

## L'Invisibilizzazione dell'Intersessualità in Italia

Paper per il Convegno “Lo spazio della differenza”, Università Milano-Bicocca, 20-21 ottobre 2010

### Michela Balocchi

Ph.D. in Sociologia e Sociologia Politica

michela.balocchi@gmail.com

3496421354

Con intersessualità si indica una molteplicità di condizioni in cui si trova chi nasce con cromosomi sessuali, apparato genitale e/o caratteri sessuali secondari che variano rispetto a ciò che è tradizionalmente considerato come femminile e maschile. Uso il termine intersessualità e non “disordini dello sviluppo sessuale” (o DSD “*disorders of sex development*”), terminologia adottata negli ultimi anni in ambito medico, per almeno tre ragioni: (a) in primo luogo perché DSD richiama e suggerisce una condizione patologica, “disordinata”, deviante nello sviluppo sessuale della persona, mentre le varie forme di intersessualità non sono necessariamente correlate a una patologia o a condizioni mediche. In secondo luogo (b) perché con intersessualità si possono comprendere tutte le diverse forme e variazioni, da quelle che si palesano fin dalla nascita a quelle che emergono in età puberale fino a quelle che possono anche non venir mai scoperte mentre la persona è in vita<sup>1</sup>: quindi l'uso del termine non solo non implica che vi sia una condizione medica (punto “a”), ma nemmeno che essa sia comune a tutte le diverse forme di intersessualità, cosa che infatti non è ([http://www.intersexualite.org/Response\\_to\\_Intersex\\_Initiative.html](http://www.intersexualite.org/Response_to_Intersex_Initiative.html) April 14 2010). Infine (c), con il termine intersessualità si vuole porre l'accento sugli aspetti di costruzione culturale, sociale e storica della stessa e sulla dimensione delle relazioni politiche e di potere che interessano i corpi, la sessualità, le identità di genere e gli orientamenti sessuali.

La maggioranza delle forme di intersessualità non è visibile alla nascita. È il caso, per esempio, delle ragazze con una completa insensibilità agli androgeni (AIS): generalmente nascono con un fenotipo tipicamente femminile e possono scoprire di avere cromosomi XY all'età della pubertà, dopo essersi sottoposte ad esami per accertare le cause dell'assenza di menarca. Lo stesso dicasi per i maschi con cromosoma “XXY”<sup>2</sup> che possono venire a conoscenza della propria intersessualità in un percorso di analisi dei motivi dell'infertilità. I casi di nascite con genitali “ambigui”, rispetto alle definizioni tradizionali del femminile e del maschile, sono una minoranza. Secondo i dati di Schober (2001), la suddetta sindrome di Klinefelter riguarda una nascita su 1000, l'AIS un caso su 13.000, mentre la parziale insensibilità agli androgeni o i casi di ovotestis hanno un'incidenza rispettivamente di uno su 130.000 e uno su 83.000 nascite.

La percentuale di incidenza dell'intersessualità dipende da quali variazioni si considerano e da quali definizioni si usano<sup>3</sup>: secondo la biologa Fausto-Sterling l'1.7% dei neonati può essere definito intersessuale, e l'Intersex Society of North America (ISNA) afferma che l'1% della nascite presenta un certo grado di intersessualità; secondo l'equipe del biologo Page circa il 10% della popolazione presenta variazione cromosomiche che non rientrano nella categorizzazione dicotomica XX e XY (Fausto-Sterling 1989). Il punto fondamentale però è che la natura umana si presenta in molteplici forme che non rientrano necessariamente nel rigido dimorfismo sessuale di cui è invece imbevuta la cultura occidentale.

Ovvero, partendo dalla realtà delle persone intersessuali possiamo pensare all'essere umano come ad un continuum ai cui due poli estremi si trovano la femmina e il maschio biologici

---

<sup>1</sup> Ci sono casi in cui l'intersessualità può venire alla luce dopo la morte, tramite autopsia: dunque una persona può anche non accorgersene mai ([www.isna.org](http://www.isna.org)).

<sup>2</sup> Persone con la cosiddetta sindrome di Klinefelter.

<sup>3</sup> E come suggerisce l'OII (*Organisation Intersex International*) “*Just as we have no clear, essentialist definition of what a woman or a man is, we should not expect to have a fixed, essentialist definition of what intersex is.*” (<http://www.intersexualite.org/Who-owns-our-bodies.html>).

