolo). È un patogeno umano obbligato trasmesso per via sessuale (vaginale, anale, orale) che infetta le mucose dell'apparato genitale, del retto e della faringe. Un'infezione di questo batterio causa un'infezione gonococcica.

I

- **Incidenza:** in medicina misura il numero di nuovi casi di una specifica malattia che si sviluppano in una popolazione a rischio durante un definito intervallo di tempo (solitamente un anno). Rappresenta il tasso di incidenza o il rischio di ammalarsi, distinguendosi dalla prevalenza che conta i casi totali.
- **Infarto del miocardio:** è la necrosi (morte) di una parte del

tessuto cardiaco causata da un'interruzione prolungata del flusso sanguigno ossigenato attraverso le arterie coronarie.

- **Infettivologo/a:** è il/la medico/a specializat* nella diagnosi, cura e prevenzione delle malattie causate da microrganismi patogeni come batteri, virus, funghi e parassiti. Gestisce infezioni acute e croniche, come epatiti, HIV, COVID-19 e infezioni resistenti agli antibiotici, fondamentale per la medicina ospedaliera e la salute pubblica.
- **Insomnia:** disturbo persistente dell'inizio, della durata, del mantenimento o della qualità del sonno, nonostante la disponibilità di tempo e condizioni adeguate a dormire. Comporta conseguenze negative diurne, tra cui sonnolenza, stanchezza, disturbi dell'umore e calo delle prestazioni.
- **Iperplasia endometriale:** condizione ginecologica benigna caratterizzata dall'ispessimento anomalo dell'endometrio (mucosa uterina) dovuto a una proliferazione eccessiva di ghiandole e cellule. Causata solitamente da un eccesso di estrogeni non bilanciato dal progesterone, provoca sanguinamenti uterini anomali e, se presenta atipie cellulari, comporta un rischio di evoluzione in carcinoma.
- **IST/Infezioni sessualmente trasmesse:** infezioni provocate da agenti patogeni (batteri, virus, parassiti o funghi) trasmessi principalmente tramite rapporti sessuali non protetti (vaginali, anali o orali) per contatto con mucose, liquidi organici o pelle infetta. Possono anche trasmettersi tramite sangue, aghi o da madre a feto.

- **IUD (dispositivo intrauterino):** piccolo contraccettivo a forma di T in plastica, spesso rivestito di rame o contenente ormoni, inserito nell'utero da un ginecologo per prevenire la gravidanza. È un metodo contraccettivo reversibile a lunga durata (da 3 a 10 anni), con elevata efficacia (98-99%).
- **IVG (Interruzione Volontaria di Gravidanza):** è la procedura medica, legale e gratuita in Italia, che permette a una donna di interrompere la gravidanza.

M

- **Mammografia:** esame radiologico del seno a basse dosi di radiazioni, fondamentale per la diagnosi precoce dei tumori, anche in fase preclinica (non palpabile). Consiste in una radiografia che comprime temporaneamente la mammella per individuare noduli o microcalcificazioni. È il gold standard per lo screening a partire dai 40-50 anni.
- **Mastectomia:** intervento chirurgico di rimozione totale o parziale della ghiandola mammaria.
- **Mastoplastica additiva:** intervento chirurgico plastico, estetico o ricostruttivo, volto ad aumentare il volume e a migliorare la forma e la consistenza delle mammelle. La procedura prevede l'inserimento di protesi, solitamente in gel di silicone, posizionate sotto la ghiandola mammaria o il muscolo pettorale, per ottenere un décolleté più armonioso.

