

## ORIGINAL ARTICLE

# La Consulenza Tecnica d'Ufficio in tema di transessualismo alla luce del D.Lgs n. 150 del 2011: il contributo — non sempre richiesto — della Medicina Legale

Debora FARINA, Carmelo RAIMONDO, Raffaele LA RUSSA \*,  
Mariantonia DI SANZO, Alessandro SANTURRO

Dipartimento di Scienze Anatomiche, Istologiche, Medico Legali e dell'Apparato Locomotore, Università "Sapienza" di Roma, Roma, Italia

\*Corresponding author: Raffaele La Russa, Department of Anatomical, Histological, Forensic and Orthopedic Sciences Sapienza University of Rome, Viale Regina Elena 336, 00161 Rome, Italy. E-mail: [raffaele.larussa@uniroma1.it](mailto:raffaele.larussa@uniroma1.it)

## ABSTRACT

THE TECHNICAL CONSULTANCY ON TRANSEXUALISM IN THE LIGHT OF LGS. D. N. 150/2011: THE LEGAL MEDICINE CONTRIBUTION – NOT ALWAYS REQUESTED

Following the amendments made to the Law no. 164/1982, Legislative Decree no. 150/2011, which no longer expressly provides the possibility of carrying out a technical consultancy for the study of psycho-sexual conditions of the transsexual subject, part of Legal-Medicine interpretation has questioned the possible narrowing of technical-expert surveys and therefore the contribution of Legal Medicine and Mental-Forensic disciplines in cases of rectification of sex registry attribution.

Starting from this assumption, the authors addressed the issue concerning the technical consultancy on the subject of transsexualism, focusing on the skills required and on the expert's methodology to be adopted in the c.t.u. field. In order to better protect the mental and physical health of transsexual subject, the importance of a multidisciplinary approach, and so the need of the appointment of an expert panel composed by one specialist in Forensic Medicine and one in Psychiatry have been stressed. At the same time, it emerged that in fact in some Italian Courts, already before the legislative amendment, was customary to base the judgment even only on the documentation attached by the applicant and released from various authorized centers.

(Cite this article as: Farina D, Raimondo C, La Russa R, Di Sanzo M, Santurro A. La Consulenza Tecnica d'Ufficio in tema di transessualismo alla luce del D.Lgs n. 150 del 2011: il contributo — non sempre richiesto — della Medicina Legale. *Minerva Medicoleg* 2016; \_\_\_\_\_)

**Key words:** Transsexualism - Ethics, medical - Forensic medicine - Mental health.

La legge n. 164 del 1982, che dopo oltre 30 anni — nonostante le modifiche apportate dal D.Lgs n. 150 del 2011 e dal recente intervento della Corte Costituzionale n. 170 del 2014 — rimane nei suoi elementi essenziali di fatto ancora vigente, ha costituito un'importante svolta rispetto ai precedenti orientamenti giurisprudenziali, che escludevano la possibi-

lità di rettificare il sesso sulla base della personalità psichica del soggetto e in virtù di modificazioni dei caratteri sessuali non sostenute da cause naturali<sup>1-3</sup>.

La normativa in parola si sostanziava anche sull'esplicita possibilità di prevedere una consulenza tecnica d'ufficio finalizzata allo studio delle condizioni psicosessuali del richiedente

preliminare a qualsiasi procedura medico-chirurgica.

Per questa ragione, nei primi anni Ottanta, le discipline medico-legale e psichiatrico-forense, improvvisamente investite dalle problematiche peritali, hanno sviluppato un ampio dibattito sulla scelta del consulente, sulla metodologia da adottare nella risposta ai quesiti e sull'indifferibile necessità di uno studio multidisciplinare.

Dopo oltre un trentennio di relativo sopore, l'approvazione del D.Lgs n. 150/2011 ha risvegliato l'interesse della dottrina su una normativa non ancora univocamente interpretata neanche dalla giurisprudenza di merito, nel timore – peraltro non del tutto infondato – di veder svilito l'apporto peritale nello studio delle condizioni psicosessuali.

### Discussione

Lo studio delle condizioni psico-sessuali, a prescindere dalla nuova formulazione prevista dal D.Lgs n. 150 del 2011 — che tende a restringere il campo delle indagini tecnico-peritali — rimane, sia pur con minore immediatezza, uno dei punti cardini della procedura volta ad ottenere la rettificazione di sesso.

Non vi è dubbio, infatti, che la nuova formulazione non contempli più espressamente l'eventualità di una consulenza tecnica. Ciò non esclude, tuttavia, che un accurato studio delle condizioni psico-fisiche del soggetto possa avvenire al di fuori di un incarico peritale, tanto che anche prima del nuovo intervento legislativo relazioni rilasciate da centri specialistici autorizzati (quali ad esempio il SAIFIP a Roma) consentivano di ritenere non più necessario l'affidamento di una consulenza tecnica d'ufficio.

