GRUPPO DI STUDIO IN BIOETICA

PRESSO

L'UFFICIO NAZIONALE PER LA PASTORALE DELLA SALUTE
DELLA CONFERENZA EPISCOPALE ITALIANA

TRANSGENDERISMO

NOTA N° 2 - REL. 02 - DEL 25 OTTOBRE 2023

1. NOTE INTRODUTTIVE

Nel tempo presente si assiste a una radicale messa in discussione dell'identità, considerata realtà evanescente e continuamente riconfigurabile. È quanto rileva in maniera del tutto singolare l'ambito della sessualità, in cui si fanno largo i neologismi *gender fluidity* e *sexual fluidity*, che si riferiscono rispettivamente al soggetto la cui identità di genere e il cui orientamento sessuale è flessibile e varia nel tempo. In questa cornice si colloca il tema del transgenderismo e della transessualità, di cui tratta il presente contributo.[1]

In sede introduttiva è utile avanzare alcune precisazioni, volte a chiarire il metodo, i confini e lo scopo dell'indagine condotta:

1) sotto il profilo terminologico, ci atterremo alla nomenclatura del *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali* (DSM-5) redatto dall'*Associazione psichiatrica americana*;[2]
2) sotto il profilo etico, considereremo la liceità morale per il soggetto di avviare percorsi di modificazione corporea, mentre non affronteremo qui il tema in riferimento all'azione degli operatori sanitari che prendono parte a tali procedure, né in riferimento all'ambito socio-culturale, giuridico-politico ed educativo;
3) a fronte della rivendicazione del soggetto odierno di vivere e praticare la sessualità nelle forme più svariate, *è necessario ribadire che* ogni comportamento che leda la dignità della persona a causa della sua identità di genere e del suo orientamento sessuale va certamente condannato; d'altra parte, è doveroso interrogarsi sull'idea secondo cui tutte le identificazioni di genere e tutti gli orientamenti sessuali andrebbero posti sullo stesso piano, in quanto costituirebbero semplici varianti della sessualità; a tal fine, ci interrogheremo sulla bontà di avallare e sostenere determinate scelte personali, tanto più qualora le si indicasse come modelli sociali da perseguire;
4) la Chiesa, nell'ambito della sua missione universale, è chiamata a porsi nei tre atteggiamenti dell'*ascoltare*, del *ragionare* e del *proporre*, che favoriscono l'incontro con le problematiche e le esigenze di ogni persona, per accompagnarle con cura, affinché tutte si sentano partecipi della comunità ecclesiale.[3]

---

[1] Cfr. A. Frigerio, *Corpo e* lógos *nel processo identitario. Il caso serio del transgenderismo: bioetica alla prova*, Cantagalli, Siena 2020. Id., *Il* caso serio *del transgenderismo*, «La Scuola Cattolica» 150/1 (2022) 73-104.

[2] American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* [fifth edition], American Psychiatric Publishing, Washington-London 2013, 452-453.

[3] Cfr. Congregazione per l'Educazione Cattolica, *«Maschio e femmina li creò». Per una via di dialogo sulla questione del gender nell'educazione*, Città del Vaticano, 2019, 5. 29.

2. DI CHE SI TRATTA

Registri di cui si compone la sessualità umana:[4]

- il termine **sesso** *(sex)* indica il dato biologico (genetico, gonadico, genitale, cerebrale);
- il termine **genere** *(gender)* designa la percezione psicologica interiore della propria identità (identità di genere) e la percezione culturale esteriore di comportamento e abitudini associate *a* e adottate *da* mascolinità e femminilità (ruolo di genere);
- la locuzione **orientamento sessuale** *(sexual orientation)* si riferisce all'attrazione sentimentale erotica e sessuale (preferenza sessuale).

La concordanza tra sesso biologico (maschile/femminile), identità di genere (uomo/donna) e orientamento eterosessuale risulta, almeno statisticamente, la norma.[5] Tuttavia nella popolazione si riscontrano alcune possibili condizioni *altre* della sessualità:

- sul registro del sesso si attesta l'ermafroditismo: nella persona ermafrodita si ha la coesistenza delle ghiandole genitali maschili e femminili o, più genericamente, la presenza di tessuto ovarico e testicolare nelle gonadi dello stesso individuo. L'ermafroditismo rientra fra le condizioni intersessuali (*intersex*), conosciute anche come disordini dello sviluppo sessuale, in cui si ha una discrepanza tra i diversi piani su cui si costituisce il sesso, indipendentemente dall'identificazione di genere operata dal soggetto.[6]
- sul registro del genere si attesta il transgenderismo: la persona transgender esperisce un'identità di genere difforme da quella assegnata alla nascita in base al sesso fenotipico, e talora sceglie di mutare l'aspetto anagrafico e fisico (in tal caso, si parla di persona transessuale).[7]
- sul registro dell'orientamento si attesta l'omosessualità: la persona omosessuale rivolge la propria attenzione sentimentale, erotica e sessuale a persone dello stesso sesso. Non desidera mutare il proprio aspetto anagrafico né fisico, poiché non sperimenta un conflitto con la sua identità biologica.

Il termine *transgenderismo* traduce l'inglese *transgenderism*, neologismo formato dalla parola latina *trans* (oltre, al di là, attraverso) e da quella inglese *gender* (genere). La polisemia del prefisso

---

[4] Cfr. N.M. Shah – T.M. Jessell – J.R. Sanes, *Sexual Difference of the Nervous System*, in E.R. Kandel – J.H. Schwartz – T.M. Jessell – S.A. Siegelbaum – A.J. Hudspeth (ed.), *Principles of Neural Science* [fifth edition], McGraw-Hill Medical, New York 2012, 1306-1327: 1307.

[5] G.J. Gates, *LGBT Demographics: Comparisons among population-based surveys*, The William Institute, UCLA, http://www.escholarship.org/..., 2014. L'indagine riporta sette sondaggi condotti tra il 2006 e il 2014 negli USA. La percentuale di soggetti LGBT varia tra 2,2 % e 5,6 %.