- **Metoidioplastica:** procedura chirurgica di riassegnazione di genere (da AFAB a uomo-trans) che crea un neo-fallo di piccole dimensioni (micropene) a partire dal clitoride ipertrofizzato dalla terapia con testosterone. Consente di mantenere un'elevata sensibilità erogena, permettendo l'erezione naturale, la minzione in piedi (tramite uretroplastica) e, spesso, la scrotoplastica con inserimento di protesi.
- **Modello biopsicosociale:** approccio medico e psicologico che valuta la salute e la malattia come il risultato dell'interazione complessa e dinamica tra fattori biologici (genetica, virus, biochimica), psicologici (umore, personalità, comportamento) e sociali (contesto culturale, familiare, socioeconomico). Introdotto da Engel nel 1977, supera il modello biomedico tradizionale, ponendo la persona nella sua interezza al centro del processo di cura.
- **Morbidity:** spesso sinonimo di morbosità, in medicina indica la frequenza di una malattia in una popolazione in un dato momento o periodo. Definisce lo stato di malattia, la presenza di sintomi e la diffusione di una patologia, stimata tramite indicatori di prevalenza (casi totali) o incidenza (nuovi casi).
- **Mortality:** in contesto medico ed epidemiologico, è la misura della frequenza dei decessi all'interno di una popolazione

definita in un determinato arco di tempo. È espressa tramite il "tasso di mortalità", calcolato come il rapporto tra il numero di morti e la popolazione media, spesso moltiplicato per 1.000, 10.000 o 100.000 abitanti.

- **Mutazioni BRCA1 e BRCA2:** alterazioni ereditarie (varianti patogenetiche) che disattivano le normali funzioni oncosoppressive di questi geni, responsabili della riparazione del DNA danneggiato e del controllo della proliferazione cellulare. Queste mutazioni aumentano in modo significativo il rischio di sviluppare tumori, in particolare del seno, dell'ovaio, e in misura minore pancreas, prostata e alcuni sarcomi.

N

- **Neoplasia:** crescita anomala e incontrollata di cellule, comunemente chiamata tumore, che forma una massa di tessuto nuova e disorganizzata, diversa da quella naturale. Questa proliferazione avviene a causa di mutazioni del DNA e si distingue in neoplasia benigna (non cancerosa, cresce lentamente e localmente) e maligna (cancerosa, aggressiva, può diffondersi tramite metastasi).

O

- **Obesità:** definita in termini medici come una malattia multifattoriale cronica recidivante, caratterizzata da un eccessivo accumulo di tessuto adiposo (grasso corporeo) rispetto alla massa magra. Si tratta di un termine rifiutato

dalla comunità grassa in quanto patologizzante. Per pratica transfemminista di ascolto empatico e linguaggio politico sarebbe opportuno scegliere un termine neutro come *grassezza* o censurare la parola con un asterisco.

Attualmente, per pratica medica superficiale, ancora calcolata tramite l'indice di massa corporea, o BMI, nonostante gli studi nutrizionali abbiano, da molti anni, sottolineato i limiti effettivi di questo parametro.

- **Off-label:** indica la prescrizione di un farmaco per indicazioni terapeutiche, dosaggi, vie di somministrazione o popolazioni di pazienti (es. bambini) diversi da quelli autorizzati dagli enti regolatori (AIFA) e riportati nella scheda tecnica. È una pratica lecita, basata su evidenze scientifiche e sotto la responsabilità del medico, che richiede l'acquisizione, possibilmente scritta, del consenso informato.
- **Operazioni chirurgiche di affermazione dei genitali:** interventi medico-chirurgici che modificano le caratteristiche anatomiche sessuali primarie per allinearle all'identità di genere percepita da persone transgender.
- **Osteoporosi:** malattia sistemica dello scheletro caratterizzata da una riduzione della massa e della densità minerale ossea, accompagnata da un deterioramento della microarchitettura del tessuto osseo; questo rende le ossa più fragili, aumentando significativamente il rischio di fratture anche per traumi minimi, come una caduta da un'altezza ridotta o uno starnuto, definite fratture da fragilità. Si

manifesta spesso senza sintomi fino a quando non si verifica una frattura.

