GIUSTIZIA INSIEME

Diritto e società

Acrobati in bilico sul filo di una identità provvisoria

Le risposte del diritto e della psicologia alle richieste di cambiamento di genere

di Cinzia TobinoSanto Di Nuovo

26 novembre 2022

Sommario: 1. Cambiare genere: norme giuridiche e procedure psicologiche – 2. La valutazione psicodiagnostica: quali criteri? – 3. Identità stabile o flessibile? – 4. Identità personale e identità di genere: come valutare? – 5. Per concludere (e continuare...)

---

1. Cambiare genere: norme giuridiche e procedure psicologiche

Quarant'anni fa la legge 164/1982 fissò le norme in materia di rettificazione di attribuzione di sesso, "a seguito di intervenute modificazioni dei suoi caratteri sessuali". Il D. Lgs n. 150 del 2011 ha modificato sostanzialmente questa impostazione prevedendo che la persona che vive come irreversibile l'acquisizione del cambiamento di genere può cambiare il sesso anagrafico anche senza intervento chirurgico, da autorizzare solo se ritenuto necessario.

La sentenza della Corte Costituzionale n. 221 del 2015, confermando la non obbligatorietà dell'intervento chirurgico (come già aveva fatto la sentenza di Cassazione n. 15138/2015), ha riconosciuto il diritto all'identità di genere quale elemento costitutivo del diritto all'identità personale, rientrante a pieno titolo nell'ambito dei diritti fondamentali della persona garantiti dall'art. 2 della Costituzione e dall'art. 8 della Convenzione europea dei diritti umani. "Il Giudice può rilevare il completamento della transizione laddove la persona interessata abbia già esercitato in maniera definitiva il proprio diritto all'identità di genere (ad esempio, manifestando la propria condizione nella famiglia, nella rete degli affetti, nel luogo di lavoro, nelle formazioni di partecipazione politica e sociale), ancorché senza interventi farmacologici o chirurgici sui caratteri sessuali secondari".

Affinché il diritto al cambiamento di identità sia garantito anche sul piano economico, dal 2020 le terapie ormonali possono essere a carico del SSN.

Riguardo la diagnosi psicologica, il percorso di valutazione si può intraprendere presso strutture pubbliche che al termine del percorso rilasciano una relazione da produrre al Tribunale. Le strutture del SSN utilizzano dei protocolli standard per i professionisti coinvolti: psichiatri, psicologi, endocrinologi. Queste produzioni documentali sono in genere ritenute sufficienti dai tribunali senza procedere ad ulteriori C.T.U.

Tanti cambiamenti sono sopravvenuti dopo la legge 164/1982 anche nelle procedure di valutazione diagnostiche, a seguito dei dibattiti sui mutamenti classificatori e nosografici**[3]**. Uno specifico protocollo per l'iter sanitario è stato proposto nel 2009 dall'Osservatorio Nazionale sull'Identità di Genere (ONIG)**[4]** Il protocollo recepisce e adatta le linee guida internazionali della *World Professional Association for Transgender Health* (WPATH), giunte adesso alla 7a edizione**[5]**.

È prevista preliminarmente l'analisi della domanda e valutazione dell'eleggibilità per il percorso di cambiamento, vengono descritti i possibili iter di affermazione del genere, il periodo di follow-up o valutazione a distanza. In generale, il protocollo prevede di "utilizzare nella propria pratica clinica un'ottica de-patologizzante, ovverosia un'offerta di presa in carico rispettosa, consapevole e supportiva delle identità e delle esperienze di vita delle persone *transgender* e "*gender nonconforming*".

Va tenuto conto anche della necessità di valutare le differenze tra chi persegue il cambiamento di identità di genere ma senza arrivare a chiedere modificazioni biologiche, e il transessuale che

invece vuole un cambiamento esteso definitivamente al fisico e all'identità sociale, e dunque accede alle procedure endocrinologiche e/o chirurgiche oltre a chiedere la riassegnazione del genere anche sul piano anagrafico.

