UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Dipartimento di Filosofia, Sociologia, Pedagogia e Psicologia Applicata (FISPPA)

Corso di Laurea Magistrale in Psicologia Clinico-Dinamica

Tesi di Laurea Magistrale

L'intersessualità tra invisibilizzazione e medicalizzazione: esplorazione del fenomeno e del trattamento di persone con condizioni intersessuali

Intersex between invisibilisation and medicalisation: an explorating research of the phenomenon and the treatment of people with intersex condition

Relatore

Prof. Ines Testoni

Correlatore

Dott. Marta Prandelli

Laureanda: Chiara Turcati

Matricola:1080673

Anno Accademico 2015/2016

Niente nella vita va temuto, dev'essere solamente compreso.

Ora è tempo di comprendere di più, così possiamo temere di meno.

Marie Curie

INDICE

Introduzione

CAPITOLO 1. Il dimorfismo sessuale: da una concezione binaria alla molteplicità dei sessi

1.1 L'identità sessuale

1.1.1 Il sesso biologico

1.1.2 L'identità di genere

1.1.3 Il ruolo di genere

1.1.4 L'orientamento sessuale

1.2 I cinque sessi di Anne Fausto-Sterling

CAPITOLO 2. La percezione dell'ermafroditismo dall'antichità all'età moderna

2.1 L'ermafroditismo nella storia

2.1.1 I miti dell'Ermafroditismo

2.1.2 Gli autori greci

2.1.3 Il mondo arabo

2.1.4 I testi sacri: l'Antico Testamento, il Talmud e la Tosefta

2.1.5 Il mondo romano

2.1.6 La mostruosità del corpo nel Medioevo

2.1.7 L'età moderna: il paradigma medico e il paradigma giuridico

2.2 La sessualizzazione biologica

2.3 Il locus biologico del sesso: i cromosomi, le gonadi e gli ormoni sessuali

CAPITOLO 3. La medicalizzazione dei soggetti intersessuali

3.1 Il nuovo termine "Intersessualità" e il cambiamento di rotta

3.1.1 La medicalizzazione del corpo intersessuale

3.1.2 John Money e il genere ottimale dello sviluppo

3.1.3 Diagnosi e trattamento dei soggetti intersessuali

3.1.4 Le critiche al modello di Money

3.1.5 L'opposizione di Milton Diamond e il caso di John/Joan

3.1.6 Le associazioni intersessuali

3.2 Nuove proposte e linee guida: Il Consensus Statement on Management of Intersex Disorders di Chicago

3.2.1 Il parere del Comitato Nazionale per la Bioetica italiano

3.3 Differenza di impostazione tra i termini Intersessualità e DSD

CAPITOLO 4. La ricerca

4.1 La ricerca: obiettivi ed ipotesi

4.1.1 Il protocollo della ricerca

4.1.2 Il campione

4.1.3 La procedura di somministrazione

4.2 Gli strumenti di ricerca

4.2.1 La scala di autoritarismo di destra (Right- Authoritarianism Scale- RWA, Altemeyer, 1981)

4.2.2 L'atteggiamento ambivalente verso donne e uomini (Glick e Fiske, 1996)

4.2.2.1 La scala di sessismo ambivalente (The Ambivalent Sexism Inventory, ASI)

4.2.2.2 La scala di ambivalenza verso gli uomini (The Ambivalent toward Men Inventory, AMI)

4.2.3 Il questionario sulla religiosità RLOS (Voci)

4.2.4 Il test della virilizzazione di Prader (Prader, 1954)

4.2.5 Il questionario sull'Intersessualità/DSD

CAPITOLO 5. Analisi dei dati e risultati

5.1 Risultati dei dati socio-demografici

5.2 Risultati dei singoli strumenti

5.2.1 La scala di autoritarismo di destra (Altemeyer)

5.2.2 L'atteggiamento ambivalente verso donne e uomini (Glick e Fiske)

5.2.3 Il questionario sulla religiosità RLOS (Voci)

5.2.4 Il test della virilizzazione di Prader

5.2.5 Il questionario sull'Intersessualità/DSD

5.3 Le domande sulla spiritualità e il credo dei soggetti

5.4 Correlazioni tra gli strumenti e le condizioni esaminate

5.5 Analisi fattoriale esplorativa

5.6 Correlazioni esterne tra gli strumenti

CAPITOLO 6. Discussione dei risultati della ricerca

6.1 I risultati della ricerca esplorativa

6.1.1 Risultati dei dati socio-demografici

6.1.2 Correlazioni tra gli strumenti e le condizioni esaminate

6.1.3 Le domande sulla spiritualità e il credo dei soggetti

6.1.4 Il test della virilizzazione di Prader

6.1.5 Il questionario sull'Intersessualità/DSD

6.1.6 Analisi fattoriale esplorativa

6.1.7 Correlazioni esterne tra gli strumenti

6.2 Conclusioni, limiti della ricerca e sviluppi futuri

Conclusioni

Ringraziamenti

Bibliografia

Allegato 1. Sviluppo sessuale e variabili socio-culturali

INTRODUZIONE

Le tematiche relative al sesso, alla sessualità e al genere sono sempre state fonte di accesi dibattiti in diverse società, dato che questi costrutti sono considerati un mezzo di fondamentale importanza per classificare gli individui entro dei limiti socialmente consentiti e, di conseguenza, consentono di escludere o nascondere le persone che non rientrano di diritto a fare parte di tali categorie. L'esempio più lampante di queste nette distinzioni si può riscontrare nella maggior parte delle società occidentali, dove un essere umano viene considerato "normale" solo se fa parte delle categorie di uomo o donna, dato che non è permesso (socialmente o legalmente) essere entrambi (Crocetti, 2013). Le società quindi hanno sempre contribuito a creare e sostenere un sistema binario rigido in cui il mondo si suddivide solamente in due poli: il sesso maschile e il sesso femminile. Questa visione socialmente accettata, in realtà, non è esaustiva della reale complessità della società, come dimostrano ad esempio tutti quegli individui i cui corpi non si conformano a questi standard e che, di conseguenza, vengono considerati "anormali" o "devianti". Tali individui, non rientrando a pieno in uno dei due poli sessuali, si possono situare in degli stadi intermedi ai due poli socialmente accettati che vengono fatti rientrare sotto il termine ombrello di "intersessualità".

Questo termine è stato coniato per indicare una molteplicità di condizioni in cui si trovano gli individui che nascono con cromosomi sessuali, apparato genitale e/o caratteristiche sessuali secondarie che variano da ciò che viene comunemente considerato come maschile e femminile (Balocchi, 2010). Il fenomeno dell'intersessualità è sempre stato costantemente invisibilizzato, ossia nascosto alla maggior parte delle persone, proprio perché è in grado di mettere in discussione e di far "saltare" la struttura del discorso dominante della società sulle tematiche riguardanti la

sfera sessuale degli individui. Questo fenomeno nel corso dei secoli è stato definito con termini differenti e questa evoluzione è stata dettata dall'esigenza di stare al passo con la complessità e la mutevolezza dei ruoli di genere che venivano concepiti e plasmati in modi diversi nelle varie epoche storiche (Crocetti, 2013). Dall'Antica Grecia fino all'età moderna, infatti, veniva inizialmente utilizzato il termine "ermafrodita", che sottolineava la natura mitica di questi individui. In realtà, piuttosto che ancorarsi a tale visione mitologica, ciò comportava spesso delle significative implicazioni sia legali che sociali al momento della determinazione del sesso di questi individui, che quasi sempre venivano stigmatizzati in quanto esseri "mostruosi" o comunque devianti rispetto alla normale dicotomia sessuale. Fino al XVIII secolo continuò a prevalere nel mondo occidentale un modello monosessuale basato sulla superiorità del sesso maschile e la conseguente inferiorità della donna, in quanto considerata semplicemente come visione imperfetta dell'uomo. Sul finire dell'età moderna, però, si assiste ad un cambio di paradigma: nasce un nuovo modello basato sulla differenziazione sessuale e, da quel momento in poi, il maschile e il femminile vengono considerati incommensurabilmente differenti (Laqueur, 1992). In questo periodo, si assiste anche all'approfondimento della concezione biologica del sesso con un crescente interesse della professione medica in questo campo, che iniziò a tralasciare ciò che fino a quel momento veniva considerato di primaria importanza, ossia l'aspetto esterno del corpo (genitali esterni e comportamento), per concentrarsi sugli aspetti interni che determinano la differenziazione sessuale.

Dalla fine dell'Ottocento in poi la figura del medico acquisisce sempre più prestigio ed autorità nelle decisioni e nel trattamento di quelle che venivano considerate ancora come anomalie fisiche (Fausto-Sterling, 2006). Questo crescente interesse della

medicina verso le ambiguità sessuali ha comportato un cambiamento sostanziale nei confronti del fenomeno. In primo luogo si assiste all'abbandono del termine "ermafroditismo" per approdare inizialmente alla nuova definizione di "intersessualità" all'inizio del Novecento, unico termine che verrà utilizzato fino al 2006, quando viene coniata anche la definizione medica di DSD (Disorders of Sex Development). Queste variazioni nella terminologia riflettono il modo in cui i fattori biologici e sociali del corpo sessuato concorrono nel tempo a distinguere il "patologico" dal "normale". Ma, qualunque sia il termine utilizzato, le condizioni intersessuali sono sempre state considerate come un fenomeno da risolvere o curare. Nel Novecento, infatti, questa tendenza si esprime nella cosiddetta "era interventista" o "era della conversione", dove i corpi intersessuali vennero sistematicamente medicalizzati e normalizzati mediante interventi chirurgici o trattamenti ormonali con lo scopo di eliminare definitivamente l'ambiguità che li caratterizzava. Il modello che ha riscosso più successo in questo periodo era quello del "genere ottimale dello sviluppo" elaborato da John Money negli anni '50. Tale teoria continuò a prevalere indiscriminatamente fino agli anni '90, quando si assiste ad una critica radicale nei confronti della medicalizzazione dei soggetti intersessuali, portando anche allo sviluppo di nuove linee guida e proposte in grado di sviluppare una differente concezione del fenomeno e nuove tecniche per migliorare gli approcci e il trattamento dei corpi atipici. Nel corso dei secoli, quindi, si è sempre dibattuto su quale fosse il miglior trattamento per affrontare e gestire le ambiguità sessuali dei soggetti che presentano queste condizioni, in quanto causano evidenti interrogativi etici, specialmente al momento della decisione relativa all'attribuzione del sesso del neonato da parte di medici, chirurghi e genitori (CNB, 2010).

La presente ricerca esplorativa ha lo scopo di indagare la percezione e il trattamento dei soggetti con condizioni intersessuali da parte di studenti italiani iscritti a facoltà universitarie mediche e sanitarie. Si è deciso di utilizzare un campione composto da futuri medici proprio perché nelle questioni intersessuali/DSD è sempre stata data molta importanza alla pratica medica per quanto riguarda la percezione e le decisioni relative al trattamento di tali individui. Il protocollo somministrato al campione vuole indagare la percezione dei soggetti riguardo al fenomeno, valutando il parere e i comportamenti che metterebbero in atto i rispondenti trovandosi a prendere in carico un soggetto affetto da una condizione intersessuale e in altri aspetti rilevanti in questo ambito. L'obiettivo era anche quello di esplorare se alcune categorie preconcette, come i costrutti misurati dai tre questionari, possono influenzare i medici di domani nella valutazione di patologie rare come i DSD.

Il primo capitolo della tesi analizza il costrutto dell'identità sessuale, concentrandosi sui quattro aspetti in cui si suddivide, ossia il sesso biologico, l'identità di genere, il ruolo di genere e l'orientamento sessuale. In seguito, verrà esaminata la teoria provocatoria della socio-biologa Anne Fausto-Sterling sulla molteplicità dei sessi.

Il secondo capitolo riporta nel dettaglio la differente percezione dell'ermafroditismo nel corso dell'antichità fino all'età moderna. Nello specifico, verranno esaminate le differenti percezioni del fenomeno nelle varie epoche storiche: nell'Antica Grecia in cui prevaleva una concezione mitica dell'ermafrodito; ai tempi dell'Impero Romano e del Medioevo dove questi individui venivano stigmatizzati e concepiti alla stregua di mostri; nei secoli successivi dove l'attenzione nei confronti del fenomeno si sposta al paradigma medico e giuridico; fino ad arrivare all'età moderna dove si assiste alla

sessualizzazione biologica del sesso e il prevalente interesse dei medici verso l'interno del corpo piuttosto che i genitali esterni e il comportamento dell'individuo.

Nel terzo capitolo viene approfondita la tematica relativa alla medicalizzazione dei soggetti intersessuali, pratica attuata in particolare durante l'era interventista del Novecento, dove ha prevalso il modello di John Money degli anni '50. In seguito si vedrà come le critiche radicali degli anni '90 hanno portato ad un nuovo modo di percepire e trattare le persone con ambiguità sessuali, fino ad arrivare alla stesura di nuove linee guida più equilibrate che hanno apportato alcuni cambiamenti nella percezione del fenomeno.

Il quarto capitolo si focalizza sul progetto di ricerca elaborato per la presente tesi, spiegando nel dettaglio gli obiettivi, le ipotesi della ricerca e la metodologia utilizzata. Inoltre, vengono approfonditi gli strumenti utilizzati nel protocollo per fornire informazioni più dettagliate riguardo ai costrutti misurati e alla composizione di ogni questionario.

Il quinto capitolo si concentra sull'analisi statistica dei dati raccolti tramite la somministrazione del protocollo agli studenti delle facoltà mediche e sanitarie italiane. Questi dati sono stati elaborati tramite il software di statistica SPSS (Statistical Package for Social Science).

Il sesto capitolo prende in esame i risultati più significativi emersi dall'analisi dei dati, interpretando e discutendo come questi possono essere letti alla luce degli obiettivi e delle ipotesi del progetto di ricerca. Infine verranno presi in considerazione i limiti della presente ricerca e i possibili sviluppi futuri nel fenomeno dell'intersessualità.

CAPITOLO 1. IL DIMORFISMO SESSUALE: DA UNA CONCEZIONE BINARIA ALLA MOLTEPLICITA' DEI SESSI

Ogni società ha sempre affrontato le tematiche relative al sesso, alla sessualità e al genere con lo scopo di creare una realtà composta da confini ben precisi che coinvolga il maggior numero di persone possibili, spesso nascondendo o rendendo invisibili le persone che non rientravano in questi limiti socialmente consentiti. Il pensiero occidentale ha articolato il sesso, la sessualità e il genere in dicotomie fondate su una logica binaria secondo cui esistono solo due tipologie: il sesso maschile e il sesso femminile. L'importanza data al genere e al sesso si può riscontrare ancora prima della nascita dell'individuo, quando il bambino viene già etichettato come maschio o femmina e immediatamente gli viene attribuita un'identità in base al sesso di appartenenza, connessa di conseguenza a tutti i comportamenti e gli atteggiamenti ritenuti adeguati alla società per quel determinato sesso.

In questo senso, nella maggior parte della società, essere umano vuol dire essere o uomo o donna e non è permesso (socialmente o legalmente) essere entrambi (Crocetti, 2013). Spesso si tiene in considerazione unicamente l'anatomia, fissando un significato rigido, bipolare e dualistico che situa da un lato l'universo del sesso maschile e dall'altro l'universo del sesso femminile. In realtà, tale corrispondenza tra società e biologia è più complessa di quanto comunemente si pensi, come dimostrano, ad esempio, le numerose persone i cui corpi non si conformano alla norma statistica del dualismo sessuale e che, per tale motivo, vengono etichettate come "anormali" o "devianti". L'essere maschile e l'essere femminile costituiscono solamente i due estremi di un vasto spettro, proprio perché tra di essi vanno a collocarsi una pluralità di modi intermedi di essere che si situano oltre alla netta divisione nei due generi. Questi stati intermedi vengono fatti

rientrare nel termine ombrello “intersessualità”, coniato per indicare una molteplicità di condizioni in cui si trovano gli individui che nascono con cromosomi sessuali, apparato genitale e/o caratteristiche sessuali secondarie che variano da ciò che viene comunemente considerato come maschile e femminile (Balocchi, 2010).

Il discorso sul sesso, quindi, conferma il monopolio del potere sociale di nominare e disciplinare tutti i corpi sessuati in vista della loro normalizzazione. Escludere l’intersessualità dall’attenzione comune non è stato soltanto l’effetto di una mancanza di conoscenze relative al fenomeno (questa è una giustificazione), quanto il risultato dell’esercizio di un potere a cui è data la possibilità di distinguere ciò che è reale da ciò che non lo è, quello che viene considerato vero (e quindi buono) da quello che viene considerato falso (e quindi malvagio). Per questo motivo spesso si parla di invisibilizzazione dell’intersessualità: questo fenomeno è in grado di mettere in discussione e di far “saltare” la struttura del discorso dominante della società su sesso, sessualità e genere.

Per comprendere tutte le sfaccettature dell’intersessualità, nel presente lavoro di tesi si è scelto di partire dalle definizioni dei concetti di sesso e genere e gli altri aspetti ad essi collegati. Questa scelta di campo è stata dettata dall’idea secondo cui non si può parlare di intersessualità senza considerarne la base biologica, psicologica e sociale e, in particolar modo, mettendo in evidenza le concezioni tipiche delle società occidentali per tentare di andare oltre all’idea classica del dimorfismo sessuale.

Secondo quest’ottica, nel presente capitolo verrà inizialmente analizzato il costrutto dell’identità sessuale, ponendo particolare attenzione ai quattro aspetti in cui si suddivide: il sesso biologico, l’identità di genere, il ruolo di genere e l’orientamento

sessuale. Nella seconda parte del capitolo verrà esaminata la teoria provocatoria elaborata dalla socio-biologa Anne Fausto-Sterling sulla molteplicità dei sessi.

1.1 L'identità sessuale

Parlare di intersessualità implica necessariamente di focalizzare l'attenzione anche sui concetti di sessualità e identità sessuale. Il concetto di sessualità è un concetto composito, che comprende al suo interno l'identità personale, lo stato affettivo, le variabili culturali, le attività sessuali, la riproduzione e tutti gli aspetti biologici e fisiologici legati all'esperienza dell'individuo in quanto organismo sessuato.

L'identità sessuale descrive la dimensione soggettiva del proprio essere sessuati e può essere vista come un costrutto evolutivo e dinamico multifattoriale poiché integra tutti gli elementi contenuti anche nella definizione di sessualità, ossia fattori biologici, psicologici, educativi e socioculturali (Panzeri, 2013). L'identità sessuale viene costruita attraverso i meccanismi intrapsichici e sociali, è direttamente influenzata dall'esperienza che le persone fanno in quanto appartenenti ad un genere, ed è anche evolutiva poiché viene costruita durante il percorso che ogni individuo compie per raggiungere la piena maturità affettiva e sessuale. Fin dalla nascita ogni individuo è accolto e trattato anche in base alla sua appartenenza biologica ad uno dei due generi e crescendo si costruisce un'identità sessuale in base ai rapporti con l'ambiente familiare e culturale in cui è inserito. Tutte le relazioni con le altre persone si impostano in base al genere che è stato attribuito all'individuo alla nascita, anche prima di raggiungere la maturità sessuale (Panzeri, 2013).

All'interno della nostra società, grazie alle riconferme della psicologia, della medicina, della psichiatria, del diritto e della cultura, sull'identità sessuale gioca un ruolo

fondamentale il binarismo sessuale, ossia un dispositivo bio-politico che impone una divisione netta della sessualità in dicotomie, tutt'altro che descrittive, ma necessarie per l'inquadramento in gerarchie che pongano in essere una norma definente di ciò che è normale da ciò che non lo è per stabilire cosi chi ha e chi non ha diritti all'interno della nostra società (Bernini, 2008). In questo senso, la sessualità e l'identità sessuale sono quindi dei concetti che tendono a basarsi sempre su una chiara visione della società basata su definizioni e categorie binarie, divise nei due generi prevalenti.

L'identità sessuale risponde quindi a questa esigenza della società di classificazione e stabilità, ma al suo interno contiene anche elementi di incertezza e imprevedibilità essendo l'esito di un processo costruttivo influenzato dalla complessa interazione tra aspetti biologici, psicologici, educativi e socioculturali. Questi elementi di imprevedibilità si possono riscontrare nelle quattro dimensioni in cui si suddivide l'identità sessuale: il sesso biologico, l'identità di genere, il ruolo di genere e l'orientamento sessuale.

1.1.1 Il sesso biologico

Dal punto di vista biologico, per sesso si intende l'insieme degli aspetti biologici ed anatomici che determina l'appartenenza di un individuo al sesso maschile o al sesso femminile. Questo termine deriva dal latino *sexus* che, nel senso comune, significava appunto la separazione e la divisione tra le due categorie sessuali.

Lo sviluppo sessuale si può ricondurre all'azione di tre differenti fattori fondamentali: il corredo cromosomico dello zigote, la differenziazione delle gonadi e la differenziazione degli organi deputati alla riproduzione, lo sviluppo dei genitali esterni e delle caratteristiche sessuali secondarie. Grazie all'azione di questi fattori possiamo

riscontrare quindi tre differenti tipologie legate alla determinazione del sesso: il sesso genetico (o cromosomico), il sesso gonadico e il sesso fenotipico (o genitale).

Il sesso genetico (o cromosomico) è il primo evento legato allo sviluppo sessuale di un individuo e si determina al momento del concepimento con l'assetto cromosomico. Il corredo cromosomico degli esseri umani è composto da 46 cromosomi, 22 coppie di autosomi e i due cromosomi sessuali X e Y. Solitamente, le femmine possiedono un corredo cromosomico con due cromosomi X (46, XX), mentre nei maschi sono presenti un cromosoma X e un cromosoma Y (46, XY).