P

- **Pap-test (o test di Papanicolaou):** esame di screening fondamentale per la prevenzione e la diagnosi precoce del tumore del collo dell'utero. Analizza le cellule della cervice uterina per rilevare anomalie o lesioni precancerose, spesso causate dall'HPV, prima che si trasformino in tumore. È semplice, rapido e consigliato periodicamente.
- **Perforazione uterina:** esione, lacerazione o foro nella parete dell'utero (miometrio), spesso causata da un trauma iatrogeno durante manovre ginecologiche od ostetriche strumentali come raschiamenti, isteroscopie o inserimento di IUD (spirale). Rappresenta una complicanza seria, in cui strumenti chirurgici trapassano il muscolo uterino, creando una comunicazione tra la cavità uterina e quella peritoneale.
- **PreP e DoxyPEP:** la PrEP (Profilassi Pre-Esposizione) e la DoxyPEP (Doxiciclina Post-Esposizione) sono strategie di prevenzione farmacologica per la salute sessuale. La PrEP è una pillola giornaliera/on-demand che previene l'infezione da HIV, mentre la DoxyPEP è l'assunzione di un antibiotico (doxiciclina) dopo un rapporto a rischio per prevenire infezioni batteriche come sifilide, clamidia e gonorrea. Quest'ultima, come spiegato nel capitolo 9, è ancora in fase di studio.

- **Prevalenza:** misura statica che indica la proporzione di individui in una popolazione affetti da una specifica malattia o condizione in un determinato momento (prevalenza puntuale) o in un periodo (prevalenza periodale), calcolata dividendo i casi esistenti (nuovi e vecchi) per il totale della popolazione; serve a valutare il carico di una malattia e le esigenze sanitarie, a differenza dell'incidenza che misura i nuovi casi nel tempo.
- **Procedure di outreach:** azioni strategiche e mirate di contatto diretto, volte a stabilire relazioni con specifici target (clienti, partner, influencer, o pubblico) per generare interesse, creare collaborazioni o promuovere un marchio. È un approccio outbound (ossia proattivo da parte di chi vuol generare interesse, tipicamente un'azienda) personalizzato, che utilizza e-mail, social media o contatti diretti per sensibilizzare e portare valore, distinguendosi dal marketing di massa.
- **Progesterone:** Ormone sessuale tipicamente in livello più elevato nelle persone AFAB, dov'è prodotto dalle ovaie nella seconda fase del ciclo mestruale, che predispone l'endometrio ad accogliere l'ovulo; viene secreto, durante la gravidanza, anche dal corpo luteo e dalla placenta ed è fondamentale per la conservazione e il corretto sviluppo dell'embrione del feto. Nelle persone AMAB è prodotto principalmente dai testicoli e dalle surrenali, e svolge un ruolo cruciale nell'equilibrio ormonale, agendo come

antagonista del testosterone, supportando la salute della prostata, la funzione cardiaca, l'equilibrio psichico, la fertilità (migliorando l'attività degli spermatozoi) e può aiutare a contrastare l'accumulo di grasso legato all'eccesso di estrogeni.

- **Progestinici:** ormoni sintetici o naturali che mimano l'azione del progesterone, fondamentale per regolare il ciclo mestruale e sostenere la gravidanza. Vengono utilizzati in farmaci contraccettivi (pillola, impianto, iniezione), terapia ormonale sostitutiva (TOS) e per curare disturbi ginecologici, agendo solitamente inibendo l'ovulazione e ispessendo il muco cervicale.
- **PSA (Antigene Prostatico Specifico):** proteina prodotta dalla prostata, essenziale per fluidificare il liquido seminale, ma che viene usata anche come indicatore di salute prostatica tramite un semplice esame del sangue. Sebbene non sia un marker tumorale specifico, valori elevati possono segnalare problemi come infiammazioni (prostatite), ingrossamento (iperplasia benigna) o tumore alla prostata, necessitando di approfondimenti medici urologici.
- **Psicoanalisi:** metodo terapeutico che esplora l'inconscio per capire come pensieri, emozioni e comportamenti attuali siano influenzati da conflitti e traumi passati, spesso dimenticati. Attraverso l'ascolto, l'analisi dei sogni, le libere associazioni e la relazione con l'analista, si cerca di portare alla coscienza questi contenuti nascosti per risolverli,

riducendo angosce e permettendo una maggiore libertà e realizzazione personale.

