



MICHELA BALOCCHI

# INTERSEX

DALL'ERMAFRODITISMO AI "DISTURBI  
DELLO SVILUPPO SESSUALE"

**L**a distinzione più diffusa e pervasiva nelle società occidentali, a livello culturale e strutturale, è quella tra femmina e maschio; distinzione che è anche tra quelle date maggiormente per scontate, tanto da essere considerata evidente in sé e "naturale". Eppure una parte non irrilevante della popolazione mondiale nasce con caratteristiche che non rientrano nella rigida dicotomia: mi riferirò all'insieme di queste forme con il termine "intersessualità" per indicare quella molteplicità di condizioni per le quali si può nascere con un set genetico, e/o endocrino, e/o con caratteristiche sessuali primarie o secondarie che non rientrano nelle usuali e tipiche definizioni di femmina e maschio<sup>1</sup>.

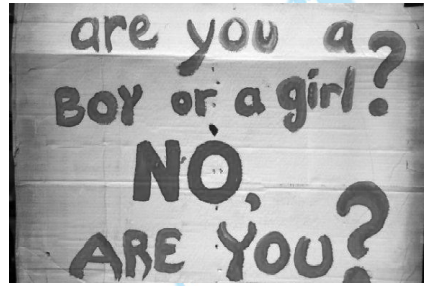
La terminologia adottata in ambito medico a partire dal 2006 è *disorders of sex development* (Dsd), che in italiano viene tradotta in "disordini della differenziazione sessuale" o anche "disturbi dello sviluppo sessuale". Io preferisco usare i termini intersessuale/intersessualità<sup>2</sup>, e i motivi di questa scelta sono principalmente due: in primo luogo perché Dsd richiama e suggerisce una condizione patologica, appunto di "disturbo" o di "disordine", sottintendendo una deviazione nello sviluppo sessuale altrimenti "normale" della persona. Si tratta dunque di un linguaggio patologizzante, mentre le varie forme di intersessualità non sono necessariamente correlate ad una patologia o a condizioni mediche, sebbene alcune lo siano<sup>3</sup>. In secondo luogo, perché con il termine intersessualità voglio anche porre l'accento sugli aspetti di costruzione culturale, sociale e storica della stessa definizione, nonché sulla dimensione delle relazioni di potere e politiche che interessano i corpi sessuati, le definizioni di femminile e di maschile, il genere, le identità di genere e gli orientamenti sessuali.

<sup>1</sup> Per una definizione del concetto di intersessualità mi sono rifatta a quelle adottate dalle più grandi associazioni intersex internazionali così come alle definizioni in uso nella letteratura medica contemporanea.

<sup>2</sup> Alcune organizzazioni internazionali al posto di "intersexual" e "intersexuality" prediligono la forma "intersex" per sottolineare che questa realtà ha a che fare con il sesso come "fatto" e non come "atto", e quindi anche per non creare sovrapposizione o fraintendimenti con la sfera dell'orientamento sessuale (<http://oiaustralia.com>).

<sup>3</sup> Come sottolineano studiosi e attivisti intersex, anche nei casi in cui la forma di intersessualità sia collegata a condizioni mediche che richiedono un intervento chirurgico questo non dovrebbe comportare di per sé la rimozione di parte dei genitali per il solo scopo di normalizzare. Cfr. Kate Haas, *Who will make room for the intersexed?*, «American journal of law and medicine», n. 1, 2004, pp. 41-68.

Anche quella di intersessuale, infatti, è una categoria costruita socialmente e culturalmente, come lo sono quelle di femminile e maschile<sup>4</sup> e, come queste, anch'essa riflette una serie di variazioni biologiche. Nonostante questo, in numerose società, l'intersessualità è stata e viene tuttora patologizzata, invisibilizzata e, dal secolo scorso, medicalizzata attraverso interventi farmacologici e/o di chirurgia estetica sugli infanti con lo scopo di "normalizzarne" i genitali anche in assenza di una patologia o di una reale esigenza medica per la salute del bambino.



