

# IDENTITÀ SESSUALE E IDENTITÀ DI GENERE: DI COSA STIAMO PARLANDO

## SEXUAL IDENTITY AND GENDER IDENTITY: WHAT ARE WE TALKING ABOUT

▪ Assunta Morresi<sup>1</sup>

*Come avviene dal punto di vista medico la transizione di genere? Qual è il protocollo previsto in Italia? Possiamo fare un confronto con altri Paesi europei?*

Rispetto all'intervento della prof.ssa Susy Zanardo, vorrei sottolineare che tutto ciò che riguarda l'orientamento sessuale è relativo al comportamento personale e non alla concretezza biologica del corpo sessuato, che invece viene coinvolto quando si affronta la questione dell'identità di genere, dove il "genere" è definito come la percezione di sé rispetto al sesso di nascita, e non si limita al maschile/femminile, ma può essere anche altro. Orientamento sessuale e identità di genere sono quindi due ambiti radicalmente diversi. L'obiettivo dei sostenitori dell'affermazione dell'identità di genere è quello di smontare il binarismo sessuale, la differenza sessuale fra maschi e femmine, la differenza dei corpi sessuati. Non dobbiamo considerarlo un complotto: è un disegno, un progetto finalizzato a dire che sono connaturate alla specie umana le identità non binarie, oltre al maschile e il femminile. In altre parole, si vuole affermare che il sesso, maschile e femminile, non è costitutivo degli esseri umani, ma è una caratteristica che può essere modulata, cambiata.

Chiaramente, invece, è impossibile cambiare sesso. Siamo tutti geneticamente XX o XY, in tutte le nostre cellule: noi possiamo intervenire per modificare l'aspetto esteriore, anche chirurgicamente, ma dal punto di vista genetico non cambieremo mai.

Per smontare il binarismo sessuale maschile/femminile, per dire che il sesso binario non è costitutivo della specie umana, si introduce l'idea della transizione di genere, anziché di sesso. La transizione sessuale resta all'interno di un modello binario maschile/femminile, mentre la transizione

<sup>1</sup> È professoressa associata di Chimica Fisica presso il Dipartimento di Chimica, Biologia e Biotecnologie dell'Università degli Studi di Perugia. Dal 2006 è membro del Comitato Nazionale per la Bioetica.

di genere riguarda le transizioni fra possibili identità di genere, all'interno di uno spettro di identità di genere: maschi e femmine sono agli estremi di questo spettro, in mezzo ci sono tante possibilità non identificabili col maschio e la femmina. Con questa prospettiva, negli Anni Novanta si è introdotto un protocollo, chiamato "protocollo olandese" che, sostanzialmente consente di anticipare la transizione di genere in età inferiore ai 18 anni, ma che invece viene presentato come un'opportunità per i minori che hanno un'incongruenza di genere, o meglio, una "disforia di genere": un modo per guadagnare tempo e per esplorare la propria identità.

La disforia di genere sta a indicare una sofferenza - un *distress* in inglese - per il fatto di non sentirsi allineati rispetto al proprio corpo sessuato, quindi al sesso riconosciuto alla nascita.

Il protocollo olandese introduce i bloccanti della pubertà. Quando sta per arrivare la pubertà è possibile bloccarla con dei medicinali. In Italia, il più utilizzato per questo è la *triptorelina*, ma non è l'unico. Quando la pubertà insorge in modo patologico, cioè per via di malattie che portano a disfunzioni (ad esempio, quando viene il ciclo mestruale a una bambina di 6 anni), è necessario intervenire per bloccarla: una pubertà, che però, ripeto, è patologica, la disforia non c'entra. I farmaci usati per il blocco della pubertà patologica sono sperimentati, e quindi testati e adeguati, per questo scopo e anche per altre indicazioni, per esempio per alcuni tipi di cancro.

Il protocollo olandese prevede invece di usare questo farmaco per bloccare la pubertà fisiologica: cioè, quando un ragazzo o una ragazza si trova in uno stadio di *Tanner 2*, in media intorno all'età di 12 anni, quando lo sviluppo fisico sta avendo un decorso fisiologico.

Come detto, il blocco della pubertà fisiologica si giustifica con la presenza di disforia di genere, cioè di una sofferenza: lo scopo dichiarato è quello di prendere tempo per esplorare meglio la propria identità di genere, evitando di prendere decisioni affrettate. Ora, se questo fosse l'obiettivo, già emerge un *bias*, un problema proprio del metodo: come faccio a sapere, a confrontare la mia esperienza, il mio vissuto, i miei sentimenti, rispetto al mio essere maschio o femmina, se blocco la pubertà, cioè se blocco proprio quel processo che mi fa arrivare alla maturità sessuale: con che cosa mi confronto? Con le mie idee, con il mio immaginario, e non con la concretezza del mio corpo sessuato!