- **Pubertà:** periodo di transizione dall'infanzia all'età adulta in cui il corpo subisce notevoli cambiamenti fisici, ormonali e psicologici, maturando sessualmente. Inizia generalmente tra i 10 e i 14 anni nelle persone AFAB e tra i 12 e i 16 nelle persone AMAB, portando al raggiungimento della capacità riproduttiva.
- **Pubertà precoce:** inizio della maturazione sessuale prima dell'età media, definita come la comparsa di caratteri sessuali secondari prima degli 8 anni nelle persone AFAB e dei 9 anni persone AMAB. È causata da una produzione anticipata di ormoni, spesso di origine idiopatica (sconosciuta), o a volte legata a cause organiche.

R

- **Rh-negativo/positivo:** Il fattore Rh (o antigene D) è una proteina presente sulla superficie dei globuli rossi che determina la compatibilità sanguigna: se presente, il sangue è Rh positivo (Rh+), se assente, è Rh negativo (Rh-). L'85% circa della popolazione è (Rh+), mentre il (15%) è (Rh-). Essere (Rh-) non è una patologia, ma è rilevante in trasfusioni e gravidanze.
- **Riproduzione sessuata:** processo biologico che genera nuovi individui geneticamente diversi dai genitori, attraverso la fusione di due cellule specializzate (gameti), un maschile

e uno femminile, tramite la fecondazione, formando uno zigote che eredita materiale genetico da entrambi, garantendo variabilità genetica e adattabilità evolutiva. Avviene principalmente negli organismi eucarioti complessi

S

- **Screening:** attività diagnostica organizzata su base di popolazione (o su gruppi a rischio) finalizzata a individuare precocemente una patologia o lesioni pretumorali in persone asintomatiche. Si tratta di un pilastro della prevenzione secondaria, che permette di intervenire tempestivamente con cure più efficaci, migliorando la prognosi e riducendo la mortalità.
- **SerD** (Servizio Dipendenze): struttura pubblica dell'ASL/USL che offre gratuitamente prevenzione, cura e riabilitazione per dipendenze da sostanze (droghe, alcol, farmaci) e comportamenti compulsivi (gioco d'azzardo). È un servizio anonimo che garantisce assistenza multidisciplinare, senza necessità di prescrizione medica.
- **Sieronegatività:** indica la condizione in cui un test sierologico (esame del sangue) non rileva specifici anticorpi contro un agente patogeno o una malattia, risultando negativo. Significa che il sistema immunitario non ha prodotto o non mostra la presenza di tali anticorpi, solitamente suggerendo l'assenza di infezione o esposizione al patogeno.

- **Sieropositività:** Portatore di virus, anche se non affetto dalla malattia che può derivarne (con particolare riferimento al virus HIV, che può causare l'AIDS. In contesti di attivismo HIV/AIDS, si preferisce "persone che vive con HIV".)
- **Spermicida:** sostanza capace di provocare la morte degli spermatozoi
- **Studi self-report:** metodi di ricerca, come questionari o interviste, in cui i partecipanti riferiscono direttamente informazioni su sé stessi, inclusi pensieri, sentimenti, opinioni o comportamenti. Ampiamente utilizzati in psicologia e scienze sociali per la loro efficienza, consentono di valutare variabili soggettive, sebbene possano essere limitati da bias di desiderabilità sociale o scarsa consapevolezza.
- **Suicidio:** atto di darsi volontariamente la morte.

T

- **Testosterone:** ormone steroideo sessuale, appartenente alla classe degli androgeni, prodotto principalmente dalle cellule di Leydig nei testicoli (e in minor quantità nelle ovaie e ghiandole surrenali). Risulta fondamentale per lo sviluppo dei caratteri sessuali maschili, la spermatogenesi, la libido e il mantenimento di massa muscolare, ossea e benessere generale.
- **Terapia Ormonale di Affermazione di genere, in inglese Gender Affirming Hormone Therapy (GAHT):** consiste nella somministrazione di ormoni esogeni (estrogeni o

testosterone) per allineare le caratteristiche fisiche del corpo all'identità di genere di persone transgender o non-binary. Attenzione: in medicina l'acronimo viene utilizzato anche per identificare la **Terapia Ormonale Sostitutiva (TOS)**, un trattamento farmacologico che integra gli ormoni, principalmente estrogeni e progesterone, diminuiti naturalmente durante la menopausa, per alleviare sintomi come vampate, sudorazioni notturne, disturbi dell'umore e secchezza vaginale, migliorando il benessere generale e prevenendo a lungo termine problemi legati alla carenza ormonale come l'osteoporosi, ma deve essere personalizzata dal medico dopo attenta valutazione.