“standard”, e lungo di esso un insieme (tra l’altro tutt’altro che numericamente irrilevante) di persone con varietà cromosomiche e/o fenotipiche che non rientrano in quei due opposti. Persone, queste ultime, che in epoche diverse o in altre società vedevano riconosciuta, e talora altamente apprezzata, la loro presenza<sup>4</sup>, e che invece in società simbolicamente e strutturalmente basate su categorie dualistiche e dicotomiche e su un forte dimorfismo sessuale, non trovano nemmeno cittadinanza (Grabham 2007).

Già nei primi anni Novanta Fausto-Sterling (1993) sollevava il problema di una biologia sessuata che produce la naturalizzazione di sessi bipolari e non permette di comprendere ciò che non rientra nella rigida divisione dicotomica del “o maschio o femmina”. Ma “*if nature really offers us more than two sexes, then it follows that our current notions of masculinity and femininity are cultural conceits*” (Fausto-Sterling 2000a). Date queste premesse l’analisi delle pratiche attraverso cui viene decisa l’attribuzione del sesso e del genere e la ricostruzione chirurgica del sesso può essere di grande aiuto nello svelare la cornice entro cui si fonda la costruzione sociale del sesso/genere e i significati dominanti ad essi attribuiti.

L’approccio che contraddistingue la presente riflessione si rifà dunque al pensiero femminista postmoderno e decostruzionista e alle teorie *queer* che, insieme all’attivismo trans, sono risultati fondamentali per smascherare le strutture di pensiero e le pratiche sociali e le politiche di genere tradizionali dominanti e date per scontate (Ruspini - Inghilleri (ed.) 2008, Butler 2004, Nadotti 1996).

La ricerca sociologica che sto conducendo, nella parte qualitativa che qui presento, si basa sulla raccolta e analisi di interviste in profondità a testimoni privilegiati in ambito medico e psicoterapeutico, ad attivisti *queer* e a giovani/adulti la cui intersessualità è stata medicalizzata fin dai primi anni di vita, nella pubertà o in età adulta o che non è mai stata medicalizzata<sup>5</sup>. In questa sede mi soffermo soprattutto sulle interviste fatte ai medici e alle persone intersessuali<sup>6</sup> e tratto principalmente due degli obiettivi della ricerca:

a) indagare le pratiche sociali e culturali che portano i medici a prendere le decisioni relative all’attribuzione di sesso nei bambini intersessuali<sup>7</sup>;

b) conoscere le opinioni, le interpretazioni e i vissuti delle persone intersessuali medicalizzate e non<sup>8</sup>.

A) Per quanto riguarda il primo obiettivo, va detto che per decenni tra i medici ha dominato il filone di pensiero che ritiene che lasciare che un/a bambina/o cresca con “genitali atipici” provocherà danni irrevocabili sulla sua psiche nonché disagi di carattere sociale. I protocolli medici negli Stati Uniti, in particolar modo a seguito delle sperimentazioni di John Money che teorizzava la neutralità psicosessualmente del bambino e riteneva che il suo sviluppo “sano” dipendesse

---

<sup>4</sup> Mi riferisco agli indiani Navajo e ai Sioux per esempio, dove rispettivamente i *nadle* e i *winkte* erano accolti come terzo sesso e generalmente rivestivano il ruolo di sciamani, guaritori, consiglieri; oppure alla situazione dei/le *hijras* in India, che possono essere intersessuali, eunuchi o transgender, e hanno una storia di 2500 anni alle spalle (Rotondi 2010, Baird 2003).

<sup>5</sup> Alle interviste qualitative semi strutturate si aggiunge la raccolta di documentazione *on line* relativa alle associazioni, sia nazionali sia internazionali, che si occupano di intersessualità e delle singole variazioni/“sindromi”, e gli scritti in rete di alcune persone intersessuali e transgender. A questo lavoro, *in progress*, si accompagna la partecipazione ad alcune *mailing list* del mondo T\* e GLB italiano, la partecipazione a convegni ed eventi organizzati da associazioni trans italiane, così come l’attività di volontariato presso un’associazione *queer* fiorentina all’interno della quale si è iniziato a sperimentare un punto di ascolto e accoglienza intersessuale (<http://www.ireos.org/?p=1376>).

