

John A. Di Camillo, Gender Transitioning and Catholic Health Care, "The National Catholic Bioethics Center" 17 (2017) 213-

Giovanni A. Di Camillo*

Abstract. Questo saggio discute i concetti di base che i ministeri cattolici della sanità dovrebbero comprendere riguardo ai cosiddetti interventi di transizione di genere. Poiché la vera guarigione comprende tutta la persona, le questioni transgender devono essere affrontate nei termini pienamente realistici di un'unione corpo-anima, non semplicemente in relazione ai desideri sperimentati e alle possibili modifiche fisiologiche. Per la necessaria chiarezza, il saggio spiega le distinzioni chiave tra i termini disturbi dello sviluppo del sesso, disforia di genere e transgender. Sostiene che solo gli sforzi di accettazione corporea possono offrire un'autentica guarigione in risposta alla disforia di genere, mentre tutte le forme di transizione di genere, dalla consulenza psicologica agli ormoni cross-sex e alla "riassegnazione" chirurgica, contraddicono sempre il bene dell'intera persona. Il saggio si conclude sottolineando l'importanza del ruolo educativo dell'assistenza sanitaria cattolica e la sua chiamata a testimoniare anche di fronte a raccomandazioni problematiche da parte di associazioni mediche rispettate. National Catholic Bioethics Quarterly 17.2 (estate 2017): 213-223.

L'assistenza sanitaria cattolica è più che la semplice fornitura di servizi sanitari standard da parte di organizzazioni che si dà il caso siano cattoliche. È un'opera della Chiesa stessa, un esercizio del suo ministero di carità. Nella sua enciclica *Deus caritas est*, il papa emerito Benedetto XVI la definisce "una parte della sua natura, un'espressione indispensabile del suo stesso essere".¹ Come tale, non è semplicemente una forma di assistenza sociale come qualsiasi altra, che segue allegramente i diktat delle norme culturali prevalenti, degli standard medici o delle leggi umane. Benedetto XVI ribadisce che l'agenzia della Chiesa stessa opera all'interno delle organizzazioni cattoliche, chiamandole "un *opus proprium*, un compito a lei gradito, in cui non collabora collateralmente, ma agisce come soggetto con responsabilità diretta, facendo ciò che corrisponde alla sua natura".²

Papa Francesco ha applicato questa profonda verità sull'interconnessione della Chiesa e del suo ministero sanitario al concetto di guarigione con la sua spesso citata immagine dell'ospedale da campo: "Vedo chiaramente ... che la cosa di cui la chiesa ha più bisogno oggi è la capacità di guarire le ferite e di riscaldare il cuore dei fedeli; ha bisogno di vicinanza, di prossimità. 1 Vedo la chiesa come un ospedale da campo dopo la battaglia. È inutile chiedere ad un ferito grave se ha il colesterolo alto e il livello dei suoi zuccheri nel sangue! Bisogna curare le sue ferite. Poi si può parlare di tutto il resto. Guarisci le ferite, guarisci le ferite. ... E bisogna partire dalle fondamenta".³ Non c'è dubbio che Francesco voglia attirare la nostra attenzione su qualcosa di più profondo della guarigione fisica. Non dovremmo nemmeno pensare alla cosiddetta transizione di genere se non abbiamo iniziato a guarire le ferite spirituali di una persona, ponendo le basi per qualsiasi ulteriore intervento.

Definire i termini della discussione

Ci avviciniamo correttamente alle questioni transgender nell'assistenza sanitaria cattolica con due punti in mente: Primo, la pienezza della vita della Chiesa, compresi i suoi sacramenti e tutti i suoi insegnamenti sulla persona umana, è inseparabile dal ministero sanitario cattolico. Secondo, la cura caritatevole cristiana richiede attenzione alle ferite personali più profonde. Date le complessità, le

John A. Di Camillo, PhD, BeL, è un etico dello staff del National Catholic Bioethics Center. Questo saggio è il testo leggermente modificato ed editato di una relazione intitolata "Transgender Issues in Catholic Health Care", presentata il 7 febbraio 2017, al Ventiseiesimo Workshop NCBC per i vescovi a Irving, Texas.