- **Trial:** un trial (o studio) clinico è una ricerca sperimentale rigorosa condotta su esseri umani per valutare l'efficacia e la sicurezza di nuovi farmaci, dispositivi medici, o strategie di prevenzione/diagnosi. Basato su protocolli predefiniti e approvati da comitati etici, mira a confrontare trattamenti innovativi con quelli standard per migliorare la cura.
- **Tromboembolia/tromboembolismo:** patologia vascolare grave causata dalla formazione di un coagulo (trombo) in un vaso sanguigno che, staccandosi, ostruisce un altro vaso, bloccando il flusso sanguigno; spesso origina come trombosi venosa profonda (TVP), tipicamente alle gambe, e può portare a embolia polmonare (EP) se raggiunge i polmoni, o causare eventi più gravi come ictus o infarto se occlude arterie del cervello o del cuore.

U

- **Umore depresso:** stato persistente di profonda tristezza, mancanza di interesse o piacere nelle attività (anedonia) e un senso generale di abbattimento, che va oltre la normale tristezza situazionale e compromette la vita quotidiana, manifestandosi con sintomi come stanchezza, disturbi del sonno/appetito, difficoltà di concentrazione e pensieri negativi su sé stessi e il futuro. È una condizione clinica che, se prolungata, può evolvere in un disturbo depressivo vero e proprio, richiedendo un supporto professionale.
- **Uretriti:** infiammazione, acuta o cronica, dell'uretra, il condotto che trasporta l'urina dalla vescica verso l'esterno. È causata prevalentemente da infezioni batteriche o virali, spesso sessualmente trasmesse, e si manifesta con dolore o bruciore durante la minzione, frequente bisogno di urinare e talvolta secrezioni, richiedendo generalmente una terapia antibiotica.

V

- **Vulvodinia:** sindrome dolorosa cronica (della durata di almeno 3-6 mesi) che colpisce i genitali esterni delle persone AFAB (vulva), caratterizzata da bruciore, dolore, irritazione o iperestesia, in assenza di lesioni visibili o infezioni evidenti. È una condizione di origine biologica – non psicologica – che spesso causa dolore durante i rapporti sessuali o lo sfioramento.

Glossario politico

A

- **Abilismo/abilista:** forma di discriminazione, pregiudizio o marginalizzazione sociale nei confronti delle persone con disabilità, basata sulla convinzione che le abilità di un corpo-mente tipiche siano superiori. Considera la disabilità come una condizione inferiore e/o da correggere, promuovendo stereotipi e mantenendo barriere (fisiche, culturali, linguistiche) che ostacolano la piena partecipazione alla società, in modo analogo al sessismo o al razzismo.
- **Agentività (o agency):** è la capacità umana di agire intenzionalmente, esercitando un controllo cosciente sul proprio comportamento, sulle proprie decisioni e sull'ambiente circostante per raggiungere scopi specifici. Rappresenta il potere causale dell'individuo, che trasforma il soggetto da mero reattivo a protagonista attivo del proprio contesto.

B

- **Back in the closet:** Implica un ritorno alla segretezza dopo un periodo in cui la persona era aperta sulla propria identità (un passo indietro nel coming out).
- **Bottom-up** ("dal basso verso l'alto"): sono approcci che partono dai singoli dettagli, dati grezzi o componenti specifici per costruire una comprensione, una soluzione o una

struttura complessiva. A differenza del "top-down", questo metodo valorizza l'esperienza diretta e l'osservazione, spesso utilizzato in finanza, gestione aziendale, psicologia e sviluppo software.