La percentuale di incidenza dell'intersessualità dipende da quali variazioni si considerano e da quali definizioni si usano. Secondo la biologa Fausto-Sterling, su 1.000 nati 17 presentano una qualche forma di intersessualità; anche Preves parla di un'incidenza intorno al 2% e Dreger di una percentuale di un terzo ogni 2.000 nati, riferendosi però specificatamente ai casi in cui la conformazione dell'anatomia sessuale è considerata atipica<sup>5</sup>.

La cornice patologizzante e l'opera di invisibilizzazione, così come la normalizzazione precoce, non hanno certamente favorito e non aiutano nella raccolta e nella possibilità di analisi di dati chiari e precisi, dati che, infatti, sono ancora insufficienti e, presumibilmente, per alcune variazioni, fortemente sottostimati. Va detto, inoltre, che la maggioranza delle forme di intersessualità non è visibile alla nascita. È il caso, per esempio, delle forme di completa insensibilità agli androgeni (Cais): il fenotipo è tipicamente femminile fin dalla nascita e le ragazze possono scoprire di avere cromosomi sessuali XY all'età della pubertà dopo essersi sottoposte ad esami diagnostici per accertare le cause dell'assenza di menarca<sup>6</sup>. Lo stesso dicasi per il caso di maschi con cromosoma XXY<sup>7</sup> che possono venirne a conoscenza da adulti in un percorso di analisi dei motivi di infertilità.

Il punto fondamentale è che la specie umana si presenta in molteplici forme che non rientrano necessariamente nel rigido dimorfismo sessuale di cui è imbevuta la cultura occidentale. Come scrive Connell «la nostra rappresentazione del genere è spesso dicotomica, ma la realtà non lo è»<sup>8</sup>. Già nei primi


<sup>4</sup> Robert W. Connell, *Questioni di genere*, il Mulino, 2006 (I ed. Oxford, 2002); Simonetta Piccone Stella e Chiara Saraceno (a cura di), *Genere. La costruzione sociale del femminile e del maschile*, il Mulino, 1996.

<sup>5</sup> Anne Fausto-Sterling, *The five sexes, revisited*, «The sciences», n. 4, 2000, pp. 18-23; Alice Dreger, *Her-maphrodites and the medical invention of sex*, Harvard University Press, 1998; Sharon Preves, *Intersex and identity*, Rutgers University Press, 2003.

<sup>6</sup> Secondo Preves questa forma riguarda un caso su 13.000 nascite, mentre la parziale insensibilità agli androgeni (Pais) o i casi di *ovotestis* hanno un'incidenza rispettivamente di 1/130.000 e di 1/83.000. I neonati XXY sarebbero invece 1/1.000.

<sup>7</sup> Persone con la cosiddetta sindrome di Klinefelter dal nome del medico che la descrisse per la prima volta nel 1942.

<sup>8</sup> R. W. Connell, *Questioni di genere cit.*, p. 38.



anni '90 Fausto-Sterling sollevava il problema di una biologia sessuata che produce la naturalizzazione di sessi bipolari e non permette di comprendere ciò che non rientra in quella rigida divisione; ma «se la natura ci offre davvero più di due sessi, ne segue che le nostre attuali nozioni di maschilità e femminilità sono concetti prettamente culturali»<sup>9</sup>.

Date queste premesse, l'analisi delle pratiche attraverso cui viene decisa l'attribuzione del sesso/genere e la ricostruzione chirurgica del sesso può essere di grande aiuto nello svelare la cornice entro cui si fonda la costruzione socioculturale del sesso e del genere e i significati dominanti ad essi attribuiti, così come a mettere in evidenza quanto credenze sociali generalmente accettate e spiegazioni scientifiche dominanti possano generarsi e rinforzarsi a vicenda<sup>10</sup>.