Le opinioni espresse nel NCBQ non rappresentano necessariamente quelle dell'editore, del comitato editoriale, degli etici o dello staff del National Catholic Bioethics Center.

¹ Benedetto XVI, *Deus caritas est*, n. 25.

² Ibidem, n. 29

³ Francesco, intervistato da Antonio Spadaro.

ambiguità e le agende ideologiche che riguardano questo argomento, non si può sottolineare abbastanza che la carità richiede verità. È fondamentale essere chiari sui fatti, quindi rivolgiamo la nostra attenzione ad alcuni termini chiave e al loro significato.

Nel contesto culturale attuale, l'ideologia di genere ha buttato via l'omino di pan di zenzero, sostituendolo con il genere neutro "persona di pan di zenzero" per spiegare pittoricamente le quattro distinzioni che applica alla sessualità umana: (1) *identità di genere*, che è il genere con cui mi definisco; (2) *espressione di genere*, che è il genere che presento socialmente, incluso l'abbigliamento o i comportamenti tipici del genere; (3) *Sesso biologico*, che si riferisce ai miei cromosomi, all'anatomia e ad altre caratteristiche fisiche; e (4) *orientamento sessuale*, che indica l'identità di genere, l'espressione o il sesso biologico da cui sono attratto romanticamente o sessualmente.⁴

Tutti questi termini sono in qualche misura soggettivi. Con l'eccezione del *sesso biologico*, non descrivono proprietà fisse e innate. L'uso di ognuno di essi comporta incoerenza e ambiguità. Anche il termine apparentemente oggettivo di *sesso biologico*, per esempio, è rappresentato in un modo che suggerisce in modo fuorviante che i disordini cromosomici e l'ambiguità genitale aiutano a stabilire un continuum di sessi diversi tra maschio e femmina, quando queste situazioni sono più accuratamente descritte come disturbi dello sviluppo sessuale. Quindi questi termini non sono scienza consolidata, tanto meno una base di valutazione medica o morale. Tuttavia, trasmettono efficacemente i concetti fondamentali per le discussioni sulle questioni transgender.

Altri tre termini sono essenziali per discutere questi problemi: *disturbi dello sviluppo sessuale*, *disforia di genere* e *transgender*. I disturbi dello sviluppo sessuale sono diagnosi mediche oggettivamente verificabili che potrebbero comportare deviazioni cromosomiche dai normali genotipi maschile (XY) e femminile (XX) o qualche interferenza in utero con lo sviluppo sessuale di un bambino cromosomicamente normale. Tali disturbi possono risultare in genitali ambigui o altre caratteristiche sessuali mal definite. Di conseguenza, sono anche conosciuti come condizioni intersessuali. Non riflettono un sesso nuovo o diverso, ma un errore nello sviluppo. Biologicamente, il sesso è determinato dal ruolo riproduttivo, che è compreso più essenzialmente in termini di due gameti: sperma e ovuli. Nessuna condizione intersessuale introduce un nuovo tipo di gamete; infatti, la maggior parte delle persone con gravi condizioni intersessuali sono sterili. Non esiste un terzo sesso biologico.

La disforia di genere è una diagnosi psichiatrica descritta nella quinta edizione del *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM-5)* dell'American Psychiatric Association. Il termine è meno oggettivo di "disturbo dello sviluppo sessuale": la diagnosi dipende dal giudizio di uno psichiatra basato sulle interazioni con la persona. Tuttavia, ha criteri molto specifici che esamineremo tra poco. La cosa più importante è che una diagnosi di disforia di genere esclude tipicamente i disturbi dello sviluppo sessuale. Nei casi rari in cui si verifica con un disturbo dello sviluppo sessuale, merita una classificazione distinta.⁵

Questo punto non può essere sottolineato abbastanza attentamente: una persona con caratteristiche sessuali ambigue, come può accadere con un disturbo dello sviluppo sessuale, tipicamente non viene diagnosticata con disforia di genere. La disforia di genere presume nella maggior parte dei casi che il sesso corporeo effettivo della persona sia chiaro e preciso. La persona pensa solo di essere, o desidera essere, l'altro sesso. Infatti, prima della pubblicazione del *DSM-5* nel 2013, gli stessi sintomi venivano diagnosticati come disturbo dell'identità di genere, che denotava più facilmente la problematicità di un'esperienza mentale in contrasto con un sesso corporeo indiscutibile, e richiedeva anche l'esclusione dei disturbi dello sviluppo sessuale.⁶ Ora si chiama disforia, suggerendo che il problema non è l'identificazione cross-gender della persona in quanto tale, ma piuttosto l'angoscia che sperimenta, spostando l'attenzione dalla causa sottostante e sui sintomi.