Il sesso gonadico è determinato dalla presenza o meno delle gonadi, gli organi deputati all'elaborazione dei testicoli nei maschi atti alla produzione degli spermatozoi, e delle ovaie che producono gli ovuli nelle femmine. La gonade embrionale inizialmente è indifferenziata ed è costituita da una parte interna ed una parte esterna. Il cromosoma Y contiene al suo interno un gene definito "Fattore Determinante del Testicolo" (SRY: Sex Determining Region Y) che sovrintende allo sviluppo dei testicoli e, unito all'azione di altri fattori, comporta la mascolinizzazione delle gonadi. In questo senso, affinché un feto con fenotipo XY si sviluppi in senso maschile c'è bisogno del gene SRY e di molti altri fattori. L'assenza del gene SRY comporterà invece una differenziazione della gonade in senso femminile. La parte esterna della gonade embrionale, se sono presenti due cromosomi X, andrà invece a formare le ovaie (Panzeri, 2013). I due cromosomi sessuali contengono anche caratteri che non sono specificatamente legati al sesso: ad esempio nel cromosoma X sono presenti numerosi geni coinvolti nello sviluppo del cervello e di altri organi. A sua volta, il cromosoma Y contiene anche informazioni genetiche per l'accrescimento del corpo (giustificando in

parte il dato che in media i maschi sono più alti delle femmine) e per la fertilità, in quanto regolano la maturazione degli spermatozoi.

Per sesso fenotipico (o genitale) si intende l'insieme dei processi biologici che portano allo sviluppo degli organi genitali interni, dei genitali esterni e dei caratteri sessuali secondari. L'apparato genitale interno maschile comprende l'epididimo, i vasi deferenti, le vescichette seminali e i dotti eiaculatori. L'apparato genitale esterno maschile è composto dal pene, dallo scroto e dall'uretra. L'apparato genitale interno femminile, invece, comprende l'utero, le tube e i due terzi interni della vagina. L'apparato genitale esterno femminile è composto dal terzo esterno della vagina, il clitoride, l'uretra e le piccole e grandi labbra (Panzeri, 2013). Quindi, i genitali interni comprendono le gonadi (ovaie nella donna; testicoli nell'uomo), cioè gli organi deputati alla produzione degli ormoni e alla maturazione delle cellule della riproduzione (ovociti nella donna; spermatozoi nell'uomo) e i canali annessi (tube, utero e la porzione superiore della vagina nella donna; epididimo, vasi deferenti e vescicola seminale nell'uomo) che collegano le gonadi ai genitali esterni (vagina e vulva nella donna; pene e scroto nell'uomo).

I caratteri sessuali secondari sono invece quelli che interessano l'aspetto esterno dell'individuo e, tipicamente, si differenziano in base al sesso di appartenenza. Questi caratteri sessuali tendono a rimanere poco distinti prima della pubertà e si rendono poi più manifesti solo dopo tale processo di maturazione. Essi compaiono prima nelle femmine e più tardi nei maschi. Le modificazioni che caratterizzano la pubertà consistono essenzialmente nell'accelerazione dell'accrescimento scheletrico, nella trasformazione della composizione corporea, con particolare riferimento alla quantità e alla distribuzione del grasso corporeo, nello sviluppo degli apparati circolatorio e

respiratorio, delle gonadi e dell'intero apparato riproduttivo. Dal punto di vista biologico, come conseguenza di queste modificazioni, l'individuo si avvia quindi ad acquisire le caratteristiche fisiche e le capacità funzionali dell'adulto, compresa quella riproduttiva.

Lo sviluppo di queste differenze sessuali è condizionato anche da alcuni specifici ormoni: gli ormoni che promuovono lo sviluppo e il mantenimento dei caratteri sessuali femminili sono detti estrogeni, mentre quelli che agiscono sui caratteri sessuali maschili vengono chiamati androgeni. È ormai ben accertato che l'azione degli ormoni sessuali è di tipo specifico (mascolinizzante o femminilizzante) indipendentemente dal sesso dell'individuo in cui agiscono; inoltre, benché gli androgeni predominino nel maschio e gli estrogeni nella femmina, gli ormoni sessuali che caratterizzano un sesso non sono assenti, né sono privi di effetto, nell'altro. Nell'uomo praticamente tutti i caratteri sessuali sono sotto l'influenza del testosterone, nelle donne invece troviamo l'azione combinata degli estrogeni e del progesterone (Dizionario di medicina Treccani, 2010). Le principali differenze sessuali nate da questa maturazione sono differenti: nel maschio ritroveremo dei caratteri maschili come la crescita dei peli e della barba, l'allargamento delle spalle e il rafforzarsi dei muscoli, l'ingrandimento del pene, dei testicoli e della prostata; nella femmina si riscontra la crescita dei peli sul pube, la crescita del seno, l'allargamento del bacino e la comparsa delle mestruazioni con il menarca.

Quando si riscontrano delle anomalie legate a una di queste tre tipologie, ossia il sesso genetico, il sesso gonadico o il sesso genitale, parliamo di una condizione di Intersessualità.

1.1.2 L'identità di genere

Il genere è un processo di costruzione sociale e culturale ed indica la rappresentazione, la definizione e l'incentivazione di quei comportamenti che danno vita al modello culturale di maschile e femminile presente nella propria società di appartenenza. Il genere dunque è appreso e non innato poiché ogni cultura attribuisce alle differenze legate al sesso biologico degli attributi che diventano discriminanti nella definizione di cos'è uomo e cos'è donna. Nel sentire comune il sesso e il genere sono due aspetti associati allo stesso fenomeno, ma questa è una visione riduttiva del reale significato di entrambi questi termini. Il rapporto tra sesso e genere varia a seconda delle aree geografiche, dei periodi storici e delle culture di appartenenza. I concetti di mascolinità e femminilità sono in questo senso dei concetti dinamici che devono essere storicizzati e contestualizzati per essere compresi a pieno poiché ogni società definisce quali valori riferire alle varie identità di genere e in che cosa effettivamente consiste l'appartenenza al genere femminile e a quello maschile. Il genere dunque è il frutto di un persistente rinforzo sociale e culturale delle identità che viene creato quotidianamente dagli individui nelle loro costanti relazioni con il contesto e la cultura di cui fanno parte.

Il concetto di genere, in sintesi, si riferisce alla classificazione sociale in termini di maschile e femminile. Ma in realtà il concetto di genere ha a che fare anche con il potere e la disparità tra i sessi. Gayle Rubin (1975) fu una delle prime ad introdurre il concetto di "sex/gender system" dove pone al centro dell'attenzione i processi sociali, gli adattamenti, i comportamenti e i rapporti con i quali la società trasforma il dimorfismo biologico in prodotti dell'attività umana e organizza in maniera differenziata la divisione dei compiti tra gli uomini e le donne. Per l'autrice, quindi, i processi sociali trasformano la sessualità biologica in un sistema binario in cui il femminile risulta essere subordinato al maschile. Anche per la studiosa Joan Scott

(2010) il genere non riflette le differenze fisiche tra i due generi, ma diventa il sapere con cui si stabilisce quali siano i significati da attribuire alle differenze fisiche tra uomo e donna: queste caratteristiche anatomiche si sono quindi prestate alla costruzione di una disparità storica che ha comportato la divisione del lavoro, delle competenze e l'accesso al sapere mettendo sempre in secondo piano il genere femminile. Da questa nuova concezione nascono la maggior parte degli studi femministi, che si basano sull'idea secondo cui non possiamo più guardare al genere come una categoria semplicemente storico-culturale, ma bisogna concettualizzarlo come un concetto politico e uno strumento di potere che svela lo stato dei rapporti impari tra uomo e donna.

Il dimorfismo biologico, quindi, non produce naturalmente i ruoli sociali differenziati in base al sesso di appartenenza: questi ruoli sono esclusivamente dei prodotti della cultura. Money e Tucker (1975) hanno espresso questo aspetto in una frase di particolare effetto: "Gli imperativi biologici fissati per tutti gli uomini e per tutte le donne si riducono a quattro: solo un uomo può fecondare, solo una donna può avere le mestruazioni, gravidanze e allattare. Tutte le altre differenze sessuali (…) sono (…) negoziabili".

Il sessuologo John Money (1952) fu anche uno dei primi studiosi a parlare di identità di genere definendola come l'esperienza di sé come maschio o femmina e distinguendola dal ruolo di genere (gender role) che invece definiva come la manifestazione sociale e pubblica della stessa identità di genere. Successivamente, anche Robert Stoller (1968), grande studioso dei disturbi dell'identità sessuale in intersessuali e transessuali, coniò il termine "gender identity" per indicare la non coincidenza tra sesso biologico e processi di identificazione dell'individuo. Secondo lo studioso il/la bambino/a è consapevole della sua mascolinità/femminilità già entro il primo anno e mezzo di vita,

indipendentemente dai suoi cromosomi o dall'anatomia dei genitali. In questo stadio sono fondamentali le etichettature di genere da parte dei genitori, l'identità di genere degli stessi genitori e le identificazioni del bambino/a con i genitori.

L'identità di genere è quindi una delle componenti fondamentali del processo di costruzione dell'identità. Il termine si riferisce appunto al vissuto di appartenenza ad un genere o all'altro, maschile o femminile, o in modo ambivalente ad entrambi. Tale appartenenza può esprimersi quindi con vissuti e comportamenti corrispondenti o non corrispondenti al sesso biologico. L'identificazione primaria di genere è quasi sempre contingente con il proprio sesso biologico, anche se, occasionalmente, ci possono essere delle discordanze. Secondo Panzeri, 2013, l'identità di genere può quindi essere: maschile, femminile, intersessuale, transessuale (persone che hanno iniziato o concluso un percorso di riattribuzione del genere poiché sentono di appartenere al genere sbagliato) e transgender (persone transessuali che non vogliono sottoporsi ad un adeguamento chirurgico del genere che sentono come proprio). In generale, si parla di persona cisgender nel caso in cui vi sia una concordanza tra identità di genere e sesso biologico assegnato alla nascita e di persona transgender quando invece questa concordanza non esiste.

1.1.3 Il ruolo di genere

L'identità di genere e il ruolo di genere non sono concetti distinti, ma sono aspetti diversi della stessa cosa, poiché l'identità di genere, come abbiamo visto, è l'esperienza intima che una persona fa in base al proprio genere di appartenenza, mentre il ruolo di genere ne è l'espressione comportamentale (Money e Tucker, 1975).

Il ruolo di genere è quell'insieme di aspettative comportamentali riferite ai due sessi che l'individuo mette in atto attraverso comportamenti verbali e non verbali per esprimere il proprio genere secondo il modello dicotomico (Taurino, 2005). Sulla base delle norme culturali, ci si aspetta che gli individui si comportino in maniera socialmente conforme al loro sesso biologico e, di conseguenza, tutti gli atteggiamenti e i comportamenti che deviano da questi stereotipi di maschio o femmina sono considerati inappropriati. Ogni comportamento, quindi, è "tipicizzato" per genere e le culture e le società ne definiscono e mutano i criteri di adeguatezza. Il ruolo di genere viene valutato in relazione a diversi elementi: manierismi, comportamento, atteggiamento, preferenze negli interessi, nei temi di conversazione, nelle fantasie e pratiche erotiche, nel vestiario e anche nella scelta della professione. Si situa lungo un continuum che va dall'estrema femminilità all'estrema mascolinità.

Possiamo affermare quindi che il ruolo di genere è sempre influenzato dalle aspettative sociali che in un determinato contesto socioculturale si creano attorno alle differenziazioni tra i generi, alle loro funzioni sociali e alla loro gerarchia nell'accesso ai sistemi di potere. Inoltre, viene influenzato dal modo in cui l'individuo, a partire dalle proprie esperienze di vita e del proprio contesto socioculturale, elabora e fa proprie tali aspettative.

1.1.4 L'orientamento sessuale

Con orientamento sessuale si intende quella componente dell'identità sessuale che riguarda l'attrazione erotica ed affettiva di una persona. Si situa lungo un continuum in cui possiamo riscontrare quattro diversi fattori:

- Eterosessualità: se la persona sente di essere attratta da persone di genere diverso dal proprio genere di appartenenza;
- Omosessualità: se la persona sente di essere attratta da persone di genere uguale al proprio genere di appartenenza;
- Bisessualità: se la persona sente di essere attratta sia da persone di genere uguale sia da persone di genere diverso dal proprio genere di appartenenza;
- Asessualità: se la persona sente di non provare alcuna attrazione verso le altre persone.

In definitiva, è possibile paragonare l'orientamento sessuale allo spettro di un arcobaleno che varia in gradi ed intensità dei suoi colori. Adottando una prospettiva multidimensionale, possiamo dire che l'orientamento sessuale è costituito da una molteplicità di fattori: l'identificazione di sé, il comportamento, le fantasie, il coinvolgimento affettivo e l'attuale stato di relazione. Queste componenti possono anche non andare nella medesima direzione e subire mutamenti nel corso del tempo. Ogni individuo, quindi, sviluppa una sua "organizzazione" delle attrazioni erotiche ed affettive, delle fantasie e delle attività sessuali che è unica e specifica.

Grazie al concetto di identità sessuale, possiamo quindi comprendere come i comportamenti di ogni individuo siano soggetti all'influenza di molti fattori biologici, psicologici, educativi e socioculturali. Nonostante questi concetti siano nati con lo scopo di andare oltre alle categorizzazioni tipiche delle società occidentali che tendono a dividere il sesso e il genere solamente in due fattori naturali, ponendo una maggiore attenzione possiamo notare che alcune persone restano comunque escluse da queste categorie, come ad esempio quell'insieme mutevole di situazioni e sindromi che vengono inserite sotto il termine ombrello di "intersessualità".

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 (Balocchi, 2012). Come scrive Connell «la nostra rappresentazione del genere è spesso dicotomica, ma la realtà non lo è» (p. 38).

Già nei primi anni ’90 la studiosa Anne Fausto-Sterling sollevava il problema di una biologia sessuata che portava alla naturalizzazione di sessi bipolari e non permetteva di comprendere ciò che non rientrava 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» (Fausto-Sterling, 2000). Per ovviare a questa mancanza, Fausto-Sterling ha quindi elaborato una sua teoria che va oltre il classico binarismo sessuale, e che invece ha evidenziato come nel nostro mondo possono addirittura esistere cinque sessi, se non molti di più (Fausto-Sterling, 1993).

1.2 I cinque sessi di Anne Fausto-Sterling

La biologa americana Anne Fausto-Sterling scrivendo l’articolo “The Five Sexes: Why Male And Female Are Not Enough” (1993) ha provocatoriamente proposto l’introduzione di una nuova classificazione del sesso basata su cinque differenti tipologie di sessi. La studiosa afferma che esistono modi differenti per classificare i corpi umani proprio perché la classica dicotomia maschile/femminile non è in grado di comprendere al suo interno tutte le condizioni che invece si possono presentare discutendo di corpi sessuati. Come abbiamo visto prima, la distinzione tra sessi è una “costruzione” sociale, poiché i criteri utilizzati per determinare il sesso non sono esclusivamente biologici ma riflettono l’influenza delle convenzioni e delle scelte socioculturali di una determinata società.

Nella cultura occidentale, in special modo, l'esistenza dei due sessi prevalenti è un'idea molto radicata nel senso comune e in generale nella società: vedendo il linguaggio, ad esempio, possiamo notare che la lingua stessa rifiuta l'idea che possano esistere alternative diverse da "lui/lei" e ciò comporta una mancanza di alternative per chi invece non appartiene chiaramente né al genere femminile né a quello maschile, oppure sente di appartenere ad entrambi. L'autrice ha quindi inventato delle convenzioni per riuscire a parlare di questi individui, ad esempio utilizzando il termine s/he oppure his/her. Anche dal punto di vista legale, ogni bambino e poi ogni adulto deve essere registrato come uomo o donna, e questo non è un aspetto banale, poiché comporta numerose implicazioni riguardo a tutte le leggi legate al matrimonio, alla famiglia e all'intimità umana in generale. In alcuni paesi degli Stati Uniti, ad esempio, due individui registrati all'anagrafe come maschi non possono avere relazioni sessuali fra di loro senza infrangere le leggi sulla sodomia.

Questa visione binaria della società però non viene mantenuta in maniera altrettanto rigida e dicotomica in natura. Biologicamente parlando, esistono infatti molte gradazioni intermedie dal maschile al femminile e, a seconda dei punti di vista, si potrebbe argomentare che all'interno di questo spettro si possano individuare almeno cinque sessi, se non di più (Fausto-Sterling, 1993).

La letteratura medica utilizza il termine "intersex" per indicare i tre macro gruppi caratterizzati da individui con un mix di caratteristiche maschili e femminili, oltre al sesso maschile e a quello femminile:

- HERMS: i veri ermafroditi in quanto posseggono entrambe le gonadi (un ovaio e un testicolo);

- MERMS: pseudoermafroditi maschi, caratterizzati dalla presenza di testicoli e parti genitali femminili, ma mancanza di ovaie;
- FERMS: pseudoermafroditi femmine, caratterizzati dalla presenza di ovaie e parti di genitali maschili, ma non sono presenti i testicoli.

Ognuna di queste categorie è di per sé complessa: la percentuale di caratteristiche maschili e femminili, ad esempio, può variare ampiamente tra i membri di uno stesso gruppo. Di conseguenza, secondo Fausto-Sterling il sesso deve essere inteso come un continuum vasto, infinitamente malleabile in cui possiamo riscontrare almeno cinque sessi.

Non sorprende, quindi, che sia così difficile stimare l'incidenza dell'intersessualità, e di conseguenza risulta ancora più complicato calcolare la frequenza dei tre sessi aggiuntivi. John Money suggerisce che gli intersessuali possono costituire oltre il 4% delle nascite, percentuale che è difficile da confermare visto che alcuni bambini non arrivano all'età adulta con la stessa anatomia presentata alla nascita. Infatti, i progressi nella fisiologia e nella tecnologia chirurgica hanno permesso ai medici di modellare il corpo dei bambini intersessuali fin dalla più tenera età. Una volta entrati nel programma di trattamento ormonale e chirurgico, questi bambini potevano scivolare silenziosamente nella società come "normali" maschi e femmine eterosessuali. Questi trattamenti fondamentalmente nascono dal desiderio di farli diventare persone in grado di "adattarsi" sia fisicamente che psicologicamente alla comunità in cui vivono (Fausto-Sterling, 1993). Tutti i sistemi classificatori, infatti, non fanno altro che suggerire la varietà dell'anatomia sessuale basandosi esclusivamente sulla pratica clinica, anche se, in realtà le varietà sessuali sono così differenti che è possibile sapere quali parti sono presenti e che cosa è collegato a cosa solo dopo un intervento chirurgico esplorativo.

L'intersessualità di per sé è un fenomeno conosciuto nella storia, spesso presente nelle storie sull'origine dell'uomo sotto il nome di "Ermafroditismo".

Alla fine del Medioevo in Europa era affiorato un modello che, in un certo senso, è tuttora mantenuto anche nell'età moderna: gli ermafroditi furono costretti a scegliere un ruolo di genere e rimanere legati ad esso, la pena per ogni trasgressione era spesso la morte. Anche i moderni sistemi anglosassoni richiedono che i neonati siano registrati come maschi o femmina per diverse questioni: l'eredità, la legittimità, la paternità, la successione al titolo e l'ammissibilità ad alcune professioni.

Nel corso del XX secolo il mondo legale venne affiancato anche dalla comunità medica con la cancellazione completa di qualsiasi forma di sesso incarnata che non è conforme ad un modello eterosessuale maschio-femmina. Di conseguenza, le più sofisticate conoscenze relative alla complessità dei sistemi sessuali elaborate in questo periodo hanno portato, paradossalmente, ad una repressione maggiore di tali complessità. L'urologo Hugh Young (1937), ad esempio, fu uno dei primi studiosi ad interessarsi all'intersessualità ma allo stesso tempo fu anche il primo a fornire le basi su cui poi sono state costruite le pratiche di intervento chirurgiche e ormonali attuali. Anche Dewhurst e Gordon (1969) contribuirono ad enfatizzare l'importanza degli approcci medici e chirurgici all'intersessualità. In questo senso, la scienza ha adottato rapidamente l'ipotesi secondo cui senza assistenza medica le persone ermafrodite sono condannate ad una vita di miseria, anche se esistono pochi studi empirici a supporto di questa affermazione (Fausto-Sterling, 1993).

Il trattamento dell'intersessualità in questo secolo offre un esempio di quello che Michel Foucault, storico francese, ha definito come "biopotere". La conoscenza derivante dalle discipline come la biochimica, l'embriologia, l'endocrinologia, la psicologia e la

chirurgia hanno permesso ai medici di controllare il sesso del corpo umano. Secondo Fausto-Sterling (1993) questo maggior controllo comporta due contraddizioni. La "gestione" medica dell'intersessualità, da un lato, si è sicuramente sviluppata come tentativo per liberare le persone dal dolore psicologico percepito (non è chiaro però a chi appartenesse il dolore: al paziente, ai genitori o al medico). La medicina moderna può aver avuto successo, quindi, solo se si accetta l'ipotesi che in una cultura sessualmente divisa come la nostra le persone possono realizzare al massimo il loro potenziale di felicità e produttività solo se sono sicuri di appartenere ad uno dei due sessi socialmente riconosciuti. Al contrario, queste convinzioni mediche possono essere viste come una modalità di disciplinare, e non certo come un progresso della scienza. Gli ermafroditi, infatti, hanno dei corpi indisciplinati, che non rientrano naturalmente nella classificazione binaria del sesso: solamente una forzatura chirurgica li può indirizzare all'interno del rigido dimorfismo sessuale tipico della cultura occidentale. Queste convinzioni sembrano nascere dall'esigenza culturale di mantenere una chiara distinzione tra i sessi. La società occidentale quindi impone il controllo delle persone intersessuali proprio perché rendono complicato e più vasto il divario esistente tra i due sessi, sfidando le credenze tradizionali circa la differenza sessuale. Gli ermafroditi letteralmente incarnano entrambi i sessi e quindi possiedono l'irritante capacità di vivere a volte come un sesso e talvolta come l'altro, e di conseguenza, rischiano di sollevare lo spettro dell'omosessualità (Fausto-Sterling, 1993).

L'autrice quindi propone una nuova visione, un'utopia in cui si passa da un biopotere, come quello delineato da Foucault, a un potere condiviso in cui tutte le opposizioni relative al paziente e al medico, al genitore e al figlio, al maschio e alla femmina, agli eterosessuali e agli omosessuali possano dissolversi in quanto fonti di divisone.