<sup>6</sup> Si tratta di 3 medici (una genetista, una ginecologa e una neonatologa) e di 4 persone intersessuali (due persone con mosaicismi cromosomici sottoposte a medicalizzazione in età precoce, una persona con insensibilità agli androgeni e una persona Klinefelter).

<sup>7</sup> Come si rapportano i medici di fronte all’intersessualità dei neonati? Quali scelte e decisioni prendono e perché? Che cosa potrebbe essere utile che invece eventualmente manca nel modo in cui affrontano la questione? Come coinvolgono (quando li coinvolgono) i genitori nelle scelte? Come si raffrontano (se vi si raffrontano) con i pazienti?

<sup>8</sup> In particolar modo si voleva comprendere come le persone medicalizzate hanno vissuto il percorso medico-chirurgico, e come sono state preparate e informate (se lo sono state): avrebbero voluto non essere medicalizzate per essere libere di scegliere in età più consapevole (pubertà/età più adulta)? O possono invece dirsi soddisfatte del percorso? E qual è la posizione delle persone intersessuali non medicalizzate?

primariamente dall'aspetto dei genitali e da una chiara educazione nel genere assegnato entro il secondo anno di età, prevedevano dunque il trattamento farmacologico e chirurgico corrispondente all'assegnazione precoce del sesso e del genere (Busi 2005).

In Italia, dalla letteratura recente e dalle interviste al personale medico effettuate in questo primo percorso di ricerca, emergono una maggiore attenzione e considerazione rispetto al passato anche nei confronti di quelli che possono essere gli effetti futuri sulla persona adulta di interventi decisi sul corpo in età precoce; inoltre le tecniche adottate risultano più sofisticate e attente anche nella prima fase di decisione di attribuzione del sesso; infine, si stanno producendo linee guida che *“invitano, nei casi in cui non si manifesti una urgenza medica o non vi siano elementi obiettivi per la decisione, a ritardare gli interventi chirurgici e a posticipare i trattamenti ormonali per consentire una partecipazione attiva del soggetto alla decisione (qualora ciò si renda possibile data l'età dello stesso), sia in riferimento alla propria percezione della identità sessuale, che in riferimento al bilanciamento dei rischi e benefici dell'intervento”* in vista della tutela del benessere della persona (Comitato Nazionale per la Bioetica 2010, 15).

Nonostante si intravedano tendenze al cambiamento, probabilmente anche sulla scia di quelle già in atto negli Stati Uniti grazie al lavoro di movimenti e associazioni di persone intersessuali così come di intellettuali, ricercatori e medici (Dreger 2001, Fausto-Sterling 2000b, Diamonds 1997)<sup>9</sup>, rimane però il fatto che in Italia gli interventi sui bambini continuano ad essere fatti anche laddove non c'è alcun disturbo fisiologico. Probabilmente la tendenza a femminilizzare i bambini intersessuali è diminuita<sup>10</sup>, ma gli interventi di chirurgia estetica per “normalizzare” i genitali continuano e gli sforzi sono concentrati soprattutto in vista del perfezionamento delle tecniche e della buona riuscita dell'operazione dal punto di vista del risultato immediato ed estetico, mentre i dati di *follow up* sono ancora troppi scarsi<sup>11</sup> (Mattioli - Jasonni 2004).

Questo, come testimoniano anche i medici intervistati, è dovuto sia alla cornice socio-culturale di cui si parlava, sia alle pressioni che i medici ricevono da parte dei genitori - a loro volta condizionati dal contesto sociale e culturale e solitamente impreparati ad affrontare un evento come quello della nascita di un figlio intersessuale, data l'omertà, la segretezza e la generale mancanza di informazioni sull'argomento in Italia. Sul problema del rapporto con i genitori, una genetista intervistata afferma: *“È vero che ci potrebbe essere un counseling serrato con i genitori che imparano a trattare al femminile una figlia con un fallo ecc. ma è complesso [...] il rapporto con i genitori è complesso, perché loro davvero hanno bisogno di sostegno e lì purtroppo non c'è una cosa strutturata, va improvvisata di volta in volta, ...loro hanno proprio bisogno di un counseling per reggere una identificazione di un femminile o di un maschile senza un genitale chiaro, questo è un dato di fatto che è così”* (Gen.1)<sup>12</sup>.