C

- **Cisgenere/cisgender:** Persona la cui identità di genere coincide con il sesso attribuito alla nascita.
- **Coming out:** (dall'inglese coming out of the closet, "uscire dall'armadio") è l'atto volontario con cui una persona LGBTQIA+ rivela il proprio orientamento sessuale o la propria identità di genere agli altri. È un processo personale e coraggioso di autoaccettazione che porta a non nascondere più la propria identità per vivere relazioni più autentiche, distinguendosi dall'outing, che è invece la rivelazione forzata da parte di terzi.

G

- **Gaslighting:** in italiano "manipolazione psicologica maligna", è una forma di manipolazione psicologica nella quale una persona maltrattante agisce con l'intento di far dubitare quella maltrattata della sua memoria e percezione.
- **Gatekeeping:** l'atto di controllare e limitare l'accesso a una determinata area, conoscenza, comunità o percorso sanitario, decidendo arbitrariamente chi ne fa parte e chi è escluso.

- **Grassofobia:** sistema di credenze, pratiche e istituzioni che svalutano, discriminano e puniscono le persone grasse. Si manifesta attraverso stigma, bullismo, stereotipi (come considerarle pigre o indisciplinate), esclusione sociale, umiliazione, cure sanitarie inappropriate o negate, pressione costante alla perdita di peso. È una forma di discriminazione sociale che impone la magrezza come unico modello accettabile di salute e moralità.

I

- **Identità non normative:** sesso definite non binarie, genderqueer o gender non-conforming, indicano un'esperienza di genere che non si riconosce o si identifica solo parzialmente nel tradizionale binario uomo/donna. Queste identità abbracciano una gamma fluida di generi, come l'assenza di genere (agender), la fluidità (genderfluid) o la compresenza di più generi.

L

- **Lavoratore/lavoratrice del sesso:** Vedi: Sex Worker.

M

- **Microaggressioni:** commenti, comportamenti o atti ambientali quotidiani, intenzionali o non intenzionali, che trasmettono messaggi negativi, denigratori o ostili verso gruppi marginalizzati (per etnia, genere, orientamento sessuale, disabilità). Spesso sottili, possono sembrare innocui, ma il loro impatto cumulativo genera stress, disagio

e danni psicologici.

- **Minority stress:** stress cronico e cumulativo che subiscono le persone appartenenti a gruppi minoritari (es. LGBTQIA+, etnici, religiosi) a causa della stigmatizzazione, del pregiudizio, della discriminazione e dell'ostracismo sociale da parte della società maggioritaria, generando ansia, depressione e problemi di autostima, spesso attraverso meccanismi come l'omofobia/transfobia interiorizzata e la paura costante del rifiuto sociale.



- **Omobitransafobia/ omofobia/ transfobia:** insieme di atteggiamenti, sentimenti o azioni discriminatorie e/o violente (paura, disgusto, odio) dirette verso persone omosessuali, nello spettro bisessuale, asessuale, e trans. Si basa su pregiudizi, stereotipi ed eterocisnormatività, manifestandosi come discriminazione, esclusione sociale o violenza verbale e fisica, fino ai crimini d'odio e al transcidio.
- **Outing:** l'atto di rivelare pubblicamente l'orientamento sessuale o l'identità di genere di un'altra persona senza il suo consenso. Si tratta di una violazione della privacy e spesso di una forma di bullismo o discriminazione, da non confondere con il coming out, che è invece la scelta libera e volontaria di dichiararsi.

P

- **Passing:** (dall'inglese to pass, passare/superare) è un termine polisemico, comunemente inteso in ambito sociologico come la capacità di una persona di essere percepita come appartenente a un gruppo sociale diverso dal proprio (spesso inteso come cisgender o bianco), evitando così discriminazioni.
- **Persona percepita come:** si riferisce al modo in cui un individuo viene interpretato, valutato e inquadrato dagli altri (percezione sociale) o dalla società, basandosi su segnali visibili come aspetto fisico, comportamento, abbigliamento e ruolo sociale. Questa percezione non sempre coincide con l'identità autentica o interiore, ma riguarda l'impressione esterna e il ruolo sociale svolto.

