



onlus

(Iscrizione Albo Regionale del Volontariato n. SS-GE-51-2002)

Sede Nazionale: Via Pontevicchio 18/9 - 16132 Genova

Tel: 010-8682731

email: presidenza@crisalide-azionetrans.it

web: <http://www.crisalide-azionetrans.it>

- A: **Ministra della Salute**
Livia Turco
Lungotevere Ripa 1
00153 Roma (urpminsalute@sanita.it)
- A: **Osservatorio Nazionale Identità di Genere (Onig)**
c.a. Presidente **Prof. Orlando Todarello**
Via Tridente 23,
70125 Bari (presidente@onig.it)
- A: **Ordine Nazionale degli Psicologi**
c.a. presidente Giuseppe Luigi Palma
Piazzale di Porta Pia n. 121
00198 Roma (info@cnopsicologi.it)
- A: **Società Italiana di Psichiatria**
Presidente Nazionale
Via del Vignola, 75
00196 – ROMA (agnos_78@hotmail.com)
- A: **Federazione Nazionale Ordine dei Medici**
Segreteria Nazionale
Piazza Cola di Rienzo 80/A
00192 Roma (segreteria@fnomceo.it)
- A: **Società Italiana di Endocrinologia**
c.a. Presidenti: Proff. G. Forti, G. Lombardi
Via R. Venuti, 73 –
00162 Roma (g.forti@dfc.unifi.it)
- A: **Società Italiana di Andrologia**
c.a. presidente Prof. Vincenzo Gentile
Via L. Bellotti Bon, 10
00197 Roma (sia@andrologiaitaliana.it)
- Società Italiana di Medicina e Chirurgia Estetica**
c.a. presidente Dott. Maurizio Priori
Via Baracca, 2
Firenze (presidente@sies.net)

A: **Cittadinanzattiva – Tribunale del Malato
c.a. Gregorio Arena**
Via Flaminia 53 –
00196 Roma (tdm@cittadinanzattiva.it)

A: **Ministra per le Pari Opportunità
Barbara Pollastrini**
Largo Chigi 19
00187 Roma (serep@pariopportunita.gov.it)

cpcTo: **World Professional Association for
Transgender Health (WPATH) Ex Harry
Benjamin Gender Dysphoria Association-
HBGDA**
Dr. Bean Robinson, PhD, Tara L. Tieso,
MSW Executive Administrator
1300 South Second Street, Suite 180
Minneapolis, MN 55343 – USA
(wpath@wpath.org)

Prot. 111/PO
Del: 18 luglio 2007

Oggetto: esame comparato tra gli Standard Diagnostici e di Cura internazionali e nazionali (ONIG) per Disturbo dell'Identità di Genere, ex Disforia Di Genere. Richiesta verifica sulla validità scientifica e benefici di cura degli "standard" italiani rispetto a: libero arbitrio, tutela della salute. Richiesta valutazione sotto il profilo deontologico degli operatori Medici-Chirurghi, Medici-Psichiatri e Psicoterapeuti in merito all'utilizzo negli standard "ONIG" della psicoterapia, ed altro

Chiarissimi destinatari,
come a voi noto il termine Disturbo dell'Identità di Genere (DIG), sostituisce nel DSM IV edizione (Manuale Diagnostico dei Disturbi Mentali) la definizione di "Disforia di Genere" (ancora attuale per l'ICD dell'OMS) ed entrambe le definizioni descrivono, categorizzano e offrono linee guida generali rispetto alla condizione Transessuale, oggi più comunemente descritta con il termine Transgender (o Transgenere), più appropriato e preciso nel definire una condizione di transito di *genere sessuale* piuttosto che di sesso, comunemente inteso come patrimonio meramente cromosomico.

Il motivo per cui scriviamo e ci appelliamo alle S.V, è per interrogarci sulla correttezza etica degli standard di cura italiani preparati dall'Osservatorio Nazionale sull'Identità di Genere (ONIG), in modo particolare paragonandoli ai protocolli internazionali HBIGDA (Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association) ora WPATH (World Professional Association for Transgender Health). All'Osservatorio citato aderiscono alcuni medici psichiatri, endocrinologi, chirurghi, nonché alcuni psicologi e psicoterapeuti e due associazioni trans italiane, che operano in strutture pubbliche, convenzionate e private in territorio Italiano.

