

grauedizioni

Collana Dagaz

001

A cura di Angela Ruocco

Vite percorse e Percorsi di vita

Questioni legate al benessere psicologico-fisico
delle persone transgender



grausedizioni

© grausedizioni

Sede di Napoli:
Vico Seminario dei Nobili, 11
Palazzo Monte Manso di Scala
80134 Napoli
tel. 081.7901211

www.grausedizioni.it
info@grauseditore.it

Direttore Editoriale Graus: **Roberta Beolchi**



Per l'immagine di copertina si ringrazia Cosimo Curianò
(Servizio attività editoriali dell'Istituto Superiore di Sanità)

Impaginazione, grafica ed editing: Elisa Pozzoli

**Si ringrazia Roberta Beolchi per aver incoraggiato,
promosso e reso possibile la realizzazione di questo volume**

ISBN: 9788883467394



Realizzato con il cofinanziamento dell'Unione Europea, Programma Operativo Nazionale Inclusion – “Fondo Sociale Europeo 2014-2020”

“Essere una persona transgender significa prendere il controllo del proprio corpo e renderlo più vicino al proprio spirito, alla propria anima, senza che combattano tra di loro”.

S.

Prefazione

*Alba, ti aspettiamo
sapendo e non sapendo quel che porterai con te
nella tua ripetizione antica
e nel tuo immancabile
antico mutamento...*

La medicina è la meno neutra delle scienze, la più attraversata dall'umano, dalla sua complessità, dal suo essere assolutamente unica perché a interrogarla, ogni giorno, è la condizione umana, che la spinge irrimediabilmente oltre i confini disegnati dalle evidenze costringendola a confrontarsi ogni volta sul significato della parola "cura". E al senso della cura, rivolto alle persone che affrontano un percorso di affermazione di genere, è dedicato questo volume perché gli operatori sanitari, in particolare i medici di medicina generale preziosi anelli della catena che li accompagna nel percorso sanitario, possano avere uno strumento per orientarsi e per orientare i propri utenti. Abbiamo scelto di offrire, oltre che un approccio medico-scientifico al percorso di affermazione di genere, anche uno spaccato del vissuto delle persone che lo affrontano e lo abbiamo fatto chiedendo a scrittori e a giornalisti di raccontare le loro storie nella speranza che la scrittura possa restituire verità e umanità a questa condizione narrata di solito attraverso stereotipi e pregiudizi, insieme ad un uso improprio delle parole utilizzate per descriverla. Per questo il nostro grazie va a chi ha scelto di incontrare queste persone e di raccontarle facendosi attraversare dalla loro storia come sempre la scrittura richiede. Ancor prima però vorremmo dire grazie a chi queste storie ce le ha regalate perché potessero diventare una testimonianza coraggiosa dei

loro percorsi di vita. Raccontano di una rinascita, del sorgere di un'alba dopo una lunga notte, di un percorso di evoluzione interiore difficile, ma inevitabile. Tutte rivelano una forza e una determinazione che impone necessariamente un ascolto. Ciò che serve, oggi, per rovesciare la marginalità in cui queste persone hanno sempre vissuto, non solo negli ospedali e negli ambulatori, ma anche nella scuola, nel lavoro, e più in generale nella società, è un'operazione culturale in grado di cambiare lo sguardo su di loro poiché solo questo può favorirne la piena inclusione che dovrebbe essere obiettivo di tutte le politiche che le riguardano. Questo lavoro, come tutta la progettualità in cui si iscrive, è in linea con la *mission* dell'Istituto Superiore di Sanità che è quella di promuovere la salute pubblica senza discriminazioni ed è in questo contesto che già da diversi anni il Centro di Riferimento per la Medicina di Genere sta portando avanti una serie di progetti riguardanti il benessere e la salute delle persone transgender attraverso un'azione sinergica con l'Ufficio Nazionale Anti Discriminazioni Razziali della Presidenza del Consiglio dei Ministri, il Ministero della Salute, l'AIFA, le Università, i centri clinici e le Associazioni transgender con l'obiettivo di definire e rafforzare le coordinate entro cui possano crescere e svilupparsi competenze in grado di fornire assistenza e servizi alle persone, chi si trova ad affrontare un percorso di affermazione di genere. Ciò significa avviare una serie di operazioni per favorire la formazione degli operatori sanitari in questo settore, sostenere nelle università la nascita di corsi dedicati alla salute transgender, promuovere studi che vadano a consolidare una letteratura scientifica che, seppure esistente, è ancora scarsa, soprattutto in termini di salute generale. Tutta la catena sanitaria ha bisogno di essere formata: ruoli chiave hanno i medici di medicina generale ma questo libro è rivolto anche a tutte le persone che, a vari livelli, si trovano a confrontarsi con la tematica salute transgender. Soprattutto per le giovani generazioni la presa in carico da parte di personale adeguatamente formato e competente, infatti, può fare la differenza per il loro futuro. Sono sempre più i genitori che piano piano si accostano a questa tematica cercando di supportare i

ragazzi e di non lasciarli soli come spesso è accaduto per le generazioni precedenti che a causa dello stigma e delle discriminazioni hanno vissuto esperienze devastanti. Solo la creazione di una rete può fare in modo che nessuno possa affondare nell'isolamento e una rete è fatta di persone, ma anche di strutture e di istituzioni che oggi non possono voltarsi dall'altra parte e che hanno il dovere di accogliere e di creare le condizioni perché vengano soddisfatti i bisogni di salute di questa fascia di popolazione. Quella strada ripida che fino ad oggi ha dovuto attraversare chi ha affrontato un percorso di transizione fatto di migrazioni da centro a centro, da regione a regione, da specialista a specialista deve diventare un sentiero pianeggiante con tanto di segnaletica agli incroci. E su queste strade ci devono essere operatori formati in grado di indirizzare e di accompagnare le persone e le loro famiglie. Servono politiche sinergiche, anch'esse in rete. Ce lo ha chiesto l'Europa, che ha finanziato il nostro progetto, ma ce lo ha chiesto ancor prima la storia quando ci ha insegnato che le discriminazioni uccidono il futuro.

Marina Pierdominici e Mirella Taranto

Secondo tempo

Andrea è un veterinario, ha contribuito a fondare l'ospedale Croce Azzurra, un pronto soccorso aperto 24 ore su 24 in un quartiere residenziale romano. Un tempo Andrea si chiamava Tiziana e fin da bambina ha desiderato di essere un uomo. La sua famiglia ha accettato la sua diversità in termini di omosessualità ma non è mai riuscita a comprendere il suo desiderio di diventare un maschio. Solo a 40 anni Tiziana trova il coraggio di diventare Andrea e inizia il difficile percorso della trasformazione fisica.

La scena si apre con Andrea, ormai diventato un uomo, che visita Duke, un cane in fin di vita, mentre dialoga con Tommaso, il padrone di Duke, un vecchio solo che ha ricevuto in eredità dal figlio che è morto, il cane da cui fa fatica a staccarsi.

Andrea è commosso da quel dolore, come se lo sentisse su di sé, come se ne comprendesse il passato e il presente e, nel dargli la diagnosi, cerca di stare accanto al vecchio e di accompagnarlo nel distacco.

In quel momento gli compare davanti Tiziana che, come un alter ego, testimonia la sua trasformazione che non è solo una trasformazione fisica ma è diventata anche un'evoluzione interiore. In un dialogo, a tratti teso, a tratti commosso Andrea e Tiziana ripercorrono la loro storia, le loro scissioni per comporre in una definitiva riconciliazione del passato con il presente.

Personaggi:

Andrea

Tiziana

Tommaso

Daniela

Antonella

In uno studio di una clinica veterinaria Andrea è davanti a Tommaso in silenzio. Tommaso è accasciato e guarda il pavimento. A terra c'è Duke, il suo cane. Si stanno salutando per sempre.

Andrea: Che facciamo Tommaso? Dimmi tu. L'infezione si è diffusa, ha raggiunto i polmoni. Duke respira a fatica e soffre. Non può dirtelo ma forse è stanco ormai, fagli una carezza, lasciamolo andare... ce la fai? Io sono qui. Ti tengo la mano. Respiriamo insieme...

Tiziana: *(mentre avanza da lontano)* Che fai ti commuovi adesso? "Ti tengo la mano..." "respiriamo insieme..." già la vedo che spunta la lacrima, tante ne ho ingoiate che ci sarei potuta annegare dentro, e adesso ti ritrovo mentre ti si incrina la voce di fronte a un vecchio che assiste il suo cane che muore. Però...

Andrea: Questa voce la conosco... ma tu che ci fai qui? Non ci eravamo salutati per sempre pure noi? Non è solo un vecchio che assiste un cane che muore. Per quanto... è un uomo solo che assiste all'agonia del cane di suo figlio che non c'è più.

Tiziana: Prima o poi accade. Così ragiona un uomo. È inutile girarci intorno. Una bella puntura aiuta tutti: chi se ne va e chi resta. Così ragiona un uomo.

Andrea: Beata te. Così ragiona chi studia da uomo. Ragionare da uomo, forse, è un'altra cosa.

Tiziana: Forse. Peccato che hai passato anni a farmi indossare una corazza che non sarebbe bastato Maciste a reggerne il peso e adesso hai deciso che l'armadio ormai è il posto suo. Sulla mia pelle però. Che i segni li porto ancora addosso.

Andrea: Sulla tua pelle? Ma che volevi che te la scorticassero la pelle? Diciamo che con la corazza ci sei praticamente nata. Diciamo anche che l'hai indossata subito. E diciamo pure che ci sei sopravvissuta. Dove pensavi di andare senza equipaggiamento? Fin qui pensavi di arrivarci sulle punte, come una prima ballerina? Pensi che il mondo allora ti sarebbe venuto incontro: "prego si accomodi pure dove desidera, non faccia complimenti..."

Tiziana: Mai pensato. Figurati. Quello tanto non accade a nessuno.

Andrea: Ecco. Hai capito. Poi piano piano capisci pure che chi sbarca su questa terra in qualche modo resiste. Nessuno escluso.

Tiziana: Adesso non esagerare. C'è chi naviga e chi naufraga.

Andrea: E chi annaspa, fino a quando non impara a nuotare. Tutti, però stiamo in mezzo al mare.

Tiziana: Bene. Complimenti. Saggio, equilibrato, empatico... progressi da gigante in questi anni. Ora addirittura condividiamo le sorti dell'umanità. Ma ti sei scordato di quando mi facevi presidiare la tua vita contro il mondo intero?

Andrea: No che non me lo scordo né mi scordo che significava alzarsi la mattina e sentirmi soffocare ogni giorno. Mentire senza mentire. Parlare cercando di evitare le desinenze, cercare ogni istante un limbo che mi evitasse di attraversare l'inferno.

Tiziana: Vedo che le chirurgie non hanno intaccato la memoria. Di quello che eri. Di quella che ero. Di come camminasissimo ogni giorno sul ciglio di un burrone. E se l'inferno non lo abbiamo attraversato di sicuro qualche girone l'abbiamo visto da molto vicino.

Andrea: Io non ho dimenticato nulla Tiziana. Nulla. Ogni istante della mia storia è dentro di me. È lo strato di una roccia. Io sono tutti quegli strati. Tutti quelli che insieme oggi hanno questo volto. E questo corpo. Che è il mio corpo. Il nostro corpo.

Tiziana: Adesso dici il nostro corpo. Ma per anni quel corpo è stato un simulacro, un valico, un corpo sospeso che ne attendeva un altro. Ma ci sono attese e attese Andrea. La mia si è consumata nel silenzio. In un silenzio assordante.

Andrea: Lo sento ancora quel frastuono. Ha lo stesso rumore delle lacrime che ti ho fatto ingoiare. Come quando ti sei fatta crescere i capelli. In silenzio.

Tiziana: Quella volta fu qualcun altro ad ammutolire.

Andrea: E tu con lei. Per molti giorni a seguire.

Tiziana: Eh no? Una corsa tutte le mattine sull'autobus. Per prendere quello. Proprio quello. Con mia sorella che non capiva, che era pure il più affollato.

Andrea: Francesca capisce ma sempre fino a un certo punto. A casa mia tutti così in fondo. Ci deve essere un momento in

cui gli viene il torcicollo e puntualmente si voltano dall'altra parte.

Tiziana: Io, invece, la mattina il collo lo allungavo che sem-bravo una giraffa fin quando non la avvistavo.

Andrea: Mica era facile, zaini, cappotti, una folla su quell'autobus che Francesca aveva pure ragione...

Tiziana: Tanto prima o poi la beccavo. E tra una fermata e l'altra una sequela di sguardi e di sorrisi che potevamo scrivere una sceneggiatura, ci passavo il pomeriggio a sognare le trame.

Andrea: Sì... un film muto magari... in tutti quei viaggi mai una parola che poi mica era facile finire vicini in mezzo a quella valanga di adolescenti urlanti.

Tiziana: Eh no... vicini ci siamo finiti eccome. L'unica volta che non dovevamo finirci. C'era una festa in ballo e hanno chiesto a Francesca indicandomi "tua sorella viene alla festa?". Eravamo talmente vicini che l'ho vista sbiancare. "La sorella di chi?" e su quell'autobus non c'è più salita.

Andrea: E così ti sei fatta crescere i capelli. Pensando di mettere ordine, di non ingannare più nessuno.

Tiziana: Era tutto troppo grande per me. Crescevo e i miei desideri tradivano il mio corpo, non rispondevano alle aspettative di nessuno. Io non rispondevo a un ordine, io disordinavo il mondo e il mondo mi disordinava. Quanta rabbia, quanta. Una famiglia civilissima, la nostra, ma anche lei muta. Ognuno con un silenzio diverso ma tutti, in fondo, a debita distanza. Tollerare, rispettare, anche a fatica, purché per favore non se ne parli. Non glielo perdonavo quel silenzio. Era un muro tra loro e l'amore che provavano per me.

Io non ho mai messo in dubbio l'amore di mia madre, di mia sorella, neanche quello di mio padre nonostante la sua assenza, profonda tanto quanto mi faceva male. Ma poi a che serve l'amore se non ti fa riscrivere il mondo o se non ti dà un altro alfabeto, se non ti presta gli occhi dell'altro per guardare la vita con i suoi e se non usa il silenzio prima di tutto per ascoltare.

Andrea: Ma c'è anche un altro silenzio. Bellissimo. Come una preghiera, un silenzio che ascolta e si fa attraversare, che chiede di capire senza giudicare, che ti accompagna al fianco

dell'altro per sentieri impervi e non chiede mai dove va. Forse tu quello non lo hai conosciuto fino in fondo. È ora di andare avanti adesso.

Tiziana: Vuoi andare avanti? E chi te lo impedisce? Mica devi fare la guerra tu. Adesso ti alzi, vai a lavorare e quando ti guardi allo specchio mica fai conti con un paio di tette, mica ti viene il ciclo, e mica c'è qualcuno che ti dice che è normale, che tanto hai una ragazza e accontentati così che sei pure una dottoressa, con un posto rispettabile nel mondo che ti devi pure tenere.

Andrea: Un posto. Un posto bisogna trovarlo pure ai ricordi. Bisogna collocarli dove non fanno male. E anche le persone. La vita è una strana cosa e spesso non è come appare e poi la rabbia, come il dolore, non ci aiutano a vederla davvero. Io voglio andare avanti, recuperare anche l'amore che non ha avuto il coraggio di guardare. Quello a metà, quello che non c'è stato sempre, che non ce l'ha fatta.

Tiziana: Lo dici adesso perché ne sei fuori. Perché, in fondo, qualcuno ha pareggiato i conti per tutti gli altri. Perché qualcun altro ti ha amato senza condizioni. Perché Antonella è arrivata e non ha chiesto spiegazioni. Ha capito. Subito. Non c'è stato tanto bisogno di parlare con lei. Ecco perché adesso parli della bellezza del silenzio. Perché ne hai conosciuto un altro. Che non attraversa l'anima come una lama ma la calza, la veste, la penetra. Perché qualcuno ti ha scelto senza sconti, senza giustificazioni, senza neanche riduzioni e perché l'amore fa così: ti riconosce e ti riporta al posto tuo.

Andrea: Può passare una vita senza che questo accada mai. A chiunque. Ma quando è accaduto a me io avevo già capito che perché io potessi rinascere quel corpo doveva morire. Se non fossi incappato in quel video quel giorno, a Stromboli...

Tiziana: Giorgio... la ex Valentina...

Andrea: Sì lui. Ce l'aveva fatta lui ce la potevamo fare pure noi. A costo di perdere tutto

Tiziana: La prima cosa che hai rischiato di perdere era il lavoro. Gli anni impiegati a costruire la clinica, lo staff affiatato, la clientela, una reputazione...

Andrea: Quale la mia o quella dello studio?

(Andrea alza gli occhi al cielo e guarda Daniela che sta arrivando, vestita con il camice),

Andrea: Ciao Daniela stavi da sola in ambulatorio?

Daniela: Sì ma tra un po' mi dà il cambio Antonella, adesso siamo andati in pausa pranzo. Il pomeriggio è bello pieno. Mi serve pure un'ecografista...

Daniela: *(si avvicina a Tommaso, gli mette le mani sulle spalle)* Come va Tommaso? Che avete deciso? Ce la facciamo ad addormentare Duke? Non lo senti come respira?

Tiziana: No che non lo sente. Non sempre siamo pronti a sentire. Pensi che veder morire sia facile? Non lo è mai. Neanche quando tutto è già accaduto molto prima. Tommaso te li ricordi i miei viaggi a Bruxelles? Poi a New York? Andavo via a pezzettini.

(Tommaso accenna ad un sorriso)

Daniela: Perché tu sei morta? Mica è facile morire...

Tiziana: Manco una fotografia è rimasta.

Andrea: Eh mo' mettevo i poster... neanche in un vetro riuscivo ormai a specchiarmi. Bruxelles era diventato un chiodo fisso.

Tiziana: Ma su quali gambe ci sei andato a Bruxelles? Sulle tue o sulle mie?

Andrea: Sulle nostre.

Tiziana: No. Con le mie. Le nostre lo dici adesso. Ero io che non ci dormivo la notte al pensiero dei farmaci, degli ormoni, delle chirurgie. Io i farmaci li ho sempre prescritti. Per curare, però, per aggiustare. Il mio corpo non era rotto. Era sano. Sanissimo.

Andrea: Quindi, tutto a posto, perfetto, perché non lo hai lasciato com'era?

Tiziana: Non scherzare. Non scherzare per favore... Non far finta di non capire. Non con me che ti ci ho accompagnato fin dove sei arrivato. Io, che mai avrei voluto partorire, ti davo alla luce continuamente.

Andrea: Sei tu che fai finta di non capire. Sei tu che ti sei dimenticata che non riuscivi neanche a pronunciare la parola "seno" che ti faceva orrore.

Tiziana: Sì ma sei tu che ti sei dimenticato la mia paura, ti

sei dimenticato di quando passavo le notti a chiedermi se fosse giusto prendere un corpo sano asportare ovaie funzionanti, un utero sano, e bombardarlo di ormoni, carne e sangue con cui ero cresciuto, giocato, ballato, viaggiato, fatto l'amore.

Andrea: Sei venuta a dirmi che ti sei pentita?

Tiziana: Ma che significa "ti sei pentita"? Che discorso è? Non mi pento di nulla e soprattutto tu non ti penti di nulla. Ti sei scelto pure il nome, bello, elegante, come piaceva a te. Come quel bambino biondo a cui da piccolo volevi somigliare: Andrea. Dal greco "aner, andròs", "maschio valoroso", l'uomo fra gli uomini, il più virile, il più illustre. Io invece ero Tiziana, il nome non lo avevo scelto e significava poco e niente. Me lo avevano imposto. Come a tutti. Un nome duro, dall'origine incerta, soprattutto al femminile... ero solo una che doveva morire. Acconsentirai che non è facile.

Andrea: Pensavo fossimo d'accordo.

Tiziana: Perché a Bruxelles, a New York, in visita a tutte quelle sale operatorie ci sei andato tu o sono partita io?

Andrea: Tu. Per forza. Ma allora? Vuoi dire che ti ho costretta?

Tiziana: L'hai detto tu che non riuscivi più a guardarti in uno specchio.

Daniela: *(che intanto stava accanto a Tommaso con l'aria di una che conosce bene entrambi e un po' spazientita, quasi a chiudere la conversazione)* Ma che discorsi... non è stata una passeggiata per nessuno.

Tiziana: Se non ci fossi stata tu forse lui avrebbe perso pure il lavoro. Già pensavo di ricominciare in un'altra città.

Daniela: Sì vabbè tanto non te lo avrei permesso.

Tiziana: Non sembrava.

Daniela: Ti facevo parlare. Le tue paure da qualche parte dovevano emergere. La quadra però te la dovevi trovare da sola. E poi avremmo affrontato il resto. Sarebbe stato un problema della clinica se te ne fossi andato. Ma era presto allora perché tu lo capissi. Sei sempre stato un chirurgo straordinario. Chissà se te ne sei mai reso conto. Il lavoro, francamente, era l'ultimo dei problemi.

Tiziana: L'ultimo? Io mi immaginavo i clienti: dottoressa, dottore... stesso cognome, nome diverso... avevo paura di trascinare tutti in quel casino. Il mondo vive di ordine... o comunque si è dato un ordine.

Daniela: Di ordine... sì... di ordine. Oggi è venuta qui la moglie dell'avvocato Rizzi. Suo marito è partito un mese fa con il suo personal trainer. Non sa neanche se è tornato. Si sentono solo per telefono per regolare i conti. Pensa.. era gelosa di tutte le sue amiche. Ossessiva. Con una erano arrivate alle mani. Questa la voleva denunciare per calunnia...

Andrea: *(che intanto entrava e usciva dall'ambulatorio):* Davvero, non ci posso credere. Mi dispiace per la signora, prende sempre schiaffi... *(e ride divertito)*

Antonella: *(entra trafelata per attaccare il turno in ambulatorio e bacia Andrea sulla bocca)* Eccomi... scusate vado subito in ambulatorio ho visto che stanno arrivando i pazienti. C'era un blocco sulla Colombo... ho sentito della signora Rizzi... povera...e che c'è da ridere?

Daniela: Perché tu non l'hai vista nella versione: "Io sono evoluta e perciò ti tollero *(scimmiottando la signora Rizzi)* "Dottoressa... dottore...insomma volevo dirle...insomma basta che curi lei il mio gatto io accetto anche quello che ha fatto".

Andrea: La sventurata non aveva visto Daniela che non l'ha fatta neanche finire di parlare: "E noi abbiamo il piacere di informarla che accettiamo di curarlo signora cara, questo non è un esercizio pubblico, è un'azienda privata".

Antonella: Ma poveraccia... siete due iene vere.

Tiziana: Vedi? Tutto a posto... Io dovrei solo togliere il disturbo. D'altra parte non dovrei neanche più essere qui. Antonella neanche mi ha salutato.

Andrea: Adesso ti lamenti? Quella stava correndo, era in ritardo, manco Tommaso ha visto.

Tiziana: La verità è che neanche tu mi vedi più.

Andrea: Io non ti vedo più? Ma se ho avuto persino paura di perderti... di perdermi...

Tiziana: E invece non ti sei affatto perso... sei andato avanti, Cristo se sei andato avanti... una locomotiva.

Andrea: Ma che dovrei fare? Ogni volta inchinarmi al passato? Come fosse stato leggero poi... Mica ho cambiato un abito io eh? Per poter avere questa barba, per poter avere questo torace, per indossare una cravatta ho dovuto firmare davanti al giudice che me ne assumevo tutta la responsabilità.

Tiziana: Che ci posso fare io se la psicologa aveva scritto che mi sarei suicidata.

Andrea: Un genio.

Tiziana: È colpa mia se mi aveva regalato “il pozzo della solitudine” per spiegarmi che dovevo “interiorizzare la mia scissione”. Accettarla in pratica.

Andrea: Cioè ti stava prescrivendo una doppia vita. In fondo la pensava come la nostra famiglia.

Tiziana: Troppo facile vero?

Andrea: Sarebbe stato più difficile farlo davvero. Quando capisci chi sei non hai scampo.

Tiziana: Sai cosa non è facile? Qualcosa che forse ti sei scordato. Avere paura di svegliarsi e di non riconoscersi. Sapere che quello che fai non lo potrai mai più cambiare e che mentre tutti ti chiedono come sta il tuo corpo, se hai effetti collaterali per i farmaci, nessuno si rende conto che per il corpo ci sono analgesici che alla mente non sono concessi. Nessuno ha il coraggio di chiederti cosa ti passa per la testa, se hai paura.

Daniela: Semplicemente perché è più facile. Se hai sete, ti do un bicchiere d'acqua, se hai mal di testa ti cerco un farmaco, se hai freddo ti do una coperta, se hai paura l'unica cosa che posso fare è tenerti la mano. E non è detto che io lo sappia fare...

Tiziana: (*ironicamente*) be' tu in questo sei una campionessa. Troppe volte le tue mani mi hanno trattenuto dal precipizio. C'è stato un momento che la rabbia era più forte di tutto. Non vedevo niente. Provavo rabbia, in alcuni momenti mi sentivo esplodere, avrei spaccato tutto. Non sapevo dove andavo. Sempre in silenzio.

Andrea: Io non so ancora come ho fatto a risalire da quel silenzio. L'ho rivoltato. Fino a farmi male. Ho persino desiderato di morire. Più volte ho pensato che non ce l'avrei fatta.

Tommaso: *(Il cane si lamenta e Tommaso sussulta)* Che succede?

Daniela: Niente, Tommaso. Niente che non sia già successo. Devi aiutarlo tu adesso. Io provo a tenerti la mano.

Tommaso: Così va via di nuovo anche Matteo.

Andrea: Tuo figlio è andato via tanto tempo fa Tommaso ma nessuno va via mai davvero finché continuiamo ad amarlo. Dobbiamo solo imparare a farlo in un altro modo.

Tommaso: Aspettate ancora un po' vi prego.

Andrea: *(si commuove)* Siamo qua Tommaso. Quando vuoi tu.

Daniela: Sì dagli tempo. Tempo.

Andrea: Quanto tempo ci ho messo io Daniela? Tanto vero? Troppo?

Daniela: Forse la vita è così. È presbite. Ci vede solo da lontano.

Tiziana: E invece siamo partiti per Bruxelles. E buonanotte. Quando mamma mi chiese di accompagnarmi, l'ultima volta, quando ormai si era arresa, le dissi di no. Per anni sono stata immersa nel suo silenzio, autorizzata a fare come mi pareva purché salvassi le apparenze. Ma non era una decisione "contro". Non volevo punire nessuno. Volevo solo essere lasciato in pace, continuare a essere solo, come ero sempre stato per oltre quarant'anni.

Entra la madre di Andrea e gli prende le mani, poi poggia la sua testa sul suo petto, come lo volesse cullare.

Tiziana, piccola mia, o Andrea amore mio, come ti devo chiamare?

Sei la mia bambina e sei il mio giovane uomo ormai, sei tutta la bellezza, il dolore, la passione e la rabbia che un figlio può essere. Sei in tutte le mie fibre e in tutta la mia anima e lo sei sempre stata anche quando la tua anima io non riuscivo a toccarla. E quando mi hai detto che non mi volevi accanto nell'ultimo tratto della tua lunga corsa ho capito che questa volta per rinascere avresti fatto a meno di me che pure ti avevo messo al mondo.

Ma nel mondo, amore mio, starci non è facile. In questo lun-

go viaggio che è la vita, spesso è facile perdersi e ancor più spesso è difficile ritrovarsi.

Mai come in questi giorni che precedevano la tua partenza verso un'altra vita mi sono chiesta che cosa ci fosse dietro quel muro di silenzio che mi hai rimproverato, dietro quell'incapacità di ascoltare fino in fondo il tuo dolore e forse oggi in parte lo so.

Se c'è qualcosa, forse, che tu devi perdonarmi, è la paura. Ma non di me stessa o delle mie aspettative tradite, quanto la paura che il mondo potesse farti più male di un corpo in cui non ti riconoscevi.

Stranamente l'ho capito parlando con una mia amica. Il figlio gioca a Rugby. Un giovane campione. Orgoglio di suo padre e di se stesso. Uno che di se stesso non vuole cambiare nulla. Anzi. Eppure lei mi confessava che alle partite ce la devono trascinare e che mai ha potuto assistere alle performance di suo figlio fino in fondo perché ogni partita per lei era un tormento. Con gli occhi semichiusi e il fiato sospeso passava tutto il tempo a scongiurare che i colpi sul campo potessero arrivare a suo figlio e che si potesse far male.

Ecco amore mio questa è una madre. Un essere imperfetto che vorrebbe proteggere suo figlio a volte anche dai suoi desideri, dalle sue vittorie. Dai pugni e dai calci che possono arrivare da una partita, da un'offesa, da un'umiliazione. Una madre non vede il campione, vede il ginocchio rotto, la spalla sanguinante, il colpo che arriva in faccia, non la vittoria finale, la coppa che si stringe sorridenti a fine partita. È sbagliato, lo so ma la capisco ancora. Ci vuole tempo per capire che i pugni e i calci della vita il più delle volte non possiamo evitarli a nessuno. Ho cominciato ad amarti prima ancora che tu avessi un nome, un sesso, un volto. Ho cominciato quando il tuo respiro era il mio quando i nostri cuori per nove mesi avrebbero battuto all'unisono. E tanto sarebbe bastato per amarti tutta la vita. Ma tu che ne sai di quando mi sono chiesta: dove ho sbagliato? Quando esattamente? E l'ho fatto ogni volta che quella malinconia, fissa in fondo ai tuoi occhi mi colpiva come uno schiaffo. Che ne sai tu di quante volte il tuo mutismo mi sommergeva,

di quando la tua tristezza pesava come un macigno sul mio cuore. Perché tu mi hai rinfacciato il mio silenzio ma anche il tuo è stato pesante. Una coltre che arrivava dritta al cuore. E mi sentivo piccola, inadeguata, incapace. Io, con le mie soluzioni semplici, a buon mercato: hai una compagna, un lavoro che ti piace, una famiglia che l'ha accettato. Pensavo ingenuamente potesse bastare. Ma tu hai alzato il tiro e non era detto che ce la potessi fare. Ammettilo almeno che non è semplice immaginarti su un letto d'ospedale a mutare la pelle perché mutare l'anima non era più sufficiente. Dammi atto che non è facile accettare che il tuo corpo, quello che ho amato sin da quando eri bambina, si sarebbe trasformato, che potessi avere paura della tua salute aggredita da ormoni, farmaci, chirurgie e persino di non riconoscerti più. Pensieri elementari, forse troppo semplici, banali, ma non altrettanto facili da portare addosso. Eppure non ti sto muovendo un rimprovero è solo una richiesta di ricominciare dai nostri silenzi: dal tuo che non ho saputo attraversare e dal mio, sul quale si erano arroccate le mie paure, le mie fragilità che sto cercando di spiegarti. Figlia mia, io non ero preparata. Ho dovuto imparare una lezione lunga quarant'anni e mentre cambi corpo, cambi volto, io non riesco a dimenticare i tuoi occhi da bimba malinconica, che non avrei mai voluto vedere piangere e che non sono riuscita neanche a consolare.

Andrea, amore mio, perdonami la tua solitudine e perdonami se, come dici tu, forse sono rimasta ai margini. Ma non pensare che i margini siano un bel posto. Anche io, come te, ho vissuto il mio esilio. Non tanto dalla tua vita ma dalla mia perché dal centro del mio cuore tu non ti sei mai spostato. Ogni volta che ti ho lasciato solo ho lasciato solo prima di tutto me stessa. L'amore non si impara. Si prova o non si prova. Si impara ad amare però. E tutti, forse, rischiamo di farlo fuori tempo massimo. Ma tante volte è capitato di essere arrivati tardi. Magari resta ancora il secondo tempo. Quello, forse, deve ancora iniziare.

La mamma esce di scena.

Andrea si prende la testa tra le mani e si rivolge a Tiziana:

Andrea: Lo sai che a volte quando esco dal lavoro mi viene voglia di chiamare papà?

Tiziana: Il Desaparecido. Certo lui non c'è stato. Ha fatto prima.

Andrea: Lui non ha mai preteso di essere definito un "bravo padre" i suoi limiti li conosceva.

Tiziana: Come sei cambiato. Hai una parola buona per tutti. D'altra parte l'hai assistito fino alla fine. Hai passato anni senza rivolgergli la parola.

Andrea: Ho chiuso un cerchio con lui Tiziana. I cerchi vanno chiusi altrimenti è un'emorragia. Ho potuto finalmente sentire che di me si fidava. Ma in fondo l'ho sempre saputo.

Tiziana: Mi fai ridere quando dici che di te si fidava sempre, però. Dimmelo. Te l'ha mai detto chiaramente? Te l'ha espresso in italiano corrente?

Andrea: No. In nessuna lingua. Ma tu vuoi sempre la resa dei conti. Tutto o niente. E invece ti informo che c'è un limite a volte. Proprio io che l'ho attraversato, che l'ho superato, sfidato. Ho preso dell'amore di papà quello che poteva darmi, ho cercato di leggere tra le righe, ho interpretato quello che non riusciva a dirmi, che non riusciva forse a dire neanche a se stesso. Papà non c'è più ma io sono riuscito a tenergli la mano mentre rallentava il suo respiro e poi quella mano ha sollevato anche me. Che importa cosa mi abbia detto ormai?

Tiziana: Ma sì... che importa? Dire a casa nostra è stato sempre un verbo proibito. E comunque ti ricordo che ad attraversare il limite, sfidarlo, e tutte quelle belle cose che tu adesso ti attribuisce, sono stata io.

Andrea: Sì ma poi c'è stato anche altro. Tu lo sai che io e papà abbiamo bevuto finalmente insieme un bicchiere? Che ci siamo dati una pacca sulle spalle mentre piantavamo un albero nel giardino di Fregene? E l'ho visto l'orgoglio, mentre salvavo il cane a un suo amico.

Tiziana: È una vita che ci ha scambiato per un ente di beneficenza. Tutti i cani dei suoi amici più sfigati sono stati pazienti nostri. Ma chiamarti Andrea no eh? Quello proprio non gli riusciva...

Antonella: (*entra accarezzando Tiziana*) Un po' di tregua oggi in ambulatorio finalmente. Come va con Tommaso? Sei stata carina a venire Tiziana. Pure tu in forze per Tommaso? Me l'aspettavo. D'altra parte tu Duke l'hai visto nascere. Era piccolo Matteo quando te l'ha portato...

Tiziana: Per Tommaso. Per te, per Andrea, per Daniela, per Duke. È stata anche la mia vita questa. D'altra parte sei stata tu a dirmi: ma come hai fatto a sopportare questo dolore? E mentre lo dicevi quel dolore si scioglieva. Diventava neve nelle tue parole, oro nel tuo sguardo. E ti ho creduto. Anche quando mi dicevi che ero bello, io che bello non mi ero sentito mai perché la bellezza era nel tuo sguardo e non poteva essere diversamente. Perché tutto era accaduto prima. Molto prima. E non c'è stato bisogno di parlare. Dovevamo solo incontrarci. E la tua vita sarebbe stata la mia. Tuo figlio mio figlio, la tua casa la mia casa. Era solo questione di tempo.

Antonella: Sì. Questione di tempo. E la vita si prende il tempo che vuole, ma poi ha bisogno di coraggio per nascere.

Andrea: (*si avvicina lentamente a Tiziana, le prende le mani e poi la abbraccia*) Il coraggio è stato il tuo Tiziana. Hai ragione. Ho corso come un pazzo tutta la vita sulle tue gambe. Sul tuo silenzio ho innalzato un muro e sempre con la tua forza l'ho abbattuto. Per scoprire quella forza ho dovuto sfidare la tua fragilità ma mi sono ripreso le tue lacrime e ho potuto piangere anche per te. E di te oggi vivo la tenerezza che non ti ho mai permesso e mi concedo di guardare il mondo anche con i tuoi occhi che dentro di me non si sono mai spenti. Non si va mai via per sempre e, quasi sempre, in qualche modo, poi si ritorna.

Tiziana: (*si divincola piano piano e va verso Tommaso prendendogli le mani e stringendogliele forte*) Dai Tommaso, andiamo, Duke è stanco. Lascialo andare. Non si muore mai se qualcuno ancora ci ama.

Mirella Taranto
Istituto Superiore di Sanità
Ufficio Stampa

Ea e io

Ea: «Il primo momento della mia vita di cui ho ricordo è al femminile. Non ho mai avuto una distinta percezione del mio essere maschio. O perlomeno credo sia così. Non è che ho rimosso il mio passato da maschio, è come se non l'avessi mai avuto. Questo i miei genitori l'hanno capito fin da subito».