R

- **Rettifica del sesso anagrafico:** procedimento legale, regolato in Italia dalla Legge 164/1982, che permette di modificare il genere (da maschile a femminile e viceversa) e il nome nei registri dell'anagrafe, allineando i documenti all'identità di genere autodeterminata. Si ottiene tramite sentenza del Tribunale, spesso a seguito di un percorso psicologico e ormonale, e garantisce il diritto al riconoscimento dell'identità di genere.

S

- **Sessismo:** insieme di pregiudizi, stereotipi e comportamenti discriminatori basati sul sesso o sul genere di una persona. Solitamente, si manifesta come svalutazione o trattamento ineguale verso le donne, ritenute inferiori agli uomini. Può includere molestie, linguaggio sessista, e stereotipi che limitano le libertà individuali in ambito lavorativo, sociale o familiare.
- **Sex Worker (lavoratore/lavoratrice del sesso):** persona che fornisce servizi sessuali in cambio di denaro; nato per sostituire "prostituta" e sottolineare la natura economica e lavorativa dell'attività, includendo tutte le attività nell'industria del sesso (dai rapporti sessuali a pagamento alla pornografia), spesso per rivendicare diritti lavorativi e umani e combattere lo stigma sociale associato, evidenziando la volontarietà e la consensualità delle transazioni, distinto da sfruttamento e tratta.

T

- **Termine ombrello:** categoria concettuale ampia che raggruppa sotto un'unica etichetta diversi concetti, identità, fenomeni o teorie correlate. Serve a semplificare argomenti complessi, accomunando varianti specifiche (es. "disabilità", "identità transgender", "cancel culture"), facilitando la comunicazione su fenomeni sfaccettati.

- **Top-down:** idee, norme o valori imposti da un'autorità centrale (istituzioni, leader, élite) verso la base della società, organizzando il contesto dal generale al particolare. È un approccio strutturato che modella la cultura in modo unidirezionale, definito dall'alto, spesso ignorando le dinamiche spontanee della comunità.
- **Transfobia:** Vedi: Omobittransfobia/omofobia/transfobia.

Ringraziamenti

La Controguida alla Medicina Transfemminista è un percorso collettivo, di crescita, conflitto, decostruzione, costruzione, creazione e condivisione di saperi.

Un ringraziamento profondo va alle persone dell'associazione Chi si cura di te?, in particolare attive nelle campagne di Medicina Transfemminista e Medicina Decoloniale che, con dedizione e impegno, hanno partecipato alla stesura dei testi, trasformando la cura da pratica individuale a terreno di lotta e produzione di saperi situati. Vogliamo riconoscere il valore dell'elaborazione collettiva che rappresenta il cuore di quest'opera e l'importanza del tempo e della professionalità messi a disposizione per produrre e condividere queste conoscenze al di fuori dei percorsi egemoni.

Proprio per questa sua natura collettiva e condivisa, i ringraziamenti si estendono a tutte le persone e le realtà che, in questi anni, ci hanno accompagnate, sostenute, messe in discussione, corrette, attraversate. A chi ha condiviso parole e pratiche. A chi ha costruito spazi di possibilità e a chi li ha difesi. A tutt'e voi va la nostra più profonda gratitudine. Ogni momento di elaborazione transfemminista che abbiamo

vissuto, insieme o a distanza, dentro o fuori da questo progetto, ha lasciato una traccia in queste pagine.

Questa Controguida è fatta anche di tutto ciò che non si vede: relazioni, conflitti, cura, fatica, immaginazione.

Un ringraziamento particolare va alle compagne di Chronicqueer, al Comitato vulvodinia e neuropatia del pudendo, a GenderLens, a Link Coordinamento Universitario, a Non Una di Meno, a Obiezione Respinta: i loro percorsi, le loro pratiche e le loro elaborazioni hanno aperto la strada, costruito linguaggi e reso possibile immaginare la campagna Medicina Transfemminista e questa Controguida.

Un ringraziamento speciale a Chiara Calza per il suo supporto prezioso nelle varie fasi della stesura e per l'umanità regalataci in questi anni.

Il più importante dei ringraziamenti è per chi leggerà queste pagine, le porterà con sé e continuerà a farle crescere attraverso l'azione quotidiana, nella cura, nella lotta e nella trasformazione collettiva.

CHI SI CURA DI TE?