Infine, abbiamo il termine *transgender*. A differenza degli altri due, questa non è una diagnosi. Di conseguenza, il suo significato è più ambiguo, e la parola è usata in modi diversi da persone diverse. L'American Psychological Association offre la seguente definizione: transgender è "un

⁴ Sam Killerman, "The Genderbread Personv3".

⁵ *DSM-5*, 455-456.

⁶ *DSM-IV-TR*, 533.

aggettivo che è un termine ombrello usato per descrivere l'intera gamma di persone la cui identità di genere e/o ruolo di genere non sono conformi a ciò che è tipicamente associato al loro sesso assegnato alla nascita".⁷ Questo potrebbe includere persone che non hanno una condizione intersessuale ma sono state diagnosticate con disforia di genere, o persone con genitali ambigui alla nascita che sono state identificate in modo errato, e persone con un chiaro sesso biologico che semplicemente non soddisfano le aspettative culturali di come uomini e donne dovrebbero vestirsi e comportarsi. Potrebbe includere ragazze che sono considerate maschiacci e ragazzi che sono particolarmente "sensibili", nessuno dei quali implica un problema di identificazione sessuale.

Quindi dobbiamo stare molto attenti quando usiamo il termine *transgender*, perché può significare molto di più di quanto possiamo pensare. Dovremmo essere molto chiari sul fatto che a un individuo sia stato diagnosticato un disturbo dello sviluppo del sesso o una disforia di genere o se semplicemente non è conforme alle aspettative culturali, nutre alcuni desideri e credenze cross-gender o si è auto-applicato un'etichetta transgender.

Tenendo presente questo avvertimento sui pericoli del termine *transgender*, possiamo ancora riconoscere che la maggior parte delle persone usa la parola per significare qualcosa di simile alla disforia di genere, cioè avere un sesso corporeo chiaramente identificato ma pensare che sia in qualche modo il corpo "sbagliato". In termini semplici, è sentirsi un uomo intrappolato nel corpo di una donna o viceversa, indipendentemente da qualsiasi diagnosi ufficiale di disforia di genere. Tutti coloro che sono diagnosticati con disforia di genere senza un disturbo dello sviluppo del sesso potrebbero affermare di essere transgender, ma non tutti coloro che affermano di essere transgender sono diagnosticati con disforia di genere.

Capire la disforia di genere in modo più preciso può darci un'idea di questa comprensione comune del transgender. Secondo il *DSM-5*, la disforia di genere è una discrepanza tra il "genere sperimentato" e il "genere assegnato" che dura più di sei mesi e causa una significativa sofferenza o compromissione sociale.⁸ Quindi, se ho sperimentato una tale discrepanza per meno di sei mesi, non mi verrebbe diagnosticata la disforia, ma potrei considerarmi transgender. Anche se è stato più di sei mesi, non mi verrebbe diagnosticato senza la prova di una significativa compromissione sociale: se non sono ansioso o angosciato per essere un uomo che pensa di essere una donna, potrei considerarmi transgender senza qualificarmi per la diagnosi di disforia di genere.

Inoltre, una diagnosi di disforia di genere in un adulto richiede che la persona soddisfi almeno due dei sei criteri.⁹ Il primo ribadisce l'esperienza di una marcata incongruenza tra mente e corpo. Gli altri cinque sono più eloquenti ed enumerano desideri e convinzioni specifiche sulle caratteristiche del sesso e del genere. Tutti e sei i criteri collocano la diagnosi chiaramente nel regno dei sentimenti e delle credenze - le emozioni e la mente - anche a questo livello molto tecnico.