Secondo Fausto-Sterling potrebbe nascere una nuova etica del trattamento medico che permetterebbe l'ambiguità in una cultura che riuscirebbe a superare la classica divisione sessuale (1993). La missione centrale in questa nuova etica dovrebbe essere quella di preservare la vita, in una costante cooperazione tra medico, paziente e altri consulenti formati sulle problematiche relative alla molteplicità di genere. La stessa Fausto-Sterling, però, si rende conto che questo cambiamento non può essere facile poiché viviamo in una società che non accetta ancora pienamente il sesso eterosessuale "normale" e, in misura ancora minore, non riesce a scendere a patti legalmente e religiosamente con una realtà semplice ma allo stesso tempo antica come l'omosessualità. Da questo punto di vista, la società occidentale non sarebbe ancora pronta ad accogliere rapidamente l'intersessualità: la stessa autrice ha riscontrato che "prima che la mia visione della molteplicità sessuale possa essere realizzata, i primi bambini apertamente intersessuali e i loro genitori dovranno essere pionieri coraggiosi che sopporteranno il peso della crescente sofferenza sociale. Ma a lungo termine- anche se potrebbe richiedere generazioni- il premio potrebbe essere una società in cui la sessualità sarà qualcosa da celebrare per le sue sfumature, e non qualcosa da temere o ridicolizzare" (Fausto-Sterling, 1993, p.7).

Nel 2000 Fausto-Sterling pubblicò una nuova edizione del suo articolo, anche per discutere l'impatto che aveva avuto sulla società la sua proposta provocatoria dei cinque sessi. L'autrice riconobbe che le reazioni al suo articolo furono molto differenti tra loro: parecchi erano rimasti sconvolti dalla portata delle sue affermazioni, mentre molte altre persone si sentirono comprese, poiché erano sempre state vincolate al sistema classico del sesso e del genere. L'autrice rilevò che dal 1993 i confini tra maschile e femminile si erano ancora più acutizzati; d'altro canto, numerose persone avevano deciso di uscire

allo scoperto, fondando associazioni e movimenti a sostegno della loro lotta e della costante invisibilizzazione a cui sono continuamente sottoposte.

La forza della teoria viene confermata dal fatto che esistono prove concrete, anche a livello della biologia di base, dell'esistenza di condizioni intermedie che si trovano al di fuori del classico modello dicotomico maschio/femmina. I cromosomi, gli ormoni, le strutture interne sessuali, le gonadi e i genitali esterni variano molto più di quanto si creda possibile, generando individui che sono nati al di fuori del modello platonico dimorfico (Fausto-Sterling, 2000).

Di recente (2015), la scrittrice freelance Claire Ainsworth ha pubblicato sulla rivista Nature un articolo molto interessante, dove ha evidenziato come alcuni biologi hanno scoperto un maggior numero di sessi rispetto al semplicistico maschio/femmina e, quindi, confermando anche quanto era stato detto da Fausto-Sterling nel 2000. Queste nuove prove derivano dalla convinzione che il sesso può essere molto più complicato di quanto sembri a prima vista (Ainsworth, 2015). Infatti, prendendo come punto di riferimento la genetica, alcuni biologi hanno identificato molti geni coinvolti nello sviluppo dei DSD, ed hanno scoperto che le variazioni di questi geni possono comportare cambiamenti molto sottili negli aspetti anatomici e psicologici degli individui. Inoltre, le nuove tecnologie del DNA e del sequenziamento biologico stanno rivelando come quasi tutti gli organismi siano composti da un patchwork di cellule geneticamente distinte, che quindi potrebbero anche non corrispondere al sesso che invece predomina nel resto del corpo. Le stesse gonadi possono essere influenzate dai geni, capovolgendo l'equilibrio generale e, di conseguenza, allontanandosi o avvicinandosi al sesso apparentemente annunciato dai cromosomi. Inoltre, un certo numero di DSD può essere causato anche dai segnali ormonali provenienti dalle gonadi

e dalle altre ghiandole corporee. Ponendo l'attenzione alle singole cellule, questi scienziati hanno scoperto che non è sempre vero che ogni cellula contiene al suo interno un set di geni specifico, ne sono esempio i casi di mosaicismo, in cui gli organismi degli individui sono composti da un patchwork di cellule che contengono un differente make-up genetico. Secondo quest'ottica, il sesso deve essere visto come uno spettro, in cui ci possono essere molte variazioni: la stessa incidenza dei DSD potrebbe cambiare drasticamente, portando a diagnosticare una condizione di intersessualità in almeno 1 persona ogni 100, se non di più (Ainsworth, 2015).

Ciò che risulta chiaro, dopo la pubblicazione dell'articolo di Fausto-Sterling del 1993 e le importanti scoperte descritte dalla Ainsworth (2015), è che la società moderna sta iniziando a spostare la sua attenzione verso una molteplicità dei sessi, riconoscendo una nuova prospettiva universale in cui venga sostenuta la variazione di genere, in modo da renderla un fenomeno normale e, per alcune persone, anche un'esperienza di esplorazione della propria sessualità oltre i confini classici dettati dalla società.

CAPITOLO 2: LA PERCEZIONE DELL'ERMAFRODITISMO DALL'ANTICHITA' ALL'ETA' MODERNA

2.1 L'ermafroditismo nella storia

Nell'uso comune i significati dei termini "ermafroditismo", "intersessualità" e "DSD" (Disorders of Sex Development) vengono spesso confusi, ma non sono affatto interscambiabili. Il termine "ermafrodita" è il più antico fra i tre e la sua evoluzione è sempre andata di pari passo con la complessità e la mutevolezza dei ruoli sociali di genere che venivano concepiti e plasmati in modi differenti nelle varie epoche storiche (Crocetti, 2013). Di conseguenza, la determinazione del genere dei soggetti ermafroditi ha da sempre comportato delle significative implicazioni sia legali che sociali, spesso basate sulla stigmatizzazione di questi individui in quanto esseri "mostruosi" o comunque devianti rispetto alla normale dicotomia sessuale. La maggior parte dei resoconti della vita degli ermafroditi fino al XVII secolo proviene dalle controversie legali sul loro status giuridico di genere, sul riconoscimento o meno del loro diritto a contrarre matrimoni, ad acquisire proprietà, a diventare sacerdoti e a tutti gli altri diritti di cittadinanza basati sul genere (Crocetti, 2013)[1].

Nel mondo occidentale continuò a prevalere fino al XVIII secolo un modello monosessuale esclusivamente maschile, in cui la donna era considerata semplicemente come una visione meno perfetta dell'uomo. Sul finire dell'età moderna, invece, viene abbandonato tale modello in favore di un nuovo modello di differenziazione sessuale in cui si assiste a una trasformazione notevole nella percezione delle differenze tra i sessi:

[1] Queste dispute legali riguardanti i corpi con una "devianza" di genere sono simili a quelle che si sono verificate nei confronti delle pratiche del travestitismo, e sono in modo analogo colpite dalle tecniche di disciplinamento del genere (Crocetti, 2013).

il corpo femminile e quello maschile inizieranno quindi a venire considerati incommensurabilmente diversi (Laqueur, 1992).

Questo capitolo riporterà in dettaglio la percezione dell'ermafroditismo dall'Antica Grecia fino all'età moderna, focalizzando l'attenzione sulle differenti soluzioni elaborate nelle varie epoche per classificare i corpi sessualmente ambigui. Nel corso dei secoli, infatti, la percezione è cambiata drasticamente: nell'Antica Grecia prevaleva una concezione mitica dell'ermafrodito; ai tempi dell'Impero Romano e nel Medioevo, invece, questi individui venivano stigmatizzati e concepiti alla stregua di essere mostruosi o comunque contrassegnati da una qualche devianza morale; mentre nei secoli successivi l'attenzione nei confronti dell'ermafroditismo venne estesa al paradigma medico e a quello giuridico, ampliando ulteriormente la concezione del fenomeno. L'ultima parte del capitolo si concentra sulla nuova prospettiva adottata nei confronti dell'ermafroditismo, approfondendo una concezione biologica del sesso, dove l'interesse principale dei medici si spostava dall'esterno del corpo (genitali visibili e comportamento) per concentrarsi sugli aspetti interni che determinano la differenziazione sessuale. Questo excursus storico è di fondamentale importanza poiché consente di conoscere le differenti percezioni storiche legate al fenomeno in modo da poter comprendere le difficoltà incontrate dagli individui intersessuali dall'antichità fino ai nostri giorni.

2.1.1 I miti dell'Ermafroditismo

Nell'antica Grecia l'ermafroditismo veniva interpretato come espressione della perfezione originaria dell'uomo e da questa concezione sono nati una serie di miti che sono arrivati fino ai giorni nostri. Il più famoso, probabilmente, è il mito di Platone

sull'origine androgina dell'uomo. Nel Simposio, tramite Aristofane, il filosofo greco descrive così la divisione per generi:

> *Dapprima [...] eran tre i generi degli uomini, non due come sono ora, [...] essendocene in più un terzo, che accomunava in sé entrambi i precedenti, e di cui ora è rimasto il nome, mentre esso è sparito: ed era questo, allora, l'andròginо, unico e composto del maschile e del femminile così nel nome come nell'aspetto reale, mentre ora non ne esiste più che il nome, che si usa in senso infamante. Inoltre, la figura di ogni uomo era tutta rotonda, con dorso e fianchi in cerchio, quattro mani e lo stesso numero di gambe, e due volti, in tutto eguali, su un collo cilindrico; e con una sola testa per entrambi i visi volti in senso contrario, e quattro orecchie, e due genitali, e tutto il resto come si potrebbe figurare in conseguenza (Platone, 189d-190a, 1928).*

Aristofane spiega come gli uomini, a causa della loro superbia, cercarono di attaccare gli dei. Zeus decise per punizione di dividerli in due parti, lasciandoli con due braccia e due gambe soltanto e un solo organo genitale. Fu così che gli ermafroditi persero la loro "perfezione", divenendo semplici uomini e donne. Da quel momento gli uomini, maschi e femmine, vissero in una continua ricerca della parte mancante e quando la trovavano si univano ad essa tralasciando di nutrirsi e di lavorare, perché l'unica cosa importante era sentirsi nuovamente interi. Allora Zeus, mosso dalla compassione, decise di dare potere ai genitali di entrambi i generi, in modo che la specie umana potesse continuare a popolare la terra senza rischiare l'estinzione. Solo durante la gravidanza e durante l'amplesso si viene a ricreare la completezza originaria, ma questi due eventi hanno un

termine e così l'uomo e la donna tornano ad essere degli esseri incompleti, in quanto ad ognuno manca qualcosa dell'altro (Panzeri, 2013).

Un altro mito molto noto è il racconto di Ovidio sulla generazione di Ermafrodito, figlio di Ermes e Afrodite. Si narra nelle Metamorfosi che aveva un aspetto così bello che in lui si potevano riconoscere il padre e la madre, e che il suo nome nasceva dall'unione dei nomi dei genitori (Ermafrodito in greco è Hermaphròditos, figlio di Hermès e Aphrodites). Ermafrodito fu allevato da uno stuolo di ninfe sul monte Ida finché, a quindici anni, non sentì l'esigenza di intraprendere un viaggio in Asia Minore. Fu in questa terra lontana che avvenne l'incontro con la ninfa Salmace. Questa rimase subito colpita dal giovane e se ne innamorò follemente. Ma Ermafrodito, ignaro dell'amore, respinse bruscamente la ragazza che però non si diede per vinta. Quando un giorno Ermafrodito decise di fare un bagno nel lago di Salmace, lei si gettò a sua volta nelle acque in cui si era immerso, avvinghiandosi strettamente a lui e, malgrado la resistenza di lui, pregò gli dei di non essere mai separata dall'amato. Gli dei accolsero le sue preghiere e i due corpi uniti si fusero, annullandosi in un'unica figura: così non furono più due, ma un essere ambiguo né donna né uomo, eppure con l'aspetto di entrambi allo stesso tempo. In seguito, Ermafrodito chiese ed ottenne dai genitori che da allora chiunque si fosse immerso in quella stessa fonte avrebbe subito la sua stessa sorte.

Inoltre, è necessario citare anche il mito di Tiresia, raccontato sempre nelle Metamorfosi da Ovidio e nella Tebaide di Stazio. Tiresia non nasce ermafrodito, ma nel corso della sua vita sperimenta entrambi i sessi. Figlio di Evereo e della ninfa Cariclo, Tiresia era un uomo come tanti altri, finché un giorno, passeggiando sul monte Citerone (o il monte Cillene secondo altre versioni), incontrò due serpenti che si stavano accoppiando. Infastidito dalla scena, Tiresia colpì la femmina e in quel preciso istante si trasformò in

una donna. Da quel momento, Tiresia visse nei panni femminili per sette anni, sperimentando ogni tipo di piacere. Finché un giorno si imbatté di nuovo in due serpenti nel bel mezzo di un atto amoroso. Ricordando quanto era accaduto sette anni prima, stavolta colpì il maschio e tornò ad essere uomo. Questa curiosa esperienza arrivò anche agli orecchi degli dei nell'Olimpo. Una volta, Zeus ed Era litigarono su quale dei due sessi provasse più piacere durante l'amplesso: Zeus sosteneva che fossero le donne a trarre il maggior beneficio, mentre Era insinuava che fossero gli uomini. Siccome nessuno dei due voleva cedere, entrambi decisero di interrogare Tiresia, dato che aveva sperimentato entrambe le condizioni. Egli rispose che, se il piacere si componesse di dieci parti, alla donna ne spettano tre volte tre, mentre all'uomo una sola. Alle parole di Tiresia Era, che non voleva che il segreto del genere femminile fosse svelato, si infuriò a tal punto che per punizione gli tolse la vista. Ma Zeus, che non aveva scordato che Tiresia l'aveva aiutato ad avere ragione sulla moglie, gli diede il dono della profezia e gli concesse di vivere per sette generazioni.

Anche Diodoro Siculo, storico greco che si interessò molto di miti e leggende, prese in esame il mito di Ermafrodito. Secondo lo studioso, per alcuni egli era un Dio che nasceva come uomo, ma aveva unita in sé la natura del maschio e della femmina: aveva quindi un corpo bello e candido come quello di una donna, mentre nella forza e nel viso rappresentava un uomo. Altri invece consideravano l'unione della natura maschile e di quella femminile in un solo corpo come dei mostri che nascevano di rado in quanto essi erano dei presagi, a volte del bene e a volte del male (Diodoro Siculo, volgarizzata dal Cav. Compagnoni, 1820).

2.1.2 Gli autori greci

Nell'Antica Grecia però l'interesse per l'ermafroditismo non si limitava solamente all'interpretazione del mito. Molti autori, infatti, iniziarono a descrivere l'ermafroditismo come una delle molte variabili fisiche della specie umana, adottando quindi una prospettiva biologica (Ross, 1912).

Nel Simposio, Platone considerava l'ermafroditismo come l'origine filosofica del genere umano ad uno stadio antecedente la divisione nei due sessi. Per Aristotele l'ermafroditismo era un concetto filosofico utile a esaminare la centralità dell'uomo nel mondo (Crocetti, 2013). Aristotele definiva l'ermafroditismo come una delle varianti della gemellarità, in cui non vi era materiale a sufficienza per produrre un secondo figlio, ma credeva che fosse il calore del cuore a determinare quale dei due sessi fosse rappresentato. Quindi, sia Aristotele che Platone erano interessati al mito primordiale dell'Ermafrodito, dalla cui separazione nascevano i due generi (Crocetti, 2013). Tuttavia, Aristotele era molto più interessato alla "naturale" superiorità maschile piuttosto che alle possibilità di ambiguità. In questo modello non vi è una miscela di materiale, e quindi maschile e femminile restano due categorie ben distinte e separate. Aristotele vedeva il corpo ermafrodito come un'aberrazione fisica, un corpo maschile o femminile che conteneva del materiale in eccesso, non funzionale, molto simile ad un'escrescenza tumorale. Eppure, per quanto fosse aberrante, il corpo ermafrodito non veniva tacciato di colpevolezza morale (Crocetti, 2013). Il filosofo greco credeva anche che questi individui "doppi" venissero neutralizzati nella loro sessualità dalla natura stessa: il sesso predominante avrebbe avuto una conformazione tale da non poter funzionare e quello subordinato sarebbe stato destinato a scomparire per necrosi, non ricevendo l'alimentazione necessaria a crescere (Braida, 2011). Comunque, qualora la bisessualità perfetta si fosse manifestata nel mondo greco, probabilmente avrebbe

ricevuto un trattamento pari a qualsiasi altra forma di deformazione fisica, ossia la soppressione dell'individuo (Braida, 2011).

Un altro modello di riferimento per la medicina greca erano le teorie del medico e chirurgo Leonida, tramandate da Paolo D'Engina (anche lui medico greco, 625- 690 d.C.) nel sesto libro della Chirurgia. Secondo Leonida, l'ermafroditismo poteva avere quattro diverse manifestazioni: tre di queste riguardavano il corpo maschile, una sola si riferiva ai genitali femminili. L'ermafrodito maschio presentava, nello spazio tra lo scroto e l'ano (oppure lungo la sutura scrotale), una fessura simile all'organo genitale femminile; nell'ermafrodito femmina, invece, sulla sommità del pube, si trovava un genitale maschile completo di piccoli testicoli (Marchetti, 1988). Leonida non contemplava quindi né la figura del neutro totale (che non ha sesso), né quella dell'ermafrodito perfetto. Secondo Marchetti le ragioni per cui trascurava queste due forme di intersessualità sono perfettamente compatibili con lo spirito del tempo: infatti il neutro era "fuori dalla portata del genere" e l'androginia perfetta "una prerogativa esclusivamente divina" (Marchetti, 1988).

Ippocrate, invece, sosteneva che la generazione dell'individuo contempla tre diversi fattori: una dicotomia sinistra/destra, la tempistica del ciclo e la forza del seme. Tutti questi fattori sono ugualmente influenti tanto per la creazione del maschile che del femminile. Inoltre, la medicina ippocratica rivolgeva il proprio interesse alla diversità del corpo riproduttivo femminile, diventando la base della moderna ginecologia, ma, anche in senso negativo ponendo le basi della medicalizzazione dell'isteria come patologia di genere (Crocetti, 2013).

Galeno seguì la tradizione di Ippocrate, rimanendo uno dei pilastri della medicina occidentale fino al XVIII secolo. L'aspetto più rilevante delle sue teorie biologiche

risiedeva nella contrapposizione tra l'anatomia genitale femminile e quella maschile. Secondo il medico greco, dal punto di vista dell'anatomia genitale la femmina è imperfetta rispetto al maschio perché è più fredda. Per Galeno si poteva rintracciare negli uomini e nelle donne un seme che si forma tramite un raffinamento del sangue ad opera del calore corporeo. Le donne, quindi, erano considerate imperfette perché possedevano meno calore e, di conseguenza, producevano un prodotto meno perfetto e più debole (sangue mestruale e latte materno) rispetto agli uomini. Secondo Galeno gli uomini e le donne avevano le stesse parti del corpo, con la sola differenza che gli organi genitali femminili sono interni e quelli maschili sono esterni. Anche per questo motivo, quindi, si riteneva che le parti del corpo presenti nell'uomo fossero posseduti sia dall'uomo che dalla donna, ma in forma imperfetta e che si siano sviluppate all'interno del corpo capovolte: la vagina come il pene, le labbra come il prepuzio, l'utero come lo scroto e le ovaie come i testicoli (Braida, 2011).

Ponendo le basi per l'anatomia canonica dei successivi 1500 anni, Galeno elaborò la teoria secondo cui l'utero era dotato di sette sezioni riproduttive, di cui tre generavano un maschio, tre una femmina e l'ultima un individuo ermafrodito (Fausto-Sterling, 2000). Alcune versioni di queste teorie ippocratiche-galeniche concepivano una certa sfumatura di gradazioni di sesso e genere, dovute alla commistione di seme maschile e femminile (Borris, 2004). Tale commistione ha dei riscontri anche a livello linguistico, poiché il greco antico non prevedeva dei termini diversi per indicare i genitali femminili ma utilizzava lo stesso termine per entrambi (Καυλοσ).

Daston e Park individuarono delle differenze importanti tra il modello aristotelico e il modello ippocratico. Nel modello aristotelico il maschile e il femminile non venivano considerati come punti su uno spettro, come nel modello ippocratico, ma come poli

opposti tra cui non ci può essere mediazione. Entrambi i modelli differivano molto anche nelle implicazioni sessuali: il modello ippocratico era carico di implicazioni sessuali poiché considerava l'esistenza di un ampio spettro di possibilità sessuali intermedie, e di conseguenza era una potenziale sfida alla classica dicotomia maschio-femmina; Aristotele, d'altra parte, non aveva implicazioni di questo tipo perché considerava l'ambiguità sessuale in maniera molto superficiale e quindi non andava ad intaccare tale dicotomia (Daston e Park in Fradenburg e Freccero (a cura di), 1996).

Il modello di Ippocrate dominò la produzione scientifica per tutto il Medioevo, con un ritorno neo-aristotelico a partire dal XIII secolo. Nello stesso periodo le teorie di Ippocrate e Galeno si intrecciarono generando un modello di genere meno rigido che venne ampiamente ripreso dal XVI secolo con il progresso dell'anatomia. Tali modelli greci sono stati la fonte principale di conoscenza nella concettualizzazione dei generi non solo nella cultura occidentale, ma anche in quella dei regni islamici storici (Crocetti,2013).

2.1.3 Il mondo arabo

Abd Allāh Ibn Sīnā, noto anche come Avicenna, creò un sistema medico che armonizzava la conoscenza greca, persiana, islamica e ayurvedica e scrisse il Canone della Medicina ('Qanun fi-l-Tibb, 1020) che fu tradotto in latino durante il Medioevo e contribuì a mantenere vivo il sapere ellenico. Ad Abd Allāh Ibn Sīnā viene riconosciuta l'elaborazione del concetto di sindrome nella diagnosi delle patologie (Goodman, 2003). Una sindrome è organizzata intorno ad una sintomatologia o a caratteristiche simili, in opposizione ai fattori causali. In questo modo, sottrae la malattia da qualsiasi retaggio morale, secondo cui le azioni sbagliate sarebbero causa dei disturbi fisici (Crocetti, 2013). Questo concetto acquisterà notevole importanza nello studio

dell'anatomia patologica ed è profondamente rilevante per le categorie moderne dei DSD, che tendono ad essere definiti come sindromi piuttosto che come malattie. Avicenna prese in considerazione anche l'ermafrodito descrivendolo alla luce della conformazione fisica dei genitali:

> *In una persona ermafrodita, non c'è un unico membro né maschile né femminile. Alcuni di essi hanno entrambi i membri, di cui uno è un po' meno visibile o meno vigoroso, e l'altro il contrario. In altri individui entrambi i membri sono uguali. E mi viene da pensare che alcuni di loro assumono un ruolo attivo e altri un ruolo passivo, ma ci sono poche prove a riguardo. Spesso sono curati tagliando il membro meno visibile, e poi medicando la ferita (Ibn Sīnā* in Borris, 2004).

