

“Castrazioni culturali”. Riflessioni sociologiche a partire dalla normativizzazione binaria del sesso e la medicalizzazione del corpo intersex¹

Chià Rinaldi, Cirus Rinaldi

The article aims to discuss how and when the social construct of sex as a binary concept was built and spread over the last two centuries and how it affected the condition of intersex people. It will also address the role played by the medical community in creating practices that reproduce sex-anatomical standards, thus the medical legitimization of some forms of violence and social marginalization by which bodies that go beyond the sex and gender binary are medicalized and treated. Guidelines adopted in Italy will be the case study. Current situation of intersex people will be analyzed, considering the demands of the intersex international community and addressing whether the measures taken in western countries are useful tools to liberate non-normative identities or if they are inadequate and still embodied in a heteronormative approach.

Introduzione

Il dimorfismo sessuale, ovverosia la configurazione culturale che prevede la divisione dei sessi in dimensioni discrete definite “femminili” e “maschili”, rappresenta uno dei cardini della costruzione dell’ordine socio-somatico contemporaneo, tanto da divenire un assunto talmente radicato da perdere la propria collocazione nello spazio e nel tempo (Iantaffi 2020), arrivando sino ad essere presupposto come realtà ontologica. Il pregiudizio dell’immediatezza e della presunta autoevidenza del sesso ha sottratto a lungo l’identità sessuale ai processi di decostruzione che invece, per esempio, hanno interessato la più famosa e affine identità di genere (Monceri 2010).

In altre parole, mentre con il binarismo di genere come costruito sociale si ha maggiore familiarità – la consapevolezza che “donna” e “uomo” siano costruzioni identitarie influenzate da fattori ambientali, sociali, culturali e lo stesso superamento come possibilità di apertura a una pluralizzazione delle identità e soggettivazioni di genere – il determinismo biologico sotteso alle categorie di “femmina” e “maschio” come possibilità mutuamente esclusive sembra, invece, ancora lontano dalla sua decostruzione nell’immaginario comune: si nasce, dunque, con un corpo da femmina o da maschio (Chià Rinaldi 2022). La concezione dicotomica del sesso contemporanea è in realtà risalente al XVIII secolo ed è strettamente legata al processo di costruzione dello Stato Nazione (Mosse 1996) che si sostanzia, principalmente, attraverso la

¹ L’articolo è prodotto del confronto e della riflessione comune dei due autori. Tuttavia sono da attribuire a Cirus Rinaldi l’introduzione e le conclusioni, mentre tutti i rimanenti paragrafi sono da attribuire a Chià Rinaldi. Alcune riflessioni presenti nell’articolo sono tratte da “Il diritto all’identità sessuale nell’ordinamento italiano. I casi delle soggettività transgender e intersex”, tesi in Diritto delle Pari Opportunità, corso di laurea magistrale in Politica, Amministrazione e Organizzazione dell’Università di Bologna, 25 marzo 2021, disponibile su https://www.academia.edu/46636458/Il_diritto_allidentit%C3%A0_sessuale_nellordinamento_italiano_I_casi_de lle_soggettivit%C3%A0_transgender_e_intersex. Nel testo si utilizzerà “Rinaldi” per riferirsi a Cirus Rinaldi, altrimenti verrà utilizzato per esteso Chià Rinaldi.

risignificazione del corpo femminile: le donne, in quanto soggetti non adatti alla vita pubblica, sono relegate al ruolo riproduttivo e di cura e le differenze corporee tra femmine e maschi divengono qualitative, senza soluzione di continuità (Laqueur 1992). Fautrice di questa svolta netta verso la differenziazione sessuale è stata la *scientia sexualis* occidentale che ha sottratto la determinazione del sesso da un livello esteriore e socialmente costruito per condurlo a una dimensione interiore, “originaria”, neutra e pre-discorsiva (Butler 1990).

La medicalizzazione del corpo “ambiguo” è stata precorritrice della classificazione degli orientamenti sessuali e ha determinato, tra le varie conseguenze, una massiccia cancellazione dell’esistenza stessa di quei corpi non intellegibili all’interno del sistema binario (Crocetti 2013).

Quello che le istituzioni giuridico-politiche e sociali hanno prodotto, con la legittimazione della medicina come unica autorità sul corpo, è stata la costruzione di una corrispondenza forzosa tra dimensione biologica, espressione e ruolo di genere e dimensioni più profonde di soggettivazione.

Il dimorfismo sessuale costituisce, di fatto, il nucleo su cui è stata concettualizzata (dalla medicina e dalla psichiatria²) la dicotomia sesso-genere. L’identità di genere è il costruito su cui vengono giustificate dal sapere medico-psichiatrico esistenze altre da quelle che il corpo apparentemente prescrive.

Mentre l’identità di genere offre una (parziale) via d’uscita alle vite delle persone trans e/o non binarie nel riconoscimento del fondamentale diritto all’identità di genere e nell’esercizio di una performatività altra³, sfuggire al determinismo della narrazione medicalizzata del corpo di genere è molto più complesso.

L’affermazione binaria del sesso, infatti, ha una portata capillare e oltre a essere terreno fertile di dispositivi di controllo che investono anche altre soggettività “fuori norma” – corpi trans, femminilizzati, grassi, razzializzati, disabili – essa è alla base di meccanismi violenti di inclusione/esclusione e medicalizzazione dei corpi intersex (Balocchi, Kehrer 2022; Chià Rinaldi 2022).

La dicotomia sesso-genere e la contrapposizione tra i generi, divengono principi ordinativi fondamentali (Rinaldi 2012) che si configurano come strutture sociali alla base del «complesso processo di costruzione sociale e simbolica dell’appartenenza e dei rapporti di sesso» (Saraceno 1996, 61). In altre parole, sono tra i cardini della costruzione gerarchica dei rapporti sociali.

Nell’articolo si evidenzierà come il sesso sia una realtà più complessa della semplice dicotomia M/F, si ricostruiranno sinteticamente i mutamenti storici dell’approccio medicalizzato delle persone intersex, si accennerà a come il sapere medico si sia legittimato come autorità sul corpo, costituendosi come potere normativo rispetto alla costruzione del dimorfismo sessuale. Sarà poi fatta una panoramica sintetica sullo stato dell’arte rispetto alla condizione delle persone intersex.

² La distinzione tra il concetto di sesso e quello di genere è avvenuta ad opera dello psichiatra Robert Stoller (1994).

³ Sull’importanza del riconoscimento dell’identità di genere come istanza della comunità trans c’è un lavoro di oltre 50 anni di attivismo, tutt’ora in corso. A titolo esemplificativo cfr. MIT – Movimento Identità Trans (a cura di), 2020. Si consideri anche la giurisprudenza della Corte costituzionale in tema di identità di genere, con le sentenze n. 161 del 1985, n. 221 del 2015, n. 180 del 2017.

1. Ridefinire il sesso oltre la dicotomia M/F

La rappresentazione essenzialista delle sessualità umane prevede degli allineamenti forzosi, per cui a caratteristiche biologiche (avere un pene/essere maschio vs avere una vagina/essere femmina) consegue necessariamente e meccanicamente l’assunzione di ruoli di genere specifici (maschile/comportarsi da maschio vs femminile/comportarsi da femmina) e desideri conseguenti (desiderare le femmine vs desiderare i maschi). I soggetti che presentano questi “allineamenti” assumono carattere di “invisibilità” perché dati per scontato, ovvero perché si ritrovano ad occupare gerarchie di ipervisibilità che non implicano interrogativi sul loro poter essere “visti” e sulla possibilità che non siano “riconosciuti” (Rinaldi 2018).

Generalmente, con l’espressione “attribuzione del sesso biologico” si intende l’ascrizione alla nascita di una persona a due categorie binarie: F (femmina) o M (maschio).

Questo processo di assegnazione appare come immediato e auto-evidente: dall’osservazione dei caratteri somatici è possibile classificare il corpo sessuato, proprio e altrui, e ricondurlo a un’appartenenza femminile o maschile.