E questo, a mio avviso, molto sinteticamente, è l'errore di base intrinseco al metodo.

Il protocollo olandese prevede quindi che, in presenza di disforia di genere, più o meno a 12 anni, vengano somministrati i bloccanti, che possono essere dati fino ai 16 anni. Quindi il corpo resta fermo dal punto di vista biologico, dei processi ormonali e, a 16 anni, se persiste questa disforia, si possono prescrivere gli ormoni *cross sex*, cioè gli ormoni mascolinizanti, quindi il testosterone, o femminilizzanti, per esempio gli estrogeni; suc-

cessivamente, dai 18 anni, si può procedere anche con l'intervento chirurgico, più o meno invasivo a seconda della percezione del genere a cui si sente di appartenere e a seconda del benessere che si raggiunge rispetto a degli interventi parziali o totali. Il protocollo olandese, infatti, viene definito anche "12-16-18", indicando le età intorno alle quali si possono effettuare questi tre interventi.

La letteratura scientifica dimostra che, il 95-98% di tutti coloro che hanno intrapreso la strada dei bloccanti, raggiunti i 16 anni, ha continuato con gli ormoni *cross sex* e, diventato maggiorenne, ha deciso anche per l'intervento chirurgico. Di fatto, allora, con i bloccanti si inizia un percorso di transizione di genere. È uno dei pochi dati consolidati della letteratura scientifica in questo ambito. Quindi il protocollo olandese equivale a una transizione di genere in minore età, e sottolinea di genere, perché non è una transizione sessuale da maschio a femmina o da femmina a maschio. Si comincia come maschio o come femmina e poi si continua anche verso le cosiddette identità non binarie.

Ma che cosa è successo poi in questi anni? Con il tempo, è emerso che non ci sono evidenze scientifiche robuste a supporto di questo trattamento. In altre parole, la domanda è: ma i minori trattati in questo modo, risolvono la loro sofferenza, o permangono in questo stato di "disforia di genere"? A questo quesito, non è stata data risposta, semplicemente perché non ci sono sperimentazioni adeguate che lo hanno verificato secondo i criteri scientifici riconosciuti dalle autorità di farmacovigilanza.

È certo che il farmaco blocca la pubertà. Nel caso in esame, però, la sua finalità non è solo quella, bensì eliminare (o almeno attenuare) la disforia di genere, cioè la sofferenza legata a questo non allineamento della percezione di sé, rispetto al proprio corpo. Ma non ci sono studi che lo dimostrino.

Molto brutalmente, possiamo dire che di tutta la letteratura scientifica - e ce n'è tanta - non c'è un solo articolo così rigoroso da poter superare il vaglio degli enti di farmacovigilanza per avere l'autorizzazione al commercio dei bloccanti per questa indicazione: cioè la *triptorelina* è autorizzata al commercio per il blocco della pubertà patologica e per altre indicazioni mediche, compresi alcuni tipi di cancro, ma non per il blocco della pubertà fisiologica ai fini di disforia di genere. Per questa indicazione, la *triptorelina* è un farmaco somministrato in modalità cosiddetta *off label*, perché non ci sono sperimentazioni adeguate.

Dagli Anni Novanta ad oggi, con la diffusione di questo protocollo che cosa è accaduto? Sono molte le problematiche - che non tratto -, che fanno emergere tanti dubbi dal punto di vista medico: dai problemi di densità delle ossa allo sviluppo neurologico. Rispetto a quest'ultimo, ricordiamo che la mente e il corpo non sono due entità separate. Lo sviluppo ormonale è connesso anche allo sviluppo cognitivo ed emotivo, a tutto quello che è la persona, perché noi siamo una persona intera, non siamo pezzi di corpo e anima messi insieme.

Il fatto più eclatante, comunque, è accaduto in Gran Bretagna, con la Clinica *Tavistock*, ma prima ancora in Svezia.

Qualche anno fa, la televisione pubblica svedese ha dedicato a questo tema alcune indagini giornalistiche, che sono confluite in una serie di puntate televisive dal titolo: *Trans train*, che ancora oggi è possibile vedere su YouTube con i sottotitoli in inglese.<sup>2</sup> Con queste trasmissioni è stato evidenziato un nuovo fenomeno: i *detransitioners*, cioè ragazzi e ragazze che hanno intrapreso la transizione da adolescenti e che poi, dopo alcuni anni, si sono resi conto che il loro problema, la fonte del loro disagio, non era la disforia di genere, ma altro. Nel tempo, inoltre, è emerso sempre di più il peso della comorbilità: fra queste persone che soffrono di disforia di genere - in percentuali abbastanza elevate -, alcune hanno diagnosi di disturbi dello spettro autistico, o comunque legati alla salute mentale e anche all'alimentazione. La domanda che ne segue è: la disforia di genere è una causa o è l'effetto di questi disturbi? Si sta sempre più facendo strada l'idea che la disforia di genere sia "uno" dei sintomi di un malessere più ampio, legato all'identità di sé.