Altrettanto interessante indagare in che modo l'intersessualità è stata percepita, classificata e normata nel corso della storia. La figura dell'ermafrodito è presente nelle raffigurazioni artistiche già a partire dal IV sec. a.C., prima delle fonti scritte sul tema a noi note. Nel pensiero filosofico occidentale e nel mito la troviamo nel *Simposio* di Platone che, tramite Aristofane, ci parla dell'origine androgina dell'essere umano, così anche Diodoro Siculo, mentre Ovidio nelle *Metamorfosi* narra di Ermafrodito e delle conseguenze dell'amore di Salmace per lui, e Plinio racconta delle trasformazioni di femmine in maschi, cui egli stesso avrebbe riscontrato testimonianze nel continente africano<sup>11</sup>. Del resto di nascite di persone intersessuali si ha documentazione almeno fin dall'antichità greca e romana<sup>12</sup>.

La perfezione rappresentata dall'ermafrodita e il rispetto tributato a questa figura si limitano però alla sfera del mito e del divino, perché, in realtà, in epoca greco-romana la persona che alla nascita presentava un sesso anatomico non chiaramente identificabile secondo gli schemi dominanti, veniva condannata a una morte orribile, per annegamento o per arsione. È con la *Mishnah* ebraica di Giuda il Santo e, poi, con il *De statu hominum* nei *Digesta* cristiani di Giustiniano che viene sancito il diritto alla vita per chi nasceva con sesso atipico. «Questo diritto, però, era subordinato alla scelta, da parte dell'individuo, di uno dei due sessi a cui doveva uniformare usi e costumi sessuali, pena la morte. [...] il vincolo dell'adeguamento al sesso prescelto era finalizzato a impedire che queste persone potessero sfruttare la versatilità sessuale del proprio corpo per alternare il ruolo sessuale maschile e quello femminile»<sup>13</sup>.

<sup>9</sup> A. Fausto-Sterling, *Sexing the body*, Basic books, 2000, p. 31, trad. mia.

<sup>10</sup> Suzanne Kessler, *Lessons from the intersexed*, Rutgers University Press, 1998.

<sup>11</sup> Platone, *Simposio*, *Apologia di Socrate*, *Critone*, *Fedone*, Mondadori, 1987; Diodoro Siculo, *Biblioteca storica*, IV, 4.6.5, Sellerio, 1986; Ovidio, *Le metamorfosi*, III e IV, Utet, 2005; Plinio, *Storia naturale*, VII, 4.36, Einaudi, 1997.

<sup>12</sup> Valerio Marchetti, *L'invenzione della bisessualità. Discussioni tra teologi, medici e giuristi del XVII secolo sull'ambiguità dei corpi e delle anime*, Mondadori, 2011.

<sup>13</sup> Nicole Braidà, *Essere donne, essere uomini. Percezione e trattamento della variabilità sessuale tra realtà biologica e costruzione culturale*, tesi di laurea, Università degli studi di Torino, 2011, p. 24.

Per migliaia di anni ha prevalso un modello culturale monosessuale secondo cui gli esseri umani derivano da un unico sesso di cui la versione perfetta è rappresentata dal maschio mentre la femmina incarnerebbe una versione inferiore: le differenze non sarebbero quindi di sostanza ma di intensità e il modello maschile lo standard da cui le forme umane si differenziano per intensità di calore e conseguenti gradi di imperfezione<sup>14</sup>. Se questa cornice rendeva più flessibili i confini tra i due sessi riconosciuti, contemplando anche possibili variazioni intermedie di cui le diverse forme di intersessualità erano prova, nello stesso tempo però risultava invece rigida la dicotomia nei ruoli di genere dal punto di vista sociale e giuridico. Era quindi ammessa l'esistenza e il diritto alla vita di quelle persone che dal punto di vista dell'anatomia sessuale uscivano dai canoni prevalenti, però queste stesse persone dovevano scegliere una volta per tutte se vivere come donne o come uomini<sup>15</sup>.