Il sesso, però, sganciato dalla sua categorizzazione sociale e, dunque, discorsiva e proiettato nella dimensione biologicamente descrittiva appare un dato della natura corporea umana estremamente più complesso⁴ e sfaccettato di come si è indotti a pensarlo, elementi che lo rendono più simile ad uno spettro, piuttosto che a un binario (Fausto-Sterling 1993 [2019]).

Semplificando, da un punto di vista genetico, la distinzione tra F e M si fonda sulla differenza della ventitreesima coppia di cromosomi (le altre 22 sono le stesse per entrambi), quella definita dei cromosomi sessuali, che nelle femmine è XX, mentre nei maschi XY. Nella fase di gestazione le gonadi, ossia le ghiandole sessuali da cui dovrebbero poi generarsi testicoli e ovaie, restano identiche fino alla sesta settimana, sviluppandosi successivamente a seconda del dato genetico. Questo processo prende il nome di “differenziazione sessuale”. La differenziazione delle gonadi nel feto però non è dipendente esclusivamente dai cromosomi, ma risulta condizionata da molteplici fattori, tra cui ambiente e ormoni (Rummiati 2010).

A dimostrazione ulteriore di questa complessità è possibile elencare solo alcuni fattori che concorrono alla sua determinazione:

«cromosomi; marcatori genetici molecolari; dotti riproduttivi (Wolff, 1759 e Müller, 1830); gonadi; ormoni; organi riproduttivi (funzione); genitali (forma e funzione); pubertà (flusso ormonale secondario); funzioni riproduttive (incluse, ma non unicamente, la produzione del seme, l’inseminazione, la gestazione); le caratteristiche sessuali secondarie (crescita dei capelli, rapporto tra massa grassa e muscolare, crescita mammaria, voce, etc.)»⁵ (Crocetti 2013, 72).

Questo significa che l’attribuzione medica – e di conseguenza anagrafica e giuridica – del sesso si possa configurare come espressione di un’ipersemplificazione nella definizione dei caratteri sessuali. Secondo la biologa Anne Fausto-Sterling almeno l’1,7% della popolazione mondiale sviluppa caratteristiche di sesso “anomalo”, visibili o invisibili, e tra queste ci sono neonati che nascono con caratteristiche anatomiche non immediatamente classificabili in femminile o maschile (Fausto-Sterling 2000

⁴ Si veda anche Ainsworth (2015).

⁵ Vedi anche Greenberg (1999).

[2019]). Questo 1,7% della popolazione mondiale ricade sotto l'ombrello intersex. La stima, peraltro, è approssimativa poiché il tasso di natalità "intersex" non è uniforme⁶: l'intersessualità, dunque, è una questione di definizione (Fausto-Sterling 2000 [2019]).

2. Breve storia sociale del corpo intersex

Una persona intersex è una persona che per caratteristiche genetiche, ormonali e fenotipiche non è immediatamente ascrivibile a una delle due categorie costruite del sesso. Nel mondo medico viene utilizzata la sigla DSD (Disordine dello Sviluppo Sessuale) per «[...] descrivere una varietà di condizioni in cui una persona nasce con un'anatomia riproduttiva o sessuale che non corrisponde alle definizioni tradizionali di femmina o maschio» (Kon 2019, 75-76). I DSD sono classificati come sindromi legate allo sviluppo sessuale atipico del sesso cromosomico, gonadico e anatomico, ossia di quegli elementi che costituiscono il *gendered body*.

La sigla DSD contiene in sé un portato patologizzante⁷ – il riferimento a un *disorder* – che ne evidenzia il portato affatto neutrale del linguaggio, che appare già negativamente connotato.

Il corpo intersex non è da sempre stato oggetto di medicalizzazione e/o cancellazione. Nella filosofia platonica, l'esistenza di un terzo sesso è all'origine del mito della distinzione dimorfica dei sessi⁸, mentre nel *De generatione animalium* di Aristotele, quello che veniva definito "ermafroditismo" viene considerato come corpo dotato di escrescenze non funzionali⁹. Nel tardo Medioevo, il corpo ermafrodita viene rivestito di mostruosità: alla difformità corporea veniva associata la devianza morale e le persone ermafrodite erano giustiziate.

Dal XVII secolo invece, il corpo ermafrodito viene demistificato della sua devianza morale per divenire oggetto di studio medico: al corpo "anormale" non viene più associata la mostruosità, bensì il patologico (Grosz 1996). Con l'affermazione di sole due categorie del sesso, l'esistenza del corpo ermafrodito viene lentamente cancellata, e le variazioni corporee sono considerate anomalie da trattare. A porsi come legittima autorità sulla definizione del corpo è la medicina (Foucault 1963).

Fino al XVIII secolo nel fenomeno ermafrodita rientravano solo variazioni dei genitali esterni. È nel corso di quella che viene definita dalla storica Alice Dreger (1998) "età delle gonadi" (1870-1915) che la determinazione del vero sesso (Foucault 1978) si sposta da considerazioni sui genitali esterni ai genitali interni: la scienza può determinare la reale natura del corpo sessuato (Laqueur 1992). Il concetto di mostruosità scompare e l'esistenza del corpo "ambiguo" viene cancellata. Il paradosso

⁶ Si consideri il caso – rilevato da Fausto-Sterling – del gene rilevante per l'iperplasia adrenale congenita (CAH): nella popolazione degli Yupik Eskimo nel sud-ovest dell'Alaska questa variazione è presente in 3500 casi su un milione.

⁷ Per questa ragione è preferibile utilizzare la sigla VCS (variazioni delle caratteristiche di sesso), cfr Balocchi (2019).

⁸ «Anzitutto, invero, i generi dell'umanità erano tre e non due – come adesso –, il maschio e la femmina; piuttosto, c'era inoltre un terzo genere, partecipe di entrambi i suddetti, di cui ora rimane il nome, ma esso, come tale, è scomparso. A quel tempo infatti l'androgino era un'unità, e partecipava, per aspetto e per nome, di entrambi, il maschio e la femmina, ma ora non è se non un nome, di intenzione oltraggiosa» in Colli 1993 [1979].

⁹ Per cfr. Aristotele, in Platt, in Ross (a cura di, 1912). Si veda in particolare p.772 e note a margine. Appare opportuno precisare che, se nella filosofia la figura dell'ermafrodita veniva idealizzata, a3 bambinz intersex non era riservata la stessa sorte: sarebbero probabilmente statz uccisz subito dopo la nascita, una pratica diffusa per tutt3 lz neonatz che presentavano anomalie fisiche (vedi Marchetti 1988).

è che se è vero che alla categoria dell'ermafrodito viene negata la sua esistenza, dall'altra parte con la “scoperta” delle gonadi si ampliano invece i parametri attraverso cui valutare la difformità dei corpi dalle norme canoniche del femminile e del maschile (Crocetti 2013).

In quella che Dreger, invece, definisce “epoca della conversione” (dal 1915), la medicina va oltre la mera ricerca del vero sesso per arrivare a produrlo e riprodurlo tramite trattamenti di tipo ormonale e/o interventi di chirurgia cosmetica.

Questi trattamenti risalgono agli anni '30 del XX secolo: la comunità scientifica presupponeva che le persone intersex non si fossero sviluppate funzionalmente nella loro vita fetale.