Peraltro, la norma anche nella precedente formulazione era stata definita come poco felice, atteso che aveva ribadito una regola generale già presente nel sistema processuale, al posto di accogliere la sollecitazione avanzata in sede di lavori preparatori circa l'obbligatorietà della consulenza medica<sup>i</sup>. Era stato all'epoca

rilevato come la previsione rappresentasse “il frutto di un frettoloso compromesso”<sup>5</sup> tra coloro che propugnavano la obbligatorietà della consulenza e coloro che la ritenevano superflua nei casi in cui l'attore avesse prodotto una esaustiva certificazione medica<sup>ii</sup>.

L'elasticità delle valutazioni in tal modo riservate al Giudice è stata quindi variamente criticata dalla dottrina, come riportato da Veronesi: «*taluno si chiede inoltre quale logica connessione sussista tra l'assumere il transessualismo come sindrome e il sottoporre poi ai soli giudici la valutazione preventiva circa l'opportunità dell'intervento. Se davvero si ritiene che il trattamento in questione trovi la sua origine nel diritto alla salute del transessuale, è assurdo ridimensionare poi (anche solo teoricamente) il ruolo riservato agli operatori sanitari*»<sup>iii</sup>.

Tanto premesso, bisogna tuttavia rilevare che resta tuttora salda la possibilità di un passaggio peritale ai sensi dell'art. 61 c.p.c. È stato, infatti, giustamente sottolineato che, sul piano dei requisiti per ottenere la rettificazione del sesso, la Legge del 1982 è rimasta sostanzialmente invariata. Osservano in particolare Montanari Vergallo *et al.*: «*il Legislatore*

poteva distinguere la precedente disposizione da quella contenuta nell'art. 61, comma 1 c.p.c. è stato allora rinvenuto nella individuazione normativa dell'oggetto della consulenza coincidente con “l'oggetto dell'accertamento giudiziale” rappresentato dalle condizioni psicosessuali del transessuale<sup>4</sup>.

<sup>ii</sup> Secondo altri commentatori, la norma nella sua originaria formulazione avrebbe dovuto fare esplicito riferimento ad una consulenza “medico-legale”. Inoltre, la non obbligatorietà della consulenza avrebbe potuto condurre ad un margine molto elevato di discrezionalità del giudice istruttore con possibile difformità di trattamento da caso a caso, laddove sarebbe stata necessaria una accurata consulenza pluridisciplinare per accertare non solo la ferma volontà di sottoporsi all'intervento chirurgico ma soprattutto la irreversibilità dello stato di transessualismo<sup>6</sup>. Di analogo tenore le considerazioni di BOMPIANI, il quale auspicava il costante ricorso alla nomina di un C.T.U.: «*Ora c'è da augurarsi che la facoltà che viene conferita al giudice istruttore di disporre, con ordinanza, l'acquisizione della consulenza intesa ad accertare le condizioni psico-sessuali dell'interessato sia utilizzata largamente, a tutto vantaggio della serietà di applicazione della legge 164, che dovrebbe venire incontro a delicate e dolorose vicende umane e personali che non trovino altro mezzo di soluzione, ma senza cedere su principi giuridici per altro verso da salvaguardare*»<sup>7</sup>. Contra Marchiori e Coco, che ritengono la CTU dannosa in quanto tesa a rafforzare stereotipi valutative del transessualismo, definite dannose sul piano diagnostico e lesive di diritti su quello giuridico<sup>8</sup> nonché Dameno, che esprime perplessità sull'opportunità di fondare il giudizio sulla base di una consulenza redatta da un soggetto che non ha partecipato direttamente e in prima persona al lungo percorso psicodiagnostico<sup>9</sup>.

<sup>iii</sup> L'autore si augura soluzioni legislative in grado di valorizzare il ruolo svolto dai professionisti con i quali il soggetto entra in contatto e di tutelare il diritto costituzionalmente riconosciuto alla salute psico-fisica dello stesso, assieme alla sua esatta ponderazione<sup>10</sup>.

<sup>i</sup> Quest'ultima soluzione avrebbe rappresentato una deroga al principio generale del ricorso alla consulenza tecnica strumento soltanto quando necessario ai fini della decisione. Pertanto, il tratto che

re lascia al Tribunale il compito di analizzare ogni singola situazione in relazione alle sue peculiarità, come, ad esempio, le condizioni psico-sessuali della persona, l'età e lo stato di salute, così da evitare di cadere in decisioni discrezionali, preconcepite o arbitrarie sia di conferire rilievo preponderante o addirittura esclusivo al convincimento psicologico del richiedente»<sup>11</sup>. In questi termini, è lecito ipotizzare che, quanto meno nei casi più complessi, il Collegio oltre all'esame della documentazione sanitaria prodotta dal richiedente possa continuare ad avvalersi di un consulente tecnico senza per questo svilire la *ratio* del D.Lgs n. 150 del 2011 che, come detto, era comunque tesa a snellire la fase procedurale.

Rimangono, quindi, immutate le problematiche relative all'indubbia complessità dell'indagine peritale che, peraltro, seguendo l'ipotesi appena prospettata risulterebbe ancora più spinosa proprio perché attinente ai casi di difficile interpretazione.

