

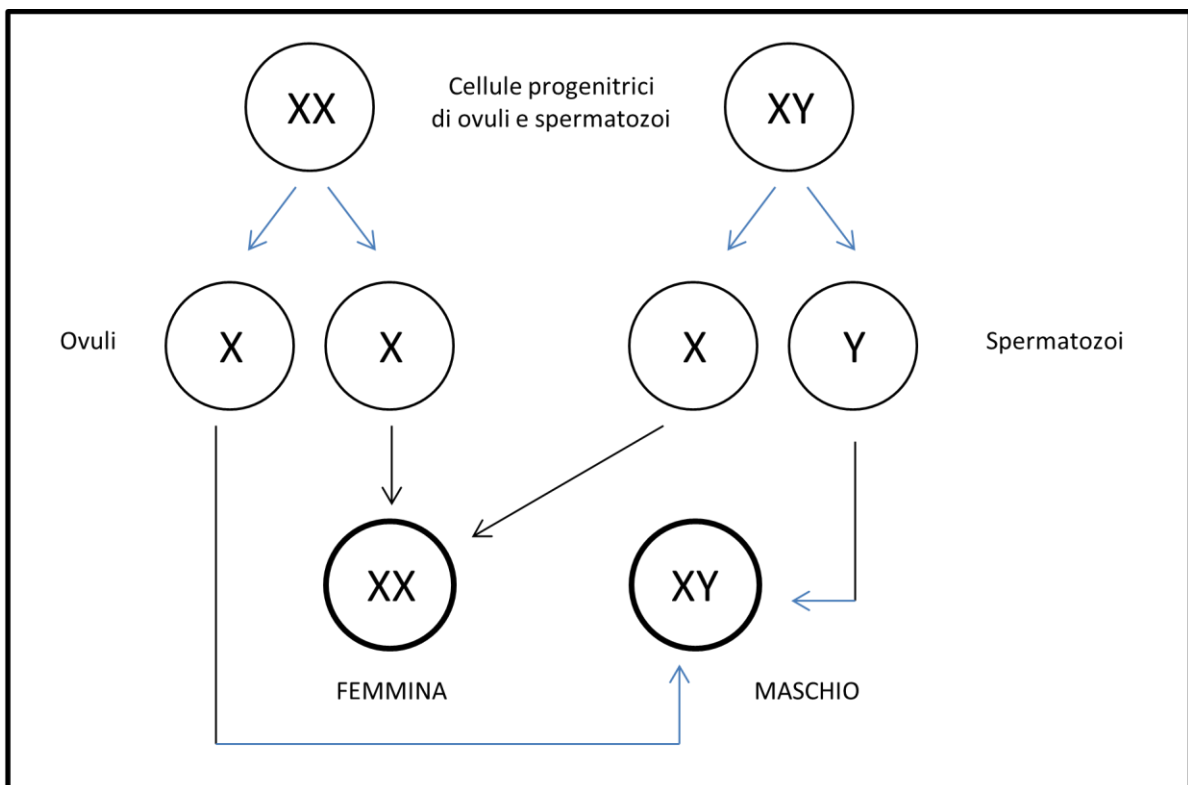
## IDENTITÀ DI GENERE E TEOLOGIA DELLA SESSUALITÀ

Quella che apparentemente potrebbe essere una nozione assai semplice, cioè il concetto “binario” di maschio e femmina, si presenta in realtà assai più complesso. La prima distinzione che va fatta, e che ci accompagnerà per tutto questo capitolo, riguarda la differenza tra *sex* e *gender*. Con il primo termine (*sex*) si intende il corpo sessuato, biologicamente tale mentre col secondo (*gender*) la sua percezione da parte del soggetto che ne è portatore. Inoltre nel sesso vi è piena identificazione tra il soggetto e il proprio sesso biologico, mentre nel secondo vi è una discrepanza tra sessualità corporea e sessualità percepita.

### 1. Il sesso: distinzioni

Quando parliamo di “sesso” dobbiamo intenderlo a vari livelli. Ognuno di questi ha una sua ben precisa espressione e alcune possibili anomalie. Parlo di queste ultime perché spesso vengono incluse o confuse con disturbi dell’identità di genere.

a) *Sesso genetico*. E’ costituito dal tipico dimorfismo genetico espresso nella diversità di cariotipo tra maschio e femmina. Ogni cellula appartenente alla specie umana, infatti contiene 23 coppie di cromosomi di cui 22 detti “autosomi” e una detta “eterosomi” o cromosomi sessuali. Questi hanno aspetto diverso nella femmina e nel maschio. Nella prima hanno entrambi la forma di una X (e, perciò, il cariotipo femminile viene definito: 42, XX) mentre nel maschio uno ha la forma ad X e un altro la forma di una piccola Y per cui il cariotipo maschile è denominato 42 XY. L’assetto sessuale dell’individuo, dal punto di vista genetico (XX o XY), si determina all’atto della fecondazione quando si unisce un ovulo, in ogni caso X, a uno spermatozoo X o Y. Pertanto il *sesso genetico* identifica un biologico dualismo sessuale come meglio illustrato nello schema seguente.



- *Possibili anomalie.* Tuttavia sono possibili delle anomalie in tale assetto XX o XY dovute ad errori nel processo di scissione della cellula progenitrice di ovulo e spermatozoo (meiosi). Da tale anomalia genetica avranno origine due patologie:

- *La sindrome di Turner.* E' caratterizzata da un cariotipo X0, in cui, cioè, il secondo cromosoma X è assente o inattivo. Dal punto di vista somatico si tratta di donne con un collo corto, una tipica piega laterale del collo (pterigio), bassa statura e modesto sviluppo dei caratteri sessuali secondari, assenza del ciclo mestruale e sterilità.
- *La sindrome di Klinefelter.* E' caratterizzata da un cariotipo XXY che comporta ipogonadismo, a volte lieve ritardo mentale, elevata lunghezza degli arti, alcune disfunzioni endocrine.

In entrambi i casi eventuali criticità legate alla propria sessualità (*gender*) non sono correlabili a tali patologie.

b) *Sesso ormonale.* Conseguentemente al diverso assetto genetico si ha lo sviluppo di un diverso assetto ormonale. Questo fa sì che, fin dalla nascita, vi sia una diversità nella tipologia e, soprattutto, nella misura quantitativa degli ormoni maschili e femminili pur essendo entrambi presenti (come nell'adulto, d'altra parte). La diversa tipologia ormonale "esplode" poi nella pubertà nella quale tali ormoni svolgono un ruolo fondamentale nello sviluppo dei caratteri sessuali primari e secondari di cui si parlerà più avanti. Quindi, come si vede, al dimorfismo genetico corrisponde anche un dimorfismo ormonale.

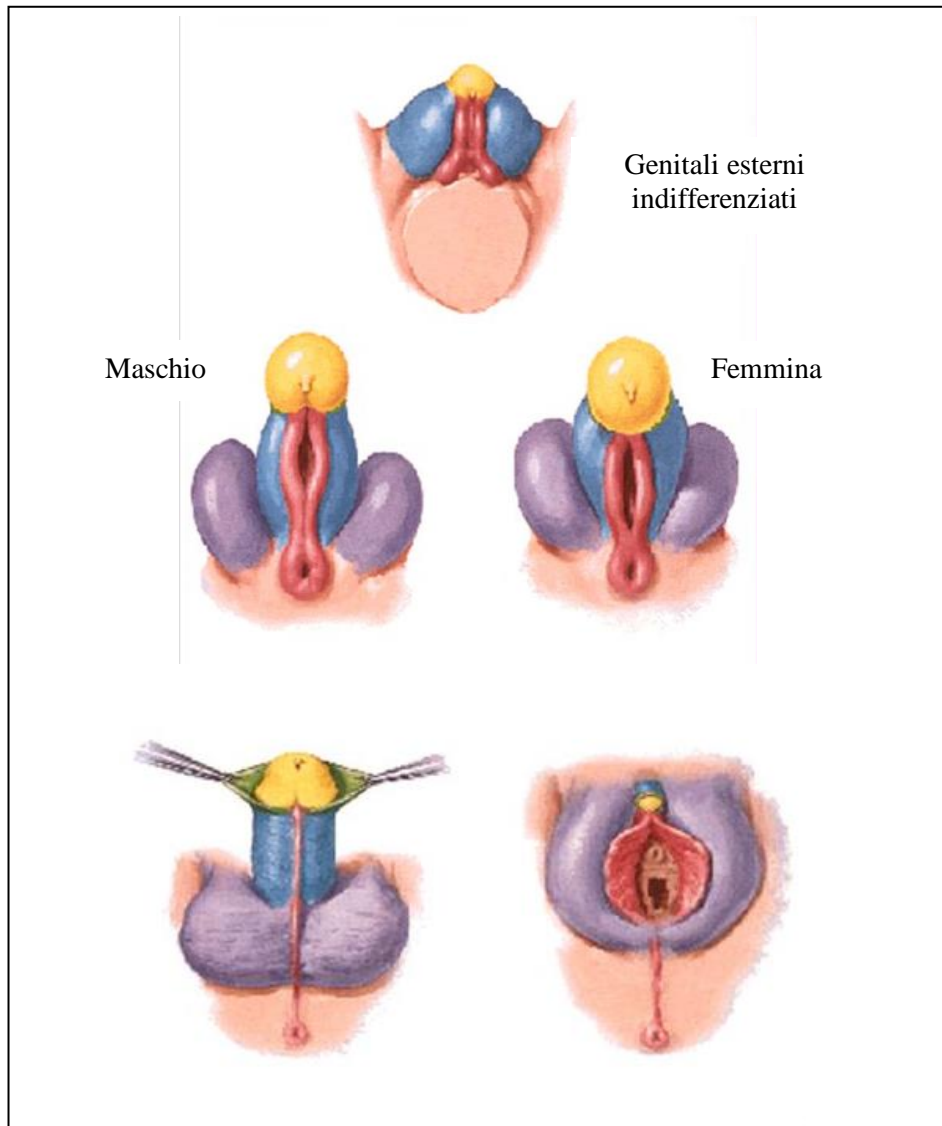
- *Possibili anomalie.* Si tratta sostanzialmente di differenze temporali o quantitative nella produzione ormonale.