Sulla questione dell'intreccio tra cultura e approcci medici all'intersessualità, già Kessler (1996) nella sua ricerca qualitativa sulle pratiche mediche per l'assegnazione di sesso nei bambini negli Stati Uniti, aveva rilevato il perdurare di una forte eredità patriarcale e fallocentrica, quella che concepisce la virilità sulla base dell'estetica e del buon funzionamento del fallo, appunto: tant'è che, per contro, scarsa attenzione veniva data alla forma dei genitali femminili, tranne che per il

---

<sup>9</sup> Come sottolinea Busi (2005, 2): *“Eric Vilain, professore di Genetica Umana dell'Università della California di Los Angeles, sostiene vivacemente che i recenti progressi della ricerca genetica sullo sviluppo sessuale dimostrano quanto sia complessa una definizione di mascolinità e femminilità da un punto di vista biologico, o meglio, che non esistono parametri biologici in grado di determinare il sesso in modo assoluto e definitivo. Con ironia, William Reiner dell'Oklahoma University Health Science Center aggiunge che se vogliamo sapere chi o cosa sia veramente un bambino l'unico modo è domandarlo al diretto interessato”*.

<sup>10</sup> Una delle nostre intervistate afferma: *“Secondo me le situazioni americane sono state molto più selvagge che da noi con questo discorso interventistico quindi probabilmente è anche un'altra cultura”* (Gin.1).

<sup>11</sup> Per contro, molti intersessuali adulti testimoniano gli effetti di lungo periodo della medicalizzazione, spesso dolorosi e umilianti, che per coloro che oggi hanno tra i 30 e i 40 anni possono includere la perdita parziale o totale del piacere sessuale e talora infezioni del tratto urinario (Grabham 2007, [www.isna.org](http://www.isna.org)).

<sup>12</sup> Di estrema importanza risulta, evidentemente, anche la comunicazione della diagnosi ai genitori. Sulle comprensibili difficoltà dei genitori, data la situazione attuale, ad affrontare in modo equilibrato (spesso in solitudine) queste delicate prime fasi, si veda D'Alberon (2004).

fatto che dovevano essere in grado di accogliere un pene<sup>13</sup>. Sia la ginecologa sia la neonatologa da noi intervistate hanno voluto, invece, sottolineare le difficoltà socio-culturali nell'accettare le differenze in generale e non soltanto quelle legate al genere: *“io penso che c'è un tema di lavoro sulle differenze, e non differenze di genere, che è ancora a monte di questa situazione qui, quindi non si accoglie l'intersessualità come non si accoglie il diverso, la differenza in assoluto. Io penso che il lavoro di accoglimento è generale, purtroppo non mi sembra che stiamo andando in questa direzione in questo momento, no? Pensiamo all'immigrazione...non è il momento ideologico in cui si accoglie molto l'altro da noi. Nel tema dell'intersessualità c'è una paura, c'è soprattutto una paura maschile di un proprio non funzionamento, non c'è dubbio che è così. Come c'è con l'omosessualità, c'è una paura: uno deride quel che gli fa paura. Il tema vero è riflettere sulle differenze e non-differenze interumane, di cui questo è un sottogruppo un po' speciale, ma che se non si agganciasse a una propria paura non darebbe tutto questo tipo di problematica.”* (Gin.1).

Tirando brevemente le somme, possiamo affermare che:

- a) il protocollo medico dominante in Italia continua ad essere quello di intervenire chirurgicamente secondo canoni prevalentemente estetici anche in assenza di patologie;
- b) gli stereotipi socio-culturali di genere attraverso cui viene definito ciò che è “normalmente” femminile o maschile hanno molto influenza<sup>14</sup>, diretta e indiretta, sulle decisioni che medici e genitori prendono sui bambini intersessuali.

Gli interventi di medicalizzazione dell'intersessualità rientrano in quella cornice teorica e in un sistema socio-culturale di riferimento in cui la “normalità” viene fatta coincidere con la dualità femmina - maschio, cui deve corrispondere una donna o un uomo con un'identità di genere conforme al sesso biologico e con un orientamento sessuale di tipo eterosessuale (Monceri 2010, Butler 2004b). Ciò che non rientra in questa polarizzazione - più o meno accentuata a seconda dei contesti e dei periodi storici -, ciò che non è considerato conforme ai modelli dominanti e ai dispositivi normativi di sesso e genere, è etichettato come sbagliato, a-normale, patologico: si cerca quindi di invisibilizzarlo e di nascondere, modificandolo e “curandolo”.