Alla luce di queste premesse, quanto mai delicata risulta la scelta del consulente o, come si dirà di seguito, preferibilmente del collegio multidisciplinare, che dovrà valutare per incarico del Tribunale le condizioni psicosessuali del richiedente, adottando una metodologia standardizzata ed in costante aggiornamento con le conoscenze specialistiche.

Sin dalla promulgazione della Legge n. 164 del 1982 la dottrina ha posto l'accento sulla necessità di una preparazione specifica del consulente, tenuto conto della relativa novità della materia. Bisognava, in particolare, rifuggire da atteggiamenti peritali criticabili sul piano deontologico e sostanziale così come da impostazioni dottrinali che ritenevano utili, al fine di consentire la rettificazione richiesta, soltanto i dati desunti da informazioni circostanziali presentate dalla stessa parte interessata<sup>12</sup>.

La carente preparazione tecnica del consulente avrebbe potuto compromettere il percorso giudiziario, posto che nei primi anni Ottanta risultava inevitabilmente scarsa la giurisprudenza di merito ed erano conseguentemente insufficienti l'esperienza e la capacità del Magistrato di correggere un giudizio non fondato su validi criteri scientifici.

Sotto questo profilo e al fine di ottenere le migliori garanzie processuali, sussisteva un sostanziale accordo nel ritenere l'approccio multidisciplinare l'unica soluzione in grado di garantire una indagine completa ed esaustiva.

Tuttavia, se per Palmieri<sup>6</sup> non si poteva prescindere dalla figura del medico legale, Tantalò<sup>13</sup> riteneva indispensabile la conoscenza psichiatrica, se non altro per la capacità propria della disciplina di formulare una diagnosi differenziale tra il transessualismo e altre forme di psicopatie.

Secondo Palmieri, la difformità di espressioni e di teorizzazioni cliniche, endocrine, psicologiche spingeva giustamente i magistrati a ricorrere, in maniera prevalente se non costante, alla competenza medico-legale, partendo dal presupposto che «*il linguaggio di un "somatosesso giuridico" è esattamente inquadrato solo dalla medicina legale*».

Di avviso opposto era Tantalò, che di fatto escludeva anche l'opportunità di affiancare al CTU medico-legale soltanto lo psicologo per la somministrazione dei reattivi mentali. In questo modo, infatti, il consulente tecnico d'ufficio si sarebbe limitato a mutuare le conclusioni formulate da terzi, senza possedere «*la qualità scientifica per verificare ciò che il collaboratore gli propone*».

In conclusione, secondo l'autore, «*la preparazione psichiatrico-forense, e non quella genericamente medico-legale, [è] quella che offre garanzie sufficienti per la scelta oculata di un tecnico preposto ad una risposta peritale in tema di rettificazione del sesso. Infatti solo un siffatto specialista può valutare globalmente il caso datogli in esame e interpretare, ad esempio, correttamente le risposte alla batteria dei reattivi mentali che saranno stati somministrati da uno psicologo o da queste trarre spunti per ridiscutere e verificare le ipotesi diagnostiche formulabili. La sensibilità propria dello psichiatra-forense, del criminologo clinico, dello psico-patologo che non posseggono conoscenze cliniche, ma anche quella capacità introspettiva particolare per elaborare un giudizio che molto profondamente coinvolge un essere umano, risulta unica ed essenziale ed affatto sostituibile con altre qualifiche specialistiche*».

Al di là degli estremismi, l'approccio multidisciplinare risulta quello più caldeggiato dalla dottrina, non potendosi in ogni caso derogare da una conoscenza psichiatrica, preferibilmente specialistica.

Le attendibili conseguenze negative di una scelta non ponderata del consulente sono state ben presto descritte da Palmieri, il quale dalla lettura dei primi elaborati peritali aveva tratto l'ulteriore convincimento della necessità di una competenza medico-legale, in grado di interpretare e di utilizzare la terminologia giuridica<sup>iv</sup>.

Ferme restando le difficoltà connesse alla scelta del consulente e l'opportunità/doverosità di un approccio multidisciplinare, la metodologia da adottare nelle consulenze in tema di rettificazione del sesso dovrebbe tendere all'uniformità.

I possibili quesiti proposti dal Tribunale riguardano sostanzialmente due aspetti:

- le condizioni psicosessuali del soggetto;
- l'opportunità o meno di un trattamento medico-chirurgico teso a salvaguardare il benessere psico-fisico dell'istante.

La metodologia di indagine riassunta da Fornari<sup>14</sup> si articola nei seguenti punti:

- 1) interrogatorio clinico, con raccolta dei dati anamnestici (anamnesi familiare, personale fisiologica, personale patologica, sessuale);
- 2) esame obiettivo, con particolare riferimento al viso, alle mammelle e ai genitali, allo sviluppo dell'apparato pilifero, muscolare e adiposo, al tono della voce;
- 3) esame neurologico;
- 4) esame psichiatrico diretto;
- 5) esami di sussidio diagnostico (test di efficienza, test di personalità).