Le regole del diritto canonico e civile prevedevano che fosse il padre o il padrino a scegliere il genere da assegnare al minore ma, all'approssimarsi dell'età adulta, l'individuo poteva decidere di cambiare il genere assegnatogli e in cui era vissuto fino a quel momento e adottare ruolo e panni del genere opposto, previo giuramento<sup>16</sup>. Quindi, sebbene anche in epoca medioevale si abbiano testimonianze di persone intersessuali condannate a morte per il solo fatto di essere anatomicamente differenti dalla maggioranza della popolazione<sup>17</sup>, la giurisprudenza apriva altre possibilità che prevedevano il diritto alla vita e il riconoscimento all'autodeterminazione della persona alla maggiore età.


Nel corso del Cinquecento la condizione formale delle persone intersex sembra migliorare. Le legislazioni stabilivano regole che riconoscevano l'ermafroditismo come una condizione eccezionale e atipica di esistenza ma naturale e non patologica o sbagliata. Anche in questi casi vi era in prima istanza il diritto delle famiglie di decidere secondo quale genere allevare il figlio ermafrodita, e, successivamente, il diritto dell'individuo maggiorenne a scegliere autonomamente per sé, con tutte le conseguenze giuridiche che la scelta comportava. Le principali preoccupazioni alla base di queste legislazioni non erano legate soltanto alla risoluzione di problemi pratici relativi a questioni di proprietà ed eredità o al valore delle testimonianze durante i processi: avevano a che vedere anche con l'istituto del matrimonio, in par-

<sup>14</sup> Lorenzo Benadusi, *Dalla paura al mito dell'indeterminatezza. Storia di ermafroditi, travestiti, invertiti e transessuali* in Elisabetta Ruspini e Marco Inghilleri (a cura di), *Transessualità e scienze sociali. Identità di genere nella postmodernità*, Liguori, 2008, pp. 19-48; Thomas Laqueur, *L'identità sessuale dai greci a Freud*, Laterza, 1992 (I ed. Cambridge, 1990).

<sup>15</sup> N. Braidà, *Essere donne, essere uomini.*, cit.

<sup>16</sup> V. Marchetti, *L'invenzione della bisessualità*, cit.

<sup>17</sup> Secondo Foucault in epoca medioevale gli ermafroditi venivano fatti rientrare nella categoria dei "mostri", di coloro cioè che trasgrediscono i limiti "naturali", le classificazioni e la legge, e che venivano per questo condannati a morte sul rogo con dispersione delle ceneri al vento; cfr. Michel Foucault, *Gli anormali. Corso al collège de France (1974-1975)*, Feltrinelli, 2004 (I ed. Paris, 1999).



ticolare con il timore di sancire un'unione in cui potesse essere praticata quella che allora veniva indicata come "sodomia", o anche che i due coniugi potessero alternarsi rispettivamente nei ruoli di marito e moglie o di madre e padre. Un altro problema era dettato dal timore che persone intersessuali con una prevalenza del femminile potessero arrivare a ricoprire il ministero ecclesiastico, esercitare i sacramenti, rivestire un giorno il ruolo di papa. Tutte queste preoccupazioni si fondavano sul timore di incrinare la struttura sociale e politica basata sul rigido binarismo dei ruoli di genere e sulle conseguenti forti gerarchie di potere esistenti tra donne e uomini così come sui loro diversi diritti e doveri.

Tra Cinque e Seicento si possono scorgere le tracce di quello che Marchetti considera «uno scontro in atto [...] tra la scienza medica e quella giuridica, ancora dirette nei loro principi e nei loro fini dalla teologia e dall'autorità delle chiese, ma in procinto di rendersi sempre più autonome, per poter prendere direttamente il controllo delle anomalie sessuali e governare le popolazioni senza mediazioni spirituali». In particolar modo fin dal Cinquecento, i medici «nel complesso intreccio di questioni sollevate di continuo dai teologi e dai giuristi [...] avevano cercato di ritagliarsi uno spazio professionale proprio sostenendo la tesi dell'impossibilità tecnica dell'androginia perfetta e insistendo quindi sullo pseudoermafroditismo come stato patologico degli organi genitali»<sup>18</sup>.

