



Citation: Cirus Rinaldi, Giacomo Viggiani (2022) *Il riconoscimento giuridico del “terzo sesso”: un esempio di inclusione-esclusione? Riflessione socio-giuridiche e culturali sulla condizione intersex*, in «Cambio. Rivista sulle trasformazioni sociali», Vol. 12, n. 23: 149-162. doi: 10.36253/cambio-11457

Copyright: ©2022 Cirus Rinaldi, Giacomo Viggiani. This is an open access, peer-reviewed article published by Firenze University Press (<http://www.fupress.com/cambio>) and distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author and source are credited.

Data Availability Statement: All relevant data are within the paper and its Supporting Information files.

Competing Interests: The Author(s) declare(s) no conflict of interest.

Open Essays and Researches

Il riconoscimento giuridico del “terzo sesso”: un esempio di inclusione-esclusione? Riflessione socio-giuridiche e culturali sulla condizione intersex

CIRUS RINALDI¹, GIACOMO VIGGIANI²

¹ *Università degli Studi di Palermo*

² *Università degli Studi di Brescia*

E-mail: cirus.rinaldi@unipa.it; giacomo.viggiani@unibs.it

Abstract. The article aims to discuss if and how medical labels and practices create sex-anatomical standards with respect to which those who do not align with them are labeled as “abnormal”, thus also legitimizing some forms of violence and social marginalization. The case study of the German legal framework, where the third sex registry has recently found space, will then be explored to reflect whether non-normative bodies are liberated or governed, with related normalizing repercussions, through their legal recognition.

Keywords: intersex, DSD, sex characteristics, third sex, gender binary.

INTRODUZIONE¹

Sebbene la costruzione socio-giuridica del sesso anatomico sia stata per secoli legata a una logica rigidamente binaria e limitata pertanto al duopolo maschio-femmina, da alcuni anni a questa parte si è assistito, in alcuni ordinamenti, all’introduzione di iscrizioni anagrafiche alternative.

In taluni casi, la rottura del paradigma è avvenuta per via giurisprudenziale. È quanto, per esempio, deciso dal Tribunale di Tours, in Francia, che nel 2015 ha accolto la richiesta di un cittadino a iscrivere la menzione “sesso neutro” nel suo stato civile²; da una Corte australiana del Nuovo Galles del

¹ L’articolo è il frutto di una riflessione comune dei due autori. La stesura dei paragrafi “E’ maschio o femmina?”, “Dalla violenza simbolica a quella fisica” e “Conclusioni” è a cura di Cirus Rinaldi, mentre quella di “Introduzione”, “Nominare per esistere” e “Il riconoscimento del terzo sesso” è a cura di Giacomo Viggiani.

² Tribunale di Tours, 20 agosto 2015. La sentenza è stata successivamente riformata in appello e il caso è ora pendente di fronte alla Corte Europea dei Diritti Umani

Sud³ che l'anno precedente ha ammesso la richiesta della parte ricorrente di vedersi registrata come *non-specific*; dalla Corte di Limburgo⁴, nei Paesi Bassi, che nel 2018 ha autorizzato l'attribuzione di un sesso "indeterminato" nell'atto di nascita del figlio dei richiedenti; e dalla Corte Costituzionale austriaca⁵, che lo stesso anno ha interpretato in modo evolutivo la legge nazionale in modo tale da ricomprendere anche iscrizioni anagrafiche non dicotomiche.

In altri casi, la novità è stata invece introdotta per via legislativa. Particolare eco ha avuto, in questo ambito, la riforma maltese del 2015, con il quale il piccolo paese insulare è diventato il primo ordinamento al mondo a concedere ai genitori la scelta se lasciare indeterminato il sesso anagrafico del proprio figlio fino al compimento del diciottesimo anno di età; o anche la svolta della città di New York, che nel 2018 ha deciso di istituire la variante "X" nei registri anagrafici comunali; o ancora il più lontano Bangladesh, che dal 2013 permette di essere legalmente riconosciuti/e, oltre che come maschio e femmina, anche come un "terzo sesso" detto *hijra*⁶.

Dagli esempi appena citati sembrerebbe di assistere a quei processi di "de-naturalizzazione" del sesso (Lingiardi [2002] 2006) e di progressiva affermazione di configurazioni sociali "paradigmatiche", secondo l'espressione utilizzata dai sociologi William Simon e John H. Gagnon, caratterizzate non dalla presenza di copioni predisposti e tradizionali, ma da frammentazioni tali che «la messa in scena di un medesimo ruolo in diverse sfere sociali, o di ruoli differenti in una sola sfera sociale, richiede una riorganizzazione sia esterna che interna del Sé» (Simon, Gagnon [1986] 2017: 88). Una nuova "configurazione sessuale" (Berger, Luckmann 1969: 77) della società, che poi si manifesterebbe in rinnovate pratiche simbolico-culturali, rapporti di potere e, in questo caso, nuove possibilità di autoriconoscimento e di riconoscimento giuridico. In questa chiave di lettura, l'introduzione di un "terzo sesso" nei registri anagrafici rappresenterebbe, in altri termini, il punto finale di caduta di un processo di individualizzazione del sé (Beck 1986), che riesce a svincolarsi, per quanto possibile, dai tradizionali dispositivi di controllo del corpo e della sessualità, per farsi vero e proprio "progetto riflessivo" (Giddens 1999: 68). Sebbene questa possa certamente essere una valida chiave di lettura, è bene ricordare una delle grandi lezioni di Foucault, cioè che l'azione politica, nel definire le modalità di produzione e di riproduzione dei corpi, ne prefigura anche le modalità di discorso con cui essi si pensano. Così come un meccanismo con cui il potere riesce a conservarsi è quello di far apparire come esterno qualcosa che è invece all'interno dell'ordine del discorso, nonché di stabilire con esso una relazione di dominio e di repressione (Foucault 1975a; 1976). Proprio quello che precisamente accadrebbe nel rapporto tra sesso e genere secondo una parte del pensiero femminista (Butler [1990] 2017). Da un lato, infatti, appare generalmente pacifico all'interno delle scienze sociali riferirsi al concetto di sesso come alle fondamenta biologiche e fisiologiche della sessualità e al genere come alla costruzione socioculturale della appartenenza di sesso (Scott 1988; Connell 2009); da un altro lato, tuttavia, se il genere non è il prodotto necessario di alcun sesso, ma appunto una sua interpretazione culturale e dunque contingente, perché per essere una donna si deve possedere un corpo femminile? Se il genere è culturale, perché deve essere limitato alle varianti del sesso? Perché il sesso appunto, anziché essere la causa del genere, ne è in realtà l'effetto, uno dei modi in cui il genere perpetua e allo stesso tempo occulta sé stesso:

il genere non sta alla cultura come il sesso sta alla natura; il genere è anche il mezzo discorsivo/culturale con cui la "natura sessuata" o "un sesso naturale" vengono prodotti e fissati in quanto pre-discorsivi, precedenti la cultura, una superficie politicamente neutrale *su cui* agisce la cultura (Butler, 1990: 13).

Se questa analisi è corretta, allora il sesso non è semplicemente il nome di una datità, ma è anch'esso una categoria normativa, che "materializza", cioè produce, i corpi che poi pretende solo di descrivere. Non tutti i corpi sono riconosciuti come tali, bensì soltanto quelli che rispondono ad alcuni standard sesso-anatomici. Gli altri, di riflesso, vengono condannati all'abiezione o comunque alla non intelligibilità: nominare il "sesso", lungi dal rifarsi a una

(CEDU). Per un approfondimento, si veda Kehrer (2019).

³ High Court, NSW Registrar of Births, Deaths and Marriages v. Norrie, 2 aprile 2014.

⁴ Corte Distrettuale di Limburgo, C/03/232248 / FA RK 17-687.

⁵ Corte Costituzionale Austriaca, G 77/2018-9.

⁶ Invero *hijra* (o anche *aravani*, *aruvani* o *jagappa*) è uno dei termini maggiormente utilizzati in tutta l'area dell'Asia meridionale per riferirsi a quelle persone che si considerano come al di là dei due generi tradizionali.

caratteristica neutrale del soggetto, «significa invocare una storia sedimentata di gerarchia e cancellazione sessuale» (Butler 1996: 45).