Crisalide AzioneTrans onlus, che scrive, proprio per i motivi che illustreremo, non aderisce né ha mai aderito al suddetto "Osservatorio".

Le ragioni per cui interroghiamo gli organismi in indirizzo è una nostra valutazione di scarsa "scientificità" di questi protocolli *adattati* e *nazionalizzati* che, evidentemente, si discostano, sostanzialmente, da quelli internazionali su aspetti che dal nostro punto di vista interessano i *diritti del malato, l'utilizzo della psicoterapia o accompagnamento psicologico* ed altro che proveremo a spiegare.

In modo particolare desideriamo evidenziare a chi legge l'utilizzo dell'intervento psicologico e psicoterapeutico all'interno del *percorso diagnostico* di DIG e quindi di avvio alla Terapia Ormonale Sostitutiva (TOS), che rappresenta il primo passaggio dalla diagnosi alla terapia - di cura e sollievo dalla sofferenza - per la transizione di genere.

Per potere al meglio dimostrare la nostra tesi - che peraltro nasce da continue e reiterate proteste della nostra utenza di riferimento, è necessario comparare almeno alcuni passaggi dei due protocolli a confronto, al fine di evidenziare i nostri dubbi sugli effetti benefici all'utente finale "cittadino-paziente" nell'adozione del citato modello di riferimento da parte degli operatori (psicologi e psicoterapeuti) e, non ultimo, la tutela del diritto (costituzionale) alla salute, di cura del malato. Ci permettiamo pertanto di riportare alcuni passaggi dei due protocolli in questione, per quanto riguarda il *DIG per adulti* (maggiorescenti).

A riguardo il protocollo HBGIDA (ora WPATH), versione sesta ed ultima, del febbraio 2001, al capitolo VI Psychotherapy with adult (pagina 11)¹ *prescrive (i sottolineati nel testo sono nostri)*:

VI. Psychotherapy with Adults

A Basic Observation. *Many adults with gender identity disorder find comfortable, effective ways of living that do not involve all the components of the triadic treatment sequence. While some individuals manage to do this on their own, psychotherapy can be very helpful in bringing about the discovery and maturational processes that enable self-comfort.*

Psychotherapy is Not an Absolute Requirement for Triadic Therapy. *Not every adult gender patient requires psychotherapy in order to proceed with hormone therapy, the real-life experience, hormones, or surgery. Individual programs vary to the extent that they perceive a need for psychotherapy. When the mental health professional's initial assessment leads to a recommendation for psychotherapy, the clinician should specify the goals of treatment, and estimate its frequency and duration. There is no required minimum number of psychotherapy sessions prior to hormone therapy, the real-life experience, or surgery, for three reasons:*

1) patients differ widely in their abilities to attain similar goals in a specified time;

2) a minimum number of sessions tends to be construed as a hurdle, which discourages the genuine opportunity for personal growth;

3) the mental health professional can be an important support to the patient throughout all phases of gender transition. Individual programs may set eligibility criteria to some minimum number of sessions or months of psychotherapy.

The mental health professional who conducts the initial evaluation need not be the psychotherapist. If members of a gender team do not do psychotherapy, the psychotherapist should be informed that a letter describing the patient's therapy might be requested so the patient can proceed with the next phase of treatment.

Goals of Psychotherapy. *Psychotherapy often provides education about a range of options not previously seriously considered by the patient. It emphasizes the need to*

¹ consultabile on line per intero al link: <http://wpath.org/Documents2/socv6.pdf>

set realistic life goals for work and relationships, and it seeks to define and alleviate the patient's conflicts that may have undermined a stable lifestyle.

The Therapeutic Relationship. The establishment of a reliable trusting relationship with the patient is the first step toward successful work as a mental health professional. This is usually accomplished by competent nonjudgmental exploration of the gender issues with the patient during the initial diagnostic evaluation. Other issues may be better dealt with later, after the person feels that the clinician is interested in and understands their gender identity concerns. are to help the person to live more comfortably within a gender identity and to deal effectively with non-gender issues. The clinician often attempts to facilitate the capacity to work and to establish or maintain supportive relationships. Even when these initial goals are attained, mental health professionals should discuss the likelihood that no educational, psychotherapeutic, medical, or surgical therapy can permanently eradicate all vestiges of the person's original sex assignment and previous gendered experience.