[6] Per un'introduzione alle patologie dello sviluppo sessuale, si veda: J.M. Hutson – G.L. Warne – S.R. Grover (ed.), *Disorders of Sex Development*, Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg 2012.

[7] Da questi si distingue il travestito che rivolge la propria attenzione sentimentale, erotica e sessuale di solito a soggetti dell'altro sesso, utilizza indumenti dell'altro sesso per raggiungere l'eccitazione sessuale, senza identificarsi con l'altro sesso né voler cambiare sesso.

trans rende ragione dell'utilizzo pressoché intercambiabile del termine *trans-gender*, che sottolinea la percezione del soggetto di possedere un'identità di genere *oltre*, *al di là* della propria identità sessuale, e del termine *trans-sessuale*, che fa riferimento all'istanza, avanzata dal soggetto, di passare *attraverso* una transizione sociale e/o somatica al sesso opposto, sebbene i percorsi di rettificazione non cambino il sesso, ma solo lo status sociale e/o l'aspetto fisico.[8]

Il transgenderismo è un fenomeno assai complesso, che riguarda l'interazione di livelli differenti della sessualità umana: il **sesso** *(sex)*, che fa riferimento alle caratteristiche biologiche maschili/femminili, e l'**identità di genere** *(gender identity)*, che fa riferimento alla percezione soggettiva di essere uomo/donna. Tra *sex* e *gender* si verifica talvolta una sfasatura, che dalla seconda metà del secolo scorso interroga la comunità scientifica, come attesta la nosografia del *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali* (DSM-5) redatto dall'*Associazione psichiatrica americana*.

Il DSM-5 parla di: *disforia di genere* in riferimento a quanti provano disagio affettivo e/o cognitivo relativo al sesso assegnato alla nascita;[9] *transgender* in riferimento a quanti si identificano col genere opposto a quello assegnato alla nascita; *transessuale* in riferimento al soggetto transgender che ricerca una transizione sociale, nella gran parte dei casi associata a quella somatica.

I soggetti *transgender* e transessuali, qualora vivano la propria condizione con disagio, rientrano nel quadro delle disforie di genere.[10] In letteratura si distingue tra disforia di genere che insorge prima oppure dopo la pubertà. Qualora si presenti nell'infanzia, si parla di *disforia di genere a esordio precoce* (*early-onset GD*), mentre qualora si presenti nell'adolescenza o in età adulta si parla di *disforia di genere a esordio tardivo* (*late-onset GD*). Negli studi più recenti la forma che si sviluppa

[8] Nel linguaggio corrente il termine *transgender* viene spesso utilizzato come sinonimo di *gender fluid*, per sottolineare l'indeterminatezza e mutevolezza del genere. In questo contesto utilizziamo, invece, il termine nell'accezione della letteratura scientifica, secondo cui soggetti maschi possono identificarsi come donne, oppure viceversa. Tuttavia, anche in questa seconda accezione vi è chi, come Judith Butler, mette in discussione la binarietà sessuale: «La transessualità è una pratica trasformativa … il passaggio da femmina a maschio o da maschio a femmina non comporta necessariamente il permanere in una cornice binaria, ma l'assumere la trasformazione stessa come il significato più proprio del genere» (J. BUTLER, *Undoing gender*, Routledge, New York 2004, p. 65). Tra l'altro registriamo che in documenti sia divulgativi che istituzionali, queste definizioni tendono ad essere intese sempre più nel senso *gender fluid*.

[9] Il DSM parla di 'sesso assegnato alla nascita'; tale assegnazione, è bene precisarlo, avviene in base all'evidenza della conformazione corporea maschile/femminile.

[10] Cfr. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* [fifth edition], American Psychiatric Publishing, Washington-London 2013, 452-453. Diversi addetti ai lavori e attivisti del mondo LGBT hanno proposto di rimuovere le condizioni che ricadono sotto l'ombrello *disforia di genere* dal novero delle malattie mentali, ma ciò avrebbe impedito, a quanti lo avessero desiderato, di avviare percorsi di rettificazione sessuale usufruendo della copertura sanitaria. Si è così optato per una nuova concettualizzazione del fenomeno. Per ovviare al problema, la nuova versione dell'*International Classification of Diseases* (ICD-11) della *World Health Organization* (WHO), redatta nel 2019, ha derubricato la disforia di genere dalle patologie mentali e l'ha posta nella categoria *condizioni connesse alla salute sessuale*, così da garantire accesso alle prestazioni mediche.

nell'adolescenza è di solito chiamata *disforia di genere a esordio adolescenziale* (*adolescent-onset GD* oppure *rapid-onset GD*).[11]

Un protocollo di transizione sessuale tra i più diffusi è quello olandese (*Dutch Model*), che, a seconda dell'età, una volta acclarata l'assenza di patologie psichiatriche severe, prevede un trattamento in tre fasi: blocco ormonale della pubertà (12 anni); somministrazione di ormoni caratteristici del sesso opposto *(cross-sex hormones)* nella adolescenza (16 anni); trattamento chirurgico in età adulta (18 anni).[12]

- Il blocco della pubertà avviene tramite somministrazione ormonale (agonisti del GnRH o progestinici) che, tra l'altro, altera lo sviluppo osseo, disallinea lo sviluppo fisico rispetto a quello cognitivo e priva il soggetto di elementi decisivi per chiarire la propria identità.
- Il trattamento *cross-sex hormones* consiste nella somministrazione di estrogeni e antagonisti degli androgeni ai maschi e di testosterone alle femmine. Tale trattamento produce effetti irreversibili, come ad esempio l'abbassamento di tono della voce da assunzione di testosterone.
- Il trattamento chirurgico prevede tre principali livelli di intervento demolitivo/ricostruttivo: mastectomia, castrazione (ablazione delle gonadi e dell'apparato riproduttivo interno), plastica dei genitali esterni (vaginoplastica o falloplastica). L'intervento è irreversibile, in quanto una eventuale operazione chirurgica di *detransition* o *retransition* non ripristina la funzione degli organi sessuali. Inoltre la castrazione e la plastica dei genitali esterni non sono prive di criticità per quel che riguarda il rapporto sessuale, non solo sotto il profilo della sensibilità, che è variabile, ma anche per la conseguente impossibilità generativa.