Io: «In quale modo: come l'hanno capito?». È la prima domanda sulla questione del mutamento o, meglio, percorso di affermazione di genere che rivolgo ad Ea. Mentre mi risponde con delle ovvietà prevedibili e scontate (che già a tre anni stava male perché non si sentiva un maschio, che i suoi non ci capivano nulla, che l'unica risposta ai mille interrogativi che si ponevano è stata quella di avere un figlio omosessuale) mi rendo conto di quanto la domanda sia stupida e vorrei scusarmi per la banalità. Avevo elaborato degli spunti e mi trovo a improvvisare come a un'interrogazione cui si arriva impreparati. La verità è che sull'argomento non mi sono fatto alcuna opinione e mi sento incerto sul modo e il taglio con cui affrontarlo. La interrompo, troppo bruscamente forse, e abbozzo una giustificazione.

Io: «Senti, voglio essere sincero con te. Non conosco questa problematica, non ne so niente, se non le notizie che si leggono sui giornali e si ascoltano in televisione».

Per questo faccio domande sciocche e superficiali come se fossi a un talk show televisivo, aggiungo mentalmente, mentre cerco di mettere insieme una frase convincente.

Io: «È un aspetto di una persona che mi affascina e che considero davvero singolare. Ho scritto persino un romanzo fantasy che parla di una metamorfosi umana. Per questo siamo qui, per quella che tu chiami intervista. Ma io non sono un gior-

nalista e non credo che dalla nostra chiacchierata di oggi verrà fuori un'intervista. Spero la tua storia, almeno un po'». In effetti, più che a un'intervista, il nostro assomiglia a un incontro a dir poco eccentrico, iniziato alla Stazione Centrale, quando ci siamo riconosciuti cercandoci col cellulare al classico Binario 1 (dove si danno quotidianamente appuntamento turisti sposati, fannulloni in pausa caffè e amanti clandestini) e proseguito in un chiosco con tavolini all'aperto, frequentato dalla medesima umanità di cui sopra. In sottofondo riecheggia una colonna sonora composta da evergreen internazionali che vanno da *Rocket Man* di Elton John a *Light my fire* dei Doors. Il set ideale per una scena di *Homeland* o *Americans*, un classico per un rendez-vous tra spie, che passerebbero certamente più inosservate di un uomo brizzolato e barba incolta sui sessanta, intento a sorseggiare il cappuccino in compagnia di una ragazza visibilmente più giovane. E bella. Ea ha 19 anni, una cascata di capelli mori che fluttua e si adagia ordinata sulla spalla destra, mentre il viso, quando mi parla, ruota leggermente dalla parte opposta, in una posa interrogativa o sbarazzina, ancora non l'ho compreso. Sarebbe un artificio studiato a tavolino, anche perché le palpebre si socchiudono in sincrono, un tic che la fa apparire fragile e guardinga al tempo stesso. Però, a osservarla attentamente, non trovo finzione, non vedo maschera, o se c'è lei è talmente brava a dissimularla che ha tutta la mia approvazione. Non capisco se è titubante, curiosa o considera questo incontro come una delle tante nuove incombenze derivanti dalla sua situazione di donna che accetta di parlare del passato da maschio e raccontare il percorso fatto. Forse mi legge il dubbio sul viso, perché chiarisce subito che non intende esporsi pubblicamente. Non solo in volto e col suo vero nome, ma anche per quanto riguarda i luoghi e le persone di cui parlerà nel raccontare se stessa.

Ea: «Per questo finora ho rifiutato interviste televisive o pubbliche» aggiunge per puntualizzare.

Evito di dirle che prima di lei sono entrato in contatto con un transessuale maschio il quale brigava per andare al *Grande fratello* e alla fine mi ha mollato. Con mio grande sollievo, ten-

go a precisare, dal momento che raderei al suolo la Casa del Grande fratello.

Io: «Perché hai detto sì adesso?».

Ea: «Credo sia il momento di farlo, di dare qualcosa a chi è nella condizione in cui sono stata io. Anche perché temo che negli anni a venire non sarà semplice come lo è stato per me».

Semplice? Cambiare il proprio sesso (o forse è politicamente corretto dire genere) è una cosa semplice?

Prima bella, poi conturbante. Ora anche tosta. Parla chiaro e non abbassa mai lo sguardo, qualunque cosa dica. Si capisce che ha scalato una montagna, ma non se ne vanta e sarebbe disposta a rimettersi lo zaino in spalla e riprendere la salita. Me ne sono reso conto dopo esserci incontrati e presentati al Binario 1, mentre camminavamo alla ricerca di un bar dove sederci, scambiandoci i convenevoli di rito e le classiche frasi di riscaldamento indispensabili a rompere il ghiaccio e capire che interlocutore hai di fronte: dove abiti, che hai studiato, cosa fai nella vita, eccetera. Ea vive fuori città con la famiglia, ha fatto il classico (mi sono diplomata con 84, ma avrei potuto prendere 100 e lode), sta cercando lavoro, eccetera. Io vivo in città con la famiglia, ho fatto il classico (mi hanno bocciato alla maturità, ma avrei potuto prendere 60/60), faccio fatica nel lavoro, eccetera. Ma anche le chiacchiere di circostanza possono essere rivelatrici e mi è venuto naturale chiederle se in questa sua ricerca di impiego, quando ha dovuto presentare un curriculum oppure candidarsi a un colloquio, abbia fatto menzione della sua storia o preferito tacere. È stato in quel momento che ho iniziato a capire chi mi trovavo di fronte: improvvisamente si è fermata, i lineamenti del volto si sono induriti, la voce si è arrochita ed è sbottata lanciando una serie di recriminazioni contro quelle aziende ben attente a non assumere persone che, secondo i loro dirigenti, potrebbero rovinare o anche solo incrinare l'immagine pubblica della propria Società. Figuriamoci se quella persona è trans.

Ea: «Che cosa dovrei fare? Sventolare la bandiera dei diritti e rinunciare al lavoro? Quindi al colloquio sto zitta e sul curriculum non faccio cenno di nulla».

Io non ho commentato, nel timore di compromettere sul nascere l'equilibrio non semplice del nostro incontro. Mi è parso evidente che dentro di lei cova la rabbia di chi ha alle spalle un'esperienza complicata e si sente ostacolata, discriminata, se non disprezzata. I suoi occhi luccicanti emanano tutta la fiera-zza dei 19 anni, l'età ideale per combattere le ingiustizie del mondo, specialmente quando esse coincidono con i torti che il mondo fa a te. È un aspetto affascinante, ma assai poco utile per chi, come me, deve raccogliere in un paio d'ore le confi-denze di una persona che ha cambiato sesso. Farla infervorare non mi aiuta. Quindi, ora che finalmente siamo seduti al bar, il mio primo obiettivo è disinnescare la miccia che involontaria-mente ho acceso con la domanda sul lavoro e ripiegare su un argomento più innocente.

Io: «Ti sei presentata a me con un nome, ma il tuo account whatsapp ne dà un altro. Hai un nome pubblico e uno privato? O che altro?».

Ea: «Credo che per una persona il nome sia l'espressione principale della propria identità e la mia è un'identità che porta con sé tanto: un solo nome non bastava».

Non amo particolarmente il mio nome, ma non l'ho mai messo in dubbio, né tantomeno desiderato di cambiarlo. A stento ricordo gli altri due con cui sono segnato all'anagrafe. Tuttavia intuisco il motivo per cui il fatto dell'identità, per chi è come lei, diventi una questione centrale, a partire dai nuovi nomi che si è data.

Io: «Qual era il tuo nome che finiva per O?».

Ea: «Non ti dirò il mio nome da bambino. Anche se finiva per A, non per O».

Su due piedi mi vengono in mente parecchi nomi maschili in A: Luca, Andrea, Mattia; nessuno femminile che termini in O.

Ea: «Preferisco non dirlo a nessuno. Non c'è alcun motivo particolare per tacerlo, né psicologico, né scaramantico. È solo che...».

È solo che rappresenta un retaggio di una vita che non c'è più, un concetto già espresso chiaramente in questi pochi mi-nuti di conoscenza. La chiamerò con le iniziali dei suoi due no-

mi nuovi, E-A, anche perché Ea era una ninfa che, per sfuggire ai corteggiamenti troppo pressanti del fiume Fasi, chiese l'aiuto degli dèi dell'Olimpo, i quali ascoltarono le sue preghiere e la tramutarono in un'isola per tenerla al riparo dalle insidie del suo pretendente. Una metamorfosi, in qualche modo come quella che ha attraversato Ea nella sua adolescenza. La ragazza che siede davanti a me non porta alcun segno di un'isola circondata dal mare e lontana dalla terraferma, appare anzi determinata e molto ben piantata sul terreno dove cammina. La guardo mentre il cameriere, un asiatico di una ventina d'anni dai modi gentili, ci plana intorno come un'ape sul miele per prendere la nostra ordinazione: gli occhi sono solo per lei, che possiede la grazia e le movenze di una ninfa dei boschi e le sa mostrare appieno.

Faccio finta di nulla, mi concentro su di lei. Ci siamo presentati, conosciuti, detti qualche parola. Ci siamo annusati come due cani che si incontrano per strada e non ci si è drizzato il pelo. È ora che mi parli di sé e della sua storia. È per questo che facciamo colazione insieme in questo assurdo bar, considero un po' perplesso. Anche lei non sembra del tutto convinta. Non manifesta insofferenza o diffidenza, piuttosto circospezione. Tuttavia, appena vede che spingo il tasto della registrazione, come una scolara che esegue il compito assegnato dall'insegnante, inizia a parlare.

Ea: «Mia madre mi ha raccontato che un giorno (avevo tre anni) piangevo disperatamente, lei mi ha chiesto il perché e io ho risposto semplicemente: perché non sono una bambina. È chiaro che a tre anni non può esserci condizionamento o coscienza sessuale. Però qualcosa di strano c'era. I miei genitori l'hanno capito e hanno cominciato a...» esita, indecisa su quale parola scegliere.

Io: «Farsi delle domande».

Le stesse che mi faccio anch'io. Un brivido mi attraversa, al pensiero di come avrei reagito con mia moglie e i miei figli. Per fortuna non c'è tempo per trovare dentro di me una difficile risposta, perché la sua storia prosegue.

Ea: «Notavano i miei comportamenti e inizialmente, per

un'ovvia questione di stereotipo, hanno immaginato una personalità omosessuale: è comune pensare che se un maschio predilige l'universo femminile sia omosessuale, così come la ragazza androgina si trasforma subito in una lesbica».

Mio malgrado, non posso fare a meno di ammettere che anche io l'ho sempre vista così.

Ea: «In realtà sono due cose che non c'entrano nulla. Ma sarebbe lungo da spiegare. Comunque i miei hanno pensato che ero gay, ma senza farne un dramma. Sono persone aperte, non hanno mai avuto problemi di quel tipo. Però si sono resi conto quasi subito che non era così, perché alle elementari io non provavo attrazione per i maschi. Anzi mi fidanzavo con le compagne e soprattutto non mostravo atteggiamenti omosessuali, piuttosto di una personalità al femminile. Ero molto ambigua: volevo fare arti marziali (che sono considerate un'attività da maschio) però mi facevo regalare le Barbie, magari insieme ai dinosauri. A scuola venivo presa in giro costantemente per questo fatto. Così ho iniziato a provare un certo disagio».

Si ferma, come se quel disagio ancora si aggirasse dentro di lei. Ma è un attimo e riprende.

Ea: «A casa si evitava di parlarne esplicitamente, non perché fosse considerato un argomento tabù: semplicemente i miei genitori non volevano farmi pressioni, anche perché capivano che una problematica esisteva, ma non volevano condizionarmi in alcun modo».

Un padre e una madre davvero notevoli. Mi chiedo di nuovo come avrei agito, al posto loro.

Ea: «Poi hanno deciso di raccontare questa mia tendenza alla femminilità con la pediatra, la quale ha escluso qualsiasi eventualità, anzi a dire il vero non l'ha presa neanche in considerazione: troppo presto a quell'età, secondo lei. Oggi non gliene faccio una colpa, mi rendo conto che la sanità non è preparata a casi come il mio, però una pediatra che sta a contatto con i bambini dovrebbe saper gestire determinate problematiche».

Io: «E allora che hai fatto?».

Ea: «Sono andata avanti da sola assecondando la mia tendenza femminile. Alle medie ho avuto pure un fidanzatino. Lo

tenevo a bada dicendo che avevo le mestruazioni, ci toccavamo un po' e basta. Verso i 12-13 anni ho iniziato a fare delle ricerche in Rete e a informarmi».

Ea è nata nel 2000, è una Millennial a pieno titolo, cresciuta al tempo della rivoluzione di Internet.

Ea: «È stato allora che ho preso consapevolezza. Così ho scritto una lettera a mia madre in cui le dicevo: credo di essere trans o perlomeno essere trans è la cosa più vicina a ciò che sento di essere. La situazione in cui mi ritrovo mi fa stare molto male, al punto che vorrei morire. Io mi sento femmina da sempre, ignoro la causa, ma vorrei solo essere normale. Questo le ho scritto».

Io: «Morire? Per modo di dire o intendevi davvero farla finita?» domando circospetto.

Ea assente col capo, io sono senza parole. Ha parlato con il distacco di chi sta raccontando un episodio come un altro della sua vita da adolescente, una bocciatura a scuola, una buca sentimentale che l'ha ferita, un litigio tra amici. Mi chiedo se questo atteggiamento celi una difesa oppure una presa di coscienza. In ogni caso il mio turbamento è visibile. Se ne accorge anche lei e prova a spiegarmi.

Ea: «Razionalmente ero consapevole che non avrei potuto continuare a vivere con quella sofferenza addosso».

Io: «Al punto di rinunciare alla vita?» È una domanda che non vorrei porre a nessuno, ma viene fuori da sé, non riesco a trattenerla dentro.

Ea: «Non sentivo mia quella vita. L'avrei fatto senza rimorso, piuttosto che vivere in un corpo che non mi apparteneva. Poi sai com'è, a quell'età tra il dire e il fare... Però la mia determinazione era reale e mia madre l'ha capito».

Il cameriere si accosta e ci domanda se va tutto bene. Lo fa per gentilezza congenita, ma soprattutto per ronzarci un po' intorno. Credo che Ea gli piaccia, il che è la dimostrazione che lei ha fatto la cosa giusta. Mi metto nei panni di un maschio e la osservo: vedo una donna capace di attrarre un suo coetaneo e onestamente, se non lo sapessi, per nessun motivo potrei supporre della sua origine maschile. In qualche modo l'idea di dir-

glielo e dare così un calcio ai suoi ricordi oscuri mi tenta. Per gentilezza, per umanità. Tuttavia farle un complimento sulla sua femminilità mi imbarazza. Non ho i vent'anni del cameriere, rischio di essere scambiato per un garbato gentiluomo d'altri tempi, o peggio, per un patetico seduttore. Alla fine però mi faccio coraggio e oso.

Io: «Mettiamo un punto e andiamo accapo. Voglio domandarti una cosa che non c'entra niente: ti senti più femminile rispetto alle ragazze della tua età?».

Mi guarda un po' stralunata. In effetti non c'entra niente: dalla desolazione del suicidio alla magnificenza della bellezza il passo è notevole.

Io: «Mi spiego meglio: si vede da come ti muovi e ti atteggi che possiedi una femminilità evidente» dico cercando di non arrossire.

Ea: «Io *sono* femmina» risponde enfatizzando il verbo essere, mentre prorompe in una risata cristallina. È visibilmente compiaciuta dell'apprezzamento che le ho rivolto. Per la prima volta da quando ci siamo seduti l'atmosfera si allenta e non avverto circospezione da parte sua. «La femminilità è sempre stata dentro di me, fin da piccola, te l'ho detto: non mi devo sforzare» aggiunge con innocenza.

Mi guardo in giro con un certo imbarazzo. La fauna umana che ci sta intorno non sembra particolarmente interessata a noi, tuttavia l'idea di essere scambiato per un professore che fa le avances alla sua allieva mi fa orrore. Però mi fa riflettere anche sul fatto che Ea appare ed è a tutti gli effetti una ragazza attraente: orecchini a forma di perla, occhi finemente truccati, unghie laccate rosso acceso. Quante volte io/noi/voi, con una punta di derisione e un senso di superiorità, li ho/abbiamo/avete etichettati travestiti, così come a suo tempo chiamavamo gli omosessuali culattoni a Milano e froci a Roma? E ogni luogo comune non ha le sue icone sacre? Non esige forse, come ha detto Ea, che il gay si atteggi e risulti effeminato? Non si aspetta, aggiungo io, che il travestito intoni una voce cavernosa e mostri le labbra rifatte? Eppure in vita mia ho conosciuto omosessuali uomini e donne che erano più composti e irrepren-

sibili di un maggiordomo; ed Ea stessa è la prova vivente che la mutazione di sesso non presenta alcunché di innaturale o di ostentato; anzi nel suo caso il risultato è armonico ed equilibrato. Per questo provo vergogna dei miei retaggi del passato e non voglio fingere di ignorare i miei antichi pregiudizi. All'improvviso capovolgo i nostri ruoli e le confesso questi miei peccati, in maniera concitata e impacciata, tralasciando solo la storia del professore e dell'allieva (per paranoia mia). Se lei accetta di mettersi a nudo con uno sconosciuto, è giusto che io faccia lo stesso: per meritarmi la sua fiducia, ma anche per una forma di rispetto nei suoi confronti.

La mossa, inaspettata sia per lei che per me, cambia radicalmente la situazione: ora non siamo più la transgender e il suo biografo al lavoro, ma Ea e io che senza imbarazzi e reticenze ci raccontiamo prevenzioni (le mie) e confessioni (le sue). Non solo. Parliamo di musica, interessi, tempo libero e scopriamo, inaspettatamente, una passione che ci lega entrambi: il gioco di ruolo. Per chi non è pratico, spiego che i giocatori di ruolo sono come due compatrioti che si incontrano agli antipodi, oppure dei tifosi della stessa squadra in trasferta che si riconoscono dalla sciarpa o dal berretto: in poche parole provano un forte senso di appartenenza al proprio gruppo e tendono a considerarne i membri come fratelli di sangue. La conseguenza è che il barometro del nostro incontro si stabilizza e ora punta decisamente verso il sereno. In più si aggiunga il fatto che sia io che lei, nelle nostre avventure da giocatori, siamo stati entrambi Maghi e quindi ci capiamo al volo.

«Ho giocato a...» attacca Ea, elencando una serie di titoli più o meno famosi ai quali io controbatto con i miei, che sono vecchi di qualche decennio, ma immarcescibili (anche se lei mi prende in giro definendoli “roba da nerd”). È un po' come un fan di *Guerre stellari* che ne incontra uno del *Trono di Spade*: fantascienza e fantasy, pellicola e digitale, Luke Skywalker e Jon Snow, ma i punti di contatto superano ogni distinzione. Io mi ritrovo in Ea, Ea in me.

Io: «Quanto ti ha aiutato il gioco di ruolo nel tuo percorso?».

Ea: «Avevo la possibilità di crearmi il personaggio come lo desideravo e vivere nel mondo che volevo. Era un buon modo per sopperire alla mancanza che provavo nella vita reale. Mi ha aiutato anche a trovare un ambiente sociale nel quale destreggiarmi senza dovermi preoccupare del giudizio degli altri perché, chiaramente, dietro a un personaggio on line non sai mai chi c'è. Nelle mie prime avventure mi costruivo un personaggio femminile, anche se non sapevo esattamente perché lo facessi. Quindi sì, mi ha aiutato, però più il mio percorso reale andava avanti e acquisivo la mia identità femminile in carne e ossa, meno sentivo la voglia di giocare di ruolo, soprattutto a livello videoludico. Infatti ho cominciato a giocare da tavolo e dal vivo, perché in quel modo mi trovavo molto più a mio agio nell'interpretare un personaggio femminile».

Visto il clima rilassato e l'ambito di maschere, travestimenti e mutazioni in cui ci siamo avventurati, tiro fuori un argomento che mi ero proposto di porle, ma su cui nutro e nutro tuttora parecchi dubbi.

Io: «Ora ti chiedo una scemenza. Cioè ti faccio una domanda che sembra una scemenza, ma in realtà è molto più seria e profonda di quel che appare. Che ne pensi degli *X-Men*?». Gli *X-Men* sono i famosi eroi mutanti dei fumetti Marvel e della interminabile saga cinematografica, esseri con caratteristiche e poteri anomali che suscitano paura e repulsione negli umani. So che potrei irritarla, se non farla imbestialire totalmente. Invece Ea: «Li seguo moltissimo». Un punto a mio favore. Insisto.

Io: «Loro sono considerati dei mostri. Nel significato latino però: tu che hai fatto il liceo classico dovresti conoscerlo.» Ea annuisce: *monstrum* (che forse non a caso è parola di genere neutro, né maschile né femminile) significa letteralmente portento, prodigio. Non identifica alcunché di brutto o terrificante, dunque, solo qualcosa fuori dalla norma. E siccome la sua non è certo una condizione di normalità mi sento autorizzato a porle la domanda faticosa.

Io: «Tu ti senti un mostro?».

Ea: «In realtà prima sì, adesso no. All'inizio ero molto con-

tenta, presa dall'euforia, mi piaceva il fatto di essere differente, di interessare per la mia diversità. Poi con la crescita, come capita a tutti gli adolescenti, mi sono conformata. Oggi non sento più la necessità di esagerare. Mi dicono che sembro più grande e la cosa mi scoccia parecchio, però credo di avere vissuto molte più esperienze rispetto a una persona della mia età. Quindi per certi versi mi sento anche satura, un po' vecchia». Sorrido. Magari fossi vecchio come lei.

Io: «Tornando agli *X-Men*: qual è il tuo personaggio preferito?» domando da appassionato.

Ea: «Indovina» mi sfida da appassionata.

Penso a Wolverine o Magneto, ma non voglio fare brutte figure.

Ea mi anticipa: «È facile: chi vuoi che sia? Mystica, per forza».

Annuisco, deluso per non aver saputo intuire la risposta esatta. Che in effetti era ovvia. Sì, perché Mystica (interpretata nei film dalla bellissima Jennifer Lawrence) è un essere misterioso e ambiguo, di sesso incerto, che ha il potere di trasformare il proprio corpo a piacimento assumendo l'aspetto di un altro essere umano (sempre con forme affascinanti). Il sogno di Ea, fin da quando era un maschietto che non accettava il proprio genere.

Ea: «Mystica, perché ha il potere di far compiere in un istante quello che per noi è stato così complicato o doloroso». È la prima volta che usa il plurale "noi" per indicare la propria condizione.

Io: «Quindi in qualche modo ti senti di appartenere a una categoria». La mia è una via di mezzo tra un'affermazione e una domanda. La fa scattare.

Ea: «No, no, fare categorie è profondamente sbagliato. Ogni persona è diversa e ha il diritto di autodeterminarsi: finché questa scelta non intacca la libertà altrui, tutti dovrebbero rispettarla. Del resto io stessa, dato che ormai non mi trovo più in una condizione di fluidità di genere, non sono in grado di capire le esigenze di ognuno. Posso solo raccontare la mia esperienza. Prima di fare l'operazione stavo molto male con i miei genitali, provavo realmente ribrezzo. Non tutti sentono la ne-

cessità dell'intervento, ma io la avvertivo come un'esigenza naturale. D'altro canto ci sono moltissime persone che hanno conservato il pene, che lo usino o meno».

Non indago oltre, per una questione più di delicatezza che di pudore. Ci aggiriamo nel territorio dell'intimità più profonda, che non si può esporre come merce in vendita al primo venuto. Rimango sul generico.

Io: «L'intervento l'hai fatto in Italia?».

Ea: «Sì, l'operazione è stata completamente a carico del Servizio Sanitario Nazionale».

Io: «È stato più doloroso per il corpo o per la mente?»

Ea: «Fisicamente ho sofferto tantissimo; psicologicamente mi sono dovuta abituare ai nuovi genitali che all'inizio non sembravano neanche tali. Ovunque c'erano cicatrici, sangue, pus. Non era un bello spettacolo. È stata dura, ma dopo un anno la guarigione è stata completa. Ora posso dire di essere soddisfatta della mia scelta».

Io: «Ormai sei femmina, pure sulla carta d'identità».

Ea: «Sì, ma ignoro come possa sentirsi chi si trova in uno stadio intermedio. Per questo è riduttivo e sbagliato categorizzare. Tra l'altro le sfumature di genere che esistono adesso sono aumentate rispetto a quando ho iniziato il mio percorso: è il motivo per cui è giusto parlare di individui singoli, non di gruppi di genere».

Mi rendo conto di quanto sia complessa la questione; e di quanto io ne ignorassi praticamente ogni aspetto affidandomi ai soliti luoghi comuni; e infine di quanto poco basterebbe per farsi delle idee più precise, utili a formarsi un'opinione, a esprimere un sentimento: il tempo di una colazione al bar.

Io: «In Italia qual è la situazione?».

Ea: «In tutta Italia ci sono diversi Centri e si stanno facendo passi avanti: è dal 2013 che sento parlare molto di più di auto-determinazione di genere e di identità fluide».

Il che, tradotto beceramente, significa più o meno che ogni individuo può decidere del proprio genere sessuale in base al suo sentire e non all'aspetto e che non è tenuto a essere ingabbiato nelle categorie di genere usuali.

Io: «E la Chiesa come si comporta? Ha mostrato qualche timida apertura, come nel caso dell'omosessualità?».

Ea mi guarda male (ci manca solo che mostri il pollice verso) e inizia una tirata contro tutte le nefandezze che, a suo dire, la Chiesa compie nel mondo. Faccio fatica a interromperla mentre, novella Savonarola, passa a tuonare dai misfatti della pedofilia a quelli del potere temporale.

Io: «Ferma, frena, altrimenti non ne usciamo vivi. E io non saprò mai che scrivere».

Ea: «Mi serve il punto» si giustifica facendomi il verso. «Se tu non me lo dai...» aggiunge ironicamente.

In sottofondo i Beach Boys intonano *Good vibrations*, e sono le stesse buone armonie che si vanno diffondendo tra me e lei. Le rivolgo uno sguardo d'intesa.

Io: «D'accordo. Andiamo a capo: ripartiamo dalla lettera. Da quando eri adolescente».

Ea: «Dopo la lettera mia madre si è informata riguardo a strutture mediche che trattassero questa problematica su minorenni e si è rivolta al SAIFIP che mi ha preso in carico e fatto seguire da una psicologa».

Il SAIFIP è un Servizio di consulenza ospedaliero per l'Adeguamento tra Identità Fisica e Identità Psichica, mi spiega lei.

Io: «Il supporto è stato solo psicologico?».

Ea: «La psicologa l'ha messo in chiaro subito. Alla tua età non puoi fare nulla, sei troppo piccola. Dovevo aspettare di avere almeno 16 anni. In realtà esiste la somministrazione di bloccanti ipotalamici che ha come scopo quello di sospendere temporaneamente la pubertà. Questo significa che se un bambino di 11-12 anni manifesta un disagio in relazione a disforia di genere, gli vengono somministrati questi farmaci per rallentare e rimandare di un paio d'anni lo sviluppo. Così in seguito potrà iniziare il percorso di transizione senza avere troppi problemi dal punto di vista fisico. Chiaramente se cominci a un'età più avanzata gli effetti sono più deboli e, tra virgolette, si vede maggiormente. Ora ti chiedo: questo è un problema? No che non è un problema. Io devo poter vivere in una società nella

quale, se si vede che sono stato fisicamente maschio ma che adesso sono femmina, non mi devi rompere il c.....».

Non posso fare a meno di notare quanto la battuta sia efficace, nel suo essere greve e metaforica al tempo stesso, con quel tu che non è rivolto a me, ma riguarda l'umanità intera, senza possibilità di lavarsene le mani. Ma Ea neanche si accorge dell'involontaria finezza linguistica, perché è in uno dei suoi momenti di esaltazione e quando è così fomentata, ormai l'ho imparato, è una specie di carro armato irrefrenabile.

Ea: «Chiaramente le cose non vanno così, perciò se si può fare in modo che questo percorso sia il meno traumatico possibile, che ci siano meno aspetti, meno effetti visibili dal punto di vista fisico, tanto meglio. E questo è quello che è successo con me» conclude raddolcendosi.

Io: «Tu hai avuto problemi col mondo esterno?».

Ea: «Quando ero più ambigua, nel senso che la mia espressione di genere non era del tutto femminile perché gli ormoni ancora non avevano fatto molto effetto. Avevo anche i capelli più corti e fisicamente ero più tozza: a volte è capitato che qualcuno avesse il dubbio. Be', me lo ha chiesto e per me non è stato un problema».

Io: «A scuola come è andata?».

Ea: «Il primo giorno di scuola al liceo ero un po' ambigua fisicamente, ancora non avevo fatto nulla, ho iniziato la terapia ormonale in secondo liceo. Ero sì femmina, ma molto più maschile, non come adesso. Non avevo seno, non avevo capelli lunghi».

E mentre lo dice giocherella con le punte in un gesto inequivocabilmente femminile.

Ea: «A scuola ho ricevuto supporto dall'istituzione, meno dalla classe. Non erano ostili, questo però non vuol dire che mi accettassero e che mi comprendessero. Avevo amiche e amici allo stesso modo, sono sempre stata un po' l'anima della festa. In realtà a livello interiore sono molto timida, però mi sono costretta ad aprirmi per superare le mie insicurezze. Ora non ho difficoltà dal punto di vista sociale: sono femmina e le persone mi riconoscono come tale. Non ho mai avuto dubbi o tenten-

namenti, quindi direi che vivo una vita normale». Salvo il fatto dei colloqui di lavoro, rifletto amaramente tra me.

Io: «E la tua storia la racconti senza problemi come stai facendo ora?».

Ea: «Tendenzialmente no, perché è un fatto che riguarda me stessa a livello molto profondo. Non mi interessa comprendere lo shock che posso suscitare, spiegare alle persone quello che sono, non è il mio compito: sono le persone che dovrebbero capire ed essere aperte mentalmente. Dipende da loro non da me. Io posso semplicemente essere me stessa e sperare che gli altri siano comprensivi. Quando mi rendo conto di essere a contatto con gente che non capisce semplicemente non ne parlo. Però alle persone con cui lego di più dopo un po' glielo dico e il novanta per cento delle volte tra di noi non cambia nulla».

Io: «Da donna ti sei mai legata seriamente a un uomo? Anzi, prima devo chiederti se sei eterosessuale».

Ea: «Non mi piace essere etichettata» protesta.

Io: «Ma rispondere a questa domanda non significa sentirsi etichettati. Essere omo o etero è una consapevolezza, non una scelta».

Ea: «Sono eterosessuale, cioè principalmente attratta da uomini, però mi è capitato qualche volta di essere attratta da donne con cui ho avuto qualche esperienza sessuale, ma meno rispetto agli uomini. Io voglio essere in grado di prescindere dall'aspetto fisico delle persone, sarei ipocrita a non farlo: sono la prima che ha avuto necessità di trovare empatia negli altri ed essere accettata al di là di come apparivo fisicamente. È un ragionamento che dovrebbe fare chiunque, anche chi si professa eterosessuale al cento per cento non dovrebbe chiudersi completamente la strada. Per questo non ho problemi a dire che potrei essere attratta da uomini e donne allo stesso modo».

Io: «D'accordo: questo dal punto di vista sessuale. E da quello sentimentale? Sei tipo da avventure o ti piacciono i rapporti di coppia?».

Ea: «Tendenzialmente sono sedentaria dal punto di vista sentimentale. Da piccola sognavo di trovare la persona della mia vita e bla bla bla. Ora mi rendo conto che sono tutte caz-

zate». Questa volta non percepisco sarcasmo o rabbia, bensì una profonda amarezza. Mi racconta l'unico rapporto importante che ha avuto dopo la transizione, due anni trascorsi in una relazione con un ragazzo di 22 anni. È una storia brutta che non vorrei ascoltare e tantomeno raccontare, perché scombussola l'idea positiva che finora mi sono fatto di lei e del suo percorso pieno di luci, pur tra mille difficoltà e sofferenze. Questa però è un'ombra che rabbuia e probabilmente rimarrà indelebile nel suo ricordo. Mi verrebbe da chiederle se non è paradossale che lei abbia lottato tanto per diventare donna per poi patire quello che le donne subiscono spesso dai loro uomini: soprusi, abbandoni, tradimenti. In una parola: sopraffazione.

Io: «Non è stato un prezzo troppo alto da pagare?».

Ea: «Io sono cresciuta attraverso tante sofferenze, che spesso ho vissuto in solitudine. Grazie al fatto che mi sono dovuta costruire da sola ho ben chiaro in testa chi sono, qual è l'obiettivo e lo scopo che ho davanti. Conosco la direzione. Prima di tutto viene la propria individualità intesa come l'essere se stessi all'interno del proprio nucleo di famiglia, di amicizie, di affetti. Questo è fondamentale per me».

Ricordo a me stesso che Ea è una persona di 19 anni a cui ne sono successe di tutti i colori. Se al termine di questa conversazione dovessi definirla accostandole un aggettivo sceglierei determinata; una metafora: solida come una roccia. *Proud Mary* dei Credence, che risuona in sottofondo, è la colonna sonora adatta ai titoli di coda del nostro incontro. L'ultima frase che ha pronunciato rappresenta la sua sintesi ideale ed è perfetta per una buona chiusa. La battuta necessaria sul sipario che cala. Spengo il registratore sottintendendo che il nostro incontro è terminato. Sono soddisfatto, mi sembra si sia creata una piacevole intimità. Spero che valga lo stesso per lei. Io: «Pensi che il percorso che ti ha portato all'operazione e a diventare donna a tutti gli effetti... magari non a tutti, ma diciamo quasi tutti...».

Mi accorgo dell'errore che sto commettendo e inizio a balbettare già a metà della frase. Volevo chiudere in bellezza e ri-

schio di chiudere e basta. Come era prevedibile la sua reazione è immediata, il tono quello della rappresaglia. Altro che piacevole intimità.

Ea aggressiva: «Perché quasi tutti, scusa?».

Io in difesa: «Ad esempio, tu non hai il ciclo...».

Errore: tenere il punto non può che peggiorare le cose.

Ea indignata: «Ma che c'entra? Essere donna vuol dire avere le mestruazioni?».

Meglio battere in onorevole ritirata.

Io contrito: «Mi dispiace, non t'arrabbiare, non volevo essere...».

Ea lapidaria: «Essere donna è essere donna: io non sarò mai femmina biologicamente».

Io dispiaciuto: «Scusa, ho sbagliato io, non importa.»

Ea passionaria: «No, questo è fondamentale invece.»

Lascio a lei l'ultima parola. Anzi, a dire il vero se la prende. Com'è giusto che sia.

Fabrizio Casa

Corrispondenza: fabr.casa@gmail.com

Loro

Sapevo che mi sarei trovata davanti una signora sulla sessantina, e sapevo che questa signora era stata un uomo fino a un paio di anni prima. Sapevo che aveva avuto una moglie e che questa moglie, malgrado la legge italiana non la riconoscesse più come tale, c'era ancora. Le due vivevano insieme. Avevo accolto queste informazioni con disinvoltura frettolosa, a ridosso del mio primo incontro con Zoe me le ero perfino appuntate, come fossero dimenticabili.

Scendendo dal taxi che mi aveva condotto a casa sua – quasi a casa sua – la chiamai, perché in realtà mi ero persa. Era una domenica, forse un sabato, in ogni caso era un pomeriggio di primavera minacciato da un temporale. Le stradine ai margini di Città Giardino erano deserte, incontrai solo un passante che non era della zona – così mi disse – e poi un altro che non mi diede retta, era intento a ritrovare la sua macchina parcheggiata. Mi attraversò il pensiero, nel mio caso piuttosto ricorrente, che dei maschi il mondo potesse benissimo fare a meno e, primo fra i banditi dal creato, c'era il tassista che mi aveva scaricata nel posto sbagliato. Come se non bastasse, la tranquillità idilliaca di quel vecchio quartiere romano aveva assunto un tratto all'improvviso dispettoso. Malgrado fossi a piedi, mi disorientava imbattermi in segnali che indicavano regolarmente strade senza uscita o sensi vietati. Zoe si stava rivelando difficile da raggiungere, era vicinissima eppure c'era sempre qualcosa che mi allontanava dal traguardo: interdizioni, salite, buche. Seguivo la sua voce che tentava di capire dove fossi finita, ma era incerta e chiedeva consigli a un'altra voce che invece sembrava sicura: dalle retrovie, Marta, la moglie, non più un'infor-

mazione ma già un carattere, guidava entrambe. Spesso sono piccoli contrattempi come questo di *perdersi* una domenica pomeriggio a Città Giardino che segnano l'ingresso vero nella vita di qualcun altro.