Il fenomeno in Svezia è emerso pubblicamente con questa trasmissione, che lo ha trattato come un caso di malasanità. A questo riguardo, sono molto significative le interviste a diversi *detransitioners*, che hanno testimoniato la propria drammatica esperienza di transizione di genere.

E, ancora grazie anche a questa indagine giornalistica, in Svezia è stata bloccata una legge di proposta governativa, che chiedeva di ammettere agli interventi chirurgici per la transizione di genere i minori di 15 anni senza autorizzazione dei genitori. Successivamente, sempre in Svezia, il *Karolinska Institute* - un grande centro di ricerca e cura - ha intrapreso una revisione scientifica della letteratura in merito al protocollo olandese: ne sono risultate delle Linee guida nazionali, nelle quali si raccomanda di somministrare i bloccanti della pubertà solamente all'interno di sperimentazioni cliniche controllate. Il che non significa - va chiarito - andare a cercare i ragazzi per proporre i bloccanti, ma che questi si possono somministrare solo in presenza di condizioni ben determinate, e che tutto è sotto il controllo di comitati etici.

In Gran Bretagna la "frenata" sui bloccanti è stata ancora più forte. Una ragazza *detransitioner*, Keira Bell, ha fatto causa al servizio di identità di genere della Clinica *Tavistock*, l'unico ospedale pubblico autorizzato in Gran Bretagna per trattare problemi di identità di genere per minori, in quanto tutti i preadolescenti con problemi di disforia di genere, o comunque connessi all'identità di genere, venivano indirizzati a questo centro pubblico. Molto sinteticamente, Keira Bell ha fatto causa alla Clinica sostenendo che, quando aveva dato il proprio consenso informato al

<sup>2</sup> Cf Sweden's U-Turn on Trans Kids: The Trans Train, in [https://www.youtube.com/watch?v=MVEZ-7gELcgY&list=PLlzZcJ\\_wPqCUTVOyMitdezb95YqCi2ZZZ](https://www.youtube.com/watch?v=MVEZ-7gELcgY&list=PLlzZcJ_wPqCUTVOyMitdezb95YqCi2ZZZ).

trattamento, non era consapevole di cosa significasse e cosa comportasse una transizione di genere.

In prima istanza, Keira Bell ha vinto. Secondo la sentenza di primo grado, per valutare l'attendibilità del consenso informato del minore, era necessario il pronunciamento di un giudice. Successivamente, in seguito al ricorso della Clinica stessa, la prima sentenza è stata parzialmente rivista: per valutare l'attendibilità del consenso, ora è sufficiente il parere di un medico, che però si assume tutta la responsabilità della decisione. Nel frattempo, è iniziata una indagine sull'attività del servizio identità di genere della Clinica *Tavistock*, che ha portato alla sua chiusura.

È stata quindi costituita una Commissione pubblica indipendente, la *Commissione Cass* (da Hilary Cass, la pediatra che l'ha presieduta, un'autorità indiscussa nel suo settore) per valutare i servizi per l'identità di genere presenti nel Regno Unito.

La *Commissione Cass* ha lavorato quattro anni, al termine dei quali ha prodotto un report corposo - circa 400 pagine - in base al quale il Servizio Sanitario britannico sta ridisegnando i percorsi per disturbi di identità di genere.<sup>3</sup> La somministrazione dei bloccanti per disforia di genere per ora non è possibile e in futuro lo sarà solo all'interno di sperimentazioni cliniche controllate.

Per quanto riguarda l'Italia, dal 2019 è possibile prescrivere gratuitamente la *triptorelina* con indicazione di disforia di genere, a seguito di un parere del Comitato Nazionale per la Bioetica - approvato con un solo voto contrario, il mio - che ha indicato le condizioni per questo tipo di prescrizione.

L'*Agenzia Italiana del Farmaco* (AIFA) ha autorizzato la rimborsabilità, quindi, in modalità *off label*, cioè in assenza di sperimentazione dedicata alla disforia di genere per minori.

Non ci sono centri per questo trattamento indicati a livello nazionale dal servizio pubblico, come era il caso del Regno Unito con il servizio identità di genere della Clinica *Tavistock*, e non ci sono linee guida.