3. STATO DELL'ARTE

Secondo stime recenti la prevalenza dell'identità transgender (*self-reported*) in bambini, adolescenti e adulti varierebbe dallo 0,5 all'1,3%, un *range* marcatamente superiore ai dati clinici (*clinical-referred*) rilevati in campioni adulti; la discrepanza si spiega probabilmente con la fluttuazione dell'identità di genere dei giovani adulti che appartengono alle cosiddette minoranze sessuali.[13]

[11] Cfr. J. RISTORI - T. STEENSMA, *Gender dysphoria in childhood*, «International Review of Psychiatry» 28 (2016) 13-20; R. KALTIALA-HEINO ET AL., *Gender dysphoria in adolescence: current perspectives*, «Adolescent Health, Medicine and Therapeutics» 9 (2018) 31-41. K.J. ZUCKER ET AL., *Gender dysphoria in Adults*, «Annual Review of Clinical Psychology» 12 (2016) 217-247. L. LITTMAN ET AL., *Rapid-onset gender dysphoria in adolescents and young adults: A study of parental reports*, «PLoS ONE» 13 (2018) e0202330.

[12] Cfr. A.L.C. DE VRIES – P.T. COHEN-KETTENIS, *Clinical Management of Gender Dysphoria in Children and Adolescents. The Dutch approach*, «Journal of Homosexuality» 59 (2012) 301-320.

[13] K.J. ZUCKER, *Epidemiology of gender dysphoria and transgender identity*, «Sexual Health» 14 (2017) 404-411.

Il transgenderismo pone l'interrogativo sul nesso tra identità sessuale (*sexual identity*) e identità di genere (*gender identity*), che si precisa come domanda sul ruolo che il corpo e il linguaggio/cultura svolgono nello sviluppo identitario. Del transgenderismo vengono esposte qui alcune nozioni di ordine biomedico, sociologico, psicoanalitico e antropologico.

Sapere biomedico

Le indagini genetiche (familiari, gemellari, cromosomiche), endocrinologiche (dosaggio ormonale pre-natale e effetti sull'organizzazione cerebrale) e anatomo-fisiologiche (indagini istologiche *post-mortem*, studio *in vivo* tramite *neuroimaging*) attestano che lo sviluppo dell'identità di genere è influenzato dal dato biologico ma anche da scelte personali e fattori sociali: «Il genere è un costrutto sociale, legato alle differenze biologiche, ma radicato anche nella cultura e nel comportamento individuale».[14] In tal senso, le evidenze scientifiche impediscono di ricondurre il conflitto tra sesso e identità di genere, proprio del transgenderismo, a elementi di mero ordine biologico.

Considerazione sociologica

Le indagini biomediche rilevano un forte disagio mentale associato al transgenderismo, che alcuni autori riconducono a discriminazione, stigma e stress sociale (*social stress model*). In realtà, come hanno rilevato diversi studi, nella popolazione transgender persiste un più alto tasso di disturbi mentali anche nei contesti in cui la mentalità e le leggi in vigore sono favorevoli alla visione della sessualità promossa dalle cosiddette minoranze sessuali. Pertanto, oltre ai fattori sociali, vanno indagati motivi più profondi e radicati del malessere psichico nei soggetti transgender.[15]

---

[14] EDITORIAL BOARD, *Anatomy does not define gender*, «Nature» 563 (2018), 5. Discorso analogo vale per l'orientamento sessuale, che costituisce l'altro tratto distintivo della sessualità umana. Si veda: F. J. SÁNCHEZ - S. BOCKLANDT - E. VILAIN, "The Biology of Sexual Orientation and Gender Identity", in D. W. PLAFF - A. P. ARNOLD - A. M. ETGEN - S. E. FAHRBACH - R. T. RUBIN (ed.), *Hormones, Brain and Behavior*, Elsevier, 2009, 1911-1929: 1924 «Sexual orientation and gender identity are two complex traits that play a critical role in human lives […] Results from hormonal, correlational, and genetic studies offer a glimpse at what might underlie these behaviors. While there are limitations to this research, the results of these important studies have helped determine where future research should go as methodology and technology continue to advance. Indeed, social and environmental factors contribute to the development of sexual orientation and gender identity as well»; C. E. ROSELLI, *Neurobiology of gender identity and sexual orientation*, «Journal of Endocrinology» 30/7 (2018), e12562 «Evidence that gender identity and sexual orientation are masculinized by prenatal exposure to testosterone and feminized in it absence is drawn from basic research in animals, correlations of biometric indices of androgen exposure and studies of clinical conditions associated with disorders in sexual development. There are, however, important exceptions to this theory that have yet to be resolved. Family and twin studies indicate that genes play a role, although no specific candidate genes have been identified. Evidence that relates to the number of older brothers implicates maternal immune responses as a contributing factor for male sexual orientation. It remains speculative how these influences might relate to each other and interact with postnatal socialisation».

[15] R. GRAHAM ET AL., *The Health of Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender People: Building a Foundation for Better Understanding*, The National Academy, Washington D.C. 2011. L. S. MAYER - P. R. MCHUGH, *Sexuality and Gender. Findings from the Biological, Psychological, and Social Science*, «The New Atlantis» 50 (2016), 59-85.