Avevo portato dei fiori, ma sulla soglia di quell'appartamento non sapevo più a chi consegnarli. Chi era la padrona di casa tra le due? Vedevo infatti due signore, non una. Un conto è sapere che esistono, altro ritrovarsele davanti. Dell'uomo che Zoe era stata per anni, lì dentro, non c'era traccia. Zoe era molto femminile, elegante, in lei non percepivi nulla di posticcio. Zoe era a proprio agio nel suo corpo e si muoveva con la confidenza disarmata delle figure longilinee che sembrano sempre un po' in attesa di prendere ordini dal basso, al tempo stesso, in lei c'era qualcosa di elastico e saltellante, una specie gioia insopprimibile: era stata uomo? Era lei, punto. Non riesco a immaginarla diversa.

Nel frattempo i fiori se li era presi lei, mentre Marta li aveva sistemati in un vaso, e aveva trovato anche il posto al vaso, tra loro c'era stato un attimo di incertezza, Marta aveva esitato prima di sfilarle di mano quell'omaggio: *come ci si comporta in questi casi?* sembrava si chiedesse. Le due stavano imparando a vivere di nuovo insieme, dovevano riprendere le misure. In seguito, ripensando a quella scena, mi tornarono in mente storie di gente che perde la memoria e si ripresenta a casa come niente fosse, storie di estranei in famiglia, di irriconoscibili reduci di guerra, e capii d'essere sprofondata in quella che credevo fosse la testa di Marta, la testa di una *vedova* cui non è stato restituito il corpo del marito, però ne ha un altro a disposizione cui si deve abituare.

Quel pomeriggio Marta ci lasciò presto sole, aveva mal di schiena ma si capiva che intendeva dare a Zoe tutto lo spazio che meritava, o almeno non voleva rischiare di sottrarglielo. Si ritirò nella stanza da letto come una madre che lascia i bambini a giocare, e così ci comportammo io e Zoe all'inizio: due ragazzine costrette dai genitori a fare amicizia. Non sapevo più da

che parte cominciare, tirai fuori il blocco dove mi ero appuntata qualche domanda.

Composta, timida, sì, ma con un sorriso diretto che si apriva all'improvviso quasi spavaldo, la mia nuova amichetta, forse simpatica o forse no, esordì dicendo che per tutta la sua vita di uomo aveva portato la barba. Apparve all'istante il fantasma, non me lo aspettavo, quasi mi mise in imbarazzo, non ero certa di volerlo evocare, ma ormai era lì e se Zoe l'aveva scomodato non era certo per scrupolo autobiografico né per nostalgia. Non era di lui che voleva parlarmi, ma proprio della barba, che segnava uno spartiacque.

Quella barba, comune a tanti della sua generazione e del suo ambiente sociale, le stava, pare, molto bene. A Marta piaceva, la barba, le piaceva al punto che Zoe le aveva addirittura fatto una promessa, di quelle solenni che segnano l'inizio di una storia tra innamorati: non se la sarebbe mai tagliata. Il 21 gennaio del 2017, trent'anni dopo quei primi incontri, Zoe aveva rotto il patto. E grazie a quel taglio iniziammo a parlare davvero. Per Marta era stato un trauma e sembrava che tutto si fosse scardinato a partire da quella promessa infranta. Mi adeguai subito a quel registro e non per compiacenza, ci credevo, la barba era proprio il punto. L'ultimo libro che avevo scritto mi aveva costretta al confronto con diverse esperienze traumatiche e sapevo che nel racconto che ne facevano i diretti interessati si manifestavano così: aggrappate con le unghie a un'immagine, a questi oggetti mentali senza più padroni. Zoe in quel primo momento non si soffermò sull'emozione che, immaginavo, il taglio della barba le aveva procurato: anche il suo era stato un addio, ma soprattutto l'inizio di un'altra vita. Zoe non fece cenno ad alcun senso di liberazione, omissione che mi suggerì quanto rispettasse il dolore provato da Marta. In quel clima di confessione immediata e autentica, lontana dalle versioni autoassolutorie che spesso inquinano le testimonianze, rivolsi a Zoe l'unica domanda che non avevo avuto il coraggio di segnare sul blocco: "Alla tua età chi te lo ha fatto fare di cambiare sesso?". Mi rispose come se lo aspettasse: "Con il tempo questa cosa non passa, si accumula e alla fine non ce la fai più".

Questa cosa, come scoprii poco dopo, non era mai stata un segreto tra Zoe e Marta. All'inizio della loro storia, Zoe le aveva rivelato tutto ciò che credeva di sapere di se stessa, compreso il desiderio di essere donna, e la coppia l'aveva ascritto alla categoria delle *fantasie*. Si trattava di *fantasie*, Zoe provava piacere nell'immaginarsi donna, ma lo era davvero? Lei stessa allora era confusa perché, paradossalmente, lo sviluppo sessuale prima e la maturità erotica poi avevano da tempo inquinato le acque, appannato quel desiderio di identità che Zoe aveva provato fin dall'infanzia. La piccola Zoe attratta dal kilt con la bella spilla luccicante della sua amica del cuore, desiderosa di indossare ciò che sentiva essere il suo abito naturale, era stata emarginata e rimpiazzata dall'uomo che provava piacere *fantasticando* di essere donna? Le faccende umane non sono mai così semplici e lineari. Che Zoe fosse confusa non significa che fosse appagata e serena, al contrario, accumulava disagio fino a non poterne più.

“La cosa importante che non va fraintesa – ci teneva a trasmettere Zoe – è che il desiderio di cui si parla è un desiderio, appunto, di identità”. Quello sessuale, nel momento in cui si prende la decisione di cambiare genere, viene perfino sacrificato: l'appagamento completo del piacere è infatti messo a dura prova, prima dalla terapia ormonale e in seguito dall'intervento chirurgico.

Riprendendo le fila del suo racconto, durante l'infanzia, Zoe giocava con le bambine e mai con i maschietti, mentre bisognava attendere la fase prepuberale perché iniziasse quel percorso di sviluppo che rischiava di confondere il problema dell'identità con le pulsioni. Il desiderio di identità è comunque sopravvissuto a tutte le fasi, alle incertezze, in una forma che Zoe non ha mai cessato di provare: desiderava, e probabilmente ancora desidera, essere riconosciuta come una donna dalle donne.

A undici anni Zoe frugava nel cassetto delle calze di sua madre: una figura distante – capii subito che non voleva parlarne, mentre per il padre provava una grande tenerezza. Aveva aspettato che entrambi i genitori morissero per cambiare sesso? Domanda, scomoda, che Zoe rivolse a se stessa, a me non sarebbe

mai venuta in mente: “È successo dopo la morte di mia madre, è successo allora, ma mia madre non c’entra. Invece, se avessi avuto figli, non so se lo avrei mai fatto”. Non avendo avuto figli, mi parve di riconoscere il sentimento un po’ astratto, assoluto perché sprovvisto di esperienza, che l’aveva spinta a fare quella dichiarazione. Se l’accumulo era insostenibile, e Zoe mi aveva convinta, forse nemmeno i figli l’avrebbero fermata. A margine di quel passaggio mi segnai un appunto: *chiedere a Marta, in separata sede, della madre di Zoe*. Volevo sentire anche la sua versione, non se ne poteva fare a meno. Senza Marta la storia di Zoe era monca. *Loro* – era il titolo giusto per questo racconto: *loro*, il pronome che, specie negli Stati Uniti, si usa per riferirsi con la maggiore correttezza possibile alla persona transessuale che non è solo una lei, né solo un lui, ma un *loro* storico e anatomico, perfino genetico. Essendo la transessualità presente in diversa misura nella maggior parte degli esseri umani, *loro* può perfino non connotare un’alterità: è un *noi*. In questo caso le quattro lettere corrette che non fanno torto a nessuno si restringevano a identificare una coppia. *Loro*, Marta e Zoe, si stavano trasformando, *loro* erano due, compreso l’uomo con la barba diventavano tre e, se vogliamo, *loro* era infondo un unico e resistente filo: il legame che univa da anni queste vite.

Applicare a Zoe quel *loro* però non era così pacifico, sospettavo che per tante ragioni non la convincesse, Zoe era una *lei* senza ombre. Aveva affrontato quel percorso così impegnativo perché era una *lei*, non un *loro*. In seguito, a questo proposito, mi diede una lezione. Le chiesi cosa pensasse quando, per sbaglio, le capitava di declinarsi ancora al maschile: “Io non ho pensieri a riguardo, ho dei sentimenti” mi rispose. Non avevo fatto i conti con i sentimenti, li davvo per scontati, quando non lo erano affatto. Il suo sentimento prevalente era, nel caso dell’inciampo grammaticale, la paura: la paura di essere sotto sotto *un’impostora* – usò quest’espressione. La paura che quel lapsus tradisse una qualche verità e la ricacciasse nell’incertezza. Mi raccontò che durante la notte ogni tanto si svegliava e assillava Marta: *chi sono?* si chiedeva e le chiedeva.

Chi è? Proviamo a rispondere. Oggi Zoe è una donna in attesa del *taglio definitivo* – l'espressione è sua. Il desiderio di identità si è per così dire *incarnato* nel corpo giusto. Però, sulla celebre dichiarazione: *mi sentivo una donna intrappolata nel corpo sbagliato*, nel caso di Zoe, bisogna soffermarsi più di quanto non lo si faccia di solito. Ai tempi in cui era uomo, Zoe non si era sentita *una donna nel corpo sbagliato*, ma un maschio triste, infelice che desiderava essere altro, forse non se lo confessava e comunque non stava a lui dirlo. Anche oggi che Zoe non è più un maschio, e malgrado le sue insicurezze non sembra affatto infelice, non osa definirsi donna: dal suo punto di vista è un'affermazione di una tale complessità che non si sente di farla alla leggera. Il problema sta, forse, nell'autoproclamazione, Zoe al contrario si fida dei riconoscimenti. Ricordo che le chiesi di ripartire da zero e di dirmi se si fosse mai sentita una donna, con certezza, perché al di là della cautela nel fare certe dichiarazioni, ero sicura che le fosse accaduto. Mi rispose raccontando un episodio: "Qualche anno fa sono entrata in uno spogliatoio maschile, ero in piscina. Ho visto altri uomini lì dentro e mi sono sentita morire, ero imbarazzata, così ho pensato molto chiaramente, come fosse una rivelazione: allora è vero, io sono una donna, non è solo una fantasia". Dunque è in tali circostanze che ti senti una donna, ossia, sai di esserlo con la certezza che solo un riflesso condizionato può rivelare, anche se l'apparenza, la trappola del corpo, ti smentisce. Poi c'è chi dice che l'identità è un fatto culturale e c'è chi dice il contrario, ci sono infinite scuole di pensiero: ma quella cosa lì, nello spogliatoio, accade alle donne. E se accade, vuol dire che non sei al posto giusto. Zoe non è in guerra con il suo passato: "È un atteggiamento di rifiuto e di rottura che capisco in una transessuale giovane, per me sarebbe impensabile" mi ha detto. Lei è stata un uomo per tanto tempo, un uomo con un bagaglio di vita e funzionalità, chiamiamole così, maschili. Zoe ha una solida formazione scientifica pertanto credo consideri il passato non solo come la storia che raccontiamo a noi stessi, ma per quel che è: una stratificazione di esperienze che ci hanno cambiati e nostro malgrado formati, che non è neutrale, il passato

è anche il passato del corpo che ha memoria. Zoe non nega il suo passato maschile, né lo condanna, il problema semmai è non averne uno adesso: il suo passato di donna. È un pensiero che procura addirittura una vertigine e che dà la misura di quanto la sua trasformazione sia esigente: cos'è una donna senza passato? Non è facile essere una ragazzina, una donna alle prime armi, nel corpo di una matura signora.

La invitai da subito a scrivere, a inventarsi quel passato che le mancava. Zoe mi rispose che non lo sapeva fare, che non aveva mai scritto niente, ma avendo dimestichezza con gli esperimenti non lo escluse.

Con la sua erre rotonda, e un accento inclassificabile – è vissuta a Milano da ragazza, poi a Roma, di origine è mezza toscana – già durante quel primo pomeriggio Zoe accennò alla *fortuna*: un concetto che torna spesso nei suoi discorsi, credo sia la sua maniera, ironica, di porsi dei limiti, non vuole esagerare e teme molto il ridicolo. Mi disse che aveva avuto la fortuna di essere una *donna credibile*, cosa che non sospettava affatto prima del cambiamento, e aveva anche la fortuna, stavolta sfacciata, di sembrare *una professoressa di latino e greco in pensione*. A quell'età, e con quell'aspetto, per gli uomini lei era una figura trasparente. Se, al contrario, fosse stata una trans giovane, non sapeva come avrebbe reagito alle avances di un uomo. Mentre ancora se lo chiedeva quasi per gioco e con un pizzico di civetteria, glielo chiesi io: “Allora, come reagiresti? Guarda che non sei trasparente, preparati”. Mi rispose con una battuta: “Finora un paio di ragazzi educati mi hanno lasciato il posto sull'autobus”.

Fin dalle nostre prime telefonate, avevo capito che Zoe teneva a farsi vedere in un contesto pubblico, non solo in casa, desiderava mostrarmi il suo ambiente. Anche questa della socialità era una cosa nuova. Da uomo pare fosse stata una persona piuttosto schiva, per non dire isolata. Anche sul lavoro Zoe era incapace di intrecciare relazioni. Il mondo le arrivava attraverso Marta che era, al contrario, parte di tutta una rete di rapporti. Figura storica di un noto centro antiviolenza, Marta era sempre stata socievole e sociale, impegnata, aperta, una su-

per compagna che ti permetteva di vivere nella sua ombra. Mi ero fatta l'idea che fosse stata sempre Marta a buttarsi nella mischia e che riportasse a casa i resoconti di quelle lotte. Ovviamente non era andata proprio così: la coppia aveva condiviso tante battaglie, e Zoe aveva partecipato, era da sempre una militante, ma il suo carattere introverso aveva bisogno di uno scudo quanto di un apripista. Ora che era donna, però, era cambiato tutto: si sentiva coraggiosa, un po' più forte, aveva voglia di muoversi e, insomma, a casa non ci voleva più stare. Non le pareva vero di poter far parte di quel gruppo di donne a pieno titolo, ma non se ne sentiva mai sufficientemente all'altezza. La fascinazione che esercitava su di lei il mondo femminile, un paesaggio di dee inarrivabili, era, sospettavo, un elemento di continuità con il passato. Le aveva sempre desiderate e desiderava essere come loro – mi disse. La sua vita era impostata nel segno di quell'ambiguità. In questo non era cambiata, se non fosse che ora poteva scalare, con pudore e una disarmante, bella ingenuità, i ranghi di quel regno.

Morale, mi invitò al Brancaleone dove, con Marta e le altre, vendevano torte per raccogliere fondi destinati al centro. Il suo istrionismo, tenuto sempre a bada dall'ironia, ogni tanto spuntava fuori in forma quasi infantile, lo percepivi nel suo calcare l'accento sulle torte e nel suo invitarti a casa per un tè. Come una bambina gioca a fare la signora, Zoe giocava con quelle prime scoperte, le metteva in scena. Benché fosse molto essenziale nel vestire, era curatissima ed ero sicura coltivasse una passione per gli smalti. In lei c'era sempre un dettaglio sofisticato: una collana, il colore tenue di una sciarpa. Era una bambina di gusto, era una cosa rara. Quando mi venne incontro nel cortile del Brancaleone notai che aveva uno strano modo di camminare: un passo lungo ma trattenuto, quasi fosse sempre sul punto di lanciarsi in una corsa. In quell'occasione parlai quasi solo con Marta che mi raccontò la storia del centro antiviolenza, le sue difficoltà, parlammo anche di scrittori bravi, che ci piacevano, del più e del meno. Nel frattempo Zoe se ne stava seduta su un panchetto, con le gambe accavallate, circondata da giovani mamme con bambini, davanti aveva quelle torte, tutti elementi

che le facevano da cornice, sembrava la figura misteriosa e laterale di un dipinto. Al mercatino del Brancaleone mi aveva accompagnata un amico, quando ne uscimmo, gli chiesi cosa ne pensasse di Zoe, lui conosceva la storia, mi rispose che non aveva capito chi fosse: qual era, Zoe, tra quelle donne? Era una tra le altre. Non avrebbe potuto farle un complimento migliore.

Una sera, quando ormai non lo aspettavo più, mi arrivò il passato, il passato inventato di Zoe. Due, ne aveva scritti due. Due versioni anticipate da una lettera che mi spiegava come il primo fosse credibile e il secondo una specie di pazzia melò il cui destinatario ideale sarebbe stato l'analista. In realtà erano complementari, l'uno il rovescio dell'altro. Il primo si intitolava *la storia vera* e il secondo *la storia immaginaria*. Zoe si proiettava con difficoltà nella storia vera e riusciva a definire abbastanza bene solo il suo corpo: *capelli lisci, occhi espressivi, un grande naso di cui mi sarei vergognata a tredici anni, mentre a venti avrei imparato ad andarne fiera*. Si chiedeva poi che vita avrebbe avuto, quali i rapporti con i suoi genitori, con le altre bambine e con le amiche adolescenti, cosa avrebbe studiato, che madre sarebbe stata e infine la domanda più incalzante cui non sapeva rispondere: sarebbe stata felice? *In conclusione – si rispondeva – non saprei dire se Paola (così i suoi l'avrebbero chiamata se fosse nata donna) oggi porterebbe i capelli tinti o bianchi, se sarebbe sola o circondata da nipoti e neppure se sarebbe contenta della sua vita. Però è probabile che io e Paola parteciperemmo alle stesse manifestazioni e che frequenteremmo gli stessi luoghi. E magari, chissà, saremmo innamorate della stessa persona*. Questo è il passato di Paola, non il suo, è il passato di una sorella, dunque si capisce come non riesca a immaginarsi dentro fino in fondo perché non appartiene alla donna che è ora, se non per via di un qualche legame di parentela. È la storia vera? Non ne sarei così sicura, però di autentico c'è quell'innamoramento finale. La stessa persona è Marta? Tutto lo farebbe pensare, in ogni caso l'affermazione svela una cosa forse ovvia, ma che va esplicitata: non è Zoe quella che ha avuto bisogno di rinnamorarsi in questa storia.

Veniamo al secondo passato, quello immaginario che scorre ortogonale alla biografia di chi lo ha scritto. Zoe lo coltiva e lo percorre da sempre, tanto che lo dichiara nell'incipit: è il frutto di tante storie che si è raccontata nel tempo. *È caramelloso* – scrive – *sarebbe bocciato in tutte le scuole di scrittura creativa, eppure ha il potere di farmi piangere*. Tanto per cominciare, la protagonista si chiama Zoe, dunque le è omonima, non è una Paola. Zoe è una *cantante di milongas tristi* e lavora nei dintorni del porto di Buenos Aires è un'incantatrice e via dicendo... Ora, si fa presto a sfottere il gusto al caramello, ma la verità è che quei capelli lisci, gli occhi espressivi, perfino il naso grosso, qui trovano finalmente un giusto destino. Non dirò di più di questo passato che si snoda straziante ma non finisce male, basti sapere che risulta alla lettura, almeno alla mia, più vero del primo, perché l'immaginazione o invenzione è capace di indagare spazi interdetti alla verosimiglianza. E d'accordo la continuità tra *il prima e il dopo*, ma la continuità non va difesa quando esiste, quando è un dato di fatto, la vita di Zoe è all'insegna della continuità, ma ha pur sempre cambiato sesso, nome, e se uno ha la possibilità e la necessità, questo è il punto, di tornare indietro, di inventarsi il passato, rifarebbe esattamente le stesse cose che ha fatto?

Dopo qualche giorno, chiamai Zoe per commentare i due passati, in realtà mi andava di chiacchierare un po' al telefono, entrambe siamo cresciute in un'era in cui tra amiche questa cosa si faceva. Tra una chiacchiera e l'altra, Zoe buttò lì che un uomo, forse, ci aveva provato. Un medico. Zoe mi disse che, da quello che ricordava, a lei avevano insegnato che le donne, quando vanno dal dottore, non si presentano con le mutande bucate e i calzini di spugna, indossano biancheria decente e i collant. Insomma, questo dottore aveva indugiato un pochino troppo a lungo sul suo ginocchio velato e, forse, quella che Zoe aveva ricevuto non era solo una carezza, non era tanto innocente. *Denuncialo* – fu la mia reazione. Zoe era interdetta, sorpresa da quel che era accaduto, non era nemmeno certa d'essere stata importunata, diciamo così, ma quell'evento le aveva dato,

per la prima volta, la misura di cosa significasse essere donna, nel bene e nel male, e l'occasione concreta di confrontarsi con le altre su un'esperienza comune, alla pari.

Alla fine di questa telefonata tra amiche, Zoe si definì un'apolide del genere. Non si sentiva romana, né milanese, in realtà non si era mai sentita di appartenere davvero a qualcosa, e lo stesso aveva fatto con il sesso: era un'apolide del genere. Aveva trovato una definizione che finalmente la convinceva.

Marta mi diede appuntamento in un bar di San Lorenzo, lo conoscevo bene, avevo abitato in quel quartiere da ragazza, ma non ci tornavo da secoli. La trovai che mi aspettava seduta a un tavolino rotondo, sotto un pergolato, in quel bar non era cambiato niente, aveva mantenuto gli arredi e la sua atmosfera, rarissima a Roma, di ombrosa gentilezza. Non faceva ancora così caldo, ma mi pare che Marta avesse con sé un ventaglio, non escludo sia la mia immaginazione ad attribuirle quel tocco di eleganza aristocratica e popolare, di sicuro il ventaglio si intonava all'ambiente. Stavolta le domande me le ero preparate bene, aspettavo quel confronto da tempo e me lo ero lasciato alla fine. Marta mi disse che, se la cosa non mi dispiaceva, preferiva lasciarsi andare, parlare di getto e si scusò di non seguire alla lettera l'ordine cronologico di certi episodi. L'urgenza di raccontarsi, specie se c'è di mezzo il dolore, sottrae il tempo a una storia, tutto diventa immanente. La prima cosa che Marta mi consegnò fu un sogno: il sogno di *Matteo bello*. Matteo, così si chiamava Zoe, e così lo chiamava ancora Marta quando ricordava il passato. Tra l'altro era stata lei a scovare quel nome: Zoe. L'aveva ribattezzata, mentre Matteo non riusciva a trovare un'alternativa e credo fosse felice che Marta l'avesse vista per prima. Pur dovendosi confrontare con il trauma del distacco, della scomparsa, in fondo era stata lei, Marta, la prima donna a riconoscere Zoe come tale.

Quando Matteo nella vita era già Zoe da un po', le era apparso in sogno: *così bello*. Marta si risvegliò pensando: *è morto*. Le era già accaduto con il suo amico del cuore che però era morto davvero. L'amarezza di quel risveglio era stata una presa

di coscienza della realtà, mi disse. Dunque la realtà per lei era questa: è morto. Le chiesi della barba e mi confermò quel patto tra innamorati, poi passò al ricordo di un pisolino pomeridiano, ovvero a un altro risveglio duro accaduto in precedenza, quello in cui trovò Matteo in salotto che piangeva e le confessava che non ne poteva più. Glielo disse così, dopo il pisolino pomeridiano che era un'abitudine di Marta e a lui non piaceva, lo infastidiva. Le scappò quella digressione, ma subito lasciò correre sui battibecchi e sulle idiosincrasie tra coniugi perché erano ricordi morti con lui. Tornò alla spina dorsale di quella storia che aveva i suoi punti fermi e confermò che sapeva da sempre delle *fantasie* di lui, se lo erano detti quasi il primo giorno: “Non mi ha fatto né caldo né freddo. Non c'era chiusura da parte mia”. Le *fantasie* non la preoccuparono mai, invece era il maschio triste, la cupezza che lo assaliva di frequente ad allarmarla e l'aveva attribuita al fatto che Matteo fosse cresciuto accanto a una donna depressa. Non ci fu bisogno di chiederle della madre, Marta ci era arrivata per conto suo: “Era un blocco di ghiaccio”. Ancora non si perdonava di aver detto a Zoe: “Hai aspettato che morisse per cambiare, a lei lo hai risparmiato e a me no!”. Zoe non se la prese, ma le disse che in realtà le aveva detto di voler cambiare sesso molto prima della morte della madre, voleva farlo addirittura dieci anni prima. “Io – mi assicurò Marta – non ho mai creduto alla storia del rimosso, di sicuro non ho mai creduto che potesse succedere a me”. Eppure le era successo, aveva rimosso quella prima confessione. Quando Zoe le aveva raccontato i dettagli (camminavano di ritorno da un cinema, lei portava un certo maglione eccetera eccetera) Marta se la ritrovò davanti: la scena era riemersa, intera e malmessa, come il corpo di un annegato. Aveva cancellato l'intenzione effettiva di Matteo di cambiare sesso. In seguito lui non era più tornato sull'argomento perché temeva di farla soffrire e temeva la forza di volontà con cui Marta tratteneva il dolore se cozzava con le sue convinzioni. Come ai tempi in cui il fidanzato siciliano l'aveva lasciata per mettersi con una comune amica – allora in certi gruppi resisteva l'amore libero – e per fedeltà ideologica all'amore libero che pure l'aveva fregata,

Marta non si era sfogata, non si era arrabbiata, aveva sofferto in silenzio e si era fatta venire un'ulcera cronica. Per dieci anni Matteo non era mai più tornato sull'argomento del cambio di sesso, temeva l'ulcera cronica, ma soprattutto che lei lo lasciasse. In quel momento Marta lo riconobbe, riconobbe non tanto la stessa persona in un corpo diverso, ma lo stesso sentimento d'amore. Per la prima volta abbracciò Zoe, fino a quel momento aveva avuto difficoltà a rapportarsi con lei fisicamente.

In seguito Marta cominciò a ragionare sulla cosa e forse ragionare non è l'espressione giusta: "Pensavo di diventare pazza, ho perso otto chili, ho passato notti insonni: *no, sì, me ne devo andare...* Poi c'era il mio appartamento di ragazza, non volevo tornarci, Zoe mi disse che in ogni caso se ne sarebbe andata lei. L'idea di non cambiare anche casa mi aveva rassicurata, ero attaccata alle pareti della mia vita che stava crollando. Vedi, io sono sempre stata una persona scherzosa e mi terrorizzava l'idea che, dopo quel cambiamento, non avrei mai più riso".

Terrorizzata alla prospettiva di non ridere più, di tornare indietro nel tempo, nella sua casetta di ragazza, di dover diventare un'altra: questo la stava facendo diventare pazza, oltre al fatto di ritrovarsi accanto quell'elegante coetanea che in certi momenti le pareva una sconosciuta e in altri così familiare: "Ovviamente ho avuto bisogno di un sostegno, non ce la facevo da sola. Ricordo che chiesi all'analista: *quanto durerà, secondo lei?* Non volevo affrontare un processo lunghissimo, mi sentivo così male e avevo fretta. Dopo un po', non molto in realtà, ho cominciato a declinare al femminile Zoe, mi è venuto spontaneo. Dopo quel passaggio naturale, mi ha sorretta la convinzione che fosse anche la cosa giusta da fare, che dovevo accettarla. È che non potevo chiudere ancora gli occhi, capisci? Li avevo già chiusi per troppo tempo. Ora la proteggerò, è vero. Se questa protezione non sfocia in una *fissa* è un bene. L'ho sempre pensata meno capace di vivere di me".

La persona meno capace di vivere di lei era apparsa quando Marta aveva trentanove anni. Era una donna libera, viveva in una specie di comune che in un primo momento si era formata intorno a una celebre libreria di matrice extraparlamentare, poi

alcuni di loro si erano ritrovati ad aprire e gestire un negozio etnico, una specie di bazar che era un punto di riferimento per la sinistra radicale romana. Marta era Marta, sempre al centro delle cose, di merci che provenivano dall'India e dalla Cina, lavorava in negozio a titolo gratuito e poi aveva il suo lavoro, tutto pensava tranne di innamorarsi come a diciotto anni, come una ragazzina: "Insomma, possiamo dirlo? Gli ho proprio battuto i pezzi". I due si erano visti per la prima volta a un incontro per la Palestina e fin da subito Marta rimase colpita da un dettaglio: "Se ne stava serissimo in un angolo, poi all'improvviso mi sorrise e gli cambiò tutta la faccia, come fossero due persone diverse. Lo vuoi vedere?" mi chiese. Le risposi di sì, a quel punto certo che lo volevo vedere, Matteo, eravamo arrivate alla fine, potevo permettermi quell'incontro. Marta aprì la galleria del telefono, la foto che intendeva mostrarmi gliela aveva mandata un'amica, dopo la transizione. Con aria clandestina, scorreva le immagini, chiedendosi: *ma dov'è? Ecco, ecco, aspetta, ora lo trovo, è a questa altezza*. Sembrava ancora una diciottenne e forse ne era perfino consapevole, si stava concedendo quel momento di complicità, la persona spiritosa, calda, capace di vivere, di vivere con gli altri, in comune, era ancora lì. Quando lo trovò, me lo passò subito, in attesa di un giudizio. Matteo era bello, sì, ma scomposto, seduto a gambe larghe, era magro, eppure sembrava portarsi addosso il peso di un corpo senza forza, come svuotato. "Si comportava come un bambino di dieci anni maleducato: mangiava male, si macchiava, stava seduto sempre così, stravaccato. Non ha cambiato sesso, non solo, per prima cosa ha cambiato postura, Zoe è eretta, ha sollevato lo sguardo, ti guarda in faccia, è anche molto più curiosa degli altri, non se ne esce con quel cinismo tagliente di Matteo che a volte lasciava le persone interdette. Io e Zoe non litighiamo quasi mai, molto meno di prima. Sai che ti dico? Forse è meglio vivere con lei". Marta ha fatto una battuta, però nel momento stesso in cui lo ha detto quella cosa è diventata possibile, vera.

Letizia Muratori
Agenzia Santachiara

Corrispondenza: tizia.muratori@gmail.com

Storia di Francesca

La malattia e mistero sul passato di Francesca

“Che botta” – ho pensato – come prendere una mattonata in pieno viso... forte, improvvisa e così ‘fisica’ che ti annienta. È una sensazione che non va via molto presto.

Sono rimasta intontita, inerme, immobile mentre fissavo la parete azzurrina della stanza d’ospedale, poi passavo al carrello dell’infermiera messo di traverso, senza riuscire a dare a quegli oggetti un senso.

Riuscivo solo, imbottita di farmaci, debole e confusa a chiedermi: perché?

Perché proprio a me e proprio adesso che la mia vita stava diventando piena e felice. Era il 2004, oltre due anni di lotta mi aspettavano.

La sentenza era chiara: Cancro. Il prelievo di midollo lo aveva confermato; l’ago era stato come una lama che penetrava oltre che nella mia schiena, anche nel mio Io più profondo per arrivare alla diagnosi: linfoma non Hodgkin. Il prelievo di midollo osseo, qualcosa che non auguro a nessuno, qualcosa che rimane per sempre incastonato nell’anima, come un diamante.

E la mente su quel letto di ospedale cominciava a vagare veloce creando scene come nella sequenza di un film: quello che non hai ancora fatto, i posti che non hai visitato le persone che avresti potuto incontrare... E poi LUI: l’uomo che amavo e che mi amava per ciò che ero finalmente... con Nicola con cui volevo costruire un futuro e pensavo ai tanti sacrifici fatti per una casa tutta nostra. Però era un’immagine sfocata che si allontanava da me, nella mia mente semincosciente, perché?

C’era mia madre con me in quel momento, accanto al letto, lei che mi è sempre stata vicina nei momenti più difficili. Le ho

detto con una voce che non sembrava la mia “non lasciarmi sola, non lasciarmi adesso...”.

In quella notte infinita, ricordo le sue mani sulle mie, le lacrime nascoste, la paura, la confusione di pensieri e sensazioni. Ho pianto, ho pianto tanto mentre gli occhi pesavano e i sedativi facevano effetto e poi piano piano... l’oblio, il nulla di un sonno profondo e innaturale. Un mese dopo, a luglio, avrei iniziato le terapie e a settembre del 2004 sarei tornata a casa. Poi altre cure e l’autotrapianto di midollo mi avrebbero tenuta in prima linea contro il tumore, ancora 2 anni.

Le terapie ormonali intensive che avevo fatto, probabilmente mi dissero, avevano causato o facilitato l’insorgere del linfoma. Mi sono sempre chiesta se fosse il prezzo che dovevo pagare per aver osato realizzare il mio sogno, così fuori dalle convenzioni. Dio, la Vita con le sue imponderabili ragioni mi avevano voluto far pagare un costo così alto per una scelta tanto forte? Avevo superato il limite imposto dalla natura peccato di hybris dicevano gli antichi greci.

Questa domanda mi accompagna ancora oggi.

In ogni caso ho reagito da combattente, due anni e mezzo dopo – nel 2006 – feci l’autotrapianto di midollo con cellule staminali e posso dire di aver vinto, punizione divina o meno, contro la Malattia.

Con Nicola c’eravamo sposati due anni prima, praticamente quando mi ammalai eravamo ancora due sposini; la cerimonia civile si era svolta in una chiesa sconsecrata vicino Roma ed era stata una bella festa, l’abito di seta scollato sulla schiena e scivolato sui fianchi, l’avevo voluto crema... anzi champagne! L’avevo voluto sì a tutti i costi, dopo quello che avevo passato per arrivare lì davanti all’altare con il mio uomo: io proprio io, con il *Mio Uomo*. E poi tutti gli amici intorno, alcuni colleghi e i parenti più stretti stupiti, esultanti per quella specie di strano miracolo che si concretizzava di fronte ai loro occhi... Lui era innamoratissimo, mi dava tante attenzioni e regalava emozioni nuove ogni giorno: mi faceva sentire bella e desiderata insomma.

Il sogno era a quel punto quello di dare un luogo unico al nostro amore, per svilupparsi e crescere nella quotidianità che

ci sembrava a quel tempo, eterna. Una casa tutta nostra e poi smettere di arrampicarci sugli specchi ogni mese per pagare l'affitto e le bollette di un appartamento avuto da una parente che non sentivamo giusto per noi. Allora Nicola aveva iniziato a fare doppi turni e straordinari, seguiva il capo cantiere anche in altri lavori nelle ville dei privati e io a mia volta mi dividevo fra molte attività; appena staccavo dalle pulizie, portavo un bimbo a casa da scuola lo facevo mangiare e aspettavo l'arrivo di uno dei genitori. Su appuntamento spargendo la voce tra amiche stanche di farsi derubare dai saloni di bellezza, tingevo capelli, curavo le mani e montavo extension fino a tarda sera... Mi piaceva, era il lavoro che avevo fatto fin da ragazzina, nella mia "prima vita" ma ero talmente stanca che la schiena era spezzata al rientro a casa; eppure ero felice un sorriso ampio e sincero era dipinto sul mio volto giorno dopo giorno.

Stavo costruendo il mio futuro con l'uomo che amavo e questo mi bastava per avere una grinta e una forza inarrestabile. *Io ero la Donna che avevo sempre sognato di essere... soprattutto!*

Così giorno dopo giorno stavamo raggranellando i soldi necessari all'anticipo per la nostra casa dei sogni; era piccolina, ma graziosa. L'avevamo individuata vicino alla pineta nel nostro quartiere a Sud di Roma, con due stanze e cucina e un piccolo giardino dove fare le cene d'estate e far scorrazzare i nostri due cagnolini Filippetto e Giusy.

Invece eccomi qui catapultata in una dimensione completamente nuova e inaspettata appena due anni dopo il matrimonio. Dopo la diagnosi e i successivi accertamenti è iniziato un lungo percorso tra cicli di chemioterapia, farmaci al cortisone e puntati midollari. Conta dei globuli bianchi e piastrine come in una cabala imperscrutabile, in cui i numeri diventano messaggeri di vita e di morte. Ero entrata in un mondo che mai avrei immaginato fatto di pappe e pappine da mandare giù, nausea fissa, biopsie ossee, mascherine nell'ovattato reparto dell'ospedale in centro a Roma, con i neon che tra l'altro non tollerai più perché la vista si abbassa e gli occhi bruciano.

Sali, scendi, entra, esci dall'Ospedale: paura e speranza finché dopo circa sei mesi sono tornata a casa, era settembre del

2004. Sono passati tanti anni ma ricordo tutto come fosse ora: Nicola era venuto a trovarmi all'inizio con più frequenza e attenzione, poi sempre meno spesso; si era stancato del tran tran con l'ospedale durante l'orario di lavoro e io non gliene facevo una colpa, quando tornerò a casa, 'ferita' ma viva le cose torneranno normali... *la normalità che chimera nella mia vita*. E io riprenderò il mio posto da moglie accanto a lui.

