



Prevenzione Diagnosi Cura e Accoglienza per Persone Transgender

Dr.ssa Roberta Casseti



Le persone transessuali, transgender e di genere non-conforme hanno bisogno di assistenza sanitaria per tutta la vita. Ad esempio, per evitare gli effetti secondari della gonadectomia in età relativamente giovane e/o di ricevere alte dosi di ormoni a lungo termine, i pazienti necessitano di cure mediche approfondite da parte di medici esperti in cure primarie e di salute transgender. Se un medico non è in grado di fornire tutti i servizi, è essenziale la comunicazione continua tra i diversi specialisti.

L'assistenza primaria ed i problemi di mantenimento della salute dovrebbero essere affrontate prima, durante e dopo eventuali modifiche del ruolo di genere e degli

World Professional Association for Transgender Health

The Standards of Care 7TH VERSION

Mentre coloro che forniscono ormoni ed i chirurghi svolgono un ruolo importante nella cura preventiva, ogni persona transessuale, transgender e di genere non-conforme dovrebbe collaborare con un medico di base per le esigenze di assistenza sanitaria generale (Feldman, 2007).

Prevenzione Sanitaria Generale

Le linee guida sviluppate per lo screening generale della popolazione sono adatte per gruppi di organi che è improbabile siano interessati dalla terapia ormonale femminilizzante/mascolinizzante. Tuttavia, in aree come i fattori di rischio cardiovascolare ed alcuni tipi di cancro (mammella, collo dell'utero, dell'ovaio, dell'utero e della prostata), tali linee-guida generali possono sovrastimare o sottostimare il rapporto costi-benefici di uno screening sugli individui sottoposti a terapia ormonale.

Diverse fonti forniscono protocolli dettagliati per l'assistenza di base ai pazienti sottoposti a terapia ormonale femminilizzante/mascolinizzante, inclusa la terapia fornita dopo gli interventi chirurgici di riattribuzione di sesso (Centro di Eccellenza per la Salute Transgender, UCSF, 2011; Feldman & Goldberg, 2006; Feldman, 2007; Gorton, Buth & Spade, 2005). I medici dovrebbero consultare le loro linee guida nazionali basate sulle evidenze e discutere di screening con i loro pazienti alla luce degli effetti della terapia ormonale sul loro rischio basale.

Screening per il cancro

Lo screening per i tumori ai sistemi di organi associati con il sesso può presentare particolari problematiche mediche e psicosociali per i pazienti transessuali, transgender, e di genere non-conforme e per i loro medici. In assenza di studi prospettici su larga scala, gli specialisti non avranno abbastanza prove per determinare il tipo appropriato e la frequenza di screening per il tumore per questa categoria. Un eccessivo numero di controlli si traduce in costi sanitari più elevati, alti tassi di falsi positivi e spesso un'inutile esposizione a radiazioni e/o ad interventi diagnostici come le biopsie. Un numero troppo basso di controlli può portare ad un ritardo nella diagnosi di tumori potenzialmente curabili. Alcuni pazienti possono trovare questi controlli correlati al genere (come la mammografia per le pazienti MtF) o sia fisicamente che emotivamente dolorosi (come il Pap test per i pazienti FtM).

Assistenza urogenitale

Per le persone transessuali, transgender e di genere non-conforme di entrambi i sessi possono rendersi necessarie cure ginecologiche. Per i pazienti FtM, i controlli ginecologici sono necessari soprattutto per coloro che non hanno subito un intervento chirurgico genitale. Per le pazienti MtF, questi controlli diventano necessari dopo l'intervento chirurgico genitale. Anche se molti chirurghi consigliano i pazienti sulle cure urogenitali postoperatorie, i medici di base ed i ginecologi dovrebbero essere a conoscenza delle esigenze genitali specifiche di questa categoria di persone.

Tutte le pazienti MtF dovrebbero ricevere consulenza in materia di igiene genitale, sessualità e prevenzione delle infezioni sessualmente trasmesse; coloro che hanno subito un intervento chirurgico genitale dovrebbero anche essere informate sulla necessità di continuare con le dilatazioni vaginali o avere rapporti sessuali con penetrazione al fine di mantenere la profondità della vagina e la sua larghezza (van Trotsenburg, 2009). A causa dell'anatomia del bacino maschile, l'asse e le dimensioni della neovagina sono sostanzialmente diverse da quelle di una vagina biologica. Questa differenza anatomica può influire sul rapporto, se non viene capito dalle pazienti MtF e dai loro partner (van Trotsenburg, 2009).

Le infezioni delle basse vie urinarie sono frequenti nelle pazienti MtF che hanno subito un intervento chirurgico a causa delle caratteristiche della ricostruzione dell'uretra accorciata. Inoltre, queste pazienti possono soffrire di disturbi funzionali del tratto urinario inferiore, disturbi che possono essere causati da danni di innervazione autonoma del pavimento vescicale durante la dissezione tra il retto e la vescica, e da un cambiamento della posizione della vescica stessa. Dopo l'intervento chirurgico di riattribuzione di sesso potrebbero sorgere problemi di funzionalità della vescica come, ad esempio, vescica iperattiva o incontinenza urinaria da stress o da urgenza (Hoebeke et al, 2005; Kuhn, Hildebrand & Birkhauser, 2007).