- *Disturbi di insorgenza della pubertà.* Si tratta di quelle che comunemente vengono definite "pubertà precoce" e "pubertà ritardata". La prima consiste in uno sviluppo puberale che inizia molti anni prima rispetto all'epoca in cui questo avviene di norma, cioè a circa 8 anni per i bambini e 9 per le bambine mentre la seconda in uno sviluppo puberale tardivo cioè dopo i 14 anni per i maschi e dopo i 13 anni per le femmine. E' importante considerare, quindi, che il ritardato inizio della pubertà non significa che il soggetto abbia una patologia che incida sulla percezione della sua sessualità anche se questo può portare, in alcuni casi, a sentirsi "diverso".
- *Ipogonadismo.* Si tratta di una ridotta funzionalità della gonadi (soprattutto dei testicoli). Può essere presente alla nascita, spesso correlata ad altre patologie oppure secondario a patologie infettive, tumorali o traumatiche. Anche in questo caso il deficit ormonale non ha niente a che vedere con l'aspetto "oggettivo" di una possibile problematica relativa al genere.

c) *Sesso somatico.* E' quello che si manifesta nei cosiddetti caratteri sessuali primari e secondari. I primi sono costituiti dalle gonadi maschili e femminili (testicoli ed ovaie) mentre i secondi sono tutte quelle differenze morfologiche che differenziano l'uomo dalla donna (sviluppo della barba, delle mammelle, diversa tipologia dei capelli, diversa entità e distribuzione delle masse muscolari, ecc.

- *Possibili anomalie.* Complessivamente le diverse anomalie del sesso somatico (con una mancata corrispondenza con quello genetico e ormonale) sono state definite "stati intersessualit" o *Intersessualità*. Per comprendere bene le anomalie del dimorfismo sessuale bisogna comprendere lo sviluppo embrionale dell'area genitale come illustrato nel disegno seguente. A grandi linee possiamo dire che, nel primo abbozzo embrionale, vi è un tubercolo genitale che, successivamente diventerà il glande nell'uomo, mentre si atrofizzerà

diventando il clitoride nella donna. I rigonfiamenti labioscrotali laterali si uniranno al centro nell'uomo dando origine allo scroto mentre si lateralizzeranno ulteriormente nella donna dando origine alle grandi labbra. L'apertura mediana si salderà nell'uomo mentre rimarrà aperta nella donna dando origine alle piccola labbra e ingresso vaginale.



### SVILUPPO DELL'APPARATO GENITALE NEL PRIMO TRIMESTRE DI GRAVIDANZA

La comprensione dello sviluppo embriologico, per quanto sommariamente descritto, porta a comprendere meglio le sue possibili alterazioni.

- *Pseudoermafroditismo*. Si tratta di una patologia dovuta a un anomalo processo di sviluppo nelle prime settimane di gravidanza. Nello pseudoermafroditismo *maschile* il soggetto, geneticamente maschio e fornito di testicoli ha un anomalo sviluppo dei genitali esterni con pene piccolo (che

sembra un grosso clitoride) e mancata chiusura centrale della sacca scrotale simulando, così, le grandi labbra. Nello pseudoermafroditismo *femminile* la donna (che è tale geneticamente e nei caratteri sessuali primari, avendo le ovaie) presenta un clitoride ipersviluppato tanto da simulare un piccolo pene e le labbra unite al centro come se costituissero la borsa scrotale. Più frequente di quello maschile è dovuto ad anomala somministrazione ormonale durante la gravidanza o alla presenza di tumori ormonosecernenti.

- Entrambe le situazioni vanno distinte dall'*ermafroditismo vero*, assai più raro, in cui vi è la contemporanea presenza delle due gonadi (testicolo ed ovaio) e di caratteri sessuali prevalentemente di tipo maschile.
- Un'altra patologia è costituita da quella che, una volta, si chiamava *sindrome di Morris* e oggi *Sindrome da Insensibilità agli Androgeni (AIS)*. Si tratta di una rara patologia per cui il soggetto, geneticamente e ormonalmente maschio, si sviluppa come una femmina perché i recettori periferici sono insensibili alla presenza degli androgeni. Tali soggetti, quindi, hanno un aspetto somatico femminile. Non solo ma si tratta il più delle volte anche di donne particolarmente belle perché prive di quella piccola componente androgenica normalmente presente e responsabile, oltre che dei peli pubblici e ascellari, anche della possibile peluria al volto. Pur trattandosi di soggetti sessualmente maschi l'aspetto esteriore e l'atteggiamento psicologico femminile pongono delicati problemi di identità sessuale perché l'attrazione eterosessuale sarebbe in realtà omosessuale mentre l'acquisizione di tale patologia influenza certamente le criticità di genere.

Un elemento significativo relativo a quanto abbiamo finora detto riguarda la definizione che, in base all'aspetto somatico, oggi viene dato al dimorfismo sessuale distinguendo:

- AFAB (*Assigned Female at Birth*) cioè soggetti ai quali, alla nascita, è stato attribuito il sesso femminile.
- AFAM (*Assigned Male at Birth*) soggetti ai quali, alla nascita, è stato attribuito il sesso maschile.

Un tempo questa classificazione si concludeva con un quarto elemento cioè il  *Sesso psichico* che oggi, più appropriatamente, abbiamo scorporato facendone una categoria a sé stante, cioè, come abbiamo detto il "genere" (*gender*).

Fattore di identità	Anomalia
Sesso genetico (cromosomi XX – XY)	Sindrome di Klinefelter (cariotipo XXY) Sindrome di Turner (Cariotipo X0)
Sesso ormonale	Pubertà precoce o ritardata Ipogonadismo
Sesso somatico (AFAB e AFAM)	Ermafroditismo Pseudoermafroditismo S. da Insensibilità agli androgeni (S. di Morris)

## 2. Il genere: distinzioni

- a) *L'identità di genere*. Come già detto l'identità sessuale è una realtà complessa e composita che è fatta da diverse componenti organiche (genetiche, ormonali, somatiche) che portano all'essere sessuato del soggetto ma anche alla sua percezione del sé sessuato, meglio definito oggi dal concetto di "genere" (o *gender*). In tal senso occorre fare chiarezza nomenclativa.

- *Cisgender* (spesso tradotto con il discutibile termine “cisessuale”), termine composto con la preposizione latina *cis* (che significa “al di qua”) per contrapporlo a *trans* (che significa “al di là”). E’ la condizione della persona la cui identità sessuale organica corrisponde perfettamente a quella psichica, in cui il sesso corrisponde al genere: fisicamente uomo che si sente uomo, fisicamente donna che si sente donna. E’ un elemento importante da considerare anche in riferimento alla condizione omosessuale. La persona omosessuale è perfettamente identificata col suo sesso ma è attratto da persone del suo stesso sesso a differenza del transessuale che non si identifica col suo sesso e si sente “imprigionato” in un corpo che non percepisce sessualmente come suo.
- *Transgender*. E’ la condizione di chi “sente” di appartenere a un sesso diverso da quello somatico. Spesso è abbreviato in *trans* anche se si tratta di un’abbreviazione ambigua che potrebbe far riferimento alla persona transessuale. Nelle persone *transgender* possiamo includere alcune varianti:
  - *Non binary*. Persone che non si riconoscono nel dualismo uomo/donna e hanno un’identità di genere mista o “terza”, una sorta di terzo sesso.
  - *Bi-gender*. Un tempo chiamati “bisessuali” sono persone che ritengono di avere elementi di perfetta appartenenza al proprio sesso biologico ma anche di poter appartenere al sesso opposto.
  - *Demi-gender*. Si tratta di persone che sperimentano una non appartenenza di genere solo parziale. Sono persone che “solo in parte” si sentono donne (*demimale*), indipendentemente dal sesso attribuito alla nascita o donne che solo in parte si sentono maschi (*demifemale*).
  - *Gender queer*. Spesso detto più semplicemente *queer*. A differenza della condizioni precedenti che si riconoscono in percezioni del sé “diverse” da quella binaria, nel caso delle persone queer manca del tutto la percezione del binarismo
  - *Cross dresser*. Fino a ieri chiamati, in modo peraltro dispregiativo, “travestiti”. Sono persone che adottano stili di vita ed espressioni sociali (soprattutto in ambito di abbigliamento ed estetica corporea) difforni dal proprio sesso biologico.
  - *Gender fluid*. E’ la categoria, se vogliamo, più “estrema” in cui non è possibile risalire ad alcuna fissità psico-comportamentale. Si tratta di persone che spaziano liberamente tra un’identità di genere e un’altra a secondo delle diverse circostanze esistenziali.
- *Transessuale*. A differenza dei termini precedenti che esprimono solo la percezione della identità di genere, nella persona transessuale (*transex* se vogliamo continuare ad usare la terminologia inglese) facciamo riferimento alle persone che, a motivo dell’essere *transgender*, decidono di mutare la propria identità fisica attraverso trattamenti definitivi sia medici che chirurgici.
- *LGBTQ+*. Si tratta di un fortunato neologismo che costituisce l’acronimo di diverse condizioni indicanti, a vario titolo, una diversa identità di genere: Lesbiche, Gay, Bisessuali, Transgender, Queer. Il segno + sta ad indicare tutte le altre condizioni diversamente riconosciute o denominate (gran parte delle quali abbiamo sopra elencato). In realtà si tratta di un neologismo ambiguo perchè nel caso della persona omosessuale (uomo o donna) non vi è una diversa identificazione tra il proprio sesso e il proprio genere perchè si tratta di persone perfettamente identificate nel proprio sesso biologico ma sessualmente attratte da persone dello stesso sesso. Pertanto la sigla deve intendere, sia pure in modo improprio, tutte le condizioni che non siano di eterosessualità esclusiva (*cis-gender* o *binary*).

b) *La disforia di genere*. L'ultima edizione del DSM<sup>1</sup>, cioè il DSM-V (2013 revisionata nel 2023) inserisce gran parte delle condizioni sopra elencate, fatta eccezione per l'omosessualità, nel concetto di "disforia di genere" (DG). Con tale termine vengono indicate le incongruenze tra sessualità biologica e sessualità percepita dal soggetto, sia adulto che adolescente, che abbia i caratteri sotto elencati.