Invece non è andata così. Sono arrivata a pesare quasi cento chili, i lineamenti distorti, le gambe pesanti. Ero stanca dalla mattina appena alzata, non ero più io. Eppure non mi piangevo addosso, pensavo a chi nella mia stessa situazione non ce l'aveva fatta e a volte riuscivo ancora, con gli amici, ad uscirmene con una delle mie battute ironiche e fulminanti.

Scherzavo sì sulle stranezze della vita e anche sul mio peso qualche volta riuscivo ad ironizzare "attenti che appena mi rimetto in forma, non ce n'è per nessuno".

In realtà dentro stavo male, mi vergognavo persino ad uscire di casa per fare la spesa, aspettavo il tramonto e imbottita tra giubbotti e tutone scendevo sotto casa a comprare qualche cosa per la cena. Lui soprattutto non era più lo stesso, neanche l'ombra di quel ragazzone innamorato e docile che avevo sposato. Forse la mia malattia lo aveva minato ed era diventato sempre più indifferente e cinico. Mi presentava il conto perché non ero una donna come tutte le altre, perché non potevo dargli figli? Eppure, lo aveva sempre saputo ne avevamo parlato anche di fronte ad una psicologa che se ne intendeva di questi argomenti... lui aveva giurato di amarmi oltre ogni limite e convenzione!

Chiedeva spazio e tempi suoi, ne aveva bisogno diceva, per staccare dallo stress del lavoro e del mio problema e io ci credevo mentre stava ore sul pc e al telefono. Da parte mia, non connettevo, ero stravolta la vita mi era cambiata totalmente in pochi mesi e come spesso accade a chi si ammala, me ne facevo quasi una colpa... *maledetto senso di colpa*. Nicola usciva invece, andava nei locali, riceveva inviti e messaggi continuamente da persone che non conoscevo e che non ci teneva a farmi conoscere.

Ormai, era un fatto, lui era sempre più distante da me.

Una sera però ho detto basta, mi farò del male mi renderò

ridicola, ma voglio guardare dal buco della serratura questo mondo che si è creato magari per comprendere meglio e per stargli più vicino. Così mi feci aiutare dall'unica persona con cui scambiavo due chiacchiere durante la giornata davanti ad un frullato insipido, o alle patatine fritte cucinate di nascosto. Era la mia vicina di casa un po' folle ma generosa. Riuscivo a scherzare con lei e tirare il fiato dai pensieri, guardando film stupidi alla tv; la costringevo a farmi le carte e a leggermi la mano almeno un paio di volte al giorno, chissà sperando in una via di uscita dal mondo della magia.

Mara, in arte Meghan. Faceva massaggi a casa, leggeva le carte: una specie di maga 2.0 che mi aveva messo in guardia sul comportamento di Nicola. È stata lei che quella sera fredda di dicembre si prese la briga di accompagnarmi con la sua Renault cinque grigia sgangherata, per vedere cosa combinava mio marito.

Lo seguimmo a distanza finché parcheggiò in una zona di locali e si diresse a passo svelto verso un ristorante. Proprio lì dall'altra parte della strada mentre la pioggia scorreva abbondante sul parabrezza, nella scena davanti a noi, comparve lei;

Nicola le corse incontro, si salutarono con un bacio sulle labbra e lui provò a coprirla con il suo giaccone per ripararla dalla pioggia in un gesto protettivo e galante mentre io assistevo, come nella sequenza di un film, a tutta la scena e le lacrime si mischiavano con la pioggia. Non poteva essere vero.

Lo vidi entrare mano nella mano nel ristorante con lei castana, alta, piuttosto volgare ma appariscente: indossava un pantacollant atillato che, pensai in un lampo di autoironia, a me non sarebbe entrato neanche sulle braccia! Mara mi teneva il braccio e ripeteva "aspetta non è detto non tirare conclusioni affrettate, magari è l'amicizia di una sera, una semplice avventura...". Invece non era una avventura di quella sera, l'ho capito subito... le teneva il braccio, scherzavano si scambiavano sguardi sinceri e avevano una complicità consolidata che sbirciando dalle vetrate del locale, ho constatato ancora meglio.

Allora era Lei, questa sconosciuta con i pantaloni atillati... fondamentalmente e banalmente quella donna era la causa rea-

le del suo allontanamento? Aveva una relazione chissà da quanto, mentre io mi spaccavo la testa per cercare di capirlo e farmi di nuovo desiderare. Fu un colpo terribile, non mi sono mai sentita così brutta e reietta come in quel momento.

Non feci scenate al suo rientro a casa, era oltre l'una di notte, ma lo guardai negli occhi con i miei lucidi e gonfi e gli dissi tutto d'un fiato "so tutto, ti ho visto con la tua amante, ma non voglio rovinare le feste alla tua e alla mia famiglia, quindi dopo Natale andrò da un avvocato per informarmi sulla separazione".

Lui cambiò colore in viso, un lampo di umanità e senso di colpa attraversò il suo sguardo ma poi si ricompose e senza chiedermi scusa disse soltanto a voce bassa: "va bene, avrei dovuto parlarti prima, mi dispiace che tu l'abbia scoperto così... andiamo insieme dall'avvocato quando vuoi".

A gennaio abbiamo chiesto la separazione e a giugno del 2009 eravamo separati.

Chi è veramente Francesca e quale segreto nasconde

Il dubbio, l'angoscia inconfessabile, dopo che Nicola mi aveva tradito e lasciato sola nel momento più brutto della mia vita tornò ad attanagliarmi.

Perché, mi chiedevo, perché? Non riesco a togliermi di dosso quel dubbio mai: ero una donna 'completa' degna di essere amata?

È una domanda che si fanno in molte, lo so, magari per insicurezza personale, traumi infantili, padri sbagliati. Io no, mi ero sempre sentita bella e apprezzata tutto sommato. Per me era diverso, per me tutto è diverso. Molte delle persone che frequentavo nella mia seconda vita – iniziata l'8 marzo del 2001 – non conoscevano il mio segreto.

Io stessa a volte me ne faccio una colpa, sceglievo di non dirlo per non alterare i rapporti e vedere lo sguardo che cambia, la confidenza delle amiche che svanisce come neve al sole, il sospetto negli occhi dei colleghi e dei superiori sul lavoro... forse io stessa non sono capace di accettarlo, anche se razionalmente

sono orgogliosa del mio essere *diversamente femmina!* Ma perché non potevo essere considerata femmina e basta?

Lui sapeva, non avrei mai nascosto la verità all'uomo che amavo. Avevamo affrontato l'argomento quando c'eravamo innamorati sei anni prima. Come Francesca avevo capelli lunghi che avevo tinto di biondo, un seno florido, la pelle liscia. Solo le spalle un po' più robuste e la voce a tratti più profonda del normale, lasciavano intravedere il mio passato. Poi gliel'ho detto una sera tutto d'un fiato.

All'inizio è normale, c'erano stati dei momenti di crisi, di domande che lo avevano frenato anche sessualmente; ma lui sapeva tutto di me e in seguito ha preso confidenza con il mio corpo associandolo pienamente alla mia anima e tutto si era sciolto nella relazione concreta in cui mi percepiva come una donna, la sua donna e basta. Sembrava aver superato, quasi dimenticato quell'inconfessabile segreto che stava marchiato sulla pelle, impresso nella mia anima come segno distintivo di coraggio sì ma anche di indicibile *'diversità'*.

Quando sono nata infatti, io Francesca, ero un bel bambino di quasi quattro chilogrammi e mi chiamavo Gabriele.

Ero un uomo si sembra buffo anche a me quando ci penso ancora adesso, eppure è così. Biologia e anagrafe che poi ho corretto, lo confermano! Quante volte on line avevo letto definizioni sull'identità di genere e sulla disforia di genere, sulla transessualità e sulle persone transgender.

Mi serviva per razionalizzare la tempesta che avevo dentro, ma non spiegava quello che a scuola nei negozi per la strada provavo guardando giovani uomini che mi attraevano o cogliendo sguardi di uomini 'normali' che mi mangiavano con gli occhi ma poi rendendosi conto che ero uomo come loro, si allontanavano quasi impauriti dalla propria stessa anomala attrazione.

Il destino e la genetica mi avevano dato in sorte un corpo maschile ma l'anima, i sensi e la percezione stessa di me, erano completamente altro! Chi è la persona transgender? Forse oggi se ne parla di più e con testimonial famosi che vanno nei salotti televisivi, io invece come Gabriele che si sente donna una tren-

tina di anni fa circa, non avevo alcun riferimento ‘culturale’ intorno a me. So che è stato durissimo capire, diventare consapevole in un ambiente sociale ostile e accettarmi così come sono. Qualcuno che sapeva tutto, consigliava ai miei genitori di rivolgermi a un bravo psicologo anzi ad uno psichiatra che avrebbe con una buona terapia, arginato e corretto forse la mia stranezza. Quando indossavo abiti femminili rubati dall’armadio della cuginetta, mi sgridavano e se facevo il gioco della principessa pensavano che fossi una specie di visionaria.

Non so esattamente come spiegare a parole questa sensazione. So che l’ho provata fin da piccolissima. Anzi dovrei dire fin da quando ero piccolissimo, non mi trovavo a mio agio nel mio corpo e pensavo che non tutti sono fatti per vivere in una scatola, pensavo di notte da solo nel buio, *non tutti dobbiamo vivere nella scatola che la sorte ci ha assegnato*; per me il corpo crescendo era diventato sempre più estraneo. Mi sentivo femmina, pensavo e mi muovevo da femmina, ma in un involucro e con un organo sessuale che non mi appartenevano. Quando sono cresciuto e diventato un giovane ragazzo adolescente, sempre di più la percezione aumentava.

Ero attratta dal corpo maschile, ma non perché mi somigliava, piuttosto come altro da me come qualcosa che mi completasse. Anche la bellezza femminile in un certo senso mi ha sempre affascinato ma mai sessualmente coinvolto, era più come un modello a cui aspirare. Poi arrivò lui...

Le sue mani così fresche e forti... prese il mio viso in quel particolare modo che ogni ragazza sogna, sapeva che avevo il viso in fiamme si chinò verso di me in una notte d’estate baciandomi così dolcemente che non riuscii quasi a reagire e a ricambiare. Avevo solo quindici anni e mi stavo innamorando di Marco il mio primo uomo, due anni più grande di me.

Rimasi lì di fronte a quel tramonto meraviglioso, lasciando che succedesse, i nostri corpi uno dentro l’altro, nel mio primo rapporto omosessuale; soprattutto il mio primo amore, quello rivelatore dell’identità psichica e uno dei momenti più belli della mia vita in assoluto.

Stavo sperimentando pienamente la mia sessualità, anzi la

mia ‘omosessualità’. Cercando non qualcuno che fosse uguale a me, ma diverso. Proprio come una giovane donna con il suo primo fidanzatino, non è facile da spiegare a parole né da capire immagino, invece era esattamente così che mi sentivo... Il desiderio di essere riempita dalla mascolinità e proprio dall’organo genitale maschile era univoco.

Marco mi ha fatto scoprire l’amore, la sessualità, il piacere; si dichiarava gay nel privato però nessuno di noi due poteva venire allo scoperto in società. È cominciata così la mia doppia vita, per il lavoro, per la famiglia dovevamo mostrarci ‘normali’.

Mia madre però l’ha sempre saputo come ero fatta e non mi ha mai condannato.

Così la sera calava il sipario della finzione e si apriva quello della libertà. Ci trasformavamo col calar delle tenebre, girando per i locali romani fino a notte fonda senza paura di essere giudicati e con l’adrenalina della trasgressione; erano gli anni dei locali come l’Angelo azzurro e a viale Trastevere potevi incontrare i primi ‘travestiti’.

Lui, Marco, vestiva da uomo con accessori eccentrici, io con un velo di trucco sensuale e femminile ogni tanto osavo abbigliamento e scarpe più decisamente da donna approfittando che movenze e gestualità fossero naturalmente effeminate. Ammiravo chi si presentava con lustrini e paillettes erano la prime Drag Queen regine della notte, delle star ai nostri occhi! Sono stati tre anni di eccessi, passione, amicizie stravaganti e amicizie vere nel mondo gay e trans con i quali qualche volta si riusciva ad essere se stessi veramente e persino ad incontrarsi per mangiare una pizza, un gelato a villa Borghese, come fanno tutti gli altri i cosiddetti normali... nonostante tutto ero felice, ma sotto sotto mi sentivo un ‘clandestino’, quel mondo non mi è mai appartenuto fino in fondo. Volevo vivere la storia con un uomo nel mondo vero, andare al cinema mano nella mano, sistemare la nostra casa... volevo vivere tutto questo da donna! Ero diverso/a in questo da tutti i miei amici gay che amavano il travestimento e la trasgressione senza sentire la necessità di cambiare il proprio corpo, da cui traevano il massimo del piacere nel rapporto omosex.

Normalità cercavo e invece a un certo punto il Buio. Marco morì in una sera di novembre per un incidente di moto. Ricordo come in un sogno quella corsa in ospedale sperando che non fosse vero, *la moto non era grigia, dicevano, forse era blu era un uomo più grande dalla descrizione... speravo che non fosse lui* o almeno che non fosse così grave e invece era lui, il mio amore che in un attimo in poche ore, l'asfalto se l'era portato via: non c'era più!

E' stata durissima. Sono caduta in depressione, Marco era tutto il mondo; da allora è iniziato per me un periodo grigio e indefinito. Mi trascinavo tra serate chiuse in casa e nottate nei locali. Mi corteggiavano, come sempre attiravo l'attenzione di omosessuali ed etero, e ho avuto delle storie sì me ne vergogno anche... forse solo per rifiuto della realtà per sentirmi ancora viva. Poi conobbi Fulvio, un bel tipo, un regista di pubblicità con cui mi ero incaponita.

Anche se lo attiravo fortemente, non si decise mai a presentarmi nel suo ambiente di fotografi e cineasti come il suo compagno; ero costretta a dividerlo con le altre, avventure saltuarie, perché lui diceva "io voglio una donna non mi posso mica fare vedere con te, io". Infatti, questo era certo, io non ero come le altre anche se gli davo un piacere continuo e profondo durante le nostre lunghe notti d'amore. "Sei un uomo, lo capisci?!!" mi continuava a dire, ad urlare durante le scenate di gelosia che gli facevo periodicamente... eppure io, dentro di me, mi sentivo femmina da SEMPRE.

Gabriele diventa Francesca

Dopo aver rimuginato per notti intere, navigando su internet e telefonando agli amici più cari che condividevano il mio stesso problema, alla ricerca di una risposta. Sognavo spesso me stessa più o meno come sono ora, una donna con un bel seno e abiti femminili mentre passeggiavo libera in città.

Decisi una mattina quasi all'improvviso, di fare l'intervento per cambiare sesso.

Lo dovevo anche a lui, a Marco che, posso affermarlo ancora adesso, mi aveva fatto sentire davvero donna. Avevo ventisette anni. Cominciai a leggere ad informarmi sul protocollo che all'epoca era davvero *questo sconosciuto*. Più mi informavo e più capivo che le conseguenze fisiche erano pesanti e che c'erano tante controindicazioni per le terapie ormonali che avrei dovuto affrontare. Quelle stesse cure e interventi medici che probabilmente dopo alcuni anni mi avrebbero portato ad ammalarmi di tumore.

La mia psicologa personale è stata molto brava e chiara nelle informazioni; non si scandalizzò della mia richiesta anzi forse se l'aspettava. Fu lei a indirizzarmi verso il centro specializzato nel 'percorso di affermazione di genere' a Roma, all'Ospedale San Camillo.

Dal 1995 al 1998 ho seguito l'iter psicologico e psichiatrico con la dottoressa M. e il dott. P. presso il San Camillo di Roma GRUPPO – SAIFIP. Avevo intrapreso il mio percorso di affermazione di genere. Tra i conoscenti non potevo parlarne ma Luca, ora si chiama Luana, aveva già iniziato il percorso di affermazione di genere e mi dava le dritte giuste. Da quel momento, da quando avevo preso la decisione, abbiamo iniziato a confidarsi a 'tenerci per mano' anche se col dovuto distacco, in questo cammino così intimo e folle verso la nostra *vera identità*.

Ero impaurita, impaurito dovrei dire, mi vergognavo a volte quando andavo le prime volte in ospedale, devo dire però che trovai un ambiente accogliente, con tanta umanità oltre che professionalità. Nel 1998 entrai in lista d'attesa, a quell'epoca si faceva un intervento ogni quaranta giorni, ora da quello che so è tutto più semplificato. Per cui ho dovuto aspettare il 2001 per diventare Francesca e ancora qualche mese per diventarlo anche sui documenti e all'anagrafe.

Ogni settimana facevo lo stesso percorso, uscivo di casa prendevo la metro, poi l'autobus. Indossavo un foulard verde con fiori rossi, ricordo di mia nonna e per me una piccola scaramanzia, e quel percorso lo vivevo con l'ansia e la felicità di un pellegrinaggio. Il cammino che mi avrebbe portato alla mia nuova vita di donna, dentro e fuori. Ricordo ancora che all'an-

golo prima dell'ingresso in ospedale, incontravo il fattorino di un fioraio che mi lanciava sguardi apostrofandomi "abò ce prendiamo un caffè?" era affascinato, ma anche impaurito da me, da quell'uomo così strano che sembrava una donna; il suo sorriso però era sincero ed incoraggiante. Quando tutto sarebbe finito e io fossi diventata Francesca forse si sarebbe deciso ad invitarmi a prendere quel caffè magari a cena o forse, meglio ancora, bella come mai nei miei nuovi panni, l'avrei fatto io? In tanti mi scoraggiavano però.

C'era lui soprattutto, il cugino odiato che fin da piccolo mi aveva umiliato e non perdeva occasione per dirmi quanto fossi strano. L'aveva saputo, della mia scelta scandalosa, da una zia che 'non si tiene un cecio in bocca' come si dice a Roma e alla quale mia madre una sera, anche per condividere timori e speranze, l'aveva confidato in un momento di debolezza.

Così Giuseppe, il cugino, si era sentito in dovere da quel momento di chiamarmi quasi ogni giorno, nei momenti più impensati perché sosteneva "di volermi stare vicino". Non perdeva occasione per ricordarmi, con "affetto", che avrei sofferto le pene dell'inferno, che non avrei più trovato lavoro e soprattutto che "nessun uomo degno di questo nome ti vorrà mai veramente".

"Adesso" aggiungeva sogghignando, "da frocio... cioè scusa, omosessuale, puoi trovare un altro come te, chissà al massimo un bisex. Invece un domani che ti sarai tolto l'organo, cioè il pisello, non ti cerca più nessuno vedrai, né omo né etero!".

Lo lasciavo parlare. Sarebbe stato più difficile fargli cambiare idea che ascoltarlo, ma confesso che mi riportava alla dura realtà, in cui spesso non vengono accettate le persone come noi.

Il lunedì era di terapia, ci si appoggiava al reparto traumatologico. Incontravo molti che si erano già fatti nel tempo una plastica ricostruttiva al viso oppure al seno, nonostante ancora fossero uomini, e mi sembravano così innaturali. Io quando già i lineamenti e il corpo si erano modificati radicalmente, approfittai della mastoplastica additiva tre mesi dopo l'intervento, potendolo fare gratuitamente come completamento del mio percorso clinico nel protocollo SAIFIP.

Lo Psichiatra, ricordo bene, fu molto duro. Continuava a dire ad ogni incontro, di mercoledì, che quella era “una strada senza ritorno, dall’impatto fisico enorme”... che il processo di trasformazione prevedeva una terapia ormonale molto invasiva e, soprattutto, che non avrei potuto mai più avere figli né da uomo ovviamente né tantomeno da donna. Credo fosse giusto parlarci di tutto in questi termini. I vari specialisti con cui entravo in rapporto, erano onesti al limite della brutalità, nel dirti ciò che ti aspettava. Io ascoltavo e pesavo le parole, rispondevo con chiarezza e semplicità *che sì lo so bene, mi rendo conto delle immense difficoltà lei dottore fa bene a spiegarmi tutto anche gli aspetti più complicati ...*

Tuttavia il mio essere più profondo mi chiedeva di fare quel passo senza ritorno. Sognavo ad occhi aperti intanto e ogni tanto come in un sogno vedevo me, Gabriele allo specchio con i lineamenti sempre più addolciti dall’uso di ormoni, che da Francesca *infilavo un vestitino scollato sul seno florido*, col viso liscio e un trucco naturale mentre mi preparavo ad uscire come una qualsiasi ragazza della mia età.

L’endocrinologo era attento a calcolare e dosare ormoni maschili e femminili, seguiva con pignoleria la somministrazione di due farmaci Androcur e Premarin, se ricordo bene. In questo modo assumendo i vari farmaci, come in una mutazione, man mano vedevo il mio corpo che si modificava, la muscolatura che si snelliva e i lineamenti del viso che si addolcivano ogni settimana sempre di più.

E poi c’erano altri piccoli grandi problemini ‘estetici’ che poi solo estetici non sono.

La barba, eh già la barba! Perché c’erano alcuni aspetti di cui dovevo occuparmi io: la barba da sola non sparisce, neanche con dosi ormonali da cavallo. Così iniziai l’elettrocoagulazione bruciando i peli del viso uno per uno... ogni settimana mi sottoponevo alle snervanti sedute e tornavo a casa con il viso tumefatto, coperto da un foulard.

Luca, il parrucchiere amico che era qualche mese avanti a me nel percorso SAIFIP, mi aveva indirizzato ad un centro

buono ma con i miei orari non potevo arrivarci. Così andai da un'altra parte spiegando non senza imbarazzo, quale fosse la mia particolare necessità: togliere, estirpare i peli della barba. Le nostre chiacchierate a volte in piena notte, sembravano surreali bollettini medici tra misure del peso, calcolo delle nausee... *Io sono aumentato tot questa settimana, io ho avuto tante nausee, invece io sono dimagrito e ho meno nausea.*

Dell'intervento per diventare Francesca non ricordo molto, ricordo solo la gran paura prima di entrare in sala operatoria. L'infermiera, brava e decisa, mi ha trovato una vena quasi subito e la conta ad alta voce fino a 9, 10... poi il limbo. Ho dormito un tempo infinito e dopo sette ore di intervento al San Camillo, mi sono svegliata... in una stanza d'ospedale con altre donne. Una stanza invasa da mimose *allora si potevano portare ancora i fiori in ospedale* perché era, ironia della sorte, l'8 marzo del 2001, la festa della Donna: e io lo ero, per me l'inizio una nuova vita!

Nicola, il fidanzato che avrei sposato sei mesi dopo, lo conobbi già trasformata e convalescente, due settimane dopo l'intervento. Non volli andare oltre dal punto di vista fisico, ed era stato un corteggiamento soft. Poi gli dissi la verità sull'intervento e che stavo ancora completando l'iter psicologico e burocratico per il cambio di genere; dopo incontri con gli psicologi da sola e insieme ricordo una sera dopo un litigio mi diede un bacio e disse *non è possibile lasciarci qual è il problema, risolviamo tutto ti aspetto perché voglio te anche se la situazione mi spaventa e so che eri un uomo.* Le parole magiche che aspettavo. In effetti un anno tre mesi dopo l'intervento, ci siamo sposati.

Mia madre poi in tutta questa lunga strada mi incoraggiava. È stata sempre presente, in tutte le mie scelte.

Fu difficile come Francesca i primi tempi rimettere panni maschili per continuare a mantenere il contratto di lavoro, dove c'era scritto Gabriele... come mantenere il contratto di affitto della casa, intestato ad un uomo. Non si può immaginare prima quante situazioni vivrai dopo il cambio di genere al limite del surreale...! Tutta una serie di documenti, incartamenti, procedure che piano piano si sono adeguati al mio nuovo status di donna.

La metà quasi di tutti quelli che avevano iniziato con me il percorso, si sono fermati a metà... Uno di loro l'ho rivisto e lo sento ancora e non è felice di essere rimasto Uomo.

Una *pioniera* sì, qualcuno me lo ha detto, forse mi sono sentita in questo modo. A volte ho sperato magari ingenuamente, di aver aperto la strada a tanti ragazzi che come me non si sentivano a proprio agio nel corpo che la natura aveva dato loro e soffrivano una doppiezza drammatica.

Ogni tanto certo, anche io *da Gabriele quasi Francesca*, mi scoraggiavo mentre seguivo quel percorso, clinico e psicologico, che mi stava portando a fare la trasformazione il *Grande Salto per diventare donna a tutti gli effetti...*

Mi dicevo "ma chi me l'ha fatto fare?". Gli effetti collaterali erano pesanti: non potevo guidare per giorni, passavo da una metro all'autobus per raggiungere qualsiasi posto; avevo forti disturbi del sonno, i riflessi erano alterati e la nausea praticamente fissa! L'endocrinologo controllava, monitorava e aumentava esponenzialmente i dosaggi per poi tenerli fermi e stabilizzare la situazione, in base al risultato delle analisi. Mai ho pensato di mollare però! Credo davvero ancora oggi che questo sia un percorso, un'esperienza che chi si è sentito come me, male e a disagio nel suo corpo fin da piccolo, dovrebbe avere il coraggio di intraprendere.

Certo i dolori sono stati atroci al risveglio con la parte operata che a guardarla allo specchio i primi tempi sembrava *un quadro di Picasso*, dicevo io, per usare una bella metafora che tanto faceva ridere chi mi stava intorno! Con 140 punti tra esterni e interni sulla parte genitale la quale parte genitale, solo dopo qualche mese, ha preso un aspetto vagamente 'normale'.

La mia data di nascita vera, nessuno me lo toglie dalla testa, la considero quella:

l'8 marzo del 2001.

Un aneddoto divertente di quel periodo lo ricordo ancora; era un sabato sera quasi estivo e con Nicola da 'fidanzatini' dovevano andare a cena fuori in quel posto speciale che ci piaceva tanto.

Io però non riuscivo proprio a stare seduta i dolori erano

ancora insopportabili. Nicola disse “torniamo a casa dai, ti preparo i miei spaghetti memorabili”; ma io no, testarda, a quella cena romantica, tante volte sognata, non volevo proprio rinunciare... Così con la mia consueta faccia di bronzo gli dico “troviamo qualcosa di morbido e tondeggiente da mettere sulla sedia, magari dico sottovoce al cameriere che ho avuto un intervento di emorroidi, che ne so...”. Lui non sapeva cosa inventarsi, a un certo punto lo vedo che si accende folgorato da un’idea. Ci siamo fermati da un gommista amico suo che stava per chiudere e ci siamo fatti dare una camera d’aria gonfia da bicicletta. L’ho presa felice, come fosse un mazzo fiori, e poi l’ho messa e tenuta con una faccia angelica tutta la sera sotto il sedere mentre occupavo orgogliosa quella sedia a quel tavolo così elegante del famoso ristorante al centro di Roma. La capacità di adattamento e il senso di ironia pure nella difficoltà, non mi sono mai mancate.

Da donna poi, seriamente, ricordo come un momento incredibile e intimamente rivelatore l’emozione enorme di fare l’amore per la prima volta con Nicola uno di fronte all’altra... guardando finalmente negli occhi l’uomo che amavo. Lui fu così dolce, sapeva che ancora avevo dei dolori nel rapporto e il piacere fisico la compenetrazione emotiva più che viverli con i sensi, ce li siamo ‘raccontati’ guardandoci negli occhi. L’avevo sempre sognato di fare l’amore così: occhi negli occhi potendosi abbracciare, nei tanti rapporti omosessuali che avevo avuto, sempre.

Conclusioni

Sono passati quasi quindici anni dalla mia malattia e diciotto dall’inizio della mia seconda vita come Francesca. Ho smesso di dare colpa al mio intervento per il tumore che ho avuto.

Ho smesso anche di attribuire alla mia *diversità*, sono una transgender no? Il fatto che Nicola, mio marito, mi avesse abbandonata nel momento più doloroso della mia vita. L’avrebbe fatto anche se all’anagrafe mi fossi chiamata Francesca fin dalla

nascita. Ci sono uomini che ti usano sessualmente, ma sono onesti nel farlo, uomini che fanno credere di amarti e invece gli servi per compensare alcune loro insicurezze e poi scappano. Questo l'ho capito ancora meglio delle donne, visto che uomo in qualche modo lo sono stato.

Altri invece ti vogliono sempre accanto, qualsiasi cosa accada. Pensavo questo l'altra sera, indossando le scarpe rosse nuove con il tacco mentre aspettavo lui Giuseppe, due anni meno di me, etero, spalle larghe *più delle mie per fortuna*.

E poi le mani, un dettaglio che ho sempre amato nei partner, belle e forti come quelle di Marco, il mio primo amore mai dimenticato.

E poi uno sguardo profondo e disarmante che cura tutte le ferite.

Forse...

Cristina Conforti
giornalista e inviata di Rai 1

Corrispondenza: cristina.conforti@rai.it

Evoluzione del movimento transgender in Italia

Se la letteratura scientifica inquadra oggi l'esperienza transgender come "incongruenza di genere", i movimenti per i diritti sono più propensi a definirlo un'esperienza umana significativa, agita e vissuta in maniera diversa in ogni epoca e cultura. Nella cultura occidentale tale esperienza ha subito una rimozione costante che l'ha fatta scomparire completamente dalla storia, dal vocabolario e dal registro narrativo. L'unico spazio di visibilità più o meno concesso è stato da sempre il mondo dello spettacolo. Bisogna aspettare gli anni sessanta e settanta del secolo scorso, per assistere all'emergere dell'esperienza nella sua complessità grazie alla spinta di gruppi e associazioni che sotto l'onda dei cambiamenti socioculturali di quegli anni cominciano a rivendicare diritti e visibilità.

Coniata dal dott. David Cauldwell nel 1949 la parola transessuale¹ deve la sua fortuna da un lato all'utilizzo che ne fece il sessuologo ed endocrinologo dott. Harry Benjamin, dall'altro alla visibilità mediatica che accompagnò l'esperienza di transizione di Christine Jorgensen. Christine era nato maschio, ma si percepiva come donna e ambiva ardentemente a cambiare sesso. L'operazione fu resa possibile in una clinica danese, rappresentando il primo caso al mondo di cambiamento di sesso riuscito. Il caso, oltre a suscitare scalpore in ambito mediatico, provocò anche molta curiosità tra quelle persone che in tutto il mondo aspettavano da tempo tale possibilità per realizzare il loro progetto di vita. Erano canali informali, basati spesso sul passaparola, che

¹ Il termine transessuale, oggi meno utilizzato, sta a indicare quelle persone transgender che decidono di modificare il proprio corpo attraverso trattamenti ormonali e/o chirurgici.

stuzzicarono antiche aspettative mettendo in fermento un mondo fino a quel momento sconosciuto. È di quegli anni (1953) l'uscita del film "Glen or Glenda" del regista americano Ed Wood che riporta la storia di due persone nate maschio la cui identità di genere non è in sintonia col sesso di nascita, una delle due riesce a realizzare il suo sogno e a vivere coerentemente con il proprio sentire mentre l'altra combattuta dalla paura sarà dominata dalla frustrazione. Prima che il Dottor Harry Benjamin dichiarasse all'Accademia delle Scienze il suo studio con la relativa parola transessuale la realtà era molto diversa da quanto la si possa immaginare oggi. Le persone che rendevano manifesta la propria identità non conforme erano perseguitate e repressi in maniera brutale, assoggettate a limitazioni quali carcere o manicomio. I documenti raccolti in alcune ricerche storiche mettono in luce una realtà sconosciuta alla gran parte della popolazione, attraversata da personaggi, fatta di luoghi e dimensioni particolari [3]. Lo testimoniano foto segnaletiche, articoli di giornale, lettere, diari e rapporti di polizia particolareggiati che rimandano a una realtà triste e dolorosa. Molto emblematiche sono le foto di schedatura conservate nell'archivio del Manicomio di Aversa al cui interno esisteva un reparto speciale riservato a travestiti e perversi²[2]. Se nella seconda parte del secolo XIX in piena epoca positivista sono soprattutto medici e antropologi a studiare, in maniera molto invasiva, la vita delle cosiddette persone dal sesso incerto, nei primi anni del secolo XX vengono istituiti uffici speciali presso le centrali di polizia finalizzati a controllare e contrastare il travestitismo e i fenomeni associati. Per tutta la prima metà del secolo scorso, fino agli anni cinquanta l'esperienza che non aveva ancora un nome era vissuta in maniera soggettiva e in solitudine. Fatta eccezione per Napoli che fin dall'antichità ha sempre accolto la comunità dei Femminielli come parte integrante della cultura popolare con i loro tradizionali rituali [4]. Si deve arrivare agli anni Sessanta perché l'esperienza transgender cominci a prendere forma e sostanza attraverso la formazione di

² Il termine travestitismo indica l'indossare vestiti, accessori e/o trucco e/o adottare un'espressione di genere che non si conforma al proprio sesso biologico sulla base di norme sociali, culturali e ambientali.

piccole comunità, spesso ghettizzate, nelle grandi città quali Roma, Milano, Torino. Il nuovo soggetto comincia ad essere visibile e far parlare di sé, sebbene quasi sempre in tono scandalistico e folkloristico. Questo nuovo particolare percorso fa sì che la transessualità smetta di essere esperienza soggettiva diventando collettiva, l'attenzione viene quindi spostata dalla patologia mentale al contesto socioculturale in cui essa è agita [1]. Lo splendido reportage della fotografa Lisetta Carmi ne testimonia la portata, puntando l'obiettivo sul contesto socioculturale e non più esclusivamente sulla persona come era avvenuto fino a quel momento con le foto segnaletiche e di schedatura. Tutto il centro storico di Genova con i suoi "carrugi" diventa la scenografia in cui si muovono i nuovi personaggi con il loro significato e i relativi significanti. Sull'onda delle proteste che in quel periodo attraversano il mondo, la comunità transgender, nonostante la forte esclusione, mette in moto un importante movimento di rivendicazione e di emancipazione che nel tempo produrrà spazi di agibilità inaspettati. Le persone transessuali cominciano a sentirsi portatrici di diritti, motivo per cui le rivendicazioni assumono man mano le forme precise della protesta. In quei primi anni di visibilità le condizioni di vita delle persone transgender sono estremamente precarie, l'esclusione sociale e la violenza nei loro confronti sono molto forti. Non esiste neanche un nome per connotarsi poiché il termine transessuale diventerà di uso comune solamente negli anni Ottanta. La repressione diventa una costante con arresti, fermi, schedature e l'applicazione del famigerato Articolo 1 (Legge 27 dicembre 1956, n. 1423 "*Misure di prevenzione nei confronti delle persone pericolose per la sicurezza e per la pubblica moralità*") che veniva loro contestato poiché considerati soggetti socialmente e moralmente pericolosi. Il caso più emblematico che assurge agli onori della cronaca è quello di Romina Cecconi, detta la Romanina, che dopo una serie di arresti viene inviata al confino obbligatorio per due anni in provincia di Foggia³. A firmare il mandato fu il giudice Pier Luigi Vigna che molti anni dopo porrà una forma di scusa, giustificando quel ge-

³ Per la storia della Romanina si veda Cecconi 1976.

sto come frutto dei tempi. Il problema fondamentale era che le persone transessuali non erano riconosciute in quanto tali, nonostante la scienza si fosse espressa inserendo il transessualismo come disordine sessuale prima nella nona edizione della Classificazione Internazionale delle Malattie (International Classification of Diseases, ICD-9, 1975) stilata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, poi nella terza edizione del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM-III, 1980), lo stesso che fino al 1991 comprendeva al suo interno anche l'omosessualità. Coloro che volevano cambiare sesso dovevano farlo clandestinamente all'estero e al loro rientro in Italia erano costretti a mantenere i documenti inalterati con il nome e il sesso assegnato alla nascita. Alla fine degli anni Settanta viene fondato il MIT (Movimento Italiano Transessuali oggi trasformatosi in Movimento Identità Trans) che, sostenuto anche da partiti politici, intraprende una battaglia per il riconoscimento di diritti, salute e opportunità per le persone transgender [5]. La grande mobilitazione sfocerà il 14 Aprile 1982 nell'approvazione della Legge 164, *Norme in materia di rettificazione di attribuzione di sesso* (<https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/1982/04/19/082U0164/s-g>) dando all'Italia il primato europeo insieme alla Germania di tale riconoscimento. L'approvazione della Legge 164/1982 non corrispose automaticamente a servizi, salute e benessere poiché le persone continuavano ad essere abbandonate a se stesse senza alcun sostegno e accompagnamento a cure, interventi e quant'altro. Bisognava costruire un sistema di servizi e strutture che garantissero tale impalcatura. La risposta a tal proposito arrivò nel 1990 quando la Regione Lazio con la collaborazione del MIT costruì un sistema di regole, tutele e garanzie che prese forma nella prima legge regionale che garantiva servizi specialistici e gratuità di accesso. Questa legge (n. 59/1990), che prese il nome di Primo Mastrantoni, il consigliere regionale dei Verdi che se ne fece promotore, era finalizzata a garantire la piena attuazione della L. 164/1982 e la tutela della salute delle persone transessuali. Da tale iniziativa prende forma a Roma, presso l'Ospedale San Camillo-Forlanini, il primo centro italiano specializzato nell'assistenza nel percorso di affermazione di genere, il SAIFIP (Servizio per

l'Adeguamento tra Identità Fisica ed Identità Psichica). Al Lazio si aggiunsero poche altre regioni come il Piemonte, la Toscana, l'Emilia Romagna che, insieme, formarono una geografia di servizi sparsi sul territorio nazionale a garanzia di una domanda che negli anni è andata progressivamente aumentando. I servizi, differenti per tipologia e modalità di offerta, non riuscivano comunque a soddisfare la domanda lasciando gran parte del territorio nazionale completamente privo di riferimenti anche minimi. Nel tentativo di porre un argine a queste carenze strutturali, all'interno di una rete di relazioni e collaborazioni tra i principali centri specialistici italiani, nel 1997 venne fondato l'ONIG (Osservatorio Nazionale Identità di Genere). L'associazione raccoglie figure (professionisti, rappresentanti di associazioni, ecc.) a vario titolo interessate ai temi del transgenderismo e del transessualismo e si propone di approfondire la conoscenza di queste realtà a livello scientifico e sociale, attraverso il confronto e la collaborazione di tutte le realtà interessate. La Legge 164/1982, pur riconoscendo la possibilità di cambiare sesso e il diritto alla salute, praticamente non garantiva i diritti di cui si faceva portatrice lasciando alle regioni la responsabilità della loro applicazione. Questa legge all'epoca fu salutata come una grande vittoria ma col passare del tempo, a fronte di una realtà cambiata e di una popolazione transgender aumentata in maniera esponenziale sia nei numeri che nella tipologia della richiesta ha mostrato tutti i suoi limiti. Il dibattito politico si è arenato lasciando dei vuoti che aspettano ancora di essere colmati. Un esempio in questo senso è rappresentato dalla possibilità per le persone transgender di cambiare nome aldilà dell'intervento di cambio di sesso. Diritto, questo, riconosciuto in tutti i paesi avanzati e che in Italia ha dovuto attendere il 2015 quando la Cassazione prima e la Corte Costituzionale poi hanno emesso due sentenze positive che hanno riconosciuto e sancito tale possibilità. Per maggiore chiarimento va sottolineato che non tutte le persone transgender possono o vogliono sottoporsi a un intervento chirurgico molto invasivo e soprattutto irreversibile e che molte persone, con un adeguato sostegno e accompagnamento, raggiungono un loro equilibrio che va riconosciuto aldilà dell'intervento. L'adeguamento

mento del nome all'identità e alle sembianze, oltre al benessere personale, corrisponde a maggiori possibilità di inserimento socio lavorativo. Le problematiche, i bisogni e i diritti della comunità transessuale/transgender sono state e rimangono gli obiettivi delle associazioni presenti in Italia. Salute, benessere e accesso al lavoro rappresentano i capisaldi delle battaglie. Su queste problematiche sono stati costruiti servizi e progetti più o meno strutturati, garantiti, oltre che dal lavoro delle associazioni, anche dal sostegno delle istituzioni pubbliche. In questo senso va citato, come esempio di buone pratiche, il servizio che il MIT è riuscito a costruire a Bologna. Nel 1994 il Comune ha assegnato al MIT una sede, all'interno della quale è nato il primo Consultorio per la salute delle persone transgender direttamente gestito dall'associazione, finanziato dalla Regione Emilia Romagna e incorporato dall'Azienda Usl di Bologna. Composto da tre psicologhe, due endocrinologhe, una operatrice pari, il Consultorio registra ad oggi 1150 prese in carico provenienti dalla regione e da altre zone d'Italia. A questo servizio si sono aggiunti il progetto di riduzione del danno nel mondo della prostituzione, lo sportello lavoro MIT-CGIL, lo sportello legale, il progetto accoglienza abitativa sia per persone transgender in fragilità sociale che per richiedenti asilo e vittime di sfruttamento, l'intervento di sostegno in carcere per detenute transgender. Dal 2008 il MIT promuove inoltre il festival internazionale del cinema transgender chiamato Divergenti. Nell'ottobre 2015 in collaborazione con la ASL Città di Bologna il MIT ha tenuto il primo corso di formazione rivolto ai medici di medicina generale con risultati eccezionali in termini di interesse e di qualità. In aggiunta al MIT, altre iniziative simili sono state poste in essere da un numero crescente di associazioni presenti sul territorio italiano, per venire incontro alle richieste di servizi da parte dell'utenza.