Tornando al riconoscimento giuridico del “terzo sesso”, occorre dunque riflettere se e in che misura possa essere considerato come il segno della liberazione delle corporeità non normative o se, al contrario, non si nasconda in esso un nuovo dispositivo disciplinare, magari sotto forma di “inclusione esclusiva” (Foucault 1975b). Per esempio, essere registrati come terzo sesso è una scelta libera del soggetto? Quando infatti si spinge il soggetto ad essere ciò che potrebbe non volere essere, non si può parlare di atteggiamento neutrale, ma si è davanti a una chiara sanzione morale (Freidson [1970] 2002: 48). Proprio quello che sembrerebbe accadere nel già citato Bangladesh, ove la registrazione come *hijra* non è una facoltà, bensì un obbligo se il corpo non è incasellabile in un’ottica dicotomica.

Ciò posto a titolo di brevissimo inquadramento, nel proseguo dello scritto si evidenzierà innanzitutto come le etichette e le pratiche mediche creino degli standard sesso-anatomici rispetto ai quali chi non vi si allinea è etichettato come “anormale”, legittimando così anche alcune forme di violenza ed emarginazione sociale. Si utilizzerà poi il *case study* dell’ordinamento tedesco, in cui ha recentemente trovato spazio l’indicazione anagrafica del “terzo sesso”, per riflettere se le corporeità non normative vengono liberate oppure governate, con annessi contraccolpi normalizzanti, attraverso il loro riconoscimento giuridico.

NOMINARE PER ESISTERE

Con l’espressione “terzo sesso” ci si riferisce, in modo invero informale e aspecifico, ad una serie abbastanza ampia di condizioni in cui gonadi, cromosomi, ormoni e genitali esterni non corrispondono agli standard relativi alla definizione tipica del maschio e della femmina⁷. La varietà della fenomenologia coinvolta rende le stime assai difficoltose e ondivaghe (Ainsworth 2015; Arboleda, Sandberg, Vilain 2014; Blackless et alii 2000; Fausto-sterling 2000), perché molto dipende dalla volontà del singolo studioso di considerare accettabile o meno, in termini di maschilità/femminilità, le atipie che si trova di fronte.

Per esempio, secondo qualcuno (Sax 2002), in taluni casi si sarebbe di fronte a semplici “anomalie” – es. ipospadia⁸ – e non vi sarebbe incertezza sul sesso da attribuire al soggetto, ma soltanto una deviazione dal normale assetto morfologico dell’organo o dell’apparato genitale; in altri – es. sindrome di Turner⁹ – l’attribuzione del sesso non sarebbe al contrario possibile secondo una logica binaria e mutualmente escludente, per cui dovrebbe parlarsi di vere e proprie “ambiguità”. Orbene, se si tiene ferma questa distinzione, che comunque si limita a stabilire una gradazione di “anormalità” a partire da uno standard non problematizzato, e si considerano nel computo solo le condizioni di ambiguità, allora il numero delle persone interessate può essere ristretto a 1 nato su 4500-5000 (pari a circa 89 nati in Italia nel 2020 secondo i dati ISTAT).

Vari e contestati sono anche i termini utilizzati per indicare l’insieme di queste condizioni (Davis 2015). Invero, in molti di essi pare accentuarsi – da un punto di vista semantico – la dimensione clinica e/o il discorso patologico più che l’esperienza dei soggetti. Si tratta di un dato che non stupisce, visto che spesso vi è uno stretto rapporto tra etichettamento, devianza e controllo sociale (Becker [1963] 2003). Nondimeno, appare qui di fondamentale importanza non lasciarsi irretire da categorizzazioni che possono precludere (*melius*: forcludere) di comprendere i meccanismi dietro la costruzione della realtà sociale. Prima di procedere oltre appare quindi opportuno passare in rassegna i vari *label* riscontrabili nei vari autori, dichiarando la propria preferenza.

⁷ Tra le varie condizioni possono essere citate *per saturam*: sindrome di Klinefelter, sindrome di Turner, sindrome di Swyers, sindrome di Morris, sindrome di Lubs, sindrome di Rosewater, sindrome di Reifenstein, sindrome di Imperato-McGinley, deficit della 5-alfa reduttasi, iperplasia surrenalica congenita, insufficienza corticosurrenalica congenita da perdita di elettroliti, sindrome di Stein-Leventhal, mosaicismo eterosomico e sindrome dell’X fragile.

⁸ Per ipospadia si intende lo sviluppo anomalo degli organi genitali maschili, e in particolare dell’uretra, durante la vita embrionaria.

⁹ La sindrome di Turner è una condizione cromosomica associata alla delezione parziale o alla monosomia del cromosoma X, tale che il soggetto si ritrova a possedere un cromosoma sessuale X0 (anziché XX o XY).

La prima e principale linea di displuvio che si può riscontrare è tra il discorso medico, che ha di fatto monopolizzato il tema fino a pochissimi anni fa, e quello degli attivisti e/o degli studiosi solidali alle loro istanze, di più recente affermazione.

Per quanto riguarda il primo, in nosografia sono state e sono utilizzate nomenclature quali “ermafroditismo”, “pseudo-ermafroditismo” e “inversione del sesso”. Dal 2005 si è poi progressivamente diffusa l’etichetta “disordine dello sviluppo del sesso” (DSD)¹⁰, la quale avrebbe dovuto, nelle intenzioni dei proponenti, sostituire vecchie etichette stigmatizzanti (Vilain *et alii*, 2007: 65-66). A dispetto dei buoni propositi, con DSD la condizione risulta comunque definita fin dal suo nome come un *disordine*, un concetto che invoca implicitamente un intervento per riportare il deviante all’interno delle frontiere degli standard sesso-anatomici (Ghattas 2013: 13). DSD, lungi dal descrivere neutralmente l’esperienza dei soggetti interessati, potrebbe essere considerato un esempio di iatrogenesi sociale (Illich 1976), perché crea la patologia – la deviazione dalla norma che fissa gli invalicabili confini del corpo sano – che poi pretende solo di curare.

A causa dei potenziali effetti deleteri che può avere un *label* di disordine sia a livello di rappresentazione sociale che di auto-percezione per le persone interessate, la maggioranza degli attivisti è strenuamente contraria all’utilizzo di DSD. Dal coro si è però staccata la voce di Emi Kojama (2006). A suo giudizio, DSD non è un’etichetta perfetta, ma avrebbe il pregio di focalizzarsi su una condizione medica, anziché su uno stato o un’identità. Nella sua esperienza personale e di attivista, infatti, la maggior parte delle persone coinvolte non si percepirebbe come anatomicamente indeterminata, ma considererebbe piuttosto il proprio corpo come femminile o maschile, benché affetto da una speciale condizione medico-patologica. Vi sarebbero poi alcune motivazioni di natura psicologica: sarebbe più facile ammettere di avere un problema di salute e convivere con esso, anziché accettare di rimanere per sempre con un sesso indefinito e, nella maggior parte dei casi, sconosciuto al proprio sistema culturale di riferimento.

Fatta salva Kojama, nel mondo dell’attivismo è sicuramente preferito il termine *intersex* (Dreger 2009), il cui conio si deve a un entomologo, che a inizio ‘900 lo utilizzò per descrivere gli organismi viventi del mondo animale che non presentavano caratteristiche sessuali compiutamente né maschili né femminili (Goldschmidt 1917; Williams 1952). *Intersex* andrebbe preferito a DSD, perché, a differenza di quest’ultimo, non classificherebbe *ab origine* i soggetti come anormali. E tuttavia non si può non osservare che la persona *intersex* finisce comunque per posizionarsi tra – *inter* appunto – i due sessi ammessi e permessi dall’ordine del discorso, che quindi rimangono comunque le frontiere del corpo possibile e intelligibile. Si può essere più o meno maschi e più o meno femmine, ma oltre maschilità e femminilità restano le colonne d’ercole della corporeità possibile. Qualcuno (Ghattas 2013:17) ha inoltre sostenuto che *intersex* finirebbe per sottovalutare i bisogni terapeutici di questi corpi, spesso presenti a prescindere dall’indeterminatezza del sesso e dovuti alla loro peculiare fisicità.

Oltre a DSD e a *intersex* sono state avanzati altri *label* meno noti, ma che vale la pena elencare per completezza.

Una proposta alternativa è stata “variazione dello sviluppo del sesso” (VSD), in modo da mantenere una patina di medicalizzazione, senza però arrivare alla vera e propria patologizzazione (Diamond, Beh 2006). Il concetto di variazione, rispetto a quello di disordine, veicolerebbe maggiormente l’idea di una naturalità dell’esperienza del soggetto, sebbene diversa rispetto alla maggioranza dei cittadini. La sigla VSD è però già presente in nosografia per indicare il difetto del setto ventricolare.