La maggior parte dei pazienti FtM non vengono sottoposti a vaginectomia (colpectomia). Per i pazienti che assumono ormoni mascolinizzanti, nonostante una notevole trasformazione del testosterone in estrogeni, si possono osservare dei cambiamenti atrofici della mucosa vaginale che possono portare a prurito o bruciore. L'esame può essere sia fisicamente che emotivamente doloroso, ma la mancanza di trattamento può seriamente aggravare la situazione. I ginecologi che trattano i disturbi genitali dei pazienti FtM devono essere consapevoli della sensibilità che questi pazienti con un'identità ed un'espressione di genere maschile potrebbero avere riguardo a dei genitali tipicamente associati con il sesso femminile.

Le persone trans sono individui il cui genere è diverso da quello presunto per loro alla nascita e include persone con un'identità di genere binaria e/o non binaria.

Le stime a livello mondiale suggeriscono che dallo 0,6% all'1,2% della popolazione generale sono trans o di genere diverso.

A causa dei sentimenti spesso intensi di incongruenza tra il proprio genere e il proprio corpo (definiti disforia), molti individui trans si sottopongono a una terapia ormonale di affermazione del genere per allineare le loro caratteristiche fisiche con il loro genere per migliorare il funzionamento psicologico, sociale e culturale.

La terapia ormonale mascolinizzante è tipicamente il solo testosterone, che induce aumenti significativi della massa muscolare, diminuzione della massa grassa e redistribuzione del grasso, nonché un approfondimento della voce e della crescita dei peli del viso e del corpo.

La terapia ormonale femminilizzante è solitamente estradiolo e un antiandrogeno, come lo spironolattone o il ciproterone acetato, che indurranno la redistribuzione del grasso corporeo a un modello più ginoide con aumento della massa grassa e diminuzione della massa muscolare, nonché ammorbidimento della pelle, diminuzione della libido, e crescita del seno.

Con l'aumento del numero di persone transgender (trans) (comprese quelle identificate come binarie e/o non binarie) che cercano una terapia ormonale di affermazione del genere, agli endocrinologi viene chiesto sempre di più di assistere nell'interpretazione dei test di laboratorio. Molti test di laboratorio comuni come l'emoglobina, gli studi sul ferro, la troponina cardiaca e la creatinina sono influenzati dagli steroidi sessuali o dalle dimensioni corporee.

Cerchiamo di fornire una sintesi dell'impatto della terapia ormonale femminilizzante e mascolinizante sui comuni test di laboratorio e un approccio all'interpretazione.

L'influenza della terapia ormonale esogena di affermazione del genere sulla distribuzione del grasso e dei muscoli e su altri cambiamenti fisiologici determina l'interpretazione dei test di laboratorio che presentano differenze specifiche per sesso. Oltre alla pratica affermativa per garantire che il nome, il sesso e il pronome di un paziente siano usati in modo appropriato, proponiamo che una volta che gli individui hanno iniziato la terapia ormonale affermativa del genere, l'intervallo di riferimento del genere affermato sia riportato (e specificato dai medici curanti) ad eccezione di PSA o troponina cardiaca, che dipendono dalle dimensioni dell'organo.

Sebbene i suggerimenti possano essere difficili da implementare, rappresentano anche un'opportunità per guidare le migliori pratiche per migliorare la qualità dell'assistenza e le esperienze dell'assistenza sanitaria per tutte le persone transgender.

Facciamo qualche esempio

L'inclusione può passare dai gesti più semplici ed elementari e se il proverbio dice “fare di necessità virtù” allora anche da un bisogno può nascere un'azione virtuosa. Di bagni gender neutral o gender free, si parla poco e se ne vedono ancora meno. Ma la separazione naturale di uomini e donne in questi spazi è sorta meno di 200 anni fa, come parte di una ideologia pervasiva di separazione e di dominanza.

In Italia, c'è da dire, non esiste ancora una legge che obblighi ad usare la toilette a seconda del genere biologico di appartenenza, come invece accade in altri Paesi. Un decreto legislativo del 2008 prevede invece che vi siano servizi igienici e spogliatoi separati per uomini e donne, anche se fino ad ora nessuno è stato multato per aver usufruito del bagno 'sbagliato'. La legge sulla Rettificazione di attribuzione del sesso (164/1982) non prevede la modifica dei documenti della persona trans se non a processo di transizione terminato, ma per chi lo sta ancora affrontando o per le persone transgender la scelta dei bagni e degli spogliatoi nei luoghi pubblici è spesso fonte di discriminazione e umiliazione. Spesso sono le aziende stesse che si trovando in difficoltà non disponendo di servizi igienici unisex; la scelta ottimale, per rispettare la dignità della persona, sarebbe allora quella di consentire l'utilizzo libero di bagni e spogliatoi.

Grazie dell'attenzione