L'analisi dei reattivi mentali consente lo studio del tipo e delle caratteristiche del processo di identificazione. Posto che non esiste un test psicodiagnostico specifico per la diagnosi di transessualismo, per solito vengono utilizzati i test MMPI-2, Rorschach e/o Thematic Apperception Test (T.A.T.), Wechsler Adult Intelligence Scale (W.A.I.S.), Derogatis Sexual Functioning Inventory e BEM Sex Role Inventory.

<sup>iv</sup> Riportava il caso di due consulenze redatte da ostetrici.

È stato al riguardo osservato da Fornari, in accordo con Ferracuti, che i mezzi diagnostico-psicometrici mettono in luce più che altro la reazione ai comportamenti devianti sessuali piuttosto che i comportamenti stessi<sup>15</sup>.

Posto che le classificazioni hanno da anni codificato i criteri diagnostici per poter verificare la sussistenza del transessualismo (ovvero, secondo l'ultima versione del DSM, di una Disforia di Genere), particolarmente accurata deve essere la confutazione di ipotesi diagnostiche alternative. Non può sfuggire al consulente che, a differenza di una indagine con finalità cliniche, gli effetti dell'inquadramento diagnostico e quindi la proiezione giuridica cui l'accertamento si riferisce si sostanziano (o meno) nell'autorizzazione all'esecuzione di trattamenti per lo più irreversibili.

Una delle "classiche" finalità della consulenza è, quindi, quella di discernere tra transessualità, stati intersessuali, travestitismo, omosessualità, ma anche quella di distinguere la Disforia di Genere da altre forme di psicopatie o persino da patologie di competenza invernistica<sup>v</sup>.

Se gli stati intersessuali sono caratterizzati dalla presenza di alterazioni cromosomiche/gonadiche spesso accertabili facilmente, più complessa è la verifica di una diagnosi differenziale con altre patologie psichiatriche. Si fa riferimento, in particolare, alle psicosi con turbe confusionali nella identificazione sessuale, alle grave nevrosi con atteggiamento ansioso nei riguardi del proprio ruolo genitale, alle gravi forme di sociopatia, alle turbe comportamentali legate ad influenze ambientali.

Secondo il DSM-V, oltre alla schizofrenia e ai disturbi psicotici, al disturbo di dismorfismo corporeo e al travestitismo, *«la disforia di genere dovrebbe essere distinta dalla semplice non conformità a comportamenti di ruolo di genere stereotipati, dal forte desiderio di appartenere a un altro genere rispetto a quello assegnato e dal grado e dalla pervasività di attività e interessi varianti rispetto al gene-*

<sup>v</sup> Appare sicuramente meno attuale la problematica avanzata dai primi commentatori della Legge n. 164 del 1982 circa la necessità di indagare sull'effettiva "irreversibilità" del transessualismo (cfr in tal senso Bompiani A. Le norme in materia di rettificazione dell'attribuzione di sesso e il problema del transessualismo, cit.).

re»<sup>16</sup>. In questo caso si tratterebbe, per certi versi, di un giudizio più quantitativo che qualitativo, che richiede al consulente competenza ed esperienza specifiche nella materia.

Circa l'indagine anamnestica, si deve necessariamente tener conto dei possibili tentativi di simulazione e, pertanto, appare doverosa una analisi critica di quanto riferito anche verificando, laddove possibile e con il consenso del soggetto, la veridicità delle affermazioni realizzando, ad esempio, incontri con i familiari.

Sulla complessità della diagnosi e sull'opportunità di affiancare un percorso psicoterapeutico anche ai fini di un più corretto inquadramento nosografico, affermano ancora Affatati *et al.*: «Nel caso del DIG, la diagnosi e la psicoterapia presentano molti limiti e delle peculiarità legate al tipo di disturbo, ma soprattutto alle motivazioni per cui questi pazienti intraprendono la psicoterapia. La diagnosi di DIG nonché l'attestazione dell'idoneità del paziente all'intervento di RCS sono infatti propedeutiche all'attivazione dell'iter giudiziario. Pertanto, questi pazienti spesso perseguono, come principale obiettivo della psicoterapia, l'ottenimento dell'autorizzazione all'intervento. Di conseguenza, assumono frequentemente un atteggiamento difensivo e non collaborativo, negando le problematiche psicologiche che intuiscono possano essere ostative alla loro idoneità, riferendo di possedere i requisiti universalmente riconosciuti, assumendo atteggiamenti aggressivi o di rifiuto rispetto ai necessari tempi della psicoterapia o talvolta all'acquisizione di dati da parte del clinico. Il terapeuta viene quindi spesso considerato in funzione del rilascio dell'autorizzazione, non considerando la psicoterapia come un valido ausilio per un miglior adattamento personale. Tali aspetti, piuttosto frequenti, rendono questi pazienti differenti da altre tipologie, poiché non afferiscono alle nostre strutture con una chiara richiesta di aiuto, ma con la pretesa di un burocratico riconoscimento del loro stato. Di conseguenza il colloquio psichiatrico si rivela piuttosto sterile e al suo termine rimangono molti dubbi rispetto alla diagnosi. Considerati pertanto questi limiti, risulta ancor più opportuno che i

pazienti che richiedono l'intervento di RCS intraprendano un percorso psicoterapeutico, di una durata variabile in base ai disturbi e alle caratteristiche di personalità del paziente»<sup>17</sup>.