2. La valutazione psicodiagnostica: quali criteri?

La valutazione psicodiagnostica richiesta per l'accesso agli interventi di modificazione biologica ha rivelato un ambito clinico peculiare in cui convergono problematiche di rilievo non solo psicologico. L'incongruenza di genere**[6]** si pone infatti al confine tra il disagio e la rivendicazione, in un'area dai confini sfumati che attraversa clinica, diritto, cultura, etica.

Il clinico cui arriva la richiesta di valutazione psicologica della persona con incongruenza di genere si trova ad operare su un terreno sdrucciolevole, in cui non sono chiari i criteri cui riferirsi e neppure la direzionale verso cui eventualmente indirizzarli: se infatti una diagnosi di 'disforia' permette l'accesso al percorso di transizione, un 'eccesso di disforia' potrebbe porre rischi di incompatibilità con la terapia ormonale oppure con la rettifica chirurgica permanente.

C'è una ambiguità originaria nella domanda stessa di valutazione, cioè nell'obiettivo da perseguire: qual è il criterio di inclusione, quale "chiave di accesso" permette l'inclusione nel percorso di transizione? Il disagio, o l'assenza di disagio? O un punto medio in cui la sofferenza per un'identità di genere in cui non ci si riconosce non compromette l'adattamento, non interferisce su un generale equilibrio emotivo?

Il quesito iniziale dunque riguarda l'obiettivo della valutazione psicologica delle persone che desiderano e decidono di intraprendere un percorso di "affermazione dell'identità di genere".

Cosa valutare? Diverse le opzioni praticabili, ciascuna delle quali ne richiede un'altra di ordine superiore:

> Opportunità/ necessità dell'intervento.
> Capacità di auto discernimento e di autovalutazione, capacità di assunzione di responsabilità nel richiedente.
> Individuazione dell'incongruenza di genere come categoria di disagio distinta da altre categorie diagnostiche e/o condizioni di disagio legate a problematiche di identità *tout court* , quali la diffusione dell'identità o identità non integrata, o l'identità 'liquida' nella sua accezione disadattiva, che potrebbe essere prognostica di disturbi depressivi o addirittura psicotici dopo il cambiamento definitivo**[7]**.

Le cose si complicano ulteriormente: occorre scorporare l'identità di genere dal costrutto sovraordinato di identità, e ripensare l'identità di modo che lo squilibrio, la transizione e il cambiamento possano essere assimilati e gestiti senza dover chiamare in causa un 'disturbo' dell'identità.

3. Identità stabile o flessibile?

Secondo Bauman**[8]** «il "moderno problema dell'identità" riguardava come *costruire* un'identità e mantenerla solida e stabile, il "problema postmoderno dell'identità" riguarda primariamente come *evitare la solidificazione* e lasciare aperte le opzioni».

Molti aspetti teorici però confliggono non poco con questa impostazione: ad esempio quelli che pongono a fondamento dell'identità un nucleo profondo, che la identificano come costrutto stabile.

Sin dai tempi più remoti si è apologizzato sulle identità variegate, mutevoli e cangianti, in ambiti diversi, basti pensare all'inflazionato (sotto il profilo delle citazioni sull'identità) Pirandello, che a suo modo, parlava pure di identità fluide.

Siamo (ancora) sicuri che l'identità di genere debba condividere le caratteristiche di stabilità, invariabilità, omogeneità che attribuiamo all'identità *tout court*? Regge ancora sul piano scientifico e culturale l'idea di un nucleo stabile dell'identità, quello che nella classica definizione di Erikson**[9]** si mantiene "stabile nonostante i cambiamenti inevitabili posti dalle condizioni storiche, sociali, culturali..."?