B) Veniamo adesso al secondo obiettivo, quello di riflettere sulle narrazioni delle persone intersessuali, ricordando che, dato il numero ristretto di intervistati, quelle qui esposte sono ipotesi in vista di un approfondimento della ricerca. In primo luogo è necessario ricordare che in Italia non esiste ancora una comunità intersessuale che faccia sentire pubblicamente la propria voce o che ponga rivendicazioni di carattere socio-politico, ci sono invece singole associazioni che si occupano delle specifiche variazioni. Abbiamo avuto modo di intervistare 4 persone con differenti forme e vissuti di intersessualità e che sono cresciute e abitano in quattro diverse città in tre Regioni: i contatti sono stati presi attraverso alcune associazioni GLBT che non si erano mai occupate prima di intersessualità ma che potevano metterci in contatto con persone intersessuali.

Si può ipotizzare che persone che incarnano diverse forme di intersessualità e che hanno avuto esperienze diverse, abbiano anche maturato posizioni differenti in relazione alle questioni oggetto della ricerca, ovvero la medicalizzazione dell'intersessualità e i diritti delle persone intersessuali in una società che non prevede spazio per generi e corpi non conformi. Le persone che abbiamo avuto l'opportunità di intervistare, nonostante le diversità nelle forme di intersessualità, sono però piuttosto omogenee dal punto di vista della medicalizzazione subita<sup>15</sup>; soltanto una persona non è stata medicalizzata, in ragione di una morfologia anatomica che rientrava nei canoni di un unico sesso/genere senza dare adito ad alcun tipo di “ambiguità” e quindi di intervento di normalizzazione.

---

<sup>13</sup> Anche la genetista intervistata ricorda la cultura fallocentrica da cui deriviamo: *“le donne erano [considerate] uomini mancati, noi si nasce da quello, eh!”* (Gen.1).

<sup>14</sup> Più o meno consciamente e criticamente a seconda del contesto socio-culturale e politico di riferimento e del livello di consapevolezza personale.

<sup>15</sup> Due delle quali hanno subito medicalizzazione non consensuale nella forma di trattamenti ormonali fin dall'infanzia, una anche con interventi chirurgici ai genitali di cui non ha ricordo ma testimonianza attraverso tracce visibili di cicatrici, mentre un'altra giovane persona è stata sottoposta a trattamento ormonale subito dopo la maggiore età.

Dalle interviste è emerso un totale accordo in relazione alla medicalizzazione e agli interventi chirurgici in età precoce, verso cui hanno tutti espresso una ferma contrarietà. Allo stesso modo ciascuno ha testimoniato di aver sofferto per non aver ricevuto le necessarie informazioni sulla propria situazione, così come sul percorso medico e sulle terapie ricevute: una mancanza di informazioni imputabile prima al personale medico e in seconda battuta alla famiglia, nella sua decisione di seguire i consigli dei medici relativi al mantenimento della segretezza sulla questione<sup>16</sup>.

Si può, invece, intravedere una qualche differenza di posizioni in relazione alla questione dell'educazione di genere nella società, laddove gli intervistati che hanno subito una medicalizzazione forzata tendono a rivendicare l'assoluta libertà di scelta e di autodeterminazione dell'individuo che dovrebbero essere garantite fin dall'infanzia, quando ancora il soggetto non può esercitare tali libertà, e chi invece assume una posizione più moderata, sottolineando le difficoltà per un bambino nel gestire la diversità in contesti in cui è richiesta, esplicitamente o indirettamente, l'uniformità; questa persona afferma: *“deve esserci più consapevolezza sulle questioni di genere, questo sì, però non si possono nemmeno cambiare e ribaltare completamente i costumi e certe convinzioni che sono tipiche di una società [...]. Bisogna saper cogliere i tratti predominanti, secondo me, la caratterizzazione di un soggetto, per poi renderlo o femmina o maschio nel caso in cui ci sia un problema di attribuzione”* (A.1). Di fatto però anche l'intervistata più moderata ritiene fermamente che non possano essere altri a decidere per l'individuo, sebbene minore, e precisa che prima di intervenire con un eventuale trattamento ormonale bisogna che medici e genitori siano in grado di leggere i segnali provenienti dal bambino stesso: *“penso che si debba lasciare che la natura faccia il suo corso e che la personalità del bambino o della bambina venga fuori in un determinato modo e da lì poi partire sia con una definizione di genere e poi fare anche la, provare a capire se il bambino ha desiderio di essere ciò che vuole essere, per cui il consenso del bambino non lo si deve trovare dal punto di vista giuridico (per cui si deve aspettare che abbia una certa età), ripeto non è giusto neanche che i genitori si arroghino il diritto di decidere al posto del bambino, bisogna essere molto abili per capire ciò che il bambino vuole essere. E secondo me lo si può capire subito, nei primi anni di vita, 4-5 anni. Secondo me si può partire da quella data”* (A.1).