Il DSM-IV (2000) definiva tali condizioni come "disturbi dell'Identità di genere" inserendoli in un capitolo sulle problematiche denominato "Disturbi sessuali e della identità di genere". Il capitolo era articolato in tre sezioni: Disturbi sessuali (disturbi dell'eccitazione, del desiderio, ecc.); Parafilie (sadismo, masochismo, pedofilia, ecc.) e disturbi dell'identità di genere. Nel DSM-V il fenomeno è stato decisamente de-patologizzato facendone, peraltro, una categoria a sé scorporata dai Disturbi sessuali.

- *Caratteristiche della disforia di genere.*

- Marcata incongruenza tra il sesso assegnato alla nascita e il genere percepito;
- Presente da almeno 6 mesi;
- Forte desiderio di "liberarsi" dei caratteri sessuali secondari o, nei giovani adolescenti, desiderio che questi non si presentino;
- Forte convinzione di avere sentimenti e reazioni tipici di un sesso diverso dal proprio;
- Forte desiderio di acquisizione delle caratteristiche di un sesso diverso dal proprio;
- Forte desiderio di essere trattato socialmente come un individuo del sesso diverso dal proprio.

Nella letteratura specialistica, poi, si è soliti distinguere tra una disforia di genere a esordio precoce, cioè prima della pubertà (*early onset GD*) e una a esordio tardivo (*late-onset GD*) o, in adolescenza, *adolescent-onset GD*. Tali distinzioni sono state avanzate per la differenza di trattamento che possono comportare.

- *L'incongruenza di genere*. Si tratta della definizione presente nell'ICD-11. L'ICD è la Classificazione Internazionale delle malattie, aggiornata periodicamente dall'Organizzazione Mondiale della Sanità. Attualmente comprende 85.000 voci e l'ultima revisione è del 2020. In essa si parla di "Incongruenza di genere" dicendo che:

"L'incongruenza di genere dell'adolescenza e dell'età adulta è caratterizzata da una marcata e persistente incongruenza tra il genere vissuto da un individuo e il sesso assegnato, che spesso porta a un desiderio di "transizione" al fine di vivere ed essere accettata come persona della propria esperienza di genere attraverso trattamenti ormonali, interventi chirurgici o altri servizi sanitari per allineare il corpo dell'individuo, per quanto desiderato e in quanto possibile con il genere sperimentato."

Pertanto, anche se la condizione è stata, in qualche modo de-patologizzata è pur sempre inserita nell'ambito di una classificazione delle patologie. Tuttavia, rispetto alla precedente edizione dell'ICD nella quale faceva parte del Capitolo 6 relativo ai "Disordini mentali e comportamentali" ed è stata spostata in un capitolo a sé dal titolo "Condizioni relative alla salute sessuale" include alcune problematiche francamente patologiche come la dispareunia (dolore durante i rapporti sessuali) o alcuni disturbi nella

---

<sup>1</sup> Si tratta del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, elaborato e costantemente aggiornato dalla American Psychiatric Association è oggi ritenuto il testo di riferimento per l'inquadramento nosografico di tutti i disturbi mentali. Questi non sono intesi come le classiche patologie psichiatriche di un tempo ma come tutte le condizioni che intervengono sulla psiche compresa ogni forma di dipendenza, le tendenze suicidarie, le sociopatie, l'ipersessualità, i disturbi alimentari nonché una revisione delle altre classiche malattie mentali.

risposta soddisfacente.

- *La totale de-patologizzazione.* Proprio per questo, la *World Professional Association for Transgender Health* porta avanti una battaglia radicale per una totale de-patologizzazione del fenomeno trans-gender volendo ritenerlo una condizione del tutto non patologica, un po' come già avvenuto per l'omosessualità.

### 3. Le ipotesi etiologiche

Comunque la si voglia considerare sorge spontanea la domanda su quali possano essere le cause della DG. Come per l'omosessualità possiamo dire che le interpretazioni del fenomeno sono riconducibili a tre grandi filoni che identificano:

- *Cause biologiche* per cui, sostanzialmente, “si nasce” con la DG e tale condizione potrebbe esser dovuta a particolari assetti genetici ancora non del tutto conosciuti. In tal senso assumerebbero particolare significato alcuni studi di epigenetica che evidenziano come e quanto sia determinante l'esposizione alle cosiddette interferenze endocrine nel corso della vita prenatale. Si tratta di un campo di studi relativamente recente che evidenzia come alcune sostanze provenienti dai cibi, da farmaci, da inquinanti ambientali possano interferire con la regolare azione svolta dagli ormoni sulle relative cellule-bersaglio, in modo particolare quelle dell'apparato genitale.<sup>2</sup>
- *Cause psicologiche.* Anche in tale filone interpretativo le cause del fenomeno non sono chiare né univoche e possiamo ricondurle, fondamentalmente, a tre ipotesi/teorie che potremmo definire: identificativa, narcisistica e fallica.<sup>3</sup>
  - *Teoria identificativa.* Avanzata da R.J. Soller è abbastanza simile a una delle ipotesi avanzate per interpretare il fenomeno omosessuale. La persona transgender non avrebbe superato la fase simbiotica con la madre (o il padre in rapporto al sesso biologico del soggetto). Sostanzialmente si tratterebbe di un disturbo della personalità.
  - *Teoria narcisistica.* Secondo C. Chirland deriverebbe dalla forte incapacità dei genitori di confermare il bambino nella sua identità di genere portando all' (inconscia) determinazione che sarebbe “compiuto” se appartenesse a un altro sesso.
  - *Teoria fallica.* Infine l'impostazione tipicamente psicanalitica di J. Lacan per cui il fenomeno avrebbe origine in fase edipica in cui l'organo sarebbe assunto per il suo significato, cioè il pene per il fallo. In tal senso si tratterebbe di un vero e proprio disturbo psicotico.
- *Cause biopsichiche.* Come spesso avviene, soprattutto quando non si conosce con esattezza l'origine di un fenomeno, è probabile che la fenomenologia sia da attribuire a entrambe le componenti. Innanzitutto a una sorta di “predisposizione” biologica con la presenza di geni ordinariamente repressi che, per cause ambientali (epigenetiche), potrebbero venire de-repressi. Questo giustificerebbe la presenza di persone DG in alcuni familiari o in coppie di gemelli omozigoti. In secondo luogo insorgerebbero eventi psicologici in grado di “scatenare” una condizione latente.

---

<sup>2</sup> Cf. European Chemical Agency (ECHA) and European Food Safety Authority (EFSA), *Guidance for the identification of endocrine disruptors in the context of Regulations* (EU) No 528/2012 and (EC) No 1107/2009.

<sup>3</sup> R.J. Stoller, *Sex and Gender, The Development of Masculinity and Femininity*, Karnak, London 1968; Chirland C. *Changer de sexe*, Odile Jacob, Paris 1997; J. Lacan, *Le Séminaire, Livre XVIII. D'un Discours qui se serait pas du semblant (1970-1971)*, Suil, Paris 2007 (Riportate in chiave sintetica da Gruppo di studio in Bioetica dell'Ufficio di Pastorale Sanitaria della CEI, *Transgenderismo e transessualità*, nota n. 2/2022, 7-8.

- *Cause culturali.* Una domanda che legittimamente ci si pone di fronte al problema DG è se si tratti di un fenomeno in aumento (attualmente si calcola che incida complessivamente nello 0,5-1,3% della popolazione) o se sia solo un fenomeno più conosciuto sia per l'attuale diffusione mediatica, sia per la minore tabuizzazione sociale. Non è facile rispondere a questo quesito data la scarsità di pregressi dati "ufficiali" che potrebbero consentire un confronto. Ma qualora si tratti di un fenomeno effettivamente in aumento viene da chiedersi se, parità di cause genetiche e/o psicologiche nel passato, oggi non possano avere un ruolo anche le cause culturali: l'enfasi sul *gay pride*, la necessaria presenza di situazioni quantomeno omoaffettive nelle narrazioni letterale, televisive o cinematografiche, la condanna per atteggiamenti omofobi di cui la società sarebbe ancora vittima possono avere una ripercussione anche sul problema del genere? Non si può escludere, anche se non possiamo attribuire a tale influenza un ruolo dichiaratamente etiologico, tutt'al più potrebbe trattarsi di una concausa che in persone fragili o dall'incerta autopercezione sessuale potrebbero avere un ruolo.