L'identità sfugge ad un incasellamento rigido perché si trasforma di continuo in relazione ai cambiamenti interni ed esterni, esistenziali e socioculturali. Questa condizione implica la necessità di una "ri-identificazione continua che genera attrazione e al tempo stesso dolore. Attrazione perché aperta a più possibilità. Dolore perché non potendo prevedere il futuro si è costretti a vivere nell'incertezza"**[10]**.

"In questa prospettiva l'identità personale può essere vista come quella funzione, aspetto centrale della coscienza di sé, che consente la rappresentazione e la consapevolezza della specificità e continuità del proprio essere personale e, al tempo stesso, della sua diversità in rapporto agli altri e alla realtà"**[11]**. L'identità infatti sfugge a inquadramenti schematici e si trasforma di continuo, e ciò che la caratterizza non sembra avere mai contorni ben definiti, con le diffuse eccezioni come le personalità rigide, definite anche dogmatiche**[12]**, e le deviazioni

psicopatologiche.

Una parte dell'equivoco nasce dal tentativo di trovare un filo conduttore unitario nella narrazione esistenziale, dei tratti stabili, fondamenta cementate su cui poggiare la continuità della propria identità, e tra questi a fondamento, c'è (stato) il nucleo saldo, finora, dell'identità di genere, che – poiché si fonda su aspetti biologici e genetici – deve essere, per default, statico, pre-definito e immutabile così come nasce.

In realtà si è fatta coincidere base biologica e sovrastruttura sociale e culturale, e a lungo abbiamo dato per scontata la coincidenza dei due aspetti, senza il necessario fondamento di osservazione del cambiamento nella dimensione temporale**[13]**. L'esperienza clinica e gli avanzamenti degli studi di epigenetica hanno dimostrato che la base biologica viene modificata fin dalla nascita dagli agenti epigenetici**[14]**: l'identità si trasforma di continuo e persino il patrimonio biologico di partenza, evidentemente, sfugge al canone della immutabilità e a dei confini dati e ben definiti.

Su questa base le teorie sulla identità di genere e sul suo cambiamento hanno apportato in anni recenti innovazioni di grande rilievo.

Superate le concezioni del transessualismo come psicopatologia**[15]**, esiste una generale convergenza nel considerare l'identità di genere un prodotto sociale e relazionale, quasi completamente dipendente dalle rappresentazioni sessuali prevalenti e dagli stereotipi psicosessuali culturalmente dominanti**[16]**. L'identità sessuale è un processo costruttivo in cui entrano in gioco le 'dotazioni' naturali, biologiche, ma il cui sviluppo è fortemente dipendente dalle categorie sociali, inclusi gli stereotipi, intesi nella loro accezione di facilitatori /organizzatori /semplificatori della realtà esterna.**[17]**

I cambiamenti culturali intervenuti nel nostro secolo negli atteggiamenti verso la sessualità e il raggiungimento di una consapevolezza sessuale depurata dai moralismi hanno permesso di ampliare l'esperienza di percezione sessuata di se stessi oltre i rigidi confini del binarismo di genere, permettendo quindi un' espressione più aperta della propria identità sessuale.**[18]** La sessualità non più solo binaria, diventa fluida, l'identità sessuale può essere ricercata, costruita e rivendicata lungo un continuum in cui solo gli estremi sono sufficientemente definiti. La stabilità nel tempo non è un parametro necessariamente richiesto per lo sviluppo dell'identità, generale e di genere.

Definire l'identità di genere come consapevolezza soggettiva di appartenere a un genere, o a nessuno, permette di affermare che "Non possiamo provare o smentire un'identità di genere.

L'identità di genere è una convinzione personale profondamente radicata, spiritualmente significativa, che non può essere né confermata né confutata da prove esterne e dati biologici." **[19]**

Riecheggiando l'identità fluida baumaniana, si parla "di un genere, non più forte, coeso e durevole nel tempo, ma poroso, fluido, frammentato, nomade"**[20]**.