Riflettendo su questo, possiamo dire che il concetto di transgender si basa su una premessa antropologica cruciale: il sesso biologico del corpo non è necessario per stabilire l'identità sessuale di una persona. Con o senza una diagnosi di disforia di genere, i desideri e le credenze hanno la precedenza su una realtà corporea oggettivamente identificabile. In questa luce, può essere utile parlare di provare "desideri transgender" o di avere "convinzioni transgender" che sembrano corrispondere ai criteri della disforia di genere. Questo evita un linguaggio potenzialmente fuorviante sull'essere una "persona transgender", che implica presupposti antropologici sulle origini dei desideri e delle credenze come se fossero in qualche modo innati, fissi e intrinsecamente legati all'identità di una persona.

Risposte dell'assistenza sanitaria al transgenderismo

Che tipo di interventi vengono proposti per le persone con desideri e convinzioni transgender? Se stiamo parlando di una persona senza un disturbo dello sviluppo sessuale o una diagnosi di disforia di genere, la prima risposta ragionevole sarebbe quella di impedire che tali desideri e convinzioni

⁷ APA, "Linee guida per la pratica psicologica con persone transgender e non conformi al genere".

⁸ *DSM-5*, 452-453.

⁹ *Ibidem*.

raggiungano il livello di disforia di genere. Questo potrebbe significare semplicemente aspettare che si risolvano durante lo sviluppo adolescenziale o intervenire attraverso una consulenza correttiva o una psicoterapia per aiutare la persona ad accettare il suo sesso corporeo.¹⁰ Questo, tuttavia, non è l'approccio standard al momento. La risposta tipica è la cosiddetta affermazione di genere, forse più precisamente chiamata affermazione transgender, che significa incoraggiare l'adulto o il bambino a mettere seriamente in discussione la sua identità sessuale e sostenere qualsiasi pensiero o sentimento non conforme al genere. Questo potrebbe aiutare a distinguere una diagnosi di disforia di genere, ma potrebbe anche far precipitare la condizione quando avrebbe potuto essere prevenuta.

Se le convinzioni e i desideri transgender soddisfano i criteri per la disforia di genere, ci sono due piste di base per l'intervento medico che possono essere delineate sulla base dei loro obiettivi: attesa o psicoterapia correttiva per incoraggiare l'accettazione del proprio corpo, o la cosiddetta transizione di genere per alleviare l'ansia, la depressione e altri problemi sociali. La transizione di genere ha quattro livelli, ognuno dei quali è disponibile in diverse modalità e gradi, elencati qui dal meno al più invasivo: (1) psicoterapia per l'affermazione del genere per promuovere e incoraggiare i desideri e le credenze transgender, che può iniziare anche prima che venga diagnosticata la disforia di genere; (2) adattamento di genere per assumere il ruolo sociale, i comportamenti, i pronomi e l'abbigliamento del genere opposto; (3) regimi farmacologici come testosterone ed estrogeni per rendere il corpo più simile a quello del sesso opposto; e (4) la cosiddetta chirurgia di riassegnazione del sesso per alterare meccanicamente le strutture corporee, soprattutto i seni e gli organi genitali.

Prestigiose associazioni mediche ora promuovono la transizione di genere in qualche forma. Nel 2015, l'American Psychological Association ha pubblicato delle linee guida "per assistere gli psicologi nella fornitura di... pratica psicologica trans-affermativa".¹¹ Anche l'Accademia Americana di Pediatria si è fatta sentire, dato che l'affermazione del genere può iniziare già all'età di quattro anni, con interferenze ormonali alla pubertà e interventi chirurgici già all'età di sedici anni. Il comitato AAP sull'adolescenza raccomanda che "i pediatri dovrebbero essere disponibili a ... fornire il contesto che essere LGBTQ è normale, solo diverso," e "gli adolescenti transgender hanno bisogno di essere sostenuti e affermati; hanno bisogno di istruzione e di riferimento per il processo di transizione."¹² L'American Psychiatric Association ha annunciato che la transizione farmacologica e chirurgica può essere medicalmente necessaria e benefica per le persone con convinzioni transgender, dovrebbe essere coperta dall'assicurazione sanitaria pubblica e privata, e non dovrebbe essere categoricamente esclusa da tale copertura.¹³ L'associazione non ha limitato la portata di questa posizione con il proprio termine diagnostico "disforia di genere"; piuttosto, ha parlato di accesso al trattamento e copertura per "individui transgender e varianti di genere" in generale.