#### 4. La questione psico-antropologica

a) *Il problema dell'identità corporea.* Assolutamente centrale nella comprensione del fenomeno che stiamo esaminando è la percezione della propria corporeità che presenta elementi critici che sono alla base del disagio della persona. L'autocoscienza corporea presenta quattro componenti fondamentali che elenchiamo<sup>4</sup> evidenziando la loro dispercezione nella persona *transgender*.<sup>5</sup>

- *Self-location.* Si tratta dell'esperienza di occupare un volume spaziale, tipicamente localizzato dentro il corpo. Costituisce la percezione della propria corporeità, del proprio schema corporea. Questa è presente, indipendentemente dalla esperienza visiva o tattile della stessa, ad esempio persiste se chiudiamo gli occhi e, persino dopo l'amputazione di un arto nella cosiddetta "sindrome dell'arto fantasma).
  - La persona *transgender* percepisce la propria corporeità come una prigione, una casa altrui, non sente il corpo come un'unità personale in cui identificarsi, ne vorrebbe un altro, sente di essere in un corpo sbagliato che lo opprime e non gli consente di essere quello che vorrebbe e ritiene di essere.
- *Body ownership.* E' l'esperienza di possedere un corpo anzi, per essere precisi "questo corpo", il mio corpo e non un altro né quello di altri. Si tratta di una unicità storico-esistenziale da tutti ordinariamente percepita anche senza farne oggetto di particolare attenzione.
  - La persona *transgender* non sente di possedere un corpo, non ne fa esperienza in termini unitari e gerarchici ma sente che il corpo lo/la possiede e che è lui a detenere il potere sulla sua esistenza bio-psichica.
- *Agency.* E' l'ambito dell'agire, cioè del percepire il controllo dei propri movimenti, dell'esserne consapevole dell'essere la persona che li gestisce perché, per le ragioni sopra dette, appartengono alla sua corporeità e rispondono ai suoi comandi.
  - La persona *transgender* percepisce che il corpo compie atti che non sono suoi, sui quali ha perso il controllo. Se, in alcune malattie neuro-psichiche, questo effettivamente avviene e il soggetto non controlla la motilità volontaria (dai banali tic alle complessi movimenti della sindrome di Tourette) in questo caso si tratta solo di

<sup>4</sup> Blanke O. (2012). *Multisensory brain mechanisms of bodily self-consciousness.* *Nat. Rev. Neurosci.* 13 (2012) 556–571.

<sup>5</sup> Bonadonna R.C. *Il corpo. Esperienza e visione di un «physician-scientist»*, Relazione all'incontro CATI del 3 febbraio 2024.

una dispercezione di tale autonomia cinetica.

- *First-person perspective*. Infine la prospettiva egocentrica riguardo al mondo e al sé, il rapporto tra sé e il mondo circostante. Si tratta della prospettiva “in prima persona” in cui il soggetto si pone chiaramente come sé rispetto all’alterità dell’ambiente che lo circonda.
  - La persona *transgender* percepisce il mondo esterno come ostile, alieno. Spesso può anche presentare un disturbo nevrotico da personalità multipla in cui è l’”altro” a essere presente nel mondo, non lui o lei.

b) *I dati dell’antropologia culturale*. Un elemento di grande interesse viene dall’analisi antropologico-culturale di diverse popolazioni che includono, nell’ambito della tipologia sessuale, forme di sessualità non binarie socialmente accettate quali ordinarie varianti nella più consueta sessualità binaria. Si tratta di persone in qualche modo ufficialmente riconosciute, se così possiamo esprimerci in forme di terzo sesso non troppo dissimili dalle nostre LGBTQ+ ma con caratteristiche e valenze ben precise, nell’ambito della comunità. In alcune di queste culture la presenza di soggetti appartenenti a questa tipologia hanno una valenza artistica, religiosa, mistica mentre in altre sono vittime di una forte stigmatizzazione sociale, non troppo diversa da quella occidentale. Tra queste ricordiamo:<sup>6</sup>

- *Fa’afafine*. E’ certamente la tipologia più conosciuta. Sono presenti nelle Isole Samoa e costituiscono, forse, la tipologia sulla quale esistono più studi antropologici con una letteratura ormai copiosa. Pur in una diffusa accettazione e persino valorizzazione sociale i soggetti *fa’afafine* sono spesso oggetto di discriminazione e, nella sensibilità più recente, anche di riflessione sulla valutazione etica del mantenimento o superamento della loro identità.<sup>7</sup>
- *Mā-hū*. Non a caso letteralmente significa “nel mezzo”. Nelle Hawaii vengono ritenute figure portatrici di una particolare spiritualità. Probabilmente alcune figure androgine ritratte da Gauguin sono proprio dei *mā-hū*.
- *Inkostane*. Sono presenti tra gli Zulu e sono individui biologicamente uomini che si vestono e si comportano da donne. Sono ritenuti portatori di felicità e benedizioni.
- *Hijra*. Presenti in alcune regioni dell’India vengono ufficialmente riconosciuti come “terzo sesso” riservando loro bagni distinti da quelli di uomini e donne.
- *Muxe*. In Messico sono uomini simili a quelli che in occidente chiamiamo “travestiti”. Spesso assumono ruoli sociali femminili esercitando lavori tipicamente riservati alla donna come il ricamo.

E’ difficile dire quale sia il significato di queste ed altre tipologie che, per necessità di sintesi, non abbiamo riportato. Da un lato potremmo ritenere che una così vasta e planetaria distribuzione del fenomeno possa ricondurlo a una sua natura biologica che prescinderebbe dalle diversità etnico-culturali. Dall’altro, tuttavia, soprattutto nelle culture in cui esiste un’accettazione e persino un ruolo sociale valorizzante tale condizione, questo potrebbe creare un influsso ad acquisire tale identità di genere.

## 5. La problematica etica

a) *Tra natura e cultura*. Alla luce di quanto finora detto si evince come il problema morale si incentri sulla soluzione (allo stato non ancora determinata) tra il dato *naturale* e quello *culturale*. L’essere *transgender* appartiene alla *natura* o alla *cultura*? Il discorso, in realtà, è ulteriormente

---

<sup>6</sup> Maria Carolina Vesce, *Fa’afafine. Genere, corpo, persona in Samoa*, in “L’uomo. Società, tradizione, sviluppo”, n. 2, 2016, pp. 105-121.

complicato dalla dimensione della “responsabilità morale” da poter attribuire alla persona trans gender. Detto in altri termini, si tratta di una condizione volontaria, cioè liberamente scelta dal soggetto, o involontaria?

In questa prospettiva forse andrebbe attenuato il rigido dualismo tra “natura” e cultura” perché il dato naturale sarebbe tale solo se connaturato al soggetto mentre quello culturale interverrebbe in un secondo momento e sarebbe solo condizionato da fattori esterni. In realtà qualora si consideri il transgenderismo ome una condizione psicologicamente (anche se involontariamente) acquisita il concetto di “naturale” è un po’ stretto ma o è anche quello di “culturale” per quanto si tratta di fattori ambientali esterni alla natura organica del soggetto.

Proprio per questo rinunzierei a tale dualismo, almeno per ciò che riguarda la dimensione etica orientandomi piuttosto sul piano della volontarietà e, quindi, della conseguente responsabilità morale.

Sotto tale profilo possono darsi fondamentalmente due distinti orientamenti con differenti prospettive etiche: il *gender affirmative model* e il *gender reparative model*.

b) *Modello affermativo*. E’ quello che ritiene assolutamente lecita l’affermazione del proprio genere, nella discrepanza con l’identità sessuale (AFAB o AMAB). Questo comporta: da un lato un processo di “normalizzazione” di un diverso aspetto esteriore e ruolo culturale che tutta la società viene invitata ad accettare, dall’altro un processo di transizione sessuale operata attraverso procedure a vario titolo correttive della propria identità sessuale per “allinearla” all’identità di genere.

Di fronte alla determinazione di un soggetto (adulto ma, per particolari motivazioni e a determinate condizioni, anche per un minore) di procedere a un riallineamento del sesso percepito col sesso somatico il percorso di transizione prevede tre tappe.

1. Un primo step *psicologico*. Occorre, infatti, accertare le motivazioni per le quali un soggetto richiede tale trattamento e l’effettivo forte disagio (di cui parla peraltro il DSM-V a proposito della disforia di genere). In una serena e oggettiva considerazione, che non vuole essere frutto di precomprensioni, bisogna considerare che la valutazione psicologica positiva, legittimante, quindi i successivi passi della transizione non costituisce la piena e totale garanzia del buon esito dell’intervento. Molte volte, infatti, i successivi processi di adeguamento medico-chirurgico dell’identità sessuale hanno comportato l’insorgenza di problematiche di ordine psicologico. In uno studio recente, condotto su 100 giovani adulti, dopo terapia ormonale circa la metà presentava sintomi di depressione, ansia e tentativi suicidari.<sup>8</sup>
2. Un secondo step, *medico-chirurgico*. Si tratta di quello più decisivo e, al tempo stesso, problematico.

Il primo passaggio di tale intervento consiste nella somministrazione ormonale allo scopo di modificare i caratteri sessuali secondari: sviluppo delle mammelle nel soggetto geneticamente maschio o della barba nel soggetto geneticamente femmina.