Pratica psicoanalitica

Lo studio della condizione transgender ha avuto avvio tra fine Ottocento e inizio Novecento nell'ambito della psicopatologia psichiatrica, per poi svilupparsi in ambito psicoanalitico, anche a seguito del diffondersi della pratica di rettificazione sessuale successiva al primo intervento, realizzato nel '51 in Danimarca.[16]

Ci avvaliamo dell'approccio psicoanalitico[17] non solo perché, come poc'anzi richiamato, è l'ambito in cui la riflessione sul transgenderismo si è sviluppata in maniera sistematica, ma anche perché, a differenza della farmacologia, delle neuroscienze e dell'approccio psicologico cognitivo-comportamentale, che pure offrono dati di cui è opportuno avvalersi, contiene due vantaggi: evidenzia la correlazione tra funzione e struttura e lo fa dando voce al vissuto umano.[18]

Tra gli studiosi che hanno indagato il transgenderismo, si distinguono lo psicologo e sessuologo statunitense Robert Stoller (teoria identificativa), la psichiatra e psicoanalista francese Colette Chiland (teoria narcisistica) e lo psichiatra e psicoanalista francese Jacques Lacan (teoria fallica).

1) Eziologia

Secondo Stoller, il transgenderismo nel maschio è dovuto al non superamento della fase simbiotica con la madre, per un contatto fisico illimitato non interdetto dal padre; nella femmina ha origine dalla identificazione simbiotica della bimba col padre, dovuta a un contatto fisico insistito.[19] Secondo Chiland, il transgenderismo si configura come profonda alterazione della costituzione di sé, originata dalla mancata e inconscia capacità dei genitori di confermare l'*infans* nella sua identità di genere, provocando in lui la convinzione che sarebbe amato se appartenesse all'altro sesso.[20] Secondo Lacan, il transgenderismo ha origine nella fase edipica, in cui si verifica la preclusione del Nome-del-Padre, che conduce a prendere un organo per un significante, ovvero a scambiare il pene per il fallo.[21]

---

16 Per un'introduzione storica, si veda: M. BOTTONE - R. GALIANI - P. VALERIO, "Introduzione", in P. VALERIO - M. BOTTONE - R. GALIANI - R. VITELLI (a cura di), *Il Transessualismo. Saggi psicoanalitici*, Franco Angeli, Milano 2001, 3-27.

17 Nel tempo presente l'approccio psicoanalitico conosce un certo oblio a motivo del progredire delle neuroscienze, della farmacologia e della psicologia cognitivo-comportamentale che non prendono in considerazione il tema dell'inconscio. In realtà, questi tre ambiti di ricerca non sono di per sé sufficienti per leggere la complessità dell'essere umano. Neuroscienze e farmacologia si attestano su un piano meramente biologico, mentre la prospettiva cognitivo comportamentale resta circoscritta alle rappresentazioni coscienti. L'insufficienza di queste prospettive trova un riscontro proprio nella condizione transgender, in quanto le neuroscienze non forniscono dati univoci in grado di spiegare la sua origine, né la farmacologia offre evidenze scientifiche sull'efficacia dei trattamenti offerti. Su queste argomentazioni cfr. M. RECALCATI, *Elogio dell'inconscio. Dodici argomenti in difesa della psicoanalisi*, Mondadori, Milano 2007.

18 X. LACROIX, *In principio la differenza*, V&P, Milano 2006, 24 e 80: «La psicoanalisi … pone in evidenza una correlazione tra "funzione" e "struttura" […] Discorsi come questo [della psicoanalisi] non scaturiscono da speculazioni "da quattro soldi", ma sono il frutto di un ascolto durato decine di anni. La psicoanalisi è nata da uno scambio permanente fra la teorizzazione e la parola viva, da un ascolto particolarmente elaborato delle sofferenze umane».

19 R.J. STOLLER, *Sex and Gender. The Development of Masculinity and Femininity*, Karnac, London 1968, 102 e 205.

20 C. CHILAND, *Changer de sexe*, Odile Jacob, Paris 1997, 243.

21 J. LACAN, *Le Séminaire. Livre XVIII. D'un discours qui ne serait pas du semblant (1970-1971)*, Seuil, Paris 2007, 31.

2) Nosografia

Stoller, Chiland e Lacan considerano la condizione transgender rispettivamente come disturbo di personalità, disturbo narcisistico e disturbo psicotico. Al di là delle differenze, va rilevato che tutti e tre gli autori riconoscono la serietà e la gravità della condizione transgender, a motivo dell'impatto che ha sull'equilibrio psico-fisico dei soggetti coinvolti. Stoller, che pure difende la plausibilità di un intervento di rettificazione sessuale, parla di tormento intenso e autentico, che sembra non trovare soluzione nel trattamento psicologico, ma neanche in quella che chiama "forma inquietante di psicochirurgia", che non ha il potere di cambiare il sesso e che lascia sempre, in misura maggiore o minore, insoddisfatti.[22] Chiland, che pure non esclude l'intervento di rettificazione sessuale, denuncia la depsichiatrizzazione della condizione, descrive il transgenderismo come prodotto del progresso tecnico della medicina, che dona l'illusione di un possibile cambiamento corporale, e propende per il trattamento psicoanalitico.[23] Alla scuola di Lacan, Geneviève Morel considera il transgenderismo una psicosi e afferma che il soggetto transgender vuole e/o crede di essere dell'altro sesso per farsi accettare dall'Altro[24] da cui si sente rifiutato. In tal senso, si fa oggetto del godimento di un Altro crudele che l'ha rigettato, a dispetto dell'idea rassicurante secondo cui la chirurgia e la scienza moderna gli consentirebbero di condurre una vita confortevole.[25] Anche Catherine Millot, sempre di scuola lacaniana, parla di profondo malessere del soggetto transgender e mette in discussione la tesi secondo cui tale malessere troverebbe rimedio nel "cambio" di sesso. Al contrario, il soggetto transgender non esiste senza endocrinologo e chirurgo, che rappresentano l'Altro della scienza, che lo conduce a divenire oggetto del suo desiderio e cavia sacrificata alla fantasia di onnipotenza della scienza moderna.[26]

Lettura antropologica

La condizione transgender mette in discussione la continuità, postulata dalla fenomenologia, tra esistenza corporea e vita psichica, in quanto il nesso tra corporeità e intenzionalità sembra invertito: non sarebbe il corpo a indirizzare l'intenzionalità soggettiva, ma l'orientamento mentale deciderebbe della corporeità, non di rado avanzando la richiesta di modificarla. In realtà, nella persona transgender il nesso tra corporeità e intenzionalità non è del tutto reciso, in quanto il corpo, nella sua costituzione morfologica, continua a essere fonte di senso.