Non si conoscono neppure i numeri, cioè quanti siano i minori in trattamento o che sono già stati "trattati". È plausibile stimare che siano nell'ordine di grandezza del centinaio, ma stiamo parlando di ordine di grandezza. A prescindere, però, dai numeri assoluti, la diffusione di questo protocollo è stata funzionale a "sdoganare" a livello culturale la transizione fra i minori, dal punto di vista cioè della possibilità di farlo. Ricordiamo che gli ormoni *cross sex*, successivi ai bloccanti, hanno di per sé conseguenze parzialmente, ma pesantemente, irreversibili. Personalmente, ritengo che

<sup>3</sup> Cf THE CASS REVIEW, *Independent Review of Gender Identity Services for Children and Young People. Final Report* (December 2024), in <https://webarchive.nationalarchives.gov.uk/uk-gwa/20250310143933/https://cass.independent-review.uk/home/publications/final-report/>.

una transizione di genere fra i minori non dovrebbe mai avvenire, perché a quell'età non si è pienamente consapevoli della portata e delle conseguenze, tendenzialmente irreversibili, di questi trattamenti.

È indispensabile certo curare tutte le sofferenze, prendersene carico, farsene partecipi e offrire il meglio di quel che è disponibile dal punto di vista scientifico e clinico: ma questo, non significa necessariamente intervenire in maniera irreversibile su un corpo che si sta sviluppando.

Un esempio: è emerso che molti preadolescenti con disforia di genere, che sentono di essere nati "nel corpo sbagliato", si rendono conto poi di essere attratti da persone del loro stesso sesso e non di avere problemi di identità di genere. Se non lasciamo sviluppare i ragazzi, corriamo il rischio, permettetemi il termine, di "trattare" i minori omosessuali indirizzandoli verso una transizione di genere. Un rischio talmente concreto ed elevato che, ad esempio, Cristina Gramellini, presidente dell'Associazione Nazionale ArciLesbica,<sup>4</sup> è contraria al blocco puberale, così come lo sono molte persone che hanno fatto la transizione sessuale in età adulta, com'è consentito attualmente dalla legge in Italia.

Infine, vorrei sottolineare che forme di disagio mentale si manifestano maggiormente tra le preadolescenti. In particolare, la disforia di genere fra i minori è per il 75% a carico delle femmine; la percentuale si rovescia però nell'età adulta, con la maggioranza fra gli uomini.

■ *Chi autorizza la transizione di genere: c'è un centro specializzato? Ci sono delle linee guida?*

L'unico documento del Servizio Sanitario Nazionale a questo riguardo è la determina AIFA che ha stabilito la rimborsabilità dei bloccanti *off label*, dove vengono indicate le condizioni per la prescrizione. In questo, dovrebbe essere coinvolta un'équipe multidisciplinare, con professionalità specifiche.

Ci sono dei centri, soprattutto all'interno di alcuni Policlinici o comunque grandi ospedali, dove vengono somministrati questi trattamenti per iniziativa delle strutture sanitarie stesse, e non perché il Ministero della Sanità li ha indicati espressamente come centri di riferimento a livello nazionale (come è invece accaduto in Gran Bretagna). Preciso, inoltre, che l'Inghilterra è tornata indietro rispetto alla decisione di dedicare un centro specializzato per disturbi di identità di genere: è emerso infatti che, focalizzandosi sulla diagnosi di disforia di genere come diagnosi centrale, si rischia di perdere di vista il quadro generale della condizione di ciascun minore. È invece importante che sia la persona nella sua interezza, globalmente, a essere presa in carico, in un approccio olistico. Il Comitato Nazionale per la Bioetica si è pronunciato in due occasioni su questo ar-

<sup>4</sup> Cf ASSOCIAZIONE NAZIONALE ARCILESBICHE, in <http://www.arcilesbica.it/>.

gomento: nel 2018, con il parere "In merito alla richiesta di AIFA sull'eticità dell'uso del farmaco triptorelina per il trattamento di adolescenti con disforia di genere"<sup>5</sup> e nel 2024, con la "Risposta al quesito del Ministero della Salute sull'utilizzo della Triptorelina nel caso di diagnosi di disforia di genere".<sup>6</sup>

---

<sup>5</sup> Cf COMITATO NAZIONALE DI BIOETICA - PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI, *In merito alla richiesta di AIFA sulla eticità dell'uso del farmaco triptorelina per il trattamento di adolescenti con disforia di genere (DG)* (13 luglio 2018), in <https://bioetica.governo.it/it/documenti/pareri/in-merito-alla-richiesta-di-aifa-sulla-eticità-dell-uso-del-farmaco-triptorelina-per-il-trattamento-di-adolescenti-con-disforia-di-genere-dg/>.

<sup>6</sup> Cf COMITATO NAZIONALE DI BIOETICA - PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI, *Risposta al quesito del Ministero della Salute sull'utilizzo della triptorelina nel caso di diagnosi di "disforia di genere"* (22 novembre 2024), in <https://bioetica.governo.it/it/documenti/pareri/in-merito-alla-richiesta-di-aifa-sulla-eticità-dell-uso-del-farmaco-triptorelina-per-il-trattamento-di-adolescenti-con-disforia-di-genere-dg/>.