Il trattamento della disforia di genere prima della pubertà comporta un importante e delicato problema correlato alla somministrazione di ormoni analoghi del GnRH, cioè degli ormoni che rilasciano gonadotropine allo scopo di ritardare la pubertà e poter avere, così, una finestra temporale più ampia durante la quale poter meglio riflettere sull’eventuale apporto ormonale per il cambiamento di sesso. In farmaco maggiormente utilizzato è la triptorelina, ordinariamente impiegato nel trattamento della pubertà precoce. Sul suo uso si è autorevolmente espresso il Comitato Nazionale per Bioetica. In un documento ha evidenziato

---

<sup>8</sup> D. M Tordoff et al. , *Mental Health Outcomes in Transgender and Nonbinary Youths Receiving Gender-Affirming Care* JAMA, Feb 1; 5(2022) e220978.

i possibili rischi e benefici. Il loro bilancio deve esser tenuto presente per una valutazione bioetica del problema.<sup>9</sup>

- Benefici:
- possibilità di ampliare la finestra diagnostica per aver tempo di attuare un'indagine più accurata e, al tempo stesso dare un lasso di tempo maggiore all'adolescente per operare una scelta più matura e consapevole;
  - prevenzione dei cambiamenti fisici della pubertà che, per l'adolescente con DG possono essere fonte di notevole sofferenza;
  - evitando questi cambiamenti, possibilità di un uso minore di ormoni o di interventi fisici meno invasivi nel procedere alla completa transizione.
- Rischi:
- non esistono studi sugli effetti collaterali dell'uso di questi farmaci sulla crescita, lo sviluppo neuro cerebrale, ecc. Gli attuali riscontri sono occasionali e, d'altra parte, non sarebbe etico pianificare uno studio controllato in tal senso;
  - non si conoscono gli effetti sullo sviluppo emotivo-cognitivo, non vi sono dati sufficienti in merito;
  - è discutibile la validità del consenso informato dato da un adolescente in una fase così delicata in ordine alla sua identità sessuale percepita in modo incerto.

Lo stesso CNB, a seguito di alcune cattive interpretazioni comparse su alcuni organi di stampa e Associazioni, in merito a una presunta "liberalizzazione" dell'uso della triptorelina, ha ulteriormente precisato che lo stesso è consentito solo in alcuni casi, da valutare con prudenza, a ben precise condizioni etiche:<sup>10</sup>

- presenza di forte disagio psichico anche a rischio di comportamenti autolesionistici che siano già stati trattati con altre forme di psicoterapia risultata inefficace;
  - monitoraggio di un'équipe multi specialistica che includa anche un bioeticista;
  - somministrazione per un tempo limitato, lo stretto indispensabile per poter prolungare la finestra temporale in cui prendere decisioni più consapevoli e responsabili;
  - contestuale aiuto dei genitori per un consapevole accompagnamento.
- Superata e, vorrei dire, consolidata questa fase, segue la somministrazione ormonale che, in molti casi, può essere l'ultima tappa dell'intervento di transizione per cui la persona *transgender* ottiene un adeguamento dei caratteri sessuali secondari (non certo di quelli primari) al genere al quale sente di appartenere. Tutto questo, però, anche se per certi versi "risolve" il problema della contestualizzazione sociale (si percepisce e si relaziona col mondo come persona appartenente al sesso desiderato) in realtà non risolve alcuni aspetti del problema legati a una piena e completa transizione, in un certo senso "copre" solo in parte il problema. Nella mia personale esperienza, in un Comitato Etico, ricordo il caso di un transessuale donna di circa 30 anni che aveva già percorso le prime fasi della transizione "presentandosi" socialmente come uomo. Parlandogli si aveva l'assoluta percezione di parlare con un uomo, forse non particolarmente "macho" ma uomo a tutti gli effetti. Eppure nella pianificazione del suo percorso mi diceva di sentire ancora il problema di una diversa appartenenza sessuale, ad esempio quando in un locale pubblico andava nel

---

<sup>9</sup> Comitato Nazionale per la Bioetica, *In merito alla richiesta di aifa sulla eticità dell'uso del farmaco triptorelina per il trattamento di adolescenti con disforia di genere*, 13 luglio 2018.

<sup>10</sup> Comitato Nazionale per la Bioetica, *Chiarimenti sul parere sull'eticità dell'uso del farmaco triptorelina*, 8 marzo 2019.

bagno degli uomini o quando, avendo sviluppato anche una relazionalità affettiva, non poteva dare piena attuazione alla sua espressione sessuale come avrebbe voluto.

Subentra, quindi, il vero e proprio “cambiamento di sesso” come comunemente lo si chiama. Questo viene attuato mediante interventi chirurgici “correttivi”. Indubbiamente si presenta più semplice nel transessuale uomo per cui si effettua un’ablazione penieno-testicolare con la ricostruzione di una neo-vagina mentre è più complesso nel transessuale donna in cui occorre un intervento di protesi peniena (oltre che l’asportazione delle mammelle).

In entrambi i casi si tratta di interventi che alterano profondamente e irreversibilmente la struttura della propria fisicità, il proprio schema corporeo. Realmente di diventa “altro da sé” ma è proprio quell’altro che la persona transessuale cercava.

3. Infine il terzo step, *legale*. Indubbiamente quello meno problematico che in Germania, giustamente viene chiamata “Piccola soluzione”. Si tratta della semplice rettifica anagrafica senza una modificazione dell’identità sessuale. Questa è disciplinata in Italia dalla legge 164 del 14 aprile 1982 che consentiva la rettifica del sesso anagrafico dopo accertamento psicologico ma, soprattutto, dopo avere effettuato l’intervento medico-chirurgico che doveva essere, a sua volta, autorizzato. La rettifica, cioè, aveva un chiaro significato sanatorio di uno stato di fatto ormai realizzato (cioè un diverso sesso). Con il Decreto legislativo 150 del 2011 non è più richiesta l’obbligatorietà dell’intervento chirurgico per ottenere la rettifica anagrafica.

Per concludere il *modello affermativo* può essere eticamente giustificato in rapporto a una comprensione estensiva del “principio di totalità” (o “principio terapeutico” secondo altri), peraltro non da tutti accettato. In virtù di tale principio è possibile sacrificare una parte della propria corporeità per il bene totale della persona. L’esempio classico è quello dell’asportazione di un arto in cancrena per salvare la vita dell’individuo. Nell’esempio riportato tuttavia, e in altri simili, si tratta di una condizione francamente patologica che minaccia la vita della persona. Nel caso della persona transessuale si interverrebbe su un’organicità di per sé non “malata” (anzi in cui il concetto stesso di “malattia” viene drasticamente rifiutato dalla persona che la presenta. Si tratterebbe di intervenire su un’organicità originaria, certamente non malata, per modificarla. Tuttavia, pur essendo tale l’organicità di una persona transessuale può comportare un grave disagio psichico e questo sì che è malattia. La legittimazione dell’intervento, sia pure su un’organicità fisica non malata, sarebbe legittimato proprio dal principio di totalità estensivamente inteso.

Per onestà etica, tuttavia, dobbiamo chiederci se questo drastico intervento medico-chirurgico costituisca davvero la “terapia” della condizione transessuale percepita dal soggetto come anomala, diversa da quello che vorrebbe essere. Indubbiamente vi sono una serie di componenti del disagio psicologico che vengono meno, la persona sente così di appartenere al sesso che desiderava. Al tempo stesso, però, in molti casi continua a percepire tale diversità, sente che è stata messa la polvere sotto il tappeto, che è una persona che “appare” altro ma in realtà è rimasto lo stesso.

Viene da interrogarsi, allora, sulla legittimità etica di tale (il più delle volte anche costoso) intervento. Secondo il modello affermativo che stiamo analizzando tutto questo, anche se può apparire sproporzionato, di fatto se non risolve quantomeno pone un argine al forte disagio psicologico provocato dal soggetto e questo potrà essere di per sé sufficiente garanzia di eticità. Tutto questo, però, va adeguatamente bilanciato ai possibili rischi che la non-definitiva-soluzione del problema potrebbe comportare. Solo in parte il persistere o l’aggravarsi di un disagio psicologico può essere previsto. Qualora portato a consapevolezza del soggetto e da questi condiviso l’unica via possibile rimarrebbe quella di un accompagnamento nella propria “diversità” con una difficile convivenza e una riconciliazione con la stessa.

c) *Modello riparativo*. Si tratta del modello opposto che, anziché “assecondare” la nuova identità

di genere portandola a compimento con un adeguamento fisico, cerca di “sanarla” riportandola alla ordinaria organicità della persona *cis-gender*.

Tale atteggiamento “riparativo” si basa sull’assoluta normatività etica del dato naturale per cui l’organicità binaria maschile/femminile non può essere manipolata. Il disagio psichico non avrebbe una sua prevalenza etica, nel processo di superamento, nei confronti del rispetto della “natura” con cui il soggetto viene al mondo.

A questo punto subentra allora un primo interrogativo. E possibile un percorso di correzione psicosessuale o si tratta di una realtà talmente radicata nel soggetto da ritenersi irreversibile? La maggior parte di studi riguarda l’omosessualità più che la transessualità e sono fortemente contrari all’uso della psicoterapia per una riaffermazione della propria sessualità naturale. Inoltre da tali studi emergono due dati.

Il primo è relativo alla modesta efficacia di tali interventi.<sup>11</sup> La riconferma del sesso di nascita spesso non è completa e quantomeno non è duratura. In secondo luogo tali tecniche, il più delle volte anziché ridare serenità ed equilibrio al soggetto rafforzano ulteriormente la discrepanza tra la sua identità sessuale, riaffermata persino a seguito di terapia e l’identità di genere che sentiva e che in qualche modo ritiene gli sia stata strappata.

