

**Audizione commissione Giustizia senato - esame dei disegni di legge nn. 2005 e 2205 (*Contrasto della discriminazione o violenza per sesso, genere o disabilità*)  
Cd ddl Zan – Assunta Morresi – Comitato Nazionale per la Bioetica – Università degli Studi di Perugia**

Con il mio contributo vorrei considerare le conseguenze del cd ddl Zan, quel che non è scritto esplicitamente nel testo della proposta di legge ma che è ineludibile, viste le premesse. Per questo mi riallaccio all'intervento della Dott.ssa Marina Terragni, nella scorsa audizione, a partire dall'osservazione sull'architettura di questa legge, ovvero il concetto di identità di genere.

E' questa la vera novità: le precedenti proposte di legge che volevano contrastare l'omofobia, la bifobia, etc. non introducevano questo concetto, che appare per la prima volta nel testo di cui stiamo parlando.

E riguardo le conseguenze, prendo a prestito l'immagine che il settimanale l'Espresso ha usato per la sua copertina, quando l'ha dedicata proprio a questo tema, nel numero del 16 maggio 2021: la scritta "17 maggio: Giornata internazionale contro l'omofobia, la bifobia e la transfobia" è accanto ad una donna incinta che si identifica come uomo e quindi ha la barba, i peli sul corpo, le cicatrici della mastectomia, e il pancione con su scritto "la diversità è ricchezza".

Non a caso la scelta del giornale, che sostiene il ddl Zan, è stata per questa immagine e non, ad esempio, per due uomini o due donne in atteggiamenti affettuosi, o uomini e donne indifferentemente affettuosi fra loro, senza preferenze, e neppure sono state rappresentate scene di intolleranza o violenza verso questi atteggiamenti: è la persona transgender la vera icona del concetto di identità di genere.

Va sottolineato che in questa ottica l'orientamento sessuale svanisce, viene cancellato: se una donna che si identifica come uomo ha una relazione con un'altra donna, che senso ha parlare di omo- o eterosessualità? Nella letteratura di settore, in alternativa, a volte si parla di androfilia o ginefilia, ma anche questa è una definizione che ha i suoi limiti, perché presuppone una identità sessuata binaria – maschile o femminile - della persona con cui si ha la relazione.

Il transgender cancella l'orientamento sessuale, che finora è stato definito in base a una concezione binaria maschile/femminile. E non avrebbe senso sostituire la parola "sesso" con "genere": per capirci, non avrebbe senso parlare di orientamento "di genere" anziché "sessuale", perché l'identità di genere implica di per sé l'esistenza di uno spettro di identità possibili, fluide, cioè mutevoli nel tempo e non definibili

pienamente perché dipendenti solo dalla percezione di sé, non binaria per definizione. “Transgender” quindi non equivale a transessuale, ma è un termine “ombrello” che include lo spettro indefinito delle identità di genere, un’identità mutevole, fluida, dove la fluidità del genere va intesa sia individualmente, rispetto alla collocazione del singolo nello spettro continuo delle identità di genere, che rispetto al tempo del vissuto personale: una fluidità spazio-temporale, che si vorrebbe connaturata all’umano.

Il ddl Zan introduce nel quadro normativo il soggetto transgender, nuovo anche rispetto alla legge vigente sul cambio di sesso (L. 164/1982 e smi) per il quale, tra l’altro, dopo la sentenza della Corte Costituzionale (sentenza n. 221/2015) si prevede che sia accertato un cambiamento irreversibile, il che è incompatibile con l’identità di genere.

Per questo molto correttamente Marina Terragni ha parlato di transumano: si tratta letteralmente di una nuova definizione dell’umano, che prescinde dal corpo sessuato che lo caratterizza.

L’esito necessario di questo ddl Zan non può quindi che essere il self-id, cioè l’autodeterminazione di genere: il cambiare genere di nascita con procedure amministrative, per capirci, senza passare per la verifica di un tribunale.

E i dubbi sui limiti alla libertà di parola che si introdurrebbero con questo ddl sono stati, forse involontariamente, alimentati dallo stesso relatore Zan quando ha dichiarato “La legge serve a instillare nelle persone un atteggiamento di prudenza”: una prudenza nel pronunciarsi che è funzionale a impedire una discussione pubblica veramente aperta e franca su tutto questo.

Ma se la fluidità del genere è l’identità di sé così come autopercepita allora non dipende dall’età, ma al contrario: se la percezione di sé non corrisponde al paradigma naturale sessuato binario, e si è “gender non conforming” o “transgender”, questa identità va riconosciuta e affermata a qualunque età emerga. Con queste ipotesi, la conseguenza è che le transizioni vanno iniziate quando la percezione della propria non conformità al genere di nascita provoca sofferenza, cioè in presenza della disforia di genere, anche se si è minori di età.

Ed è per questo che da tempo si è adottato il cd “protocollo olandese” dei bloccanti della pubertà, in Italia a carico del Servizio Sanitario Nazionale nelle modalità stabilite dalla determina Aifa del 25 febbraio 2019.

Per i dettagli di questo trattamento rimando a un mio scritto riguardanti le manipolazioni della pubertà, allegato alla presente.

In sintesi: la procedura, rivolta a ragazzini con disforia di genere, prevede una sostanza, generalmente la triptorelina, che blocca la pubertà fisiologica e si somministra al suo insorgere, cioè a quello che viene definito in medicina come “stadio di Tanner 2”, mediamente intorno ai 12 anni. Si spengono gli ormoni nativi e il corpo resta bambino, non connotato sessualmente: non c’è ciclo per le femmine, non c’è pomo di Adamo per i maschi, per intenderci. L’intento dichiarato è quello di “guadagnare tempo” e consentire al minore sofferente di “esplorare” la propria identità di genere, evitando un confronto con il corpo che si sviluppa sessualmente. A 16 anni, se persiste la disforia, si inizia la somministrazione di ormoni cross-sex, per la transizione: testosterone per le femmine, ad es. Dai 18 anni ci può essere l’intervento chirurgico. La somministrazione di ormoni durerà per tutta la vita; la transizione non è binaria, quindi il punto di arrivo non è stabilito.