Molto chiare le posizioni di coloro che sono stati costretti a una mimetizzazione forzata e che oggi, da adulti, in alcuni casi dopo un lungo percorso di auto-analisi e di riflessione su di sé, rivendicano la propria “diversità” e la possibilità di performare un genere “altro” rispetto al dimorfismo sessuale e dei ruoli imposto. Uno di loro afferma: *“è stato un percorso per me, perché ho vissuto un po' a fasi alterne, a personalità alterne, e ora è l'armonia totale tra le due parti, e questa è la bellezza, e mi ritengo forse anche più ricco”* (O.1). E ancora: *“La demedicalizzazione deve essere solo il primo passo, il diritto a non essere corretti deve essere il diritto a vivere. La depatologizzazione deve essere totale, [ci deve essere] non solo la possibilità di non andare da nessuna parte, cioè né verso il femminile né verso il maschile, ma di vivere in pieno la propria intersessualità.”* (O.1). Un altro intervistato: *“la mia è una rivendicazione del corpo intersessuale per quello che è, e anche per quello che ne è stato già fatto, ma sicuramente per quello che è senza doversi per forza collocare”* (K.1).

Come riassume bene uno storico attivista *queer*: *“ciò che muove tutto questo meccanismo è questo obbligo di essere fisicamente, esteticamente, morfologicamente compatibili con uno dei due sessi riconosciuti e previsti”* (a.B). Anche questa fase iniziale della nostra ricerca conferma che le pratiche mediche e chirurgiche che vengono portate avanti sui bambini intersessuali si basano sull'esigenza<sup>17</sup> di mantenere il sistema di sesso-genere dominante (Fausto-Sterling 2000a). E se è chiaro che nelle società Occidentali vi è un'identità sessuale e di genere accettata come norma, il corpo, le identità, i diritti sessuali delle persone intersessuali non sono soltanto marginalizzati, ma

---

<sup>16</sup> Gli effetti che la patologizzazione finisce con l'aver sulle soggettività dei genitori e dei diretti interessati emerge in tutta la sua drammaticità in questa testimonianza: *“in casa mia c'era un regime. Ero tenuto anche lontano dai parenti. Io ero il mostro di famiglia. Da tenere nascosto.”* (O.1).

<sup>17</sup> Spesso portata avanti inconsapevole e in modo acritico da parte di coloro che la mettono in atto, producendola e riproducendola in ambito medico, legale, familiare.

sono usualmente ignorati, tanto da escludere le persone intersessuali dalla piena cittadinanza fin dalla loro nascita. Oltre all'invisibilità legale<sup>18</sup>, la non accettazione *in primis* culturale della componente intersessuale – pur presente nella natura umana –, attraverso le sue politiche normalizzanti/medicalizzanti e di controllo sui corpi, può avere effetti devastanti sulla vita delle persone. Un'attribuzione di sesso-genere non consensuale ed erronea, infatti, può portare il/la giovane a vivere condizioni in parte o totalmente coincidenti con quelle vissute dalle persone transessuali e transgender. Ma anche la persona non medicalizzata che vuole vivere in pienezza la propria intersessualità nella forma di “terzo genere” senza voler scegliere secondo gli schematismi del binarismo sessuale, si trova marginalizzata in contesti sociali non accoglienti con chi è percepito “diverso”. Come testimonia molto lucidamente un intervistato: “*Alla fine mi dicono che non esisto. O che sono un errore, un mancato sviluppo in una parte o in un'altra. Quindi stanno negando la mia esistenza. In tutte le culture per sminuire la potenza di un evento si fa credere che non esista.*” (O.1).

Per concludere l'intersessualità e il transgenderismo rivelano un potenziale rivoluzionario dal punto di vista teorico e pratico in termini di diritti di cittadinanza e di decostruzione della strutturazione sociale basata sulla eteronormatività. Il percorso per l'emersione e la condivisione delle problematiche relative ai diritti delle persone intersessuali è però estremamente complesso in un contesto culturale, sociale e sistemico in cui predomina il più stretto binarismo sessuale e di genere.