Una seconda considerazione da fare riguarda la volontarietà del trattamento al pari di ogni intervento sulla propria corporeità psicofisica. Certamente è discutibile la validità di consenso di un minore, sia pure di un “minore emancipato” come si dice oggi. E la conferma genitoriale del suo assenso potrebbe essere inficiata dal desiderio dei genitori di tornare ad avere un figlio “normale” superando la ferita narcisistica per cui il figlio attuale non è quello desiderato.

Diversa è la situazione di un adulto che, consapevole dei possibili rischi (e adeguatamente informato sugli stessi) decida liberamente di intraprendere un possibile percorso “riparativo” da un lato perché rifiuta la via del modello affermativo, dall’altro perché in ogni caso non vuol vivere nel disagio psichico che la condizione *transgender* comporta.

E’ da segnalare, infine, che le “terapie di conversione” sono state vietate per legge in più di 30 paesi.

## 6. L’incidenza sulla teologia della sessualità

a) *L’urgenza di un nuovo paradigma.* Per affrontare compiutamente le implicanze teologiche dell’attuale problematica relativa al problema del *gender* non si può non partire dall’urgenza di un nuovo paradigma per l’etica sessuale.

Rinviando a trattazioni più specifiche<sup>12</sup> mi limito a ricordare come, nell’ambito della teologia morale, la successione dei diversi paradigmi ermeneutici ha portato da un lato a superare elementi divenuti ormai stantii e insignificanti per la propria contemporaneità e, al tempo stesso, ad aprire nuove piste di riflessione morale.

Tra i paradigmi che si sono succeduti mi limito a ricordare: il paradigma dell’età patristica in cui i primi elementi di etica cristiana si confrontano con le culture non cristiane, ora opponendosi in modo apologetico ora integrandosi col mondo ellenistico; il paradigma tomistico centrato sulle virtù ma destinato a soccombere sotto il nominalismo del IV e XV secolo; poi il paradigma casuistico, tipico delle *Summae confessoriarum* e della successiva manualistica; infine il paradigma “incompiuto” del Vaticano II con l’invito a ritornare alle sorgenti bibliche della morale, a centrare l’etica sulla persona più che sulle norme, ad avvalersi dell’apporto delle scienze umane. Proprio per

---

<sup>11</sup> G. Van der Aardweg, *Omosessualità e Speranza*, Ares, Milano 1995.

<sup>12</sup> Mi permetto di rinviare a S. Leone, *Il rinnovamento dell’etica sessuale*, Ed. Dehoniane, Bologna 2017.

questo, nelle riflessioni che seguono, parliamo di un “nuovo paradigma ermeneutico”. Gran parte delle attuali criticità nei confronti degli insegnamenti morali della Chiesa, infatti, dipendono dall’uso di paradigmi ermeneutici desueti che si rivelano inadeguati a interpretare creativamente le provocazioni della modernità, sia sul piano dei contenuti che dei linguaggi.

Partendo dalla visione del passato dobbiamo risalire alle radici del paradigma giusnaturalistico (relativo cioè alla “legge naturale”) che affondano nella filosofia stoica dalla quale il Cristianesimo fu molto influenzato. Per lo stoicismo è “naturale” ciò che assolve alla sua specifica funzione, ad esempio l’occhio è “naturale” che veda. Applicando tutto questo alla sessualità se ne desume che, sul piano della pura funzione biologica assimilabile come tale a quella degli animali, è “naturale” che la sessualità porti alla riproduzione. E fin qui nulla da eccepire. Il punto problematico è che in tale elaborazione sfugge l’elemento di “naturalità” insito anche della funzione relazionale da attribuire alla sessualità umana.

In realtà la successiva elaborazione del concetto di legge naturale sarà assai più complesso, problematico ma al tempo stesso ricco di interessanti prospettive e feconde riletture. In modo particolare sarà S. Tommaso a identificare *natura ut ratio* e, quindi, a vedere nella razionalità incarnata la specifica identità naturale dell’essere umano. Come tale la conformità alla “legge naturale” sarà esattamente ciò che è conforme a natura (cioè alla natura umana).

Purtroppo successive malcomprensioni hanno fatto sì che la legge naturale venisse letta in modo “naturalistico” come espressione, cioè, di una natura fenomenologicamente tale, di espressioni corporee, assetti genetici, attitudini relazionali, ritmi biologici, ecc. naturalmente dati e come tali immutabili e intangibili perché tutti sempre e comunque espressione di creaturalità e quindi, in ultima analisi, di volontà di Dio.

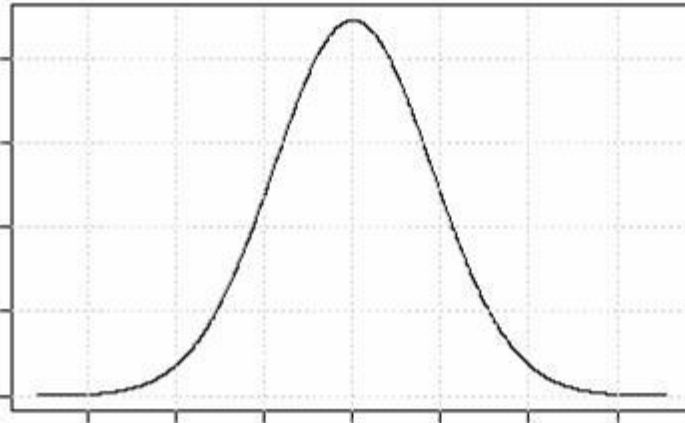
*b) La crisi della “normalità”.* Uno dei punti critici della discussione etica sul *gender* (ma non solo su questo) riguarda il concetto di “normalità”.

Si diceva un tempo: "chi ha paura del diverso?" e si elaboravano lunghe teorie, studi, riflessioni e ricerche di carattere psico-antropologico sul perché il diverso faccia paura, sulle modalità reattivo-difensive (in genere di tipo aggressivo o emarginante), sulle modalità del suo superamento, ecc.

Oggi sembra quasi che sia il "normale" a fare paura. Innanzitutto quando si usa tale aggettivo si premette il più delle volte il termine "cosiddetto" nel binomio: "il cosiddetto normale" quasi a volere sminuire la portata disturbante del termine. Nello scrivere, poi, l'aggettivo va sempre virgolettato (l'ho fatto anch'io) e così pure si mimano le virgolette con le dita quando lo si pronuncia.

Insomma il concetto di normalità è in crisi. Ci si interroga su chi o cosa sia normale. Volendo dare la giusta dignità e rispetto al “diverso” anziché arricchire questo di valorietà si sminuisce la normalità per cui la diversità ne risulta esaltata. Anzi potremo dire che, in un approccio relativistico, la normalità diventa una delle tante diversità.

In realtà occorre ben distinguere tra il dato puramente descrittivo e quello valutativo. Il primo si esprime nella famosa “curva di Gauss” relativa alla distribuzione “normale” dei fenomeni.



**Curva di Gauss**

Se prendiamo, ad esempio, i valori della glicemia, nell'area centrale della curva vi è il range dei valori "normali" (con un valore minimo e uno massimo) mentre nella zona di sinistra i valori dell'*ipo*-glicemia e in quella di destra quelli dell'*iper*-glicemia, sono i valori che non rientrano nella norma e, come tali sono "anomali": si tratta di una valutazione statistica. Trasferendo tutto questo a un altro genere di distribuzione, ad esempio la bellezza, nell'area centrale abbiamo la maggior parte della popolazione con diverse attribuzioni estetiche più o meno gradevoli, a sinistra le persone brutte (quantomeno ritenute tali secondo i comuni canoni estetici di un cultura e di un tempo storico), a destra le persone bellissime: da questo punto di vista una donna o un uomo particolarmente attraenti costituiscono un' "anomalia" (anche se molti vorrebbero averla!). Questo ovviamente, esula completamente da una valutazione di carattere morale.

Occorre avere il coraggio di prendere consapevolezza che la diversità è diversità, non bisogna averne paura o, per il suo doveroso rispetto, negare la "normalità". Se poi vogliamo applicare tutto questo alla sfera della sessualità si scatena l'inferno, con l'obiettivo finale (sia pure originato da condivisibili motivazioni) di negare ogni diversità facendola rientrare in un ventaglio espressivo di una universale normalità.

Tutto questo significa che è molto problematico non considerare la condizione *transgender* un'anomalia (ovviamente solo sul piano descrittivo!) anzi proprio il ritenerla tale dovrebbe indurci a una più attenta considerazione nei suoi confronti, al suo rispetto, a evitare comportamenti transfobici, atti di bullismo e quant'altro.

In tal senso, forse, dovremmo imparare la lezione dell'antropologia culturale in cui è proprio la percezione della diversità all'origine di un particolare rispetto per le persone *transgender* ritenute addirittura portatrici di particolari valenze spirituali ed umane.

*c) Il senso del dato biblico.* Uno dei punti critici più problematici è costituito dal dato biblico relativo al binarismo creativo per cui Dio crea l'uomo maschio e femmina. E' un dato forte, per la teologia, dal quale non si può prescindere.