Superata la fase diagnostica, non meno problematico risulta il giudizio relativo alla necessità del trattamento chirurgico.

Marchetti, mostrando scetticismo sull'opportunità della soluzione chirurgica, aveva subito evidenziato il paradosso per cui si era «trovata una terapia chirurgica a difficoltà di integrazione sociale»; difficoltà che, peraltro, secondo studi dell'epoca non diminuivano «significativamente dopo l'intervento»<sup>vi</sup>.

Parafrasando la Corte Costituzionale (sentenza n. 161 del 1985), Introna<sup>19</sup> aveva osservato come non sempre, e forse di rado, si potesse avere una ragionevole certezza che dopo l'intervento chirurgico (che ha carattere di radicalità dell'atto e di immodificabilità dei risultati) il soggetto avrebbe recuperato quello «almeno relativo benessere» auspicato dal giudice delle leggi.

Il consulente, pertanto, non può basarsi soltanto sul dato statistico, ma deve verificare volta per volta la decisione tecnica da prendere sul singolo caso giuridico, valutando anche la possibilità che dopo l'atto chirurgico demolitivo e pseudo-ricostruttivo il soggetto si possa trovare in una situazione non meno grave di quella di partenza e con l'impossibilità di un ripristino dello *status quo ante*.

È stato, infatti, osservato che molte patologie psichiatriche possono mascherarsi dietro la conflittualità sentita come la più impellente,

<sup>vi</sup> Secondo l'autore: «I tempi della medicina somatica sono necessariamente più brevi di quelli dell'intervento psichiatrico e psicologico. Abbreviare il tempo della psiche, sostituire all'osservazione attenta – oggi possibile con i nuovi strumenti teorici che la psicoanalisi e la psichiatria ad indirizzo dinamico offrono un intervento chirurgico che sicuramente appare ben più irreversibile della patologia che intende curare appare grave distorsione metodologica e pone gravi problemi di etica riguardanti i limiti dell'intervento medico. In tale contesto si può così assistere al paradosso di vedere come "progressista" il castratore e come retrivo e conservatore colui che al corpo e alla sua inevitabile interpretazione psichica vuole lasciare il tempo e lo spazio per esprimere ed elaborare le sue possibili contraddizioni». Inoltre, e a più forte ragione, «comprendere un paziente non vuol dire essere conniventi con le richieste che proprio come espressione della patologia egli può fare. Comprendere un paziente vuol anche dire lentamente aiutarlo a scoprire che attraverso la sua patologia può proporre un raffinato mezzo di controllo nei confronti di una realtà sgradita, ed è difficile pensare, in accordo con SCHERRER a qualcosa di più reale, di più tangibile, della nostra corporeità»<sup>18</sup>.

per cui una volta eliminata questa (nella fattispecie autorizzando l'intervento di conversione e la rettificazione del sesso anagrafico), altre conflittualità attinenti alla stessa patologia potrebbero liberamente manifestarsi originando squilibri addirittura irreversibili. Ecco, quindi, ancora una volta emergere la necessità di una indagine analitica in grado di individuare segni latenti di situazioni pre-patologiche che andranno vagliati nell'elaborato peritale.

Studi recenti, basati su teorie biologiche ancora non ben definite, dimostrerebbero invece che a seguito di intervento demolitivo/ricostruttivo si verificherebbe anche una contestuale trasformazione cerebrale che tenderebbe ad assumere le caratteristiche del nuovo sesso. L'atto operatorio avrebbe quindi un sicuro effetto terapeutico in quanto andrebbe a sanare il conflitto tra la psiche ed il corpo<sup>20</sup>.

Ad ogni modo, occorre in linea generale esaminare con attenzione le ragioni e le motivazioni a monte della richiesta di rettificazione del sesso, nonché le problematiche e le aspettative in merito a questa.

A tal proposito, la letteratura medico-legale si è soffermata in più occasioni sulla necessità di fornire una informazione dettagliata al paziente. Questi deve essere conscio che l'intervento potrà dar luogo soltanto a un quadro morfologico simile, ma non sovrapponibile, a quello dell'altro sesso e che tale avvicinamento potrà essere meno apprezzabile ove si verifichino complicità nell'esecuzione del trattamento<sup>vii</sup>.

Altrettanto accurata deve essere la valutazione della presenza di una rete relazionale di supporto, ivi ricompresa l'analisi dei rapporti familiari e lavorativi.