Tanto si è fatto molto resta ancora da fare, in orizzonti di apertura con spirito di costruzione e di collaborazione per l'emancipazione di una parte importante di popolazione.

Porpora Marcasciano

MIT Movimento Identità Trans

Corrispondenza: mit.presidente@gmail.com

Bibliografia

1. Marcasciano, P., *Le tracce del transito: tratti e ritratti di un percorso*, in Ruspini E., Inghilleri M., *Transessualità e scienze sociali*, Napoli, Liguori, pp. 213-236. (2008).
2. Ricca, A.G., *Corpi d'eccezione. Storie di uomini e donne internati nel manicomio di Aversa 1880-1920*, Napoli, Filema (2005).
3. Schettini, L., *Il gioco delle parti: travestimenti e paure sociali tra Ottocento e Novecento*, Firenze, Le Monnier, (2011).
4. Vesce, MC., *Altri Transiti. Corpi, pratiche, rappresentazioni di femminili e transessuali*, Milano, Mimesis, (2017).
5. Voli, S., "Il parlamento può fare tutto tranne che trasformare una donna in uomo e un uomo in una donna". (Trans)sessualità, genere e politica nel dibattito parlamentare della legge 164/1982, in *Italia Contemporanea*, n. 287, pp. 75-103 (s.d.).

Parole inclusive

I comportamenti e i modi, ma innanzitutto le parole che si usano per approcciarsi agli altri, possono diventare strumenti di esclusione o di inclusione: molto dipende dai termini che si sceglie di usare.

Un linguaggio fatto di parole inclusive, produce come risultato una comunicazione non discriminante. “Il linguaggio è un potente strumento di creazione e cambiamento di oggetti sociali, di costruzione, rinforzo o revoca di classificazioni e distinzioni” [1]. Il linguaggio, quindi, può legittimare e ben rappresentare tutti i tipi di diversità e aiutare a far comprendere che siamo tutti uguali nelle nostre diversità.

Fino a pochi anni fa, la varianza di genere era un tema per poche persone mentre molti erano coloro che gridavano allo scandalo, se non alla follia. Non si poteva parlarne con nessuno, non ci si poteva confrontare o chiedere cosa fare, non si sapeva a chi rivolgersi. Le persone transgender molto spesso venivano stigmatizzate, marginalizzate, etichettate come persone di nessun valore e le parole usate nei loro confronti erano offensive, denigratorie, svalutanti.

Ultimamente sono stati compiuti molti passi avanti verso il riconoscimento delle persone transgender, ma la strada da percorrere per arrivare a una loro totale inclusione è ancora lunga: c'è ancora molto da fare. Il linguaggio usato per raccontare, comprendere e far comprendere le persone transgender e l'ampio spettro dell'identità di genere in cui si collocano, occupa un posto centrale lungo questa strada. Che sia in famiglia, a scuola, nelle istituzioni, nei media e social media, o tra gli amici, si può e si devono usare le parole corrette in una narrazione che sia inclusiva e rispettosa delle varie identità.

Le parole sono importanti e possono contribuire alla costruzione di un nuovo modello culturale. È necessario quindi informarsi, conoscere per smontare pregiudizi e stereotipi sulle persone transgender.

Come comportarsi quindi? Quali termini usare? Si possono mettere in atto degli accorgimenti, alcuni dei quali riassunti di seguito.

Il termine transgender sta ad indicare quelle persone la cui identità di genere e/o ruolo di genere non si allineano al sesso assegnato alla nascita [6]. Transgender però non è un aggettivo sostantivato, ma un aggettivo qualificativo per cui ci si riferisce a “una persona transgender” e NON a “un/una transgender”.

La parola “transessuale” invece è un termine che si tende ad usare con sempre minore frequenza, (si riferisce a quelle persone transgender che decidono di modificare il proprio corpo attraverso trattamenti ormonali e/o chirurgici).

I pronomi sono un elemento della nostra lingua a cui affidiamo uno dei fondamenti comunicativi della nostra identità, del nostro autodefinirci. Se stiamo parlando con qualcuno che non conosciamo bene, possiamo concentrarci sull’ascolto e cercare di capire che pronome quella persona usa per parlare di sé. Se poi siamo in confidenza, chiediamo direttamente alla persona interessata quale pronome usare, poiché le persone transgender possono usare pronomi e termini diversi per descriversi e per descrivere le loro esperienze. L’utilizzo di articoli, pronomi e desinenze non corrispondenti all’identità di genere della persona (*misgendering*), costituisce una forma di violenza verbale nei confronti della persona a cui non viene così riconosciuta l’autenticità della sua identità, delegittimandola. Ancora, può accadere che una persona transgender utilizzi in riferimento a sé stessa un nome e un pronome e poi, in un secondo momento, decida di cambiare nome e pronome. È sempre bene ascoltare chi si ha di fronte e usare nome e pronome richiesti.

Se non si riesce ad usare il maschile o il femminile in maniera corretta, ad es. durante una conversazione, si può ricorrere a formule neutre quali ad esempio:

- “Ti sei divertita/o?” con: “È stato divertente?”
- “Sei mai stata/o a Parigi?” con: “Hai mai visitato Parigi?”.

Usare il nome o i pronomi riferiti al passato di una persona transgender, senza il suo consenso, è una forma di violenza, anche se si sta parlando del vissuto di quella persona, perché non tutte le persone transgender si sentono a proprio agio con il loro passato.

Evitare di fare domande sul “prima”, chiedere di ciò che è stato può risultare irrispettoso ed inopportuno. È bene anche evitare di divulgare dettagli relativi al passato di una persona transgender, senza aver prima chiesto il suo consenso.

Utilizzare sempre il nome d’elezione della persona transgender, non chiedere mai il nome di nascita e, se lo si conosce, non rivelarlo senza il suo consenso.

Sarebbe meglio evitare espressioni quali: nato donna; nata uomo; biologicamente femmina; biologicamente maschio; geneticamente femmina; geneticamente maschio. E’ preferibile utilizzare:

- genere attribuito alla nascita: femmina,
- genere attribuito alla nascita: maschio.

Non fare outing, cioè non rivelare ad altri, senza il consenso della persona direttamente interessata, la sua condizione di persona transgender. È la persona transgender che decide quando e con chi rivelarsi: è lei a dettare i tempi del suo coming out.

Non fare domande del tipo: sei eterosessuale, gay, lesbica, bisessuale o transgender? producono confusione tra identità di genere e orientamento sessuale.

Evitare complimenti costruiti su stereotipi es: Sei uomo/donna al 100%! – Non si direbbe, sembri un uomo vero! – Sei bella per essere una donna trans, etc... Anche se all’apparenza sembrano complimenti, in realtà sottendono una certa ambiguità e una distanza e una differenza tra chi parla e la persona destinataria del “complimento”.

Evitare sempre e comunque di porre domande sugli interventi chirurgici da effettuare o effettuati, o sulla vita sessuale, o sui genitali, si tratta di domande che violano la vita privata di una persona e che normalmente non vengono poste a nessuno.

Evitare gli sguardi prolungati e invadenti per capire a quale genere appartenga una persona, perché possono essere percepiti come intrusivi e giudicanti e possono ferire.

Le persone transgender sono come le altre e vanno trattate come le altre.

Angela Ruocco
Centro Nazionale Malattie Rare
Istituto Superiore di Sanità

Corrispondenza: angela.ruocco@iss.it

Bibliografia

1. Bianchi, C., “*Hate Speech*” – *Il lato oscuro del linguaggio*, Bari, Laterza, (2021).
2. Bouman, W.P. et al., *Language and Trans Health*, International Journal of Transgenderism, Vol. 18, 2017. <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/15532739.2016.1262127>
3. MindOut, *Lesbian, gay, bisexual, trans and queer good practice guide*, MindOut: <https://mindout.org.uk/>
4. *Linee guida per un’informazione rispettosa delle persone LGBT*, Presidenza del Consiglio dei Ministri-Dipartimento per le Pari Opportunità e UNAR-Ufficio Nazionale Antidiscriminazioni Razziali a difesa delle differenze, (2013).
5. TGEU, *HumanRights & Gender Identity: Best Practice Catalogue*, (2017). <https://tgeu.org/human-rights-gender-identity-best-practice-catalogue/>
6. <https://www.infotrans.it/>

Complessità e linguaggio nella comunicazione con le persone transgender

L'ambiente complesso entro il quale siamo inseriti come esseri umani mette a dura prova le nostre strutture cognitive *di specie*. Infatti, esse sono incapaci di cogliere la complessità, costringendoci a ricorrere a particolari tipi di operazioni per acquisire la conoscenza, tra le quali una delle più utilizzate è la *semplificazione* (o *riduzione*), che seleziona solo alcuni dei dati e degli stimoli che riceviamo dall'ambiente per poi ricostruirli in un qualche "ordine" che non riesce tuttavia mai a esaurire la cosiddetta "realtà". Quest'ultima, infatti, è e si ostina a rimanere *complessa* cioè, per usare termini che provengono dall'ambito delle scienze informatiche, non interamente "computabile" o "processabile" da parte degli esseri umani. Ciò ha una prima importante conseguenza, consistente nel fatto che, per quanti sforzi si possano fare, non riusciremo mai a *conoscere* per intero quella realtà, perché rimarrà sempre uno scarto fra ciò che siamo in grado di ricostruire nei nostri schemi mentali e ciò che li *eccede*. Questo scarto è ciò che più comunemente chiamiamo "diversità".

L'aspetto più interessante e problematico della complessità è che non riguarda soltanto i cosiddetti "oggetti", insomma "le cose", ma anche i "soggetti", ovvero le altre persone umane. Infatti, com'è ormai noto, anche gli individui umani sono "sistemi complessi" e dunque dobbiamo semplificare o ridurre anche la categoria "persone", cercando persino in questo caso di ricostruire tutti gli stimoli e i dati che riceviamo in un ordine che funzioni. Tale semplificazione e riduzione vale anche per noi stessi in quanto esseri umani singoli. Quando infatti pensiamo a noi stessi e parliamo di noi stessi ad altri, siamo obbligati a definirci in un modo riassuntivo – prima di tutto attraverso il

pronomi “io” – pur sapendo che le parole e le definizioni che usiamo per presentarci e rappresentarci a noi stessi e agli altri non esauriscono quello che siamo. E lo stesso naturalmente vale anche per l’operazione di identificazione e categorizzazione degli altri, che ci è necessario fare per poterli riconoscere e per poter stabilire i modi più corretti per interagire con loro.

Per poter portare a termine questa continua operazione d’identificazione e categorizzazione con una qualche aspettativa di successo abbiamo fortunatamente a disposizione anche il “linguaggio”, che funziona come un insieme di strumenti sia per codificare gli stimoli e i dati in “informazioni”, sia per scambiare tali informazioni con gli altri esseri umani. La capacità di emettere suoni ricostruendoli e organizzandoli secondo particolari principi di ordine è una delle caratteristiche ritenute tipiche della specie umana. Invece, la sua rielaborazione e organizzazione in “codici” condivisi non è un dato naturale, ma un’operazione *culturale*, e i codici vengono trasmessi ai nuovi membri della comunità, garantendo che la comunicazione possa continuare da una generazione alla successiva. Tutti noi, infatti, abbiamo *imparato* vari tipi di linguaggio: il linguaggio verbale (le parole, la grammatica, ecc.), i linguaggi non verbali (i gesti, gli atteggiamenti, ecc.), i linguaggi visivi (immagini, ecc.) e così via.

Essi hanno tutti la stessa importanza, perché tutti assolvono alla funzione strumentale di codificare la realtà conferendole un ordine che possa risultare condivisibile e scambiabile, anche se spesso si dà maggior valore al linguaggio verbale, che dà ordine al mondo in cui viviamo, incluse le persone, attraverso la *nominazione* (l’atto di dare un nome). Nominare è non solo utile, ma necessario per orientarci nell’ambiente creando “etichette” e “categorie”, soprattutto quando incontriamo qualcosa di diverso o di nuovo, ritrovandoci così obbligati a colmare quello scarto prima menzionato fra gli schemi mentali (e quindi le conoscenze) a disposizione e gli stimoli e dati finora mai incontrati (e quindi non ancora *nominati*, ossia riassunti e ordinati in etichette e categorie apposite).

Ora, però, il fatto che i linguaggi siano culturalmente co-

struiti fa sì che possiamo più o meno continuamente modificarli per adeguarli alle nostre esperienze e principalmente allo scopo di modificare gli schemi mentali a nostra disposizione, cioè le nostre *conoscenze*. Infatti, una conseguenza piuttosto rilevante di questa possibilità e capacità di modificare il linguaggio è che possiamo far crescere di numero, e allo stesso tempo ampliare la portata, delle etichette e delle categorie che abbiamo a disposizione, con il risultato di poter ampliare, e anche sostituire almeno parzialmente, la selezione degli stimoli e dati in cui consiste in definitiva il nostro “conoscere”. Tuttavia, poiché non siamo in grado di “computare” la complessità, non dobbiamo mai perdere la consapevolezza che tale selezione avrà sempre carattere riduzionistico e semplificatorio.

Insomma, avere a disposizione tante parole, tante immagini, tanti gesti, atteggiamenti, ecc. e poterli anche modificare, sostituire e ricreare, vuol dire essere più capaci di orientarci nel mondo con meno diffidenza e paura delle differenze e delle novità che incontriamo. Un’importante conseguenza concreta è che l’ampliamento della conoscenza ci metterà in grado di ricorrere meno spesso a discorsi e comportamenti discriminatori verso gli altri. Infatti, tali discorsi e comportamenti sono dovuti proprio alla paura di ciò che è nuovo, sconosciuto o “mai visto e sentito” *solo perché ancora non lo si conosce*, ossia perché non riusciamo a farlo rientrare negli schemi mentali, etichette, categorie e “nomi” che abbiamo già a disposizione.

Quanto finora detto si può applicare anche alle questioni che riguardano:

- il *sex*, cioè l’insieme delle caratteristiche biologiche con le quali una persona nasce, per esempio i cromosomi sessuali, le gonadi, i genitali, gli ormoni sessuali e che conducono a categorizzare il corpo secondo il dualismo maschio/femmina.
- Il *genere*, cioè le caratteristiche costruite culturalmente e socialmente che vengono attribuite e imposte ai corpi definiti come maschili o femminili, e che si concretizzano nelle norme, nei ruoli e nelle pratiche ritenute più adeguate per ciascuno di quei corpi, riconfermando la definizione

data sulla base del dualismo maschio/femmina attraverso il ricorso al dualismo uomo/donna.

- La *sessualità*, cioè le varie forme di attrazione e di pratiche di esercizio dell'attività sessuale fra i corpi, di solito ridotte all'attrazione per i corpi identificati nel "sesso opposto" (eterosessualità) e nello "stesso sesso" (omosessualità), secondo il dualismo eterosessuale/omosessuale.

Anche in questo caso viene compiuta un'operazione di ordinamento della realtà che si realizza attraverso la riduzione della complessità a categorie, etichette e nomi che non sono però mai definitivi e univoci perché semplicemente semplificano il fenomeno complesso della sessualità umana. Proprio per questo, si deve presupporre che anche in questi ambiti ci sia bisogno di molte più parole, immagini, gesti, ecc., insomma di una *complessificazione dei linguaggi* per poter avere più strumenti a disposizione da usare nelle singole situazioni concrete, che sono sempre caratterizzate dallo scarto di cui si è già parlato.

Infatti nella realtà per come essa è (e non per come siamo costretti a ridurla, almeno in prima battuta) non nascono solo maschi o femmine, ma anche altri corpi che non si adeguano alla dicotomia maschio/femmina costruita per conferire loro un ordine. Inoltre, questi corpi non diventano solo uomini o donne, in modo lineare e univoco, ma anche altri generi. Infine, tali corpi mostrano la loro complessità anche dal punto di vista di ciò che definiamo attrazione sessuale. Non esiste infatti solo l'attrazione per i corpi di sesso opposto (eterosessualità) o per i corpi dello stesso sesso (omosessualità) ma esistono anche altri tipi di attrazione (bisessualità, pansessualità, per nominarne solo alcune, o anche la sua assenza – *asessualità*), che corrispondono alla complessità di quei corpi, per molta parte destinata a rimanere "irriducibile" a etichette e categorie. Inoltre, non si deve dimenticare che definire univocamente l'attrazione fra i corpi per mezzo di una delle etichette a disposizione diventa impossibile nel caso di tutti i corpi che non si conformano ai dualismi di sesso e di genere (si pensi ai corpi cosiddetti "intersessuali", ma anche a quelli "transessuali"). Senza contare la

pure importante questione della varietà di pratiche sessuali attraverso le quali ogni individuo – *ognuno di noi* – esercita o cerca di esercitare la propria capacità sessuale a partire dai propri desideri, preferenze e bisogni.

Per definire la varietà di sessi, generi e sessualità esistono molti termini, ma qui ci occupiamo solo dell'espressione *persone transgender*, che comprende in generale tutte quelle persone la cui identità di genere, e/o ruolo di genere, non è allineata al sesso assegnato alla nascita, ma che non necessariamente vogliono modificare il proprio corpo. Infatti, è necessario evitare di sovrapporre il termine “transgender” a quello di “transessuale”, perché le persone transessuali, che solitamente richiedono di poter modificare il proprio corpo per allinearlo al genere percepito, sono solo una parte della molto più ampia e variegata categoria delle persone transgender.

In generale, uno dei problemi più frequenti che incontrano le persone transgender è quello relativo all'uso del nome proprio e del pronome in cui non si riconoscono: infatti essi vengono usati dalle altre persone per indicarli e nello stesso tempo è loro richiesto socialmente e culturalmente di continuare a utilizzarli per auto-definirsi. A partire da quanto fin qui detto, ci potremmo allora domandare cosa fare in questo caso per usare un linguaggio corretto, per evitare che insorgano conflitti, per facilitare l'interazione comunicativa e anche per comportarsi in modo adeguato alle prescrizioni previste per la propria professione. Fra i molti strumenti a disposizione, il primo e il più adeguato è sicuramente *l'ascolto*.

L'ascolto, per come qui inteso, non riguarda soltanto la capacità di “udire” con gli organi preposti, ma più in generale quella di mettersi in una posizione ricettiva nei confronti delle informazioni che quella persona sta trasmettendo attraverso il ricorso a tutta la varietà di linguaggi di cui dispone (immagini, gesti, parole, ecc.), in modo da cogliere la sua diversità, ossia lo scarto fra ciò che ci sta comunicando e l'insieme di schemi mentali che abbiamo a disposizione *in quel momento* per interpretare la sua comunicazione. Ascoltare, dunque, implica anche essere disponibili a far sì che le informazioni ricevute pos-

sano modificare l'insieme di schemi mentali su cui *finora* confidavamo come se fosse l'unico possibile, anche allo scopo di ampliare la nostra conoscenza. Per fare solo un primo ma molto importante esempio, e rimanendo nell'ambito del solo linguaggio verbale, l'ascolto potrebbe e dovrebbe dirigersi verso la chiara ricezione del nome proprio e del pronome che quella particolare persona usa per identificarsi, per poi accettare di usare quelli, senza imporre la propria personale interpretazione, il proprio giudizio di valore o *pre-giudizio*, sulla correttezza o meno di quella scelta.

Come si è già detto in precedenza, infatti, i linguaggi intesi come strumenti comunicativi impiegati da e fra esseri umani servono prima di tutto per *scambiarsi informazioni* e il successo della comunicazione dipende quindi in primo luogo dal comprendere e accettare (senza necessariamente essere d'accordo) il modo in cui *entrambi o tutti* gli interlocutori si presentano con le parole, i gesti, gli atteggiamenti, ecc. Infatti, le informazioni sul *sé* più "corrette" non possono che provenire dagli individui singoli e concreti cui spetta stabilire, *prima* di qualsiasi incontro con "noi", con "voi" o con "loro" la propria identificazione, attraverso un proprio atto di nominazione. Così concepito, il primo incontro, la prima interazione comunicativa, dovrebbe svolgersi sul piano dell'ascolto e dell'accettazione della auto-presentazione del *sé*. Peraltro, per quanto quest'ultima possa apparire divergente, e magari persino "scorretta", rispetto all'ammontare delle conoscenze a propria disposizione, impostare invece l'incontro su quel piano permette di procedere con maggiore "trasparenza" e "tranquillità" alle interazioni comunicative successive, perché può servire a minimizzare almeno i più grossolani e potenzialmente conflittuali fraintendimenti, per quanto questi ultimi non possano essere mai del tutto eliminati, nonché a porre le basi per individuare, in modo il più possibile condiviso, successivi "strumenti" e "strategie" comunicative di successo.

Flavia Monceri

Dipartimento di Scienze Umanistiche,

Sociali e della Formazione, Università degli Studi del Molise

Corrispondenza: flavia.monceri@unimol.it

Bibliografia

1. Baron, D., *What's Your Pronoun? Beyond He & She*, New York-London, Liveright Publishing Corporation, (2020).
2. Crocetti, D., *L'invisibile intersex. Storie di corpi medicalizzati*, Pisa, Edizioni ETS, (2013).
3. Kiesling, S.F., *Language, Gender, and Sexuality: An Introduction*, Oxon-New York, Abingdon, (2019).
4. *Linee guida per un'informazione rispettosa delle persone LGBT*, Presidenza del Consiglio dei Ministri-Dipartimento per le Pari Opportunità e UNAR-Ufficio Nazionale Antidiscriminazioni Razziali a difesa delle differenze, (2013).
5. Monceri, F., *Oltre l'identità sessuale. Teorie queer e corpi transgender*, Pisa, Edizioni ETS, (2010).
6. Paoli, B., Ghisoni, A. e Cikada, M., *Guida Arcobaleno. Tutto ciò che devi sapere sul mondo LGBT+*, Torino, Golem Edizioni, (2018).
7. Ruspini, E. e Inghilleri, M. (a cura di), *Transessualità e scienze sociali. Identità di genere nella postmodernità*, Napoli, Liguori, (2008).
8. Stryker, S. e Whittle, S. (a cura di), *The Transgender Studies Reader*, New York-London, Routledge, (2006).
9. Stryker, S. e Aizura, A.Z. (a cura di), *The Transgender Studies Reader 2*, New York-Abingdon, Oxon, Routledge, (2013).

Etica del disgusto e trans-fobia. Una riflessione critica

Disgusto. Capita spesso di confondere un giudizio di disapprovazione mosso da una reazione emotiva basilare, quella del disgusto, con un giudizio morale. L'influenza delle emozioni nella formazione dei giudizi morali, prima osservata solo sotto il profilo clinico e antropologico, è attualmente oggetto di studi empirici nelle neuroscienze.

Esiste, infatti, una stretta connessione tra disgusto percettivo e disgusto (u)morale. Ad esempio, è stata dimostrata la correlazione tra il provare disgusto per un odore sgradevole, o per la sporczia di una stanza, e l'inasprimento di un giudizio di disapprovazione morale. In particolare, un famoso studio condotto nel 2008 ha evidenziato come l'esposizione ad un sapore sgradevole, in grado di attivare una reazione di disgusto *percettivo*, tale da elicitare una *emozione* di disgusto, sia sufficiente ad inasprire i giudizi di riprovazione riguardo a trasgressioni morali, tipicamente nei comportamenti sessuali. Uno studio successivo ha evidenziato una correlazione tra percezione dei sapori e giudizi morali: in un cospicuo numero di soggetti, la percezione di una bevanda che era stata offerta, come disgustosa, ha elicitato il sentimento di disgusto morale verso scene con comportamenti trasgressivi (anche in ambito sessuale) rappresentati in una serie di vignette che era stato richiesto di commentare esprimendo un giudizio su una scala di gravità crescente¹. Ulteriori esperimenti hanno dimostrato come il disgusto, ad esempio verso la presentazione di cibo in piatti sporchi, possa portare ad una più grave disapprovazione dell'omo-

¹ K. J. Eskine et al., *A Bad Taste in the Mouth: Gustatory Disgust Influences Moral Judgment*, "Psychological Science", 2011, 22(3) pp. 295-296.

sessualità. Una evidenza, questa, confermata in modo più diretto dalla dimostrazione che il disgusto morale e il disgusto fisico attivano le stesse aree cerebrali della corteccia temporale e frontale².

A commento di analoghi risultati, Francesco Margoni osserva come sembra esservi un collegamento tra l'emozione del disgusto e l'ideale della purezza, tra la rabbia e la rivendicazione a che sia fatta giustizia, tra il disprezzo, l'immagine sociale e l'onore³. I particolari collegamenti tra emozioni e aspetti della vita sociale o ambiti morali fanno sì che «sia ragionevole aspettarsi che, ad esempio, le emozioni negative (tra cui disgusto, rabbia e disprezzo) non inneschino semplicemente una credenza globalmente negativa, ma che, invece, influenzino la credenza morale in modo più sottile, guidando l'attenzione del soggetto valutante verso questo o quell'altro ambito socio-morale. Il disgusto, per fare un esempio, amplificherebbe i giudizi relativi ad argomenti i quali suscitano questioni di purezza (uno per tutti, la sessualità)»⁴. Di converso, successivi studi hanno dimostrato una forte interdipendenza tra le emozioni negative del disgusto e della rabbia: le espressioni verbali con cui negli studi sperimentali sono testate le reazioni emotive, confermano l'ipotesi di una forte inter-correlazione tra rabbia, disgusto e disapprovazione⁵. Similmente Maria Miceli e Cristiano Castelfranchi, osservano che «poiché il nucleo comune di tali emozioni è l'avversione verso qualcuno non sorprende come il termine rabbia sia spesso utilizzato per riferirsi complessivamente ad esse. Attualmente i confini tra il significato dei termini rabbia, risentimento, indignazione, riprovazione e disgusto non sono

² Ivi, p. 296, vedi anche B. O. Olatunji, B. D. Puncochar, *Effects of disgust priming and disgust sensitivity on moral judgement*, "International Journal of Psychology", 2016, Vol. 51, No. 2, 102-108.

³ Vedi anche la classificazione delle emozioni morali in D. Kollareth, J. A. Russell, *On the emotions associated with violations of three moral codes (community, autonomy, divinity)*, "Motiv. Emot.", 2017, 41, pp. 322-342.

⁴ F. Margoni, *Emozioni diverse per giudizi morali diversi?*, "Brainfactor", 21/5/2013, <http://www.brainfactor.it/emozioni-diverse-per-giudizi-morali-diversi/>

⁵ D. Kollareth, J. A. Russell, *On the emotions associated with violations of three moral codes (community, autonomy, divinity)*, "Motiv. Emot.", 2017, 41, p. 323.

tracciati con chiarezza. È stato persino messo in discussione che essi indichino in realtà stati emotivi differenti»⁶.

Una più recente analisi della relazione tra emozione di disgusto e giudizi morali, in cui sono presentati i risultati di uno studio empirico strutturato condotto in doppio cieco, ha problematizzato ulteriormente la questione evidenziando la differenza tra il *percepire* qualcosa come disgustosa e il provare l'*emozione* di disgusto. Gli autori inoltre sottolineano l'importanza di analizzare più approfonditamente il ruolo che la consapevolezza in merito alla effettiva fonte del disgusto può avere nella modulazione del giudizio morale⁷.

Il tema del disgusto ha acquisito analoga rilevanza anche nell'ambito della filosofia politica. Martha Nussbaum che ha dedicato al tema un'ampia riflessione, sembra ricollegarsi all'interpretazione del disgusto come disgusto da contaminazione⁸ originato dalla sensazione di essere contagiati o messi in pericolo da un oggetto, luogo o persona percepiti come impuri, infetti o nocivi. Nussbaum sottolinea come all'origine di molte argomentazioni politiche contro il riconoscimento dei diritti agli omosessuali si celi una reazione difensiva da evitamento, tipicamente maschile, all'idea del contatto con i fluidi e le secrezioni corporee (sperma, sangue e feci) che i rapporti omosessuali comporterebbero necessariamente. L'esposizione della fisicità del rapporto sessuale che caratterizzerebbe i rapporti omosessuali, percepiti come primitivi, ha infatti il potere di elicitare l'angosciante e disturbante consapevolezza dell'inalienabile animalità della corporeità umana⁹. Nussbaum correttamente distingue il disgusto per gli oggetti primari (definito in

⁶ M. Miceli e C. Castelfranchi, *Contempt and disgust: the emotions of disrespect*, "J. Theory Soc. Behav.", 2018, 48, p. 206.

⁷ B.O. Olatunji et al., *Effects of disgust priming and disgust sensitivity on moral judgment*, "International Journal of Psychology", 2016, Vol. 51, No. 2, p. 108.

⁸ B.O. Olatunji et al. *Specificity of disgust domains in the prediction of contamination anxiety and avoidance: a multimodal examination*, "Behavior Therapy", 2014 Jul; 45(4):469-81.

⁹ M. Nussbaum, *Disgusto e umanità, l'orientamento sessuale di fronte alla legge*, Il Saggiatore, 2011, p. 87.

termini tecnici “*core disgust*”)¹⁰ che ha una funzione adattativa in quanto segnala la presenza di un pericolo reale, dal disgusto di tipo proiettivo che non può essere accettabile come criterio di orientamento sul piano politico in quanto: «il legame di questo tipo di disgusto con il disprezzo di sé, la sua generalizzazione fondata su leggi di “magia simpatetica” e la sua tendenza ad imputare ad altri caratteristiche che sono presenti ma non riconosciute in sé stessi, sono tutti fattori che nel loro complesso rendono quel disgusto normativamente irrazionale e pieno di contraddizioni e spingono a usare gli altri come capri espiatori per la propria debolezza umana»¹¹.

Una dimensione ancora poco esplorata del disgusto proiettivo è data dal processo psicologico di interiorizzazione della trans-fobia, che porta a identificarsi con il pregiudizio e a percepirsi come l'altro ti percepisce, fino ad assumere totalmente l'odio proiettato, che può portare ad una profonda disistima di sé e alla perdita di ruolo sociale (finanche, in particolare negli adolescenti, all'autodistruttività)¹²: «chi è oggetto di pregiudizio e di rappresentazioni stereotipiche cariche di giudizi di valore (o sarebbe meglio dire, di disvalore), tende inconsapevolmente a mettere in atto (secondo i complessi meccanismi della profezia che si auto-avvera) comportamenti che reificano l'impossibilità di esprimere pienamente la capacità di sviluppare le proprie potenzialità in termini di conquista del benessere individuale, così come la capacità di apportare il proprio contributo allo sviluppo della società civile»¹³.

¹⁰ Per una approfondita analisi delle diverse forme di disgusto vedi, J. Rottman et al., *Developing Disgust: Theory, Measurement, and Application* in V. LoBue, et al., *Handbook on moral development*, Springer, 2019.

¹¹ Ivi, p. 90. Vedi anche dell'ILGA (The International Lesbian, Gay, Bisexual, Trans and Intersex Association), *State-sponsored Homophobia. A world survey of laws prohibiting same sex activity between consenting adults*, 2009.

¹² Per i dati sul tasso di suicidi vedi: *Discrimination on grounds of sexual orientation and gender identity in Europe*, cit., p. 106.

¹³ Rete Lenford, Avvocatura per i diritti LGBT, Rapporto conclusivo del progetto PON *Realizzazione di uno studio volto all'identificazione, analisi e trasferimento di buone prassi in materia di non discriminazione nello specifico ambito dell'orientamento sessuale e dell'identità di genere*, 2013, p. 27. Vedi anche E. McCann e M. Brown, *Discrimination and resilience and the needs of people who identify as Transgender: A narrative review of quantitative research studies*, “J. Clin. Nurs.”, 2017, 26, pp. 4080-4093.

In particolare, la reazione fobica verso il transessualismo, secondo la definizione più accreditata, è una forma di disgusto emotivo verso gli individui che non si conformano alle aspettative sociali sull'identità di genere. Simile all'omofobia, la paura o l'avversione verso gli omosessuali, la transfobia è il sentimento di repulsione verso donne maschiline o uomini effeminati, travestiti, transgender e transessuali. Il suffisso "fobia", indica la presenza di paura e odio irrazionali, in parte perpetuati dall'ideologia culturalmente dominante¹⁴.