Dagli anni '50 del XX secolo quella che dal 1917 viene definita in ambito medico “intersessualità”, viene medicalizzata tramite i protocolli Hopkins, frutto della ricerca dello psicologo John Money e di John e Joan Hampson¹⁰. Alla base dell'applicazione dei protocolli vi era la convinzione che ogni individuo nascesse sessualmente neutro, con possibilità di sviluppo sia femminile che maschile dell'identità di genere tramite processi di educazione e socializzazione di genere ricevuti durante i primi tre anni di vita. L'altro principio su cui si fondavano le pratiche dei protocolli era quello per cui ad influenzare fortemente lo sviluppo psicosessuale dei/delle bambin3 fosse principalmente la conformazione dei genitali esterni. Particolare importanza veniva attribuita alla dimensione del pene: peni al di sotto di 1,5 cm erano da considerarsi inadeguati, ragion per cui ai soggetti con cromosoma XY, pur se dotati di pene e testicoli veniva “assegnato” il genere femminile. I bambini intersex dovevano essere prematuramente sottoposti a trattamento medico-chirurgico al fine di conformarne i corpi (e le funzioni sessuali) il più possibile ai modelli di riferimento femminile o maschile, e dovevano crescere secondo l'imposizione di rigidi canoni di genere, oltre ad essere tenuti completamente all'oscuro della loro condizione. Alla fine degli anni '80 i protocolli Hopkins trovarono il loro perfezionamento nei laboratori di chirurgia pediatrica del Massachusetts General Hospital. In base ai parametri elaborati dall'equipe di Patricia Donahoe, il pene di un neonato non poteva essere inferiore ai 2,5 cm di lunghezza per svilupparsi abbastanza da penetrare una vagina, mentre la clitoride non poteva avere una dimensione superiore agli 0,9 cm per non essere utilizzata al fine di penetrare altri orifizi (Donahoe 2011). Clitoridi considerate troppo sviluppate nelle infanti venivano corrette con la chirurgia. I protocolli elaborati da Money hanno rappresentato lo standard per il trattamento sanitario dei casi di intersessualità fino a poco più di 15 anni fa. L'assegnazione forzata del sesso/genere risponde sostanzialmente a una visione dicotomica e binaria delle identità sessuali, e il protocollo Money si è dimostrato inefficace e violento: la socializzazione sessuale in età precoce non garantisce in alcun modo l'auto-identificazione di genere (Diamond e Sigmundson 1997a, 1997b; Reiner 1996). In questo quadro di pratiche disumane rivolte alla normalizzazione del binarismo sessuale si colloca la nascita dei movimenti intersex negli anni '90. Un punto di svolta è possibile individuarlo nella pubblicazione, nel 1993, dell'articolo “*The Five Sexes: Why Man and Woman Are Not Enough*”, di Anne Fausto-Sterling, biologa dello sviluppo, pubblicato sulla rivista *The Sciences*. Nell'articolo in questione Fausto-Sterling sostiene che i saperi biologici dovrebbero

¹⁰ Cfr. Money, Ehrhardt (1972), Money, Tucker (1975), Kessler (1998).

considerare l'esistenza di almeno cinque tipologie sessuali: il maschio; i "merms", ossia coloro che hanno i testicoli e dei tratti genitali femminili ma non le ovaie; gli "herms", che presentano testicoli e ovaie; i "ferms", che hanno invece le ovaie e qualche tratto genitale maschile ma non i testicoli; le femmine. La forte presa di posizione di Fausto-Sterling non risiede nell'individuazione delle categorie, che già erano state indicate dalla letteratura medica, ma nel sostenere che le tre categorie rientranti nell'intersessualità, in virtù della loro complessità, dovessero essere considerate categorie del sesso a sé, e non delle variazioni rispetto ai poli M e F. Fausto-Sterling si spinge fino ad affermare: «[...] che il sesso è un vasto, infinitamente malleabile continuum che resiste alle costrizioni perfino delle cinque categorie» (Fausto-Sterling 1993 [2019], 227). Nello stesso anno di pubblicazione dell'articolo appena citato, nasce negli Stati Uniti l'ISNA (*Intersex Society of North America*), fondata dall'attivista intersex Bo Laurent, associazione che ha aperto la strada alla nascita dei movimenti e delle fondazioni per i diritti intersex e per l'abolizione delle pratiche di medicalizzazione precoce. Nel 2005 si tenne a Chicago una conferenza medica sull'intersessualità, a cui poterono prendere parte soltanto due attivisti intersex, e da cui emerse una dichiarazione, il *Consensus Statement*, che segna un punto di svolta rispetto alla risonanza internazionale del tema. Le indicazioni tracciate dalla Conferenza di Chicago avrebbero dovuto imprimere, almeno sulla carta, un importante cambiamento rispetto al trattamento medicalizzato delle persone intersex tra cui: l'abbandono dei protocolli Money/Hopkins; il superamento di un linguaggio stigmatizzante legato all'ermafroditismo; la promozione di un trattamento multidisciplinare dei casi di intersessualità, che prevede il lavoro congiunto di un pool di esperti (pediatra, endocrinologo, chirurgo, psichiatra) andando a costituire un modello di cura di tipo collaborativo. Le Linee Guida di Chicago in realtà presentano ancora profili fortemente critici: non c'è nessuna assicurazione circa l'accoglimento di queste indicazioni da parte della comunità medica, e permane un approccio fortemente paternalistico: è il medico a costituirsi come massimo esperto rispetto al miglior interesse da perseguire per i neonati intersex, non abbandonando un modello di *gatekeeping* medico/genitoriale sulla salute della bambina.

3. La gestione dei corpi intersex in Italia e gli effetti della medicalizzazione

Solo attraverso le testimonianze delle vittime e degli attivisti intersex si è recentemente appreso dello stress psicologico a cui sono state sottoposte le persone intersex in età infantile e, in seguito, da adulti; nel nostro Paese una ricerca condotta nel 2011 (Braidà 2019) ha evidenziato come tutte le persone intervistate abbiano scoperto di essere state sottoposte a interventi chirurgici solo nella tarda pubertà o nell'età adulta. In alcune di queste interviste è stato riportato come la chirurgia non consensuale cui i soggetti sono stati sottoposti in preadolescenza abbia avuto effetti disastrosi sia da un punto di vista estetico che da quello "funzionale" rispetto alla possibilità di avere rapporti penetrativi. La ricostruzione genitale è considerata necessaria per evitare al soggetto disadattamenti psichici e sociali nei confronti dei pari e per evitare ulteriori disagi all'interno della famiglia e nei diversi processi di socializzazione. Questo è quanto emerge dalle indicazioni del Comitato nazionale di Bioetica (2010). La possibilità di non assegnazione del sesso fino ad una maturazione dell'identità di genere da parte del neonato non è assolutamente contemplata

dall'ordinamento italiano. Il sesso, però, è un elemento fondamentale per l'accertamento dell'identità di una persona, e in virtù di ciò, deve essere trascritto nell'atto di nascita e al neonato inoltre deve essere dato un nome conforme al sesso assegnato¹¹. Nelle Linee Guida del Comitato Nazionale di Bioetica relative ai disturbi della differenziazione sessuale¹² viene espressa diffidenza rispetto all'ipotesi di segnalare l'incertezza dell'attribuzione del sesso. Secondo il Comitato una pratica del genere introdurrebbe «[...] un *tertium genus* anagrafico, che non ha alcun riconoscimento normativo nel nostro ordinamento e che provocherebbe pesanti alterazioni nel suo equilibrio sistemico» (CNB 2010, 22). Partendo dal presupposto che, come è stato precedentemente esposto, le variazioni sessuali che possono potenzialmente rientrare nello spettro intersex sono numerose e molte di queste di difficile individuazione, le pratiche di gestione delle nascite dei/le neonati intersex variano in funzione del grado di “ambiguità” del corpo sessuato che si presenta. Nel caso in cui possa essere individuata una “prevalenza” delle caratteristiche sessuali femminili o maschili, allora l'assegnazione sarà effettuata a F o M sulla base della valutazione di queste caratteristiche, come suggerito dalle Linee Guida del Comitato di Bioetica. Già a questo punto è evidente come si ponga un grosso problema: è lecito, infatti, chiedersi se esistano e quali siano i parametri adottati dal personale medico-sanitario per dirimere la questione dell'assegnazione del sesso anagrafico nei presunti casi di incertezza¹³. Riportando i dati della ricerca a cui si è precedentemente accennato, c'è stato sicuramente un cambiamento nel trattamento di DSD da parte del personale sanitario, soprattutto in seguito al *Consensus Conference* di Chicago (2005). In particolare, vi sono stati rilevanti cambiamenti in merito a:

1. la nomenclatura utilizzata, per cui la sigla DSD voleva anche andare a sostituire termini come ermafroditismo e pseudoermafroditismo, che peraltro sono ancora utilizzati nella classificazione internazionale delle malattie (per cfr. si veda ICD 11);
2. maggiore cautela rispetto agli interventi di chirurgia;
3. i criteri per l'assegnazione del sesso, per cui si è ridotta la tendenza alla “femminilizzazione” e si fa maggior ricorso a criteri di caratteri biologico, allontanandosi dai protocolli Hopkins/Money;
4. la comunicazione con le famiglie dei/delle neonati intersex e l'approccio adottato per affrontare i casi di intersessualità, per cui si dovrebbe fare sempre più spesso ricorso a team multidisciplinari², coerentemente con le indicazioni del *Consensus Conference* (Braidà 2019, Prandelli, Testoni 2021, Crocetti, Monro, Yeadon-Lee 2021).