In definitiva e riassumendo, anche a distanza di molti anni possono quindi restare validi la metodologia e gli imperativi proposti da Tantalo<sup>13</sup> per la stesura della consulenza tecnica: «individuare la tipicità della sindrome (escludendo i sintomi nevrotici o psicotici, sia pure ad essa associati), registrare l'assenza di

*inquinamenti sessuali (come potrebbero essere atteggiamenti bisessuali o eterosessuali – in relazione ovvio, al sesso anatomico di origine –), verificare nel contesto socio-familiare del soggetto la disponibilità ad accettare la modificazione di sesso (ad esempio la mancanza di questa disponibilità potrebbe favorire l'instaurarsi di nuove conflittualità), accertarsi della validità del contesto psico-sanitario che dovrà favorire il corretto inserimento interrelazionale del soggetto».*

Sin qui la teoria. Una fotografia seppur parziale di ciò che avviene nella prassi giunge dallo studio di Petruccelli *et al.*<sup>21</sup> basato su 110 sentenze emanate da 20 tribunali italiani. I dati di maggior rilievo che sono emersi riguardano la frequenza con cui è stato richiesto l'espletamento di una C.T.U. (88,2%) e le professionalità alle quali è stato affidato l'incarico peritale (medico legale 26,3%; psichiatra 16,4%; neurologo 15,5%, psicologo 6,4%; altro 23,6%). Ribadendo che trattasi di un campione statisticamente poco significativo, destano non poche perplessità l'assenza di collegi peritali e la frequenza con cui risultano essere nominati gli specialisti in Neurologia, gli specialisti in altre discipline diverse da quelle elencate, ma soprattutto gli psicologi che, come noto, non sono laureati in Medicina e Chirurgia e non sono abilitati a formulare diagnosi o men che meno orientamenti terapeutici.

Anche l'indagine relativa alla metodologia adottata nelle consulenze riserva qualche sorpresa, posto che l'esame obiettivo psichiatrico risulterebbe essere stato espletato soltanto nel 40% dei casi, a fronte di un quesito peritale incentrato proprio sulle caratteristiche "psicosessuali" del soggetto.

L'ultimo elemento emerso dallo studio riguarda la tempistica dell'intero giudizio che è risultata essere particolarmente prolissa, anche a causa della farraginosità dell'*iter* giudiziario che di fatto quasi sempre prevede l'emanazione di due diverse sentenze (la prima di autorizzazione all'intervento; la seconda di rettifica anagrafica). Appare al riguardo superfluo rammentare che le lungaggini della giustizia italiana non potrebbero risparmiare il procedimento per la rettificazione di sesso,

<sup>vii</sup> Condivisibile il pensiero di Palmieri, secondo il quale un "consenso valido" nel caso specifico deve andare oltre la semplice capacità psicovolitiva per estendersi anche alla conoscenza, quanto più approfondita possibile, delle prospettive cui l'intervento espone.

che già di per sé comporta fisiologici e peculiari momenti di riflessione e di approfondimento clinico.

Una soluzione per snellire la fase procedurale è quella adottata da alcuni tribunali<sup>22-24</sup>, i quali come prassi accettano ed utilizzano la documentazione rilasciata dalle strutture sanitarie pubbliche competenti per il trattamento medico-chirurgico, sicché il soggetto viene indotto a presentare ricorso solo dopo essere stato seguito per un congruo periodo di tempo dalle strutture stesse, che, esperiti gli opportuni accertamenti, certificano per mezzo di una relazione la necessità dell'intervento.

In altri termini, lo studio delle condizioni psicosessuali, che, almeno in base alla Legge n. 164 del 1982, doveva essere l'oggetto della consulenza tecnica d'ufficio viene anticipato dal percorso pluridisciplinare standardizzato praticato presso le strutture autorizzate<sup>viii</sup>.

In altre circostanze è stata ritenuta sufficiente anche soltanto la semplice allegazione di una consulenza di parte<sup>25</sup>.

È il caso ad esempio affrontato dal Tribunale di Santa Maria Capua Vetere, sezione civile, sentenza del 9 gennaio 2012, che sulla base di una consulenza medico-legale (definita variamente psicologica e psichiatrica) ha ravvisato la sussistenza dei «presupposti per autorizzare il trattamento chirurgico preliminare alla rettificazione di attribuzione di sesso». Nelle ragioni in fatto e in diritto si legge inoltre «Anche all'istruttore, sebbene ad un esame superficiale quale può essere quello conseguente ad un colloquio informale, è apparso evidente che, pur avendo il ricorrente caratteri sessuali primari e corredo cromosomico propri del sesso femminile per le sue caratteristiche fisiologiche e psicologiche la medesima, in mancanza di un adeguamento dei propri caratteri fisici, non sarebbe in grado di condurre una

*esistenza consona al sesso anagraficamente dichiarato».*

L'«esame superficiale», il «colloquio informale» e la «documentazione di parte» hanno quindi rappresentato per i giudicanti «dati tranquillizzanti» sulle condizioni psico-fisiche dell'istante che è stato quindi autorizzato a sottoporsi all'intervento chirurgico «teso a creare una corrispondenza tra i suoi caratteri sessuali e la sua vera natura femminile».