Su questo trattamento sono tornati indietro i paesi che fra i primi lo hanno introdotto – Svezia e Regno Unito i principali. Nel primo i bloccanti la pubertà si possono somministrare solo all’interno di un trial clinico autorizzato dalle autorità competenti, mentre nel secondo è necessario il pronunciamento favorevole di un Tribunale. Va sottolineato che questi paesi sono tornati indietro in questo specifico ambito, e non sul matrimonio omosessuale, a conferma di quanto dicevamo prima su orientamento sessuale e identità di genere.

Di seguito le principali criticità del trattamento:

1. Non ci sono sperimentazioni, ma solo studi osservazionali. La letteratura di settore è concorde sulla necessità di sperimentazioni adeguate. I bloccanti sono farmaci sperimentati per bloccare la pubertà patologica – una bambina che ha il ciclo a 6 anni, per esempio – e non quella fisiologica. Le conseguenze fisiche quindi potrebbero ragionevolmente essere diverse, e andrebbero verificate: la crescita delle ossa può essere compromessa, per esempio dal punto di vista della densità. Andrebbero monitorati gli effetti cognitivi, visto il disallineamento fra lo sviluppo mentale, che continua anche se influenzato dallo spegnimento degli ormoni di nascita, e quello corporeo, che si blocca per anni. Andrebbe capito se ci sono conseguenze, ed eventualmente quali, per la fertilità.
2. Le osservazioni mostrano che tutti coloro che iniziano i bloccanti poi proseguono con gli ormoni, con rare eccezioni, tanto che lo svedese Karolinska Institute a Stoccolma parla di trattamenti ormonali in esplicito riferimento a entrambi i percorsi. Non è vero quindi che si guadagna tempo per riflettere, ma si anticipa la transizione: d’altra parte, come poter stabilire il proprio genere, se non c’è un confronto con un corpo sessuato? Come poter dire consapevolmente, ad es., che avere il ciclo mestruale è un’esperienza

intollerabile, se il ciclo non c'è? Questo è un *bias* implicito nel trattamento, un vulnus nel metodo stesso, che presuppone un confronto di una percezione di sé solamente con se stessa, senza alcun riferimento esterno alla propria sfera mentale, *in primis* senza alcun riferimento al proprio corpo durante il suo sviluppo sessuato.

3. Pericolo di “curare” l’orientamento sessuale: l’idea di modificare il proprio corpo per adattarlo alla percezione soggettiva di sé presuppone che ad essere “sbagliato” sia il corpo. Ma nel caso in cui si stia formando un orientamento sessuale di tipo omosessuale, il minore potrebbe confondere l’attrazione nei confronti dello stesso sesso con una inadeguatezza del proprio corpo, e quindi con la transizione si arriverebbe al paradosso di “curare” un orientamento omosessuale, un tentativo di modificare il proprio corpo per renderlo congruente con una relazione eterosessuale. Dalla letteratura emerge che molti de-transitioners, una volta tornati al genere di nascita e a un modello antropologico binario, vivono relazioni omosessuali.
4. Reversibile: nella vita quotidiana significa che si può tornare indietro, fino allo stato e alle condizioni iniziali, esattamente al punto di partenza. Ma con i trattamenti anche solo ormonali questo NON E’ sicuramente possibile, per definizione, e ancor meno se ci si sottopone ad interventi chirurgici successivi. Bloccando la pubertà, infatti, si ferma la crescita corporea del minore ma non se ne blocca lo sviluppo cognitivo, ed essendo le due sfere strettamente connesse non sappiamo quali possano essere le conseguenze psicologiche di questo disallineamento indotto farmacologicamente. Anche usando solo i bloccanti, gli anni di disallineamento fisico-cognitivo non si recuperano, e ricordiamo che non abbiamo dati per quello che potrebbe succedere al corpo. L’irreversibilità è evidente se si continua nel percorso, come effettivamente continua la stragrande maggioranza di coloro che iniziano con i bloccanti (siamo con percentuali del 95-99%)
5. Il fatto che tutti quelli che iniziano il percorso arrivano alla transizione non significa che la diagnosi è ben fatta: stanno aumentando i detransitioners, cioè coloro che dopo aver intrapreso un percorso di transizione vogliono tornare al genere di nascita. E’ un fenomeno in aumento, tanto che da tre anni è stata annunciata una sezione appositamente dedicata a questo fenomeno nell’ottava edizione del WPATH (World Professional Association for Transgender Health) Standards of Care.
6. Consenso informato: come è possibile essere pienamente consapevoli di un percorso di questo tipo? Anche solo pensando alla conseguenza più probabile,

e cioè alla perdita della fertilità? Parliamo di trattamenti che iniziano mediamente a 12 anni, in ragazzini sofferenti, spesso con co-morbilità importanti: in questi minori si osserva un'elevata percentuale con disturbi dello spettro autistico, depressione, autolesionismo, disturbi dell'alimentazione. Come è possibile essere pienamente consapevoli del significato della propria fertilità, a questa età e in queste condizioni? E a maggior ragione, è possibile comprendere pienamente che, se la maturità sessuale lo consente, è possibile per alcuni di questi minori crioconservare i gameti, e magari per le donne non farsi asportare l'utero, per poter essere in futuro come il transgender ritratto nella copertina de l'Espresso?