---

22 Cfr. R.J. STOLLER, *Sex and Gender*, 247-248 e 249.

23 Cfr. C. CHILAND, *Changer de sexe. Illusion et réalité*, 24-25.

24 Nel linguaggio lacaniano, la categoria di "Altro", in maiuscolo, dice l'impossibilità di ridurre l'altro al simile e indica il campo simbolico del linguaggio, dalla cui struttura il soggetto dipende costitutivamente.

25 Cfr. G. MOREL, *Ambiguités sexualles. Sexuation et psychose*, Anthropos, Paris 2000, 210.

26 Cfr. C. MILLOT, *Horsexe. Essai sur le transsexualisme*, Point Hors Ligne, Paris 1983, 137-138.

La persona transgender, più che non esperire l'essere maschio/femmina, non tollera di esperire il corpo-proprio come maschile/femminile e per questo avvia percorsi di transizione sessuale. D'altra parte, la sessuazione corporea è così radicata nella persona e costitutiva della soggettività che l'eventuale tentativo di conciliare il corpo e la psiche per via ormonale-chirurgica è altamente problematico: «È indubbio che *almeno* la differente conformazione dei genitali deve essere intesa come una fonte simbolica di costanti […]. Tentare di allineare il corpo alla psiche […] comporta, nella sua realizzazione, implicazioni psicosomatiche di difficilissima gestione».[27]

L'assunto fenomenologico, secondo cui il soggetto intenziona sé e il mondo a partire dal punto prospettico del corpo sessuato, che rende differenti il maschile e il femminile, sembra dunque persistere anche nel soggetto transgender, in cui l'essere sessuato maschile o femminile non è elemento accidentale, ma parte costitutiva del soggetto.[28] La questione transgender suggerisce dunque non già di affrancare il *gender* dal *sex*, ma piuttosto di guardare all'elemento biologico come a un *datum* che non predetermina meccanicamente il processo psicologico e spirituale e però lo indirizza lasciandovi tracce indelebili.[29]

L'identità è insieme evento originario e processo storico, in quanto lo sviluppo identitario non consiste né in una mera passività di elementi attribuiti da altri, né in una mera attività di elementi auto-attribuiti dal soggetto, ma si realizza come assunzione attiva e responsabile di una datità che va compresa e interpretata dal soggetto.[30] In tal senso, il biblico «maschio e femmina li creò» (Gn 1,27) dice che la persona umana è fin dall'inizio maschio o femmina, e questo dato implica il compito di diventare uomo o donna.

Alla scuola della corrente filosofico-fenomenologica (cfr. G. Marcel, E. Husserl, M. Merleau-Ponty, M. Henry), va dunque ribadito il nesso costitutivo tra soggetto, corporeità e conoscenza: il soggetto possiede e al tempo stesso è il suo corpo, tramite cui si apre al mondo e il mondo si apre a lui. In tal senso, come ha messo in luce il filosofo Virgilio Melchiorre, la corporeità, che è connotata in termini maschili o femminili, costituisce il principio che orienta l'esperienza soggettiva, a partire dal quale il soggetto esplora e conosce il mondo.[31]

---

[27] C. VIGNA, "Sulla liquefazione del Gender", in C. VIGNA (a cura di), *Differenza di genere e differenza sessuale. Un problema di etica di frontiera*, Orthotes, Napoli-Salerno 2017, 25-45: 35.

[28] C. VIGNA, "Sulla liquefazione del Gender", cit., 32 «Se l'essere sessuato è – per un essere umano *qualsiasi* – una costante, mentre è una variabile l'essere maschio o femmina, per un *singolo* essere umano l'essere maschio o femmina è una costante […]. Perciò è da dire con sufficiente fondatezza che, quando si muta artificialmente la condizione di maschio o di femmina di un essere umano determinato, si muta una sua costante. O meglio: si ha intenzione di mutare una sua costante. Di fatto, questo tipo di intervento artificiale, si sa, è un che di traumatico. E i traumi non li viviamo per cose accidentali».

[29] X. LACROIX, "Le corps comme limite et source de sens", in L. MELINA - S. BELARDINELLI (a cur a di), *Amare nella differenza*, Cantagalli-LEV, Siena-Città del Vaticano 2012, 377-382.

[30] F. BOTTURI, "Corpo vissuto e dramma del processo identitario", in L. MELINA - S. BELARDINELLI (a cur a di), *Amare nella differenza*, Cantagalli-LEV, Siena-Città del Vaticano 2012, 117-132.

[31] V. MELCHIORRE, *Percorsi filosofici*, in S. SPINSANTI (ed.). *Maschio e femmina: dall'uguaglianza alla reciprocità*, Paoline, Cinisello Balsamo 1990, 45-62: 50.

È dunque necessario superare tanto la visione biologista (*born the way theory*) quanto la visione culturalista (*gender theory*) della sessualità umana, che riconducono il genere e l'orientamento sessuale a fattori rispettivamente solo biologici e solo culturali.[32] In realtà, come attesta il percorso svolto, la dimensione biologica/naturale e quella culturale s'intrecciano, in quanto «il *logos* "informa" il corpo, è vero. Però, in altro modo, si deve pur dire che il *logos* è pure "informato" dal corpo».[33]

Ricerche future

A livello biologico è auspicabile che sia approfondita l'indagine sulla sessuazione cerebrale e sulle strutture e i *network* coinvolti nell'identità di genere, integrando analisi genetica, ormonale, neuroanatomica, neurofisiologica, neurochimica ed epigenetica, da coniugare con riflessioni di ordine epistemologico. L'indagine scientifica ha inoltre il compito di investigare i casi di *detransition* o *retransition*, finora poco rappresentati in letteratura.