Ben diverso è stato, invece, l'approccio del Tribunale di Pesaro<sup>26</sup> che, nell'ordinanza del 18 novembre 2011 (Pres. Est. Perfetti) dopo aver esaminato le certificazioni sanitarie prodotte dall'istante (tra le quali quella di una ginecologa che aveva già prescritto terapia ormonale), ha disposto l'esecuzione della C.T.U. In particolare, il Collegio ha ritenuto che «tale documentazione non toglie la necessità di procedere ad apposita Consulenza Tecnica d'Ufficio perché, oltre ad essere di parte, è chiaramente inutilizzabile dal giudice in quanto altrettanto evidentemente attività medica svolta in spregio della legge in materia (legge n. 164/1982), la quale condiziona a preventiva autorizzazione del Tribunale l'esecuzione di trattamento medico (e non solo chirurgico) finalizzato alla trasformazione dello stesso». Coerentemente con tale impostazione, il Collegio ha contestualmente trasmesso l'ordinanza al Procuratore della Repubblica presso il Tribunale di Bologna, nonché al Presidente dell'Ordine dei Medici di Bologna per le valutazioni di rispettiva competenza.

In ogni caso, è ormai quasi una consuetudine dei Centri autorizzati informare gli utenti che la relazione rilasciata al termine del percorso psico-diagnostico risulta nella maggior parte dei casi sufficiente ad evitare la nomina da parte del Giudice del CTU, paventando anche un conseguente risparmio economico per la persona. Tale prassi — ormai nota all'interno della Comunità transessuale — non sembra andare incontro né al richiedente (risulta infatti più significativa e maggiormente bisognevole di tutela la salute del soggetto, che può essere garantita soltanto da una corretta ed approfondita valutazione del quadro

<sup>viii</sup> Cfr, tra gli altri, Tribunale di Bolzano, prima sezione civile, Sentenza del 25 giugno 2008 (Pres. Est. Roilo); Tribunale di Taranto, prima sezione civile, Sentenza del 6 novembre 2009 (Pres. Est. Diotaiuti). In questo caso, attesa la indubbia autorevolezza della fonte da cui proveniva la documentazione, è stato ritenuto superfluo l'espletamento di una Consulenza Tecnica d'Ufficio; Tribunale di Reggio Emilia, prima sezione civile, Sentenza del 5 maggio 2011 (Pres. Savastano; Est. Poppi), dove il Collegio ha condiviso l'orientamento giurisprudenziale che esclude la obbligatorietà di una consulenza di ufficio, salvo che la documentazione allegata dalla parte sia insufficiente.

psichico, piuttosto che la ricerca di un mero interesse economico) né alla struttura che — in una meno nobile finalità difensivistica — potrebbe giovare di un ulteriore parere dell'esperto del Tribunale nell'eventuale contenzioso instaurato per ipotesi di errori diagnostico-valutativi.

### Conclusioni

Ferma restando la nuova formulazione del D.Lgs del 2011, che sembrerebbe ridurre l'apporto medico-legale nell'*iter* volto ad ottenere il cambiamento anagrafico del sesso, persistono strumenti procedurali che consentono l'espletamento di una consulenza tecnica d'ufficio ai sensi dell'art. 61 c.p.c.

Appare al riguardo necessario trovare l'equilibrio tra le spinte che chiedono di velocizzare le procedure (è del resto plausibile che il richiedente abbia maturato il proprio convincimento dopo un percorso interiore psicologico di non breve durata e possa essere diffidente nei confronti di una consulenza tecnica d'ufficio, laddove si sia già in presenza di una ponderosa e significativa documentazione sanitaria) e l'esigenza giuridica, ma prima di tutto clinica, di inquadrare con esattezza la patologia psichica e di individuare gli eventuali presidi terapeutici più adatti a modificare i caratteri sessuali.

Sotto il profilo formale, la dottrina ha in più circostanze teorizzato sulla criteriologia da seguire al fine di redigere la consulenza tecnica, scontrandosi poi di fatto con la prassi dei Tribunali che, probabilmente per ragioni di economicità, ben raramente hanno autorizzato consulenze collegiali che prevedessero diversi *videat* specialistici ed un lungo periodo di osservazione clinica.

Resta auspicabile, in ogni caso, un approccio interdisciplinare (psichiatrico-forense, medico-legale) con l'apporto dello psicologo clinico per la somministrazione e l'interpretazione dei reattivi mentali, proprio perché ben difficilmente un'unica figura professionale può racchiudere le ancorché minime competenze necessarie per venire a capo di questioni articolate dai risvolti di fatto irreversibili.