La United Kingdom Intersex Association ha invece suggerito “variazione dello sviluppo riproduttivo”, così mantenendo il concetto neutro di variazione, ma con una nuova sigla (VRD). L’enfasi andrebbe però così inevitabilmente a cadere sull’apparato riproduttivo, che potrebbe essere fuorviante, oltre a suggerire una correlazione con la condizione di fertilità/infertilità.

Più convincente è stato forse l’invito di qualcuno (Reis 2007) a mantenere la sigla DSD, ma come acronimo per “divergenza dello sviluppo del sesso”. Il concetto di divergenza, infatti, si limiterebbe a prendere atto che c’è

¹⁰ Si fa qui riferimento alla *International Consensus Conference on Intersex*, tenutasi a Chicago dal 27 al 31 ottobre 2005 e della dichiarazione che venne pubblicata a inizio 2006, dove appunto si dichiarò la volontà di utilizzare di lì in avanti l’espressione DSD. Essa non appare comunque nella *Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* dell’Organizzazione Mondiale della Sanità, dove al paragrafo 752.7 si legge ancora «Indeterminate sex and pseudohermaphroditism».

stata una differente linea di sviluppo del sesso rispetto al percorso ordinario, situandosi così a metà strada tra la connotazione stigmatizzante di “disordine” e quella forse troppo neutra di “variazione”.

Come già anticipato, queste ultime tre proposte restano pressoché sconosciute sia al grande pubblico che a molti addetti ai lavori, restando pertanto aperta la scelta tra DSD e *intersex*. Sebbene entrambi possano connotarsi negativamente, il secondo appare al momento preferibile al primo, perché ideologicamente meno sbilanciato. Sepur infatti il concetto di *inter* rinforza e conferma una visione dicotomica e binaria della corporeità umana, esso non contiene in sé l’idea del disordine e quindi della devianza.

Va infine notato che, nello specifico contesto italiano, DSD e *intersex* sono tradotti – imprecisamente – come “disordine dello sviluppo sessuale”¹¹ e “intersessualità”¹². Si tratta, in entrambi i casi, di trasposizioni fuorvianti, perché l’aggettivo “sessuale” potrebbe riferirsi sia alle caratteristiche genetico-anatomiche, che alla sessualità e all’identità di genere. Detto altrimenti, la chiara assonanza di intersessualità con omosessualità, bisessualità e transessualità potrebbe indurre in facili confusioni, specialmente in coloro che, pur essendo incaricati di pensare e realizzare politiche e servizi, non sono esperti del tema¹³. Pertanto, nel proseguo del contributo, si continuerà a utilizzare il termine *intersex*, privilegiando la dizione inglese.

È MASCHIO O FEMMINA?

La nascita di un bambino *intersex* è spesso motivo di allarme sociale e di emergenza (Davis e Murphy 2013)¹⁴, non da ultimo perché l’assegnazione del sesso, nelle due sole varianti maschile e femminile, rappresenta un obbligo di legge (Viggiani 2018). Come accade in molti altri paesi, anche la normativa italiana prevede¹⁵ che il personale medico che ha assistito la partoriente rediga un documento – c.d. attestazione di avvenuta nascita¹⁶ – indicante il sesso a cui il neonato appartiene. Documento che poi dà il via alla catena di decisioni¹⁷ che conducono alla vera e propria attribuzione anagrafica di sesso. L’indicazione del sesso sull’atto di nascita si basa difatti su quella contenuta nella dichiarazione di nascita, che a sua volta riprende quella dell’attestazione di avvenuta nascita. Che è lo stesso che dire che l’ufficiale dello stato civile lo apprende dai genitori che, a loro volta, lo hanno appreso dal personale sanitario¹⁸.

Nella maggior parte dei casi l’obbligo di assegnare un sesso al neonato non desta preoccupazione alcuna, perché l’atto linguistico del medico che esclama “È una/un bambina/o!” è percepito come meramente descrittivo, una registrazione di un dato di fatto, raccolto senza alcun filtro dalla natura delle cose, come se quella “F” (o “M”) fosse già iscritta nel corpo del soggetto. Il neonato *intersex*, trasgredendo le frontiere del corpo “normale”, svela invece l’inconsistenza del tropo dell’interiorità del sesso e il carattere performativo di quella esclamazione (Butler 1997), rivelandoci come sia l’idea di genere a produrre retroattivamente un corpo “naturalmente” sessuato, cioè come sono le nostre

¹¹ Così lo traducono, per esempio, Lorenzetti (2015), Balocchi (2012) e Balocchi, Crocetti (2015).

¹² Delle possibili traduzioni del termine *intersex* discute, in un contributo divulgativo, Balocchi (2018).

¹³ Come dimostrerebbe il rapporto *Sex Files: the legal recognition of sex in documents and government records* dell’Australian Human Rights Commission del 2009, che utilizza l’espressione “Sex and/or Gender Diverse” per riferirsi indistintamente a persone transgender e con DSD, o una decisione della Full Court of Family Court of Australia che considera transessualità e DSD due vissuti sovrapponibili (Wallbank 2004).

¹⁴ Si fa qui ovviamente riferimento al contesto culturale occidentale.

¹⁵ Art. 30, comma 2, D.P.R. 3 novembre 2000 n. 396.

¹⁶ Se nessuno ha assistito alla nascita, viene redatta *ex post* la constatazione di avvenuto parto, al momento dell’arrivo del personale medico. Se neanche ciò è stato possibile, la puerpera può rimediare con una dichiarazione sostitutiva.

¹⁷ L’attestazione di avvenuta nascita viene infatti allegata alla dichiarazione di avvenuta nascita che i genitori sono tenuti a fare entro dieci giorni presso il comune nel cui territorio è avvenuto il parto ovvero entro tre giorni se presso l’ospedale ai (art. 30, comma 4, D.P.R. 3 novembre 2000 n. 396) e che a sua volta fa da base di dati per la redazione dell’atto di nascita da parte dell’ufficiale dello stato civile, il quale è tenuto ad annotare il luogo, l’anno, il mese, il giorno e l’ora della nascita, le generalità, la cittadinanza, la residenza dei genitori, il sesso del bambino e il nome che gli viene dato (Art. 29, comma 2, D.P.R. 3 novembre 2000 n. 396).

¹⁸ Residua invero l’eventualità che i genitori dichiarino un sesso diverso da quello presente nell’attestazione di avvenuta nascita, ma è lecito supporre che in questo caso la seconda prevarrebbe.

aspettative di genere a condizionare il modo in cui pensiamo il sesso pre-discorsivo. Il neonato non è M o F, ma *deve* essere M o F, perché *tertium non datur*. Questo sta a significare che il corpo *intersex* non può esistere, perché non rientra nell'orizzonte della corporeità culturalmente possibile. Deve pertanto essere ricondotto all'interno dei confini dell'anatomia "normale" e quindi assegnato (forzosamente) al sesso maschile o a quello femminile. Lo si evince bene dal resoconto di un'autopsia di una persona *intersex* redatto da un medico legale di nome Chesnet a fine '800:

[È] forse una donna? Possiede una vulva, delle grandi labbra, un'uretra femminile, indipendentemente da una specie di pene imperforato; non potrebbe trattarsi di un clitoride mostruosamente sviluppato? Esiste una vagina, assai corta in verità, assai stretta, ma che cosa è se non una vagina? Sono questi attributi tipicamente femminili: sì, ma Alexina non ha mai avuto le mestruazioni, tutto l'esterno del corpo è quello di un uomo, le mie ricerche non sono riuscite a farmi trovare l'utero (Barbin 2007: 105).

Da questa seppur breve descrizione risulta evidente come il corpo resista a qualsiasi etichettamento secondo una logica binaria. Eppure, Chesnet, per il quale questo non è simbolicamente accettabile, lo piega alle sue aspettative. Da alcune carte della defunta scopre, infatti, che è sempre stata attratta dalle donne: deve essere dunque un uomo!¹⁹ Ecco allora che gli si manifesta immediatamente davanti agli occhi una prova di tale maschilità in dei corpi ovoidali che diagnostica come uno scroto non sviluppato: «Ecco i veri testimoni del sesso; possiamo adesso concludere e affermare: Alexina è un uomo, ermafrodito senza alcun dubbio, ma con un'evidente predominanza del sesso maschile» (Barbin 2007: 105) (corsivo nostro).