Si rileva, comunque, a dir poco difficoltoso rintracciare quali siano i criteri di standardizzazione e di armonizzazione adottati per l'attribuzione del sesso nel nostro Sistema Sanitario Nazionale. Riprendendo nuovamente le Linee Guida del Comitato Nazionale per la Bioetica, queste riportano che:

«La sessualità ha componenti fisiche (somatiche, anatomico-fisiologiche, gonadiche e genetiche) e psichiche. Pertanto l'assegnazione del ‘sesso’ (per la registrazione anagrafica e l'identificazione sessuale) nei casi di DSD deve tenere in considerazione: a) gli *indici somatici* (sesso fenotipico e

¹¹ Cfr. art. 35, D.P.R. 3 novembre 2000 n. 396.

¹² Comitato Nazionale per la Bioetica – nelle parentesi abbreviato in CNB – 2010.

¹³ Per ulteriori informazioni sulle pratiche di medicalizzazione si veda anche Romy (2018).

gonadico): l'aspetto dei genitali è determinante per la registrazione anagrafica, la possibilità di una vita sessuale soddisfacente e l'elaborazione psichica della auto-identificazione sessuale; il *sexu gonadico* è rilevante per l'*imprinting* cerebrale (o sessualizzazione cerebrale), l'elaborazione ormonale e la fecondità; b) gli *indici psichici*, intesi come identità personale e ruolo sociale» (CNB 2010, 13).

Il Comitato di Bioetica sconsiglia il ricorso all'intervento chirurgico qualora questo non fosse necessario. Il problema risiede, però, nello stabilire cosa significhi “non necessario”: il Comitato, infatti, promuove innanzitutto la necessità di una diagnosi quanto più precisa e precoce possibile del DSD, questo anche al fine di individuarne le cause ed “evitarle”¹⁴. Gli interventi, infatti, appaiono necessari quando sono rivolti alla “normalizzazione biologica” del corpo sessuato:

«Tali interventi non solo sono leciti, ma anche doverosi se rappresentano l'unica via ragionevole e praticabile da percorrere per garantire – nella misura del possibile – alla persona le condizioni future per giungere a una armonica identificazione, comprendendo fra le stesse anche l'esercizio della futura attività sessuale. La compresenza di elementi sessuali discordi, se non è conforme al progetto di essere uomo o donna, rende lecito rimuovere ciò che impedisce la realizzazione, almeno parziale, di questa armonia» (CNB 2010, 19).

C'è da chiedersi quali siano le circostanze in cui l'intervento chirurgico sia evitabile. Il documento cita i casi di ambiguità in cui non è possibile assegnare il sesso nei tempi ristretti richiesti dalla legge italiana, e in queste circostanze non è consigliabile ricorrere a trattamenti chirurgici poiché «[...] potrebbero non trovare corrispondenza nelle dinamiche dello sviluppo psicofisico del bambino» (CNB 2010, 20). Da un punto di vista giuridico, il Comitato risolve la questione individuando come soluzione conforme all'ordinamento quella di annotare, al momento della registrazione dello stato civile, una «[...] rigorosa e completa certificazione medica, non dell'incerta attribuzione sessuale del neonato, ma della patologia di cui egli soffre» (CNB 2010, 22). È evidente come permanga in ogni caso un approccio patologizzante, oltre che strettamente binario, del sesso e del corpo sessuato, con una netta distinzione tra normalità/anormalità, tipico/atipico e di conseguenza persiste il tentativo di adoperarne una costante “normalizzazione”. Le indicazioni del Comitato Nazionale per la Bioetica, così come le considerazioni fatte in ambito medico-sanitario nella valutazione del trattamento chirurgico, si ispirano (o dovrebbero) al principio del perseguimento del miglior interesse⁷ del/la bambino. Lo standard del miglior interesse prevede che

«[...] chi prende le decisioni deve valutare gli interessi immediati e a lungo termine della persona non competente o incapace, e scegliere l'opzione (o una tra le opzioni) che massimizzano il bene complessivo della persona e minimizzano la possibilità di rischio o danno generale» (Kopelman 2013, 11).

Nei casi in cui gli interventi chirurgici sui bambini intersex siano necessari ai fini della preservazione della loro condizione di salute è chiaro che sia perseguito il principio di miglior interesse¹⁵. Il problema sorge quando i trattamenti ormonali e chirurgici

¹⁴ «La diagnosi precoce deve essere accompagnata dallo studio delle cause dei DDS per potere, nei limiti del possibile, evitarle» (CNB 2010, 19).

¹⁵ Il miglior interesse presenta in ogni caso profili controversi, per esempio in pratiche culturali nocive come l'HCP/HTP a cui sono assimilabili le IGM (Kehrer 2019, 2022).

precoci sono adottati per ragioni di natura cosmetica: in questi casi ci si chiede quale sia l'interesse tutelato. La *ratio*, come si evince dal documento del Comitato, è quella di conformare il corpo a standard estetici (arbitrari) che si presume siano fonte di futuro benessere psicofisico per la persona. Questi interventi ingiustificatamente invasivi sono però legittimati dalla logica del dimorfismo sessuale, dall'assunzione della corrispondenza tra sesso e identità di genere, dalla presunzione di un orientamento eterosessuale “obbligatorio”¹⁶. Al quadro appena delineato è possibile aggiungere che la chirurgia praticata risulta spesso dannosa nella realtà fattuale, assolutamente antiestetica anche rispetto al principio armonizzatore che presume di perseguire, e rende impraticabile proprio quella sessualità che dichiara di voler preservare. Appare chiaro che un approccio medico fondato su questi presupposti è normativo rispetto a una condizione che di per sé sarebbe assolutamente “normale” e priva di concreti rischi per la salute in buona parte dei casi. È lecito domandarsi, quindi, se a essere stigmatizzante o eventuale fonte di disarmonia psicosomatica, per utilizzare il linguaggio del Comitato, sia il corpo intersex o la sovrastruttura binaria di sesso/genere (e “corrispondenza” tra questi) che ne sottende l'osservazione e lo sottopone a processi di medicalizzazione normativa¹⁷.