4. Identità personale e identità di genere: come valutare?

La domanda di fondo diventa: ripensare l'identità di genere o ripensare l'identità in generale? L'identità va ridefinita come un insieme inscindibile di "idem" (essere uguali) e "autòs", fondamento invece della autonomia di momenti e contesti diversi e dell'autenticità della persona in questi contesti**[21]**. Va intesa come processo di costruzione in cui i cambiamenti progressivi tendono a rinforzare una narrazione, di modo che sia almeno soggettivamente coerente, cosi come la nave di Teseo di cui parla Plutarco**[22]**, che inaugura la querelle tra discontinuità e stabilità identitaria, mantenuta nel tempo solida ed efficiente pur cambiandone progressivamente tutte le parti.

Queste considerazioni teoriche hanno una ricaduta non indifferente nella pratica clinica e rendono estremamente complessa la valutazione psicologica richiesta dagli utenti e dagli altri specialisti che accolgono persone *transgender* (o aspiranti tali) all'inizio del loro percorso di cambiamento. La valutazione clinica deve inoltre allinearsi con il modello procedurale definito in ambito legislativo, che pur poggiando sulla piattaforma scientifica delle conoscenze sull'argomento, non può riflettere e contenere le diverse prospettive epistemologiche e metodologiche ma necessariamente privilegiarne una, integrandola (conformandola) con i principi giuridici a fondamento della legislazione sulla salute.

Il quesito sul piano tecnico diventa: quale modello è più utile per la definizione dei percorsi di accesso ai trattamenti di ri-affermazione di genere?

Due sono le principali opzioni praticabili: il modello del "gatekeeping" e quello che viene definito del "consenso informato".

Il modello del gatekeeping, cioè il 'filtraggio' attuato da esperti che prendono decisioni, nasce con lo scopo dichiarato di permettere all'utente un tempo adeguato per raggiungere una piena consapevolezza della propria scelta, limitando o frenando o dilazionando le scelte impulsive, e gli 'errori' di valutazione. È quindi un professionista della salute (psichica) chiamato a decidere

sull'opportunità, i tempi e i modi di accesso al trattamento.

Si aprono pertanto le controversie e perplessità delineate precedentemente:

- L'utente è considerato potenzialmente incapace di decidere, ed è il clinico che deve pronunciarsi su questo;
- L'utente per candidarsi, deve avere: disforia, disadattamento, sofferenza (elevata? o anche solo media? come si misura e come si quantifica e a quale costrutto psicologico fare riferimento?);
- Come stabilire il cut-off per il disagio/sofferenza/disadattamento, considerando che ci sia un punto nel continuum normalità-patologia che fa scattare la soglia per l'accesso o la negazione ai trattamenti di affermazione di genere?
- Quali competenze deve avere il 'guardiano' del *gate* da superare, quali ragionevoli certezze e quale habitus mentale relativo all'argomento sono indispensabili o auspicabili per colui/colei che valuta il possesso dei requisiti, codifica il disagio, legittima la sofferenza del richiedente come sufficiente ma non eccessiva al fronteggiamento del percorso?

Il modello del gate-keeping, di derivazione medico psichiatrica, è quello attualmente prevalente e l'unico che consenta che il percorso di adeguamento dei caratteri sessuali primari e secondari sia a carico del Servizio Sanitario Nazionale. Una scelta obbligata dunque, ma che andrebbe ripensata nel metodo e nel merito.

Nel modello definito del "consenso informato" il problema dei criteri di accesso viene bypassato: non è richiesta una valutazione o un cut-off di disagio per accedere al percorso di transizione.

Il ruolo degli operatori sanitari, dello psicologo in particolare, diventa prevalentemente educativo-consulenziale, deve cioè veicolare informazioni oggettive sulle procedure, sui tempi, sugli aspetti sanitari, sulle conseguenze, compresi i rischi per la salute, fisica e psichica, e le prevedibili difficoltà di adattamento.