### Riassunto

A seguito delle modifiche apportate alla Legge n. 164/1982 dal Decreto Legislativo n. 150/2011, che non prevede più espressamente il richiamo alla possibilità di espletare una consulenza tecnica d'ufficio per lo studio delle condizioni psico-sessuali del soggetto transessuale, parte della dottrina medico-legale ha sollevato obiezioni circa il possibile restringimento delle indagini tecnico-peritali e quindi dell'apporto della disciplina medico-legale e psichiatrico-forense nei casi di rettificazione di attribuzione anagrafica del sesso. Partendo da tale assunto, gli autori hanno affrontato la tematica relativa alla consulenza tecnica d'ufficio in tema di transessualismo, analizzando in particolare le professionalità richieste e la metodologia peritale da adottare nell'ambito della c.t.u. Al fine di tutelare maggiormente la salute psico-fisica del soggetto transessuale, è stata sottolineata l'importanza di un approccio multidisciplinare e, quindi, la necessità della nomina di un collegio peritale costituito da: uno specialista in Medicina Legale ed uno in Psichiatria. Al tempo stesso, è emerso come in realtà in alcuni Tribunali Italiani già prima della modifica legislativa fosse consuetudine basare il giudizio anche soltanto sulla documentazione allegata dall'istante e rilasciata dai vari centri autorizzati.

### Bibliografia

1. Norme in materia di rettificazione di attribuzione di sesso - Legge n. 164 del 1982.
2. Delle controversie in materia di rettificazione di attribuzione di sesso - D.Lgs n. 150, Art. 31 del 2011.
3. Corte Costituzionale, Sentenza n. 170 del 2014.
4. Palmieri G. Il cambiamento di sesso. In: Canestrari S, Ferrando G, Mazzoni CM, Rodotà S. Trattato di Biodiritto. Milano: Giuffrè; 2011.
5. Patti S. Transessualismo (voce). In Digesto. 4. Torino: UTET; 1999.
6. Palmieri L. Sulla Legge 164/82 in materia di rettificazione di attribuzione di sesso. *Zacchia* 1984;57:129 ss.
7. Bompiani A. Le norme in materia di rettificazione dell'attribuzione di sesso ed il problema del transessualismo. *Med Morale* 1982;1:238-83.
8. Marchiori A, Coco N. Il Transessuale e la norma. Roma: Kappa; 1993.
9. Dameno R. Le persone transgenere. Le identità e i diritti. CIRSDIG-Working paper 2012; 51.
10. Veronesi P. Il corpo e la Costituzione. Concretezza dei "casi" e astrattezza delle norme. Milano: Giuffrè; 2007.
11. Montanari Vergallo G, Zaami S, Marinelli E, Frati P. Nuove norme per chiedere la rettificazione di attribuzione di sesso. Più modifiche formali che tutela della salute. *Prevent Res* [Internet]. 2011 Dec 5. Disponibile alla pagina <http://www.preventionandresearch.com/> [citato 6 maggio 2016].
12. Merli S, Marinelli E, Zaami S. Questioni Medico-Legali in tema di transessualismo. *Giust Pen* 1987;92:183 ss.
13. Tantalo M. La consulenza tecnica d'ufficio in tema di transessualismo. *Riv It Med Leg* 1988;10:837-48.
14. Fornari U. Trattato di psichiatria forense. 5. Torino: UTET Giuridica; 2013.
15. Fornari U, Indemini L. Identità psicosessuale e transessualismo: problemi diagnostici, clinici e giuridici. *Riv It Med Leg* 1982;4:595.
16. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Quinta Edizione. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2013.
17. Affatati V, Grattagliano I, Todarello O, Catanesi R. Utilizzo del test di Rorschach nella diagnosi di disturbo dell'identità di genere e nella valutazione dell'idoneità



- alla riassegnazione chirurgica del sesso. Rivista di Psichiatria 2012;474:337-44.
18. Marchetti M. Aspetti psichiatrici e psicologici del transessualismo. Med Morale 1984;34:172-80.
  19. Introna F, Ciraso G, Rago C. Sul concetto di «trattamento medico-chirurgico nei casi di transessualismo» (Legge 14 aprile 1982 n. 164) Commento ad un caso. Riv It Med Leg 1988;10:1259.
  20. Rolle L, Falcone M, Vighetti S, Ceruti C, Sedigh O, Timpano M, *et al.* Does sex reassignment surgery induce cerebral modifications in MTF transsexuals? J Sex Med 2014;1:312.
  21. Petruccioli F, Grassotti R, Giordano V. La Legge sulla Riattribuzione di Sesso: un'Indagine sulle Perizie presso i Tribunali Italiani. Rivista di Sessuologia Clinica 2006;2:7-21.
  22. Tribunale di Bolzano, prima sezione civile, Sentenza del 25 giugno 2008 (Pres. Est. Roilo).
  23. Tribunale di Taranto, prima sezione civile, Sentenza del 6 novembre 2009 (Pres. Est. Diotiauti).
  24. Tribunale di Reggio Emilia, prima sezione civile, Sentenza del 5 maggio 2011 (Pres. Savastano; Est. Poppi).
  25. Tribunale di Santa Maria Capua Vetere, sezione civile, Sentenza del 9 gennaio 2012 (Pres. D'Onofrio)
  26. Tribunale di Pesaro, Ordinanza del 18 novembre 2011 (Pres. Est. Perfetti).

---

*Conflicts of interest.*—The authors certify that there is no conflict of interest with any financial organization regarding the material discussed in the manuscript.

Manuscript accepted: April 21, 2016. - Manuscript received: April 14, 2016.