4. Considerazioni sulle pratiche di medicalizzazione e sulle possibili strategie medico-giuridiche da adottare

La risposta medica all'intersessualità, come si è visto dall'analisi delle Linee Guida del CNB, sembra rispondere alle logiche di un *funzionalismo* di genere forzoso: un sesso che viene socialmente costruito – e non semplicemente descritto in termini biologici – per assicurare una specifica complementarietà sessuale, una sorta, dunque, di biologizzazione del sociale e di socializzazione del biologico come meramente dato. C'è una consapevolezza diffusa, quantomeno all'interno della comunità medica, rispetto all'esistenza di corpi che non rientrano nei canoni binari della sessualità. Eppure, nonostante l'impegno quasi trentennale della comunità intersex, si è ben lontani dal garantire, preservare, riconoscere, la piena autodeterminazione e integrità fisica delle soggettività intersex, che viene riconosciuta da un punto di vista legislativo solamente in pochissimi Paesi. Le Linee Guida prevedono infatti un'applicazione discrezionale nonostante l'OMS nel 2015 abbia classificato come mutilazioni genitali gli interventi chirurgici di natura invasiva non necessari alla salvaguardia della salute della persona. Negli ultimi anni è comunque cresciuta la sensibilità verso i diritti all'integrità fisica e all'autodeterminazione delle persone intersex (FRA 2015). Nel 2012 è nata l'OII Europe (*Organisation Intersex International Europe*), fondata in occasione del Secondo Forum Intersex International di Stoccolma – l'ISNA si è sciolto poco tempo dopo la Conferenza di Chicago. Le molteplici istanze dell'OII Europe e

¹⁶ Le considerazioni seguono quelle di Balocchi (2019, 2010), Zappino (2019), Bernini (2017), Lorenzetti (2015).

¹⁷ Vale la pena menzionare che nel 2016 l'Italia è stata ammonita dal Comitato delle Nazioni Unite sui Diritti delle Persone con disabilità a causa delle mutilazioni genitali praticate su bambini intersex. Nel 2020, inoltre, 37 Stati (tra cui l'Italia) hanno richiesto al Consiglio per i Diritti Umani delle Nazioni Unite di proteggere le persone intersex nella loro integrità corporea e nel loro diritto alla salute, cfr. <https://www.oii-europe.org/51-states-call-to-protect-the-human-rights-of-intersex-people-at-the-united-nations/>.

di tante altre associazioni¹⁸ – formalizzate con la Dichiarazione di Malta (2013) – si muovono verso la preservazione dell'integrità fisica e psicologica delle persone intersex, e verso la totale depatologizzazione delle variazioni dei caratteri sessuali. Quest'ultimo punto è fondamentale: il cambiamento che viene richiesto non è solo giuridico – riconoscere la possibilità di maglie flessibili rispetto alla registrazione del sesso e ai potenziali successivi cambiamenti in termini di identità di genere – ma culturale: “normalizzare” l'esistenza dei corpi intersex non attraverso un riallineamento binario ed eteronormativo, ma tramite il riconoscimento e il rispetto di altre corporeità. La problematizzazione dell'attuale sistema di sesso/genere è necessaria anche per evitare le pratiche di screening prenatale e aborto selettivo che andrebbero a rinforzare e configurare un processo eugenetico sulla desiderabilità sociale di un corpo¹⁹.

Le azioni da adottare, stando alle istanze delle associazioni che promuovono i diritti umani delle persone intersex²⁰, dovrebbero avere un approccio multilivello: interdizione della chirurgia cosmetica infantile, consenso informato nell'approccio medico-paziente, riconoscimento giuridico di una pluralità di genere nel rispetto di un principio di autodeterminazione psicofisica, interventi legislativi antidiscriminatori e programmi di sensibilizzazione e divulgazione sul tema. Il modello prescelto è quello del consenso informato che dovrebbe pertanto sganciarsi dal rapporto medico-genitori e costituirsi come opzione esercitabile in piena autonomia, uno strumento di autodeterminazione nella piena disponibilità della persona. Tuttavia le tutele poste ad assicurare l'integrità fisica hanno genealogie diverse di Paese in Paese. In taluni casi l'approccio adottato è quello di un intervento legislativo²¹; in altri casi è stata la stessa giurisprudenza a porsi come motore di cambiamento²². In Italia, considerando i prolungati silenzi sulla questione, appare probabile che la *strategic litigation*²³ – dunque, la via giurisprudenziale – sia l'unico strumento utile a disposizione, in una maniera che ricalca le forzature interpretative già fatte in tema di autodeterminazione

¹⁸ Qui la lista delle associazioni firmatarie della Dichiarazione di Vienna (2017), che raccoglie e riafferma le istanze di Malta e Riga <https://www.oieurope.org/statement-1st-european-intersex-community-event-vienna-30st-31st-march-2017/>.

¹⁹ Cfr. Balocchi, Kehrer (2020), <https://nikk.no/en/news/some-bodies-are-obviously-undesirable/>; <https://www.oieurope.org/malta-declaration/>.

²⁰ Una mappatura delle associazioni è stata realizzata da Michela Balocchi <https://www.intersexionsproject.eu/intersex-map/>.

²¹ È il caso di Malta, che dal 2015 si è dotata di uno degli atti normativi più all'avanguardia nel mondo sul tema del diritto all'autodeterminazione delle identità sessuali e di genere, ma anche di New York, che ha inserito la possibilità di segnare un genere “X” nei registri comunali. Il Portogallo nel 2018 si è dotato di una legge antidiscriminatoria che ha bannato gli interventi chirurgici sui/sulle bambin3 e si configura sul modello dell'autodeterminazione della persona. Altri Paesi in Europa con atti normativi simili sono la Danimarca, il Belgio, l'Irlanda, la Norvegia e la Grecia.

²² È quanto successo in Francia, dove nel 2015 il Tribunale di Tours ha accolto la richiesta di una cittadina di registrare un “sesso neutro” nello stato civile, in realtà revocato dalla Corte d'Appello di Orleans nel 2016, Cour d'Appel D'Orléans, 22/03/2016, n.15/03281. Anche in Germania è stata la giurisprudenza ad aprire la strada ad un adeguamento normativo che ha visto prima il riconoscimento di un terzo genere (2018) e poi il divieto della chirurgia cosmetica infantile (2021). Sempre nel 2018, sia nei Paesi Bassi che in Austria la giurisprudenza ha permesso, rispettivamente, di registrare una bambina con “sesso indeterminato” e di interpretare in maniera aperta la legislazione nazionale sulle registrazioni anagrafiche, estendendola a vie non dicotomiche.

²³ Per un confronto sulle vie giuridiche praticabili per il riconoscimento di un “terzo” genere si veda Cardaci (2016). Per completezza dell'analisi, in relazione alla scarsità di pronunce giurisdizionali su fattispecie riguardanti le persone intersex si rimanda a Lorenzetti (2019) e Veronesi (2021).

di genere per le persone trans²⁴. Il riconoscimento di un *tertium genus* che permetta anche solo transitoriamente di attribuire un sesso neutro potrebbe porsi da scudo rispetto alle pratiche chirurgiche coatte. Resta tuttavia da riflettere sugli effetti dispiegati da questi interventi, sotto differenti profili, tenendo conto delle diverse problematicità di cui potrebbero farsi forieri²⁵. La sola presenza di riferimenti normativi non è elemento sufficiente a garantirne l'efficacia come strumento in grado di produrre transizioni sociali.