L'utente non deve esibire una sofferenza (disforia) che non prova, come rilevato nelle persone *transgender*, che spesso forniscono narrazioni 'contaminate' delle loro esperienze di vita per aderire agli standard richiesti dai modelli dipendenti da criteri diagnostici; né, al contrario, millantare pedigree psicologici senza macchia per non rischiare di essere considerati inadeguati al percorso di affermazione di genere.

A questo proposito va citato uno studio sul vissuto delle persone che accedono alle "*Gender Identity Clinics*" in Scozia**[23]**, dove vige un modello simile a quello proposto dal protocollo in uso in Italia come dagli altri basati sul gatekeeping. Lo studio ha evidenziato che il 62% dei partecipanti si è sentito stressato e preoccupato per la propria salute mentale durante il periodo

di frequentazione della clinica, ma che nella metà dei casi non ha osato parlarne per paura di diminuire le proprie possibilità di accesso ai trattamenti.

In un contesto finalmente svincolato da questi 'obblighi' prestazionali, potrebbe più facilmente crearsi un clima di confronto e collaborazione, che permetterebbe alle persone *transgender* di esplorare e valutare la propria scelta, verificare la consistenza delle proprie aspettative di benessere, comprendere la complessità del cambiamento che si accingono ad affrontare, attivare un reale esame di realtà sulle proprie risorse per far fronte alle difficoltà.

Nel modello del consenso informato molte delle criticità individuate nel modello precedente e altri aspetti negativi potrebbero essere superati:

- L'utente si riappropria della libertà di autodeterminazione e di scelta, seppure con il supporto di 'esperti' del settore; la psicoterapia è sempre considerata opzionale e mai prerequisito all'accesso alla terapia ormonale;
- Il percorso di affermazione di genere viene sdoganato dalla sofferenza, dal malessere, dalla 'comprovata' compromissione dell'adattamento; non è necessaria per l'accesso una condizione di 'disagio clinicamente significativo', essendo sufficiente il riconoscimento della "discrepanza tra l'oggettività di una realtà corporea e il vissuto esperienziale del corpo"**[24]**;
- La procedura viene de-patologicizzata, per cui non è più richiesto uno specificatore diagnostico, con auspicabile riduzione della stigmatizzazione, degli atteggiamenti discriminatori, e nel tempo, delle problematiche conseguenti al "Minority Stress", cioè ai livelli elevati di stress frequenti nei i gruppi minoritari vittime di stigma.

Il modello del consenso informato sembrerebbe dunque permettere il superamento delle principali criticità e controversie relative all'inquadramento diagnostico e all'ambiguità dei criteri di accesso al percorso di cambiamento: il ruolo dell'operatore sanitario in questo contesto consiste 'solo' – in accezione non puramente riduttiva, ma di specificazione – nel valutare la capacità cognitiva di intraprendere una decisione informata in merito all'assistenza sanitaria richiesta.

Si aprono però, come conseguenza dell'adozione di questo approccio, criticità ugualmente complicate da maneggiare e risolvere:

- Come debba intendersi la 'capacità cognitiva', costrutto elasticamente estensibile con un range che va da una minimale capacità di intendere e di volere fino a una ipotetica e iperarticolata 'piena idoneità psicologica';
- Come gestire, in un contesto di liberalizzazione dell'accesso, una conclamata inadeguatezza dei processi decisionali e/o di analisi della realtà;

- Come garantire la gratuità del percorso sanitario in un contesto svincolato dalla 'necessità' di un intervento medico, necessità che viene legittimata dall'esistenza di una diagnosi o che viene avviata da una diagnosi (in questo caso non necessaria).

La lista potrebbe allungarsi ancora riflettendo sugli aspetti assicurativi, legali, etici: il cambio di prospettiva dirimerebbe alcune problematiche e ne solleverebbe altre**[25]**.