Con la rivoluzione scientifica e l'affermarsi di quella che può essere definita scienza moderna, inizia ad incrinarsi il modello monosessuale e a prendere corpo il modello del dimorfismo sessuale, su cui si basa ancora oggi la cultura occidentale e la percezione dominante relativa alle differenze binarie di sesso e al loro stretto legame con quelle di genere. Al rinnovato interesse per l'anatomia femminile, nel Seicento, si accompagna l'interesse per «ogni evento strano o singolare» e «nel momento in cui la somiglianza tra i sessi veniva sostituita dalla loro netta contrapposizione e differenziazione si generava una profonda inquietudine verso chi non rientrava completamente in questa classificazione binaria [...]; una crescente preoccupazione che a sua volta alimentava la nuova centralità attribuita al mostruoso»<sup>19</sup>. Secondo Foucault le irregolarità fisiche, le deviazioni dalla norma, le atipicità nel corpo iniziano ad essere lette, dalla scienza e dalla medicina moderne, come potenziale segno di deviazione morale, come condizionamento del carattere e dei comportamenti<sup>20</sup>.

Tra Otto e Novecento uno dei compiti della scienza positivista diventa quello di cercare nei corpi delle persone "i segni della degenerazione" e i motivi dell'insorgenza di comportamenti considerati anomali e devianti. È proprio in quel periodo che vengono conati anche termini specifici quali «omoses-

<sup>18</sup> V. Marchetti, *L'invenzione della bisessualità*, cit., p. 25 e p. 15.

<sup>19</sup> L. Benadusi, *Dalla paura al mito dell'indeterminatezza*, cit., p. 22

<sup>20</sup> M. Foucault, *Gli anormali*, cit.

suale» (nel 1869 da Benkert), «invertito» (1878, Tamassia), «sesso intermedio» o «intersessuale» (1908, Carpenter), «travestito» (1910, Hirschfeld)<sup>21</sup>. Diventa ingente la produzione medico-scientifica o, piuttosto, pseudo-scientifica da parte di antropologi criminali, medici e psichiatri su questi argomenti. La scoperta poi delle potenzialità di entrambi i sessi presenti nell'embrione rendeva ancora più urgente, nella mania di classificazione e di normalizzazione, stabilire i confini precisi tra i sessi, «tra natura ed educazione, tra sesso biologico e sesso psicologico», così come la «vera natura» del sesso degli ermafroditi<sup>22</sup>. Sono questi i decenni della polarizzazione delle dicotomie (maschio/femmina, virile/femminile, etero/omosessuale, normale/patologico) e della concettualizzazione delle differenze di genere sulla base del determinismo biologico che ispirava anche le neonate antropologia e sociologia positiviste.

Dalla seconda metà del Novecento in ambito medico negli Stati Uniti si afferma l'intervento di "normalizzazione" chirurgica dei bambini intersessuali, in particolar modo a seguito e sotto l'influenza delle sperimentazioni dello psicosessuologo John Money e della sua équipe<sup>23</sup> che teorizzava la neutralità psicosessuale dell'infante e riteneva che il suo "sano" sviluppo dipendesse primariamente dall'aspetto dei genitali e da una chiara educazione al genere assegnato entro il secondo anno di età. Per decenni, dunque, dagli anni sessanta in poi, 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, che prevedono interventi di medicalizzazione dell'intersessualità, sono attuati ancora oggi nella maggior parte dei paesi industrializzati e si basano su trattamenti farmacologici e chirurgici corrispondenti all'assegnazione precoce di sesso/genere.


Tali protocolli rientrano nella cornice teorica e in un sistema socioculturale di riferimento in cui la "normalità" viene fatta coincidere con la dualità femmina/maschio, alla quale deve corrispondere una donna o un uomo con un'identità di genere conforme al sesso biologico e con un orientamento sessuale di tipo etero<sup>24</sup>. Ciò che non rientra in questa polarizzazione, più o meno accentuata a seconda dei contesti di riferimento, ciò che non è considerato conforme ai modelli dominanti e ai dispositivi normativi di sesso e di genere, è etichettato come sbagliato, "anormale", patologico: iniziano conseguentemente pratiche per invisibilizzarlo e modificarlo in ragione

<sup>21</sup> L. Benadusi, *Dalla paura al mito dell'indeterminatezza*, cit., p. 33.