Conclusioni o sulla necessità di una sociologia dei corpi intersex

Le riflessioni dei paragrafi precedenti mettono a fuoco in modo sicuramente parziale e arbitrario un tema raramente al centro dell'analisi sociologica per una serie di difficoltà, che probabilmente gli studi sociologici delle sessualità hanno incontrato, per affermarsi come campo di studi autonomo a causa della competizione con altri ambiti disciplinari – come quelli bio-psico-medici – che hanno monopolizzato lo studio del corporeo, per l'attenzione della disciplina verso la dimensione pubblica considerata come luogo elettivo dell'azione sociale a scapito della sfera intima ritenuta ambito privato, per la diffidenza storica che la sociologia ha mostrato verso la dimensione corporea «sospettata di essere sempre troppo 'biologica', 'organicista' e fisico-naturale per poter meritare maggiore attenzione» (Stella 1996, 24) e per la prevalenza di paradigmi sistemici che hanno privilegiato l'analisi macro-strutturale (Furlotti 1996). La tabuizzazione delle sessualità ha sicuramente investito anche la comunità scientifica italiana (Baraldi 1999, 10), provocando sospetti e stigmatizzazione per chi non ripiega(va) su temi più canonici (Stella 2011, Scarcelli 2021). Temi come la condizione intersex rischiano effetti paradossali derivanti dai limiti appena indicati nella misura in cui venissero analizzati all'interno di una cornice tabuizzante che, in termini retorici, si ritrova spesso a produrre derivate deviantizzanti o esotizzanti e (Rinaldi 2009). Dal momento che i motivi stessi che stanno alla base delle origini dell'impresa sociologica (si pensi generalmente a Durkheim) coincidono con la rilevazione del normale accadere delle cose e delle tipicità sociali, una prima e complessiva acquisizione teorica dello studio della condizione intersex è svelare come il suo inserimento narrativo e retorico all'interno di una trattazione “deviante” dipenda dai rischi “disciplinari” (e, dunque, teorici) della normalizzazione. Se si considera, per esempio, l'obbligatorietà dell'assegnazione giuridica del sesso a una delle due categorie F o M entro – per altro – un tempo limitato, la nascita di unə bambinə intersex è motivo di allarme sociale e di emergenza (Davis e Murphy 2013), che richiede una risposta coerente nella costruzione di un sesso/genere standardizzato e finalizzato alla “corretta” socializzazione sessuale dell'infantə. In questo caso specifico, l'analisi delle condizioni intersex svela il progetto politico implicito del più bieco funzionalismo intento a controllare corpi e desideri nell'interesse dell'ordine sociale, della

²⁴ Per una panoramica sul percorso della l.164/1982 cfr. Lorenzetti (2013). Ulteriori spunti sull'inerzia del legislatore e il ruolo della Corte Costituzionale sono riscontrabili in Lorenzetti (2015), Reale (2016), Schuster (2017).

²⁵ Da un punto di vista meramente giuridico pensiamo al caso tedesco, per esempio, in cui non poche rimostranze sono state avanzate rispetto alla validità dell'atto nel contrastare gli interventi chirurgici non consensuali: genitori e medici potrebbero semplicemente non registrare il/a neonatə come intersex ed evitare l'impasse. Inoltre, nel modello tedesco non sono previsti al momento meccanismi sanzionatori che fungano da deterrente ai processi di medicalizzazione coatta. Sulle criticità della terza opzione si veda anche Kehrer (2019).

riproduzione e della socializzazione. La presenza dei corpi intersex ci permette di ribaltare queste visioni bio-mitiche e di rileggere, per esempio il potere medico, all'interno di paradigmi che ne evidenziano la funzione di controllo sociale supportata da conoscenze specialistiche che restano inaccessibili e non valutabili da "profani" del settore (Balocchi, Kehrer 2020; Freidson 2002). La medicina si configura come unica istituzione sanzinatoria e si appropria di una giurisdizione morale circa la conformità e l'adeguatezza dei corpi. Corpi che divengono oggetto di medicalizzazione e che, come diretta conseguenza, comportano l'annullamento dei diritti del "deviante": le persone dal genere e dal sesso atipici vengono riconosciute come "intersessuate" e l'intersessualità diventa "sindrome" specifica²⁶. La patologizzazione (e la conseguente negazione dei diritti) non dipende dalla "condizione" quanto piuttosto dalla standardizzazione forzata delle "normali" categorie di femminile e maschile (Rinaldi 2012).

Il medico si fa "imprenditore morale" (Becker 2003, 113): prima che a una mutilazione fisica, la pratica medico-chirurgica sembra, infatti, rispondere a una castrazione culturale, che priva il soggetto intersex della propria autodeterminazione (Rinaldi 2022). Lo studio della medicalizzazione dei corpi intersex prova che ogni tentativo di classificazione e categorizzazione all'interno del discorso scientifico è, pertanto, inevitabilmente, una decisione principalmente di tipo culturale:

«Se ne deduce, assai sinteticamente, che: a) la dicotomia e la definizione binaria del genere sono una costruzione culturale; b) definire il genere sulla base di un sistema discreto e non su un continuum di classificazione è un'operazione arbitraria; c) le costruzioni culturali del genere hanno un effetto diretto sulla definizione del sesso e della sessualità nonché sulle definizioni e le convinzioni scientifiche; d) bisogna riconoscere che la medicina non è indipendente dai contesti culturali in cui opera e che fa pertanto parte di un sistema che definisce e rinforza le idee culturali su ciò che conta come corpo normale, anche relativamente alle caratteristiche sesso-anatomiche» (Rinaldi 2012, 209).

È chiaro come la dicotomia maschio/femmina e, più in generale, il dispositivo logico binario del genere fungano come principi ordinatori e regolatori, la cui semplice alterazione mina alla base l'ordine sociale. L'adeguamento – se imposto chirurgicamente indipendentemente dalle reali minacce per la salute dei soggetti – risponde alle norme socialmente condivise di come dovrebbe apparire ed essere costituita l'anatomia sessuale normale degli individui.

Si fissano degli standard e si decide arbitrariamente cosa definisca un maschio e una femmina, quale caratteristica sessuale si definisca come aberrante o convenzionale, quali siano le relazioni di comparazione culturalmente definite, quali gli operatori logici e i dispositivi di normalizzazione socio-culturale (Rinaldi 2012). L'attribuzione e classificazione del sesso implica, dunque, un processo prescrittivo – e non meramente descrittivo – dal momento che la medicina non è indipendente dai contesti culturali in cui opera e fa, pertanto, parte di un sistema che definisce e rinforza le idee culturali su ciò che conta come "normale" anche relativamente a uno specifico ordine socio-somatico (Rinaldi 2018). I processi di classificazione e di nomina medica, come qualunque altra pratica disciplinante, de-limitano le dimensioni materiali e

²⁶ La distinzione tra "sindrome" e "malattia" è – in questo caso – dirimente: la malattia è un fenomeno patofisiologico che provoca una disfunzione biologica. Una sindrome è una variazione strutturale rispetto a parametri considerati "normali" che non comporta necessariamente una disfunzionalità, ma spesso è associata ad "anomalie" stigmatizzate (Crocetti 2013).

simboliche della nostra realtà socio-culturale, ordine somatico incluso, e ci permettono di conoscere attraverso modalità specifiche, indicandoci altresì come trattarle, come reagire nei loro confronti e quali reazioni aspettarci. Essi attribuiscono al “sesso” specifici “criteri di visibilità”, ragion per cui esso è e diviene categoria (socio-cognitiva) normativa, ovverosia arriva di fatto a produrre quegli stessi corpi che poi pretende di descrivere. Non tutti i corpi sono riconosciuti come tali, bensì soltanto quelli che rispondono a specifici standard sesso-anatomici. Sono proprio questi criteri di plausibilità socio-somatica a dover essere analizzati e problematizzati. Seguendo le prescrizioni culturali, i confini del sistema di produzione delle identità sessuali non possono essere valicati: il corpo “deviante” è un corpo che deve essere normalizzato in quanto costituisce una minaccia all’interesse pubblico²⁷. Molto più semplicemente l’esistenza di corpi non standard svela quanto sia arbitraria l’imposizione di una presunta “normalità” e quanto i regimi visuali all’interno dei quali essa è legittimata non possano essere considerati naturalmente e logicamente inevitabili (Zerubavel 2022).

Circa le soluzioni individuabili dal sistema socio-giuridico, come si è visto, l’eventuale introduzione o di altre categorie di sesso/genere, o di una terza categoria aperta, o ancora l’indicazione di un terzo “sesso”, non garantiscono affatto l’eliminazione degli interventi chirurgici e dei trattamenti farmacologici, ovverosia del processo di normalizzazione identitaria e delle caratteristiche di sesso. Un altro spunto di riflessione circa l’introduzione di un terzo “sesso” deriva dalla sua reale possibilità di configurarsi come “progetto riflessivo” del sé (Giddens 1999) in grado di liberare il corpo dai dispositivi di controllo sociale. La “moltiplicazione” delle possibilità di scelta identitaria – giuridicamente riconosciuta – nel sistema sesso/genere non scardina necessariamente l’ordine del discorso, ma può continuare a riprodurre relazioni di dominio e di repressione (Foucault 1976). In questo senso forse a dover essere “sottoposti a diagnosi” dovrebbero essere i modelli di costruzione delle identità sessuali anche per soggettività “canoniche”: è l’idea dell’esistenza stessa del canone a produrre la “devianza”. Non è un processo di distruzione identitaria e appiattimento delle differenze e, dunque, della rilevanza sociale di corpi fuori norma quello a cui si allude, ma uno smembramento dei meccanismi di potere e controllo sottesi alla categorizzazione binaria del sesso che de-gerarchizza la corporeità (Rinaldi Chià 2022).