Processes of Psychotherapy. Psychotherapy is a series of interactive communications between a therapist who is knowledgeable about how people suffer emotionally and how this may be alleviated, and a patient who is experiencing distress. Typically, psychotherapy consists of regularly held 50-minute sessions. The psychotherapy sessions initiate a developmental process.

They enable the patient's history to be appreciated, current dilemmas to be understood, and unrealistic ideas and maladaptive behaviors to be identified. Psychotherapy is not intended to cure the gender identity disorder. Its usual goal is a long-term stable life style with realistic chances for success in relationships, education, work, and gender identity expression. Gender distress often intensifies relationship, work, and educational dilemmas.

The therapist should make clear that it is the patient's right to choose among many options. The patient can experiment over time with alternative approaches. Ideally, psychotherapy is a collaborative effort. The therapist must be certain that the patient understands the concepts of eligibility and readiness, because the therapist and patient must cooperate in defining the patient's problems, and in assessing progress in dealing with them. Collaboration can prevent a stalemate between a therapist who seems needlessly withholding of a recommendation, and a patient who seems too profoundly distrusting to freely share thoughts, feelings, events, and relationships. Patients may benefit from psychotherapy at every stage of gender evolution. This includes the post-surgical period, when the anatomic obstacles to gender comfort have been removed, but the person may continue to feel a lack of genuine comfort and skill in living in the new gender role.

Options for Gender Adaptation. The activities and processes that are listed below have, in various combinations, helped people to find more personal comfort. These adaptations may evolve spontaneously and during psychotherapy. Finding new gender adaptations does not mean that the person may not in the future elect to pursue hormone therapy, the real-life experience, or genital surgery.

Activities:

Biological Males:

1. Cross-dressing: unobtrusively with undergarments; unisexually; or in a feminine fashion;
2. Changing the body through: hair removal through electrolysis or body waxing; minor plastic cosmetic surgical procedures;
3. Increasing grooming, wardrobe, and vocal expression skills.

Biological Females:

1. Cross-dressing: unobtrusively with undergarments, unisexually, or in a masculine fashion;

2. *Changing the body through breast binding, weight lifting, applying theatrical facial hair; Padding underpants or wearing a penile prosthesis.*

Both Genders:

1. *Learning about transgender phenomena from: support groups and gender networks, communication with peers via the Internet, studying these Standards of Care, relevant lay and professional literatures about legal rights pertaining to work, relationships, and public cross-dressing;*

2. *Involvement in recreational activities of the desired gender;*

3. *Episodic cross-gender living.*

Processes:

1. *Acceptance of personal homosexual or bisexual fantasies and behaviors (orientation) as distinct from gender identity and gender role aspirations;*

2. *Acceptance of the need to maintain a job, provide for the emotional needs of children, honor a spousal commitment, or not to distress a family member as currently having a higher priority than the personal wish for constant cross-gender expression;*

3. *Integration of male and female gender awareness into daily living;*

4. *Identification of the triggers for increased cross-gender yearnings and effectively attending to them; for instance, developing better self-protective, self-assertive, and vocational skills to advance at work and resolve interpersonal struggles to strengthen key relationships.*

Riassumendo gli Standard of Care HBGDA (ora WPATH), mettono alcuni punti fermi su:

- *Attribuzione della diagnosi agli psichiatri*
- *Attenzione ai diritti dei clienti di psicologi e psicoterapeuti nel limitare al massimo il rischio di passaggio da "valutazione" ad "arbitrio"*
- *Attenzione a che il passaggio fra diagnosi ed inizio della cura abbia un limite di tempo compatibile con la sofferenza di chi soffre di DIG*

Infatti:

1. *prevede in modo esplicito che l'intervento dello psicoterapeuta non sia obbligatorio per le persone con DIG in età adulta;*
2. *prescrive che, qualora lo psichiatra suggerisca, per alcuni soggetti, un periodo di psicoterapia o accompagnamento psicologico precedente alla terapia ormonale e persino alla Rettificazione Chirurgica del Sesso (RCS), questi deve anche specificare lo scopo preciso e personalizzato che si deve prefiggere lo stesso ed una stima di quante sedute o quanto tempo siano necessari, con una valutazione "ad personam";*
3. *vieta periodi obbligatori, prefissati e di durata minima di accompagnamento psicologico con motivazioni che sono alla base del rapporto "paziente-professionista" relativi ai principi fondamentali della eleggibilità alla psicoterapia (ad esempio che non si protragga oltre i desideri della persona, che sia su base volontaria, ecc.);*
4. *prevede la possibilità che un team multidisciplinare specializzato in DIG possa semplicemente informare uno psicoterapeuta della diagnosi effettuata sul paziente affinché possa procedere alle fasi successive del trattamento;*
5. *Nei capitoli Fini della psicoterapia, La relazione Terapeutica e Il processo della psicoterapia, non fa alcun cenno alla funzione del terapeuta in un ruolo*

decisionale rispetto alla Terapia Ormonale Sostitutiva, se già diagnosticato il DIG da uno psichiatra;

6. Nel capitolo *Opzioni per un adattamento di Genere* evidenzia che: sia l'aspetto fisico della persona (se e quanto possa essere "invisibile" come transgender dopo i trattamenti medico-chirurgici), sia il proprio *orientamento sessuale* (non necessariamente eterosessuale rispetto al genere di elezione), non fanno in nessun modo parte dei criteri di eleggibilità per una transizione di genere sessuale.

Su questi stessi temi le Linee Guida (SOC), nominate come Standard di Cura dallo stesso ONIG si esprimono in termini di "marcata contraddizione" rispetto agli Standard Wpath e, a nostro parere, ai fondamentali diritti del malato nei confronti dei tempi (che descritti "ragionevoli", talvolta risultano invece essere "biblici") intercorrenti fra diagnosi e cura ed ai basilari diritti dei clienti rispetto all'assoluta mancanza di coercizione negli interventi di tipo psicoterapeutico. Di seguito il testo tratto dal sito internet Onig² (i grassetto sono originali, i sottolineati invece sono evidenziazioni di passaggi che riteniamo significativi):

Premessa n. 5: Tenuto conto che le terapie ormonali possono produrre effetti irreversibili e che i cambiamenti somatici ottenuti chirurgicamente sono definitivi, e' da ritenersi essenziale e prioritario un percorso psicologico mirato all'elaborazione e al sostegno delle varie fasi e dei diversi aspetti dell'iter di adeguamento.

Premessa n. 7: Ogni relazione tra gli operatori e gli utenti dei servizi deve essere caratterizzata da una corretta ed esauriente informazione reciproca, nel pieno rispetto dell'autodeterminazione della persona e della libertà professionale dell'operatore.

Nota finale alle premesse (in grassetto in originale): I criteri di seguito riportati devono considerarsi raccomandazioni minime indispensabili da applicare nelle richieste di riattribuzione ormonale e/o chirurgica di sesso.

Criteri di Intervento, parte A: Analisi della domanda e valutazione dell'eleggibilità:

1. *I percorsi di adeguamento medico-chirurgico e psico-sociale, nonché il percorso legale di riattribuzione di sesso secondo la legge n. 164 del 1982, devono iniziare con una approfondita analisi della domanda del cliente e con una indagine della personalità e dell'ambiente socio-familiare, al fine di evidenziare le motivazioni, le aspettative e il contesto che hanno portato la persona alla richiesta di riattribuzione di sesso, e verificare quanto questa possa iscriversi nel quadro di una problematica di genere.*
2. *Ogni professionista (medico di base, endocrinologo, chirurgo, psichiatra, psicologo...) deve collegarsi con operatori specializzati o inviare il cliente a strutture specialistiche, per la valutazione della transessualità, al fine di concordare e pianificare con il cliente stesso e con gli altri professionisti un progetto complessivo, integrato e individualizzato.*

² Al momento in cui scriviamo, pubblicato alla seguente pagina internet:
<http://www.onig.it/phpnuke/modules.php?name=home&op=6>

3. Ogni fase del progetto concordato deve ritenersi parte di un più ampio percorso psicofisiologico e pertanto prevedere un rapporto terapeutico costante sia sul piano medico-chirurgico che psico-sociale.
4. In presenza di diagnosi di rilievo psichiatrico o di altre problematiche psicologiche o comportamentali (ad es. tossicodipendenze) la cui risoluzione viene ritenuta primaria rispetto alla richiesta di riattribuzione medico-chirurgica di sesso, va data precedenza alle procedure terapeutiche comunemente adottate per tali condizioni. Nei casi in cui non si riscontrino i criteri di eleggibilità al percorso di riattribuzione (DSM IV/ICD 10) le persone verranno inviate ad altri Servizi o professionisti adeguati.
5. Il percorso di adeguamento può essere intrapreso da persone che abbiano raggiunto la maggiore età, tranne diversa disposizione del Tribunale dei Minori.