Il problema diagnostico, che invero si rivela essere prognostico, del "vero" sesso di una persona *intersex* tormentava però già gli antichi, come sembrerebbe dimostrare una chiosa di Ulpiano pervenutaci attraverso il Digesto giustiniano²⁰. Secondo quest'ultimo il corpo *intersex* appartiene (*rectius*: deve essere fatto appartenere) al sesso in cui prevale. Da allora in poi la questione è allora divenuta stabilire i criteri per misurare questa prevalenza²¹. Nel corso dei secoli gli "esperti" hanno elaborato le teorie più disparate. Secondo una tra le più curiose, per esempio, gli indicatori del sesso prevalente erano sempre da considerarsi quelli collocati più a destra (Marchetti 2001: 87).

A ogni modo, non vi è dubbio che, dai tempi di Ulpiano e anche di Chesnet, la scienza medica abbia sciolto i dubbi circa l'eziologia di gran parte della fenomenologia *intersex*, ma quest'ultima continua ad apparire, per così dire, fuori posto rispetto ai canoni simbolico-culturali dominanti. Anzi, per certi versi, la scoperta dei geni ha accentuato il suo carattere eterodosso.

Si prenda, per esempio, la disgenesia gonadica pura. Si tratta di soggetti con cariotipo 46, XY, quindi geneticamente maschi, ma in cui, a causa di una particolare forma di ipogonadismo, le gonadi indifferenziate non riescono a trasformarsi nei testicoli. Nasce così un neonato in apparenza di sesso femminile, fatto salvo il mancato sviluppo dei caratteri sessuali secondari durante l'adolescenza. È probabile che ancora ai tempi di Chesnet un soggetto portatore di questa condizione sarebbe stato classificato come femmina. Oggi, che invece sappiamo che a quel corpo all'apparenza femminile è associato un cariotipo maschile, dovremmo considerarlo femmina o maschio? Quale sesso dovrebbe prevalere? Quello fenotipico (femminile) o quello cromosomico (maschile)?

Qualcuno potrebbe invero obiettare che è il sesso cromosomico a causare quello fenotipico – tant'è che l'ipogonadismo è determinato da un gene "difettoso" –, e che dunque il primo deve essere fatto prevalere sul secondo nei casi dubbi. Il "vero" sesso sarebbe insomma lì, nei geni, non sarebbe culturalmente attribuito. Se questo modo di ragionare può forse persuadere per condizioni quali la disgenesia gonadica pura, mal si attaglierebbe tuttavia ad

¹⁹ Oltre il dimorfismo sessuale vi sono qui ovviamente aspettative culturali relative all'orientamento sessuale, per cui un uomo è "naturalmente" attratto dalle donne (Balocchi 2019, Bernini 2015; Rinaldi 2013, Monceri 2010).

²⁰ «Quaeritur: hermaphroditum cui comparamus? et magis puto eius sexus aestimandum, qui in eo praevalat» (*Digesto*, I.5.10).

²¹ Un dilemma certo non solo accademico, visto il diverso (e peggiorativo) trattamento giuridico che il diritto antico e medievale talvolta riservava alle donne. A titolo di esempio, si consideri che la persona *intersex*, in caso di illecito, poteva essere scusata *ex ignorantia iuris* o *ex imbecillitate sexus* se considerata femmina, ma non avrebbe detenuto il diritto di succedere nell'eredità feudale, riservata al maschio. Oppure in caso di persona *intersex* vittima di violenza sessuale, l'imputato sarebbe stato processato per stupro, se si fosse considerata femmina la vittima, o per sodomia, se maschio. La questione oltre che giuridica, era anche morale e teologica, stante il timore che la persona *intersex* potesse far uso di entrambi i suoi "sessi", sovvertendo la gerarchia e l'ordine immodificabile del Creato, che vedeva il maschio distinto e definito dalla femmina (Marchetti 2001: 17-22).

altre, come la “sindrome” di Turner, ove il cariotipo sessuale si presenta come X0, o alla “sindrome” di Klinefelter, ove si manifesta come XXY. In effetti, in questi ultimi casi la più recente pratica medica sembra seguire un’altra euristica, che qualcuno ha provocatoriamente definito “fallometro” (Kessler 1998). Essa consiste, in sostanza, nell’utilizzare la grandezza degli organi genitali come parametro dirimente: peni al di sotto dei 2 cm sono da considerarsi inadeguati, ragion per cui ai soggetti *intersex* XY, pur se dotati di organi sessuali maschili, viene assegnato il sesso femminile (Consiglio d’Europa 2015: 20; Donahoe 1991: 537; AAP 2000: 141).

Va da sé che il “fallometro” è una guida quanto mai opinabile anche se si accettasse acriticamente il duopolio tradizionale, perché ridurrebbe l’essere maschio o femmina, in ultima analisi, alla mera misura del fallo. A ogni modo, per quello che qui più rileva, può essere interpretato come l’estremo tentativo di riportare il corpo *intersex* all’interno di confini simbolicamente più familiari e quindi più rassicuranti. Ciò che in fondo conta è che possa essere operata una diagnosi del sesso come maschile o come femminile, poco importa, a quel punto, se accompagnata dalla sindrome di Turner.

DALLA VIOLENZA SIMBOLICA A QUELLA FISICA

Da quanto si è poc’anzi descritto pare potersi concludere che i corpi *intersex*, ponendosi al di là o al di qua della visione binaria e dicotomica del sesso, subiscono umiliazioni e pressioni perché si conformino ai segni tipicamente attribuiti al maschile e al femminile: non si può che ricadere in una delle due appartenenze definite culturalmente, pena non essere considerati umani.

Le conseguenze di questa apparente epistemologia del sesso non si esplicano però soltanto sul piano simbolico-culturale, con la cancellazione delle esperienze concrete del vissuto personale del soggetto *intersex* o con la trasfigurazione della sua corporeità in “feticcio” e in “abominio”. Esse trovano applicazione anche su un piano decisamente più fisico. Lo si evince bene da una recente vicenda palermitana, ove una equipe medica altamente qualificata, di comune accordo con i genitori, ha pianificato una strategia chirurgica per rendere a tutti gli effetti maschio il soggetto *intersex* che si era deciso dover essere tale, praticando un’isterectomia e un’ovariectomia e ricostruendo dei proto-genitali maschili. L’obiettivo dichiarato alla stampa è stato quello di «restituire al piccolo la sua identità di maschio»²². Dagli studi e dalle testimonianze disponibili sembra, infatti, che spesso il personale medico non si limiti ad attribuire forzatamente uno dei due sessi culturalmente ammessi e legalmente permessi, ma plasmi anche il corpo in quella direzione (WHO/UN 2014: 7; Rupprecht 2013: 13). Ancora una volta le apparenze “normali” appaiono strettamente legate al problema del controllo sociale. Non basta risultare – anagraficamente – maschio o femmina, ma bisogna anche esserlo: un soggetto che apparisse “fuori posto” potrebbe costituire una minaccia, cioè indurre credere che si possa essere maschi o femmine pur in assenza dei tipici attributi della maschilità o della femminilità. A una assegnazione forzosa del sesso segue così una riassegnazione chirurgica altrettanto forzosa, ma decisamente più invasiva e, soprattutto, irreversibile²³.

Si tratta, invero, di interventi formalmente finalizzati a garantire il benessere del soggetto destinatario²⁴. I principi posti a fondamento di queste pratiche medico-chirurgiche ed endocrinologiche possono essere rintracciati nei lavori di John Money e colleghi (Money 1972; Money e Tucker 1975), i quali affermavano che per evitare la stig-

²² Cfr. PalermoToday, *Nasce femmina, ma è maschio: operato per cambiare sesso bimbo di 2 anni*, 26 settembre 2016, <http://www.palermotoday.it/cronaca/policlinico-cambio-sesso-bambino-2-anni.html>, ved. anche <https://www.intersexioni.it/il-caso-di-gela-le-variazioni-interessuali-tra-sensazionalismo-dei-media-e-interventismo-medico/> e <https://www.intersexioni.it/lettera-aperta-a-rosario-crocetta-sul-caso-del-bimb-nat-a-gela-con-un-certo-grado-di-atipicita-genitale/>.

²³ Senza contare che nel caso in cui la condizione *intersex* venga diagnosticata già in fase embrionale o fetale, la pratica medica sembra essere quella di raccomandare alla gestante l’interruzione di gravidanza (Balocchi 2019: 143-4, Vaknin *et alii* 2019; Tarani *et alii* 2010).