Questo dovrebbe ricordarci che le associazioni mediche non sono garantite per essere arbitri oggettivi dei fatti scientifici. Se i medici non operano con la giusta comprensione della persona umana, possono presentare interventi dannosi come bisogni terapeutici. Infatti, i dati esistenti sui risultati della transizione di genere non supportano l'affermazione delle credenze e dei desideri dei transgender, tanto meno gli interventi ormonali o chirurgici che alterano il corpo. Negli ultimi quarant'anni, mentre alcuni studi indicano miglioramenti nella soddisfazione o nel benessere auto-riferito in seguito all'intervento chirurgico, la maggior parte non trova miglioramenti statisticamente significativi nei sottostanti problemi di salute mentale, comportamentale e sociale come la depressione, l'ansia, il suicidio e l'abuso di sostanze, e molti riflettono un aumento significativo del suicidio.¹⁴

Se pensiamo per un momento oltre la statistica per guardare ai concetti medici, vediamo anche che il mondo medico conosce bene affezioni simili che non esita a chiamare disturbi. L'anoressia

¹⁰ Il termine "correttivo" è usato qui come un aggettivo generico che significa sforzi per eliminare o mitigare i desideri e le credenze in questione.

¹¹ APA, "Linee guida per la pratica psicologica", 832-833.

¹² American Academy of Pediatrics Committee on Adolescence, "Office-Based Care for Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, and Questioning Youth", *Pediatrics* 132.1: 201.

¹³ Vedi APA, "Position Statement on Access to Care for Transgender and Gender Variant Individuals".

¹⁴ Un'ampia rassegna della letteratura medica può essere trovata in Lawrence S. Meyer e Paul R. McHugh

nervosa comporta una grave discrepanza tra la realtà oggettiva del corpo e la radicale percezione errata che la persona ha di esso, ovvero un "disturbo nel modo in cui il peso o la forma del proprio corpo vengono sperimentati... o una persistente mancanza di riconoscimento della gravità del basso peso corporeo attuale".¹⁵ Nessuno suggerirebbe di affermare credenze irrazionali e dannose di questo tipo. Il DSM-5 definisce i *deliri psicotici* come "convinzioni fisse che non sono suscettibili di cambiamento alla luce di prove contrastanti".¹⁶ Le convinzioni transgender persistenti sembrano rientrare in questa definizione. Il disturbo dismorfico del corpo è una "preoccupazione per uno o più difetti percepiti o difetti nell'aspetto fisico che non sono osservabili o appaiono lievi agli altri".¹⁷ Vedere i propri genitali e altre caratteristiche del sesso corporeo come sbagliati non sembra molto diverso.

C'è anche un raro disturbo chiamato apotemnofilia, o disturbo dell'integrità dell'identità corporea, che comporta "un desiderio di avere un arto amputato per correggere un'esperienza di mancata corrispondenza tra il senso di identità corporea di una persona e la sua anatomia reale".¹⁸ Per esempio, persone che sono in buona salute corporea possono credere di essere paraplegiche e cercare un intervento chirurgico invalidante. Se applicato alle caratteristiche del sesso corporeo, questo è quasi il cuore del concetto di transgender.

La pratica dell'assistenza sanitaria cattolica

Cosa significa tutto questo per la pratica sanitaria cattolica? Non possiamo essere ingannati da una scienza ideologicamente compromessa. Il vero problema dei transgender non è una questione tecnica medica, ma un profondo errore antropologico con conseguenze morali. Nessuna quantità di dati scientifici può aiutare a fornire una vera guarigione se i suoi interpreti negano il disegno di Dio di ogni persona umana come un'unità corpo-anima individuale, maschio o femmina. Guardando più a fondo, le attuali risposte mediche ai desideri o alle credenze transgender, l'accettazione corporea e la transizione di genere, non solo hanno due obiettivi diversi ma si basano su due antropologie diverse.