A tal riguardo dobbiamo evidenziare innanzitutto un contestualizzazione socio-culturale dell'insegnamento biblico che si pone in una realtà priva di elementi decodificanti l'esistenza di un "terzo sesso" e in cui la stessa omosessualità, secondo la legislazione del Levitico, veniva condannata. A tal riguardo è importante innanzitutto considerare il senso della condanna biblica. I codici di purità culturale che troviamo in Lv 11-18 probabilmente sono conseguenti a una concezione verosimilmente extrabiblica. Secondo molti esegeti questa si baserebbe sulla perdita del rapporto identità/differenza, percepito dalle culture antiche come fonte di sicurezza e di ordine cosmico. Così sarebbero impuri gli animali che non appaiono "secondo la propria specie" (animali

che ruminano ma non hanno l'unghia divisa come il cammello o la lepre; pesci senza pinne o squame; insetti con quattro piedi, ecc.); gli "ibridi" uomo-donna, donna-feto, uomo-animale, uomo-uomo; la perdita di identità vitale (sangue, sperma); la perdita di identità tribale (incesto).<sup>13</sup>

Pertanto, se già in tali codici di purità viene condannata l'omosessualità (come verrà più esplicitamente dichiarato nella norma di Lv 18, 22; 20, 13) a maggior ragione ogni possibile forma di perdita di identità nell'ambito della sessualità. Peraltro tali comportamenti erano presenti e diffusi in altre culture dalle quali la religione ebraica doveva guardarsi come viene detto all'inizio di tali codici:

"Il Signore parlò a Mosè e disse: "Parla agli Israeliti dicendo loro: Io sono il Signore, vostro Dio. Non farete come si fa nella terra d'Egitto dove avete abitato, né farete come si fa nella terra di Canaan dove io vi conduco, né imiterete i loro costumi" (Lv 18, 2-3).

L'interesse prevalente dell'autore sacro è quindi quello di preservare la purezza religiosa di Israele differenziandolo dagli altri popoli anche nei costumi sessuali. In termini moderni potremmo dire che questi apparivano complessivamente "depravati" né vi erano strumenti interpretativi delle diversificazioni fenomenologiche degli stessi.

L'autore sacro sottolinea, quindi, che Dio ha creato l'uomo maschio e femmina, una delle due tradizioni (quella jahwista) dice che la donna è stata creata per essere di sostegno all'uomo e che dall'unione dei due si propagherà il genere umano. Tutto il resto non viene da Dio.

Secondo il secondo racconto della creazione (che in realtà nella redazione finale è il primo)<sup>14</sup> Dio crea l'uomo e la donna contemporaneamente:

"E Dio creò l'uomo a sua immagine;  
a immagine di Dio lo creò:  
maschio e femmina li creò." (Gn 1, 27)

Indubbiamente l'andamento del testo è singolare. Si dice infatti che Dio crea l'uomo, "lo" creò (al singolare) per dire subito dopo che "li" crea maschio e femmina (al plurale). Nel testo originale ebraico della Genesi Dio crea l'uomo ('*ādām*) mentre quando dice che lo crea "maschio e femmina" usa il termine *zāqār*. Con il primo dei due termini intende la dimensione collettiva dell'essere umano. Non a caso è il termine che viene usato per indicare, per la prima volta la creazione di "Adamo", probabile derivato da *adāmāh* che potremmo tradurre il "terrestre".<sup>15</sup>

Alla luce di tali considerazioni abbiamo una duplice valenza nella creazione dell'uomo. La prima di carattere universale in rapporto alla quale crea l'essere umano che poi si determina storicamente come uomo e come donna. Non credo di forzare il testo e la sua interpretazione se, nella creazione dell'essere umano possiamo individuare la creazione di *ogni tipologia* di essere umano a prescindere dai suoi connotati sessuali, così come dopo specificati. Questo ci porterebbe al ricondurre a una dimensione creazionale anche la persona *transgender*.

Ovviamente non vi sarebbe alcuna difficoltà, anche negando questa interpretazione e riconducendo le persone *transgender* a una qualche diversità rispetto al piano della creazione, a ritenerla in ogni

---

<sup>13</sup> Questa interpretazione, anche se datata, tra tutte appare la più convincente o quantomeno quella in grado di legare con un filo di grande coerenza argomentativi l'estrema varietà di tabù culturali è stata avanzata da MARY DOUGLAS, *Purity and Ranger: an analysis of concepts of pollution and taboos*, Routledge and Kegan, Londra 1966.

<sup>14</sup> Nei racconti della Genesi sono confluite più tradizioni, due delle quali i biblisti ritengono oggi prevalenti: quella jahwista e quella sacerdotale. La prima, risalente intorno al X secolo è quella più arcaica e presenta un Dio antropomorfo che crea la donna tirando fuori da una costola di Adamo; l'altra più recente risalendo al periodo postesilico è teologicamente più elaborata e raffinata.

<sup>15</sup> Il termine *adāmāh* a sua volta potrebbe rapportarsi con '*ādōm* (rosso) e *admādm* (rossiccio) in rapporto al colore dell'argilla da cui Adamo è stato tratto.

caso amate da Dio “così come sono”<sup>16</sup>. Lo dico solo per rispondere alla possibile obiezione di una condanna di tale condizione perché non rispettosa del dato biblico e, al tempo stesso, per una possibile, diversa apertura teologica.

d) *Quale rispetto per la “natura”?* Una criticità moral-teologica che la persona transessuale pone riguarda la negazione del dato “naturale” che, nella sua persona, si realizzerebbe. Un normatività morale basata sulla legge naturale e sulla dinamica natura/contro natura porterebbe a vedere nella persona transessuale e, soprattutto, nei possibili interventi di correzione, degli elementi “contro-naturali”.

Il problema è di grande interesse anche perché coinvolge, più ad ampio spettro, il concetto stesso di “legge naturale” oggi assai criticato (quantomeno in una certa accezione) e negato da molti correnti di pensiero etiche, prima tra tutte quelle che fanno capo al mondo protestante.

Come ho fatto cenno prima il problema di fondo sta nel comprendere la legge naturale in senso biologico-naturalista più che antropologico-personalista. Qual è il dato “naturale” da rispettare, quello dato da una fisicità che risponde/non risponde a criteri universali, statisticamente definiti come “normali” in rapporto a determinate comprensioni o quella che rispetta la “natura” dell’essere umano.

Già il filosofo inglese Hume, nel XVIII secolo, aveva messo in guardia dal cadere nelle maglie della *fallacia naturalistica* tant’è che il suo rifiuto viene spesso chiamato “Legge di Hume”. Con tale termine intendiamo la tendenza a formulare affermazioni valutative sulla base di semplici elementi descrittivi: “è così” quindi “deve essere così”. Non a torto gli inglesi parlano di *is-ought fallacy*.

In realtà un tale rispetto quasi sacrale della natura non appartiene né al pensiero giudaico-cristiano né al razionalismo post-illuminista.

Nel pensiero cristiano il dato naturale non ha alcuna precostituita fissità. Il giardino deve essere sì custodito ma al tempo stesso anche “coltivato”. Quest’ultimo termine in ebraico è indicato dal verbo ebraico *‘abad* che significa “lavorare” soprattutto per gli altri, non a caso viene utilizzato anche per il servizio al tempio. Quindi è insito nel piano della creazione che l’uomo lavori per mettere mano alla natura e modificarla. Il concetto di “manipolazione” assunto da noi, in genere in termini negativi, in realtà è piena espressione di un compito fondamentale che Dio assegna all’uomo, cioè quello di trasformare la *natura* in *cultura*. Una delle possibili interpretazioni al perché della circoncisione è quella per cui si tratterebbe di una sorta di “completamento” dell’opera della creazione affidato all’uomo, come se l’organicità naturale fosse imperfetta e necessitasse della cooperazione umana per trovare il suo compimento.<sup>17</sup>

Ancor più, seguendo il filone postilluministico di espressione della ragione, l’idea di identificare qualcosa, nel nostro caso un intervento psico-endocrinologico e anche chirurgico, per far sì che una persona possa sentirsi più adeguata nei rapporti con se stessa e con gli altri non può che apparire come “razionalmente” perseguibile.

In tali prospettive occorre allora rivedere il concetto di “contro-naturalità”, peraltro già superato in molti altri ambiti moral-teologici. Se qualcosa è contro natura è ciò che va contro la natura umana, una natura che è esclusiva prerogativa dell’uomo. Come abbiamo già detto parlando del presunto personalismo animale l’uomo ha un suo unicum nell’universo, è spirito incarnato che si esprime razionalmente. Le sue scelte saranno secondo natura se rispetteranno innanzitutto la ragione che è

---

<sup>16</sup> Papa Francesco, *Intervista a “Vida Nueva”* in. 3.329, 5-11 agosto 2023.

<sup>17</sup> Così lascerebbe intendere G. Cornfeld, *Circoncisione* in: "Enciclopedia Biblica", Marietti, Torino 1981, pp. 243-244.

insita in lui e, in un ottica cristiana, se saranno anche espressione dell'amore che lo lega agli altri esseri umani, Intervenire per sanare una situazione altrimenti non sanabile e che provoca grande sofferenza in un essere umano, oltre che configurarsi in un ambito di liceità morale, forse potrebbe configurarsi anche come vera e propria doverosità morale. Non si lede un'organicità fissata una volta per tutte, intangibile e conforme alla volontà di Dio perché conforme alla volontà di Dio è che l'essere umano sia felice senza nuocere a se stesso né agli altri.