<sup>22</sup> Ivi, pp. 32-34; Beatrice Busi, *La nuda vita degli ermafroditi*, «Zapruder», n. 6, 2005, pp. 61-65; Herculine Barbin, *Una strana confessione. Memorie di un ermafrodito presentate da Michel Foucault*, Einaudi, 1979 (I ed. Paris, 1978).

<sup>23</sup> Sulle teorie e sperimentazioni di Money e sui controversi risultati del suo primo e noto esperimento sul piccolo Bruce Reimer, rimando a B. Busi, *Hermaphrodites with attitude*, «DeriveApprodi», n. 25, 2005, pp. 67-70, e a Beatriz Preciado, *Manifesto contra-sessuale*, Il Dito e la Luna, 2002 (I ed. Paris, 2000).

<sup>24</sup> Flavia Monceri, *Oltre l'identità sessuale*, edizioni Ets, 2010; Judith Butler, *Scambi di genere*, Sansoni, 1990 (I ed. New York, 1990).



della sua “normalizzazione”. Questa, appunto, ha lo scopo di indirizzare l’infante verso uno dei due sessi convenzionali e riconosciuti, visto che non è ritenuto socialmente ammissibile che vi sia qualcosa di altro: perciò, una serie di variazioni biologiche umane, che non creano disturbi e patologie nell’individuo (tranne in alcuni specifici casi, come detto), viene etichettata come “emergenza psicosociale” e medicalizzata attraverso pratiche farmacologiche e di chirurgia estetica, il più delle volte irreversibili, in soggetti che oltretutto non sono in grado di dare il proprio consenso informato data la troppo giovane età.

Negli ultimi decenni vi è stata una forte pressione per modificare tali protocolli e orientarli al pieno rispetto della persona: un ruolo di primo piano in questa battaglia è stato rivestito dalle associazioni intersessuali grazie al rilevante contributo di persone intersex adulte e alle loro testimonianze degli umilianti e dolorosi effetti di lungo termine derivanti dalla chirurgia precoce<sup>25</sup>. Altrettanto significativo l’impegno di alcuni scienziati, ricercatori, studiosi femministe, psicologi e medici che hanno messo in dubbio la validità scientifica di tali protocolli e la loro efficacia, proponendo alternative significative sia sul piano della pratica medica, sia su quello socioculturale e politico. Del resto, vale la pena ricordare che la più grande associazione intersex statunitense è nata come risposta ad un importante articolo di Fausto-Sterling nel quale, alla luce della realtà incarnata dalle persone intersessuali, l’autrice proponeva di considerare cinque categorie sessuali o, ancora meglio, di pensare all’essere umano come ad un *continuum* ai cui due poli estremi si trovano la femmina e il maschio biologici “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<sup>26</sup>.

In Italia, dalla letteratura recente e dalle interviste al personale medico che ho effettuato in questo primo percorso di ricerca sociologica<sup>27</sup>, emergono una maggiore attenzione e considerazione rispetto al passato anche nei confronti di quelli che possono essere gli effetti di lungo periodo di interventi decisi in età precoce; le tecniche adottate risultano più sofisticate e attente anche nella prima fase di decisione di attribuzione del sesso e del genere;

<sup>25</sup> Tra questi anche la perdita parziale o totale del piacere sessuale (Emily Grabham, *Citizen bodies, intersex citizenship*, «Sexualities», 2007, vol. 10, n. 1; [www.isna.org](http://www.isna.org)).

<sup>26</sup> In linea con la classificazione in uso in ambito medico-scientifico proponeva di aggiungere a *female* e *male*, “herms” (ermafrodita), “ferms” (ermafrodita femminile), “merms” (ermafrodita maschile) (A. Fausto-Sterling, *The five sexes. Why male and female are not enough*, «The science» n. 1, 1993, pp. 20-24).