5. Per concludere (e continuare...)

Questa veloce panoramica sulle difficoltà e criticità della valutazione attualmente richiesta per l'accesso alle terapie ormonali di affermazione di genere ha lo scopo di evidenziare le domande cui bisogna rispondere per definire percorsi di tutela e garanzia agli attori di questa complessa realtà.

Una strada ipotizzabile sarebbe sperimentare procedure di "consenso informato" che in questo caso dovrebbe riguardare non certo una modulistica burocratica da sottoscrivere, ma un percorso mirato da svolgere congiuntamente fra utente e psicologo. Non solo valutazione diagnostica dell'assetto di personalità (che pure va fatta, e in modo approfondito e tecnicamente valido), ma analisi dei percorsi già avvenuti nell'arco di vita trascorso e di quelli che il cambiamento di genere intende progettare per il futuro. Come di recente è stato ribadito**[26]**, l'affermazione centrale si basa su una dichiarazione coerente dell'esperienza soggettiva di individualità della persona *transgender*, inquadrando la domanda di cambiamento di genere all'interno del più ampio e complesso problema dei cambiamenti di identità.

Vi è inoltre l'esigenza di trovare modalità condivise e non 'coatte' di supporto specialistico e continuativo dopo che, al termine della procedura, il cambiamento può essere sancito sul piano biologico e giuridico.

L'esperienza e le conoscenze accumulate dall'applicazione delle norme, con le aporie che ancora permangono**[27]**, e dall'adozione delle attuali linee guida che disciplinano il *transgenderismo*, sono sufficienti a fare ritenere che sia per l'aspetto giuridico che per quello psicologico è tempo di riflessioni e di ricerca di soluzioni per eventuali revisioni. A tal fine sarebbe auspicabile una *Consensus Conference* in cui medici, psicologi, sociologi, giuristi, esperti di etica e di diritti umani, si confrontino sulle criticità e controversie, alla ricerca di soluzioni che permettano agli attuali "acrobati" – sia i *transgender* e sia i clinici che si confrontano con loro – di passare dall'attuale

incerto equilibrismo ad equilibri più solidi e scientificamente condivisi.

[1] Dirigente psicologa e psicoterapeuta, ASP 3 Catania.

[2] Professore emerito di Psicologia, Università di Catana e Presidente della Associazione Italiana di Psicologia.

[3] Bottone M., Valerio P., Vitelli R. *L'enigma del transessualismo: riflessioni cliniche e teoriche*. Franco Angeli, Milano 2004; Petruccelli F., Simonelli C., Grassotti S., Tripodi R. *Identità di genere. Consulenza tecnica per la riattribuzione del sesso*, F. Angeli, Milano, 2016. Una rassegna della letteratura internazionale è contenuta in: Bevan T.E. *The psychobiology of transsexualism and transgenderism: a new view based on scientific evidence.* Santa Barbara, California 2015. Più di recente: Griffin L., Clyde K., Byng R., Bewley S. Sex, gender and gender identity: a re-evaluation of the evidence. *BJ Psych Bulletin,* 2021, 45(5): 291-299.

La definizione di *transgender* come "condizione in cui l'identità, l'espressione o il comportamento di genere sono diversi dal genere assegnato alla nascita" è tratta da: Joseph A., Cliffe C., Hillyard M., & Majeed A. Gender identity and the management of the transgender patient: a guide for non-specialists. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 2017, 110(4), 144–152.

Recentemente, si usa il termine *non-binary* per definire le persone che non sentono di avere un'identità di genere (*a-gender*), o quelle la cui identità di genere è fluttuante nel tempo, cioè sentono di essere uomo o donna in momenti diversi, definite *gender-fluid*. Negli Stati Uniti circa il 35% degli individui *transgender* si identificano allo stesso tempo come *non-binary* (The Report of the 2015 U.S. Transgender Survey, National Center for Transgender Equality, **http://hdl.handle.net/20.500.11990/1299**).