Gli interventi di accettazione corporea sono conformi all'antropologia cristiana, che riconosce che l'identità sessuale è un attributo oggettivo e immutabile dato dal Creatore, manifestato fisicamente nel corpo e facilmente identificabile quando non ci sono disturbi dello sviluppo sessuale. Non solo ho un corpo, ma sono il mio corpo - non può essere sbagliato, ma il mio pensiero potrebbe esserlo.

Tutti gli interventi di transizione di genere, d'altra parte, presuppongono che non ci sia un problema fondamentale nel trasformare radicalmente il pensiero, l'espressione sociale e la manifestazione corporea della persona per riflettere il sesso opposto. Io non sono il mio corpo, ma mi capita di avere questo - può essere cambiato se è in qualche modo sbagliato per me. I Decido la mia identità sessuale in base a sentimenti e convinzioni personali.

Dovrebbe essere chiaro da questo che gli sforzi di accettazione corporea possono essere moralmente validi, sia che si tratti di sostegno umano di base, attesa, consulenza pastorale o qualche forma di psicoterapia correttiva. Per loro natura, questi interventi hanno un buon fine e mezzi correttamente ordinati che rispettano l'integrità della persona umana: cercano di eliminare o mitigare le credenze e i desideri transgender riconoscendo la verità della propria identità sessuale oggettiva, prendendo il corpo come dato e l'intera persona come degna di amore. Non c'è garanzia di successo in ogni caso, ma questi metodi possono ripristinare l'integrità di una persona confusa, se hanno successo.

Al contrario, gli interventi di transizione di genere non possono mai essere moralmente validi, perché rifiutano la corretta comprensione della persona. Per natura, questi sforzi sono diretti a permettere a una persona di "diventare" l'altro sesso e ad allineare il suo corpo e i suoi comportamenti con esso. Questo fine non è proprio del soggetto, la cui identità sessuale è data e immutabile, e quindi il fine è disordinato. I mezzi per realizzare una transizione di genere comportano sempre la negazione

15

16

17

18

della propria identità personale, l'incoraggiamento di false credenze e desideri disordinati, e persino misure estreme come mutilazioni ormonali e chirurgiche di un corpo sano. Se la transizione di genere ha successo, mina l'integrità della persona radicando ulteriormente una falsa comprensione di sé. Anche se produce una soddisfazione a breve termine, non può guarire la sofferenza esistenziale della confusione d'identità, ma la spinge solo più in profondità.

Il problema morale più evidente degli interventi di transizione di genere è la mutilazione ormonale e chirurgica. La *Gaudium et spes* ribadisce il significato dell'unità corpo-anima per capire come trattare i nostri corpi: "All'uomo non è permesso disprezzare la sua vita corporea, piuttosto è obbligato a considerare il suo corpo come buono e onorevole poiché Dio lo ha creato e lo risusciterà nell'ultimo giorno".¹⁹ Una ferma convinzione che il mio corpo sia in qualche modo sbagliato manifesta il disprezzo per quel dono. Agire per rimodellarlo radicalmente, facendolo parlare falsamente, lo disonora. La direttiva 29 delle *direttive etiche e religiose per i servizi sanitari cattolici (ERDs)* chiarisce il dovere di proteggere e preservare l'integrità corporea e funzionale, e la direttiva 53 proibisce la sterilizzazione diretta.²⁰

Anche con buone intenzioni terapeutiche, come cercare di alleviare la depressione o l'ansia, le azioni mutilanti parlano da sole. Dicono che il mio corpo non va bene e garantisce la deturpazione, persino la menomazione funzionale, per farmi sentire meglio. Va sottolineato, tuttavia, che nessun intervento chirurgico di riassegnazione o ormoni cross-sex può effettivamente trasformare un corpo maschile in uno femminile o viceversa. Alla fine, non c'è una transizione autentica né antropologicamente né biologicamente, ma solo una mutilazione.

Se gli sforzi di transizione di genere, dalla consulenza trans-affermativa alla chirurgia invasiva, equivalgono sempre a un rifiuto del corpo della persona, possiamo dire che le inclinazioni alla transizione, cioè i desideri e le convinzioni transgender, sono disordinati. Per quanto reale possa essere l'esperienza di questi sentimenti e convinzioni, essi sono ordinati solo a sfigurare il corpo e a dis-integrare letteralmente la persona. Ma per essere chiari, e questo è pastoralmente importante, i desideri e le convinzioni transgender non sono peccati in quanto tali, proprio come le inclinazioni omosessuali non sono peccati. Solo le azioni deliberate possono essere valutate in termini morali. I desideri sono comunque oggettivamente disordinati, perché agire su di essi può solo danneggiare la persona. Chiedono invece una vera guarigione.

