

AI CONFINI DELLA CURA quando la complessità giuridica incontra la pratica clinica

Emma Feligiotti¹ *, Chiara Parazzoli^{1,2}, Elisa Cesaratto^{3,4}, Iacopo Chiodini^{1,2}, Maurizio Bini⁴

¹Dipartimento di Biotecnologie Mediche e Medicina Traslazionale, Università degli Studi di Milano, 20100 Milano, Italia

²Unità of Endocrinologia, ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda, Milano, Italia

³SSD Psicologia clinica, Dipartimento di salute mentale e delle dipendenze

⁴SSD Diagnosi e Terapia della Sterilità e Crioconservazione, ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda, Milano, Italia

*emma.feligiotti@unimi.it

INTRODUZIONE

Nella pratica clinica dedicata alla gestione dell'incongruenza di genere, gli operatori sanitari si trovano frequentemente ad affrontare situazioni di elevata complessità che possono trascendere la dimensione puramente clinica e che si intrecciano con criticità di natura **sociosanitaria** e **giuridica**.

CASO CLINICO

Presentiamo il caso di Julian, persona **AFAB** di 35 anni di nazionalità **egiziana**, giunta alla nostra osservazione in stato di **detenzione**. Julian riferiva incongruenza di genere da oltre dieci anni, con disagio prevalentemente legato ai marcatori di femminilità: mammelle e ciclo mestruale. In particolare, il sanguinamento mensile era caratterizzato da dismenorrea severa e metrorragie con gravi **anemizzazioni** secondarie a nota **fibromatosi** uterina. Per tale motivo, al persona era stata trattata con terapia progestinica continua, con beneficio clinico limitato data la persistenza della sintomatologia. Dall'anamnesi emergeva inoltre che Julian si fosse già sottoposto a due interventi ginecologici laparotomici: asportazione di una cisti ovarica e miomectomia per fibroma uterino di 10 cm.

A fronte della persistente sintomatologia algica e del disagio correlato alla disforia, amplificato dalla collocazione in un istituto di detenzione femminile, veniva eseguita un'ecografia addominale di controllo che documentava la presenza di un **nuovo fibroma** del diametro di 15 cm. Alla luce del quadro clinico e previa diagnostica psicologica ufficiale di disforia, si avviava terapia ormonale con testosterone enantato 250 mg IM e si poneva indicazione a **isterectomia associata ad annessiectomia** bilaterale in considerazione del desiderio di rimozione futura degli annessi.

Il rationale di tale indicazione risiedeva nel tentativo di **limitare il numero degli interventi** e delle possibili morbidità associate. Tuttavia, la rimozione di ovaie strutturalmente sane in assenza di sentenza giudiziaria rappresentava un **ostacolo giudiziario**, determinando inizialmente il blocco dell'indicazione chirurgica. Il fatto che la sostituzione della funzione endocrina ovarica fosse agevole e che la mancanza dell'utero rendesse nel nostro paese impossibile un concepimento anche in caso di detransizione (essendo la gestazione per altri reato universale), non consentiva tuttavia di superare le criticità, data l'**inapplicabilità dei divieti su cittadini stranieri**. Si propose la crioconservazione degli annessi dopo la loro rimozione, in vista di un potenziale reimpianto futuro in caso di necessità, ma anche questa opzione non risultava percorribile poiché avrebbe sancito in modo inequivocabile la sanità degli organi asportati senza indicazione.

Dopo un confronto **multidisciplinare** con l'amministrazione penitenziaria e l'**équipe** chirurgica, si decideva di classificare l'intervento come ad **elevata complessità**, prevedendo la possibilità di estensione dei margini di resezione in caso di complicanze intraoperatorie che, data la **sindrome aderenziale** determinata dai precedenti interventi nel medesimo sito anatomico, si sono verificate. Gli annessi, asportati di necessità, sono stati comunque **criopreservati** in attesa di completamento dell'iter legislativo previsto per la riattribuzione di genere.

L'intervento ha determinato un significativo miglioramento del benessere psicofisico della persona, grazie all'ottenimento dell'amenorrea e alla risoluzione della dismenorrea e degli episodi di anemia, con un impatto positivo sulla qualità di vita e sollievo per la disforia di genere.

DISCUSSIONE

Il caso descritto presenta **molteplici fattori di complessità**, tra cui l'origine straniera, la condizione detentiva e la presenza di disforia di genere. Tali elementi si associano a criticità giuridiche e organizzative che possono ritardare o compromettere l'attuazione di interventi sanitari necessari per il benessere psicofisico di una persona già di per sé vulnerabile. L'esperienza riportata sottolinea l'importanza di un **approccio multidisciplinare e individualizzato**, capace di bilanciare la tutela della legalità con i principi di appropriatezza, proporzionalità e continuità delle cure. La possibilità di adottare soluzioni cliniche condivise e adeguatamente motivate, anche in presenza di vincoli normativi, può consentire di superare ostacoli apparentemente insormontabili, garantendo percorsi assistenziali efficaci e rispettosi dell'identità di genere. Questo caso evidenzia il ruolo del professionista sanitario coinvolto nella presa in carico della disforia di genere, chiamato a porre il **benessere globale** della persona al centro del percorso di cura anche in presenza di criticità legali complesse.