Iter di Adeguamento:

1. L'ingresso nel percorso di riattribuzione medico-chirurgica prevede in fase preliminare che la persona venga informata circa tutte le procedure e le terapie, nonché su tutti i rischi che queste comportano e la irreversibilità di alcune di esse, al fine di far esprimere all'utente un consenso informato scritto, inerente il progetto di riattribuzione concordato. I Centri, i Servizi e i Professionisti che aderiscono al protocollo, non si fanno carico di persone che seguono percorsi terapeutici non concordati con l'équipe.
2. A partire dalla richiesta di riattribuzione, il percorso psicologico, parallelo e integrato con tutto il percorso di adeguamento medico-chirurgico, si sviluppa secondo modalità individuate caso per caso, mira alla verifica continua dell'assunzione di responsabilità nei confronti delle proprie scelte ed ha la finalità di sostenere e di elaborare le modificazioni ormonali e somatiche, nonché le esperienze relazionali e sociali del cliente. L'iter psicoterapeutico mira più specificatamente all'elaborazione del conflitto di identità e dei conflitti cognitivi ed emozionali che si presentano durante il percorso.
3. In considerazione di alcuni effetti irreversibili e delle implicazioni psicologiche legate all'assunzione di ormoni, l'inizio della terapia ormonale prevede che il cliente abbia instaurato e portato avanti, secondo modalità concordate, una relazione psicoterapeutica di almeno sei mesi. La somministrazione ormonale deve essere subordinata alla valutazione degli specialisti, sentito il parere dello psicologo o psicoterapeuta che ha in carico il cliente.
4. "L'esperienza di vita" nel ruolo adeguato al genere prescelto e' considerata parte fondamentale del percorso di preparazione alla riattribuzione chirurgica di sesso (RCS). Nell'ambito della relazione terapeutica e in accordo con l'équipe, lo psicoterapeuta e il cliente pianificheranno un tempo congruo, per periodo e durata, comunque non inferiore a un anno. Il passaggio alla riattribuzione chirurgica di sesso avverrà su parere concorde dei diversi operatori.
5. Ottenuta l'autorizzazione del Tribunale, la RCS può effettuarsi su parere concorde degli operatori che hanno preso in carico la persona e comunque non prima di due anni dall'inizio dell'iter. In questo periodo devono essere ottemperate le indicazioni sulla terapia ormonale e sulla 'esperienza di vita' di cui ai punti 3 e 4.

6. *Variazioni relative ai criteri e alle procedure d'intervento devono essere adottate solo in casi specifici, con motivazioni mediche e/o psicologiche ampiamente documentate.*

In base alla lettura dello stralcio sopra riportato appaiono evidenti "contraddizioni" fra espressioni generiche di terapie diagnostiche "concordate", nominate nella *Premessa 7*, nella *Parte A* ai *punti 2 e 3*, nella parte *Iter di Adeguamento* ai *punti 1 e 2* e quanto scritto Nella "Nota finale alle premesse", e ai *punti 3, 4 e 5* del capitolo *Iter di adeguamento*.

In questa comparazione interna ai protocolli Onig si evidenzia nettamente la vaghezza sui temi relativi ai diritti del malato (il concordare) e la precisione netta, "obbligatoria" dei *punti 3, 4 e 5*.