<sup>27</sup> Si tratta di una ricerca quanti-qualitativa; la parte qualitativa, di cui qui riporto soltanto qualche breve stralcio di intervista, 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, in età adulta o che non è mai stata medicalizzata. La parte qualitativa comprende anche un’etnografia digitale attraverso la documentazione relativa alle associazioni (nazionali e internazionali) e alle autonarrazioni di persone intersex, così come la mia partecipazione ad alcune mailing list del mondo transgender, transessuale, gay e lesbico italiano.

<b>3 Is the person male or female?</b> • Mark one box for each person, like this: —	<input type="checkbox"/> Male <input checked="" type="checkbox"/> Female <b>INTERSEX</b>
--	---

e, infine, anche nel nostro paese, stanno emergendo posizioni per la produzione di linee guida che «invitano [...] 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»<sup>28</sup> in vista della tutela del benessere della persona.

Nonostante si intravedano tendenze al cambiamento, sulla scia di quelle già in atto in altre parti del mondo, rimane il fatto che, in Italia, gli interventi sui bambini continuano ad essere fatti anche laddove non vi è alcun disturbo fisiologico. Probabilmente la tendenza a femminilizzare i bambini intersessuali è diminuita, 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<sup>29</sup>, mentre i dati di *follow up* sono ancora troppi scarsi.

Questa situazione, come testimoniano anche i medici intervistati, è dovuta sia alla cornice socioculturale, sia alle pressioni che i medici ricevono da parte dei genitori – a loro volta condizionati dal contesto 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. Sul problema del rapporto con i genitori, una genetista 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<sup>30</sup>.

<sup>28</sup> Comitato nazionale per la bioetica, *I disturbi della differenziazione sessuale nei minori. Aspetti bioetici*, [www.governo.it/bioetica/pareri\\_abstract/testo\\_20100225.pdf](http://www.governo.it/bioetica/pareri_abstract/testo_20100225.pdf), 2010, p. 15.

<sup>29</sup> Girolamo Mattioli e Vincenzo Jasonni, *Andrologia chirurgica pediatrica. Il neonato con genitali ambigui: l'assegnazione del sesso*, convegno «Patologie andrologiche dell'età giovanile. Il ruolo della prevenzione», Roma, 15 dicembre 2004.

<sup>30</sup> Intervista ad una genetista da me raccolta a Firenze nel giugno 2009. Di estrema importanza risulta anche la comunicazione della diagnosi ai genitori. Sulle comprensibili difficoltà dei genitori ad affrontare in modo equilibrato, data la situazione attuale, queste prime delicate fasi, si veda Franco D'Alber-ton, *Le ambiguità sessuali. Riflessioni sul trauma, sul segreto, sul dolore e sull'integrazione*, «Psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza», vol. 71, n. 1 2004, pp. 689-700.





Se è chiaro che nelle società occidentali vige una forte dicotomia di sesso/genere comprensiva di identità sessuali e di genere binarie come norma, il corpo, le identità e i diritti sessuali delle persone intersex sono non soltanto marginalizzati, ma usualmente ignorati, tanto da escludere le persone intersessuali dalla piena cittadinanza fin dalla nascita. Oltre all'invisibilità legislativa<sup>31</sup>, la non accettazione *in primis* culturale della componente intersessuale, attraverso politiche medicalizzanti/normalizzanti 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 volesse vivere in pienezza la propria intersessualità senza voler e dover scegliere secondo gli schematismi del binarismo sessuale, si trova marginalizzata in contesti sociali non accoglienti nei confronti di 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»<sup>32</sup>.

Se una concezione più flessibile dell'appartenenza a un sesso è stata scarsamente presa in considerazione non solo «per la difficile gestione giuridica e sociale che una tale ammissione avrebbe comportato»<sup>33</sup> ma, aggiungo, anche per i risvolti politici, religiosi e per la gestione del potere così come strutturato nelle nostre società, non va dimenticato che vi sono state e vi sono numerose società che invece accolgono dimensioni di sesso/genere che escono dallo stretto dimorfismo sessuale<sup>34</sup>.