[4] Osservatorio Nazionale sull'Identità di Genere (ONIG). *Standard sui percorsi di affermazione di genere nell'ambito della presa in carico delle persone transgender e gender nonconforming*

(TGNC), 2009: **www.onig.it/node/19**.

[5] The World Professional Association for Transgender Health (WPATH). *Standards of Care per la Salute di Persone Transessuali, Transgender e di Genere Non-Conforme,* 7a edizione, 2011, tr. it. **https://www.wpath.org/media/cms/Documents/SOC%20v7/SOC%20V7_Italian.pdf**

Un aspetto specifico di questi "standards of care" riguarda le richieste di adolescenti, ai fini di attuare cambiamenti che siano completamente reversibili.

Sul tema si veda anche: Coleman E., Bockting W., & Botzer M. Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender-Nonconforming People, Version 7. *International Journal of Transgenderism*, 2011, 165-232.

Altre linee-guida recenti sono quelle della American Psychological Association: Guidelines for psychological practice with transgender and gender nonconforming people. *The American Psychologist,* 2015, 70, 832-864.

[6] Di "incongruenza di genere" parla la *International Classification of Diseases 11* (ICD-11) mentre "*disforia di genere"* è la definizione del Manuale Diagnostico dei Disturbi Mentali (DSM-5) come «sofferenza che può accompagnare l'incongruenza tra il genere esperito o espresso da un individuo e il genere assegnato» (American Psychiatric Association, *DSM-5,* Washington 2013, p. 528). Queste definizioni distinguono l'incongruenza di genere dal *travestitismo (cross-dressing)* che continua a rientrare fra le parafilie.

Va rilevato che l'incongruenza di genere si può manifestare fin dall'infanzia, ma spesso viene definita già prima della pubertà (Coleman e al., *op. cit.).*

[7] Numerosi studi hanno indagato i potenziali effetti patologici successivi al cambiamento di genere. Tra i più recenti: Almazan A. N., Keuroghlian A. S. Association between gender-affirming surgeries and mental health outcomes. *JAMA Surgery,* 2021, 156, 611–618; Ardebili M. E., Janani L., Khazaei Z., Moradi Y., Baradaran H. R. (2020). Quality of life in people with transsexuality after surgery: a systematic review and meta-analysis. *Health and Quality of Life Outcomes,* 18,

1-11.

[8] Bauman Z. *Life in Fragments, tr. it. Vita liquida,* Roma-Bari, Laterza, 2006.

[9] Erikson E. *The Life Cycle Completed,* tr. it. *I cicli della vita, continuità e mutamenti,* Roma, Armando 1982.

[10] Bauman Z. *Identity*, tr. it. *Intervista sull'identità*, Roma-Bari, Laterza, 2003.

[11] Pinkus L., *Senza radici? Identità e processi di trasformazione nell'era tecnologica,* Borla, Roma 1998.

[12] Rokeach M., *The open and closed mind: investigation into the nature of belief systems,* New York, Basic Books, 1960

[13] Su questo tema è nota la posizione biologista, ben rappresentata da Swaab secondo cui l'orientamento sessuale è determinato durante lo sviluppo fetale dalle influenze ormonali geneticamente determinate, mentre sarebbero carenti le evidenze scientifiche dei fattori sociali postnatali: Swaab D.F. Sexual differentiation of the human brain: relevance for gender identity, transsexualism and sexual orientation. *Gynecological Endocrinology*, 2004, 19 (6): 301-312. L'orientamento radicalmente biologista è stato fortemente criticato dai successivi studi di epigenetica.

[14] Bewan, op. cit.; Cortes L.R., Cisternas C.D., Forger N.G. Does gender leave an epigenetic imprint on the brain? *Frontiers in Neuroscience,* 2019, 13:173; Ramirez K. e al. Epigenetics is implicated in the basis of gender incongruence: an epigenome-wide association analysis, *Frontiers in Neuroscience,* 2021, 15:701017.