Osservazioni raccolte da indagini condotte in più paesi dell'Unione europea, sembrano confermare che la reazione fobica è in particolare attivata dall'indeterminatezza, dalla impossibilità di una precisa collocazione delle persone transessuali e transgender, che elicitano "il perturbante" ovvero il riaffiorare dell'indifferenziata e perversa sessualità infantile. Infatti, le reazioni più violente sembrano suscitate da coloro che sono letteralmente "in transizione" non avendo ancora potuto o voluto completare il passaggio di genere: «curiosamente, coloro che non sono evidentemente persone transessuali, o le persone non transessuali che tuttavia non si conformano al genere, sono maggiormente esposti alla transfobia»¹⁵. Una simile osservazione sembra avvalorare l'ipotesi di una analogia tra tale forma di disgusto e il disgusto da contaminazione provato verso i cibi "impuri" tra cui sono inclusi principalmente le carni di animali la cui classificazione, in base alla tassonomia dei testi sacri, è incerta¹⁶.

Similmente, il Rapporto elaborato dall'Agenzia per i Dritti Fondamentali dell'Unione Europea, conclude che le persone transgender sono vittime di una peculiare forma di transfobia e di discriminazione che non ha nulla a che fare con il loro orientamento sessuale (in quanto esse possono essere omosessuali, lesbi-

¹⁴ D.B. Hill e B.L.B. Willoughby, *The Development and Validation of the Genderism and Transphobia Scale*, "Sex Roles", 2005, Vol. 53, Issue 7-8, pp. 531-544

¹⁵ L. Turner et al., *Transphobic Hate Crime in the European Union*, 2009, p. 7.

¹⁶ Vedi ad esempio la trattazione del disgusto verso le "cose fuori posto" in V. LoBue et al., *Handbook of emotional development*, Springer, 2019, p. 265.

che o eterosessuali) e che è più grave di quella subita dal resto della popolazione LGBT. I risultati dell'indagine condotta dall'Agenzia hanno rilevato una persistente discriminazione pressoché in tutti gli ambiti della vita pubblica, anche se particolarmente accentuata nell'ambito sanitario e lavorativo, che si manifesta in violenze fisiche e verbali, motivate dall'odio¹⁷. Il Rapporto a commento dei risultati raggiunti, osserva: «i nostri dati suggeriscono che le persone transessuali subiscono maggiori molestie rispetto alla popolazione omosessuale o lesbica, e sono vittime in misura tre volte maggiore di incidenti o crimini motivati dall'odio»¹⁸. Coerentemente a tale analisi, l'Agenzia individua una serie di misure a sostegno dell'applicazione delle norme antidiscriminazione già esistenti¹⁹, propone ulteriori misure di contrasto della violenza, anche verbale, e sollecita la Commissione europea a prevedere strumenti di indirizzo rivolti agli Stati membri affinché ne diano concreta attuazione²⁰.

L'emozione del disgusto provata dal cittadino comune, dall'"uomo della strada" nei confronti di omosessualità, lesbismo e transgenderismo sembra trovare giustificazione nell'ambito della cosiddetta "morale del senso comune", la quale è profondamente radicata nel desiderio di appartenenza al gruppo maggioritario e di opposizione e discriminazione verso il gruppo minoritario²¹. Tale dinamica è basilare e infantile il che ne fa supporre una origine evolutivamente ancestrale: «il piacere e il dolore sono sincronici tra migliaia di persone la cui unica similitudine è l'appartenenza sociale che le amalgama nel sentimento. Ma c'è qualcosa di più. Il piacere per la sofferenza di altre tribù. [...] Da dove inizia questa trama? Una possibilità è che essa abbia un radicamento

¹⁷ European Union Agency for Fundamental Rights, *Homophobia and Discrimination on Grounds of Sexual Orientation and Gender Identity in the EU Member States*, 2009, p. 13.

¹⁸ *ibidem*.

¹⁹ Per un quadro di sintesi vedi: Consiglio dell'Unione Europea, *Guideline to promote and protect the enjoyment of all human rights by lesbian, gay, bisexual, transgender and intersex (lgbti) persons*, 2013.

²⁰ *Ivi*, p. 14 e seg.

²¹ Vedi C. Scandurra et al., *Minority Stress, Resilience, and Mental Health: A Study of Italian Transgender People*, "Journal of Social Issues", Vol. 73, No. 3, 2017, pp. 563-585

evolutivo ancestrale, che la vocazione a difendere ciò che è proprio in qualche momento della storia dell'umanità sia stata vantaggiosa, e, quindi, adattativa»²². Mariano Sigman presenta, a sostegno di questa ipotesi, un recente esperimento di psicologia cognitiva condotto su bambini molto piccoli (non oltre i quattordici mesi) che ha dimostrato come essi abbiano una innata tendenza a preferire chi è simile (una marionetta che dichiara di condividere la preferenza per il gusto del cioccolato) anche se mostra un comportamento immorale (come il rubare all'altra marionetta), comportamento che, poco prima, bambini stessi avevano dimostrato di disapprovare.

La morale di senso comune condivisa dal gruppo maggioritario, porta, in nome della stabilità e coesione sociale, basata sui valori tradizionali e sulla famiglia eterosessuale²³, ad impedire ad adulti consenzienti di seguire il proprio orientamento sessuale e a costruire l'identità di genere, ovvero a limitare legalmente il diritto alla ricerca del nucleo dell'identità personale. Nussbaum, a commento di tali argomentazioni, osserva come la difesa dei valori tradizionali in materia sessuale non appaia più condivisibile dall'attuale maggioranza degli americani che considerano la ricerca della felicità sessuale «una componente molto intima e importante della ricerca della felicità, componente che riguarda il nucleo profondo del sé. Non si può affidare questa materia a un'ossessione temporanea della maggioranza: abbiamo motivi di ritenere che l'espressione sessuale sia legata al nucleo centrale dell'identità e della personalità di un individuo e agli aspetti più intimi della sua continua e difficile ricerca di significato. Per questo motivo, è lecito concludere, è importante che gli individui possano gestire le scelte che riguardano la loro vita sessuale in modo autonomo e senza interferenze dello Stato»²⁴.

²² M. Sigman, *La vita segreta della mente*, UTET, 2017, p. 48.

²³ Un recente Rapporto dell'ILGA (International Lesbian and Gay Association) e di TransGender Europe, ha evidenziato come in alcuni stati dell'Unione gli omosessuali e le lesbiche siano considerati traditori dei valori, dell'ordine e dell'unità nazionale in S. Whittle et al., *Transgender Eurostudy: Legal Survey and Focus on the Transgender Experience of Health Care*, 2008.

²⁴ Ivi, p. 102.

Il genere e la sessualità, infatti, sono parte integrante dell'identità personale, e costituiscono la componente più intima della sfera della vita privata. In questo senso sono oggetto di una specifica tutela normativa, assicurata in primo luogo dall'articolo 8 della Convenzione per la salvaguardia dei diritti dell'uomo e delle libertà fondamentali del Consiglio d'Europa e dall'articolo 7 della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea (divenuta vincolante in seguito all'entrata in vigore del Trattato di Lisbona, nel quale è inclusa). Il diritto alla vita privata è stato ribadito da strumenti di regolazione in ambito bioetico, quali la Convenzione sui diritti dell'uomo e la biomedicina del Consiglio d'Europa (articolo 10 "Vita privata e diritto all'informazione") che ne ha statuito la rilevanza quale principio bioetico fondamentale, soprattutto negli ambiti in cui esso è più direttamente connesso alle garanzie di integrità, libertà e autodeterminazione sul proprio corpo, e alle misure di protezione riguardo le possibili utilizzazioni dei dati sanitari.

Tale diritto, inoltre, osserva il Consiglio d'Europa, ha un ampio ambito di applicazione e comporta per gli Stati dell'Unione degli obblighi positivi che vanno oltre la semplice protezione degli individui. Essi implicano, in particolare, la previsione di strumenti giuridici per il riconoscimento dell'identità di genere, misure per garantire l'eguaglianza di trattamento e la non discriminazione lavorativa, l'inserimento nei piani sanitari delle terapie e dei trattamenti per la transizione di genere al fine di consentire un accesso equo alle cure²⁵.

Nella Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea il diritto al rispetto della vita privata e familiare (art. 7) è distinto dal diritto alla protezione dei dati (art. 8) sebbene entrambi siano collocati nella sezione riguardante la libertà. Si tratta di una distinzione che rende conto dell'evoluzione stessa del concetto di *pri-*

²⁵ Consiglio d'Europa, *Discrimination on grounds of sexual orientation and gender identity in Europe*, 2011, p. 83.

*vacy*²⁶. Originariamente intesa come libertà negativa, ovvero come diritto a eliminare o ridurre l'ingerenza di soggetti esterni nella vita privata, può, in questa accezione, essere ricollegata idealmente all'*Habeas Corpus*, primo rudimento giuridico che riconosce un limite del potere sui corpi dei sudditi. Su queste basi giuridiche, come abbiamo visto, è stata impostata l'argomentazione liberale di Martha Nussbaum contro la liceità della pretesa della maggioranza di negare il diritto alla libertà di orientamento sessuale alla minoranza. L'evoluzione successiva ha visto il diritto alla *privacy* quale preconditione per l'esercizio di altri diritti e libertà fondamentali, tra cui la libertà positiva di sviluppare la propria personalità e di partecipare in modo autonomo alla vita politica e sociale, libertà che richiede in modo sempre più stringente il controllo sui propri dati personali.

Le dinamiche legislative e culturali di questi anni dimostrano come la contrapposizione frontale tra primazia della libertà o della dignità non sia più proponibile. Questo comporta, come osserva lo stesso Consiglio d'Europa, che: «i poteri pubblici non abbiano solo un dovere negativo di astensione, di non interferenza nelle sfere individuali. Devono anche agire perché vi siano le condizioni positive che permettano a ciascuno di vivere in condizioni di dignità. Il diritto alla *privacy* rappresenta proprio una di queste essenziali condizioni»²⁷.

Il diritto alla *privacy* diviene, così, strumento per proteggere la dignità inviolabile delle persone, che declinata quale il principio dell'essere fini in sé stessi e mai semplice mezzo per gli altri, sussume il diritto a definire e costruire tale finalità facendo sì che la propria vita rispecchi il più possibile il rispetto di sé e la propria immagine: «intesa come diritto di essere sé stessi, l'identità sessuale non può essere descritta come il semplice por-

²⁶ R. Gellert, S. Gutwirth, *The legal construction of privacy and data protection*, Computer law & security review, 2013, 29, 2013, pp. 533-530.

²⁷ S. Rodotà, *Privacy, libertà, dignità, Discorso conclusivo alla Conferenza internazionale sulla protezione dei dati*, Wrocław (PL) 14-16 settembre 2004, pubblicato sul sito web di Privacy.it

tato di una logica individualistica o l'effetto della pretesa di autorappresentarsi, ma si colloca nella dimensione della soggettività»²⁸. Il processo di definizione della propria identità richiede intimità, la possibilità di un rapporto inviolato con sé stessi, il cui rispetto è certamente il cuore del riconoscimento della dignità umana.

La distinzione tra i due principali diritti connessi alla tutela della sfera privata, diviene tuttavia essenziale al fine di comprendere in tutta la loro ampiezza gli aspetti della vita individuale potenzialmente implicati. Il diritto alla *privacy* intesa come "diritto ad essere lasciati soli" e a proteggere le scelte e gli aspetti più intimi della propria vita da ingerenze esterne, non legittimate da un definito e superiore interesse comune o da una legge, è declinabile come libertà negativa, libertà "da", diversa dal diritto alla protezione dei propri dati personali. Quest'ultimo riconosce il diritto al controllo sull'uso che gli altri fanno delle proprie informazioni personali, condizione essenziale, sebbene non sufficiente, per poter effettuare delle scelte al riparo dalla stigmatizzazione sociale e dai (pre)giudizi, ovvero giudizi culturalmente pre-codificati e astratti, privi di empatia e di immaginazione²⁹.

Mentre, infatti, il diritto alla sfera privata (diritto all'intimità), rende possibile la tutela della vita sessuale, il diritto alla protezione dei dati personali consente di fare scelte essenziali (quali il nome e l'identità di genere) riguardanti il lato "pubblico" della *privacy* ovvero gli aspetti visibili della propria identità e condotta. Il controllo sui dati che riguardano la propria identità pubblica è, come evidente, di importanza cruciale nel processo di transizione di genere, e può essere interpretato come condizione per un reale esercizio del diritto di autodetermina-

²⁸ S. Rodotà, *Diritto d'amore*, Editori Laterza, 2015, p. 129.

²⁹ Le implicazioni di quest'ultima declinazione del diritto alla *privacy*, che è oggetto di una fitta rete di norme, tra cui principalmente il recente Regolamento generale sulla protezione dei dati (Regolamento UE 2016/679), sono naturalmente di enorme rilevanza per la vita degli individui.

zione e autonomia, come argomentato in alcune recenti sentenze della Corte di Strasburgo³⁰.

Purtroppo, però, il processo di transizione di genere, è ancora oggetto in tali documenti di un “diritto crudele”. Ad esempio, la Corte europea dei diritti dell’uomo nell’applicare la Convenzione sui diritti umani ha stabilito in diverse sentenze che gli Stati membri dovrebbero riconoscere alle persone che intendono cambiare genere la possibilità di sottoporsi ai trattamenti chirurgici necessari alla riassegnazione del genere e inserire tali prestazioni nei livelli essenziali di assistenza³¹.

Proprio l’accento posto sul diritto agli “interventi medici necessari”, mette in evidenza l’impostazione teorica dominante fino a pochissimi anni fa, e ancora influente in molti paesi, basata sulla sovrapposizione tra identità di genere e orientamento sessuale (inteso come espressione del desiderio per un altro essere umano veicolato o meno da un investimento affettivo). Inoltre, tuttora, la diagnosi di disforia di genere è in molti Stati la condizione per l’accesso alla transizione di genere, diagnosi che in quanto riferita ad un disturbo psichiatrico può portare ad un forte limitazione della libertà di autodeterminazione.

Solo nel 2018, l’*International Classification of Diseases* (ICD-11), ha espunto la disforia di genere dal capitolo dei disturbi mentali, prevedendo il capitolo *incongruenza di genere* nell’ambito della sezione dedicata alle “Condizioni relative alla salute sessuale”. Nella versione dell’aprile 2019 del documento l’incongruenza di genere è definita come «caratterizzata da una marcata e persistente *incongruenza tra il genere* vissuto da un individuo e il genere assegnato. Il differente comportamento di genere e le sole preferenze non costituiscono elementi sufficienti alla diagnosi di

³⁰ Per un esame vedi: Alto Commissario per i diritti dell’uomo, *Human Rights and Gender Identity*, 2009.

³¹ Ivi, p. 9.

incongruenza di genere»³². Si noti, inoltre, come il più recente aggiornamento del Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM-V) non classifichi più la disforia di genere nell'ambito delle patologie psichiatriche (quale disordine dell'identità di genere), descrivendola come una incongruenza di genere che può, ma non necessariamente, essere causa di disagio psichico. Coerentemente, per la prima volta, il manuale prende in considerazione l'esistenza di identità non binarie uomo/donna³³.

A testimonianza delle pesanti conseguenze che la classificazione psichiatrica del transessualismo ha avuto e ha tuttora in diverse realtà, merita riportare alcuni brani di un discorso tenuto solo cinque anni fa all'*International Day Against Homophobia, Transphobia and Biphobia*, da un gruppo di esperti delle Nazioni Unite³⁴: “le classificazioni mediche patologizzanti e stigmatizzanti relative all'identità di genere sono utilizzate per giustificare la necessità di sottoporre le persone transessuali, anche molto giovani, a sterilizzazione coercitiva, terapia ormonale, interventi chirurgici, valutazioni psichiatriche e altre forme di abuso. Tali classificazioni patologiche creano ostacoli indebiti nell'accesso a interventi medici sicuri per il cambiamento di genere e possono causare il ricorso a pratiche clandestine potenzialmente letali”³⁵. Le persone transgender sono spesso vittime, inoltre, di diverse forme di abuso e di violenza fisica e verbale fino alla violenza sessuale “correttiva”. Il gruppo di esperti conclude sottolineando come la coercizione a tali trattamenti, quali la “conversione” o la “terapia riparativa” vada ben oltre l'abuso sino a configurare una forma di tortura e di trattamento crudele, inumano e degradante³⁶.

³² <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/411470068>

³³ *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, Raffaello Cortina, 2014

³⁴ “*Pathologization – Being lesbian, gay, bisexual and/or trans is not an illness*” For International Day against Homophobia, Transphobia and Biphobia - Tuesday 17 May 2016, discorso del gruppo di esperti delle Nazioni Unite.

³⁵ *ibidem*.

³⁶ Vedi R. McCullough, *The Counseling Experiences of Transgender and Gender Non-conforming Clients*, “*Journal of Counseling & Development*”, 2017, Vol. 95, pp. 423-434.

Lo stesso diritto può come dicevamo, presentarsi con un aspetto “crudele”. La «rettificazione giuridica dell’attribuzione di sesso» impone in molti paesi pesantissime operazioni e un lungo trattamento ormonale, «come condizione necessaria per il mutamento dell’identità nei registri dello stato civile e quindi della possibilità di presentarsi socialmente facendo coincidere sesso legale, fisico e psicologico», tuttavia continua Stefano Rodotà «per realizzare questa armonia tra vita, corpo e diritto non sempre è necessario passare attraverso la dolorosa, irreversibile e psicologicamente pesantissima modificazione dei caratteri sessuali»³⁷. Una richiesta ingiustificata che può non essere necessaria se si adotta un diritto mite, un diritto, per dirla con Martha Nussbaum, fondato sulla capacità di immaginare le condizioni dell’altro, e che Rodotà descrive nei termini seguenti: «per la riconciliazione tra percezione del sé e identità sessuale può essere sufficiente una procedura soltanto giuridico-formale di mutamento del nome e del sesso nei registri dello stato civile, permettendo così di presentarsi socialmente in conformità con il sesso psicologico. Un diritto mite al posto di un diritto crudele, che subordina il riconoscimento dell’identità sessuale al sacrificio di una parte del corpo»³⁸. Una interpretazione questa che sembra confermata da una sentenza della Corte di Cassazione che non richiede l’obbligo dell’intervento chirurgico³⁹ e successivamente anche da una sentenza della Corte Costituzionale, in cui si riconosce la possibilità di cambiamento del sesso anagrafico anche senza intervento chirurgico, in quanto tale intervento va inteso come funzionale al benessere dell’individuo e non quale prerequisito per accedere al procedimento di rettificazione⁴⁰.

Una ultima riflessione merita, a conclusione di quanto sin qui esposto, il diritto all’oblio, tutelato da Regolamento generale sulla protezione dei dati, quale diritto alla cancellazione (art. 17). A noi però la declinazione quale diritto all’oblio pare

³⁷ S. Rodotà, *La vita e le regole*, Feltrinelli, 2009, p. 88.

³⁸ *ibidem*.

³⁹ Corte di Cassazione, 20 luglio 2015, n. 15138.

⁴⁰ Corte Costituzionale, sentenza n. 180 del 13 luglio 2017.

più pertinente poiché rimanda non ad una semplice cancellazione dei dati ma a ciò che con essa si vuole ottenere, ovvero la possibilità che la propria precedente identità possa essere dimenticata, in modo da poter finalmente essere percepiti, oggi, per quello che si è realmente. Il diritto alla cancellazione è in questo senso uno strumento essenziale, affinché come si accennava precedentemente, i dati che mi riguardano non siano utilizzati in modo avulso dal nuovo contesto della mia vita, senza capacità di immaginazione e di rispetto. Riappropriarsi del dominio sui dati personali e sull'immagine di sé diviene così un modo di riappropriarsi della propria storia per costruire un nuovo futuro⁴¹. Nato per contrastare l'eterna memoria di internet, che tende a cristallizzare la vita delle persone in frammenti immutabili esposti all'uso distorcente altrui, il diritto all'oblio diviene «strumento di tutela rispetto al rischio della “biografia ferita”, in quanto consente di eliminare l'insieme eterogeneo di informazioni e immagini che non rappresentano o non rappresentano più, la complessità dell'io attuale»⁴².

Proprio per tutelare questa possibilità di ri-descrivere la propria storia, alla medicina e soprattutto alla medicina estetica, spetta il compito di custodire il segreto del paziente, contenendo il desiderio di condividere con altri la difficoltà, l'imbarazzo, la delicatezza di questo lavoro. La capacità di tutelare la sfera privata è così una capacità di tutela che diviene misura dell'effettivo rispetto dell'altrui dolore e speranza.

Elena Mancini

Consiglio Nazionale delle Ricerche, Roma

Corrispondenza: elena.mancini@cnr.it

⁴¹ Vedi di G. Cavallari, *Il diritto all'oblio alla luce del recente Regolamento 2016/679*, 10 giugno 2019, jusinitinere.it

⁴² Intervento del Presidente dell'Autorità Garante per la protezione dei dati personali A. Soro all'incontro: *Verso una nuova privacy?*, 6 ottobre 2017.

La salute delle persone transgender: il ruolo dell'Istituto Superiore di Sanità

La Medicina di Genere studia l'influenza delle differenze biologiche (definite dal sesso) e socio-economiche e culturali (definite dal genere) sullo stato di salute e di malattia di ogni persona. Infatti, molte malattie comuni a uomini e donne presentano spesso differenze di genere nella prevalenza, quadro clinico, risposta alle terapie e reazioni avverse ai farmaci. Anche l'accesso alle cure presenta rilevanti diseguglianze legate al genere. Un approccio di genere alla medicina è ormai da anni promosso dalle principali agenzie e istituzioni internazionali, quali l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e l'Organizzazione delle Nazioni Unite (ONU), che hanno suggerito l'adozione di politiche atte allo sviluppo di nuove strategie sanitarie preventive, diagnostiche, prognostiche e terapeutiche "genere specifiche". A riguardo, in Italia un importante passo avanti è stato fatto nel 2017 con l'attivazione del Centro di Riferimento per la Medicina di Genere presso l'Istituto Superiore di Sanità (ISS) con l'obiettivo di: (1) sviluppare attività formative e divulgative dedicate alla diffusione della Medicina di Genere; (2) creare e sviluppare una rete dei centri italiani che si occupino di Medicina di Genere e ampliare questa rete a livello europeo; (3) promuovere la ricerca per studiare i meccanismi alla base delle differenze di genere. Un ulteriore passo avanti è stato fatto nel 2019 con l'approvazione, da parte della Conferenza Stato-Regioni, del "Piano per l'applicazione e la diffusione della Medicina di Genere" in attuazione dell'articolo 3, comma 1, Legge 3/2018 [1]. Il Piano è nato dall'impegno congiunto del Ministero della Salute e del Centro di Riferimento per la Medicina di Genere con la collaborazione di un tavolo tecnico-scientifico di esperti regionali e di referenti per la Medicina di Genere della rete degli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

(IRCCS) nonché dell’Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) e dell’Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS). Il Piano, al fine di garantire la qualità e l’appropriatezza delle prestazioni erogate dal Servizio Sanitario Nazionale (SSN) in modo omogeneo sul territorio nazionale, fornisce un indirizzo coordinato e sostenibile per la diffusione della Medicina di Genere definendo gli obiettivi generali e gli obiettivi specifici da raggiungere in quattro aree strategiche: (1) percorsi clinici (prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione); (2) ricerca e innovazione; (3) formazione e aggiornamento professionale; (4) comunicazione e informazione. Con lo scopo di assicurare l’avvio, il mantenimento nel tempo e il monitoraggio delle azioni previste dal Piano, aggiornando nel tempo gli obiettivi in base ai risultati raggiunti, nel 2020, è stato inoltre istituito presso l’ISS l’Osservatorio dedicato alla Medicina di Genere [1].

Sulla base delle indicazioni previste dal Piano e in linea con la *mission* del Centro di Riferimento per la Medicina di Genere, una delle linee di ricerca del Centro riguarda il benessere e la salute delle persone transgender che rappresentano una fascia di popolazione vulnerabile con difficoltà di accesso non solo all’assistenza sanitaria, ma anche a risorse determinanti nel settore sanitario come l’istruzione, l’occupazione e l’alloggio [2]. Alcune persone transgender intraprendono un percorso medico di affermazione di genere (ad esempio la femminilizzazione o la mascolinizzazione del corpo attraverso terapie ormonali e/o chirurgiche). Come evidenziato da una ricerca condotta e pubblicata dall’Agenzia dell’Unione europea per i diritti fondamentali (FRA) [3], il percorso di affermazione di genere rappresenta una fase particolarmente critica nella vita di una persona transgender. Infatti, durante questo periodo, che può protrarsi anche a lungo a causa di differenti ostacoli (per esempio, carenza di informazioni e servizi mirati), la discrepanza fra aspetto esteriore e i documenti anagrafici può costituire un volano di discriminazioni a partire dalle basilari attività quotidiane. In particolare l’Italia, insieme all’Ungheria, è uno dei paesi europei in cui le persone transgender si sentono più discriminate.

In aggiunta, nonostante l'interesse crescente da parte della comunità scientifica, la tematica relativa alla salute transgender rimane un argomento sottovalutato dal punto di vista dell'attività di ricerca. La scarsità di dati sulla numerosità della popolazione transgender [4; 5], sullo stato di salute generale e sugli effetti a lungo termine del trattamento ormonale e/o chirurgico di affermazione di genere [6; 7] sono tra le principali lacune conoscitive che necessitano di essere colmate quanto prima al fine di una programmazione sanitaria mirata ed efficace per questa popolazione. Per operare un cambiamento qualitativo dell'assistenza sanitaria si rende inoltre necessaria una formazione specifica degli operatori sanitari. Infatti, come evidenziato da un recente sondaggio condotto in Europa [8], la formazione degli operatori sanitari in questo senso è lasciata per lo più all'iniziativa e alla sensibilità personale e in Italia, ad oggi, sono ancora poche le università che hanno incluso nelle loro offerte formative corsi dedicati alla salute transgender. Lo stesso sondaggio [8] ha evidenziato che la mancanza di conoscenze relative alla salute transgender, così come l'uso di una terminologia inappropriata (per esempio uso non corretto del nome) da parte degli operatori sanitari, rappresentano le maggiori criticità riscontrate dagli utenti che spesso, come conseguenza, decidono di non accedere ai servizi sanitari (o se ne allontanano dopo un primo accesso) ricorrendo talora all'auto-somministrazione di farmaci, in particolare gli ormoni sessuali, in assenza di adeguati controlli medici.

Risulta quindi urgente l'attuazione di una politica sanitaria maggiormente inclusiva di questa fascia di popolazione così da garantire una piena equità di accesso alle cure e, in ultimo, una piena inclusione sociale. A riguardo, in linea con la sua *mission*, il Centro di Riferimento per la Medicina di Genere ha attivato una serie di iniziative che riguardano il benessere e la salute delle persone transgender nell'ambito della ricerca (per esempio studi sullo stato di salute generale in termini di stili di vita, accesso ai servizi sanitari, appropriatezza delle cure), formazione di professionisti che sono coinvolti, a vari livelli, nella tematica transgender, e comunicazione/informazione al cittadino. In questo contesto si inserisce la creazione di una stretta rete di collaborazioni tra

il Centro e l'Ufficio Anti Discriminazioni Razziali della Presidenza del Consiglio dei Ministri (UNAR), il Ministero della Salute, l'AIFA, le Università, i centri clinici e le associazioni transgender. In particolare, vogliamo ricordare la creazione, in collaborazione con l'UNAR, nel maggio 2020, di Infotrans.it [9] il primo portale web istituzionale che mette a disposizione, con un linguaggio accessibile e con facilità di consultazione, informazioni sanitarie e giuridiche dedicate alle persone transgender.

Il sito contiene informazioni aggiornate riguardanti la prevenzione, la salute e il percorso di affermazione di genere (il supporto psicologico, il trattamento ormonale e chirurgico), la tutela dell'identità di genere, il diritto al cambio dei documenti e le norme da conoscere prima di affrontare eventuali interventi chirurgici di affermazione di genere oltre ai principali falsi miti e "bufale" che circolano sul tema. Infotrans include inoltre una mappa di tutti i punti di riferimento sul territorio che offrono servizi dedicati alle persone transgender, dalle associazioni ai centri clinici pubblici, ai consultori e ai punti di ascolto. Infine, Infotrans è una piattaforma web predisposta anche per contenere buone pratiche per i professionisti, dall'ambito scolastico-educativo a quello socio-sanitario, lavorativo, sindacale, giuridico-legale, istituzionale, della comunicazione e dell'informazione. Da qui la necessità di ampliare la rete di collaborazioni in atto includendo le istituzioni di riferimento per ciascun ambito. Infotrans ha già suscitato l'interesse del Consiglio d'Europa, ci proponiamo quindi, come ulteriore passo, l'esportazione di questo modello attraverso la rete di collaborazioni internazionali delle istituzioni coinvolte nel progetto.

In conclusione, queste iniziative rappresentano un primo passo verso l'effettiva presa in carico dal punto di vista sanitario delle persone transgender. A riguardo, il coinvolgimento degli operatori sanitari, in particolare dei medici di medicina generale che rappresentano la prima interfaccia del SSN con gli utenti, è fondamentale per il raggiungimento degli obiettivi proposti.

Marina Pierdominici, Matteo Marconi,
Paola Matarrese, Alessandra Carè

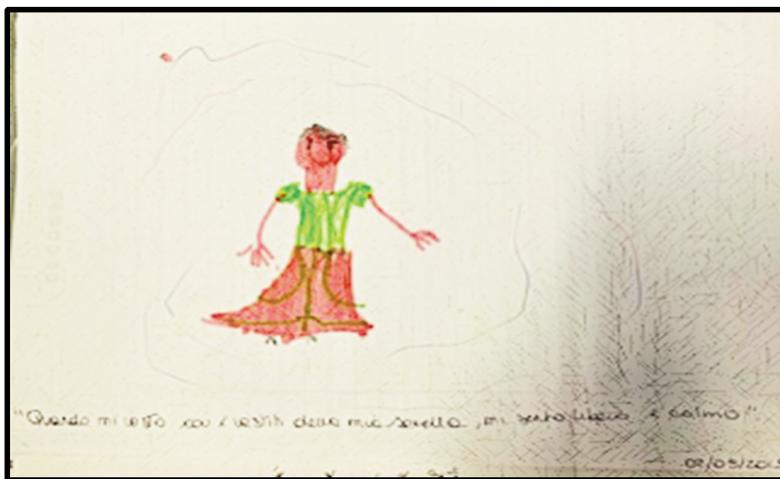
Centro di Riferimento per la Medicina di Genere

Corrispondenza: marina.pierdominici@iss.it

Bibliografia

1. <https://www.iss.it/osmg-documenti>
2. Winter, S., Diamond, M., Green, J. et al. *Lancet*. (2016); 388(10042):390-400.
3. <http://fra.europa.eu/en/publication/2014/being-trans-eu-comparative-analysis>
4. Collin, L., Reisner, S.L., Tangpricha, V., Goodman, M., (2016), Prevalence of Transgender Depends on the “Case” Definition: A Systematic Review. *J Sex Med.*; 13(4):613-26.
5. Caldarera, A. & Friedemann, Pfafflin. (2011). Transsexualism and Sex Reassignment Surgery in Italy. *International Journal of Transgenderism*; 13(1):26-36.
6. Matarrese, P., Giordani, L., Benedetti, M. et al. (2019) Biomedical issues in transgender health research. *Ital J Gender-Specific Med*; 5(2):74-81.
7. Reisner, S.L., Poteat, T., Keatley, J., et al. (2016). Global health burden and needs of transgender populations: a review. *Lancet*; 388(10042): 412-436.
8. Overdiagnosed but Underserved. Trans Healthcare in Georgia, Poland, Serbia, Spain, and Sweden: Trans Health Survey. <https://tgeu.org/tag/trans-health-survey/>
9. <https://www.infotrans.it/>

Varianza/incongruenza di genere nell'infanzia: il supporto psicologico



“When I wear my sister’s clothes, I feel free and calm”

Il disegno qui riportato è stato fatto da un bambino cui ci riferiremo con il nome di fantasia di M. che all’età di 6 anni ha iniziato un percorso di approfondimento della propria identità di genere. M. presenta, infatti, alcuni comportamenti di un bambino con varianza di genere tra cui, come rappresentato nel disegno, il *cross-dressing*. M. si disegna indossando la gonna della sorella che non solo riflette la personale preferenza per abiti tipicamente considerati femminili, ma il cui uso si associa a una sensazione di libertà e tranquillità (*Quando mi vesto con i vestiti della mia sorella, mi sento libero e calmo*). È in tal modo che M. afferma, infatti, di sentirsi bene e completamente se

stesso. Oltre a ciò, M. racconta di avere amiche prevalentemente femmine, che quando gioca con loro preferisce avere il ruolo della *Sirenetta*, ma che tende a nascondere tali comportamenti perché è stato più volte deriso dai compagni e ciò lo ha fatto sentire triste.

Sono molti i bambini che come M. possono manifestare già molto precocemente comportamenti potenzialmente indicatori di una varianza di genere [6]. In generale, si tratta di bambini che possono affermare di appartenere al genere opposto a quello assegnato alla nascita (M. non lo afferma e per questo ne scrivo al maschile), oppure che assumono costantemente un ruolo di genere tipico del genere opposto nei giochi di simulazione [1;10]. In alcuni casi, può esserci insoddisfazione o un vero e proprio disagio nei confronti delle caratteristiche sessuali del corpo o la fantasia che queste si modificheranno nella direzione del genere desiderato durante la crescita (per esempio, un bambino assegnato maschio alla nascita che nasconde il pene tra le gambe e dice che da grande crescerà il seno).

Le tematiche che ruotano attorno alla varianza di genere in età evolutiva stanno diventando oggetto di crescente attenzione e interesse in campo sociale, psicologico e medico [15]. Ciò si riflette anche nel progressivo aumento di richieste nei centri dedicati da parte di famiglie di bambini e/o adolescenti [16; 4]. Pur rappresentando, infatti, la varianza di genere un normale e atteso esito di sviluppo, alcuni genitori possono manifestare delle preoccupazioni o richiedere consulenze specialistiche. Per esempio, alcuni possono sentirsi disorientati e aver bisogno di uno spazio per approfondire il significato dei vissuti e dei comportamenti del figlio. Altri possono sentirsi non preparati rispetto alla gestione di situazioni specifiche nel quotidiano. *Posso mandare mio figlio a scuola con gli abiti che desidera? È giusto chiamarlo con il nome che ha scelto? Rischio di confondergli le idee? Come posso proteggerlo ed evitare che non sia preso in giro?*

La varianza di genere in infanzia può associarsi a diverse traiettorie di sviluppo. Mentre l'infanzia è caratterizzata da una fluidità degli esiti, quando la varianza di genere persiste in ado-

lescenza, raramente desiste, ovvero è molto poco probabile che un adolescente transgender smetta di sentirsi tale [13; 14].

La letteratura scientifica descrive i bambini con varianza di genere con un funzionamento psicologico non compromesso quando vivono in ambiente accogliente e accettante rispetto alla non conformità di genere [10].

L'adolescenza rappresenta invece una fase evolutiva più complessa. Gli studi scientifici descrivono trasversalmente, infatti, tale periodo come caratterizzato da una maggiore vulnerabilità psicologica e come il momento in cui i problemi psicologici o le psicopatologie tendono ad avere esordio o a intensificarsi soprattutto in termini di disturbi dell'umore, disturbi d'ansia, isolamento sociale e in alcuni casi anche di aumento del rischio suicidario [6; 5; 3; 12; 7]. Tale compromissione psicologica sembra dipendere da vari fattori. Il contatto con un ambiente transfobico e stigmatizzante porta all'interiorizzazione di un'immagine negativa di sé e alla difficoltà di accettare la propria condizione. Inoltre, in alcuni casi l'inizio dello sviluppo puberale può essere fonte d'intensa sofferenza perché significa confrontarsi con un corpo che si sviluppa in una direzione non desiderata [6]. Quando tale sofferenza è molto forte, in casi selezionati, alcuni adolescenti transgender possono accedere a una presa in carico integrata che prevede la possibilità d'interventi medici precoci in associazione al lavoro psicologico [2; 8; 6]. In particolare, la presa in carico integrata può prevedere la somministrazione dei cosiddetti bloccanti ipotalamici (analoghi dell'ormone di rilascio delle gonadotropine, GnRHα) che consentono di sospendere in maniera del tutto reversibile lo sviluppo puberale, consentendo all'esperto in salute mentale di continuare a esplorare l'identità di genere dell'adolescente, alleviandolo dalla sofferenza che deriva dal contatto con un corpo che si sviluppa in una direzione non desiderata. Per questo tale fase prende il nome di "valutazione estesa": non rappresenta pertanto l'inizio di un percorso medico di affermazione di genere, ma piuttosto un'opzione terapeutica che consente di acquisire tempo per comprendere meglio quale percorso intraprendere al fine del raggiungimento del benessere della perso-

na. Si tratta di una fase che in alcuni adolescenti transgender consente di non comprometterne il funzionamento psicologico, come dimostrano alcuni studi longitudinali in cui tale trattamento è associato a un significativo miglioramento sul piano emotivo e comportamentale.