Probabilmente, come si è tentato di indicare nel presente articolo, è la normalità che dovremmo iniziare a esotizzare, rendendo visibili i suoi tratti arbitrari e individuandone i regimi di plausibilità socio-somatica. L’analisi delle condizioni intersex va in questa direzione e si rende necessaria se vogliamo, come abbiamo auspicato in questa sede, fare “una sociologia della sociologia” e indicarne i limiti naturalizzanti.

Riferimenti bibliografici

Ainsworth C. (2015), *Sex Redefined*, in “Nature”, 518: 218-291.

²⁷ Basta pensare a come in Italia il diritto all’autodeterminazione di genere viene soppresso in virtù del pubblico interesse alla certezza dei rapporti giuridici, cfr. Di Gangi (2008) e Posteraro (2017). Riguardo all’utilizzo della giustificazione dell’interesse pubblico si veda anche Kehrer 2020.

- Aristotele (1912), *On the Generation of Animals*, Book IV, part 4, in Platt A., Ross W.D. (Eds) *The Oxford Translation of Aristotle. Vol. 5*.
- Balocchi M. (2010), *L'Invisibilizzazione dell'Intersessualità in Italia* – Paper per il Convegno “Lo spazio della differenza”, Università Milano-Bicocca, 20-21 ottobre.
- Balocchi M. (2019), *Un apparente paradosso. Le pratiche mediche di gestione dell'intersessualità in Italia*, in Balocchi M. (a cura di), *Intersex. Antologia multidisciplinare*, Edizioni ETS: 109-156.
- Balocchi M., Kehrer I. (2020), *The Bio-medicalization of Intersex Variations Between Medical and Parental Authority*, in Bardazzi A., Bazzoni A. (Eds) *Gender and Authority across Disciplines, Space and Time*, Palgrave Macmillan, Cham. DOI: 10.1007/978-3-030-45160-8_7: 131-149.
- Balocchi M., Kehrer I. (2022), *Invisibilizzazione e cancellazione delle variazioni intersex in Italia tra sistema medico e giuridico*, in “Salute e Società”: 98-113. DOI 10.3280/SES2022-002008
- Baraldi C. (1999), *Introduzione*, in Moore S., Rosenthal D., *Adolescenza e sessualità*, Franco Angeli, Milano: 9-25.
- Becker H.S. (1963), *Outsiders. Saggi di sociologia della devianza*, Torino, Gruppo Abele, 2003.
- Bernini L. (2017), *Le teorie queer. Un'introduzione*, Mimesis Edizioni.
- Braida N. (2019), *La medicalizzazione delle differenze intersessuali in Italia*, in Balocchi M. (a cura di), *Intersex. Antologia multidisciplinare*, Edizioni ETS: 87-108.
- Butler J. (1990), *Gender Trouble: Feminism and the Subversion of Identity*, Taylor & Francis Ltd, 2006.
- Cardaci G. (2016), *Il processo di accertamento del genere del minore intersessuale*, in “Rivista di diritto processuale civile”, 3: 683-712.
- Colli G. (a cura di) (1993), *Platone. Simposio*, Armando Curcio Editore, Roma.
- Comitato Nazionale Per la Bioetica (2010), *I disturbi della differenziazione sessuale nei minori: aspetti bioetici*, parere del 25 febbraio.
- Corte Costituzionale, sentenza n. 161 del 1985, in Consulta Online, ultimo accesso l'8 novembre 2022.
- Corte Costituzionale, sentenza n. 221 del 2015, in Consulta Online, ultimo accesso l'8 novembre 2022.
- Corte Costituzionale, sentenza n. 181 del 2017, in Consulta Online, ultimo accesso l'8 novembre 2022.
- Crocetti D. (2013), *L'invisibile Intersex. Storie di corpi medicalizzati*, Edizioni ETS.
- Crocetti D., Monro S., Yeadon-Lee T. (2021), *Rhetoric of Change: Intersex Rights Claims, Rhetoric and Medical Practice in Italy*, in “Illuminazioni”, 55, gennaio-marzo: 146-194.
- Davis G., Murphy L. (2013), *Intersex Bodies as a State of Exception. An Empirical Explanation for Unnecessary Surgical Modification*, in “Feminist Formations”, 25: 129-152. DOI: 10.1353/ff.2013.0022.
- Davis G., Preves S. (2019), *Pensare l'intersessualità: 25 anni di attivismo, mobilitazione e cambiamento*, in Balocchi M. (a cura di), *Intersex. Antologia multidisciplinare*, Edizioni ETS: 45-72.

- Diamond M., Sigmundson K. (1997a), *Management of intersexuality*, in “Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine” 151: 1046-1050. DOI: 10.1001/archpedi.1997.02170470080015.
- Diamond M., Sigmundson K. (1997b), *Sex reassignment at birth*, in “Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine”, 151: 298-304. DOI: 10.1001/archpedi.1997.02170400084015.
- Di Gangi M.C. (2008), *Le nuove frontiere giuridiche della transessualità: brevi osservazioni comparatistiche*, in Diritto.it.
- Donahoe P.K., Powell D.M., Lee M.M. (1991), *Clinical management of Intersex abnormalities*, in “Current Problems in Surgery”, 28: 519-579. DOI: 10.1016/0011-3840(91)90022-H.
- D.P.R. 3 novembre 2000 n. 396, Regolamento per la revisione e la semplificazione dell’ordinamento dello stato civile a norma dell’art. 2 c. 12 L. 15 mag. 1997, n. 127, in Normattiva.it, consultato l’8 novembre 2022.
- Dreger A.D. (1998), *Hermaphrodites and the Medical Invention of Sex*, Harvard University Press, <https://doi.org/10.2307/j.ctvjsf700>
- Fausto-Sterling A. (1993), I cinque sessi: perché maschio e femmina non sono abbastanza, trad. it. in Balocchi M. (a cura di) (2019), *Intersex. Antologia Multidisciplinare*, Pisa, Edizioni ETS: 225-235.
- Fausto-Sterling A. (2000), Per una rivisitazione de I Cinque Sessi, trad. it. in Balocchi M. (a cura di) (2019), *Intersex. Antologia Multidisciplinare*, Pisa, Edizioni ETS: 33-43.
- Foucault M. (1963), *Nascita della clinica*, Einaudi, Torino, 1998.
- Foucault M. (1976), *La volontà di sapere*, Milano, Feltrinelli, 1979.
- Foucault M. (1978), *Una strana confessione: Herculin Barbin, detta Alexina B., Memorie di un Ermafrodito presentate da Michel Foucault*, Torino, Einaudi, 2007.
- Fox M., Thomson M. (2017), *Bodily Integrity, Embodiment, and the Regulation of Parental Choice*, in “Journal of Law and Society”, 44(4): 501-531. DOI: 10.1111/jols.12056.
- Freidson E. (2002), *La dominanza medica. Le basi sociali della malattia e delle istituzioni sanitarie*, Franco Angeli, Milano.
- Furlotti R. (1996), *Il segreto nello scrigno. Problemi di ricerca empirica in sociologia della sessualità*, in Cipolla C. (a cura di), *Sul letto di Procuste. Introduzione alla sociologia della sessualità*, Franco Angeli, Milano: 192-252.
- Giddens A. (1999), *Identità e società moderna*, Ipermedium, Napoli.
- Greenberg J.A. (1999), *Defining male and female: intersexuality and the collision between law and biology*, in “Arizona Law Review”, 41: 265-328.
- Grosz E. (1996), *Intolerable Ambiguity. Freak as/at the limit*, in Garland-Thomson R. (Ed), *Freakery*, University Press, New York: 55-66.
- Holmes M. (2006), *Deciding fate or developing autonomy? Intersex children and the Colombian Constitutional court*, in Currah P., Juang R.M., Price Minter S. (Eds), *Transgender rights*, University of Minnesota Press, Minnesota: 102-121.
- Iantaffi A. (2020), *Gender Trauma: Healing Cultural, Social, and Historical Gendered Trauma*, Jessica Kingsley Publishers.