4. VALUTAZIONE MORALE

La condizione transgender conosce due approcci differenti: il *gender affirmative model*, secondo cui sarebbe opportuno intervenire sulla corporeità per coordinarla al genere psichico; il *gender reparative model*, secondo cui sarebbe opportuno intervenire sulla psiche per coordinarla al sesso fisico. Per offrire una valutazione relativa ai due suddetti modelli, è utile anzitutto richiamare alcuni dati tra quelli fin qui enucleati.

1) Dati biomedici:
   - le neuroscienze non offrono spiegazioni esaustive della condizione transgender, che non è riconducibile a meccanismi di natura meramente biologica, ma si sviluppa sotto l'influsso di fattori anche socio-culturali;
   - i dati clinici riportano un alto tasso di disagio mentale nelle persone transgender, che statisticamente tende a persistere anche dopo trattamento ormonale e chirurgico, e che si

[32] È opportuno distinguere la *gender theory*, che mina la differenza sessuale e come tale va rifiutata, dai *gender studies*. Il paradigma della teoria del genere è un insieme composito di teorie, al punto che diversi autori parlano di teorie del genere al plurale. L'istanza di fondo, che accomuna le varie elaborazioni teoriche, è la denaturalizzazione della sessualità umana a favore di una sua lettura meramente culturale. (cfr. L. BERENI – S. CHAUVIN – A. JAUNAIT – A. REVILLARD, *Introduction aux études sur le genre*, De Boeck Supérieur, Bruxelles 2012. É. MARTY, *Le sexe des Modernes*, Seuil, Paris 2021). I *gender studies,* invece, indagano il maschile e il femminile nel loro darsi storico e come tali aiutano a comprendere la modalità adeguata d'inscrivere il dato naturale (maschio/femmina) in termini culturali (uomo/donna). Cfr. S. AGACINSKI, *Politique des sexes. Précédé de Mise au point sur la mixité*, Seuil, Paris 2001, 57 «La nature donne le deux: les cultures inventent une multiplicité de déclinaisons possibles de cette dualité».

[33] C. VIGNA, "Sulla liquefazione del Gender", cit., 38.

è visto non essere ascrivibile a cause meramente culturali (eventuale stress familiare e sociale).[34]

2) Dati psicologici:
   - la psicologia attesta una certa fluidità dell'identità di genere, più pronunciata nell'infanzia e adolescenza, ma presente anche in età adulta, specie nei soggetti appartenenti alle cosiddette minoranze sessuali, e questo dischiude l'approccio psicologico al transgenderismo;
   - il trattamento psicologico, se richiesto, è adeguato alla condizione transgender, che non presenta problemi di natura organica (o comunque non solo né principalmente), ma si manifesta in termini psichici come *desiderio*, *volere* o *convinzione* di appartenere al sesso opposto a quello assegnato alla nascita in base ai dati biologici.
3) Considerazioni antropologiche:
   - il soggetto nutre un debito nei confronti del proprio corpo, che è sempre vissuto come maschile o femminile e che dispiega un valore simbolico inscritto nella costituzione biologica.

Per offrire una risposta alla domanda relativa al trattamento del soggetto transgender è decisivo menzionare il *principio terapeutico* o *di totalità*, che guida la pratica medica.[35] Secondo tale principio è lecito intervenire su una parte del corpo, anche in maniera lesiva, quando, a motivo del suo carattere patologico, è dannosa per l'intero organismo, oppure, sebbene sana, la sua funzione arreca grave danno all'organismo.

L'intervento di rettificazione sessuale non può dirsi eticamente lecito, in quanto non è giustificato né dalla prima né dalla seconda ragione, dato che le parti biologiche su cui si vuole intervenire sono sane e non arrecano danno all'organismo. La condizione transgender, infatti, si manifesta a livello psichico, sia pure col concorso di elementi organici.

---

[34] Il persistere della vulnerabilità psicologica può essere dovuto al fatto che ormoni e chirurgia rischiano di accrescere il *mismatch* tra sesso e genere, in quanto prima dell'intervento il contrasto è tra *soma* e *psiche*, dopo si ha dissociazione nello stesso *soma* tra elementi dell'uno (sesso di nascita, come i cromosomi) e dell'altro (livelli ormonali, gonadi, genitali esterni adattati) sesso, minando ulteriormente l'unità del soggetto. L'intervento, infatti, non risolve il disallineamento tra sesso e genere, in quanto non opera una correzione ma realizza un artificio, che Robert Jesse Stoller chiamava «fac-simile biologico» (Cfr. R.J. Stoller, *Presentations of Gender*, Yale University, New Haven-London 1985, 163).

[35] Si tratta di un principio morale applicativo, basato sul fatto che «la corporeità umana è un tutto unitario risultante di parti distinte e fra loro organicamente e gerarchicamente unificate dall'esistenza unica e personale» (cfr. E. SGRECCIA, *Manuale di bioetica, vol. 1 Fondamenti ed etica biomedica*, p. 225-226, Vita & Pensiero, 2007[4]). Esso stabilisce che è moralmente lecito intervenire su una parte dell'organismo umano, anche in maniera lesiva, al fine di salvaguardare la salute dell'organismo intero. La corretta applicabilità del principio esige però la verifica di 4 condizioni essenziali:
1) che si tratti di un intervento sulla parte malata o che è diretta causa del male o suo terreno di accrescimento;
2) che non vi siano altri modi o mezzi per ovviare alla malattia;
3) che vi sia una possibilità buona e proporzionalmente alta per la riuscita;
4) che vi sia il libero consenso informato del paziente.
L'adempimento di queste condizioni va interpretato, poi, alla luce del più generale principio di "proporzionalità delle terapie", in base alla quale si esige una certa proporzione tra i rischi e i danni che l'intervento terapeutico comporta e i benefici che esso procura alla persona.

Taluni giustificano la transizione sessuale basandosi su una interpretazione estensiva del principio terapeutico, secondo cui l'intervento favorirebbe il bene della persona nella sua totalità fisico-psichica, che comprende anche la salute psichica. A parte la problematicità di tale interpretazione, essa avrebbe una sua plausibilità se l'efficacia terapeutica dell'intervento fosse certa o altamente probabile, il che non è supportato dai dati disponibili in letteratura.