[15] Per una rassegna storica: Galiani R. *Un sesso invisibile: sul transessualismo in quanto questione.* Napoli, Liguori 2005; Fernández Rodríguez M., Menéndez Granda M., Villaverde González, Gender incongruence is no longer a mental disorder, *Journal of Mental Health & Clinical Psychology*, 2018, 2(5): 6-8.

[16] Ruspini E*. Le identità di genere.* Roma, Carocci 2009.

[17] https://www.sinapsi.unina.it/identgener_bullismoomofobico

[18] Oswalt S.B., Evans S., Drott A. Beyond alphabet soup: helping college health professionals understand sexual fluidity, *Journal of American College Health*, 2016, 64: 502-508.

[19] Dahlen S. **De-sexing the medical record? An examination of sex versus gender identity in the general medical council's trans healthcare ethical advice**. *The New Bioethics,* 2020, 26: 38–52.

[20] Gelli B. *Psicologia delle differenze di genere*. Milano, F. Angeli 2009, p. 202.

[21] Di Maria F., Di Nuovo S. *Identità e dogmatismo,* Milano, F. Angeli 1988.

[22] Il paradosso della nave di Teseo, conservata come tale dagli Ateniesi anche se sostituita progressivamente in tutte le sue parti, è citato dal Plutarco (e ripreso poi da Hobbes): si può dire che sia ancora lo stesso oggetto? Per analogia, una persona rimane sé stessa se il suo corpo, o anche la personalità, cambia nel tempo?

[23] McNeil J., Bailey L., Ellis S., Morton J., Regan M., Trans mental health and emotional wellbeing study. The Scottish Transgender Alliance, 2012 **https://www.gires.org.uk/wp-content/uploads/2014/08/trans_mh_study.pdf**

[24] Heyer W. *Paper genders. Il mito del cambiamento di sesso.* Tr.it. SugarCo, Milano, 2009.

[25] Sarebbe interessante un approfondimento comparativo delle procedure uso in altri sistemi giuridici.

Ad esempio, in Francia nel 2016 sono state istituite due procedure diverse per il cambio del nome e per il cambio del genere. In Inghilterra in base al *Gender Recognition Act* del 2005 i cittadini britannici maggiorenni possono richiedere un *Gender Recognition Certificate,* che permette anche di contrarre matrimonio, ottenuto a seguito della valutazione di una commissione composta da medici, psicologi ed esperti legali, che accerta la presenza di disforia di genere e richiede la

dichiarazione di aver vissuto in base al nuovo genere da almeno due anni e di volerlo mantenere il per il resto della vita.

Va rilevato che, secondo il rapporto *Trans Rights Europe Map & Index* del 2017 (**https://tgeu.org/trans-rights-map-2017/**), 36 paesi in Europa richiedono una diagnosi di salute mentale per accedere al cambiamento legale di genere, e 20 richiedono la sterilizzazione, sanzionata nel 2017 come violazione dei diritti umani dalla *European Court of Human Rights.*

Negli Stati Uniti le procedure chirurgiche sono prevalenti per la riassegnazione del sesso, ma le norme variano nei diversi Stati (per una mappa, v. **https://www.lgbtmap.org/equality-maps**). In alcuni Stati non è necessario aver subito interventi chirurgici per cambiare il sesso sui documenti.

[26] Dahlen S., 2020, cit., p. 38.

[27] Ferrari D. *Diritto, orientamento sessuale e identità di genere.* Lulu.com ed. 2016; Brunoni A. *La rettificazione del sesso in Italia. Aporie legislative, tutela antidiscriminatoria e buone prassi.* Key Editore, Milano 2019; Osella S. Reinforcing the binary and disciplining the subject: The constitutional right to gender recognition in the Italian case law. *International Journal of Constitutional Law*, 2022, 454-475.