²⁴ L’asportazione delle gonadi è sicuramente uno degli interventi più diffusi tra quelli praticati su neonati *intersex*, sulla base di un presunto rischio di formazione tumorale. Nondimeno il rischio tumorale nelle gonadi è documentato solo nell’iperplasia surrenale, mentre l’intervento ablativo viene spesso realizzato indistintamente. Anche nell’iperplasia surrenale, inoltre, l’incidenza è documentata solo a partire dai quattordici anni e la mortalità molto bassa (Netherlands Institute for Social Research 2014).

matizzazione del soggetto e lo stress psicologico conseguente all'essere sessualmente indeterminati (Dreger 1998; Kessler 1998), il procedimento di riassegnazione sarebbe stato da effettuare il prima possibile dopo la nascita del soggetto con genitali ambigui. Ciò perché l'identità di genere, secondo Money, alla nascita è altamente fluida e malleabile. Questa teoria è stata messa in discussione all'interno della comunità medica già alle fine degli anni '90, quando ulteriori studi hanno mostrato che l'assegnazione sessuale in età precoce non garantisce l'auto-identificazione di genere in bambini con genitali ricostruiti (Diamond e Sigmundson 1997a, 1997b; Bradley *et alii* 1998; Reiner 1996), oltre a causare l'impossibilità, da adulti, di provare l'orgasmo e di riprodursi, nonché di dover assumere terapia ormonale sostitutiva per il resto della vita (Fausto-Sterling 2000: 85-87). Si tratta pertanto di procedure fonti di trauma e di mutilazione genitale gravissima (Chase 2006)²⁵. Vista la gravità delle conseguenze, è consigliabile rimandare la chirurgia genitale, se non altro al momento in cui il soggetto potrà decidere autonomamente (Phornphutkul *et alii* 2000).

Ciononostante, la pratica è ancora assai diffusa in tutto il mondo e le diverse comunità scientifiche la adottano come pratica di routine²⁶. La ricostruzione genitale è vista come 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 (Greenberg 2006: 89-90). Pare, inoltre, che tra questi ultimi sia ricompresa, in particolare, la capacità di performare un rapporto sessuale (eterosessuale). Se pertanto la misura del fallo non è considerata funzionale a realizzare un atto penetrativo (v. fallometro), l'opzione scelta è quella di produrre chirurgicamente una femmina, dal momento che è più semplice condurre con successo procedure di correzione, cioè ancora una volta di normalizzazione, delle caratteristiche anatomiche femminili.

Sembra comunque potersi affermare che, relativamente al tema in oggetto, la professione medica abbia assunto una funzione di controllo sociale e di normalizzazione e che l'intero sistema professionale, di solito caratterizzato da conoscenze specialistiche non considerate valutabili dai pazienti, consista ormai in interazioni tra sistemi di norme differenti e conflittuali, il sapere specialistico e quello "profano" (Freidson 2002). Il medico diventa così "imprenditore morale" (Becker [1963] 2003: 113): l'attività medica conduce alla creazione di regole che definiscono la corporeità normativa e le pratiche mediche fanno osservare tali regole. Prima che a una mutilazione fisica, la pratica medico-chirurgica sembra difatti rispondere ad una *castrazione* culturale, che priva il soggetto *intersex* della propria autodeterminazione. Tanto premesso, non stupisce di notare che il dibattito odierno si concentri sul tema del consenso informato a questi interventi medico-chirurgici (Hughes *et alii* 2005; Greenberg 2003: 285; Karkazis 2008), con cui i genitori dovrebbero essere edotti circa rischi, l'efficacia dei trattamenti, ma anche delle possibili alternative, anziché prospettare loro come realmente opzionabili solo alcune decisioni (Streuli *et alii* 2013), inducendoli così ad acconsentire a delle procedure niente affatto necessarie o dalla opinabile finalità terapeutica (Holmes 2006). Appare oggi fondamentale riuscire a distinguere tra gli interventi che mirano a salvaguardare la salute del soggetto e quelli che, invece, mirano a conservarne la cultura (Kessler 1998: 32; Ghattas 2013: 10; Carpenter 2016).

Non ci si deve comunque lasciare irretire dalla tentazione di addossare l'intera responsabilità alla "nemesi medica" (Illich 1976). Non è infatti da sottovalutare la pressione degli standard sesso-anatomici sui genitori, che possono dimostrarsi disposti a tutto pur di avere un figlio "normale" (Fox e Thomson 2017). Con riferimento alla iperplasia surrenale congenita, è per esempio documentato che la madre chiede (e spesso ottiene), su indicazione medica, la somministrazione in gravidanza di desametasone (o dexametasone), un farmaco corticosteroide che da

²⁵ Si è per esempio appreso dello stress psicologico a cui sono state sottoposte le persone intersessuali da bambini e, in seguito, da adulti; chi ha avuto (ri)costruita una vagina ha sofferto interminabili sedute di dilatazione perché la stessa è soggetta, nella maggioranza dei casi, a stenosi e pertanto diviene indispensabile l'inserimento quotidiano di dilatatori.

²⁶ A questo proposito appare significativa una brochure divulgativa dell'Ospedale San Raffaele di Milano (Russo 2014) destinata ai genitori di persone minorenni con iperplasia surrenale congenita, ove si invita a «intervenire chirurgicamente per ridurre le eccessive dimensioni del clitoride e per correggere l'aspetto della vagina», in modo da «correggere l'alterazione anatomica (aspetto estetico), e permettere di avere dei normali e soddisfacenti rapporti sessuali da adulta (aspetto funzionale)». Un approccio simile è espresso da un gruppo di medici dell'Ospedale San Camillo-Forlanini di Roma, per i quali appunto esso «rende possibile adattare l'apparenza fenotipica dei genitali esterni al sesso assegnato alla nascita» (va citata la fonte in cui vengono analizzati e comparati i due testi! ovvero: Balocchi 2019: 131; Guarino *et alii* 2013: 5).

un lato può prevenire l'iperplasia, ma, dall'altro, può determinare un ritardo mentale nel feto (Sytsma 2006). Beh e Diamond (2000: 62) suggeriscono pertanto di prendere in esame questa evenienza, tenendo conto delle strategie di *counselling* rivolte alle famiglie per mitigare lo stigma, facilitare e sviluppare strategie di *coping* e preservare il diritto dei bambini ad auto-determinarsi.

Va precisato che negli ultimi anni è comunque cresciuta la sensibilità verso i diritti all'integrità fisica e all'auto-determinazione delle persone *intersex* (FRA 2015). Accanto al protocollo dominante, si è infatti diffuso un approccio orientato alla moratoria di tutti i trattamenti chirurgici non strettamente necessari sia nella letteratura (Greenberg 2003), che da parte dei Comitati etici nazionali (German Ethics Council, 2012; Swiss National Advisory Commission on Biomedical Ethics, 2012; Comitato Nazionale di Bioetica, 2010), che nella politica e nel diritto (Garland e Slokenberga 2018).

Secondo Travis e Garland (2018: 591), sotto il profilo politico-giuridico le risposte ordinamentali possono essere divise in due grandi categorie: *state-based* e *holistic*. Sebbene entrambe possano a loro modo essere considerate positivamente, nel primo caso lo Stato si limita a garantire il solo riconoscimento di un'uguaglianza formale (es. introducendo un terzo marcatore di sesso), senza contestare attivamente la medicalizzazione forzata dei corpi *intersex* e ignorando il problema degli interventi chirurgici neonatali. Come tuttavia fa notare Carpenter (2018) commentando la situazione australiana, l'introduzione di una classificazione "terza" di per sé non pone fine in alcun modo alla medicalizzazione dei corpi *intersex*. Non è (solo) con un nuovo marcatore che si risolve un problema che prima di essere giuridico è soprattutto sociale e culturale. Non stupisce pertanto di scoprire che, se consultate, le persone *intersex* si mostrano molto critiche verso questo approccio, definendolo per lo più inefficace o talvolta addirittura controproducente (Trevis e Garland 2018: 596).

Tutti gli Stati che si sono confrontati con la condizione *intersex* hanno comunque optato per questo approccio, tranne Malta, unico esempio al momento di modalità "olistica". Nel 2015, il piccolo Stato insulare ha infatti approvato una nuova legge²⁷, che affronta in modo sostanziale la questione. Per esempio, essa vieta ogni intervento chirurgico guidato da "fattori sociali" fino a che il soggetto non sia in grado di fare una scelta libera e informata, così sfidando apertamente la giurisdizione medica sui corpi *intersex*. Inoltre, la legge permette alle persone di autodeterminare la propria identità di genere, senza bisogno di certificati medico-psichiatrici, ed estende la legislazione sui crimini d'odio e contro la discriminazione in modo da ricomprendere anche le caratteristiche sessuali. Così facendo, Malta non si è limitata a concedere un riconoscimento formale alle persone *intersex*, ma ha anche contestato apertamente il potere medico e ha cercato di proteggere concretamente questi soggetti dalla frusta della discriminazione²⁸.