Per quanto riguarda la soppressione della pubertà tramite somministrazione ormonale (fase 1 del modello olandese sopra citato), una *systematic review*, commissionata dal National Health Service (NHS) del Regno Unito, mostra che il blocco della pubertà apporta miglioramenti minimi o nulli sulla salute mentale, nell'immagine corporea e nel funzionamento psicosociale.[36] Motivo per cui il Regno Unito ha avviato un ampio dibattito sulle linee guida relative all'utilizzo dei farmaci bloccanti la pubertà. Discussioni analoghe e revisioni connesse sono in corso in Svezia e Finlandia. Per quanto riguarda la somministrazione ormonale e la rettificazione sessuale (fase 2 e 3 del modello olandese), come attesta un *review study*, nei soggetti transgender che si sono sottoposti al trattamento ormonale-chirurgico il tasso di disagio mentale tende a diminuire, ma si mantiene comunque superiore alla popolazione di riferimento.[37] Il trattamento ormonale-chirurgico risulta dunque contrario all'etica medica, in quanto s'interviene su un organismo sano sottoponendolo a rischi non necessari, violando il principio medico del *primum non nŏcēre,* senza ragionevoli probabilità di efficacia terapeutica.
In definitiva, avviare percorsi di transizione sessuale significa offrire fallacemente una soluzione biologica a questioni di ordine psicologico, legate alla percezione del sé e della propria corporeità.[38]

Per concludere, al *gender affirmative model,* che mira ad intervenire sul sesso per allinearlo al genere, sarebbe da preferire l'eventuale intervento psicologico (per i soggetti transgender che lo desiderassero) volto ad allineare il genere al sesso. Tale intervento sarebbe infatti più rispettoso della persona nella sua totalità psico-fisica, e più confacente alla condizione transgender, che si manifesta sul piano psichico. Per questo, lo si è visto, in ambito psicoanalitico, sia chi ammette sia chi esclude la plausibilità dell'intervento ormonale-chirurgico afferma che il trattamento psicologico è centrale e dovrebbe quantomeno avere la precedenza. A dispetto dell'idea secondo cui la

[36] Cfr. NICE, *Evidence Review: Gonadotrophin Releasing Hormone Analogues for Children and Adolescents with Gender Dysphoria*, 14 October 2020.

[37] Cfr. S.C. MUELLER ET AL., *Transgender Research in the 21st Century: A Selective Critical Review from a Neurocognitive Perspective*, «The American Journal of Psychiatry» 174/12 (2017) 1155-1162.

[38] Cfr. R.P. Fitzgibbons et al., *The Psychopathology of "Sex Reassignment" Surgery: Assessing Its Medical, Psychological, and Ethical Appropriateness*, «National Catholic Bioethics Quarterly» 9/1 (2009) 97-125.

condizione transgender sarebbe inaccessibile alla psicoterapia, mentre la rettificazione sessuale risolverebbe i patimenti del soggetto, va riconosciuta l'importanza della pratica psicoanalitica, tanto più per la fluidità del soggetto transgender, che è in continua ricerca di una conferma della sua convinzione identitaria, anche in età adulta.[39] Pertanto, è opportuno sviluppare un percorso specifico per i soggetti transgender, avvalendosi dei modelli più soddisfacenti tra quelli già noti.[40] Il che è tanto più vero nei soggetti in giovane età, in quanto, come ha rilevato Colette Chiland, più l'intervento psicologico è precoce e più possibilità ci sono di risolvere la disforia di genere, prevenendo in tal modo il profondo disagio che vive il soggetto transgender adulto. Motivo per cui, conclude Chiland, la scelta di favorire la transizione dell'*infans* che esprime di appartenere all'altro sesso è da ritenersi ideologica.[41] In effetti, l'identità di genere nell'infanzia e adolescenza è assai fluttuante.[42]

5. CONSIDERAZIONI PASTORALI

Alla luce di questa disamina, la domanda è dunque la seguente: cosa propone la Chiesa alle persone transgender?

In primo luogo ciò che propone a ciascuna persona: l'incontro e l'amicizia col Signore dentro la comunità cristiana, in cui si dischiude la risposta alla domanda di senso che abita l'animo umano.

In secondo luogo, la Chiesa chiede per le persone transgender il rispetto e la tutela della dignità dovuti a ogni persona in quanto tale, indipendentemente da ciò che sente e compie, anche nella

---

[39] Cfr. C. CHILAND, *Les impasses du traitement du transsexualisme*, «Perspective Psychiatriques» 36/4 (1997) 256-262: 257 «Loin d'avoir, comme on le dit, une conviction "inébranlable", le transsexuel a constamment besoin qu'on renforce sa conviction par l'image qu'on lui renvoie de lui-même … Le patient cherche l'authentification de la conviction par la réponse médicale. Il la cherche aussi auprès du juje … En même temps qu'il affirme que le corps ne compte pas pour la détermination de l'identité, que seule l'âme détermine l'identité, il exige une transformation de son corps. Pour témoigner de la vérité de sa parole, il a besoin de faire appel à un "faux", faux vagin, faux pénis».

[40] Cfr. L.M. LOTHSTEIN – S.B. LEVINE, *Expressive Psychotherapy with Gender Dysphoric Patients*, «Archives of Gender Psychiatry» 38 (1981) 924-929. Gli autori riportano risultati significativi: su 50 pazienti, il 70% ha scelto soluzioni non chirurgiche, il 20% è in trattamento e il 10% si è operato, chiedendo comunque ausilio psicologico anche dopo l'intervento.

[41] Cfr. C. CHILAND, *Changer de sexe. Illusion et réalité*, 133-135 e 257.