Il medico arabo riprendeva il modello aristotelico immaginando il membro ermafrodito come un'appendice superflua da trattare come un problema chirurgico. Avicenna ha mantenuto anche lo schema creato da Leonida aggiungendo però due nuove tipologie di ermafroditi che erano state scartate dal medico greco: i neutri, senza alcuna genitalità esterna; gli apparenti, ossia maschi e femmine con caratteristiche del sesso opposto che non modificano, però, il sesso di appartenenza; e i perfetti, ossia gli individui che presentano entrambi gli organi riproduttivi completi nella loro evoluzione (Braida, 2011). Assumendo una posizione del tutto simile alla "correzione" dei genitali diffusa fino all'età contemporanea, Avicenna però contribuì ad incrementare l'idea secondo cui esistono due soli sessi autentici, in cui esisteva una correlazione biunivoca tra identità di genere e comportamento sessuale (Crocetti, 2013).

2.1.4 I testi sacri: l'Antico Testamento, il Talmud e la Tosefta

Nella tradizione ebraico-cristiana si possono ritrovare alcune storie riguardanti gli ermafroditi ed esistono anche molte letture dell'Antico Testamento con diverse interpretazioni dei ruoli di genere e dei loro rapporti. Anche Anne Fausto-Sterling spiega che: "I primi interpreti biblici pensavano che Adamo fosse nato ermafrodita, e che si fosse scisso in due individui, maschio e femmina, solo dopo essere caduto in disgrazia" (Fausto-Sterling, 2000).

I testi religiosi ebraici riflettono le preoccupazioni culturali legate al genere, indicando codici di condotta e prescrizioni. Il Talmud e la Tosefta trattano le persone intersessuali secondo norme di comportamento e diritti di eredità che a volte sono femminili, come nel caso dell'incapacità giuridica di ereditare i beni paterni, mentre altre volte sono maschili, come in quello della proibizione della rasatura (Fausto-Sterling, 1993). Ciò non significa che nell'antica società ebraica le persone intersessuali godessero di una posizione comoda, ma piuttosto che esistesse la possibilità, del tutto assente nella struttura giuridica moderna, di riconoscere una posizione sociale a persone con una variazione fisica di genere (Crocetti, 2013).

2.1.5 Il mondo romano

L'atteggiamento della cultura e della giurisprudenza romana nei confronti degli ermafroditi era simile a quello della civiltà greca: gli individui che alla nascita presentavano un'anomalia sessuale erano condannati a morte. Secondo Duval, medico francese del XVII secolo, il diritto alla vita venne ripristinato con Nerone che, facendosi trasportare da quattro cavalli ermafroditi, aveva rivendicato il suo dominio anche su ciò che si discostava dall'ordine naturale delle cose (Marchetti, 1988).

È stato però Giustiniano nel *De statu hominum* a sancire formalmente il diritto alla vita per chi nasceva con genitali sessuali ambigui (Marchetti, 1988). Questo diritto, però, era subordinato alla scelta da parte dell'individuo di uno dei due sessi a cui doveva conformare usi e costumi sessuali, pena la morte. Dunque, la giurisprudenza non riconosceva l'ermafroditismo perfetto come condizione possibile: si riteneva che uno dei due sessi fosse sempre prevalente, almeno riguardo alla capacità riproduttiva. Il vincolo dell'adeguamento al sesso prescelto, di conseguenza, era finalizzato a impedire che queste persone potessero sfruttare la versatilità sessuale del proprio corpo per alternare il ruolo sessuale maschile e quello femminile (Braida, 2011).

2.1.6 La mostruosità del corpo nel Medioevo

Nel Medioevo il corpo ermafrodito venne associato al concetto di mostruosità e considerato pertanto fisicamente aberrante. La differenza fisica riscontrata in questi individui veniva sovrapposta e confusa alla devianza, l'estraneità o la lontananza da un codice morale (Crocetti, 2013). Un esempio di questa stigmatizzazione era la preclusione dal battesimo delle persone che presentavano alcune malformazioni fisiche e, di conseguenza, erano considerate mostruose (Shildrick, 2005). Lo stesso Michel Foucault (2000) sosteneva la concezione secondo cui le differenze genitali erano il prodotto della fornicazione con il diavolo. Secondo l'autore, quindi, il mostro è principalmente colui che trasgredisce i limiti naturali, le classificazioni e la legge. Ma la sola trasgressione dei limiti naturali non è sufficiente: perché la mostruosità venga riconosciuta, "occorre che la trasgressione (…) sia tale da riferirsi a (o per lo meno da

mettere in causa) un'interdizione della legge civile, religiosa o divina". Il mostro, in quest'ottica, diventa quindi "un complesso giuridico-naturale" (Foucault, 2004)[2].

In questo periodo storico, stava diventando sempre più rilevante l'immagine del corpo ermafrodito come ingannevole: non si trattava più di individuare una parte superflua o errata, ma piuttosto una causa di fondo con varie implicazioni morali. Questa concezione della mostruosità del corpo ermafrodita implica la colpevolezza del corpo aberrante, e non dell'atto sessuale. Ciò significa che la devianza sociale del corpo ermafrodito non scaturisce dai ruoli di genere e dalle norme socio-sessuali, ma da una minaccia della salute del corpo sociale proveniente dalla "mostruosità" (Crocetti, 2013).

Anche se esistono numerose testimonianze di individui intersessuali condannati a morte per la loro mostruosità, la giurisprudenza non era proprio così rigida come si potrebbe pensare. Le regole del diritto canonico e civile prevedevano che, nel caso di individui "ambigui", il padre o il padrino (coloro che "nominavano" il bambino o la bambina) dovessero scegliere il sesso a cui assegnarli. Ma, una volta diventato adulto, il bambino poteva decidere di cambiare sesso secondo la sua attitudine. La giurisprudenza era però rigida per quanto riguarda un punto: l'ermafrodito, una volta effettuata la scelta, non poteva più, in alcun caso, cambiare nuovamente sesso. La trasgressione di questa regola gli sarebbe costata una condanna per sodomia (Foucault, 1997).

Nell'età medievale, in sintesi, i punti di vista morali e anatomico-biologici confluivano in un unico discorso incentrato sulla "mostruosità" e, durante il Rinascimento, la Chiesa diede seguito a tale impostazione, esercitando la propria indiscussa autorità nelle questioni mediche e scientifiche (Crocetti, 2013).

[2] È importante ricordare che, nel Medioevo, l'ermafroditismo riguardava principalmente la forma esterna dei genitali e i comportamenti, quindi molte sindromi che oggi rientrerebbero nella definizione di DSD a quell'epoca non sarebbero mai state scoperte ed etichettate come tali, in quanto non visibili esternamente.

2.1.7 L'età moderna: il paradigma medico e il paradigma giuridico

Fino al XVI secolo la distinzione interna tra corpo maschile e femminile rimase approssimativa. Prima della scoperta delle gonadi, la percezione sociale del corpo ermafrodito era legata solamente alla percezione esteriore, ossia la definizione del genere era basata sulla forma dei genitali esterni e sul comportamento, piuttosto che sugli organi interni, gli ormoni e i cromosomi (Crocetti, 2013). In questo secolo viene data sempre più importanza alla medicina e, di conseguenza, la medicalizzazione del corpo ermafrodita inizia a condurre l'analisi all'interno del corpo, alla scoperta del "vero sesso" dell'individuo.

La medicina portò ad un aggiornamento nella classificazione degli intersessuali con la nascita di nuovi modelli e teorie da parte di numerosi studiosi dell'epoca. Nel XVI secolo gli schemi di Avicenna e Leonida vengono ripresi dal medico e chirurgo francese Ambroise Parè (1510- 1590), il quale decise di fondere entrambi gli schemi insieme reintroducendo le figure dell'ermafrodito neutro e dell'ermafrodito perfetto tralasciate da Leonida. Solitamente, secondo Parè, l'ermafroditismo si manifestava con alcune caratteristiche femminili in un corpo maschile o con caratteristiche maschili in un corpo femminile, ma poteva succedere che nascessero individui privi di qualsiasi connotazione sessuale oppure, al contrario, individui che presentassero entrambi i sessi contemporaneamente (Marchetti, 1988, 2001). Parè ha riportato diversi esempi di giovani che subivano improvvise metamorfosi sessuali proprio mentre stavano assumendo atteggiamenti o compiendo azioni che si addicevano maggiormente al sesso opposto.[3]

[3] Un esempio di queste storie è quella di Germain Garnier, che era nato donna e battezzato con il nome di Marie. Fino ai quindici anni si vestiva e viveva come una ragazza senza che nessuno potesse riconoscere in lei alcuna caratteristica maschile. Ma un giorno, mentre saltava un fosso inseguendo dei maiali, "le spuntarono

Ponendo l'attenzione sulle interpretazioni dell'epoca, si può comprendere quanto era labile il confine tra i due sessi. Lacquer affermò infatti che "nel Rinascimento quelli che noi oggi chiamiamo sesso e genere erano legati in un circolo di significati da cui è impossibile sfuggire per raggiungere un presunto sostrato biologico" (1992). Nonostante per i medici rinascimentali esistesse un solo sesso biologico, vi erano invece almeno due "sessi sociali", con diritti e obblighi differenziati. Lo stesso sesso biologico, che solitamente viene pensato come base naturale del genere, "apparteneva al dominio della cultura e del significato tanto quanto il genere" (Lacquer, 1992). Di conseguenza, il compito dei magistrati secondo Lacquer non era tanto quello di accertare la realtà corporea, quanto, piuttosto, quello di "salvaguardare la nettezza dei confini sociali" tra i generi (1992).

Lo schema di Parè venne poi ripreso e modificato dal medico italiano Paolo Zacchia (1584-1659), il quale affermava che, dall'epoca ellenistica, il panorama medico e giuridico era rimasto stagnante e quindi necessitava di un rinnovamento (Marchetti, 1988, 2001). In generale, le classificazioni esistenti fino a quel momento potevano essere suddivise in due grandi modelli:

1- *Il paradigma medico,* che prevedeva tre forme di ermafroditismo maschile:

- Uomini nei quali è presente un organo genitale femminile lungo il perineo;
- Uomini che esibiscono l'organo femminile sullo scroto, con orifizio molto piccolo e completamente secco;
- Uomini che esibiscono, come il tipo precedente, l'organo sessuale del sesso opposto sullo scroto, ma il taglio, in questo caso, è di dimensioni maggiori e lascia scolare l'urina e, talvolta, anche una specie di escrezione mestruale;

improvvisamente i testicoli e il membro virile, giacché si erano troncati i legamenti che li avevano fino ad allora ritenuti e bloccati" (Braida, 2011).

inoltre, a queste forme si aggiungeva anche una forma di ermafroditismo femminile che riguardava le donne che presentavano qualcosa di simile ad un organo maschile sulla parte superiore dell'organo femminile.

2- Il paradigma giuridico, che invece definiva soltanto due classi di ermafroditismo: individui nei quali prevaleva la parte maschile e individui nei quali prevaleva la parte femminile. La distinzione era importante in quanto solo ai primi potevano essere riconosciuti i diritti goduti dagli appartenenti al sesso maschile.

Zacchia, in questo senso, proponeva un'interpretazione radicale del fenomeno, in quanto sentiva la necessità di creare un modello più flessibile che tenesse conto della complessità ed eterogeneità dei casi piuttosto che basarsi esclusivamente sulla classica "passione per le simmetrie" (Marchetti, 1998, 2001).

Un ulteriore novità del modello elaborato da Zacchia riguarda la distinzione tra ermafroditismo congenito, quindi presente dalla nascita dell'individuo, ed ermafroditismo acquisito, presente invece da un punto in poi dello sviluppo, solitamente durante la pubertà. Secondo il medico italiano, quando l'ambiguità sessuale era presente dalla nascita, si poteva seguire lo schema proposto da Parè (ermafrodito femmina/maschio/neutro/perfetto); per quanto riguarda l'ermafroditismo acquisito introduceva due ulteriori distinzioni:

- Individuo strutturalmente maschio che aveva l'aspetto di una donna in quanto i suoi genitali esterni erano tipicamente femminili. Durante la pubertà, queste "donne" espellevano un membro maschile perfettamente formato e completo di testicoli, rivelando così la loro intima natura. Quest'individuo quindi, secondo Zacchia, era un

maschio “di natura” che aveva vissuto tutta l’infanzia con un “sesso di cultura” femminile;

- Individuo che era donna sia per natura che per cultura ma che, in seguito a qualche vicenda morbosa, emetteva un organo simile a quello maschile dalla vagina. Questi individui restavano donne e veniva usato il termine ermafrodito soltanto perché l’escrescenza che impediva l’uso dell’utero richiamava il corpo di un pene, anche se era priva sia dello scroto che dei testicoli (Marchetti, 1988, 2001).

Zacchia si impegnò anche a impostare tre criteri fondamentali per l’assegnazione del sesso nei soggetti con genitali ambigui: la diversa conformazione e collocazione degli apparati genitali, il “saper fare nei rapporti erotici” e la capacità riproduttiva (Marchetti, 2001). Il medico si è anche espresso riguardo alla collocazione dei genitali, affermando che, qualora i sessi fossero disposti uno sopra l’altro, il medico avrebbe dovuto verificare quale dei due fosse più forte. Nel caso invece gli organi fossero posizionati uno di fianco all’altro, secondo gli esperti il sesso prevalente era quello di destra. Qualora i sessi si fossero presentati uno dentro l’altro, l’individuo era femmina. Secondo Zacchia, infatti, quest’ultima conformazione sarebbe stata possibile solo nei casi in cui il clitoride fosse così sviluppato da assomigliare a un membro maschile (Braida, 2011).

Anche Duval (1612) propose un tentativo di sistematizzazione che, secondo Marchetti, si inserisce precisamente tra lo schema di Parè e lo schema di Zacchia (1988). Il medico francese propose una classificazione composta da tre tipi di intersessuali:

- L’ermafrodito (perfetto) in cui coesistono gli organi sessuali maschili e femminili;

- L'androgino, in cui prevale la mascolinità[4];
- Il ginandro, in cui prevale la parte femminile[5].

Per Duval l'idea dell'ermafrodito perfetto traeva origine da alcuni filoni della cultura religiosa del Cinquecento dove si sosteneva che l'androginia perfetta originaria del genere umano nasceva dalla figura di Adamo (Marchetti, 1988)[6]. Per il medico francese la generazione di ermafroditi "non perfetti" si verificava nei casi in cui "la natura- deviando dal suo proprio corso di produzione della normalità unisessuale (uomo o donna) e declinando dalla tendenza a generare il bisessuale (l'ermafrodito)- costituisce dei corpi umani che appartengono di fatto a uno dei due generi (…) ma partecipano anche ad una forma di bisessualità (Marchetti, 1988, p.31). L'opinione di Jacques Duval era che se il seme maschile riesce ad imporsi su quello femminile si produce un corpo maschile, se, al contrario, il seme femminile supera il maschile, si origina un corpo femminile (Marchetti, 1988). È importante sottolineare, quindi, che in entrambi i casi un sesso predominasse sull'altro, il quale era rimasto allo stadio rudimentale. La percezione delle differenze sessuali tra uomo e donna di Duval non si discostava molto da quelle del suo tempo (e dei suoi predecessori), ma la peculiarità della sua teoria sta nel fatto che egli vedeva i genitali maschili e femminili come legati da un rapporto di similitudine più che d'identità (Braida, 2011).

---

[4] A sua volta il tipo androgino si divide in due sottotipi: 1- androgini dotati sia di pene che di vagina, ma che hanno solo gli organi maschili in grado di funzionare; 2- androgini reputati maschi dalla società ma dei quali poi si viene a scoprire che son femmine, ossia persone nate di sesso maschile ma che subiscono un processo di involuzione organica in direzione del femminile (Marchetti, 1988).

[5] Anche il ginandro si divide in due sottotipi: 1- ginandri che possiedono caratteristiche esteriori dei due sessi ma in cui solo i genitali femminili sono funzionali; 2- ginandri i quali sono considerati donne ma che a un certo punto della loro vita rivelano la loro natura maschile segreta (Marchetti, 1988).

[6] Questa idea nasce principalmente dal passo in cui Mosè afferma: "Nel sesto giorno della Creazione il Signore Iddio fece Adamo maschio e femmina" (Genesi, 1:27, cit. in Marchetti, 1988, p.26). Più avanti si narra che la donna "fu divisa e separata" dal corpo di Adamo "per essergli d'aiuto perché non era cosa buona che l'uomo fosse solo", e ancora, Adamo designa Eva come "carne della sua carne e osso delle sue ossa" (2:18-23, cit. in Marchetti 1988, p.26).

In generale, in quest'epoca le strutture riproduttive femminili continuavano ad essere concettualizzate come corrispettivi interni degli organi maschili e descritte attraverso il confronto con l'anatomia maschile. Iniziò quindi ad affermarsi con una maggiore precisione terminologica un discorso biologico sul genere, particolarmente attento a distinguere le varie funzioni degli organi riproduttivi. La "scoperta" della differenziazione delle gonadi spostò definitivamente il fulcro del discorso dall'esterno verso l'interno (Crocetti, 2013).

La vera svolta, però, è stata quella che viene individuata da Foucault come il passaggio da mostruosità di natura a mostruosità di comportamento. Dalla metà del Settecento in poi gli ermafroditi non vengono più condannati in quanto genitalmente ambigui ma in quanto, e se, tenevano una condotta sessuale opposta a quella che si addiceva al loro sesso "predominante". Questa concezione coincideva anche con la negazione della possibilità di appartenere ai due sessi contemporaneamente (Braida, 2011).

2.2 La sessualizzazione biologica

Alice Domurat Dreger (1998, pp. 139-166) coniò l'espressione "età delle gonadi" per indicare il periodo compreso tra il 1870 e il 1915 che si distingueva per una crescente intercessione medica nella determinazione del "vero sesso" dell'individuo. L'età delle gonadi, in questo senso, narra di un progressivo allontanamento concettuale dal modello biologico greco, che percepiva i corpi femminili e gli altri corpi come divergenze dal modello ideale maschile, verso nuove elaborazioni di genere incentrate su una correlazione sperimentale tra il sistema riproduttivo e gli organi genitali (Crocetti, 2013), infatti:

> *Nel corso del secolo, il "testicolo" poteva essere associato a designare inequivocabilmente la gonade maschile; aveva perso la sua duplice valenza "maschile" o "femminile". Le "ovaie", non più le "pietre femminili" o il "testicolo femminile", vennero a designare il suo equivalente femminile (Laqueur, 1990, p. 161).*

Il cambiamento di paradigma del XIX secolo fu possibile grazie a tre fattori determinanti: la nascita di medici specializzati nell'ambito del sesso biologico, l'introduzione di nuovi termini come ermafroditismo "pseudo" o "spurio", e la nuova concezione secondo cui esisteva un nesso tra sistema riproduttivo e organi genitali. La ricerca medica si avviava ad abbandonare il corpo ermafrodito a favore di uno sforzo classificatorio teso a collocare tutti i corpi in una delle due categorie di genere (Crocetti, 2013). In quest'ottica, le gonadi venivano immaginate come dotate di un ruolo determinante nella creazione del corpo sessuato.

Nel XIX secolo si consolidò la differenza tra tessuto ovarico e testicolare e si istituì in questo modo una sessualizzazione biologica delle gonadi che condusse ad importanti scoperte nei campi dello sviluppo e dell'anatomia interna della sessualità. In questo periodo venne data anche maggiore importanza all'identificazione dell'utero e dell'ovaio, seppure il loro funzionamento rimanesse in gran parte sconosciuto. I ricercatori Wolff e Muller affinarono ulteriormente le idee sui processi di determinazione del sesso dell'embrione partendo dallo sviluppo delle strutture urogenitali maschili, che si sviluppano dai dotti di Wolff, e la formazione dell'utero e delle tube di Falloppio e di parte della vagina che si formano dai dotti di Muller (Wolff, 1759; Muller, 1830). Il ruolo determinante giocato dalle gonadi nella fase dello sviluppo fu applicato alla tassonomia del corpo ermafrodito (Crocetti, 2013).

Il sistema classificatorio dell'ermafroditismo presentato da Theodor Albrecht Edwin Klebs (1834-1913) ratificò la convinzione secondo cui il vero sesso dovrebbe basarsi esclusivamente sulla natura delle gonadi, suddividendo il fenomeno in due grandi gruppi:

1- Ermafroditismo vero (presenza di ovaie e testicoli in un solo individuo):

- Ermafroditismo vero bilaterale: un testicolo ed un ovaio su ogni lato del corpo;
- Ermafroditismo vero unilaterale: un ovaio o un testicolo da un lato, un ovaio o un testicolo dall'altro;
- Ermafroditismo vero laterale (anche denominato ermafroditismo supplente): un ovaio da un lato, un testicolo dall'altro.

2- Pseudoermafroditismo (ermafroditismo spurio, ossia "raddoppiamento degli apparati genitali esterni con un solo tipo di ghiandola sessuale"):

- Pseudoermafroditismo maschile: presenza di testicoli e sviluppo evidente delle parti genitali femminili;
- Pseudoermafroditismo femminile: presenza di ovaie e qualche forma di predominanza delle parti genitali maschili.

Uno dei risultati più significativi del sistema di Klebs è il fatto che un individuo possa apparire quasi del tutto femminile internamente, pur continuando ad essere considerato effettivamente un uomo esternamente, in virtù del possesso dei testicoli e della mancanza delle ovaie (Dreger, 1998: 145)[7].