Tutto questo ovviamente è un discorso fatto in rapporto al rispetto per la natura che, presuntivamente verrebbe meno negli interventi di transizione per le persone transessuali. Certamente non elimina tutta la problematica morale circa il bilancio tra costi e benefici che un possibile intervento comporta. Proprio il rispetto per la persona nelle sue componenti naturali deve comportare che ogni intervento sulla sua corporeità possa trarne un beneficio proporzionato ai possibili rischi o ai possibili insuccessi dello stesso: dovrà essere cioè almeno potenzialmente migliorativo non certo peggiorativo della condizione attuale.

In realtà c'è un altro problema che si pone e che riguarda la dimensione "naturale" della sessualità nell'ambito della procreazione. Indubbiamente la transessualità (ma, d'altra parte, anche l'omosessualità) costituisce uno "svantaggio evolutivo" e una contraddizione in termini prettamente riproduttivi. Questo è vero, certo, ma le ridotte dimensioni del fenomeno, da una parte, e il non negare né disconoscere il valore della riproduttività sessuata fanno sì che non debba considerarsi, per questo, un contronaturalità, almeno in termini personalistici più che biologici. Se consideriamo la procreazione in termini puramente naturalistici anche la scelta di una coppia di non avere figli potrebbe ritenersi contro natura, anzi per certi versi forse ancora di più. La persona con DG, infatti, "per natura" non può orientarsi costitutivamente alla procreazione (pur essendo biologicamente predisposta a farlo). La persona che decide di non avere figli lo fa deliberatamente contro la natura procreativa della relazione di coppia.

d) *Il rinnovamento teologico.* Quanto abbiamo detto comporta necessariamente un nuovo percorso che la teologia deve intraprendere. Certamente sarebbe impossibile e non è neanche detto che debba porsi un radicale mutamento di prospettiva ma occorre intraprendere un cammino. Come dicevo prima innanzitutto devono porsi nuovi paradigmi relativi alla teologia della sessualità e, ancor prima, alla stessa comprensione della sessualità nel piano di Dio. Bisogna avere il coraggio di percorrere strade insondate e, come tali, anche cariche di pericoli, di errori concettuali, di deviazioni dal cammino che ci si prefigge ma il Cristianesimo, nella storia, solo quando ha rischiato si è rivelato vincente, quando ha proclamato la dignità degli schiavi, quando ha valorizzato e promosso la donna, quando ha "inventato" l'assistenza sanitaria, mentre è stato perdente quando si è arroccato su posizioni apologetiche di fronte ai fermenti della Riforma, quando non si è accorto delle rivoluzioni sociali che stavano cambiando il mondo ostinandosi a ribadire concezioni desuete, quando ha sottovalutato la rivolta dei giovani anche contro un certo modo di intendere la chiesa, quando non è stato in grado di superare i privilegi clericali, ecc.

Nelle nuove vie che la ricerca teologica deve intraprendere e che, certamente, non possono esaurirsi in queste poche pagine vi è un mutato atteggiamento pastorale. La persona con disforia di genere va innanzitutto accolta per quello che è cercando, per quanto è possibile, di comprendere la sua sofferenza individuando le vie più opportune per superarla nel rispetto delle sue scelte.

In tal senso possono porsi alcune direttrici pastorali.

- La prima è quella della riscoperta del rapporto di amicizia con Dio. E' importante che la persona *transgender*, superando il clima di ostracismo, emarginazione e derisione in cui spesso è stata confinata dalla comunità senta che Dio gli è amico, che l'accoglie così com'è e, in ogni caso vuole il suo bene. Non è un giudice severo come viene, a volte ahimè, presentato da improprie mediazioni umane ed ecclesiali ma un padre che non rifiuta mai il rapporto d'amore con un figlio al di là delle sue condizioni esistenziali e delle sue scelte: il padre del figliuol prodigo lo vede arrivare da lontano e gli va incontro, non aspetta che questi gli manifesti il suo pentimento (che in

quel momento neanche conosce). E se non lo fa Dio, non possiamo farlo neanche noi. Lo accoglie Dio, dobbiamo accoglierlo anche noi, non solo sul piano individuale ma anche ecclesiale. Certo è difficile, ma nessuno dice che alcune scelte cristiane siano facili. Il popolo di Dio va educato a crescere anche in questo.

- Una seconda via è quella di aiutare la persona transgender nelle sue scelte esistenziali. Non dobbiamo dare per scontato che voglia intraprendere il cammino della transizione, per diversi motivi che non possiamo esaminare in questa sede. E' importante, in ogni caso, stargli accanto e aiutarlo nel suo percorso esistenziale. Non si tratta di "delegare allo psicologo" la soluzione del suo problema. Questa è una componente essenziale, certo, ma occorre stargli accanto da amici in cui cammino di accompagnamento che può essere per lui difficile e doloroso ma che gli appare meno doloroso di quello della transizione, soprattutto per i suoi incerti esiti.

Di fronte a quest'ultima il percorso deve ritenersi anche reciproco. Non si tratta solo di accompagnare la persona transgender in questo suo cammino ma anche...di essere accompagnati noi da lei. Non è facile trovarsi da un giorno all'altro di fronte a un amico che diventa un'amica: c'è un cambio di relazionalità che ci investe, non meno di quanto ci investa il cambio di sesso che la persona sta interpretando anche se non comporta un mutamento organico ma solo un adattamento psicologico.

Rimane l'ultimo aspetto, quello di ordine morale. Unitamente al mutamento di paradigma di cui dicevo prima vi sono due situazioni che comportano una diversa responsabilità morale. La vita di una persona transgender con un orientamento sessuale difforme da quello della maggior parte della popolazione e, magari, con aspetti esteriori o comportamenti diversi da quelli della propria identità sessuale come può essere valutata? Evidentemente tutto è in rapporto al grado di libertà che è ineludibile premessa della responsabilità. Se una persona è libera e non condizionata in alcun modo nelle sue scelte, se "decide" di vivere da transessuale indubbiamente si pone su un piano disvaloriale. In tal senso bisogna ovviamente evitare luoghi comuni e frasi fatte, le odierne distorsioni di pensiero per cui ognuno della sua vita è libero di fare ciò che vuole, che l'importante è non fare male agli altri e così via.

Diversa è la sua situazione se, come sembra evidente, siamo di fronte a scelte che scaturiscono da una condizione biopsichica nella quale il soggetto "si trova" ad essere anche suo malgrado tant'è che il più delle volte comporta situazioni di sofferenza esistenziale. Le scelte, in questo caso, non possono dirsi libere perché la persona "si trova" ad essere quello che è senza che abbia fatto niente per non esserlo. In questa luce si comprende, allora, la difficoltà a ritenere disvaloriali certi suoi comportamenti perché per lui connaturati. Sarebbe come dire a una persona eterosessuale di non esserlo!

Spesso in queste situazioni la teologia morale classica ma anche alcuni orientamenti pastorali invitano al rispetto della castità intesa come assenza di una fisicità corporea ma occorre comprendere la difficoltà esistenziale di queste persone. Nella condanna della relazionalità extraconiugale può esserci sempre l'invito a una relazionalità pienamente coniugale ma in questo caso? Quali sono le possibili alternative nel momento in cui la persona non sente di poter vivere in una condizione di piena continenza?

Da quanto detto emerge la complessità di una condizione che necessita ancora di essere ben studiata e ben compresa da molti punti di vista: biologico, psicologico, antropologico, etico, teologico. Al tempo stesso, però tutto questo andrebbe fatto con la necessaria serietà e serenità da entrambe le parti. Se, infatti, lo studio deve essere libero da preconcetti e precoprensioni la persona con disforia di genere deve percepire la sua condizione non sbandierandola nel *gay pride* pur nel comprendere le giuste rivendicazioni contro l'emarginazione subita da secoli. Se, mi si passa il termine, occorre serietà, decoro e dignità in tale diversa condizione sessuale ed esistenziale, rifuggendo da aspetti folkloristici e ridicoli che suscitano solo reazioni trans fobiche.

Se qualcosa c'è da rivendicare è certamente il rifiuto di ogni ghetizzazione, di ogni comportamento derisorio, e l'invito a una più compiuta accoglienza fermo restando che è da rivendicare un processo di normalizzazione quanto piuttosto di condivisione della diversità che è tale solo sul piano fenomenologico e non certo su quello della dignità della persona.

Infine, al rispetto dovuto alla persona transessuale corrisponde anche un rispetto per i medici che, per motivi di coscienza che non possiamo approfondire in questa sede, sentono di non poter assecondare il loro desiderio di transizione. Si tratta di una "clausola di coscienza (non la vera e propria obiezione disciplinata da alcune leggi) garantita dall'art. 19 del Codice di Deontologia professionale che così recita: "Il medico al quale vengano richieste prestazioni che contrastino con la sua coscienza o con il suo convincimento clinico, può rifiutare la propria opera, a meno che questo comportamento non sia di grave e immediato nocimento per la salute della persona assistita". Indubbiamente rimane aperto e discutibile l'ambito del "grave e immediato nocimento per la salute della persona assistita". Si tratta di una frase densa di significato ma, al tempo stesso, di criticità in quanto chiama in causa il concetto di "nocimento" (sostantivo un po' arcaico che forse andava sostituito con "danno" o simili sinonimi) ma soprattutto di "salute". La definizione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, peraltro ormai divenuta un po' desueta anche se lo stesso Codice la assume (pieno benessere fisico psichico e sociale) è stata oggi sostituita, dalla stessa OMS nel 2011 da una più ampia e dinamica: "capacità di adattamento e di autogestirsi di fronte alle sfide sociali, fisiche ed emotive". Indubbiamente tale definizione pone una diversa relazionalità anche per l'operato del medico che sarà certamente oggetto di approfondita riflessione etica negli anni a venire.