[42] Come attesta un *review study* sull'*early-onset* GD, nell'85,2% dei casi la disforia di genere si risolve prima della pubertà o intorno alla pubertà. La malleabilità dell'identità di genere si restringe dopo l'infanzia, mantenendo comunque un certo grado di plasmabilità anche in età adolescenziale. Da ultimo, la fluidità dell'identità di genere può inoltre rendere ragione di possibili errori diagnostici. Uno studio sulla *late-onset* GD (in cui la gran parte dei soggetti non ha avviato percorsi di transizione) ha rilevato: l'associazione nel 48,4% dei casi tra esordio della disforia di genere ed eventi traumatici; il forte impatto del gruppo di amici e del materiale visionato online sulla percezione di sé (il 21,5% ha dichiarato di essere transgender in concomitanza con uno o più soggetti appartenenti alla cerchia ristretta di amici, il 19,9% ha fatto *coming out* in concomitanza con un incremento nell'utilizzo di Internet e nella visualizzazione di materiale relativo al transgenderismo, il 45,3% entrambe le cose); la fluidità dell'identità di genere (a 15 mesi dall'esordio l'83,2% persistevano nella convinzione di essere transgender, il 5,5% desistevano, il 2,7% iniziava a desistere e l'8,6% si diceva confuso); la presenza di possibili meccanismi strategici di adattamento disadattivi (*maladaptive coping mechanisms*) in risposta a stress, provocato ad esempio da disagio per i cambiamenti del proprio corpo, comune con l'avvio della pubertà (le strategie di adattamento migliorano la sintomatologia per qualche tempo, ma non risolvono il problema, per questo sono ritenute disadattive). Cfr. L. LITTMAN ET AL., *Rapid-onset Gender Dysphoria in Adolescents and Young Adults*.

sfera della sessualità. Il che è tanto più vero nella visione cristiana, secondo cui ogni persona è figlia di Dio e creata a sua immagine. D'altra parte, le scelte che la persona compie fanno rifulgere o sfigurare l'*imago* del Creatore impressa in lei, motivo per cui è giusto interrogarsi sulle azioni e sui comportamenti che il soggetto pone in essere, in campo sessuale e non, per discernere che siano orientati al bene.

Il che ci porta a sviluppare una terza considerazione. Qualora l'ausilio psicologico non risolvesse la sfasatura tra *sex* e *gender identity*, la persona transgender conserva la possibilità di restare fedele al suo essere maschio/femmina e rispettare la sua integrità psico-fisica, seppur con il carico di fatica e disagio che questa condizione comporta.

Per quanto riguarda l'esercizio della sessualità genitale, la Chiesa propone a tutte le persone di vivere la pienezza, faticosa ma umanamente feconda, della castità. Tale virtù, che ciascuno è chiamato a vivere e praticare secondo il proprio stato di vita, non si limita alla continenza, cioè all'astensione dal rapporto sessuale, a cui tutti sono chiamati al di fuori del contesto matrimoniale. Nel matrimonio, infatti, il gesto di unione sessuale esprime l'atto di comunione piena tra uomo e donna, attraverso cui gli sposi si donano e ricevono reciprocamente, e presuppone, per essere tale, la promessa di definitività. La castità si configura anche e soprattutto in termini positivi, come virtù che integra la persona e garantisce l'integralità del dono di sé.

La via della castità, così descritta, non è dunque una repressione, ma costituisce la strada per ordinare gli affetti alla realizzazione di atti consoni al senso della sessualità e dunque alla conduzione di una vita buona. La proposta, rivolta alle persone transgender, di vivere la castità nella prospettiva indicata, si basa infatti sull'invito a riconoscere il proprio essere sessuati in senso maschile o femminile. L'intervento di rettificazione sessuale, di fatto, non cambia il sesso ma la sua parvenza. La persona transessuale, per non contraddire il principio secondo cui l'esercizio attivo della sessualità genitale si configura come buono nella comunione uomo/donna resa possibile dalla differenza sessuale maschio/femmina, è dunque chiamata a vivere la continenza.[43]

[43] Dato che l'intervento di rettificazione non cambia il sesso, ma la sua parvenza esterna, l'esercizio della genitalità contraddirebbe la polarità maschio/femmina su cui si radica la realtà matrimoniale. Da ciò segue che, nel caso in cui il soggetto transgender si sia sottoposto a procedure di rettificazione sessuale, l'esercizio della genitalità è moralmente errato e il matrimonio, almeno sotto il profilo canonico, non può essere contratto validamente. Cfr. J. RATZINGER, *Schreiben der Kongregation für die Glaubenslehre vom 28. Mai 1991 an den Vorsitzenden der Deutschen Bischofskonferenz zur eheschliessung von transsexuellen*, in «*De processibus matrimonialibus*» 2 (1995), 315.

6. CONCLUSIONI

La valutazione morale del sex *reassignment*, qui formulata e motivata, si pone su un piano oggettivo e non costituisce un giudizio sulla singola persona, che va piuttosto compresa nella sua unicità e complessità.
La persona, quale che sia il suo stato di vita, va accolta e accompagnata con sollecitudine umana e cristiana: «Attenti – esorta Papa Francesco – al modo in cui le persone vivono e soffrono a motivo della loro condizione».[44] Attenzione – rileva il Papa – che riflette l'operare stesso di Dio: «Dio è Padre e non rinnega nessuno dei suoi figli. E lo stile di Dio è vicinanza, misericordia e tenerezza».[45]

Questa nota è stata redatta e sottoscritta da:

- Don Paolo Angelo BONINI - Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma
- Prof. Maurizio CALIPARI - Università Europea, Roma - Scienza & Vita
- Mons. Mauro COZZOLI - Pontificia Università Lateranense, Roma
- Don Alberto FRIGERIO - Istituto Superiore di Scienze Religiose, Milano
- Prof.ssa Assunta MORRESI - Università degli Studi, Perugia
- Prof. Antonio Gioacchino SPAGNOLO - Dipartimento di Sicurezza e Bioetica, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

[44] FRANCESCO, *Amoris laetitia*, 79.

[45] FRANCESCO, *Lettera autografa in spagnolo* in risposta ad alcune domande, 9 maggio 2022, in Vaticannews.va/... consultato il 23.07.2022.