La varianza di genere in età evolutiva rappresenta una tematica complessa che elicitava reazioni emotive a diversi livelli. Tuttavia bisogna partire dalla consapevolezza che si tratta di una condizione non patologica, che riguarda un gruppo eterogeneo di bambini e adolescenti che manifestano bisogni altamente diversificati. Proprio per questo la presa in carico di bambini o adolescenti che presentano varianza di genere presuppone la possibilità di un percorso che sia sempre individualizzato e costruito sulla base dell'unicità della singola persona [2].

Frequentemente, la prima figura cui le famiglie si rivolgono è proprio il pediatra di libera scelta o il medico di medicina generale che assumono quindi un ruolo chiave e di particolare rilevanza nel fornire la giusta accoglienza, nel dare informazioni corrette ed eventualmente inviare per una presa in carico specialistica. Tuttavia, non sempre tali figure si sentono adeguatamente formate e preparate nella presa in carico delle richieste che possono emergere da famiglie che si confrontano con bambini o adolescenti con varianza di genere [9; 11]. Da qui il bisogno di strumenti di conoscenza rispetto alla varianza di genere in età evolutiva e rispetto ai protocolli integrati attualmente raccomandati dalle linee guida nazionali e internazionali. In tal modo, è possibile contribuire a una presa in carico precoce che sia priva di barriere che purtroppo le famiglie troppo spesso riferiscono di incontrare anche in ambito sanitario e che sappiamo essere dannose a diversi livelli, ma soprattutto a livello psicologico.

Jiska Ristori
*SOD Andrologia,
Endocrinologia Femminile
e Incongruenza di Genere
AOU Careggi, Firenze*

Corrispondenza: jiska.ristori@unifi.it

Bibliografia

1. American Psychiatric Association (2013). *The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition: DSM-5™*. Washington, DC: Author.
2. Coleman, E., Bockting, W., Botzer, M., Cohen-Kettenis, P. T., De Cuypere, G., Feldman, J., Fraser, L., Green, J., Knudson, G., Meyer, W. J., Monstrey, S., Adler, R. K., Brown, G. R., Devor, A. H., Ehrbar, R., Ettner, R., Eyler, E., Garofalo, R., Karasic, D. H., Lev, A. I., Mayer, G., Meyer-Bahlburg, H., Hall, B. P., Pfäfflin, F., Rachlin, K., Robinson, B., Schechter, L. S., Tangpricha, V., van Trotsenburg, M., Vitale, A., Winter, S., Whittle, S., Wylie, K. R., & Zucker, K. (2011). Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender-Nonconforming People, Version 7. *International Journal of Transgenderism*, 13, 165-232.
3. Connolly, M. D., Zervos, M. J., Barone, C. J., Johnson, C. C., & Joseph, C. L. M. (2016). *Journal of Adolescent Health*, 59, 489-495.
4. de Graaf, N.M., Cohen-Kettenis, P.T., Carmichael, P. et al. *Eur Child Adolesc Psychiatry* (2018) 27: 909. <https://doi.org/10.1007/s00787-017-1098-4>
5. de Graaf, N. M., Giovanardi, G., Zitz, C., & Carmichael, P. (2018). Sex ratio in children and adolescents referred to the gender identity development service in the UK (2009-2016). *Archives of sexual behavior*, 47(5), 1301-1304.
6. Fisher, A. D., Ristori, J., Bandini, E., Giordano, S., Mosconi, M., Jannini, E. A., Greggio, N. A., Godano, A., Manieri, C., Merigiola, C. Ricca, V., Italian GnRH analogs study ONIG group, Dèttore, D., & Maggi. M. (2014). Medical treatment in gender dysphoric adolescents endorsed by SIAMS-SIE-SIEDP-ONIG. *Journal of Endocrinological Investigation*, 37(7):675-87.
7. Grossman, A. H. & D'Augelli, A. (2007). Transgender youth and life-threatening behaviors. *Suicide Life Threat Behav*, 37(5):527-37.
8. Hembree, W. C., Cohen-Kettenis, P. T., Gooren, L., Hannema, S. E., Meyer, W. J., Murad, M. H., ... & T'Sjoen, G. G. (2017). Endocrine treatment of gender-dysphoric/gender-incongruent persons: an endocrine society clinical practice guideline. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 102(11), 3869-3903.
9. McCann, E., Keogh, B., Doyle, L., & Coyne, I. (2017). The Experiences of Youth Who Identify as Trans* in Relation to Health and Social Care Needs: A Scoping Review. *Youth & Society*, 51, 840-864.

10. Ristori, J. & Steensma, T. (2016). Gender dysphoria in childhood. *International Review of Psychiatry*, 28:13-20.
11. Teller, P. P. (2019). Improving health care access for gender diverse children, youth, and emerging adults? *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 24:193-198.
12. Spack, N. P., Edward-Leeper, L., & Feldman, H. A. (2012). Children and Adolescents With Gender Identity Disorder Referred to a Pediatric Medical Center. *Pediatrics*, 129:418-25.
13. Steensma, T. D., Biemond, R., de Boer, F., & Cohen-Kettenis, P. T. (2011). Desisting and persisting gender dysphoria after childhood: a qualitative follow-up study. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 16(4), 499-516.
14. Steensma, T. D., Kreukels, P. C., de Vries, A. L. C., & Cohen-Kettenis, P. T. (2013). Gender identity development in adolescence. *Hormones and Behavior*, 64, 288-297.
15. Sweileh, W.M. (2018). Bibliometric analysis of peer-reviewed literature in transgender health (1900-2017). *BMC Int Health Hum Rights*, 18, 16. doi:10.1186/s12914-018-0155-5.
16. Wiepjes, C. M., Nota, N. M., de Blok, C. J., Klaver, M., de Vries, A. L., Wensing-Kruger, S. A., ... & Gooren, L. J. (2018). The Amsterdam cohort of gender dysphoria study (1972-2015): trends in prevalence, treatment, and regrets. *The journal of sexual medicine*, 15(4), 582-590.

Il supporto psicologico all'adolescente e all'adulto con incongruenza di genere

La condizione transgender è caratterizzata da un vissuto soggettivo di incongruenza di genere, ovvero sia da vissuti e modalità espressivo/comportamentali del genere sessuale divergenti rispetto al genere stabilito alla nascita [4;7]. Manifestantesi sovente già nella prima infanzia, tale incongruenza genera spesso un forte disagio psico-fisico che può trovare lenimento, se non addirittura risoluzione, attraverso una serie di interventi psicologici, medici e legali. Relativamente agli ultimi due è possibile menzionare il trattamento ormonale volto alla modifica dei caratteri sessuali secondari, la riassegnazione chirurgica del genere (altrimenti detta "intervento chirurgico confermativo del genere") e la rettificazione del sesso e del nome enunciato nell'atto di nascita.

La condizione di profondo disagio psicologico che accompagna tale esperienza è oggi dimostrato come, lungi dal risultare connessa al funzionamento dell'individuo singolarmente considerato, sia piuttosto spesso amplificata, se non primariamente determinata, dall'interazione di questi con il proprio contesto ambientale: la difficoltà di accettazione dell'identità transgender da parte del contesto di riferimento e, in particolare, dagli ambienti di socializzazione primaria (famiglia) e secondaria (scuola, università, posto di lavoro, ecc.) [5] produce, infatti, molto spesso, un profondo disagio psicologico con aspetti sintomatici che variano dall'ansia all'isolamento, dai disturbi del comportamento alimentare all'autolesionismo, fino ad arrivare all'ideazione o al tentativo suicidario [3].

Negli ultimi due decenni la comunità scientifica, avendo stabilito la natura non (psico)patologica della condizione, ed avendola riconosciuta come semplice (sebbene complessa e spesso dolorosa) possibile declinazione esistenziale del vissuto

di appartenenza ad un dato (o più) genere sessuale, ha sostenuto l'importanza di un approccio psicologico-clinico affermativo, di un approccio, cioè, rispettoso dei bisogni identitari specifici e peculiari di queste persone [1]. Una pratica clinica affermativa è un'offerta di cura rispettosa, consapevole e supportiva delle identità e delle esperienze di vita delle persone transgender, la quale riconosce la natura, spesso secondaria, del disagio psicologico da esse presentato. Lo stigma sociale, ancora oggi molto diffuso, se da una parte produce effetti diretti sulle rappresentazioni di Sé, dell'Altro e del possibile incontro tra Sé e l'Altro, modelli rappresentazionali questi il più delle volte operanti a livello tacito al di là della consapevolezza soggettiva, dall'altra può spesso condurre all'interiorizzazione della norma sociale stigmatizzante ed allo sviluppo di istanze, più o meno consapevoli, di autosqualifica ed autodenigrazione. Ovviamente, nel lavoro psicologico clinico con persone transgender va attentamente rilevata la presenza di eventuali specifiche condizioni psicopatologiche che richiedano un trattamento psicologico o psichiatrico preliminare rispetto alle terapie mediche o chirurgiche cui la persona chiede di accedere. La presenza pregressa di disturbi mentali, laddove questi risultino risolti o in una fase di buon compenso, non costituisce, comunque, un criterio ostativo ad eventuali successivi interventi medici e chirurgici volti al riallineamento dell'identità di genere e dei caratteri sessuali primari e secondari. In ogni caso, l'intervento psicologico clinico non può essere limitato al solo momento diagnostico o di diagnosi differenziale. Per quanto più spesso limitato alle fasi iniziali del percorso di riassegnazione (medica ed anagrafica) del genere, un accompagnamento psicologico del soggetto adolescente, ma spesso anche del soggetto adulto, nelle fasi successive può risultare utile per il raggiungimento di un miglior equilibrio nel funzionamento sociale ed affettivo.

Sebbene la richiesta di aiuto possa giungere inizialmente ad operatori dell'area medica e chirurgica, l'intervento psicologico costituisce sempre il primo momento di analisi del disagio presentato e di esplorazione, oltre che dei vissuti di appartenenza di genere, anche delle dinamiche più o meno consapevoli del fun-

zionamento psicologico individuale. Nel caso di un soggetto in età evolutiva o adolescenziale, costituirà, inoltre, un momento essenziale l'effettuazione in parallelo di un intervento di counselling con i familiari volto, oltre che alla raccolta di informazioni relative alla storia di manifestazione delle componenti espressivo-comportamentali di incongruenza di genere del soggetto interessato, anche, più genericamente, all'esplorazione delle dinamiche familiari e delle eventuali difficoltà di riconoscimento e accettazione della condizione presentata da quest'ultimo.

Come sottolineato da Austin e Craig [2], in ambito clinico è assolutamente necessario aiutare le persone transgender a superare la sfiducia o la reticenza, spesso inizialmente manifestate, attraverso la creazione di un clima accogliente e non giudicante. Per facilitare lo sviluppo di una relazione basata sulla fiducia, un clinico dovrebbe: a) articolare una prospettiva affermativa e non binaria del genere (una prospettiva, cioè, non fondata su una classificazione dei generi articolata in due classi mutualmente esclusive), condividendola con l'utente; b) utilizzare un linguaggio di genere neutro o comunque rispettoso dei vissuti di genere manifestati/espressi dalla persona (ad es., nella conversazione, prestare attenzione alla declinazione di sé – maschile/femminile – impiegata dal soggetto); c) chiarire il ruolo del clinico e gli obiettivi principali dell'approccio terapeutico (ad es., aiutare il processo di auto-determinazione dell'utente).

Solo potendo beneficiare di un ambiente sicuro, rispettoso ed accogliente, la persona sarà in grado di mettersi alla ricerca della propria singolarità identitaria ed esplorare le aree del Sé che generano disagio psicologico. Per le premesse prima riportate, inoltre, l'intervento psicologico-clinico, nei casi in cui fosse possibile e in particolar modo in adolescenza, non dovrebbe essere indirizzato esclusivamente all'utente transgender, ma anche al suo ambiente sociale e, in particolare, come precedentemente detto, alla famiglia e all'ambiente educativo (Scuola o Università). Il rischio di focalizzarsi esclusivamente sulla persona transgender, infatti, potrebbe in alcuni casi sottendere una visione patologizzante dell'identità transgender. Laddove si percepisse il bisogno di un lavoro *su* e *con* l'ambiente, ma questo non fosse possibile, il clini-

co dovrebbe discuterne con il proprio utente e sforzarsi di lavorare con esso sugli effetti che un ambiente sfavorevole, stigmatizzante e poco accogliente potrebbe aver generato a livello individuale (transfobia interiorizzata).

Seguendo il lavoro di Scandurra e colleghi [6], di seguito si elencano alcuni obiettivi minimi che lo psicologo clinico che segua un approccio affermativo dovrebbe porsi nella propria pratica clinica con le persone transgender sia adulte che adolescenti:

- 1 Sostenere le persone transgender affinché possano sviluppare un'identità coesa e adattiva, dispiegando pienamente il proprio potenziale umano.
- 2 Riconoscere gli effetti estremamente negativi che l'interiorizzazione dello stigma può avere sulla salute mentale di queste persone ed aiutare le persone transgender ad elaborare questo processo sostenendole nello sviluppo di un'identità più libera dai condizionamenti sociali.
- 3 Considerare le peculiarità connesse alle diverse fasi evolutive dello sviluppo e del modo in cui esse possono generare preoccupazioni e disagio nella persona.
- 4 Riconoscere che i compiti di sviluppo delle persone transgender possono essere complessi, e a volta compromessi dal disagio legato alla confusione identitaria e dai rischi di salute connessi alla condizione di stress cronico derivato dai contesti di vita spesso stigmatizzanti.
- 5 Comprendere che le dimensioni dell'identità di genere e dell'espressione di genere non sono sempre stabilizzate una volta per tutte, ma vanno intese come organizzazioni fluide dell'identità sessuale, soggette talvolta a variazioni nel corso del ciclo di vita.
- 6 Comprendere e ridurre il carico emotivo familiare, ovvero sia il livello di conflittualità spesso elevato riscontrabile all'interno delle relazioni familiari.
- 7 Riconoscere che lo scarso o assente supporto da parte della famiglia d'origine può essere compensato da reti affettive e di sostegno che includano parenti che abbiano accettato l'identità di genere del familiare, amici più stretti, colleghi, ex-partner, etc.

- 8 Riconoscere che il *coming out*, ovvero il disvelamento ad altri della propria identità transgender, è un processo delicato e importante che la persona transgender si trova spesso a dover attraversare più volte nel corso della propria vita.
- 9 Promuovere una visione del Sé positiva rinforzando le capacità di *coping* e di resilienza in quanto fattori protettivi per il proprio benessere psicologico.
- 10 Riconoscere come la questione della propria identità di genere possa anche essere più complessa ed articolata rispetto a quella inizialmente denunciata dalla persona. L'assetto di base dello psicologo clinico deve essere teso alla "sospensione del giudizio" circa l'identità di genere dell'utente, e alla costruzione di un clima di fiducia e sicurezza teso a garantire a quest'ultimo la possibilità di esplorazione ed espressione delle diverse parti di sé.
- 11 Creare uno spazio di ascolto rispettoso e non giudicante che aiuti l'utente a mettere a fuoco gli effetti dei vissuti e delle esperienze di discriminazione, promuovendo la riduzione degli atteggiamenti negativi interiorizzati.
- 12 Essere consapevoli del proprio ruolo e della propria responsabilità, mostrandosi sempre rispettosi dei bisogni espressi dalle persone transgender relativamente agli eventuali interventi di tipo chirurgico o ormonale da esse considerati utili o necessari.

Infine, è di fondamentale importanza, al di là delle questioni deontologiche ed etiche, che il clinico che decida di prendere in carico una persona transgender, sia essa adolescente o adulta, abbia ricevuto un'adeguata formazione psicologico-clinica sull'identità di genere e sulle complesse questioni psicologiche, mediche e legali che riguardano la popolazione transgender. Nel 1998 è stato fondato in Italia l'Osservatorio Nazionale sull'Identità di Genere (ONIG), associazione che raccoglie le figure (professionisti, rappresentanti di associazioni ecc.) a vario titolo interessate ai temi del transgenderismo e del transessualismo e che si propone di approfondire la conoscenza di queste realtà a livello scientifico e sociale, attraverso il confronto e la collaborazione di tutte le realtà

interessate e la promozione di aperture culturali verso la libertà di espressione delle persone transessuali e transgender.

Paolo Valerio,
Cristiano Scandurra,
Roberto Vitelli

*Università degli Studi di Napoli Federico II,
Dipartimento di Neuroscienze
e Scienze Riproduttive
ed Odontostomatologiche*

Corrispondenza: cristiano.scandurra@unina.it

Bibliografia

1. American Psychological Association (2015). Guidelines for psychological practice with transgender and gender nonconforming people. *American Psychologist*, 70(9), 832-864.
2. Austin, A., & Craig, S.L. (2015). Transgender affirmative cognitive behavioral therapy: Clinical considerations and applications. *Professional Psychology: Research and Practice*, 46(1), 21-29.
3. Bockting, W.O., Miner, M.H., Swinburne Romine, R.E., Hamilton, A., & Coleman, E. (2013). Stigma, mental health, and resilience in an online sample of the US transgender population. *American Journal of Public Health*, 103(5), 943-951.
4. Bottone, M., Valerio, P., & Vitelli, R. (2004). *L'enigma del transessualismo. Riflessioni cliniche e teoriche*. Milano, FrancoAngeli.
5. Scandurra, C., Amodeo, A.L., Valerio, P., Bochicchio, V., & Frost, D.M. (2017). Minority stress, resilience, and mental health: A study of Italian transgender people. *Journal of Social Issues*, 73(3), 563-585.
6. Scandurra, C., Mezza, F., Valerio, P., & Vitelli, R. (2019). Approcci affermativi e rilevanza del minority stress nel counseling psicologico con persone LGBT: Una revisione della letteratura internazionale. *Psicoterapia e Scienze Umane*, 53(1), pp. 67-92.
7. Valerio, P., Bottone, M., Galiani, R., & Vitelli, R. (2001). *Il transessualismo. Saggi psicoanalitici*. Milano, FrancoAngeli.
8. Valerio, P., Bochicchio, V., Mezza, F., Amodeo, A.L., Vitelli, R., & Scandurra, C. (2018). *Adattamento italiano delle "Linee-guida per la pratica psicologica con persone transgender e gender nonconforming" dell'American Psychological Association*. Ordine degli Psicologi della Campania: Collana Contesti Innovativi dell'Intervento Psicologico.

Il percorso endocrinologico

Il ruolo dell'endocrinologo nel percorso di affermazione di genere del soggetto con Incongruenza/Disforia di Genere (IG/DG) è quello di coniugare le indicazioni degli *Standard* di Cura con l'individualizzazione del trattamento ormonale [1]. La terapia ormonale di affermazione di genere è stata proposta e prescritta inizialmente in modo sporadico, in modo più scientifico e standardizzato dagli anni '80 e in modo sistematico con l'aderenza a Linee di consenso internazionali negli ultimi 15 anni [2; 3]. Tuttavia, nell'ambito del trattamento ormonale sono ancora presenti molti aspetti non inquadrabili propriamente nella *evidence based medicine* che stimolano a trovare soluzioni adeguate alle nuove condizioni che siamo chiamati ad affrontare, soprattutto nel caso di persone con identità di genere non binaria.

I criteri necessari per la prescrizione della terapia ormonale nei soggetti transgender, secondo quanto stabilito dagli *Standard* di Cura [1], comprendono una persistente e ben documentata IG/DG, la capacità di prendere una decisione pienamente consapevole e di fornire un consenso informato al trattamento, la maggiore età e, nel caso di problematiche mediche o di salute mentale significative, un loro adeguato controllo.

L'obiettivo del trattamento ormonale è quello di allineare il quanto più possibile il corpo all'identità di genere della persona, in modo da ridurre la sofferenza derivante dalla loro incongruenza. Questo può essere ottenuto riducendo le caratteristiche sessuali secondarie proprie del sesso biologico e/o inducendo quelle proprie del genere desiderato, a seconda delle richieste della persona [4].

Trattamento ormonale mascolinizzante nelle persone transgender

Nelle persone transgender l'induzione della mascolinizzazione avviene mediante somministrazione di androgeni a dosi tali da ottenere e mantenere livelli sierici di testosterone (T) nel range di normalità per l'uomo cisgender (320-1000 ng/dl) [3], qualora sia desiderata una mascolinizzazione completa. Le formulazioni maggiormente utilizzate comprendono il T undecanoato intramuscolo (TU) al dosaggio di 1000 mg ogni 12-16 settimane e il T transdermico (gel 25-50 mg/die). Contrariamente a queste formulazioni che consentono il raggiungimento e il mantenimento di concentrazioni fisiologiche di T, gli esteriferi del T per via parenterale (T enantato, propionato, fenilpropionato, isocaproato, decanoato) generano livelli sierici di T fluttuanti, che possono portare a instabilità dell'umore ed eccessiva stimolazione del midollo ematopoietico [3].

Dopo gli interventi chirurgici di affermazione di genere, il T deve essere continuato per un lungo periodo al fine di preservare le caratteristiche sessuali secondarie acquisite e mantenere le caratteristiche fisiologicamente dipendenti dal T.

Per quanto riguarda gli effetti mascolinizzanti desiderati, nei primi mesi di terapia si verificano cambiamenti dermatologici, come iperseborrea e incremento della distribuzione pilifera [5]. È possibile la comparsa di alopecia androgenetica di entità correlata alla durata del trattamento e alla predisposizione genetica e lo sviluppo di acne, solitamente nei primi sei mesi di trattamento. In circa sei mesi la somministrazione di T determina cambiamenti della composizione corporea con redistribuzione del grasso corporeo, incremento della massa e forza muscolare e abbassamento del timbro di voce [3].

È frequente anche un incremento delle dimensioni del clitoride [5]. La soppressione delle mestruazioni solitamente avviene da uno a 12 mesi dopo l'inizio della terapia indipendentemente dalla formulazione utilizzata [3]; qualora ciò non si verificasse è possibile l'aggiunta di un progestinico oppure un analogo dell'ormone di rilascio delle gonadotropine (GnRHα).

Gli steroidi sessuali sono fondamentali per l'acquisizione della massa ossea durante la pubertà e il suo mantenimento in età adulta. Sembra che la terapia con T nelle persone transgender sia in grado di prevenire la possibile perdita di massa ossea preservando la densità minerale ossea sia nel breve che nel lungo tempo [6].

Per quanto concerne la sicurezza della terapia, è importante sottolineare che i tassi e le cause di mortalità nelle persone transgender sono simili a quelli della popolazione generale [7]. La terapia con T può causare un incremento dell'ematocrito – soprattutto in caso di utilizzo di esteri del T intramuscolari e nei primi mesi di terapia – che può rendere necessaria una riduzione o sospensione del trattamento [8].

Il trattamento si può associare, inoltre, ad un incremento della pressione arteriosa e a un peggioramento del profilo lipidico, con aumento del colesterolo LDL e riduzione del colesterolo HDL [9].

In considerazione di tali variazioni è stato ipotizzato un maggiore rischio cardiovascolare negli uomini transgender. Tuttavia, lo studio di un'ampia casistica di soggetti non ha evidenziato alcun aumento significativo di mortalità o morbilità cardiovascolare rispetto alla popolazione generale [7].

Ad oggi i dati riguardo la sicurezza oncologica del trattamento sono limitati. Gli androgeni inducono atrofia mammaria con note tipiche dell'involuzione menopausale; tuttavia il T, aromatizzato ad estradiolo, potrebbe rappresentare un fattore di rischio per i soggetti non sottoposti a mastoplastica riduttiva. Un recente studio con ampia casistica ha riportato un'incidenza di cancro mammario simile a quella maschile, evidenziando l'effetto protettivo della terapia con T in associazione alla mastoplastica riduttiva bilaterale [10].

A livello endometriale il T sembra essere associato ad atrofia, mentre a livello ovarico la somministrazione di androgeni induce un aumento del volume e caratteristiche morfologiche tipiche dell'ovaio policistico. In letteratura sono riportati sporadicamente casi di cancro endometriale e ovarico in persone transgender in terapia con T, ma mancano studi epidemiologici che consentano

di valutare l'impatto della terapia ormonale sul rischio di tumori ormono-dipendenti. Per tale motivo, si raccomanda l'esecuzione degli screening previsti per la popolazione generale.

Trattamento ormonale femminilizzante e de-mascolinizzante nelle persone transgender

Il regime di trattamento femminilizzante/de-mascolinizzante nelle persone transgender si basa sull'utilizzo combinato di composti estrogenici e antiandrogenici [2; 3]. Gli estrogeni rappresentano l'elemento fondamentale del processo di femminilizzazione e la dose tipicamente raccomandata è dalle due alle tre volte maggiore di quella utilizzata nella terapia ormonale sostitutiva nelle donne in menopausa [3], qualora sia richiesta una femminilizzazione completa. Il trattamento di elezione è costituito dal 17-estradiolo per via orale o transdermica. Quest'ultima via di somministrazione deve essere l'opzione di scelta nei soggetti che presentano maggior rischio tromboembolico (età superiore a 40 anni, fumo, diabete mellito, epatopatia) [3]. L'etinilestradiolo, utilizzato in passato, è invece assolutamente controindicato per l'elevato rischio di trombosi venosa e di mortalità cardiovascolare e per l'impossibilità di monitorizzarne i livelli ematici.

Gli antiandrogeni steroidei (ciproterone acetato 25-100 mg/die; spironolattone 50-200 mg/die) agiscono inibendo la produzione ipofisaria di gonadotropine, riducendo conseguentemente la produzione di T, e bloccando il recettore androgenico. Il ciproterone acetato è l'antiandrogeno più comunemente utilizzato in Europa.

I GnRHa somministrati per via parenterale mensilmente (3.75 mg) oppure a cadenza trimestrale (11.25 mg), possono essere considerati una buona alternativa per la loro efficacia nel ridurre i livelli di T e il loro basso rischio di effetti avversi [3]. Tuttavia, il loro utilizzo è limitato dagli elevati costi.

Le linee guida internazionali [3] si sono espresse a sfavore dell'inclusione di composti progestinici nella terapia ormonale

delle donne transgender per mancanza di evidenze rispetto ad un aumento dello sviluppo mammario e per l'aumento del rischio tromboembolico e di ictus legato all'assunzione di questi farmaci.

Il goal terapeutico consiste nel raggiungimento di livelli di estradiolo e T nel range normale per una donna in premenopausa (estradiolo sierico 100-200 pg/ml, T sierico inferiore a 50 ng/dl).

Nelle pazienti che richiedono una femminilizzazione parziale, è necessario individualizzare la terapia ormonale: ad esempio è possibile utilizzare i soli antiandrogeni o associarli ad una dose bassa di estrogeni. Viceversa, alcune pazienti possono beneficiare di basse dosi di estrogeni in assenza di terapia antiandrogenica, qualora vogliano mantenere conservata la funzione erettile.

In previsione di qualsiasi intervento chirurgico in elezione, è raccomandata l'interruzione della terapia ormonale almeno 3-4 settimane prima, al fine di ridurre il rischio tromboembolico. Dopo l'intervento chirurgico di gonadectomia, la paziente può riprendere la terapia ormonale con i soli estrogeni [3].

Per quanto riguarda gli effetti femminilizzanti, l'aumento della ghiandola mammaria solitamente si osserva 3-6 mesi dopo l'inizio della terapia ormonale e raggiunge il suo massimo in 2 anni di terapia [5]. È stato descritto che solo il 20% delle pazienti raggiunge uno stadio Tanner mammario 4-5 dopo 24 mesi di terapia ormonale e il 60-70% richiede la mastoplastica additiva [5].

Inoltre, la terapia ormonale induce una riduzione della crescita e del diametro piliferi [12]. Tuttavia, solo nel 15% dei casi questi effetti sono considerati soddisfacenti e sono spesso necessarie misure aggiuntive, come l'elettrolisi. Contrariamente a quanto si verifica con il T, la terapia ormonale con estrogeni e antiandrogeni non ha alcun effetto sulla voce, che può essere modificata con il ricorso a logopedia o interventi chirurgici.

Durante il trattamento si osserva una diminuzione della massa magra corporea e un aumento dei depositi adiposi sottocutanei [3]. È pertanto fondamentale incoraggiare uno stile di vita sano.

Testicoli e prostata diventano atrofici ed è stata riportata una riduzione della spermatogenesi e possibile azoospermia. Solitamente si osserva, in 1-3 mesi dall'inizio della terapia, una diminu-

zione della libido, delle erezioni spontanee e la comparsa di disfunzione erettile, effetto peraltro generalmente desiderato [3].

Gli studi ad oggi disponibili non hanno evidenziato un impatto negativo della terapia ormonale sulla densità minerale ossea nel breve termine. È stata osservata una relazione inversa tra la densità ossea minerale e l'ormone luteinizzante sierico (LH), che pertanto può essere considerata un marcatore affidabile di adeguatezza del trattamento [3].

Per quanto riguarda il profilo di sicurezza, i dati sugli effetti cardiovascolari degli estrogeni nelle persone transgender sono ancora dibattuti [3]. È stata evidenziata una tendenza alla modifica del profilo lipidico in senso proaterogenico legato all'assunzione di estrogeni orali, per aumento della trigliceridemia [9].

Il trattamento estrogenico può indurre iperplasia delle cellule lattotrope ipofisarie e conseguente rialzo dei livelli di prolattina [3]. Si suggerisce, prima di iniziare la terapia ormonale, di valutare i livelli di prolattina e di monitorizzarli durante il trattamento.

Sebbene il rischio di neoplasia mammaria nelle persone transgender in terapia con estrogeni sembra essere abbastanza basso [3], non si possono ad oggi trarre conclusioni definitive. Pertanto, è suggerita l'esecuzione delle indagini mammografiche /ecografiche secondo quanto stabilito dalle linee guida del sesso assegnato alla nascita. A dispetto di quanto ci si potrebbe aspettare con la terapia di deprivazione androgenica, il tumore prostatico è stato descritto sporadicamente nelle persone transgender in terapia ormonale iniziata dopo i 50 anni di età [3]. Può essere consigliato il controllo dell'antigene prostatico specifico (PSA) e l'esplorazione prostatica rettale in accordo con quanto stabilito dalle linee guida del sesso biologico [3].

Ostacoli burocratico-amministrativi

Ad oggi, il contesto italiano è caratterizzato da un'offerta di assistenza sanitaria e terapeutica per le persone transgender frammentaria e distribuita in modo disomogeneo sul territorio

nazionale. I centri che garantiscono una presa in carico multidisciplinare sono pochi e la loro limitata conoscenza da parte delle figure sanitarie porta, spesso, ad un ritardo nella presa in carico dell'utente, con conseguenze importanti sulla salute e sulla qualità della vita della persona. Questa discrepanza tra i diversi atteggiamenti regionali mostra come solo in alcune parti del Paese ci sia stata una fattiva presa in carico dei bisogni dei soggetti con IG/DG.

Per concludere, il trattamento ormonale rappresenta uno dei punti cardine nel management dei soggetti con IG/DG e la condizione necessaria per migliorarne la qualità della vita. Se effettuato in modo corretto e personalizzato non rappresenta un rischio per lo stato di salute mentre contribuisce, come noto, alla salute psichica con riduzione delle psicopatologie reattive e delle relative ricadute sociali.

Il mondo scientifico deve necessariamente impegnarsi per acquisire migliori conoscenze riguardo al profilo di sicurezza di questo trattamento ed affinare le indicazioni prescrittive. Allo stesso tempo, è necessario che l'offerta di assistenza sanitaria sul territorio italiano sia implementata e resa uniforme, garantendo un equo accesso al trattamento ormonale su tutto il territorio.

Carlotta Cocchetti,
Alessandra D. Fisher
*SOD Andrologia, Endocrinologia Femminile
e Incongruenza di Genere
AOU Careggi, Firenze*

Corrispondenza: afisher@unifi.it

Bibliografia

1. American Psychiatric Association (2013) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Arlington: American Psychiatric Association.
2. Coleman, E., Bockting, W., Botzer, M. et al (2011). Standards of care for the health of transsexual transgender, and gender-nonconforming people, version 7. *The International Journal of Transgenderism* 13:165–232.
3. Hembree W.C., Cohen-Kettenis P., Gooren L., Hannema SE et

- al. (2017) Endocrine treatment of Gender Dysphoric/Gender Incongruent persons: an Endocrine Society Clinical Practice guideline. *JCEM* 102(11):3869-3903.
4. Cocchetti C., Ristori J., Romani A., Maggi M., Fisher AD (2020). Hormonal treatment strategies tailored to non-binary transgender individuals. *J. Clin Med*; 9(6):1609.
 5. Fisher AD, Castellini G., Ristori J., Casale H. et al. (2016). Cross-sex hormone treatment and psychobiological changes in transsexual persons: two-year follow-up data. *JCEM* 101(11):4260-4269.
 6. Van Caenegem E., Wierckx K., Taes Y. et al (2012) Bone mass, bone geometry, and body composition in female-to-male transsexual persons after long-term cross-sex hormonal therapy. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism* 97: 2503-2511.
 7. Asscheman H., Giltay E.J., Megens J.A. et al (2011) A long term follow-up study of mortality in transsexuals receiving treatment with cross-sex hormones. *European Journal of Endocrinology* 164: 635-642.
 8. Defreyne J., Vantomme B., Van Caenegem E., Wierckx K. et al. (2018). Prospective evaluation of hematocrit in gender-affirming hormone treatment: results from European Network for the Investigation of Gender Incongruence, *Andrology* 6(3):446-454.
 9. Maraka S., Singh Ospina N., Rodriguez-Gutierrez R. et al. (2017). Sex steroids and cardiovascular outcomes in transgender individuals: a systematic review and meta-analysis. *JCEM* 102(11):3914-3923.
 10. Gooren L.J., Van Trotsenburg M.A., Giltay E.J. et al, (2013). Breast cancer development in transsexual subjects receiving cross-sex hormone treatment. *The Journal of Sexual Medicine* 10: 3129–3134.
 11. De Blok C.J.M., Klaver M., Wiepjes C.M. et al., (2018). Breast development in transwomen after 1 year of cross-sex hormone therapy: results of a prospective multicentre study. *JCEM* 103(2):532-538.
 12. Giltay E.J., Gooren L.J. (2000). Effects of sex steroid deprivation/administration on hair growth and skin sebum production in transsexual males and females. *J Clin Endocrinol Metab* 85:2913.

Il percorso chirurgico

Aspetti generali

Alcune persone transgender (ma non tutte) intraprendono un percorso medico di affermazione di genere che procede per fasi successive e può prevedere un trattamento ormonale e/o chirurgico. Non si tratta di un percorso obbligatorio e l'iter non è lo stesso per tutte le persone. Si cerca di adattare il percorso a seconda delle reali esigenze individuali.

Il percorso chirurgico comprende vari interventi a cui la persona può sottoporsi solo dopo aver ottenuto l'autorizzazione rilasciata con sentenza dal Tribunale di residenza. Il numero e il tipo di interventi, così come l'ordine nel quale essi avvengono, possono variare da persona a persona.

Gli standard di cura nel percorso di affermazione di genere sono proposti dalla *World Professional Association of Transgender Health* (WPATH), il cui scopo finale è di “fornire una guida clinica per gli specialisti nell'assistenza alle persone transgender e di genere non-conforme con percorsi efficaci e sicuri per garantire loro il duraturo benessere personale e per accrescere lo stato di salute generale, psicologico e di realizzazione personale” [1; 2], e da linee guida internazionali [3] alle quali gli operatori sanitari fanno riferimento. La persona che intenda intraprendere un percorso medico di affermazione di genere deve rivolgersi a centri specializzati. Gli interventi chirurgici possono essere reversibili o irreversibili. Quelli, ad esempio, che impediscono ad una persona di riprodursi sono irreversibili. L'equipe chirurgica ha il compito di illustrare le diverse tecniche operatorie disponibili e i relativi vantaggi e svantaggi di ogni tecnica, compresi rischi ed eventuali complicanze. A seconda della tecnica scelta, l'equipe chirurgica descrive all'uten-

te tutti gli aspetti relativi all'intervento e le sue possibilità di realizzazione, in modo che la persona abbia delle aspettative realistiche e ottenga, di conseguenza, un buon grado di soddisfazione per i risultati raggiunti.