IL RICONOSCIMENTO DEL "TERZO SESSO": IL CASO TEDESCO

In Europa il tema del riconoscimento giuridico del "terzo sesso" è però tornato alla ribalta già nel 2013 quando la Germania ha attenzionato tutti i media internazionali per essere divenuto il primo paese europeo ad aver scardinato il canone vitruviano della realtà sessuale²⁹. La riforma è stata tuttavia molto meno rivoluzionaria di come presentata sui rotocalchi. L'art. 22, comma 3, della legge anagrafica tedesca (*Personenstandsgesetz*), così come riformato il 1° novembre 2013, recitava infatti che: «Se il neonato non può essere ascritto né al sesso maschile né a quello femminile, allora lo stato civile deve essere registrato all'anagrafe senza una tale indicazione» (traduzione

²⁷ Si tratta del *Gender Identity, Gender Expression and Sex Characteristics Act* (2015), disponibile in italiano in Balocchi (2019: 215-224).

²⁸ Tuttavia, è importante notare che anche la normativa maltese non è priva di qualche criticità: i medici che violano il divieto di interventi chirurgici sono sottoposti a una sanzione pecuniaria abbastanza contenuta e, in ogni caso, la legge non impedisce ai genitori di portare il minore in uno Stato estero dove tali pratiche non sono vietate. Oltre a Malta anche il Portogallo e la Germania hanno recentemente adottato norme che vietano interventi su minori *intersex*.

²⁹ Sulla situazione giuridica tedesca prima del 2013, si veda Kolbe (2009). Sulle più recenti evoluzioni, si vedano Viggiani (2019) e Wahl (2021).

nostra). Nessun diritto, dunque, di ottenere l'attribuzione di un sesso anagrafico terzo rispetto al tralazio duopolio maschio/femmina; piuttosto l'obbligo di registrare o, per essere più precisi, di omettere di registrare il sesso nell'atto di nascita di una persona il cui corpo era irriducibile al sesso maschile o a quello femminile. Una riforma, dunque, la cui architettura si muove lungo un ordito non certo avanguardista, ma che anzi ha tutto di conservatore e, per certi versi, di ritorsivo. Il riconoscimento della condizione *intersex* passa – paradossalmente – attraverso la sua più totale negazione, perché la mancata menzione del sesso sull'atto di nascita ha contorni iussivi e non elettivi. Se ne comprende a maggior ragione il carattere repressivo, se si considera la portata socialmente stigmatizzante del rimanere senza iscrizione anagrafica, tale forse da indurre anche i genitori a ricorrere ancor più di frequente a interventi chirurgici neonatali pur di dotare il figlio di uno dei due sessi anagrafici ammessi e permessi³⁰.

Pochi anni dopo, nel 2017, la Germania è balzata di nuovo agli onori della cronaca perché proprio l'art. 22, comma 3, poc'anzi citato è stato sottoposto al sindacato di costituzionalità da parte della Corte Costituzionale tedesca, che ne ha decretato l'illegittimità nella parte in cui non consentiva, a coloro che lo richiedevano, l'iscrizione nello stato civile come “terzo sesso”. Nella memoria presentata alla Corte Costituzionale, la parte ricorrente, portatrice della sindrome di Turner, evidenziava come la legge vigente la ponesse davanti a una scelta impossibile: mantenere un sesso anagrafico distonico o rinunciare del tutto a possederne uno. Lamentava inoltre come non essere ascritti ad alcun sesso, benché non comporti svantaggi socioeconomici immediatamente osservabili, impatti inevitabilmente e negativamente sul pieno dispiegamento dell'identità dell'individuo nelle formazioni sociali in cui si trova a vivere e a lavorare, occasionando così una potenziale discriminazione sulla base del (non)sesso. I giudici hanno accolto le tesi della ricorrente, riconoscendo che la semplice possibilità di potersi ricollegare ad un sesso anagrafico, anche non binario, deve essere considerato un elemento fondamentale nello sviluppo della personalità. Se precedentemente la persona *intersex*, o chi ne aveva la responsabilità genitoriale, poteva almeno scegliere se essere ascritta al sesso maschile o a quello femminile, la novella del 2013 non solo non aveva consentito la menzione in positivo di un terzo sesso, ma aveva addirittura imposto di sospendere indefinitamente qualsiasi ascrizione, come a voler confermare l'irricoscibilità anagrafica della persona *intersex*. La Corte, però, ha indicato al legislatore tedesco due vie di riforma possibile: scardinare il paradigma binario dello stato civile e introdurre una terza categorizzazione *ad hoc* per le persone *intersex* o, in alternativa, abolire *tout court* l'attribuzione anagrafica di sesso.

Dando seguito alla pronuncia dei giudici costituzionali, il 14 dicembre 2018 il Parlamento tedesco ha riformulato nuovamente l'art. 22, comma 3, come di seguente: «Se il neonato non può essere assegnato né al sesso maschile né a quello femminile, allora lo stato civile può essere registrato all'anagrafe senza una tale indicazione ovvero con l'indicazione “divers”» (traduzione nostra). Scartata quindi l'opzione di abbandonare la menzione del sesso nei registri anagrafici, viene aggiunta non la possibilità, ma la vera e propria facoltà di essere ascritti a un “terzo sesso” detto *divers*. Viene meno, infatti, la componente obbligatoria della sua per le persone *intersex*, rimesso ora alla libera elezione del soggetto o di chi ne esercita i diritti *ratione temporis*. Contemporaneamente, inoltre, è aggiunto il nuovo art. 45bis, che introduce la stessa facoltà per chi è già in età adulta.

Sebbene la riforma del 2018 non manifesti più il carattere di inclusione-esclusione di quella del 2013, va osservato che la facoltà di essere ascritti come *divers* è esercitabile solo da chi è in possesso di una certificazione medica attestante l'indeterminatezza del sesso. Se dunque *divers* sfida il dimorfismo sessuale, non scinde però completamente il nesso tra sesso e identità di genere, elemento che smorza gran parte del suo potenziale rivoluzionario. Detto altrimenti, mentre una persona *intersex* ha diritto a essere riconosciuta come non-binaria, una persona transessuale può muoversi soltanto tra il polo maschile e quello femminile, perché il suo sesso di partenza è “normale” (Dunne 2018). Insomma, terzo sesso ma non terzo genere. Restano inoltre poco chiari quali saranno i cascami sul diritto materiale per chi sceglie di essere registrato come *divers*. Il sesso anagrafico non esiste infatti in un *vacuum*, ma bensì è ricollegato all'allocazione di diritti e doveri e all'accesso di alcuni istituti (Greenberg 2012). Introdurre

³⁰ Secondo una rilevazione condotta dall'Istituto tedesco per i diritti umani (Althoff *et alii* 2017), solo dodici neonati sono stati registrati senza sesso anagrafico tra il novembre 2013 e il novembre 2015, a fronte di circa 280-300 neonati con genitali ambigui nati nello stesso periodo. Secondo il rapporto di ricerca, ciò sarebbe dovuto alla riluttanza da parte di ostetriche, medici e genitori a lasciare vuoto questo indicatore nell'atto di nascita.

una terza casella è, in fondo, legislativamente facile. Il difficile è dare un significato non discriminatorio alla nuova registrazione, se si tiene conto che l'intero complesso di norme va ricalibrato su tre sessi, pena l'introduzione di nuove forme di ghetizzazione. D'altra parte, anche abolire del tutto la categoria del sesso anagrafico non sarebbe esente da problemi applicativi. Certo, eliminerebbe alla radice lo standard che determina poi la stigmatizzazione, ma l'ordinamento andrebbe sfronato lo stesso di tutte le sue ricorrenze. Andrebbero riviste, per esempio, tutte le norme sulla genitorialità, le unioni civili e il matrimonio, il diritto antidiscriminatorio e il meccanismo delle azioni positive, la tutela della maternità, la leva militare, i servizi sanitari, le perquisizioni corporali e, *last but not least*, l'organizzazione delle strutture detentive.