Fra le altre cose si legge infatti:

1. che i tempi di valutazione dei criteri di eleggibilità sono da considerarsi minimi indispensabili e quindi automaticamente protraibili nel tempo senza soluzione di continuità e un termine entro il quale emettere la diagnosi;
2. che la relazione psicoterapeutica non può durare meno di sei mesi, e che debba **obbligatoriamente** precedere la somministrazione della TOS, attribuendo alla stessa una supposta (e - noi riteniamo - non veritiera) irreversibilità già dai primi mesi di somministrazione;
3. per l'accesso eventuale all'autorizzazione alla RCS, è previsto un periodo minimo di un anno
4. richiede almeno ancora un anno (di cosa?) prima che l'autorizzazione all'intervento possa essere praticata (al di là dei tempi previsti dall'iter giuridico di autorizzazione alla stessa).

Inoltre viene marginalizzata la figura di riferimento nel diagnosticare, ovvero il "Medico Chirurgo-Psichiatra" rispetto allo Psicoterapeuta. Ci permettiamo di fare notare che la diagnosi medico-psichiatrica, anche in base alle attuali prescrizioni del DSM IV, offre strumenti estremamente più veloci e di precisione diagnostica, rispetto alle tecniche psicoterapiche riferibili alla figura professionale dello Psicoterapeuta, semmai più utile - se liberamente scelta - nella fase di accompagnamento e/o perizia psicologica.

Infine, i "tempi" cadenzati e fissati per ogni passaggio della transizione appaiono "arbitrari" e comunque risultano in pieno contrasto con gli standard di cura internazionali.

Non poche segnalazioni, purtroppo anonime, giunte alla nostra associazione riferiscono che:

- spesso il cosiddetto "Real Life Test (RLT)", chiamato nei protocolli italiani come "esperienza di vita" viene richiesto già prima dell'autorizzazione alla terapia ormonale come criterio diagnostico, obbligando quindi persone dall'aspetto ancora totalmente maschile (o femminile per il percorso opposto) ad esporsi al "pubblico ludibrio" come persone perverse o "baraccone"
- contrariamente ai protocolli internazionali, molte persone "trans" ci riferiscono che il dichiararsi omoaffettive rispetto al genere di arrivo, sia

un motivo per subire indagini psicologiche invasive della privacy, un motivo per dubitare della reale presenza di DIG e comunque un valido motivo per protrarre l'indagine psicologica;

- una diagnosi favorevole o sfavorevole alla terapia ormonale venga in molti casi *rinnovata* – di sei mesi in sei mesi – anche per anni, prima di consentire l'accesso alla TOS. L'insorgenza della depressione a sua volta determina un allungamento del periodo psicoterapeutico, determinando un fenomeno di "loop" di "stato di diagnosi permanente"

Per queste ed altre ragioni che verranno esposte, chiediamo Alla **Ministra** e:

1. All'ordine dei Medici e alla Società Italiana di Endocrinologia e Società Italiana di Andrologia:

se – alla luce di quanto indicato dai protocolli medici e dagli stessi fogli illustrativi dei farmaci utilizzati per la transizione di genere, (ormoni sessuali, antiandrogeni) - possa definirsi corretta l'informazione presentata negli standard ONIG (*Iter, punto 3*) dove si dichiara una generica "irreversibilità" della TOS, quando è noto che nei primi sei mesi di trattamento essa è pienamente reversibile. Inoltre si chiede se sia corretto usare tale affermazione per giustificare la regola dell'obbligo ad una indagine psicoterapeutica minima di sei mesi, come "conditio sine qua non" per accedere alle cure mediche, quando questo periodo coincide con la reversibilità della stessa terapia. Si chiede, inoltre, se piuttosto che per la TOS, alcune precauzioni non dovrebbero essere prese nei confronti di interventi chirurgici estetici sui caratteri sessuali secondari, questi sì immediati negli effetti e – per alcuni di essi - con una reale maggior difficoltà di reversibilità.

Si chiede se l'assenza di informazioni sugli effetti della TOS senza indicare i tempi entro i quali possa ritenersi irreversibile, se l'assenza di specifiche fra questa e la chirurgia sui caratteri sessuali secondari, non costituisca un elemento confusivo per il paziente al fine di "favorire" un periodo di psicoterapia prolungato oltremodo e quindi, in quanto tale non "medicalmente corretto".

Alla Società Italiana di Psichiatria:

si chiede se i protocolli "ONIG" non prevedano una marginalizzazione della figura del Medico Chirurgo Psichiatra che, nei casi di DIG, dovrebbe essere la figura di riferimento diagnostico, per la sua iscrizione nel DSM IV ed essendo parimenti considerata patologia a carattere psichiatrico dall'OMS.