[7] Il caso di Herculine Barbin, reso pubblico da Michel Foucault nel 1979, fu ben noto e largamente commentato dai medici dell'epoca. Adelaide Herculine Barbin nacque femmina nel 1838, cambiò il suo stato civile sessuale da femminile a maschile nel 1860. Nelle sue memorie raccontò come la diagnosi di pseudoermafroditismo maschile avesse per lei costituto un trauma che travolse la sua giovinezza, portando ad una serie di eventi a cascata che le cambiarono drasticamente la vita, quali l'allontanamento da parte della sua amante, la solitudine e l'inserimento nel mondo lavorativo maschile in seguito al cambiamento del suo stato civile. Questi cambiamenti si aggravarono a tal punto da portarla a togliersi la vita nel 1868. Il terapeuta Auguste Tardieu attribuiva l'infelicità di Herculine

Nel XVIII secolo il corpo ermafrodita come oggetto medico divenne oggetto di preoccupazioni sociali e un riflesso dell'identità di genere e del ruolo dell'individuo nella società. Poi, a un certo punto, l'individualità dell'ermafrodita svanì dalla storia: nel secolo successivo, infatti, lo sguardo medico soppiantò l'oggetto sociale, con la nascita di numerose posizioni basate sulla certezza medica che possono essere riconosciute in quello che Reis definirà come discredito medico nei confronti della persona, il giudizio morale sul matrimonio, sul comportamento sessuale e le teorie sul locus biologico dell'identità di genere (Crocetti, 2013). Queste diverse posizioni diedero vita a un periodo di ambiguità, in cui i corpi devianti, non identificati come ermafroditi ma difficilmente posizionabili in una categoria sociale normativa, furono oggetto di speculazione e del disciplinamento medico (Reis, 2009).

Alla fine del XIX secolo, Cesare Taruffi scrisse il trattato intitolato "Ermafroditismo ed Agenosoma" (1898) nel quale l'ermafroditismo veniva presentato come categoria ambigua ed inadeguata. Nello sviluppo dei suoi modelli categoriali, Taruffi decise di schierarsi con il modello di Klebs, il quale stabiliva le gonadi come cardine della differenziazione di genere. Secondo questo punto di vista, l'ermafrodita era un individuo che presenta un tessuto gonadico misto, mentre tutti gli altri casi, sebbene considerati devianti, rientrerebbero nelle categorie del maschile e del femminile (Crocetti, 2013). Le osservazioni cliniche di Taruffi si concentravano soprattutto sulle questioni relative all'omosessualità e al corpo femminile e, in particolare, venivano trattati gli uomini effeminati, la ginecomastia (crescita del seno maschile) e le donne mascoline. Il medico italiano ci restituisce quindi uno scorcio del pensiero di fine Ottocento come di un periodo incerto dei propri strumenti diagnostici, ma proiettato a

---

all'assegnazione di genere originaria, mentre si può ragionevolmente presupporre che il suo dolore abbia avuto origine dall'imposizione del cambiamento di categoria civica di genere (Crocetti, 2013).

rivelare la natura nascosta del sesso sotto la pelle, senza remore per il grado di invasività che le nuove tecniche di indagine avrebbero potuto comportare (Crocetti, 2013).

Alcuni casi portano alla luce lo scarto spesso esistente tra ciò che i medici, scienziati e legislatori percepivano come gravi problemi, e ciò che realmente era rilevante per i diretti interessati. Se medici e scienziati cercavano sempre più profondamente nel corpo alla ricerca del locus biologico dell'identità di genere, il più delle volte le persone non avevano alcun problema a riconoscere la categoria di genere cui sentivano di appartenere. I problemi, in caso, sorgevano qualora l'identità di genere fosse in conflitto con il loro oggetto sessuale, cosa che li rendeva omosessuali e, in quanto tali, devianti. L'indagine medica sul "sesso sbagliato" in genere si verificava quando l'individuo aveva rapporti sessuali con persone dello stesso sesso. In questo senso, quindi, i genitali rappresentavano molto spesso un problema medico, ma non sempre e necessariamente un problema sociale o culturale (Crocetti, 2013).

2.3 Il locus biologico del sesso: i cromosomi, le gonadi e gli ormoni sessuali

Solamente nel XX secolo inizia a prendere piede una prospettiva incentrata soprattutto su nuove entità biologiche come i cromosomi, i geni, le gonadi, i condotti, i genitali, gli ormoni e i recettori ormonali. In questo periodo l'interesse per le differenze sociali di genere si basava sull'interpretazione degli aspetti biologici del corpo sessuato (Crocetti, 2013), avvalendosi di strumenti più appropriati per affrontare l'analisi dei fattori biologici, specialmente sottolineando la differenza tra genotipo (l'insieme dei tratti genetici) e fenotipo (l'insieme degli aspetti fisici). Per questo motivo, secondo Crocetti (2013), è necessario andare alla ricerca del locus del sesso, per comprendere quale sia l'aspetto biologico ritenuto "realmente" responsabile della determinazione sessuale. Tuttora, il risultato finale della contemporanea composizione biologica del corpo

sessuato sembra seguire un modello di spiegazione causale unidirezionale, secondo cui alcune caratteristiche biologiche “profonde” plasmerebbero la materia del corpo (Crocetti, 2013). Le più influenti correnti di biologia non sono ancora concordi nell’affermare quale sia allora il locus del sesso, anche se c’è un consenso generale su quali siano le tessere del puzzle del sesso biologico: cromosomi, marcatori genetici molecolari, dotti riproduttivi, genitali, pubertà, funzioni riproduttive, e le caratteristiche sessuali secondarie (Crocetti, 2013).

Come si è visto in precedenza, prima del XVI secolo gli elementi considerati sessuati, cioè maschili o femminili, consistevano in alcuni organi riproduttivi, come l’utero, in alcune caratteristiche sessuali secondarie, quali la barba e il rapporto corporeo grasso/muscoli, e in altri aspetti relativi al calore e alle proprietà umorali. Nel passato, quindi, ai genitali veniva affidato il ruolo di marcatori fisici primari del sesso. Nonostante anch’essi non corrispondano necessariamente all’attuale interpretazione biologica del sesso, sono uno dei primi siti biologici d’intervento sia nel caso di una variazione biologica come il DSD, sia nell’eventualità di una variazione dell’identità come può essere il transessualismo. Ma le teorie passate che si concentravano esclusiva

mente sulla forma dei genitali non erano esaustive della potenziale differenziazione sessuale presente in natura. Per questo motivo, e soprattutto grazie alle scoperte e all’evoluzione della biologia, la scienza non può definire in maniera assoluta e univoca i genitali come locus del sesso.

All’inizio del XX secolo, grazie alla scoperta scientifica dei cromosomi sessuali, le coppie cromosomiche XX e XY sono state rapidamente adottate come gli indicatori canonici del sesso biologico, e sono stati concepiti anche per rappresentare il luogo fisico dell’unità ereditaria, i geni. Negli anni ’20 questi progressi scientifici facevano

però ancora riferimento a un modello aristotelico consacrato al ruolo attivo del maschile. I cromosomi sessuali, pertanto, costituiscono un elemento innovativo solamente per un periodo di tempo relativamente breve rispetto alla lunga storia del disciplinamento del corpo considerato "deviante".

La teoria medica dominante aderiva quindi selettivamente al modello del "gene per", cioè a una corrispondenza necessaria tra una caratteristica genetica e un tratto fenotipico. Tuttavia, la specie umana è estremamente varia: gli individui XX non sempre sono individui biologicamente femminili, e quelli XY non sempre sono biologicamente maschili. Di conseguenza, non vi è sempre una perfetta coincidenza tra i cromosomi, come ad esempio nel caso delle sindromi DSD, che riguardano una percentuale di popolazione più estesa di quella costituita dalle persone con i capelli rossi (Crocetti, 2013). Ad esempio, la Sindrome da Insensibilità agli Androgeni (AIS) o Sindrome di Morris e la sindrome di Klinefelter si discostano dai problemi del passato legati esclusivamente alla forma dei genitali e si avvicinano più alla definizione di problemi di natura genetica e ormonale. L'AIS è una sindrome in cui i cromosomi XY non producono una persona di sesso maschile: internamente si formano le gonadi "maschili" ma esternamente si sviluppano genitali e caratteri sessuali secondari "femminili". Tuttavia, il fatto di possedere gonadi maschili non basta di per sé a rendere la persona di sesso maschile: infatti, la stragrande maggioranza delle persone con AIS ha un'identità di genere femminile, che quindi si discosta dal loro corredo cromosomico (Crocetti, 2013). Le persone con sindrome di Klinefelter hanno tre cromosomi sessuali XXY, e l'infertilità come sintomo primario. Questa sindrome rivela quanto possa essere diffusa la variabilità genetica, perché a volte queste persone possono essere percepite come femmine, grazie alla crescita del petto o al maggior tasso di grasso corporeo in

rapporto al tessuto muscolare, oppure tendono a mascolinizzarsi a causa della terapia ormonale sostitutiva. Si può quindi comprendere come, senza le informazioni cromosomiche attuali, molte delle persone con queste diagnosi non avrebbero avuto la minima consapevolezza di essere diversi dagli altri individui in passato. Quindi, anche i cromosomi non sono il fattore primario nella determinazione del corpo biologico sessuato.

La scoperta della differenza delle gonadi su base sessuale è stato un altro momento cruciale nello studio del corpo sessuato. Lo studio delle gonadi, a sua volta, ha portato alla scoperta degli ormoni come reazioni fisiche e quindi ad un cambiamento di paradigma. Però, fino al XX secolo, non veniva data grande importanza alle componenti chimiche dell'organismo, poiché si riteneva che fosse il sistema nervoso a regolamentare le funzioni del corpo. Le gonadi rappresentano il primo membro palpabile del sesso biologico interno. Attraverso tecniche mini-invasive, i medici potevano cercare le gonadi nel corpo ed esaminare il tessuto gonadico determinando se si trattava di un testicolo o di un ovaio. Questa innovazione ha spostato lo sguardo medico dalle caratteristiche esterne, come la forma del corpo e dei genitali, alla parte anatomica interna. In quest'ottica, alle gonadi viene conferito un ruolo di primo piano nella costruzione biologica del sesso (Crocetti, 2013). Grazie alla scoperta della bisessualità gonadica, i ricercatori si concentrarono poi sul comportamento riproduttivo. Nella prima fase della ricerca sugli ormoni sessuali, di fatto, si focalizzarono sulla sessualità, sul desiderio sessuale e sul rinvigorimento maschile. Dagli anni '30 in poi l'interesse si spostò sul corpo femminile, primariamente attraverso la rimozione delle ovaie, e successivamente attraverso le terapie ormonali. Senz'altro gli ormoni influiscono sulle caratteristiche sessuali secondarie, ossia i tratti fisici che tipicamente

vengono associati al maschile e al femminile, ma in aggiunta, la terapia ormonale può far sì che una persona si riconosca e corrisponda fisicamente in misura maggiore alla propria identità di genere reale: eppure la terapia ormonale non cambia l'identificazione di una persona. Gli ormoni, piuttosto, catalizzano alcuni cambiamenti che hanno luogo nel fisico, nell'umore e nell'energia (Crocetti, 2013). Anche gli ormoni hanno fornito quindi un modello di spiegazione causale dell'azione non solo del comportamento di genere, ma anche delle caratteristiche sessuali secondarie, a partire dalle gonadi. Non si può pero prendere in considerazione i livelli ormonali come se fossero in sé e per sé il locus del sesso (Crocetti, 2013).

Si può ragionevolmente affermare, quindi, che non esiste un solo ed unico locus del sesso, ma che il corpo sessuato è il risultato della combinazione di molti caratteri diversi che vanno dai cromosomi alle gonadi, agli ormoni, ai genitali e alle caratteristiche sessuali secondarie.

In conclusione, si è visto come nel corso dei secoli sia cambiata la percezione del termine ermafroditismo, passando da una concezione mitica nella cultura greca, alla non accettazione sociale di questi individui durante l'Impero Romano e il Medioevo, per poi estendere l'attenzione nei confronti dell'ermafroditismo sia al paradigma medico che a quello giuridico. All'inizio del XX secolo ciò che una volta era definito come ermafroditismo, essendo assorbito in un quadro puramente medicalizzato, scompare (Crocetti, 2013).

CAPITOLO 3. LA MEDICALIZZAZIONE DEI SOGGETTI INTERSESSUALI

Il fenomeno dell'intersessualità fino all'Ottocento veniva considerato un aspetto di competenza esclusivamente giuridica, politica e religiosa. Dalla fine dell'Ottocento in poi, invece, la figura del medico acquisisce sempre maggiore prestigio e autorità nelle decisioni e nel trattamento di quelle che venivano considerate anomalie fisiche (Fausto-Sterling, 2006).

Il presente capitolo, evidenziando il crescente interesse della medicina verso l'ambiguità dei corpi intersessuali, esplora come dall'inizio del Novecento in poi sia avvenuto un cambiamento sostanziale nei confronti di questo fenomeno, che si può riscontrare prima di tutto nel mutamento della terminologia adottata: infatti, nel 1917 viene coniato il nuovo termine "intersessualità", che verrà utilizzato fino al 2006, anno in cui viene creata una nuova espressione, ossia i Disturbi della Differenziazione Sessuale (DSD). Questa variazione nella terminologia riflette il modo in cui i fattori biologici e sociali del corpo sessuato concorrono nel tempo a distinguere il "patologico" dal "normale". Ma, qualunque sia il termine utilizzato, le condizioni intersessuali sono sempre state interpretate come un fenomeno da risolvere o da curare. Soprattutto nel Novecento si assiste ad un'evoluzione, definita "era interventista" o "era della conversione", dove i corpi intersessuali vennero sistematicamente medicalizzati e normalizzati mediante interventi chirurgici con lo scopo di eliminare definitivamente l'ambiguità che li caratterizzava. Il modello per eccellenza è quello dello psicologo John Money del "genere ottimale dello sviluppo" elaborato negli anni '50. La teoria dello psicologo divenne un pilastro della medicina durante tutta "l'era della conversione", ma dagli anni '90 in poi si assiste ad una critica radicale nei confronti del modello che ha portato allo

sviluppo di nuove linee guida e proposte in grado di sviluppare una differente concezione del fenomeno dell'intersessualità e che proponessero nuove tecniche per migliorare la percezione e il trattamento dei corpi atipici.

3.1 Il nuovo termine "Intersessualità" e il cambiamento di rotta

In ambito biomedico, il termine "intersessualità" è apparso per la prima volta nell'articolo del 1917 di Richard Goldschmidt, *Intersexuality and the Endocrine Aspect of Sex,* in cui l'autore intrecciava l'intersessualità al modello biochimico di sviluppo del sesso (Dreger, 1998). Con questo nuovo termine, lo psichiatra intendeva riferirsi ad una gamma più ampia di ambiguità sessuali, in modo da sostituire il termine mitologico dell'ermafroditismo. Con il termine intersessuale indichiamo letteralmente qualcuno con un corpo ambiguo poiché possiede caratteristiche di entrambi i sessi; mentre con il termine ermafrodita si indica qualcuno che abbia gli attributi di entrambi i sessi (Eckert, 2003):

> *Pertanto ci si può riferire all'intersessualità come nessun sesso e all'ermafroditismo come una sorta di doppio sesso. Io suggerirei che questo allontanamento costituì di fatto l'inizio della costruzione di un altro sistema. Venne creata la categoria meno spaventosa un-corpo-nessun-sesso, riferita alle persone intersessuali, che sarebbe stata quella principale dagli anni '50 (p. 38).*

La cosiddetta "età delle gonadi" (Dreger, 1998, p.23 del capitolo 2), dove il tessuto gonadico era il criterio principale in base a cui stabilire il sesso dell'individuo, lascia quindi spazio ad una nuova fase in cui si parla di "età della conversione", così chiamata perché l'obiettivo che si propongono i medici è convertire le persone nate con ambiguità

sessuale in maschi e femmine (Fausto-Sterling, 2006). Nel corso degli anni ’30, quindi, diventa sempre più chiaro il ruolo dei medici nel trattamento dell’intersessualità: quello di “normalizzatori”, con il compito di correggere l’intersessualità attraverso il trattamento ormonale e chirurgico (Braida, 2011).

3.1.1 La medicalizzazione del corpo intersessuale

Per “medicalizzazione” si intende l’estensione all’istituzione medica di fenomeni precedentemente considerati di natura sociale, morale o legale. Il processo di medicalizzazione è principalmente anche un processo normalizzante, poiché attribuisce alla medicina la facoltà di definire la normalità (Crocetti, 2013). Questo paradigma concettualizza l’oggetto medico, ricollocandolo da “ermafroditismo” e “pseudoermafroditismo” a “intersessualità”, come qualcosa che può essere corretto attraverso un intervento reso possibile da nuovi saperi e tecnologie: si assiste ad un passaggio dall’intenzione di definire i corpi ambigui all’intenzione di intervenire (Crocetti, 2013).

All’inizio del XX secolo la maggiore sicurezza delle procedure chirurgiche ha consentito una buona diffusione della chirurgia per trattare i corpi “devianti”, nella quale veniva considerato il tessuto corporeo come sempre più plastico e malleabile. Il corpo stesso era quindi divenuto un oggetto della manipolazione medica. L’approccio medico però si rilevò particolarmente ambiguo e non prevedeva delle norme generalmente concordate dagli studiosi, in particolar modo dal periodo in cui Klebs elaborò la sua tassonomia (1876, p. 25 del capitolo 2) fino al protocollo interventista di John Money degli anni ’50. In questo tempo, infatti, da un lato molti professionisti assumevano il modello gonadico come chiave interpretativa del vero sesso (Dreger, 1998), mentre altri (specialmente negli Stati Uniti) sostenevano un approccio

interventista con lo scopo di aiutare i loro pazienti a ottenere un corpo eterosessuale (Reis, 2009).

Nel 1937 il celebre urologo americano Hugh Hampton Young pubblicò il libro *Genital Abnormalities, Hermafroditism and Related Adrenal Diseases* in cui presentò con molta apertura mentale e obiettività una grande varietà di casi di persone intersessuali[8]. Dalle storie prese in esame, Young notò come la maggior parte delle persone intersessuali da lui esaminate subiva l'influenza delle convenzioni sociali che avevano molte ripercussioni anche sulla sfera economica (l'uomo può lavorare, la donna può dipendere da lui). In realtà, nella maggior parte dei casi studiati da Young, le persone intersessuali, se ne avevano la possibilità, prediligevano il sesso maschile in quanto socialmente più avvantaggiato (Fausto-Sterling, 1998, 2006). Quindi, nonostante in questo periodo le differenze del sesso erano ormai entrate a far parte della "sfera naturale", era chiaro come la percezione culturale del genere continuasse ad influenzare la scelta del sesso (Braida, 2011). Anche se le riflessioni di Young erano molto flessibili, lo scopo principale del suo trattato fu quello di divulgare le tecniche chirurgiche in campo urologico grazie alle quali, dagli anni '50 in poi, la maggior parte dei corpi sessualmente atipici venne "convertito" in età precoce (Fausto-Sterling, 1998, 2006).

In seguito, le procedure di assegnazione del sesso nei neonati vennero profondamente influenzate dalle teorie dello sviluppo psicosessuale secondo cui l'identità di genere era un concetto culturalmente malleabile (Braida, 2011). Negli anni '40 Albert Ellis studiò 84 casi di neonati di sesso ambiguo e sostenne che l'educazione aveva molta più

[8] Uno dei casi più famosi è quello di Emma, un intersessuale nata femmina ma che poteva avere rapporti con entrambi i sessi grazie ad un clitoride abbastanza grande per la penetrazione. Emma aveva confessato di non essere soddisfatta dei rapporti sessuali con il marito, mentre si sentiva appagata dai rapporti avuti con altre donne e aveva anche ammesso che avrebbe voluto essere un uomo. Ma alla proposta di Young di cambiare sesso, Emma aveva rifiutato poiché se l'avesse fatto sarebbe stata costretta a lasciare suo marito, andare a lavorare e di conseguenza non sarebbe più stata mantenuta (Braida, 2011).

influenza della biologia nello sviluppo della femminilità o della mascolinità e dell'orientamento sessuale. Una decina di anni più tardi le teorie di Ellis vennero portate all'estremo dallo psicologo John Money e dai suoi colleghi John e Joan Hampson.

3.1.2 John Money e il genere ottimale dello sviluppo

Nel 1955 lo psicologo John Money insieme ai suoi colleghi John e Joan Hampson (in seguito Money e Anke A. Ehrhardt nel 1972) elaborò il modello del "genere ottimale di sviluppo" (Optimal Gender of Rearing, OGR), in cui sosteneva che i cromosomi, le gonadi e gli ormoni hanno solamente un ruolo accessorio nello sviluppo psicosessuale del bambino, poiché è l'impronta culturale ad essere determinante (Fausto-Sterling, 2006). In quest'ottica, lo psicologo affermò che l'identità sessuale genetica e gonadica era irrilevante, poiché era convinto che l'identità sessuale (ora definita di "genere" per distinguerla dall'identità corporea) derivasse dalla strutturazione psichica come conseguenza indotta dall'educazione familiare e dalla socializzazione (Comitato Nazionale per la Bioetica, 2010). Secondo gli studiosi l'identità di genere può mutare fino ai 18 mesi di vita e il bambino, se educato nella maniera adeguata, svilupperà un'identità di genere corrispondente a quella assegnata. Questo sviluppo è quindi una sorta di "imprinting psichico" che si completa entro un certo lasso di tempo dalla nascita e può essere mutato più tardi solo con gravi rischi per l'equilibrio psichico (Dreger, 1998). Nei casi di neonati intersessuali è necessario quindi porsi l'obiettivo di assegnare il sesso adeguato al bambino in modo che i genitori non nutrano alcun dubbio sul suo genere (Crocetti, 2013).