Ciò perché, in ultima analisi, il dimorfismo sessuale conserva ancora una sua irriducibile e strutturale rilevanza in molte fattispecie regolate dal diritto, talvolta ricollegate a principi e interessi di rango fondamentale. Scardinare il duopolio tradizionale senza un'adeguata preparazione ordinamentale potrebbe insomma risolversi in una "fuga in avanti", con conseguenze potenzialmente esiziali per l'esercizio di alcuni diritti. Se si vuole percorrere questa strada, l'eliminazione del sesso anagrafico dovrebbe quindi essere seguita o preceduta da una attenta neutralizzazione di tutte le sue laterali esplicitazioni.

CONCLUSIONI

L'analisi del *case study* del terzo sesso mostra come il dimorfismo sessuale conservi ancora una sua irriducibile e strutturale rilevanza in molte fattispecie regolate dal diritto, talvolta ricollegate a principi e interessi di rango fondamentale. Scardinare il duopolio tradizionale senza un'adeguata preparazione ordinamentale potrebbe insomma risolversi in una "fuga in avanti", con conseguenze potenzialmente esiziali per l'esercizio di alcuni diritti. Se si vuole percorrere questa strada, l'eliminazione del sesso anagrafico dovrebbe quindi essere seguita o preceduta da una attenta neutralizzazione di tutte le sue laterali esplicitazioni.

In conclusione, l'analisi della condizione *intersex* pone le scienze sociali, e la riflessione socio-giuridica in particolare, di fronte alla necessità di dotarsi di strumenti analitici e teorici utili per provare a descrivere, seppure con difficoltà, questi nuovi status, tenendo conto dei limiti del "genere" e del "sesso" nella loro versione categorizzazione moderna. La condizione *intersex* mette in discussione e produce una serie di istanze di de-naturalizzazione, rottura e *ri-articolazione* dei corpi, rendendo visibili – e pertanto fragili, effimeri, fittizi – i legami che crediamo esistere tra la dimensione biologica dei nostri corpi, i ruoli sociali che un certo corpo si crede debba "funzionalmente" svolgere, i meccanismi culturali che operano per sostenere o ostacolare specifiche configurazioni corporee. Le istanze di denaturalizzazione sostenute dalla esperienza *intersex* provano quanto siano diversificate le forme di naturalizzazione dei processi sociali e quanto ogni tentativo di classificazione e categorizzazione, anche all'interno del discorso scientifico, sia una mera decisione culturale. Le principali sfide per la teoria sociale comprendono principalmente la constatazione critica che la dicotomia e la definizione binaria del genere sono una costruzione culturale e che ogni forma di classificazione diventa operazione arbitraria. Del resto, ogni tentativo "scientifico" di categorizzazione 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 o "umano".

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- America Academy of Pediatrics (2000), *Evaluation of the newborn with developmental anomalies of the external genitalia*, in «Pediatrics», 106.
- Ainsworth C. (2015), *Sex Redefined*, in «Nature», 518.
- Althoff, S., Follmar O. (2017), *Gutachten. Geschlechtervielfalt Im Recht. Status Quo Und Entwicklung von Regelungsmodellen Zur Anerkennung Und Zum Schutz von Geschlechtervielfalt*, <https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/service/publikationen/gutachten-geschlechtervielfalt-im-recht-status-quo-und-entwicklung-von-regelungsmodellen-zur-erkennung-und-zum-schutz-von-geschlechtervielfalt-114072>

- Arboleda V.L., Sandberg D.E., Vilain E. (2014), *DSDs: genetics, underlying pathologies and psychosexual differentiation*, in «Nature Reviews Endocrinology», 10.
- Arfini E.A., Crocetti D. (2015), *I movimenti intersex/DSD in Italia: stili di militanza e biomedicalizzazione del binarismo di genere*, in Prearo M., (ed), *Politiche dell'orgoglio. Sessualità, soggettività e movimenti sociali*, Pisa: ETS, 139-160.
- Balocchi M. (2012), *Intersex. Dall'ermafroditismo ai Disturbi dello sviluppo sessuale*, in «Zapruder», 29.
- Balocchi M. (2018), *È meglio usare il termine intersessuale, intersessuato o intersex?* in Paoli B., Ghisoni A., Cikada M. (eds), *La Guida Arcobaleno di Altra Psicologia*, Torino: Golem, 223-225.
- Balocchi M. (2019), *Intersex. Antologia Multidisciplinare*, Pisa: Edizioni ETS.
- Barbin H. (2007), *Una strana confessione. Memorie di un ermafrodito presentate da Michel Foucault*, Torino: Einaudi.
- Beck U. (1986), *La società del rischio. Verso una seconda modernità*, Roma: Carocci, 2000.
- Becker H. (1963), *Outsiders. Saggi di sociologia della devianza*. Torino: Gruppo Abele, 2003.
- Berger P., Luckman T. (1966), *La realtà come costruzione sociale*, Bologna: Il Mulino, 1996.
- Bernini L. (2015), *Eterosessualità obbligatoria ed esistenza intersex*, in «L'Atco», 2.
- Blackless M., Charuvastra A., Derryc A., Fausto-Sterling A., Lauzanne L., Lee E. (2000), *How sexually dimorphic are we? Review and synthesis*, in American Journal of Human Biology, 12, 2, 2000, 51-166.
- Bradley S., Gillian O., Avinoam C., Zucker K. (1998), *Experiment of nurture: ablatio penis at 2 months, sex reassignment at 7 months and a psychosexual follow-up in young adulthood*, in «Pediatrics», 102, 132-133.
- Butler J. (1990), *Questione di genere: Il femminismo e la sovversione dell'identità*, Milano: Laterza, 2017.
- Butler J. (1996), *Corpi che contano. I limiti discorsivi del "sesso"*, Milano: Feltrinelli, 1996.
- Butler J. (1997), *Parole che provocano. Per una politica del performativo*, Milano: Raffaello Cortina Editore, 2010.
- Carpenter M. (2016), *The Human Rights of Intersex People: Addressing Harmful Practices and Rhetoric of Change*, in «Reproductive Health Matters», 24.
- Carpenter M. (2018), *The "Normalization" of Intersex Bodies and "Othering" of Intersex Identities in Australia*, in «Journal of Bioethical Inquiry», 15.
- Chase C. (2006), *Hermaphrodites with attitudes*, in Stryker S., Whittle S. (eds), *The Transgender Studies Reader*, New York: Routledge, 300-314.
- Comitato Nazionale di Bioetica (2010), *I disturbi della differenziazione sessuale nei minori: aspetti bioetici*, <http://presidenza.governo.it/bioetica>
- Connell R.W. (2009), *Questioni di genere*, Bologna: Il Mulino, 2011.
- Consiglio d'Europa (2015), *Human rights and intersex people*, <https://book.coe.int/eur/en/commissioner-for-human-rights/6683-pdf-human-rights-and-intersex-people.html>
- Davis G., Murphy L. (2013), *Intersex Bodies as a State of Exception: An Empirical Explanation for Unnecessary Surgical Modification*, in «Feminist Formations», 25.
- Davis G. (2015), *Contesting Intersex: The Dubious Diagnosis*, New York: New York University Press.
- Diamond M., Sigmundson K. (1997a), *Management of intersexuality*, in «Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine», 151, 1046-1050.
- Diamond M., Sigmundson K. (1997b), *Sex reassignment at birth*, in «Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine», 151, 298-304.
- Diamond M., Beh H. (2006), *Variations of Sex Development instead of Disorders of Sex Development*, in «Archives of Disease in Childhood», 1.
- Donahoe P.K. (1991), *Clinical management of Intersex abnormalities*, in «Current Problems in Surgery», 28.
- Dreger A.D., Herndon A.M. (2009), *Progress and Politics in the Intersex Rights Movement. Feminist Theory in Action*, in «GLQ», 15.
- Dunne P., Mulder J. (2018), *Beyond the Binary: Towards a Third Sex Category in Germany?*, in «German Law Journal», 19.
- Fausto-sterling A. (2000), *Sexing the Body: Gender Politics and the Construction of Sexuality*, New York. Basic books.