- Kehrer I. (2019a), *Il diritto alla propria identità di fronte al binarismo di sesso e genere/The Right to One's Own Identity in Front of the Sex and Gender Binary*, in "AG-About Gender. International Journal of Gender Studies", 8(15): 337-363.
- Kehrer I. (2019b) *Cuts into Children's Future: a Comparative Analysis between FGM, Male Circumcision and Intersex Genital Surgeries*, Peace Human Rights Governance, 3(3): 333-363.
- Kehrer I. (2022), *Towards an Inclusive Approach to Harmful Practices: The Case of Western Elective Surgeries on Intersex Children*, in Walker, M. (Ed) *Interdisciplinary and Global Perspectives on Intersex*, Palgrave Macmillan, Cham: 197-218. DOI: 10.1007/978-3-030-91475-2_12.
- Kessler S.J (1998), *Lessons from the intersexed*, New Brunswick: Rutgers University Press.
- Kon A.A. (2019), *I processi decisionali relativi ai neonati intersex: alcune considerazioni etiche*, in Balocchi M. (a cura di), *Intersex. Antologia multidisciplinare*, Edizioni ETS: 75-86.
- Kopelman L.M. (2013), *Using the Best Interest Standard to Generate Actual Duties*, in "AJOB Primary Research", 4: 11-14 DOI: 10.1080/21507716.2013.782371.
- Laqueur T. (1990), *Making Sex: Body and Gender from the Greeks to Freud*, Harvard University Press, Harvard.
- Lorenzetti A. (2013), *Diritti in transito: la condizione giuridica delle persone transessuali*, Franco Angeli, Milano.
- Lorenzetti A. (2015a), *Frontiere del corpo, frontiere del diritto: intersessualità e tutela della persona*, in "BioLaw Journal-Rivista di BioDiritto", 2: 109-127. DOI: 10.15168/2284-4503-83.
- Lorenzetti A. (2015b), *Il cambiamento di sesso anagrafico e le sue condizioni: la necessità o meno dell'intervento chirurgico. Brevi riflessioni sulla situazione attuale e sui prossimi sviluppi*, in "GenIUS", 1: 174-189.
- Marchetti V. (a cura di) (1988). *Jacques Duval. L'ermafrodito di Rouen: una storia medico-legale del XVII secolo*, Marsilio Editori, Venezia.
- MIT - Movimento Identità Trans (2020), *Garantire la piena effettività del diritto all'identità di genere e all'espressione di genere*, 13 febbraio.
- Monceri F. (2010), *Oltre l'identità Sessuale: Teorie Queer e Corpi Transgender*, Edizioni ETS.
- Money J., Ehrhardt A. (1972), *Man and Woman, Boy and Girl*, John Hopkins University Press, Baltimore.
- Money J., Tucker P. (1975), *Sexual Signatures on Being a Man or a Woman*, Little Brown & Co.
- Mosse G. (1996), *Sessualità e nazionalismo. Mentalità borghese e rispettabilità*, Laterza, Bari.
- Organisation Intersex International Europe (2013), *Malta Declaration*, consultata l'8 novembre 2022 in <https://www.oii-europe.org/malta-declaration/>
- Posteraro N. (2017), *Transessualismo, rettificazione anagrafica del sesso e necessità dell'intervento chirurgico sui caratteri sessuali primari: riflessioni sui problemi irrisolti alla luce della recente giurisprudenza nazionale*, in "Rivista italiana di medicina legale", 4:1349-1374.

- Prandelli M., Testoni I. (2021), *Inside the doctor's office. Talking about intersex with Italian health professionals*, in “Culture, Health & Sexuality”, 23(4): 484-499. DOI: 10.1080/13691058.2020.1805641.
- Reale C.M. (2016), *Corte costituzionale e transgenderismo: l'irriducibile varietà delle singole situazioni*, in “BioLaw Journal-Rivista di BioDiritto”, 1: 283-295. DOI: 10.15168/2284-4503-135.
- Reiner W. G. (1996), *Case study: sex reassignment in a teenage girl*, in “Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry”, 35: 799-803. DOI: 10.1097/00004583-199606000-00020.
- Rinaldi C. (2008), *Verso la “devianza” emancipativa. L'omosessualità negli studi di sociologia della devianza dagli anni Venti alla fine dei Settanta in America*, in Trappolin L. (a cura di), *Per una sociologia dell'omosessualità*, Omosapiens 3, Carocci, Roma: 49-62.
- Rinaldi C. (2012), *Generi e sessi atipici. Riflessioni e prospettive di ricerca sociologiche*, in Vitelli R., Valerio P. (a cura di), *Sesso e genere. Uno sguardo tra storia e nuove prospettive*: 171-222.
- Rinaldi C. (2018), *Corpi normali, corpi devianti. Sessualità, razza e abilità nella costruzione dei modelli corporei normativi*, in Romeo A. (a cura di), *Sociologia del corpo*, Mondadori, Milano: 20-56.
- Rinaldi C., Viggiani G. (2022), *Il riconoscimento giuridico del “terzo sesso”: un esempio di inclusione-esclusione? Riflessioni socio-giuridiche e culturali sulla condizione intersex*, in “Cambio. Rivista sulle trasformazioni sociali”, 12(23). DOI: 10.36253/cambio-11457.
- Rinaldi Chià (2022), *Il sesso come rizoma. Una via per contrastare la costruzione e i dispositivi del binarismo sessuale*, in: <https://www.kabulmagazine.com/il-sesso-come-rizoma/>.
- Romy K. (2018), *Femmina o maschio? Bambini operati per un segno di spunta*, in “SWI”, <https://www.swissinfo.ch/ita> consultato l'8 novembre 2022.
- Rummiati R. (2010), *Donne e uomini*, Bologna, il Mulino, Bologna.
- Saraceno C. (1996), *Sociologia della famiglia*, Il Mulino, Bologna.
- Scarcelli C. M. (2021). *È uno “sporco lavoro”, ma qualcuna lo deve fare. Studiare il rapporto tra sesso, sessualità, e media digitali*, in “Mediascapes Journal”, 18: 16–28.
- Schuster A. (2017), *La rettificazione di sesso: criticità persistenti*, in “Forum di Quaderni Costituzionali”, 13 luglio.
- Stella R. (1996), *Prendere corpo. L'evoluzione del paradigma corporeo in sociologia*, Franco Angeli, Milano.
- Stella R. (2011), *Eros, Cybersex, Neoporn. Nuovi scenari e nuovi usi in Rete*, Franco Angeli, Milano.
- Stoller R. (1968), *Sex and Gender: The Development of Masculinity and Femininity*, Taylor & Francis Ltd, 1994.
- Veronesi P. (2021), *Corpi e questioni di genere: le violenze (quasi) invisibili*, in “GenIUS-Rivista di studi giuridici sull'orientamento sessuale e l'identità di genere”, 2, http://www.geniusreview.eu/wp-content/uploads/2021/01/Veronesi_Corpi.pdf

- Zappino F. (2019), *Comunismo Queer. Note per una sovversione dell'eterosessualità*, Meltemi, Milano.
- Zerubavel E. (2022), *Social mindscapes. Un invito alla sociologia cognitiva*, Meltemi, Milano.