La prospettiva di Money segna il passaggio dal criterio somatico al criterio pragmatico, ossia tramite l'assegnazione sessuale da parte del medico sulla base della praticabilità chirurgica: nei casi di ambiguità sessuale, visto che la ricostruzione di genitali maschili

funzionanti è molto complessa, si preferiva l'assegnazione al sesso femminile, crescendo il soggetto a prescindere dalla considerazione degli indici fisici (ma anche dell'eventuale infertilità o della possibilità della soddisfazione sessuale). L'indicazione di Money era pertanto quella di assegnare precocemente, per favorire l'allevamento (nurture) "orientato", anche con interventi demolitivi e ricostruttivi e con eventuale terapia ormonale in età puberale (Comitato Nazionale per la Bioetica, 2010). Il modello prevede, tra l'altro, di non informare né i genitori né i pazienti per evitare che la conoscenza della loro condizione possa far insorgere conseguenze traumatiche (Crocetti, 2013).

Il modello di Money fu un elemento molto innovativo a quel tempo, poiché considerava le persone intersessuali come individui che soffrivano di problemi di natura sociale, perché generati principalmente dagli ostacoli che l'ambiente poneva al loro processo di assegnazione di genere, piuttosto che da una variazione biologica (Karkazis, 2008). Per contro, Money considerava la forma dei genitali il fattore sociale più importante nella formazione dell'identità, e così la parte principale del protocollo di cura da lui elaborato prevedeva interventi chirurgici per modificare i genitali dei bambini, in modo che assumessero le fattezze canoniche del genere a loro assegnato, e allo stesso tempo occultando il tutto per far sì che il bambino "non ricordasse nulla" (Crocetti, 2013).

Lo psicologo Milton Diamond, che sarà il maggiore oppositore della teoria di Money, riassume in quattro punti i postulati tacitamente assunti dal personale medico fino a questo momento:

1- Gli individui sono psicosessualmente neutri alla nascita;

2- Uno sviluppo psicosessuale sano dipende dall'apparenza dei genitali;

3- Non dovrebbero essere consentiti dubbi sul sesso di assegnazione;

4- Non cambiare sesso dopo i due anni di età (Diamond, 1997, p.199).

3.1.3 Diagnosi e trattamento dei soggetti intersessuali

Quando si ha a che fare con un neonato con caratteristiche sessuali ambigue, le cose più importanti da fare sono essenzialmente due: determinare il sesso cromosomico e diagnosticare la sindrome di cui soffre (Braida, 2011)[9].

La docente e ricercatrice della Scuola Medica di Harvard Patricia Donahoe ha elaborato una prassi da seguire quando si tratta di assegnare il sesso ad un neonato con genitali ambigui. Il primo passo consiste nell'esame del genotipo per stabilire i cromosomi posseduti dal bambino. Successivamente, se il bambino possiede il corredo cromosomico XX si passa all'esame delle gonadi e qualora queste siano simmetriche (due ovaie) il bambino verrà classificato come "pseudoermafrodita femminile"; se sono asimmetriche viene invece considerato un "vero ermafrodita". Nel caso in cui risulti un genotipo XY e le gonadi sono simmetriche, il bambino verrà considerato come "pseudoermafrodita maschile" e se sono asimmetriche si parla di disgenesia gonadale, termine utilizzato in tutte le forme in cui le gonadi potenzialmente maschili non si sono sviluppate come avrebbero dovuto.

In generale, agli individui con genotipo XX viene assegnato il sesso femminile generalmente e indipendentemente dal grado di virilizzazione; invece l'assegnazione al genere maschile si basa principalmente sulle dimensioni del fallo (Fausto-Sterling, 2006). Questo ragionamento rispecchia l'idea di Money e colleghi secondo cui, ad

[9] Solitamente, per raggiungere questi obiettivi si ricorre a diverse procedure: screening citologico, analisi cromosomica, accertamento degli elettroliti nel siero, valutazione degli steroidi, della gonadotropina e degli ormoni, esame digitale ed esame radiologico dei genitali (Castro- Magana *et al.*, 1984 in Fausto-Sterling, 2006).

esempio, avere un micropene potrebbe causare disagio psicologico al bambino[10]. Per Donahoe e colleghi un fallo accettabile deve superare i 2 cm, se è inferiore a 1,5 cm di lunghezza e 0,7 cm di diametro si deve optare per una riassegnazione al femminile (Fausto-Sterling, 2006). Esistono anche casi, invece, in cui l'intersessualità può essere corretta anche prima della nascita, come nel caso dell'iperplasia surrenale congenita, mediante un trattamento che serve a prevenire possibili crisi metaboliche per perdita di sali (potenzialmente mortali) e altri problemi quali l'arresto prematuro della crescita o l'anticipo estremo della pubertà[11].

Secondo Fausto-Sterling, bisogna ricorrere alla terapia solo se si ritiene che la chirurgia precoce dei genitali sia necessaria per un sano sviluppo psicosessuale del bambino, limitando quindi il trattamento solamente ai problemi genitali più gravi (come ad esempio la fusione delle labbra), mentre si dovrebbe sorvolare sulla comparsa di elementi ambigui non rientranti nella "norma", come ad esempio un clitoride più grande del normale (2006).

Le modalità di comunicazione dei medici ai genitori solitamente si basano su alcune strategie che tendono a "normalizzare" la condizione di intersessualità del bambino. Ad esempio, spiegando che la condizione di intersessualità è una fase naturale di ogni sviluppo fetale; sottolineando la normalità del bambino sotto altri aspetti (ad esempio la salute generale); e infine, suggerendo che non è il genere ad essere ambiguo, ma i genitali[12]. Inoltre, cercano di trasmettere il fulcro delle idee di Money, secondo cui i

[10] Per questo motivo, venivano fatti alcuni test per vedere se il tessuto fallico riusciva a rispondere agli androgeni in modo da aumentare le dimensioni del pene. Se questo non accadeva, veniva scartato definitivamente il genere maschile (Kessler, 1996).

[11] Questo trattamento ormonale precoce può anche minimizzare o eliminare il ricorso alla chirurgia. Però esiste un problema fondamentale, ossia che il trattamento dovrebbe cominciare dalla quarta settimana di gestazione, mentre gli strumenti diagnostici trovano applicazione soltanto dalla nona settimana e, in aggiunta, questo trattamento può avere effetti collaterali sia per la madre che per il bambino (Braida, 2011).

[12] Ossia che esiste un sesso "reale" nell'individuo, ma i genitali si sono sviluppati in modo anomalo (Braida, 2011).

fattori sociali sono più importanti di quelli biologici per determinare l'identità di genere (Kessler, 1996; Fausto-Sterling, 2006). I genitori e i medici vogliono sì agire per assicurare una vita serena al bambino (Diamond, 1997), ma allo stesso tempo si può riconoscere una vera e propria influenza culturale dietro a tali presupposti (Kessler, 1996)[13]. Kessler spiega al meglio questo concetto, sostenendo che "il messaggio (trasmesso ai genitori) ... è che il problema risiede nella capacità del medico di determinare il sesso, non nel sesso del bambino in sé" (Kessler, 1990, 1992).

Uno degli aspetti più preoccupanti di questi protocolli sono i modi asimmetrici in cui trattano la femminilità e la mascolinità. Ad esempio, i medici sembrano impegnarsi molto di più per conservare il potenziale riproduttivo di un bambino nato con le ovaie rispetto a un bambino con i testicoli. Allo stesso modo, i chirurghi sembrano richiedere molte più caratteristiche per definire un pene "di successo" rispetto a quanto fanno per definire una vagina. Infatti, la logica dietro alla tendenza ad assegnare in misura maggiore il genere femminile nei casi di intersessualità si basa non solo sulla credenza che i ragazzi hanno bisogno di un pene "adeguato", ma anche sull'opinione dei chirurghi secondo cui una vagina funzionale è molto più semplice da costruire chirurgicamente, mentre un pene funzionale è un obiettivo molto più difficile. In generale, infatti, da un pene "funzionale" ci si aspetta molto di più rispetto ad una vagina, la cui funzione fondamentalmente viene ristretta ad un buco abbastanza grande che possa contenere un pene di dimensioni normali (Dreger, 1998). Questo concetto è stato perfettamente sintetizzato da una frase molto provocatoria del Dr. John Geahart: "è più facile scavare un buco che costruire un palo" (Holmes, 2002, p.169, traduzione di Braida, 2011).

[13] Basti considerare, ad esempio, la reazione dei genitori all'apparenza del bambino e di quali saranno "le sue prospettive di adattamento sociale" (Kessler, 1996).

Anche nei colloqui psicologici si può notare questa tendenza alla “normalizzazione”: ad esempio, dal punto di vista lessicale, Money metteva al bando il termine “ermafrodita” e preferiva utilizzare termini come “anomalia dei cromosomi sessuali” o “anomalia dei genitali esterni” in modo da sottolineare che l’anomalia riguardava solo alcuni aspetti fisiologici del paziente e che non apparteneva a una categoria sessuale a parte (Kessler, 1996; Fausto-Sterling, 2006). In questo periodo, quindi, la medicina e la psicologia tendono a trasferire lo stigma dalla persona nella sua interezza limitandolo a una sola parte di essa (Braida, 2011).

3.1.4 Le critiche al modello di Money

La teoria di John Money per molto tempo venne vista come il modello per eccellenza per il trattamento delle persone intersessuali. Ma, con il passare del tempo, e soprattutto grazie al coraggio di alcuni intersessuali ormai adulti che avevano subito la medicalizzazione precoce nell’infanzia, è stato possibile attestare gli irrevocabili danni che questo modello aveva arrecato ai bambini, dovuti anche alla stigmatizzazione medica (esami invasivi, mancanza di consenso informato, clima di riserbo familiare) e agli interventi chirurgici irreversibili (conflitti con l’identità di genere, soppressione del piacere sessuale, cicatrici, ecc.) (Crocetti, 2013).

Dai primi anni ’90 in diverse parti del mondo iniziarono a farsi sentire alcuni gruppi composti da intersessuali adulti, intellettuali e un piccolo gruppo di medici per denunciare e mettere in luce gli aspetti negativi del trattamento dell’intersessualità nei decenni precedenti (Braida, 2011). Alcuni studiosi, vista la scarsità dei dati di follow-up, iniziarono ad indagare sugli effetti negativi a lungo termine della chirurgia genitale: Fausto-Sterling e Bo Laurent (vedi paragrafo 1.6, Cheryl Chase), ad esempio, decisero di revisionare una serie di articoli medici che trattavano l’argomento. Dall’analisi delle

due studiose emerse come disturbo ricorrente la fibrosi, che può portare ad insensibilità, dolori residuali a livello del clitoride e ipersensibilità genitale[14]. L'effetto collaterale più frequente come conseguenza di una vaginoplastica è la stenosi vaginale (restringimento del canale vaginale) che sembra addirittura presentarsi nell'80-85% dei casi secondo la letteratura da loro consultata. Inoltre, sono state rilevate ripercussioni a livello psicologico: gli esami ai genitali, di solito corredati da molte fotografie e dalla continua presenza di studenti o collaboratori, sono stati uno dei momenti peggiori dell'infanzia degli intersessuali medicalizzati, alla pari di un maltrattamento. La sensazione di vivere un vero e proprio supplizio era incrementata anche dalla numerosità degli interventi necessari: infatti dal 30 all'80% delle volte i pazienti subirono più di un'operazione, e non di rado alcuni dovettero sottoporsi ad interventi chirurgici dalle tre alle cinque volte (Fausto-Sterling, 2006). Per i maschi che subirono chirurgia correttiva per ipospadia, la letteratura esaminata dalle studiose dimostrò che questi soggetti superavano tappe importanti della vita sessuale (ad esempio il primo rapporto sessuale) circa alla stessa età dei soggetti del gruppo di controllo, e non venivano riscontrate grosse differenze a livello di condotta o funzionalità sessuale. Tuttavia, i maschi che avevano subito l'intervento si dimostravano più inibiti nel cercare contatti sessuali, molto probabilmente a causa dell'aspetto dei loro genitali (Braida, 2011).

Inoltre, l'adeguamento dei genitali al sesso assegnato di solito veniva considerato una condizione essenziale per condurre un'esistenza serena[15], anche se sono molto rari gli studi condotti su persone intersessuali cresciute senza trattamento medico e alcuni di questi non sembrano confermare l'idea che debbano vivere per forza una vita infelice.

[14] Secondo uno degli articoli studiato da Fausto-Sterling e Laurent si riscontrava su 10 delle 16 pazienti che avevano subito una recessione del clitoride (Fausto-Sterling, 2006).
[15] Un esempio è il libro di Dewhurst e Gordon dal titolo "The Intersexual Disorder" del 1969 in cui l'intervento chirurgico viene presentato come l'unico rimedio per alleviare il peso della "disgrazia" (Fausto- Sterling, 2006).

Ad esempio il medico tedesco Claus Overzier analizzò 94 persone con genitali non conformi al sesso legale (al quale erano state educate) e concluse che in genere il comportamento psicologico concordava maggiormente con il sesso al quale erano stati educati piuttosto che all'aspetto dei genitali. Solo il 15% era scontento del suo sesso legale, e si trattava sempre di donne che volevano essere uomini (Fausto-Sterling, 2006).

Anche Fausto-Sterling e Laurent, analizzando più di 80 casi di intersessuali che vivevano con genitali anomali, avevano osservato che un solo paziente era psicotico[16], mentre gli altri sembravano adattarsi a vivere con genitali ambigui, e anzi, molti erano sposati e avevano una vita sessuale attiva. Le studiose avevano però riscontrato una differenza tra i due generi: le donne erano meno ansiose di ricorrere ad interventi correttivi femminilizzanti da adulte, mentre più della metà degli uomini si era rivolta al chirurgo (Fausto-Sterling, 2006). Questa tendenza può essere letta come effetto dell'azione performativa del genere: infatti le prove di "mascolinità" prevedono più spesso l'esibizione dei genitali e l'esercizio della sessualità rispetto alla "femminilità" che, solitamente, viene espressa in altri modi. Secondo Fausto-Sterling, l'influenza culturale è quindi fondamentale per l'accettazione o meno del proprio sesso e questi dati sembrano esserne la prova, specialmente confermando il fatto che in una società che "premia la mascolinità" è normale che il sesso maschile venga maggiormente accettato (2006, p.127).

Molti attivisti denunciarono anche il modo in cui i trattamenti sessualizzavano i bambini. Le tecniche di dilatazione, i ripetuti esami genitali e l'intervento chirurgico genitale vero e proprio richiamavano l'attenzione del bambino sui propri genitali,

[16] Sembrava però che la psicosi non fosse da ricondurre solamente all'ambiguità sessuale in quanto c'era un precedente di psicosi nella famiglia del soggetto (Fausto-Sterling, 2006).

spesso senza fornire strumenti emotivi necessari per capire perché si prestasse tanta attenzione a quelle parti del corpo, che già concepivano come intime (Crocetti, 2013). E, come spiega molto bene Morland, dopo un intervento chirurgico nell'infanzia, ciò che si ottiene non è un corpo "normale", ma normalizzato e modificato. Le cicatrici del bambino saranno comunque visibili a uno sguardo che giudica, e il bambino sarà cosciente dell'attenzione medica. Lo studioso affermò che la modificazione del corpo imposta al bambino non fa altro che ribadire l'inaccettabilità del suo corpo, persino quando, dopo i trattamenti, diviene "normale" (2009).

3.1.5 L'opposizione di Milton Diamond e il caso di John/Joan

Milton Diamond è stato uno dei maggiori oppositori alla teoria elaborata da Money e dagli Hampson, e dal 1965 in poi si dedicò a criticare e confutare la teoria del genere ottimale dello sviluppo elaborando a sua volta nuovi postulati che spiegassero al meglio lo sviluppo psicosessuale delle persone.

Uno degli aspetti più criticati della teoria di Money è la tendenza a credere che il contesto sociale sia la componente fondamentale per la costruzione dell'identità di genere. Secondo Diamond, invece, sarebbero gli ormoni il fattore decisivo per lo sviluppo psicosessuale dell'individuo. Essi contribuiscono a costruire il cervello in una fase precoce dello sviluppo psicosessuale ed esercitano una forte influenza su alcuni comportamenti legati al sesso d'appartenenza durante tutta la vita (Fausto-Sterling, 2006). L'autore, sostenitore dell'idea che i neonati non fossero neutri alla nascita, come invece credeva Money, elaborò un modello basato sulla "predisposizione psicosessuale" secondo cui gli embrioni maschili e femminili seguissero lo stesso sviluppo psicosessuale fino ad un certo punto della crescita e poco dopo la nascita, grazie alle influenze sociali e biologiche, iniziassero a seguire due percorsi differenti.

Il caso di John/Joan fu un esperimento sociale eseguito da Money con un bambino maschio, John, che aveva accidentalmente subito un danno al pene durante un intervento di circoncisione. I genitori di John si rivolsero a Money poiché a quel tempo le sue proposte erano rivoluzionarie e sembravano fornire prove concrete che l'identità di genere non fosse biologicamente determinata (Crocetti, 2013). Il bambino venne quindi riassegnato al genere femminile con il nome di Joan e sottoposto all'intervento chirurgico all'età di 17 mesi. Per molto tempo il successo di questa particolare riassegnazione aumentò di parecchio la credibilità di Money e della sua teoria, anche se non si trattava di un caso di intersessualità congenita. Il caso di John/Joan è stato utilizzato da molti clinici come prototipo a sostegno della corretta impostazione interventista, poiché tramite l'intervento chirurgico si poteva creare un'anatomia sessuale credibile e che fosse concorde con il genere assegnato (Dreger, 1998). Le stesse relazioni di Money, in effetti, si dilungavano a menzionare come Joan si dilettasse a svolgere una serie di attività femminili stereotipate. A un certo punto, Money perse i contatti con la famiglia; nonostante ciò, continuò a sostenere fortemente la riuscita del suo esperimento poiché, nella sua ottica, un paziente "scomparso" era un paziente ben re-integrato nella società (Crocetti, 2013). Ma questo successo era prematuro: nel 1980 una troupe della BBC nel corso di un documentario sulla storia di John/Joan scoprì una realtà completamente diversa: Joan aveva atteggiamenti maschili, invidiava la vita dei ragazzi, aveva una passione per la meccanica e urinava in piedi. Diamond e Sigmundson vennero a sapere che John in età puberale era stato informato dell'incidente ed espresse il desiderio di condurre la propria vita come maschio, sottoponendosi anche ad altri interventi chirurgici. In seguito alla nuova riassegnazione al maschile, John si sposò con una donna (Diamond, 1997). Diamond scoprì molti altri

casi in letteratura in cui i pazienti assegnati ad un sesso avevano chiesto successivamente la riassegnazione (1997). Anche secondo Fausto-Sterling pare che circa il 13% delle persone intersessuali non si riconoscessero perfettamente nel sesso al quale venivano assegnati/e (2006).

Alla luce di questi fatti, Diamond rimproverava a Money e colleghi di aver sottovalutato il ruolo svolto dagli ormoni nella fase prenatale dello sviluppo dell'identità di genere, decidendo quindi di revisionare i postulati che stanno alla base della riassegnazione del sesso: in primo luogo, gli individui sono psicosessualmente orientati alla nascita (postulato a); lo sviluppo psicosessuale è correlato, ma non dipende dall'apparenza dei genitali (postulato b); è necessario discutere apertamente e approfonditamente ogni dubbio riguardo il genere, l'identità e l'orientamento (postulato c); e supportare il cambiamento di sesso in qualsiasi momento il paziente lo desideri (Diamond, 1997, p.209, traduzione di Braida, 2011). Per lo psicologo, lo sviluppo dell'identità di genere avviene attraverso il confronto con il gruppo dei pari, dove il bambino paragona il proprio modo di essere e i suoi comportamenti a quello degli altri e costruisce la propria identità di genere in base alla classificazione degli altri in diversi/simili (Diamond, 1997). Questa classificazione, secondo Diamond, ha però poco a che vedere con i genitali che i bambini non avvertirebbero come una differenza cruciale per la definizione del genere fino ai 9 anni (Goldman e Goldman, 1982 in Diamond, 1997). Lo psicologo propone quindi un nuovo schema psicosessuale diviso in quattro passaggi:

1- "Comparazione": ogni individuo compara sé stesso agli altri (concentrandosi soprattutto sui modelli di genere, i ruoli sessuali e la costruzione dell'identità sessuale);

2- "Self- testing e ricerca di una nicchia": la vita quotidiana offre diverse occasioni per testare la propria identità sessuale e di genere. Gli individui con uno sviluppo

“normale” trovano un gruppo dei pari in cui identificarsi e si fermano a questo stadio, mentre gli individui che non si riconoscono nel genere assegnato si sentono diversi, strani e fanno fatica ad adattarsi, con conseguenti conflitti interiori e stress;

3- “Processo decisionale e switching mentale”: dopo un primo momento di confusione, gli individui che non si adeguano ad uno sviluppo tipico psicosessuale, si identificano con il sesso opposto;

4- “Attuazione della decisione e switching fisico”: questi individui, dopo la presa di coscienza, mettono in atto il cambiamento vivendo nel modo che sembra più appropriato alla loro identità sessuale (Diamond, 1997, p.206).

3.1.6 Le associazioni intersessuali

Cheryl Chase è una delle prime attiviste a dare maggiore visibilità alle persone intersessuali negli Stati Uniti. Chase venne assegnata al sesso maschile alla nascita, ma a 18 mesi i medici rivalutarono il suo caso e la riassegnarono al sesso femminile praticandole una clitoridectomia. Solo all’età di 21 anni venne a conoscenza della sua diagnosi di “vero ermafrodita” e affronta un periodo molto difficile in cui la sfiora anche l’idea del suicidio. L’unico modo per uscire da questo periodo buio per Chase era rivendicare l’etichetta di ermafrodita cercando di ripulirla dallo stigma e ricostruire attorno ad essa un’identità positiva (Braida, 2011). Durante il periodo di scoperta della diagnosi le fu d’aiuto conoscere altre persone intersessuali con cui condividere la propria storia e i sentimenti che provava, soprattutto la rabbia verso i medici che riteneva le avessero praticato una vera e propria mutilazione genitale. Inoltre, sostenne che lei e moltissime altre persone siano state private del diritto di provare piacere sessuale a causa degli interventi di medicalizzazione (Chase, 1996).