Si chiede se dal punto di vista diagnostico (non quindi perizie psicologiche, ma diagnosi) non si riscontri nei protocolli ONIG un trasferimento di competenze dalla figura professionale del medico psichiatra a quello dello psicologo/psicoterapeuta

2. Alla Società Italiana di Endocrinologia ed alla Società Italiana di Andrologia:

chiediamo di pronunciarsi esplicitamente a favore dei protocolli concordati da professionisti di tutto il mondo, ovvero i protocolli WPATH, già applicati da almeno un paio di "coraggiosi" Centri di Endocrinologia e di rifiutare protocolli che portano alla vostra attenzione persone sottoposte ad un calvario diagnostico rendendole più fragili e "meno collaborative" alle vostre indicazioni terapeutiche; anche a causa del "ritardo diagnostico" subito.

3. All'Ordine degli Psicologi:

chiediamo se i protocolli Onig non siano in netto contrasto con i principi fondamentali dell'approccio psicologico e psicoterapico, per i quali la volontarietà del soggetto è la base fondamentale su cui si possa determinare un reale rapporto psicoterapeutico fra cliente e psicoterapeuta. Se il porre "obbligatoriamente", per un periodo minimo e rinnovabile all'infinito uguale per tutti, il passaggio attraverso la figura dello psicologo o dello psicoterapeuta al quale viene dato ogni "potere decisionale" sul futuro della persona che soffre di DIG, non induca la persona che si sottopone a tali trattamenti ad un (non sentito) atteggiamento di compiacimento; anche attraverso una immagine di sé da "vero e proprio personaggio stereotipato", al solo fine di ottenere l'"ok" all'inizio della terapia ormonale. Se insomma l'inserimento della figura dello psicologo, prevista dagli standard internazionali come di accompagnamento alle difficoltà della transizione, oltre che ad un invito alla piena consapevolezza di cosa essa comporti nella vita reale, non diventi invece - negli standard ONIG - una sorta di figura onnipotente sul proprio destino, un ostacolo da superare, piuttosto che una figura che accompagna; con ciò rendendo vano ogni presupposto ideale e concreto della professionalità e ambito di competenza degli psicologi e psicoterapeuti. Chiediamo se tali protocolli non siano in netto contrasto con la legge e non costituiscano una sorta di terapia - di fatto - coatta, coercizzata sulla persona. Terapia vietata in Italia salvo i casi di dichiarata infermità mentale grave.

4. Alla Società Italiana di Medicina e Chirurgia Estetica:

se nel percorso di adeguamento di Genere, con modalità controllate, individualizzate ed autorizzate, alcuni interventi oggi considerati di "chirurgia estetica" non dovrebbero invece, per la natura stessa del Disturbo dell'Identità di Genere, essere considerati (ri)costruttivi della propria identità psicofisica e come tali - e negli specifici casi - a carico del SSN.

5. Alla Ministra della Salute, Livia Turco:

se i protocolli ONIG non costituiscano, oltre che una serie di violazioni della dignità e dei diritti del malato, anche una surrettizia modalità per "gonfiare" le spese a carico del SSN, amplificando a dismisura le competenze di alcune professionalità alle quali non vengono posti limiti di tempo per la formulazione della diagnosi sia che i Centri che eseguono le diagnosi siano direttamente a carico del SSN, sia che siano convenzionati (come è per alcuni Centri ONIG) e a carico della fiscalità generale o regionale, o - peggio ancora - non costituiscano un'identica ridondanza di tempi, procedure e spese, a carico del paziente, nel caso in cui si rivolga a figure professionali private (anch'esse presenti all'interno dell'ONIG).

Chiediamo se questi fondi meglio non sarebbero da destinare all'allargamento del carico delle cure farmacologiche e/o chirurgiche rispetto a chi soffre di D.I.G, attualmente tutte (con l'eccezione della rettificazione chirurgica dei genitali) a carico della persona.

Se tali protocolli non rischiano di configurare, in alcuni passaggi, un abuso dell'esercizio della professione medica.

Se negli stessi non vi siano elementi di una mancata e/o corretta informazione su alcuni dati (l'irreversibilità della terapia ormonale sostitutiva).