I criteri necessari per effettuare un intervento chirurgico di affermazione di genere sono [2; 3; 4]:

- una persistente e ben documentata Disforia di Genere/Incongruenza di Genere;
- maggiore età;
- capacità di prendere una decisione pienamente consapevole e di fornire il consenso al trattamento
- assenza di problematiche mediche o psicologiche non adeguatamente stabilizzate;
- dodici mesi consecutivi di terapia ormonale appropriata agli obiettivi di genere della persona (con l'eccezione dell'intervento di mascolinizzazione del torace) a meno che non ci siano controindicazioni mediche alla terapia ormonale. Per l'intervento chirurgico di mastoplastica additiva, anche se non è un criterio esplicito, si raccomanda che le persone con sesso assegnato alla nascita maschile si sottopongano a terapia ormonale femminilizzante per almeno 12 mesi prima dell'intervento allo scopo di massimizzare la crescita mammaria in modo da ottenere un miglior risultato chirurgico (estetico).
- sentenza del tribunale con autorizzazione all'intervento (con l'eccezione dell'intervento di mastoplastica additiva)
- dodici mesi consecutivi di esperienza di vita nel ruolo di genere congruente con la propria identità di genere (per gli interventi di scrotovaginoplastica, colonvaginoplastica, falloplastica);
- conoscenza di tutti gli aspetti pratici relativi all'intervento chirurgico (ad es. eventuale costo, durata del ricovero ospedaliero, possibili complicanze, importanza dei controlli medici dopo l'intervento chirurgico).

Trattamento chirurgico per persone con sesso assegnato alla nascita maschile

Gli interventi chirurgici per persone con sesso assegnato alla nascita maschile includono:

- orchietomia bilaterale;
- scrotovaginoplastica, colonvaginoplastica;
- mastoplastica additiva;
- chirurgia di femminilizzazione del viso, chirurgia vocale, riduzione della cartilagine tiroidea, liposuzione, *lipofilling* e altre procedure estetiche.

Di seguito una breve descrizione degli interventi di orchietomia bilaterale, scrotovaginoplastica, colonvaginoplastica e mastoplastica additiva.

Orchietomia bilaterale

Quando siano rispettati i criteri necessari per effettuare l'intervento chirurgico, la persona interessata dovrà identificare un centro clinico specializzato e programmare una visita urologica. Non è necessario interrompere la terapia ormonale. L'intervento è rimborsato dal SSN.

L'orchietomia bilaterale è un intervento chirurgico che consiste nell'asportazione di entrambi i testicoli. Ciascun testicolo è estratto dallo scroto in associazione con gli epididimi e i funicoli. Questo intervento è spesso parte degli interventi di scrotovaginoplastica o colonvaginoplastica, ma può anche essere effettuato indipendentemente. L'intervento ha la durata di circa un'ora e avviene in anestesia generale o spinale, viene eseguito in regime di *day hospital* o di breve ricovero ospedaliero, a seconda delle caratteristiche della persona e del recupero postoperatorio.

Nelle 2-3 settimane successive all'intervento si raccomanda di evitare di sollevare pesi, fare bagni caldi, fare la sauna. Come ogni intervento esiste il rischio di emorragia, di infezioni e di reazioni avverse all'anestesia.

Scrotovaginoplastica e Colonvaginoplastica

Quando siano rispettati i criteri necessari per effettuare l'intervento chirurgico, la persona interessata dovrà identificare un centro clinico specializzato e programmare una visita medica con lo specialista per un esame della corporatura e dei genitali, esplorazione rettale prostatica, ecografia dell'apparato urinario e prostatica, studio urodinamico, colonscopia e clisma opaco (solo in caso di colonvaginoplastica), epilazione definitiva delle aree indicate dal chirurgo. La terapia ormonale con estrogeni dovrà essere sospesa un mese prima dell'intervento fino a quindici giorni dopo l'operazione. Gli interventi di scrotovaginoplastica e colonvaginoplastica sono rimborsati dal SSN fatta eccezione per l'epilazione definitiva che rimane a carico della persona. Eventuali tatuaggi per coprire le ferite chirurgiche sono anch'essi a carico della persona.

Scrotovaginoplastica

L'intervento prevede due fasi, una fase demolitiva e una fase ricostruttiva.

La fase demolitiva prevede l'asportazione di testicoli, pene e parte dell'uretra. La prostata non viene asportata. Nella fase ricostruttiva viene creata una neovagina utilizzando la cute del pene e dello scroto. Per questa ragione è fondamentale eseguire una epilazione definitiva della cute dello scroto prima dell'intervento così da evitare la presenza di peli all'interno della neovagina. Si procede quindi alla vulvoplastica e all'apertura dell'uretra. Una porzione del glande viene conservata durante la fase demolitiva per costruire un clitoride che permetta, nella maggioranza dei casi, di avere una buona sensibilità erotica durante i rapporti sessuali.

Alcuni giorni dopo l'intervento si iniziano, attraverso l'uso di tutori, le manovre di dilatazione della neovagina, che saranno insegnate dal personale sanitario e che dovranno essere eseguite tutti i giorni, due volte al giorno per i primi mesi dopo l'intervento e per il resto della vita seguendo le indicazioni del chirurgo.

La scrotovaginoplastica rimane la tecnica di prima scelta per il ridotto rischio di complicanze. L'intervento ha la durata di

circa quattro/cinque ore e avviene in anestesia generale. L'intervento di scrotovaginoplastica prevede un ricovero che varia dai 5 agli 8 giorni, a seconda delle caratteristiche della persona e del recupero postoperatorio. I rapporti sessuali possono essere ripresi circa due mesi dopo l'intervento.

Colonvaginoplastica

L'intervento di colonvaginoplastica prevede due fasi, una fase demolitiva, comune all'intervento di scrotovaginoplastica, e una fase ricostruttiva.

La principale differenza tra l'intervento di scrotovaginoplastica e quello di colonvaginoplastica risiede nell'utilizzo di una parte dell'intestino in aggiunta alla cute di pene e scroto durante la fase ricostruttiva, per il resto gli interventi procedono con le stesse modalità.

L'intervento di colonvaginoplastica viene consigliato solo alle persone che non hanno la possibilità di eseguire la scrotovaginoplastica o che hanno necessità di un secondo intervento per allungare il canale vaginale a causa di un accorciamento della neovagina. La colonvaginoplastica presenta più rischi per la salute rispetto all'intervento di scrotovaginoplastica (mortalità riportata in letteratura fino al 3-4%).

L'intervento ha una durata di circa 7 ore, avviene in anestesia generale e prevede un ricovero che varia dai 7 ai 14 giorni, a seconda delle caratteristiche della persona e del recupero postoperatorio. L'attività sessuale può essere ripresa dopo circa 2-3 mesi dall'intervento.

Complicanze

Le complicanze immediate degli interventi di scrotovaginoplastica e colonvaginoplastica possono includere: perforazione di retto e vescica, compressione nervosa, emorragie, infezioni, necrosi cutanea parziale o completa della vagina, disturbi della cicatrizzazione, svezamento urinario difficile, fistola vescico- o uretro-vaginale. Per l'intervento di colonvaginoplastica possono presentarsi anche le seguenti complicanze immediate: peritonite, problemi intestinali di canalizzazione, eventi fatali quali morte (3-4% dei casi).

Le complicanze secondarie di entrambi gli interventi possono includere: stenosi del meato uretrale, stenosi e/o dimensioni ridotte della neovagina, fistola rettovaginale, insoddisfazione funzionale.

Mastoplastica additiva

Quando siano rispettati i criteri necessari per effettuare l'intervento chirurgico, la persona interessata dovrà identificare un centro clinico specializzato e programmare una visita medica con lo specialista per decidere dove posizionare la protesi (sottoghiandolare, sottomuscolare o *dual plain*), il tipo di protesi e le sue dimensioni, la sede della cicatrice (periareolare, ascellare o sottomammaria).

Non è necessario interrompere la terapia ormonale con estrogeni. Tuttavia l'interruzione del trattamento ormonale potrebbe essere suggerita, in alcuni casi, in quanto questa terapia aumenta il rischio tromboembolico associato all'intervento. L'interruzione può variare dalle 2-4 settimane prima dell'intervento alle 2-4 settimane successive. È possibile effettuare l'intervento di mastoplastica additiva a carico del SSN (ad oggi solo in alcune Regioni).

La tecnica utilizzata per questo intervento viene scelta sulla base delle caratteristiche della persona (altezza e dimensioni del torace) e delle sue aspettative. L'intervento ha la durata di 60-90 minuti, avviene in anestesia generale, in regime di *day hospital* o di breve ricovero ospedaliero a seconda delle caratteristiche della persona e del recupero postoperatorio.

Nel postoperatorio è consigliabile i) indossare un reggiseno chirurgico per almeno quattro settimane; ii) evitare di fare sforzi nei primi giorni; iii) camminare senza affaticarsi per prevenire il rischio di trombosi venosa profonda. La prima visita di controllo con il chirurgo è in genere programmata entro la prima settimana dopo l'operazione; dopo 4 settimane in genere è possibile ritornare alle attività quotidiane. Come ogni intervento esiste il rischio di emorragia, di infezioni e di reazioni avverse all'anestesia. Altri rischi e complicazioni specifici di questo intervento includono: contrattura capsulare, sieroma, migrazio-

ne dell'impianto, rottura della protesi, perdita di sensibilità, dolore prolungato, asimmetria tra le due mammelle, insoddisfazione per il risultato estetico ottenuto. La correzione di queste complicazioni potrebbe rendere necessari ulteriori interventi chirurgici.

Trattamento chirurgico per persone con sesso assegnato alla nascita femminile

Gli interventi chirurgici per persone con sesso assegnato alla nascita femminile includono:

- mascolinizzazione del torace;
- istero-annessiectomia;
- falloplastica;
- liposuzione, *lipofilling*, impianti pettorali, ed altre procedure estetiche.

Segue una breve descrizione degli interventi di mascolinizzazione del torace, istero-annessiectomia e falloplastica.

Mascolinizzazione del torace

Quando siano rispettati i criteri necessari per effettuare l'intervento chirurgico, la persona interessata dovrà identificare un centro clinico specializzato e programmare una visita medica con lo specialista per valutare la tecnica di intervento più adatta alla persona e per ricevere le informazioni su quali esami preoperatori fare. Non è necessario aver iniziato la terapia ormonale con androgeni. L'intervento è rimborsato dal SSN.

La mascolinizzazione del torace è un intervento di chirurgia plastica e ricostruttiva che permette di creare un torace maschile attraverso la rimozione del tessuto mammario e il riposizionamento e la riduzione dell'areola e del capezzolo. La scelta della tecnica chirurgica dipende dalle caratteristiche della persona quali la dimensione del seno e delle sue componenti e l'elasticità della cute. Gli interventi di mascolinizzazione del torace e istero-annessiectomia possono essere eseguiti nella stessa seduta operatoria. L'intervento per la mascolinizzazione del to-

race ha la durata di circa 2-3 ore e avviene in anestesia generale. Il ricovero per l'intervento può essere anche di soli 2 giorni, se eseguito insieme a quello di istero-annessiectomia dura in media 3-4 giorni, a seconda delle caratteristiche della persona e del recupero postoperatorio.

Nel postoperatorio deve essere indossata una fascia elastica per almeno 4 settimane; nei primi giorni si consiglia inoltre di evitare di fare sforzi e di camminare senza affaticarsi per prevenire il rischio di trombosi venosa profonda. La prima visita di controllo con il chirurgo è in genere programmata entro la prima settimana dopo l'operazione; dopo 4 settimane in genere è possibile ritornare alle attività quotidiane.

Si consiglia di applicare sulle cicatrici prodotti per minimizzare gli esiti cicatriziali dell'intervento, quali gel o fogli di silicone e creme. Si consiglia inoltre di evitare di esporre la cicatrice al sole per almeno un anno.

Come ogni intervento esiste il rischio di emorragie, di infezioni e di reazioni avverse all'anestesia.

Altri rischi e complicazioni specifici di questo intervento includono: ematomi e/o sieromi nonostante l'utilizzo di drenaggi e bendaggi compressivi, necrosi (anche parziale) dell'areola e del capezzolo. Nonostante la ghiandola mammaria sia rimossa è bene ricordare che questo tipo di intervento non mette completamente al riparo dal rischio di sviluppare un tumore, si consiglia pertanto di seguire le linee guida per la prevenzione del tumore al seno.

Istero-annessiectomia

Quando siano rispettati i criteri necessari per effettuare l'intervento chirurgico, la persona interessata dovrà identificare un centro clinico specializzato e programmare una visita medica con lo specialista che, se necessario, richiederà di sospendere l'assunzione di ormoni. L'intervento è rimborsato dal SSN.

L'istero-annessiectomia è un intervento che ha il fine di asportare utero ed annessi. Nella maggior parte dei casi l'intervento viene effettuato per via laparoscopica con una durata di circa 60-90 minuti, l'intervento effettuato per via laparotomica

ha la durata di circa 2 ore, entrambi avvengono in anestesia generale. Gli interventi di istero-annessiectomia e mascolinizzazione del torace possono essere eseguiti nella stessa seduta operatoria. Il ricovero per l'intervento di istero-annessiectomia è di 2 giorni, se eseguito insieme a quello di mascolinizzazione del torace dura in media 3-4 giorni, a seconda delle caratteristiche della persona e del recupero postoperatorio. Il chirurgo provvederà a fornire indicazioni più precise per il postoperatorio in base alla tecnica utilizzata e al decorso successivo all'intervento.

Le complicanze, sebbene rare, includono ematomi, infezioni localizzate o sistemiche, cicatrici postoperatorie, disturbi della sensibilità quali iperalgesia o formicolii nelle zone di incisione, guarigione imperfetta delle ferite, tromboembolismo che può essere aumentato a causa della terapia ormonale, lesioni dell'intestino e delle vie urinarie con conseguente formazione di fistole, emorragie.

Falloplastica

Quando siano rispettati i criteri necessari per effettuare l'intervento chirurgico, la persona interessata dovrà identificare un centro clinico specializzato e programmare una visita ginecologica. Non è necessaria la sospensione della terapia ormonale. L'intervento è rimborsato dal SSN fatta eccezione per eventuali interventi di puro carattere estetico (per esempio tatuaggi per coprire le ferite chirurgiche) che sono a carico della persona.

La falloplastica usa tessuti prelevati da altri distretti del corpo per modellare il pene e prevede la possibilità di impiantare protesi per l'erezione. Differenti metodi chirurgici permettono di ottenere risultati diversi ma comportano anche conseguenze e rischi differenti. Si rende necessario programmare chiaramente con la persona quali aspettative si possono effettivamente realizzare.

Falloplastica addominale con lembo grassoso di Pryor

Questo intervento consente di creare un fallo di circa 12-14 cm utilizzando la cute della zona addominale sovrappubica. I vantaggi di questo intervento sono la rapidità della procedura

(circa 2 ore) e i buoni risultati estetici. Il fallo tuttavia avrà una ridotta sensibilità e sarà impossibile urinare in piedi. Successivamente a questo intervento saranno necessari un minimo di altri due interventi per la creazione di scroto, glande, asportazione della vagina e, in un secondo momento, il posizionamento della protesi peniena. Il ricovero dura circa 4-5 giorni.

Falloplastica con lembo radiale

Questo intervento è più complesso di quello precedentemente descritto. L'intervento prevede il prelievo di un lembo libero dall'avambraccio e la creazione di un fallo con all'interno la sua uretra che sarà poi anastomizzato a nervi-vene-arterie a livello dell'addome debitamente preparato. La falloplastica con lembo radiale è un intervento gravato da un alto rischio di perdita del fallo e viene consigliato solo a persone molto giovani e sane. Il vantaggio risiede nella possibilità di urinare in piedi e nella maggior sensibilità del pene ottenuto. Come nella falloplastica con lembo grassoso addominale saranno successivamente necessari un minimo di altri due interventi per la creazione di scroto, glande, asportazione della vagina e, in un secondo momento, il posizionamento della protesi peniena. Il ricovero dura sino a 2-3 settimane.

Metoidioplastica

L'intervento di metoidioplastica prevede la creazione di un fallo sfruttando l'aumento di volume del clitoride causato dalla terapia ormonale con testosterone. Tale intervento prevede in un'unica fase la rimozione della vagina, la creazione di una neouretra e la creazione dello scroto tramite la chiusura delle grandi labbra. Tale intervento ha l'unico scopo di permettere alla persona di urinare in piedi se pur con un fallo che non supera i 4-5 cm mediamente. Tale fallo non permette la penetrazione. Il ricovero dura circa 4-5 giorni.

Complicanze

Per gli interventi sopra menzionati le complicanze includono: infezioni, emorragie, stenosi dell'uretra e fistole, necrosi cu-

tanea parziale o completa del fallo, disturbi della cicatrizzazione, spostamento o rigetto di protesi testicolari.

Girolamo Morelli

UO Urologia 2,

Azienda Ospedaliero Universitaria Pisana - Pisa

Andrea Cocci

Giulia Lo Russo

chirurga libera professionista

Maria Cristina Meriggiola

UO Ginecologia e Fisiopatologia della Riproduzione,

Università di Bologna, AOU S. Orsola Malpighi, Bologna.

Corrispondenza:

cristina.meriggiola@unibo.it

info@giulialorusso.com

girolamo.morelli@gmail.com

Bibliografia

1. The World Professional Association for Transgender Health, (2011), Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender Nonconforming People. 7th Version, <http://www.wpath.org>.
2. Coleman E., Bockting W., Botzer M. et al., (2011), Standards of care for the health of transsexual transgender, and gender-nonconforming people, version 7. *The International Journal of Transgenderism* 13.
3. Hembree W.C., Cohen-Kettenis P., Gooren L., Hannema S.E. et al. (2017), Endocrine treatment of Gender Dysphoric/Gender Incongruent persons: an Endocrine Society Clinical Practice guideline. *JCEM* 102.
4. American Psychiatric Association, (2013), Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Arlington: American Psychiatric Association.

Postfazione

Il nostro percorso

Era il 2013... l'anno del cambiamento, per mi* figl* e per l'intera famiglia. Sembra un secolo fa, mentre è trascorsa solo una manciata d'anni. Nostr* figli*, una sera, ci raccontò che il senso di spaesamento che l'aveva sempre accompagnat* e il disagio che provava nel non sentirsi mai nel posto e nel momento giusto venivano dalla profonda sensazione di essere di un genere diverso da quello assegnato alla nascita e che si era sentit* così da quando aveva memoria. Un racconto di se stess* molto lucido, di una persona che aveva cercato di conoscersi e comprendersi attraverso un lungo lavoro introspettivo. Nostr* figli* ci stava dicendo di essere una persona transgender e chiedeva di essere aiutat* a vivere la sua vita per quello che era. Abbiamo fatto quello che un genitore fa quando un* figl* chiede aiuto: abbiamo accolto la sua richiesta e l'abbiamo sostenut* e supportat*. Non è stato facile, la varianza di genere era un argomento sconosciuto ai più o, peggio, mal conosciuto, connotato da pregiudizio e stigma. A chi rivolgersi? Cosa fare? Il mondo di fuori ci appariva estraneo e respingente. Tuttavia, nonostante lo smarrimento iniziale, abbiamo cercato una via da percorrere, anche se a volte avevamo la sensazione che il pregiudizio arrivasse ancor prima delle nostre richieste, prima ancora di provare a spiegare che nostr* figl* non era un extraterrestre cadut* dal cielo. Abbiamo accompagnato nostr* figl* lungo un percorso che all'inizio si è presentato come una strada accidentata, faticosa e a tratti quasi impercorribile. Ma poi qualcosa è iniziato a cambiare e abbiamo trovato persone che ci hanno aiutato ad affrontare il percorso di nostr* figli*. Oggi è un* ragazz* che sta costruendo il suo futuro e si sta impegnando nei suoi progetti di vita, con una serenità finalmente ri-

trovata. Sono passati alcuni anni dall'inizio della nostra avventura, si sono fatti dei passi avanti e ora ci sono servizi a cui chi inizia un percorso di affermazione di genere può rivolgersi e trovare accoglienza alle proprie richieste e anche tante associazioni di persone transgender che mettono a disposizione il proprio tempo e le proprie esperienze. Di sicuro c'è ancora tanta strada da fare, ma forse, oggi, anche grazie all'informazione e alla formazione, la strada è un po' meno in salita.

Una mamma

GLOSSARIO

AFAB, AMAB

AFAB (*Assigned Female At Birth*, femmina assegnata alla nascita) include donne cisgender, uomini transgender e persone non binarie. AMAB (*Assigned Male At Birth*, maschio assegnato alla nascita), include uomini cisgender, donne transgender, persone non binarie.

Agender

Letteralmente “senza genere”, si riferisce alle persone che non si identificano in nessun genere.

Asessuale

Persona che non sente desiderio di avere rapporti sessuali, che non è sessualmente attratta da altre persone. Diversamente da come può capitare di pensare, questo non significa che le persone asessuali non provino piacere nella sessualità. È possibile provare piacere sessuale anche in assenza di desiderio sessuale.

Bigender

Si riferisce all'identificarsi con due identità di genere. I due generi in questione possono essere quelli binari (maschile/femminile), non binari, oppure l'uno binario e l'altro non binario. Il genere può essere stabile e la persona sente di appartenere a due generi contemporaneamente oppure il genere può essere fluido e la persona può sentirsi, per esempio, in alternanza, a volte donna e a volte uomo.

Binario

Aggettivo usato per indicare l'esistenza di due soli generi: maschio/femmina o uomo/donna.

Binarismo (di genere)

La classificazione del genere nelle due tradizionali categorie maschile/femminile.

Bisessuale

Aggettivo usato per indicare una persona attratta emotivamente e/o sessualmente da persone di entrambi i sessi.

Bullismo omo-bi-transfobico/bullismo sessuale

Atteggiamento di sopraffazione fisica e/o verbale messo in atto sulla base dell'orientamento sessuale e dell'identità di genere di una persona.

Cambio anagrafico

Vedi "rettificazione anagrafica".

Chirurgia affermativa di genere (chirurgia confermativa del genere)

Si riferisce agli interventi chirurgici che intervenendo sui caratteri sessuali primari e/o secondari hanno l'obiettivo di adattare l'aspetto fisico di un individuo alla sua identità di genere.

Cisgender (cis-genero)

Aggettivo per indicare le persone la cui identità di genere è in linea con il sesso assegnato alla nascita.

Coming out

Processo attraverso cui gli individui rivelano e affermano la propria identità di genere o il proprio orientamento sessuale.

Cross-dressing

Indossare vestiti, accessori e/o trucco, e/o adottare un'espressione di genere che non si conforma al proprio sesso bio-

logico sulla base di norme sociali, culturali e ambientali. Non sempre il *cross-dressing* riflette l'identità di genere o l'orientamento sessuale. Il *cross-dressing* è una forma di espressione di genere e non ha fini di intrattenimento. Sostituisce il termine discriminante travestitismo.

Demigender

Il termine indica una persona che sente solo una parziale connessione con un'identità di genere. 1. *Demigirl/demiwoman/demifemale* è la persona che si identifica parzialmente come donna, quale che sia il genere assegnato alla nascita. 2. *Demiboy/demiguy/demiman/demimale* è la persona che si identifica parzialmente come uomo, quale che sia il genere assegnato alla nascita.

Desister

Persona transgender che decide di interrompere il proprio percorso di affermazione di genere (o di transizione).

Detransitioner

Persona transgender che decide di invertire il proprio percorso di affermazione di genere (o di transizione).

Disforia di genere

Disagio o sofferenza dovuti all'incongruenza tra l'identità di genere, il sesso assegnato alla nascita e/o i caratteri sessuali primari e secondari. Nel 2013, il Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM), nella sua quinta edizione, ha adottato l'espressione disforia di genere in riferimento alla diagnosi che indica la marcata incongruenza tra il genere esperito/espresso da un individuo e le caratteristiche sessuali primarie e/o secondarie. Tale condizione si associa a sofferenza clinicamente significativa o a compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti.

Drag king

Persone con sesso assegnato alla nascita femminile che si ve-

stono e truccano da uomini in modo esagerato e caricaturale, ma sempre spettacolare, nell'ambito di una performance.

Drag queen

Persone con sesso assegnato alla nascita maschile che si vestono e truccano da donne in modo esagerato e caricaturale, ma sempre spettacolare, nell'ambito di una performance.

Espressione di genere

Il modo di presentarsi di un individuo ad esempio abbigliamento, comportamento e altri fattori che riflettono aspetti dell'identità di genere o del ruolo di genere.

Eterosessismo

Ideologia che nega, denigra e stigmatizza ogni forma di comportamento, identità, relazione o comunità non eterosessuale.

Eterosessuale

Aggettivo usato per indicare una persona attratta emotivamente e/o sessualmente da persone del sesso opposto.

Female-to-Male (FtM).

Persona a cui è stato assegnato alla nascita il sesso femminile e che ha cambiato, sta cambiando o desidera cambiare il proprio corpo e/o la propria identità di genere in direzione maschile. Il termine più appropriato per indicare la persona FtM è uomo transgender.

Fluid

Vedi "*genderfluid*".

Gender questioning

Espressione riferita alle persone la cui identità di genere non si allinea al sesso assegnato alla nascita e che esplorano o si interrogano sulla propria identità di genere.

Gender variance

Vedi "*varianza di genere*".

Gender variant

Espressione che indica tutte quelle persone con varianza di genere.

Genderfluid

Espressione utilizzata per descrivere quelle persone la cui identità di genere fluttua tra i generi variando a seconda del momento o di altre circostanze. Essere *genderfluid* non ha nulla a che vedere con l'aspetto fisico, con i caratteri sessuali o con l'orientamento sessuale.

Genderismo

Ideologia portatrice di giudizi negativi sulle persone di genere non conforme ovvero che non si comportano in modo conforme agli stereotipi maschili o femminili.

Genderqueer

Espressione riferita a quelle persone la cui identità di genere non si conforma alla concezione binaria del genere. Le persone *genderqueer* possono pensarsi sia come uomo che come donna (*bigender, pangender*); né come uomo né come donna (*genderless, gender neutral, neutrois, agender*); possono fluttuare tra i generi (*genderfluid*); o incarnare un terzo genere.

Genere

Il termine si riferisce alle caratteristiche, definite socialmente, che distinguono il maschile dal femminile, vale a dire norme, ruoli e relazioni tra individui definiti come uomini e donne.

Genere non conforme/Gender Non-Conforming (GNC)

Vedi "*varianza di genere*" / "*gender variant*".

Identità di genere

Senso intimo e profondo di appartenere a un genere e non ad un altro, maschile, femminile o uno alternativo. L'identità di genere può o meno corrispondere al sesso assegnato alla nascita, o alle caratteristiche sessuali primarie o secondarie.

Identità sessuale

Espressione che indica una dimensione soggettiva e personale dell'essere sessuato che si costruisce nel tempo attraverso un processo dove si intrecciano fattori biologici, psichici, educativi e socioculturali. L'identità sessuale è costituita infatti da quattro fattori ovvero sesso biologico, identità di genere, ruolo di genere e orientamento sessuale che si possono combinare in modi diversi.

Incongruenza di genere

Condizione caratterizzata da una significativa e persistente incongruenza tra identità di genere e sesso assegnato alla nascita. Questa definizione compare nell'ultima edizione della classificazione internazionale delle malattie (ICD-11), stilata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, ed è inclusa tra le condizioni correlate alla salute sessuale.

LGBT+

Acronimo di origine anglosassone usato per indicare le persone lesbiche, gay, bisessuali, transgender. Il simbolo + viene inserito per comprendere altri gruppi di popolazione come intersessuali, *queer*, *gender fluid*, asessuali ecc.

Male-to-Female (MtF)

Persona a cui è stato assegnato alla nascita il sesso maschile e che ha cambiato, sta cambiando o desidera cambiare il proprio corpo e/o la propria identità di genere in direzione femminile. Il termine più appropriato per indicare la persona MtF è *donna transgender*.

Minority stress

Termine che fa riferimento al profondo disagio, dovuto al fatto di appartenere ad una minoranza, che impedisce di vivere serenamente la propria condizione omosessuale o transgender.

Non binario

Espressione riferita a una concezione del genere che non rientra nelle tradizionali categorie maschile/femminile.

Norma di genere

Regole e abitudini percepite come socialmente riconosciute e/o dovute al genere di appartenenza, ad es. abbigliamento, comportamento e così via.

Normativa di genere

Insieme di leggi e pratiche che legittimano e privilegiano quanti vivono in modo comunemente considerato appropriato al genere assegnato alla nascita (maschile o femminile).

Omofobia

Paura dell'omosessualità, sia come timore ossessivo di essere o di scoprirsi omosessuale, sia come atteggiamento di condanna dell'omosessualità.

Orientamento sessuale

Indica l'attrazione fisica, emozionale, romantica e/o sessuale di una persona per un'altra. L'orientamento sessuale è cosa distinta dal sesso biologico, dall'identità di genere e dal ruolo di genere.

Pangender

La persona *pangender*, letteralmente "tutti i generi", vive in una molteplicità di generi simultanea. Anche in questo caso può essere sperimentato un flusso\alternanza di genere.

Pansessuale

La persona pansessuale prova attrazione sessuale, amorosa, fisica e /o spirituale verso persone di tutte le identità di genere e/o espressioni di genere. La pansessualità è spesso definita come la capacità di amare una persona, indipendentemente dal suo genere.

Percorso di affermazione di genere

Percorso che porta una persona ad appartenere al genere in linea con l'identità di genere percepita. Questo percorso può includere: *coming out* verso la propria famiglia, amici e/o colleghi

di lavoro; cambio anagrafico del nome sui documenti; terapia ormonale e/o chirurgica (in quest'ultimo caso parliamo di "percorso medico di affermazione di genere").

Pride

Letteralmente orgoglio. Nell'uso comune è diventato il modo per indicare le marce e gli eventi che vengono organizzate per celebrare l'orgoglio della comunità LGBT+.

Queer

Vedi "*genderqueer*".

Rettificazione anagrafica

Con questo termine si fa riferimento a quanto nella legge numero 164/1982 viene definito "rettificazione di attribuzione di sesso" che avviene con la modifica dei dati personali, nome proprio e sesso assegnato alla nascita, nei registri dell'anagrafe a cui si è iscritti.

Riassegnazione chirurgica del sesso (RCS) o riassegnazione chirurgica del genere

Vedi "*chirurgia affermativa di genere*".

Ruolo di genere

Insieme di comportamenti e attitudini che sono riconosciuti socialmente e culturalmente come propri dei maschi o delle femmine.

Sessismo

Ideologia che considera i rapporti tra i sessi solitamente a discapito del sesso femminile. Si tratta di una forma di discriminazione basata sulla presunta superiorità di un sesso (maschile) rispetto all'altro (femminile).

Stigma

Attribuzione di qualità negative a una persona o gruppo di persone tali da declassarle a un rango sociale inferiore.

Studi di genere

Gli studi di genere nascono negli Stati Uniti negli anni cinquanta del Novecento con ricerche relative al genere e alle differenze sessuali considerate da numerosi punti di vista (biologico, psicologico, storico, culturale, sociale, economico, filosofico, politico, ecc.). Gli studi di genere non negano le differenze tra maschi e femmine, né affermano che queste differenze non siano importanti o che andrebbero eliminate, quanto invece evidenziano l'importanza del rispetto per le varie caratteristiche individuali. Molte persone infatti non possono corrispondere pienamente alle norme di genere e per questo sono spesso connotate negativamente, stigmatizzate.

Teoria del gender

La teoria del gender non esiste e per questo non ha alcun fondamento scientifico. Coloro che criticano la teoria del gender l'hanno di fatto creata interpretando in modo errato gli studi di genere. La teoria del gender sosterebbe che non esistono differenze tra uomini e donne ad eccezione di quelle fisiche, mirando alla distruzione della famiglia tradizionale quale fondamento della società e favorendo uno stile di vita squilibrato e disordinato.

Test di vita reale/Real life test

Criterio non più richiesto che era utilizzato nella precedente edizione degli standard di cura della *World Professional Association of Transgender Health* (WPATH SOC 6) per indicare il periodo di tempo in cui una persona transgender, interessata a intraprendere un percorso medico di affermazione di genere, doveva vivere a tempo pieno nel ruolo di genere desiderato, prima di dar luogo a cambiamenti fisici irreversibili. Lo scopo era verificare, e confermare, che la persona fosse in grado di vivere serenamente nel genere desiderato prima di poter iniziare la terapia ormonale. Nella più recente versione degli standard di cura (SOC 7) tale criterio è stato eliminato e non rappresenta un requisito necessario per iniziare la terapia ormonale.

TGNC

Acronimo utilizzato per indicare le persone transgender e *gender non conforming*.

Trans

Abbreviazione per *transgender*.

Transessuale

Il termine transessuale, oggi meno utilizzato, sta ad indicare quelle persone transgender che decidono di modificare il proprio corpo attraverso trattamenti ormonali e/o chirurgici.

Transessualismo

Indica la condizione dell'essere transessuali con particolare enfasi sull'aspetto della militanza.

Transessualità

È la condizione dell'essere transessuale.

Transfobia

Termine che si riferisce alla repulsione, all'odio, alla discriminazione e all'aggressione fisica e verbale nei confronti di individui di genere non conforme.

Transgender

Transgender è un aggettivo, non un sostantivo. È un termine ombrello che sta ad indicare quelle persone la cui identità di genere e/o ruolo di genere non si allineano al sesso assegnato alla nascita. Il termine transgender non indica attrazione o orientamento sessuale.

Transizione

Vedi "*percorso di affermazione di genere*".

Transizione sociale

Percorso attraverso il quale una persona decide di presentarsi con un ruolo di genere in linea con la propria identità di ge-

nere, indipendentemente dall'aver iniziato un percorso medico di affermazione di genere.

Travestitismo

Vedi *cross-dressing*. Il termine travestitismo è ormai considerato un termine offensivo che andrebbe assolutamente evitato.

Trigender

Il significato del termine trigender è lo stesso di bigender, ma le identità di genere con cui la persona si identifica in tal caso sono tre.

Two-Spirit

Espressione usata in alcuni gruppi nativi americani in riferimento a individui che si identificano con ruoli di genere sia maschili che femminili. Questa espressione può includere sia l'identità di genere sia l'orientamento sessuale. Ancora oggi, le persone Two-Spirit godono di molto rispetto nelle loro comunità, dove assumono spesso un ruolo di guida spirituale. Il termine è molto diffuso in alcuni Paesi come il Canada, tanto da rientrare anche nell'acronimo LGBTQ2S+ (Lesbica, Gay, Bisessuale, Transgender, Queer e Two-Spirit).

Varianza di genere

Espressione che si riferisce alla condizione di tutte quelle persone la cui identità di genere o espressione di genere differisce da ciò che è considerato comunemente appropriato per il sesso assegnato alla nascita (maschile o femminile).

Viado

Deriva dal portoghese *transviado* (deviato, pervertito) e si riferisce a uomini, omosessuali o bisessuali, che praticano la prostituzione. Ha un'accezione dispregiativa e discriminatoria.

WPATH

Precedentemente nota come *Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association*, la *World Professional Association*

of Transgender Health (Associazione Mondiale per la salute Transgender) è una organizzazione multidisciplinare, no profit, di professionisti impegnati nella tutela della salute e benessere delle persone transgender.

Indice

Prefazione di <i>Marina Pierdominici e Mirella Taranto</i>	p. 7
Secondo Tempo di <i>Mirella Taranto</i>	11
Ea e io di <i>Fabrizio Casa</i>	25
Loro di <i>Letizia Muratori</i>	42
Storia di Francesca di <i>Cristina Conforti</i>	56
Evoluzione del movimento transgender in Italia di <i>Porpora Marcasciano</i>	73
Parole inclusive di <i>Angela Ruocco</i>	80
Complessità e linguaggio nella comunicazione con le persone transgender di <i>Flavia Monceri</i>	84
Etica del disgusto e trans-fobia. Una riflessione critica di <i>Elena Mancini</i>	91

La salute delle persone transgender: il ruolo dell'Istituto Superiore di Sanità di <i>Marina Pierdominici, Matteo Marconi, Paola Matarrese e Alessandra Carè</i>	105
Varianza/incongruenza di genere nell'infanzia: il supporto psicologico di <i>Jiska Ristori</i>	111
Il supporto psicologico all'adolescente e all'adulto con incongruenze di genere di <i>Paolo Valerio, Cristiano Scandurra e Roberto Vitelli</i>	117
Il percorso endocrinologico di <i>Carlotta Cocchetti e Alessandra D. Fisher</i>	123
Il percorso chirurgico di <i>Girolamo Morelli, Andrea Cocci, Giulia Lo Russo e M. Cristina Meriggiola</i>	131
Postfazione di <i>una mamma</i>	143
Glossario di <i>Angela Ruocco</i>	145

Finito di stampare
nel mese di Luglio 2021
da Grafica Elettronica
per conto di Graus Edizioni
info@grauseditore.it
www.grausedizioni.it