Nel 1993 Cheryl Chase fondò l'ISNA (Intersex Society of North America) che nel 1996 contava già 150 membri provenienti da Stati Uniti e Canada, più altri dall'Europa, Australia e Nuova Zelanda (Chase, 1996, Fausto-Sterling, 2006). L'ISNA ha elaborato una serie di proposte per migliorare l'approccio medico verso le persone intersessuali con l'obiettivo di soppiantare il modello medico dominante centrato sull'occultamento (Concealment-centered Model) verso un nuovo modello centrato sul paziente (Patient-centered Model). Nel nuovo modello l'associazione propone massima apertura e sincerità tra i medici e i genitori o i pazienti adulti, affinché nessun particolare della diagnosi venga più nascosto al paziente, sostenendo anche l'idea che è di fondamentale importanza offrire supporto psicologico professionale alle persone intersessuali e alle loro famiglie. Un altro passaggio importante riguarda l'assegnazione del sesso, che deve essere svolta attraverso un'attenta diagnosi per valutare quale può essere il sesso in cui il bambino si identificherà meglio. È importante sottolineare che l'assegnazione a un genere non comprende l'intervento chirurgico (l'aspetto dei genitali non è quindi considerato determinante per lo sviluppo dell'identità di genere). Per quanto riguarda gli interventi chirurgici, l'ISNA sottolinea che è necessario realizzare solamente gli interventi essenziali per la salute del bambino, posticipando gli altri che invece hanno il solo scopo di rendere "normali" i genitali, fino a quando il paziente non sarà in grado di decidere (ISNA, http://www.isna.org/faq/patient-centered)[17]. Secondo l'ISNA, l'assegnazione di genere alla nascita deve essere almeno provvisoria, poiché qualsiasi bambino può esprimere il desiderio di cambiare sesso nella vita adulta e che questo è molto più frequente in persone nate con condizioni di intersessualità rispetto alla media della popolazione (Dreger, http://www.isna.org/pdf/compare.pdf).

[17] Inoltre, viene suggerito di mettere in contatto il paziente sia con persone che hanno subito un intervento chirurgico che con chi non l'ha subito per prendere una decisione più ponderata (ISNA, http://www.isna.org/faq/patient-centered).

La differenza fondamentale nel modello centrato sul paziente è che non vede più l'intersessualità come una condizione patologica rara, ma come una variazione relativamente comune, al pari di altre variazioni fenotipiche degli esseri umani. Il modello dell'occultamento si propone di migliorare le tecniche mediche per curare l'intersessualità; questo nuovo modello, invece, ha l'obiettivo di depatologizzare il fenomeno e arrivare ad una sempre maggiore accettazione delle diversità (Dreger, http://www.isna.org/pdf/compare.pdf).

Per quanto riguarda i criteri di assegnazione, l'ISNA riconosce nell'approccio preesistente un certo sessismo -o forse sarebbe meglio parlare di etero normatività- riguardo agli elementi da preservare: per i pazienti che saranno affidati al sesso femminile si considera più importante la fertilità, spesso a discapito della sensibilità sessuale, mentre per i pazienti che saranno assegnati al sesso maschile, le dimensioni e la funzionalità del fallo (ISNA, http://www.isna.org/faq/concealment).

Dal 2008 il lavoro svolto dall'ISNA è confluito nella creazione di una nuova associazione, l'Accord Alliance, che ha come obiettivo la promozione e la diffusione in tutto il territorio statunitense del nuovo standard di trattamento dei DSD.

Un'altra associazione che si occupa dei diritti delle persone intersessuali è la OII (Organisation Intersex International) che venne fondata nel 2003 da Curtis Hinkle. L'organizzazione non ha una sede centrale ed è attiva in diversi paesi in tutto il mondo[18]. L'obiettivo della OII è quello di opporsi ai trattamenti chirurgici e di lottare per l'autodeterminazione delle persone intersessuali. Si differenzia dall'ISNA poiché si oppone con più forza contro le categorie mediche che intendono classificare

[18] L'OII è attiva nei seguenti paesi: Arabia Saudita, Argentina, Australia, Belgio, Canada, Francia, Germania, India, Inghilterra, Israele, Nuova Zelanda, Spagna, Stati Uniti, Svizzera, Taiwan e Tunisia.

l'intersessualità, mettendo in discussione la visione dicotomica del genere, poiché credono che i genitali non possono essere un criterio di categorizzazione delle persone, che invece vanno considerate nella loro interezza (OII, http://www.intersexualite.org/English-Offical-Position.html).

In Italia non esiste una vera e propria associazione di tipo trasversale che contenga al suo interno tutte le persone con un DSD. Le associazioni italiane, quindi, sono formate principalmente da pazienti e familiari ai quali è stata diagnosticata una specifica sindrome o "DSD". Nel 1993 in Italia venne fondata l'Associazione A.Fa.D.O.C Onlus, i cui soci fondatori erano i genitori di alcuni bambini affetti da un deficit dell'ormone della crescita (GH). Lo scopo principale dell'associazione è quello di dare informazioni adeguate e aggiornate a pazienti, genitori e professionisti che direttamente o indirettamente sono coinvolti nel campo della salute e dell'educazione e con i quali organizza incontri e convegni con le famiglie e i pazienti e per l'aggiornamento dei medici di base e dei pediatri. Dal 2010 diversi centri medici ed accademici italiani hanno tentato di costruire una qualche forma di alleanza con i pazienti DSD promuovendone varie attività. Nel sistema sanitario nazionale, per le malattie considerate rare sono assegnati finanziamenti per la creazione di centri di riferimento specializzati a livello nazionale (Crocetti, 2013).

Le due associazioni più attive ed importanti nel panorama italiano sono l'associazione AISIA e l'associazione Klinefelter Italia Onlus. L'AISIA è un'associazione nazionale decentrata fondata nel 2006 e i suoi obiettivi primari sono la diffusione di conoscenze sulla sindrome da insensibilità agli androgeni (AIS o Sindrome di Morris) e l'incontro tra pazienti e familiari per favorire la condivisione di informazioni, consigli ed esperienze e il supporto reciproco. L'associazione comunque ha un orientamento

inclusivo, ossia permette l'iscrizione anche a persone con condizioni simili all'AIS. L'associazione usa prevalentemente il termine "DSD", ma fa riferimento anche al fatto che l'AIS possa essere considerata "una forma intersessuale". Sul sito dell'AISIA sono sintetizzati anche i molti altri scopi che si propone di seguire, come l'incoraggiare i medici, i genitori e la società ad una maggiore apertura verso i problemi legati ai disordini della differenziazione sessuale; ma anche migliorare l'informazione e il trattamento medico e chirurgico, in modo da sostenere un approccio globale a questi problemi da parte del personale sanitario. Viene data molta importanza anche ai contatti con le altre associazioni italiane e internazionali che si occupano nello specifico dell'AIS, ma anche in generale a tutti gli altri gruppi che supportano le persone con disordini della differenziazione sessuale e alle loro famiglie (AISIA, http://www.sindromedimorris.org/chi_siamo/obiettivi_aisia.html). L'associazione sostiene la necessità di comunicare la diagnosi al paziente in forma graduale ma completa, anche perché l'occultamento della diagnosi molto spesso è inutile, vista la facilità con cui è possibile reperire informazioni su Internet, ma soprattutto perché impedisce al paziente di trovare dei gruppi di supporto utili per uscire dall'isolamento provocato dalla situazione che essi vivono. Per una corretta informazione, il sito dell'associazione mette a disposizione materiale informativo e ricerche sul tema e anche le storie di vita di alcune delle associate. Per quanto riguarda gli interventi chirurgici, ritengono che debbano essere affrontati solo dopo una diagnosi certa, con la piena consapevolezza del paziente o dei genitori riguardo ai rischi e ai benefici che corre l'individuo e consigliano di non intervenire a meno che non ci sia una reale urgenza per la salute stessa del paziente. Sconsigliano soprattutto di ricorrere alla ricostruzione vaginale senza prima aver provato le soluzioni alternative, come ad esempio l'uso di

dilatatori. Inoltre, nel caso della rimozione delle gonadi, l'associazione raccomanda molta cautela poiché molti studi recenti hanno rilevato che c'è un rischio molto basso di degenerazione tumorale delle gonadi (AISIA, http://www.sindromedimorris.org/txt/pdf/Interventi%20chirurgici.pdf).

L'Associazione Klinefelter Italia, invece, è composta da volontari e persone affette dalla sindrome da cui l'associazione prende il nome e ha sede a Livorno e a Napoli. Lo scopo principale dell'associazione è quello di aiutare le persone a cui è stata diagnosticata la Sindrome di Klinefelter ad avere informazioni basate su esperienze personali e fornire i contatti con medici specialisti. Un altro degli scopi dell'associazione è quello di diffondere informazioni tra l'opinione pubblica per stimolare anche le persone ad uscire dall'invisibilizzazione. L'associazione cerca anche di incentivare la ricerca con terapie alternative alla cura con il testosterone, che comportano molte ripercussioni negative sulle persone. Per quanto riguarda la terminologia, sul sito non fanno uso del termine DSD, ma tendono a rifiutare l'utilizzo del termine intersessualità dato che lo considerano stigmatizzante e fuorviante poiché comporta molte interpretazioni scorrette, soprattutto da parte delle madri di neonati a cui è stata diagnosticata la sindrome di Klinefelter prima della nascita (Braida, 2011).

3.2 Nuove proposte e linee guida: il Consensus Statement on Management of Intersex Disorders di Chicago

Grazie alle pressioni esercitate anche dai gruppi e dalle associazioni intersessuali, nell'ambiente medico iniziano a farsi strada nuove proposte per approcciare alla questione dell'intersessualità. Questi nuovi cambiamenti presero forma nel Consensus Statement on Management of Intersex Disorders, che venne pubblicato nella rivista Pediatrics nell'agosto del 2006.

Il Consensus Statement è nato grazie alla collaborazione di esperti provenienti da tutto il mondo nel campo dell'intersessualità che hanno inizialmente posto le basi di un nuovo lavoro in vista della Consensus Conference organizzata dalla Lawson Wilkins Pediatric Endocrine Society e dalla European Society for Pediatric Endocrinology a Chicago (Lee *et al.,* 2006). Le soluzioni proposte dai professionisti comportavano diversi cambiamenti rispetto all'approccio adottato fino a quel momento verso il fenomeno dell'intersessualità.

In primo luogo, viene proposta una nuova nomenclatura per sostituire i termini "ermafroditismo", "pseudoermafroditismo" e "intersessualità", sentiti come stigmatizzanti dai pazienti e dai loro familiari, che adottasse la perifrasi "Disorders of Sex Development" (disordini dello sviluppo sessuale), abbreviata con la sigla DSD. Viene anche riconosciuto che "lo sviluppo psicosessuale è influenzato da molteplici fattori, tra i quali l'esposizione agli androgeni, i cromosomi sessuali e la struttura cerebrale, così come le circostanze sociali e le dinamiche familiari" (Lee *et al.,* 2006, p. 489).

In secondo luogo, viene data molta importanza al lavoro in team, che dovrebbe essere composto da esperti specializzati in diversi settori quali: endocrinologia pediatrica, chirurgia e/o urologia pediatrica, psicologia e/o psichiatria, ginecologia, genetica, neonatologia. Sarebbe molto utile anche l'affiancamento dei servizi sociali, degli infermieri e degli specialisti di etica medica qualora fosse possibile.

Parlando dei criteri di assegnazione del sesso, gli specialisti spiegano che non possono esistere protocolli universali, anche se possono essere suggerite alcune linee guida basate sull'esperienza pregressa. I fattori da tenere in considerazione nei casi di assegnazione sono molteplici: la diagnosi medica, la conformazione dei genitali, le

possibilità di intervento chirurgico, la necessità di una terapia ormonale sostitutiva, la fertilità e anche, elemento che rappresenta una novità rispetto al passato, il punto di vista della famiglia oltre che, in alcune occasioni, le pratiche culturali di riferimento (Lee *et al.*, 2006).

Per quanto riguarda gli interventi chirurgici, viene consigliato di praticarli solo nei casi di estrema virilizzazione e che si deve dare maggiore priorità alla funzionalità piuttosto che all'estetica, soprattutto nei casi di clitoridectomia dove spesso viene annullata ogni sensibilità. Inoltre, gli interventi che riguardano la dilatazione della vagina devono essere rimandati fino alla pubertà e deve esserci il consenso dell'interessata. Si continua comunque a consigliare la rimozione delle gonadi nelle pazienti femminili, per prevenire la degenerazione tumorale e "problemi psicologici per la presenza di testicoli" (Lee *et al.*, 2006, p.492, traduzione di Braida, 2011).

Uno degli aspetti più rilevanti del Consensus Statement riguarda l'indicazione della necessità di supporto psicologico sia per i pazienti che per le loro famiglie. Viene messo in discussione l'obbligo esplicitato dalla teoria di Money di riassegnare il sesso entro i 18 mesi dalla nascita, perché ormai è provato che l'identità di genere si sviluppa prima dei tre anni di vita. In quest'ottica, è quindi consigliato di prestare attenzione ai comportamenti tipici della disforia di genere, facendosi supportare da uno specialista nel caso sia necessario il cambio di sesso. La terapia psicologica può essere anche d'aiuto ai genitori nel momento in cui devono comunicare la diagnosi ai propri figli. Inoltre, i pazienti devono essere incoraggiati a superare la vergogna e ad esternare i loro sentimenti riguardo ai problemi più frequenti nei casi di DSD, come ad esempio

l'avversione verso il sesso o la mancanza di eccitabilità[19]. Viene anche data una forte importanza alla costituzione di un rapporto aperto di condivisione e cooperazione con la famiglia del paziente e al principio del consenso informato (Lee *et al.*, 2006). Nel documento vengono presi in esame anche gli interventi volti alla ricostruzione di entrambi i sessi, ma i risultati di queste ricostruzioni sono molto variabili e i dati non sono ancora sufficienti per poter confrontare gli interventi svolti in età precoce (prima dell'anno di vita) rispetto a quelli svolti durante la pubertà o l'età adulta.

Dato che rimane ancora molto da scoprire riguardo ai DSD, il Consensus si conclude con la speranza di mantenere una collaborazione internazionale e, in particolare, si propone due grandi obiettivi: lavorare insieme per studiare un numero maggiore di casi e istituire un programma di aggiornamento rivolto ai professionisti che si trovano ad assistere bambini o famiglie con un DSD (Lee *et al.*, 2006).

3.2.1 Il parere del Comitato Nazionale per la Bioetica italiano

Il 25 febbraio 2010 viene pubblicato dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri un cosiddetto "parere" del Comitato Nazionale per la Bioetica (CNB) sul trattamento dei "disturbi della differenziazione sessuale" (nel testo vengono designati come DDS). È importante sottolineare che questo è l'unico documento ufficiale che prende in esame i disturbi della differenziazione sessuale in Italia. L'obiettivo principale è quello di porre al centro della riflessione l'identità sessuale del minore, le complesse decisioni di intervento sul corpo e sulla sua psiche da parte del medico, le modalità di consulenza ai genitori e agli stessi bambini quando raggiungono un sufficiente grado di

[19] Nell'articolo viene anche espressamente ribadito di non sottoporre i pazienti a stress scattando fotografie, poiché si è constatato che nel passato i pazienti percepivano quest'eccessiva esposizione come una violenza e con vergogna (Braida, 2011).

consapevolezza e tutte le implicazioni personali, sociali e giuridiche legate a queste condizioni (CNB, 2010).

Il parere mette in evidenza gli elementi principali delle linee guida bioetiche internazionali, al fine di cogliere i nodi problematici sul piano etico e giuridico, esprimendo alcune raccomandazioni condivise. In primo luogo, ogni intervento medico nei casi di DDS deve avere come obiettivo quello di "armonizzare elementi di disarmonia sul piano fisico-psichico e sociale" (CNB, 2010, p.3). Ogni intervento deve quindi essere guidato dal principio del miglior interesse del bambino, evitando mutilazioni non necessarie; in aggiunta, è necessario fornire un giusto supporto psicologico alla famiglia e al minore tramite una comunicazione attenta e graduale della diagnosi e della condizione che stanno vivendo.

Il parere segue i criteri di classificazione dei DDS elaborati da Frimberger e Gearhart nel loro articolo "Ambiguous genitalia and intersex", dove i DDS vengono divisi in tre gruppi: i DDS da anomalie dei cromosomi sessuali; i DDS a cariotipo 46, XY; e i DDS a cariotipo 46, XX.

Il primo gruppo, i DDS da anomalie dei cromosomi sessuali, comprende la sindrome di Klinefelter a corredo 47, XXY e le sue varianti; la sindrome di Turner a corredo 45, XX e le varianti; le disgenesie gonadiche miste a corredo 45, X/46, XY e le chimere 46, XX/46, XY originate dalla fusione di due zigoti. Il gruppo dei DDS a cariotipo 46, XY è composto dai disturbi dello sviluppo gonadico (testicolo); i disturbi della sintesi, della sensibilità e dell'azione degli androgeni; e altri quadri patologici (ad esempio, la sindrome da persistenze dei dotti milleriani, ecc.). Il terzo gruppo, formato dai DDS a cariotipo 46, XX, è composto dai disturbi dello sviluppo gonadico (ovaio); dalle

sindromi con eccesso di androgeni; e da altre condizioni patologiche (ad esempio, agenesia/ipoplasia mulleriana, ecc.).

Sul piano giuridico, il CNB ritiene che l'attuale normativa che regola la dichiarazione del sesso alla nascita (D.P.R 3 novembre 2000) debba essere integrata con una nuova "annotazione" riservata, fondata su una rigorosa certificazione medica, non dell'incerta attribuzione sessuale del neonato ma della patologia di cui soffre. Attualmente, la legge in vigore non consente di rettificare questa indicazione a meno che non ci sia un certificato dell'intervento chirurgico per il cambio di sesso (L. 14 aprile 1982). In questo modo, il CNB dà la possibilità di non dover assegnare inizialmente il genere maschile o femminile a soggetti con genitali ambigui in modo da aspettare il totale sviluppo dell'identità sessuale dell'individuo nel corso della vita e poter in seguito modificare, se si ritiene opportuno, il certificato in base all'identità sessuale sviluppata definitivamente.

Il CNB prende in esame anche il rilevante problema dell'assegnazione del sesso negli individui con ambiguità sessuale e sostiene che la procedura corretta dovrebbe tenere in considerazione due fattori fondamentali: gli indici somatici (sesso fenotipico e gonadico), poiché l'aspetto dei genitali è determinante per la registrazione anagrafica, la possibilità di una vita sessuale soddisfacente e l'elaborazione psichica dell'auto-identificazione sessuale, mentre il sesso gonadico è rilevante per l'imprinting cerebrale (o sessualizzazione cerebrale), l'elaborazione ormonale e la fecondità; e gli indici psichici, intesi come identità personale e ruolo sociale (CNB, 2010, p. 13). Dopo un breve excursus sull'evoluzione delle linee guida a livello internazionale dalla teoria di John Money in poi, il CNB raccomanda di valutare ogni caso individualmente considerando il soggetto nella sua interezza, unendo le componenti biologiche e socio-

culturali che compongono l'individuo. In questo senso, il parere dichiara espressamente di appoggiare le idee di Milton Diamond secondo cui il neonato non sarebbe psicosessualmente neutro alla nascita.

Secondo il CNB devono essere prese delle misure necessarie per una diagnosi medica precisa e precoce dei DDS, possibilmente già in fase prenatale, mediante test genetici, analisi ormonali e prestando attenzione alle caratteristiche fenotipiche. Nei casi di diagnosi prenatale "è indispensabile attuare tutti gli interventi terapeutici possibili e disponibili" (CNB, p. 19); nei casi di diagnosi post-natale precoce la scelta se intervenire o non intervenire, presa dal medico insieme ai genitori, deve essere guidata dai seguenti criteri: "criterio terapeutico e di urgenza medica, gradualità, prevedibilità di beneficio e minimizzazione del danno (inteso in senso fisico e psichico) nella prospettiva di conseguire la maggiore armonia possibile" (CNB, p.19). Però viene anche sottolineato che se c'è la compresenza di elementi sessuali discordi, non conformi al progetto di essere uomo o donna, "rende lecito rimuovere ciò che impedisce la realizzazione, almeno parziale, di questa armonia" (CNB, p. 20). Il CNB ritiene anche che tali interventi devono prevedere, necessariamente, un consenso informato che nasce da una consulenza adeguata che possa offrire informazioni ai genitori e al paziente. Nei casi di intervento posticipato andrà gradualmente coinvolto il minore, anche se il parere ritiene opportuno che l'educazione sia orientata verso uno dei due sessi, sempre considerando anche le inclinazioni spontanee sessuali del minore.

Il CNB desidera un incremento della ricerca in questo campo e degli studi a lungo termine per superare il divario tra le diverse strutture sanitarie, al fine di garantire l'equità a tutti i cittadini nell'accesso alle cure. Nelle conclusioni si evidenzia, inoltre, l'importanza del dialogo con genitori e – laddove possibile – con il paziente, al fine di

garantire il principio del consenso informato. Si raccomanda, infine, di garantire la formazione del personale sanitario anche riguardo gli aspetti relativi alla dimensione psicologica (CNB, 2010, p. 23).

3.3 Differenza di impostazione tra i termini "Intersessualità" e "DSD"

La terminologia adottata in ambito medico dal 2006, ossia "Disorders of Sex Development" (DSD), in italiano viene tradotta in "disordini della differenziazione sessuale" o "disturbi della differenziazione sessuale". La differenza tra questa nuova terminologia e il termine classico "intersessualità" ha molteplici sfaccettature. In primo luogo, il termine DSD richiama e suggerisce una condizione patologica, appunto di "disordine" o "disturbo", sottolineando quindi una deviazione dello sviluppo sessuale altrimenti "normale" della persona. Si tratta dunque di un linguaggio patologizzante (Balocchi, 2012). Le varie forme di intersessualità, invece, non sono necessariamente correlate a una patologia o a condizioni mediche, sebbene alcune lo siano. Infatti, come sottolineano alcuni studiosi e attivisti intersessuali, 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 (Haas, 2004, pp. 41-68). In secondo luogo, con il termine intersessualità si pone anche l'accento sugli aspetti di costruzione culturale, sociale e storica della stessa definizione, nonché sulla dimensione delle relazioni di potere e delle politiche che interessano i corpi sessuati, le definizioni di maschile e femminile, il genere, l'identità di genere e l'orientamento sessuale (Balocchi, 2012). Questa differenza risulta essere di fondamentale importanza, ed è uno dei criteri su cui è stato impostato il disegno di ricerca che verrà spiegato nella seconda parte del lavoro di tesi. La percentuale di incidenza dell'intersessualità dipenderà quindi da quali variazioni

vengono considerate come patologiche e dalle definizioni che vengono utilizzate. Secondo Fausto-Sterling, su 1000 nati 17 presentano una qualche forma di intersessualità (1,7%); anche Preves parla di un'incidenza intorno al 2%, e Dreger di una percentuale di un terzo ogni 2000 nati, riferendosi però ai casi in cui la conformazione dell'anatomia sessuale è considerata atipica (Fausto-Sterling, 2000; Dreger, 1998; Preves, 2003).