Per concludere, la questione intersex, così come il transgenderismo, può rivelare un potenziale rivoluzionario dal punto di vista teorico e pratico in termini di diritti di cittadinanza e di decostruzione della strutturazione sociale basata sul binarismo di sesso/genere e sull'eteronormatività, anche se in questo contesto il percorso per l'emersione e la condivisione delle problematiche relative ai diritti delle persone intersessuali è estremamente complesso e difficile. Se, come sottolinea Busi «la sostituzione di un modello binario con un modello polimorfico del sesso e del genere, non può assicurare di per sé la fine della violenza e delle discriminazioni»<sup>35</sup>, è però molto probabile che aprirebbe la strada e insieme sarebbe testimonianza di una società più accogliente e rispettosa delle diversità e, per questo, più giusta.

<sup>31</sup> Si pensi all'obbligatorietà della dichiarazione del sesso del neonato entro dieci giorni dalla nascita, laddove sono previste solo due categorie.

<sup>32</sup> Intervista da me raccolta a Firenze nel marzo 2009.

<sup>33</sup> N. Braidà, *Essere donne, essere uomini*, cit., p. 58.

<sup>34</sup> Vanessa Baird, *Le diversità sessuali*, Carocci, 2003 (I ed. Oxford, 2001).

<sup>35</sup> B. Busi, *Modificazioni. Mgf, intersex, trans e produzione del sesso*, in Sabrina Marchetti et al. (a cura di), *Femministe a parole. Grovigli da districare*, Ediesse, 2012, pp. 177-182.

# Memoria e Ricerca

Rivista quadrimestrale di storia contemporanea  
della Fondazione Casa di Oriani  
Biblioteca di storia contemporanea  
Anno XX, Nuova Serie, n. 40, maggio-agosto 2012  
<http://www.memoriaericerca.it>

*Direzione scientifica e redazione*

Biblioteca "A. Oriani", via Ricci, 26 – 48121 Ravenna  
tel. 0544/30386 – fax 0544/212437 e-mail: [biboriani@sbn.provincia.ra.it](mailto:biboriani@sbn.provincia.ra.it)  
[www.fondazionecasadoriani.it](http://www.fondazionecasadoriani.it)

## INDICE

### LA STORIA CULTURALE

#### PARABOLE DI UN APPROCCIO CRITICO AL PASSATO

a cura di Rolf Petri, Antonella Salomoni, Luigi Tomassini

- 5 Rolf Petri, Antonella Salomoni, Luigi Tomassini, *Introduzione*
- 11 Alessandro Arcangeli, *Il volto bifronte della storia culturale*
- 23 Antonella Salomoni, *Storici e semiotica della storia*
- 39 Marianna Scarfone, *La storiografia subalterna in prospettiva globale*
- 55 Catherine Brice, *La storia culturale del politico: stato dell'arte, risultati e proposte*
- 75 Rolf Petri, *Sentimenti, emozioni. Potenzialità e limiti della storia culturale*
- 93 Luigi Tomassini, *Una "dialettica ferma"? Storici e fotografia in Italia fra linguistic turn e visual studies*

### REGIONI/RAGIONI DELLA STORIA

- 111 *Lo studio del passato e le fonti statistiche. Prospettive storiografiche a confronto, discussione a cura di Manfredi Alberti, interventi di Eloisa Betti, Maria Letizia D'Autilia e Giovanni Favero*
- 145 Michelangela Di Giacomo, *Paradigmi mutevoli. Lavoratori cattolici e immigrazione meridionale a Torino (1955-1969)*
- 163 Maria Pia Casalena, *Controstorie del Risorgimento: dal locale al nazionale (2000-2011)*

### SPAZI ON LINE

- 183 Enrico Natale, *Le Digital Humanities in Svizzera: uno sguardo d'insieme*
- 195 English Summary  
Elenco dei *Referees*, 2010-2011  
I collaboratori di questo numero  
I fascicoli di «Memoria e Ricerca» già pubblicati  
Libri ricevuti