- Foucault M. (1975a), *Sorvegliare e punire. Nascita della prigione*, Milano: Einaudi, 1976.
- Foucault M. (1975b), *Gli anormali. Corso al Collège de France (1974-1975)*, Milano: Feltrinelli, 2000.
- Foucault M. (1976), *La volontà di sapere*, Milano: Feltrinelli, 1978.
- Fox M. e Thomson M. (2017), *Bodily Integrity, Embodiment, and the Regulation of Parental Choice*, in «Journal of Law and Society» 44.
- FRA (2015), *The fundamental rights situation of intersex people*, <https://fra.europa.eu/sites/default/files/fra-2015-focus-04-intersex.pdf>
- Freidson E. (1970), *La dominanza medica. Le basi sociali della malattia e delle istituzioni sanitarie*, Milano: Franco Angeli, 2002.
- Garland F. e Mitchell T. (2018), *Legislating intersex equality: building the resilience of intersex people through law*, in «Legal studies», 38.
- Garland J. e Slokenberga S. (2018), *Protecting the Rights of Children with Intersex Conditions from Nonconsensual Gender-Conforming Medical Interventions: The View from Europe*, in «Medical Law Review», 1.
- German Ethics Council (2012), *Intersexualität*, Berlino: Pinguin.
- Ghatts D.C. (2013), *Human Rights between the Sexes*, Berlin: Heinrich Böll Foundation.
- Giddens A. (1999), *Identità e società moderna*. Napoli: Ipermedium.
- Goldschmidt R. (1917), *Intersexuality and the endocrine aspect of sex*, in «Endocrinology», 1.
- Greenberg J.A. (2003), *Legal aspects of gender assignment*, «The Endocrinologist», 13, 3, 277-286.
- Greenberg J.A. (2006), *International legal developments protecting the autonomy rights of sexual minorities. Who should determine the appropriate treatment for an intersex infant?*, in Sytsma S.E. (ed), *Ethics and Intersex*, Dordrecht: Springer, 87-103.
- Greenberg J.A. (2012), *Intersexuality and the Law: Why Sex Matters*, New York: New York University Press.
- Guarino N., Scommegna S., Majore S., Rapone A.M., Ungaro L., Morrone A., Grammatico P. Marrocco G.A. (2013), *Vaginoplasty for Disorders of Sex Development*, in «Frontiers in Endocrinology», 1.
- 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*, Minnesota: University of Minnesota Press, 102-121.
- Hughes I.A., Houk C., Ahmed S.F., Lee P.A. (2005), *Consensus statement on management of intersex disorders*, in *Archives of Disease in Childhood*, 91, 2005, 554-563.
- Illich I. (1976), *Nemesi medica. L'espropriazione della salute*, Milano: Mondadori, 2004.
- Karkazis K. (2008), *Fixing Sex: Intersex, Medical Authority, and Lived Experience*, New York: Duke University Press.
- Kehrer I. (2019), *Il diritto alla propria identità di fronte al binarismo di sesso e genere*, in «AG About Gender», 8, 15, 337-363.
- Kessler S.J (1998), *Lessons from the intersexed*, New Brunswick: Rutgers University Press.
- Kojama E. (2006). *From "Intersex" to "DSD": Toward a Queer Disability Politics of Gender*, <http://www.intersexinitiative.org/articles/intersextods.html>.
- Kolbe A. (2009), *Intersex, a Blank Space in German Law?*, in Holmes, M. (ed), *Critical intersex*, Fannham: Ashgate.
- Lingiardi V. (2002). *La generazione del soggetto*, prefazione a Dimen M., Goldner V. (eds), *La decostruzione del genere. Teoria femminista, cultura postmoderna e clinica Psicoanalitica*, Milano: Il Saggiatore, 2006.
- Lorenzetti A. (2015), *Frontiere del corpo, frontiere del diritto: intersessualità e tutela della persona*, in «Rivista di bio-diritto», 2.
- Marchetti V. (2001), *L'invenzione della bisessualità. Discussioni tra teologi, medici e giuristi del XVII secolo sull'ambiguità dei corpi e delle anime*, Milano: Mondadori.
- Monceri F. (2010), *Oltre l'identità sessuale*, Pisa: Edizioni ETS.
- Money J. (1972), *Ehrhardt A. Man and Woman, Boy and Girl*, John Hopkins, Baltimore: University Press.
- Money J., Tucker P. (1975), *Sexual Signatures: On Being a Man or Woman*, Boston: Brown.
- Netherlands Institute for Social Research (2014), *Living with intersex/dsd. An exploratory study of the social situation of persons with intersex/dsd*, https://www.scp.nl/english/Publications/Publications_by_year/Publications_2014/Living_with_intersex_DSD.

- Phornphutkul C., Fausto-Sterling, A., Gruppuso, P. (2000), *Gender self-reassignment in an XY adolescent male born with ambiguous genitalia*, in «Pediatrics», 106, 135-142.
- Reiner W. (1996), *Case study: sex reassignment in a teenage girl*, in «Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry», 35, 799-803.
- Reis E. (2007), *Divergence or Disorder? The Politics of Naming Intersex*, in «Perspectives in Biology and Medicine», 50.
- Rinaldi C. (2013), *La tentazione di essere normali e la violenza della normalità. Il queer e lo studio sociologico delle sessualità non normative*, in F. Corbisiero (ed), *Comunità omosessuali. Le scienze sociali sulla popolazione LGBT*, Milano: Franco Angeli, 181-199.
- Rupprecht M. (2013), *Children's right to physical integrity, Report to the Committee on Social Affairs, Health and Sustainable Development*, <http://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-XML2HTML-en.asp?fileid=20174&lang=en>.
- Russo G. (2014), *Opuscolo dell'Ospedale San Raffaele di Milano per il trattamento dei minori con iperplasia surrenale congenita CAH*, Milano.
- Sax L. (2002), *How common is intersex? A response to Anne Fausto-Sterling*, in «Journal of Sex Research», 39.
- Scott J. (1988). *Gender and the politics of history*, New York: Columbia University Press.
- Simon W., Gagnon J.H. (2017), *I copioni sessuali: permanenza e mutamento* (1986), in C. Rinaldi (ed.), *I copioni sessuali. Storia, analisi e applicazioni*, Milano: Mondadori, 85-106.
- Streuli J.C., Vayena E., Cavicchia-balmer Y., Huber J. (2013), *Shaping Parents: Impact of Contrasting Professional Counselling on Parents' Decision Making for Children with Disorders of Sex Development*, in «The Journal of Sexual Medicine», 10.
- Swiss National Advisory Commission on Biomedical Ethics (2012), *On the management of differences of sex development. Ethical issues relating to 'intersexuality'*, http://www.nek-cne.ch/fileadmin/nek-cne-dateien/Themen/Stellungnahmen/en/NEK_Intersexualitaet_En.pdf;
- Sytsma S. (2006), *The ethics of using dexamethasone to prevent virilization of female fetuses*, in Sytsma S. (ed), *Ethics and intersex*, London: Springer, 241-258.
- Tarani L., Mattiucci C., Liberati N., Mancini F., Colloidi, F. (2010), *Parental decision following prenatal diagnosis of Klinefelter syndrome: a proposal for a correct approach*, in «Journal of Intellectual Disability Research», 54.
- Travis M., Garland F. (2018), *Legislating intersex equality: building the resilience of intersex people through law*, in «Legal Studies», 38, 4, 587-606.
- Vilain E., Achermann J.C., Eugster E.A., Harley V.R., Morel Y., Wilson J.D., Hiort O. (2007), *We used to call them hermaphrodites*, in «Genetics in Medicine», 9.
- Vaknin Z., Yael L., Oshri B., Ben-Ami I., Reish O., Herman A., Maymon R. (2019), *Termination of pregnancy due to fetal abnormalities performed after 23 weeks' gestation: Analysis of indication in 144 Cases from a single medical center*, in «Fetal Diagnosis Therapy», 25.
- Viggiani G. (2018), *Appunti per un'epistemologia del sesso anagrafico*, in «GenIUS – Rivista di studi giuridici sull'orientamento sessuale e l'identità di genere», 5, 1, 30-39.
- Viggiani G. (2019), *Le troisième sexe. Une mappatura e qualche considerazione a partire all'esperienza tedesca sul riconoscimento del terzo sesso*, in AA.VV. *Il bias del gender*, Trani: Durango Edizioni, 123-150.
- Wahl A. (2021), *From Object to Subject: Intersex Activism and the Rise and Fall of the Gender Binary in Germany*, in «Social Politics: International Studies in Gender, State & Society», 28, 3, 755-777.
- Wallbank R. (2004), *Re Kevin in Perspective*, in «Deakin Law Review», 22.
- WHO/UN (2014), *Eliminating forced, coercive and otherwise involuntary sterilization. An interagency statement*, http://www.who.int/reproductivehealth/publications/gender_rights/eliminating-forced-sterilization/en,
- Williams D.I. (1952), *The Diagnosis of Intersex*, in «British Medical Journal», 1.