Se non siano evidenti ripetute contraddizioni fra generiche espressioni di *modalità liberamente concordate* e regole rigidissime di tempi e professionalità, senza alcun interesse alla valutazione della singola situazione della persona.

6. A Cittadinanzattiva - Tribunale del Malato:

si chiede un'attenta valutazione degli standard Onig, della comparazione con quelli internazionali e se non siano evidenti, nei protocolli italiani, violazioni macroscopiche delle tutele dei diritti ed interessi dei malati previste dallo stesso Tribunale;

7. All'ONIG:

chiediamo semplicemente il motivo per cui queste valutazioni più volte sottoposte per le vie brevi da parte di Crisalide AzioneTrans a ben tre diverse presidenze ONIG succedutesi nel tempo, non abbiano mai ottenuto una risposta di merito. Chiediamo perché non vi sia, nei protocolli Onig, contrariamente a quelli internazionali, una qualificazione di altri strumenti (auto)diagnostici quali ad esempio i gruppi AMA (Auto Mutuo Aiuto) che Crisalide porta avanti con gran successo di consapevolezza dei partecipanti rispetto alla loro condizione di genere, e con personale qualificato e "alla pari" (ovvero in assenza di medici o psicologi). E' nostra esperienza piuttosto comune verificare che, alle condizioni poste dai vostri protocolli, la maggior parte delle persone transgender che si rivolge ai vostri Centri, mente pur di accondiscendere alle idee precostituite (spesso stereotipatamente) di femminilità (o mascolinità) dei singoli operatori.

Chiediamo inoltre perché almeno i primi tre - sei mesi di terapia ormonale non vengano considerati anche come "strumento diagnostico" per verificare la reazione agli effetti collaterali della TOS, i primi a sentirsi sul corpo e talvolta a "chiarire" le persone rispetto alla strada intrapresa più di qualsiasi indagine preventiva (reazione all'impotenza o alla riduzione delle forze muscolari, in ambito maschile, all'aumento di libido femminile, ecc. ecc.). Tutti effetti reversibili, ma che fanno sentire sul corpo della persona la realtà di alcuni effetti della transizione REALE).

8. Alla Ministra per le Pari Opportunità, Barbara Pollastrini:

chiediamo se le considerazioni sino a qui raccontate non costituiscano una violazione di norme sui Diritti e le Pari Opportunità nei confronti delle persone transessuali o transgender;

9. Alla WPATH:

chiediamo se i protocolli ONIG siano in qualche modo compatibili con quelli propri e se chi li utilizza abbia il diritto di far parte della World Professional Association for Transgender Health, sia per quanto riguarda l'aspetto "professionale", sia per quanto riguarda l'aspetto della "Transgender Health".

10. A Tutti i soggetti in indirizzo:

Chiediamo una spiegazione su cosa significhi con esattezza l'espressione implicazioni psicologiche legate all'assunzione di ormoni (Iter, punto 3 prot. ONIG) e soprattutto in cosa differiscano - al punto da indurre ad un'accompagnamento psicologico obbligato - dalle implicazioni psicologiche legate all'assunzione di antidolorifici oppiacei, di Inibitori della Mono Amino Ossidasi, di farmaci chemioterapici, di farmaci coumadinici, alla dialisi, alla somministrazione ormai incontrollata di benzodiazepine o a quella controllata di immunomodulatori e centinaia di altri il cui impatto psicologico è noto a tutta la comunità scientifica. Perché l'obbligatorietà alla psicoterapia preventiva esclusivamente per i farmaci utilizzati per il DIG?

In attesa di un cortese cenno di riscontro porgiamo i nostri cordiali saluti ed informiamo che per questa istanza verrà emesso un comunicato stampa.

Genova li 18 luglio 2007

Per Crisalide AzioneTrans onlus

Mirella Izzo
presidente onoraria
vicepresidente nazionale

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Mirella Izzo', with a stylized, flowing script.

Fabianna Tozzi
presidente nazionale

Per contatti e vie brevi presente documento:

tel: 320-8748419 (Mirella Izzo)

email: mirella.izzo@crisalide-azionetrans.it

This document was created with Win2PDF available at <http://www.win2pdf.com>.
The unregistered version of Win2PDF is for evaluation or non-commercial use only.
This page will not be added after purchasing Win2PDF.