## Cenni bibliografici

- Arfini E. (2008), “Everybody’s passing. Passing, crossing e narrazioni trans”, in Ruspini-Inghilleri, 275-293.
- Baird V. (2003), *Le diversità sessuali*, Carocci, Roma.
- Busi B. (2005), “Hermaphrodites with attitude”, *DeriveApprodi*, 25: 67-70
- Butler J. (2004a), *Undoing Gender*, Routledge, New York-London. Butler J. (2004b), *Scambi di genere*, Sansoni, Milano (1990).
- Comitato Nazionale per la Bioetica (2010), “I disturbi della differenziazione sessuale nei minori: aspetti bioetici”, in [www.governo.it/bioetica/pareri\\_abstract/testo\\_20100225.pdf](http://www.governo.it/bioetica/pareri_abstract/testo_20100225.pdf)
- D'Alberton F. (2004), “Le ambiguità sessuali: riflessioni sul trauma, sul segreto, sul dolore e sull'integrazione”, in *Psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza*, vol.71, 689-700.
- Connell R., (2002/2006), *Questioni di genere*, il Mulino, Bologna.
- Danielsson M. (2005), *Intersexuality. And its medical and social implications*, Malmö Högskola, Hälsa och Samhälle.
- Fausto-Sterling A. (2000b), “The Five Sexes, Revisited”, in *The Sciences*, vol. 40, 4, 18-23.
- Fausto-Sterling A. (1989), “Life in the XY Corral”, *Women's Studies Int. Forum* 12:3.
- Garosi E. (2009), “Under Construction: Becoming Trans in Italy”, in *E-pisteme*, vol. 2, 2, 1-14.
- Grabham E. (2007), “Citizen Bodies, Intersex Citizenship”, in *Sexualities* 2007; 10; 29.
- Keller, Fox E. (1985), *Sul genere e la scienza*, Garzanti, Milano, 1987.
- Kessler J.S. (1996), “La costruzione medica del genere: il caso dei bambini intersessuati”, in Piccone Stella – Saraceno (ed.), *Genere. La costruzione sociale del femminile e del maschile*, il Mulino, Bologna, 95-117.
- Kessler J.S. - McKenna W. (1978), *Gender: An Ethnomethodological Approach*, University of Chicago Press, Chicago.

---

<sup>18</sup> Si pensi all'obbligatorietà della dichiarazione del sesso del neonato entro dieci giorni dalla nascita, laddove sono previste solo due categorie, femmina o maschio. Oltretutto con Piattelli ci si potrebbe chiedere “*perché mai un dato biologico dovrebbe dar luogo a una classificazione legale degli esseri umani?*” (2001, 15).

- Mattioli G. - Jasonni V. (2004), "Andrologia chirurgica pediatrica. Il neonato con genitali ambigui: l'assegnazione del sesso", paper presentato al convegno su "Patologie andrologiche dell'età giovanile: il ruolo della prevenzione", Roma, 15 Dicembre.
- Monceri F. (2010), *Oltre l'identità sessuale*, Edizioni Ets, Pisa.
- Moshang T. Jr. - Thornton P.S. (1994), Endocrine Disorders, in Avery G. B. - Fletcher M.A. - MacDonald M.G. (ed.), "Neonatology: Pathophysiology and Management of the Newborn", Lippincott Company, Philadelphia.
- Nadotti M. (1996), *Sesso e genere*, il Saggiatore, Milano.
- Rotondi G. (2010), "Maschio ♀♂Femmina?", in Focus - Storia, 46, Agosto, 44-49.
- Ruspini E. - Inghilleri M. (ed.) (2008), *Transessualità e scienze sociali, Identità di genere nella postmodernità*, Liguori, Napoli.
- San Francisco Human Rights Commission (2005) "A Human Rights Investigation into the Medical "Normalization" of Intersex People", (principal author: Marcus de María Arana, HRC Staff), in [www.isna.org/files/SFHRC\\_Intersex\\_Report.pdf](http://www.isna.org/files/SFHRC_Intersex_Report.pdf)
- Schober J. (2001), "Sexual Behaviors, Sexual Orientation and Gender Identity In Adult Intersexuals: a Pilot Study", in *The Journal of Urology*, vol.165, 6, 2350-2353