Possiamo riassumere il quadro etico delle questioni transgender nell'assistenza sanitaria dicendo che gli interventi di transizione di genere sono necessariamente viziati dalla negazione o dal rifiuto del corpo sano e dato da Dio di una persona con le sue caratteristiche sessuali oggettive. Poiché le credenze transgender sono false e i desideri transgender sono intrinsecamente disordinati, agire deliberatamente su di essi è intrinsecamente immorale e non può essere giustificato in nessuna circostanza. Naturalmente, le complessità psicologiche e di sviluppo e le pressioni esterne dietro le credenze, i desideri e le esperienze sono reali, e potrebbero notevolmente attenuare o eliminare la colpevolezza soggettiva, in particolare nei bambini.

Alcuni potrebbero sostenere che gli interventi di transizione di genere potrebbero essere legittimi in base al principio di totalità. Papa Pio XII è noto per aver spiegato e applicato questo principio morale, che ammette il sacrificio di una parte del corpo per preservare la salute o la vita del tutto. Una gamba in cancrena può essere amputata. Interventi direttamente terapeutici che dovrebbero portare alla sterilità possono essere legittimi, come si nota nella direttiva 53 delle *ERD*. Anche un testicolo sano potrebbe essere rimosso se aggrava un grave problema di salute in un'altra parte del corpo. Alcuni sostenitori della transizione di genere sostengono che alterare o rimuovere genitali sani o altre caratteristiche sessuali potrebbe essere legittimo e non sarebbe una mutilazione immorale perché eliminerebbe o almeno attenuerebbe la disforia di genere.

Anche supponendo che tutte le opzioni migliori, inclusa la psicoterapia correttiva, siano state esaurite e che i dati mostrino benefici adeguati a giustificare i rischi e i costi, il che non è il caso al momento, questa linea di argomentazione fallisce. Mentre le applicazioni accettate della totalità

19

20

comportano interventi che causano danni fisici, nessuna di esse rifiuta l'identità fondamentale della persona o tenta di costruirne una falsa. La transizione di genere lo fa sempre.

Inoltre, le applicazioni standard della totalità mirano alla fonte di una patologia o a un fattore aggravante. La transizione di genere non fa nessuna delle due cose. Mira solo ad alleviare certi sintomi senza risolverne l'origine, e contemporaneamente agisce come un fattore aggravante: afferma i desideri e le credenze transgender disordinati. Questo può solo causare un danno maggiore alla persona nel suo complesso.

In breve, la transizione di genere è intrinsecamente immorale e quindi non può servire al bene della persona, anche se fornisce un certo sollievo a breve termine dei sintomi disforici. Il principio di totalità e la direttiva 53 delle *ERD* non sono applicabili.

Questo ha numerose implicazioni per gli operatori sanitari cattolici, dai singoli professionisti agli ospedali e ai sistemi. Ne citerò solo alcune. In primo luogo, nessun fornitore cattolico dovrebbe effettuare direttamente la transizione di genere. Questo significa nessuna consulenza o psicoterapia per l'affermazione del genere, bloccanti puberali, ormoni cross-sex, o riassegnazioni chirurgiche di qualsiasi tipo. Per evitare una cooperazione immorale, i medici e le organizzazioni cattoliche non dovrebbero autorizzare il mantenimento di ormoni cross-sex o altri regimi di transizione se un paziente che li riceve viene sotto la loro cura per motivi di salute non correlati. Allo stesso modo, non dovrebbero essere fatti riferimenti che indirizzino o raccomandino che i pazienti si sottopongano a interventi di transizione di genere.

Inoltre, le strutture cattoliche non dovrebbero implementare protocolli per l'affermazione del genere, per esempio, permettendo ai pazienti che dichiarano di essere transgender di accedere a bagni di sesso opposto o richiedendo a tutto il personale di sottoporsi a una formazione sulla sensibilità che li spingerebbe a usare i pronomi di genere preferiti dai pazienti. Le organizzazioni cattoliche che offrono i propri prodotti assicurativi o che sono auto-assicurate dovrebbero escludere categoricamente gli interventi chirurgici di riassegnazione del sesso e tutte le altre forme di transizione di genere dalla loro copertura. Infine, ricordando l'intrinseca immoralità della transizione di genere, nessun mandato governativo dovrebbe costringere i fornitori di assistenza sanitaria cattolici a violare la legge morale.

La testimonianza dell'assistenza sanitaria cattolica

La complessità delle questioni transgender è un richiamo alla necessità di educazione, anche nella sanità. Nel suo motu proprio "Sul servizio della carità", Benedetto XVI dice che "nello svolgimento della loro attività caritativa... le organizzazioni cattoliche ... dovrebbero mostrare una speciale preoccupazione per le persone bisognose ed esercitare una preziosa funzione educativa all'interno della comunità cristiana".²¹ In termini più semplici, i fornitori cattolici dovrebbero offrire assistenza sanitaria con verità nella carità.

L'assistenza sanitaria cattolica non può semplicemente accettare gli standard delle associazioni mediche o i regolamenti legali in questo settore, perché questi standard riflettono un'antropologia difettosa. Dovrebbe quindi promuovere la corretta comprensione della persona umana, un'unità corpo-anima la cui identità sessuale dovrebbe essere accettata per il dono che è; promuovere una sana scienza e informazione medica, compresi i limiti dei dati scientifici e ciò che i fatti non ci dicono; fornire formazione agli operatori sanitari e agli amministratori; offrire ai pazienti e alle famiglie valide risorse pratiche, come professionisti cattolici della salute mentale e pediatri ben formati; e sostenere attivamente coloro che offrono cure conformi all'antropologia cristiana, come la psicoterapia correttiva.

I fornitori cattolici dovrebbero offrire assistenza sanitaria senza ingiusta discriminazione verso nessuno, compresi quelli con credenze e desideri transgender. Questo significa che l'assistenza non dovrebbe essere categoricamente negata sulla base dell'esperienza di genere di una persona - questo è un appello alla guarigione autentica e può essere un'opportunità per assistere. Accorgimenti prudenziali, come fornire l'accesso ai bagni ad uso esclusivo, potrebbero essere fatti per evitare di

21

creare conflitti controproducenti. Questa e altre sistemazioni possono essere legittime, purché non affermino le credenze transgender o trasmettano che i desideri transgender sono sani e buoni.

Infine, i fornitori cattolici di assistenza sanitaria, in particolare le organizzazioni, hanno la grave responsabilità di sostenere la libertà di offrire cure autentiche coerenti con la vita della Chiesa. Quando si tratta di ideologia di genere, che Francesco ha chiamato una "guerra mondiale per distruggere il matrimonio" diffusa attraverso la "colonizzazione ideologica",²² non c'è spazio per la coercizione. Dobbiamo offrire solo un'autentica guarigione in accordo con la Parola di Dio, incluso il suo disegno creativo.

L'assistenza sanitaria cattolica deve articolare chiaramente e condividere la sua visione della persona umana fatta a immagine e somiglianza di Dio, maschio e femmina, come un fondamento incrollabile nella pratica dell'assistenza sanitaria. Deve usare concetti e terminologia chiari, distinguendo i disturbi dello sviluppo sessuale dalle credenze e dai desideri transgender di coloro che hanno un chiaro sesso corporeo, pur comprendendo che le affermazioni transgender sono diverse da una diagnosi di disforia di genere. Dovrebbe essere particolarmente consapevole dello spostamento dell'attenzione dalla causa ai sintomi quando la *disforia di genere* ha spostato il *disturbo di identità di genere* nel *DSM-5*. In sintesi, per guarire veramente le ferite da zero come esercizio del ministero e della vita della Chiesa, l'assistenza sanitaria cattolica deve nuotare controcorrente, affermando proattivamente la comprensione cristiana della persona umana nella pratica medica e rifiutando di eseguire, consentire o deliberatamente facilitare qualsiasi forma di transizione di genere.