In conclusione, in questo capitolo si è cercato di comprendere il processo di medicalizzazione a cui sono stati sottoposti i corpi di persone con genitali sessualmente ambigui. Da fine Settecento in poi è stato utilizzato il termine "medicalizzazione" poiché il ruolo dei medici aveva assunto un'importanza fondamentale nella classificazione e normalizzazione dei corpi atipici. In quest'ottica, è stata quindi abbandonata la concezione mostruosa degli intersessuali, in favore di una nuova concezione in cui l'ambiguità è diventata una patologia che è possibile curare solamente tramite la chirurgia e i trattamenti ormonali. Infatti, si sviluppò un modello centrato sull'occultamento della verità diagnostica al paziente, secondo cui il medico aveva il dovere di proteggere i pazienti e spesso anche i loro familiari dalla verità della loro condizione. In questo periodo la teoria dominante nella medicalizzazione dei corpi ambigui è quella di John Money del "genere ottimale dello sviluppo". Dagli anni '90 iniziano però a farsi sentire le voci degli intersessuali medicalizzati in età precoce e di molti altri intellettuali e attivisti per svelare tutto ciò che non è andato a buon fine nelle pratiche di normalizzazione e per chiedere dei cambiamenti concreti nel trattamento delle condizioni intersessuali. Tali cambiamenti hanno portato allo sviluppo di nuove linee guida e proposte per superare le vecchie definizioni. Di particolare rilievo, in questo senso, è stato il Consensus Statement tenutosi a Chicago nel 2006 che ha portato

ad una nuova terminologia per indicare questo fenomeno: si arriva quindi alla definizione di “disturbi della differenziazione sessuale” o DSD. Anche in Italia nel 2010 viene creato un documento, unico nel suo genere, che cerca di proporre alcune linee guida per gestire al meglio le condizioni intersessuali.

CAPITOLO 4. LA RICERCA

Nei precedenti capitoli è stato preso in esame il lungo processo evolutivo che ha coinvolto il fenomeno dell'intersessualità nel corso dei secoli in termini di nomenclatura, delle differenti percezioni del fenomeno e anche delle diverse modalità di trattamento finalizzate a "normalizzare" i corpi intersessuali.

Al giorno d'oggi prevale il termine DSD, ossia Disturbi della differenziazione sessuale, per indicare il complicato fenomeno che si compone di varie condizioni in cui è presente un'anomalia congenita del sistema riproduttivo e sessuale e una mancata corrispondenza tra la componente genetica, fenotipica o gonadica. Il termine, come si è visto nel terzo capitolo, rimanda ad una condizione patologica e suggerisce quindi che questi corpi siano soggetti ad una deviazione rispetto a ciò che viene considerato un "normale" sviluppo sessuale (Balocchi, 2012). Dal Novecento in poi, quindi, questo fenomeno viene trattato da un punto di vista strettamente medico. Nel corso dei secoli si è dibattuto molto riguardo al miglior trattamento per affrontare e gestire queste ambiguità sessuali, in quanto causano evidenti interrogativi etici al momento della decisione relativa all'attribuzione del sesso del neonato da parte di medici, chirurghi e genitori (CNB, 2010). Per questo motivo si è deciso di utilizzare un campione composto da studenti iscritti a facoltà mediche e sanitarie, proprio perché nelle questioni DSD continua a prevalere la pratica medica al momento delle decisioni relative al trattamento di questi individui. Gli altri strumenti utilizzati cercano di esplorare se delle eventuali categorie preconcette come possono essere i costrutti misurati nei tre questionari possono influenzare i medici di domani nelle valutazioni delle patologie rare come i DSD.

Il presente capitolo si focalizza su tutti gli aspetti del progetto di ricerca, riportando gli obiettivi, le ipotesi e la metodologia utilizzata. In aggiunta, viene effettuato un approfondimento degli strumenti che compongono il protocollo somministrato, per fornire informazioni più dettagliate riguardo ai costrutti misurati e alla composizione di ogni questionario.

4.1 La ricerca: obiettivi e ipotesi

La presente ricerca si è posta l'obiettivo generale di analizzare la percezione del fenomeno dell'intersessualità e del suo trattamento dal punto di vista dei futuri medici italiani. Questo obiettivo è di fondamentale importanza data la forte impronta medica che domina tuttora nel trattamento di questo fenomeno. Il lavoro è quindi focalizzato su un'indagine esplorativa volta ad approfondire la tematica dal punto di vista degli studenti delle facoltà mediche e come le nuove generazioni possono interfacciarsi con un fenomeno così complesso quale l'intersessualità.

Di seguito vengono riportati gli obiettivi specifici della ricerca e le ipotesi ad essi correlate:

- Esplorare se una differente descrizione del fenomeno e una diversa terminologia possono cambiare la percezione del soggetto riguardo al fenomeno stesso. L'ipotesi è che vi sia una maggiore conoscenza del fenomeno negli studenti che hanno partecipato alla condizione DSD rispetto a quelli della condizione Intersessualità, in quanto si trovano nella condizione ove viene utilizzato il termine prettamente medico rispetto a quello sociale;
- Scoprire se effettivamente gli studenti delle facoltà mediche sono a conoscenza del fenomeno e se hanno avuto la possibilità di studiarne gli aspetti principali e le

modalità di intervento nella propria università. Questa ipotesi nasce dal fatto che l'intersessualità non è un fenomeno conosciuto o comunque è sempre stato soggetto ad una costante e sistematica invisibilizzazione;

- Indagare i comportamenti che potrebbero mettere in atto gli studenti quando in futuro dovranno relazionarsi con dei pazienti affetti da tale condizione e con le loro famiglie;
- Rilevare il parere dei partecipanti riguardo al trattamento classico utilizzato dai medici e dai chirurghi, ossia la medicalizzazione precoce dei soggetti che presentano caratteristiche sessuali ambigue, facendo particolare riferimento anche alle modalità comunicative della diagnosi e dell'importanza delle varie figure coinvolte nel trattamento;
- Indagare se esistono delle correlazioni tra alcune variabili socio-culturali, ossia l'autoritarismo, la religiosità e il sessismo tra i generi e il fenomeno dell'intersessualità. Si ipotizza che le persone più predisposte ad una qualsiasi delle tre variabili prese in esame tendano a preferire un intervento precoce per "correggere" un individuo sessualmente "atipico" piuttosto che lasciarlo crescere e sviluppare l'identità sessuale che ritiene più adeguata per il proprio sé e, soltanto in un secondo momento, decidere se e quando intervenire per modificare le proprie caratteristiche sessuali.

4.1.1 Il protocollo della ricerca

Il protocollo predisposto per la presente ricerca è stato suddiviso in quattro differenti condizioni, distinte in base alla definizione data al fenomeno dell'intersessualità riportata nell'ultima parte dello strumento. Tutte e quattro le condizioni contengono al loro interno la parte socio-demografica e tre questionari iniziali, ossia "L'atteggiamento ambivalente verso donne e uomini", "La scala di autoritarismo di destra" e "Il

questionario della religiosità”.–Nella “condizione DSD” viene data una definizione prettamente medica (Lee *et al.*, 2006); la seconda contiene invece la definizione più sociale di intersessualità (EuroPSI, www.europsi.org); mentre la terza e la quarta, denominate “DSD+Prader” e “Intersex+Prader”, comprendono le stesse definizioni delle precedenti (una DSD e una Intersessualità) con l’aggiunta nel protocollo del Test della virilizzazione di Prader.

Per quanto riguarda la percentuale di risposte alle singole condizioni, si è riscontrata una maggiore concentrazione di risposte da parte dei soggetti a cui era stato inviato il protocollo DSD rispetto che alle altre tre condizioni. Questa tendenza si riscontra anche nelle due condizioni generali: nel gruppo DSD le risposte sono state 135 (62,5%) mentre in quello Intersessualità sono state 81 (37,5%). Questa disparità non sembra condizionata da altri fattori, ma semplicemente da una maggiore risposta da parte dei soggetti al primo protocollo rispetto al secondo. Nella Tabella 1 sono riportate le percentuali per ognuna delle quattro condizioni.

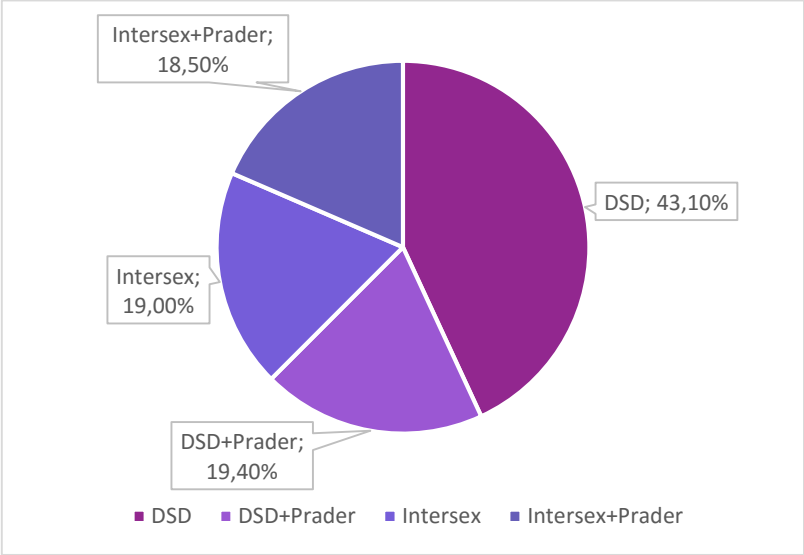


Tabella 1 Percentuali risposte alle singole condizioni

Ai fini dell'analisi dei dati il presente lavoro fa riferimento esclusivamente a due grandi condizioni che si basano sulle differenze in termini di nomenclatura: la condizione DSD, contenente la condizione DSD e quella DSD+Prader, e la condizione Intersessualità, che contiene al suo interno la condizione Intersessualità e quella Intersex+Prader.

4.1.2 Il campione

Il metodo di campionamento scelto per la presente ricerca è quello "casuale", tipico dell'approccio quantitativo, in cui si seleziona un ampio numero di soggetti in modo del tutto casuale per verificare la correttezza delle ipotesi della ricerca.

L'indagine è stata effettuata somministrando un protocollo appositamente elaborato a degli studenti di alcune facoltà prettamente mediche e sanitarie del territorio italiano.

Il campione è composto da un totale di 216 studenti universitari di età compresa tra i 19 e i 44 anni. Nella Condizione DSD i soggetti rispondenti sono 135, con M=23,83 e DS=3,739; mentre nella Condizione Intersessualità i soggetti sono 81, con una M=23,14 e DS=2,792.

ETÀ	SOGGETTI	MEDIA	DEVIAZIONE STANDARD
DSD	135	23,83	3,739
INTERSEX	81	23,14	2,792

Tabella 2 Età dei soggetti

Dai risultati è emersa una percentuale maggiore di risposte da parte di soggetti femmine in entrambi i protocolli: nella condizione DSD si ha una percentuale di risposte femminili pari al 66,7% contrapposta al 33,3% di risposte maschili; lo stesso andamento

si può notare anche nella condizione Intersex, dove le risposte femminili sono pari al 64,2% e quelle maschili sono solamente il 35,8%. Questo fattore è riscontrabile anche in altre fonti (ad esempio, Almalaurea, 2014), secondo le quali nelle facoltà italiane di Medicina e Chirurgia e nelle facoltà prese in esame nella ricerca, si riscontra un numero quasi doppio di iscrizione di studenti femmine rispetto agli studenti maschi.

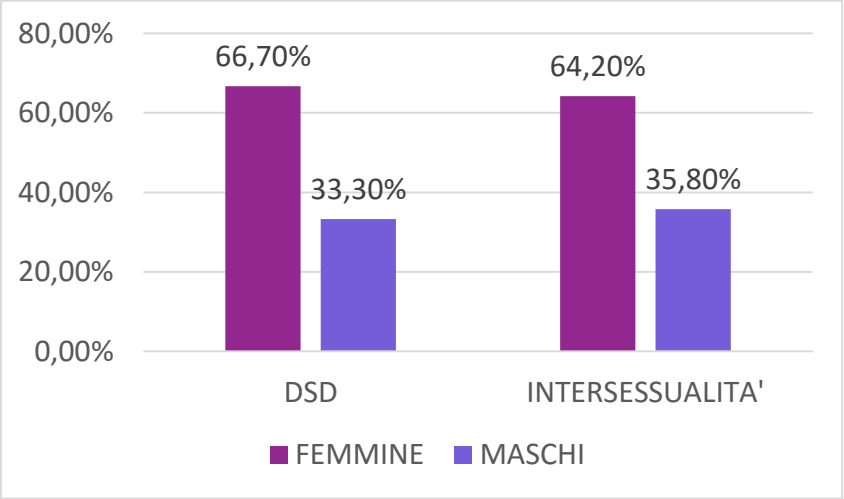


Tabella 3 Percentuali della variabile sesso nelle due condizioni

I rispondenti sono diversamente suddivisi nel territorio italiano:

Regione di provenienza	Soggetti
Veneto	58
Toscana	37
Friuli Venezia Giulia	26
Emilia Romagna	18
Lombardia	17
Liguria	14
Puglia	8
Campania	6
Sicilia	5
Piemonte	4
Trentino Alto Adige	3
Marche	2
Calabria	2
Sardegna	1
Umbria	1
Molise	1
Altro	14 *

Tabella 4 Regione di provenienza dei soggetti (= 1 Nord Italia, 5 Stato Estero e 8 date di nascita)*

La ricerca si è concentrata maggiormente su facoltà delle regioni del Nord e del Centro Italia. Nella tabella 3 è possibile vedere gli atenei a cui sono iscritti i rispondenti al protocollo.

Ateneo di provenienza	Soggetti
Università degli Studi di Pisa	48
Università degli Studi di Padova	47
Università degli Studi di Ferrara	32
Università degli Studi di Udine	29
Università degli Studi di Firenze	18
Università degli Studi di Genova	17
Università degli Studi dell'Insubria	8
Università degli Studi di Milano	5
Università degli Studi di Trieste	4
Università degli Studi di Verona	2
Università degli Studi di Bologna	2
Università degli Studi di Perugia	1
Università degli Studi di Pavia	1
Università degli Studi di Roma - La Sapienza	1
Università degli Studi Amedeo Avogadro	1

Tabella 5 Ateneo di provenienza dei soggetti

Il questionario è stato somministrato esclusivamente a gruppi di studenti iscritti alle facoltà di Medicina e chirurgia e delle Professioni sanitarie. Per semplificare l'analisi dei dati, le risposte sono state suddivise in tre grandi gruppi: gli studenti iscritti al corso di laurea di Medicina e Chirurgia, quelli iscritti ad un corso di laurea delle Professioni Sanitarie e gli studenti iscritti ad un corso di laurea non strettamente pertinenti

all'ambito medico, ovvero un Corso Non Sanitario. Non sono state riscontrate grosse differenze significative, si nota però che, nel totale del campione, la maggior parte delle risposte proviene da studenti iscritti alla facoltà di Medicina e Chirurgia (73,6%), seguiti dagli studenti delle Professioni sanitarie (21,3%) e in ultima posizione dagli studenti appartenenti a Corsi non sanitari (5,1%).

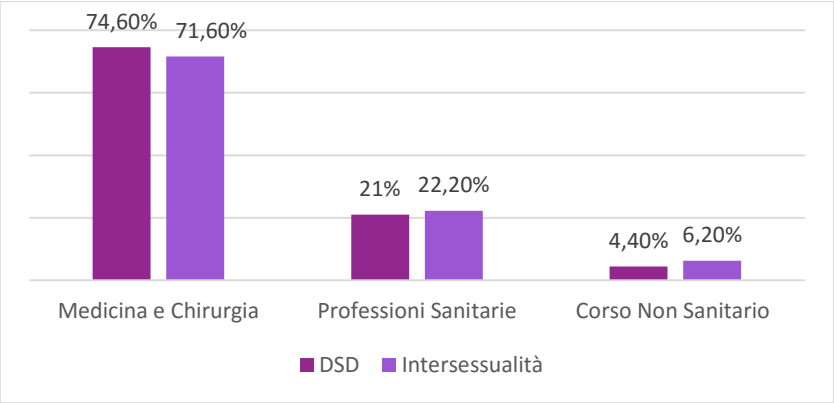


Tabella 6 Percentuale dei corsi di studio dei soggetti

4.1.3 La procedura di somministrazione

Il questionario è stato somministrato tramite il social network Facebook. Inizialmente sono stati contattati gli amministratori dei gruppi creati per i frequentanti degli specifici corsi di laurea presi in esame e, in un secondo momento, è stato inserito il questionario a cui potevano accedere tutti i membri iscritti al gruppo tramite un collegamento internet con la piattaforma Google Drive. Il protocollo era autosomministrato e durava all'incirca 35-40 minuti.

La scelta dei gruppi è stata anche dettata da alcune difficoltà incontrate dalla laureanda al momento del contatto e dalle risposte degli amministratori: infatti molti gruppi non sono stati presi in considerazione poiché non hanno risposto alle varie mail di presentazione del progetto di ricerca o non hanno acconsentito l'accesso alla laureanda al gruppo privato del loro corso di laurea.

4.2 Gli strumenti della ricerca

La presente ricerca si avvale dell'approccio quantitativo e utilizza strumenti standardizzati e rigidi, ossia che seguono dei protocolli definiti e facilmente replicabili in contesti e su soggetti differenti. Si è scelto di utilizzare questa tipologia di approccio nell'indagine esplorativa proprio perché è in grado di rilevare una grande quantità di informazioni in maniera standardizzata e oggettiva del fenomeno, somministrando lo stesso strumento ad un'ampia gamma di soggetti per comprendere al meglio la loro percezione del fenomeno dell'intersessualità. Lo strumento per eccellenza della tecnica quantitativa è il questionario, ossia un piano strutturato di domande che consente di verificare, quantitativamente, le ipotesi della ricerca e di raccogliere in maniera immediata e coesa una grande quantità di informazioni mediante la successiva elaborazione delle risposte ottenute. L'utilizzazione del questionario consente, in ogni caso, di ottenere dei dati comparabili e, in una certa misura, attendibili.

La ricerca si avvale di un protocollo appositamente creato, intitolato "Sviluppo sessuale e variabili socio-culturali", contenente al suo interno quattro diversi strumenti già validati e un questionario costruito ad hoc per la ricerca stessa. Il protocollo è composto dalla presentazione del progetto di ricerca, della durata del questionario e le relative norme in vigore per quanto riguarda la privacy dei rispondenti e l'uso del materiale reperito dalle risposte[20]. Nella prima parte del protocollo sono state inserite delle domande per raccogliere alcune informazioni socio-demografiche, ossia il sesso, l'età, la città di nascita, a quale università è iscritto/a, a quale corso di studi, e quale anno sta frequentando il soggetto al momento della compilazione.

Gli strumenti utilizzati sono i seguenti:

[20] È possibile consultare il protocollo nell'Appendice 1.

1- La scala di autoritarismo di destra (Altemeyer)

2- L'atteggiamento ambivalente verso donne e uomini (Glick e Fiske)

3- Il questionario sulla religiosità RLOS (Voci)

4- Il test della virilizzazione di Prader (Prader)

5- Il questionario sul fenomeno dell'Intersessualità/DSD

4.2.1 La scala di autoritarismo di destra (Right-Wing Authoritarianism Scale-RWA, Altemeyer, 1981)

Agli inizi degli anni '80, Altemeyer ha sviluppato il costrutto chiamato Right-Wing Authoritarianism (RWA) o autoritarismo di destra[21] che costituisce una spiegazione in chiave psicosociale del bisogno di alcuni individui di assoggettarsi e sottomettersi all'autorità, accettando acriticamente gli atteggiamenti e i valori che essa impone (Altemeyer, 1981)[22]. Nella presente ricerca è stata utilizzata la versione italiana della scala composta da 32 item formulata da Aiello, Chirumbolo e Leone (2003), in cui viene chiesto al soggetto di esprimere il proprio parere riguardo ad alcune questioni sociali su una scala Likert a 9 punti, considerando che 1 sta per "Sono totalmente in disaccordo" e 9 sta per "Sono totalmente d'accordo". La struttura concettuale della Scala di Autoritarismo di Destra poggia su tre differenti gruppi di atteggiamenti: la Sottomissione autoritaria, l'Aggressività autoritaria e il Convenzionalismo. Nell'area della Sottomissione alle autorità riconosciute, Altemeyer (1996) definisce le autorità legittime come tutti coloro che l'autoritario di Destra ritiene debbano esercitare un'autorità o un'influenza generale o morale sul comportamento altrui (genitori, leader,

[21] Altemeyer intende il termine "destra" in accezione psicosociale e non politica essendo fondato principalmente sull'obbedienza alle autorità e sulla rigida lealtà alle norme culturali (Talò, 2010).

[22] Gli studi empirici sull'autoritarismo iniziarono già nei primi anni '50 e, grazie ad Adorno e colleghi (1950), fu ipotizzata l'esistenza in alcuni individui della cosiddetta "sindrome della personalità autoritaria", attraverso la quale diventava possibile comprendere la psicologia di quei soggetti profondamente inclini alla sottomissione, alla glorificazione del leader e, soprattutto, al desiderio di distruggere i gruppi minoritari e socialmente devianti (Talò, 2010).

giudici, capi di governo, ecc.). Di conseguenza, si avrebbe una spiccata tendenza ad incrementare la fiducia da riporre in tali Autorità, decretandogli obbedienza e rispetto acritici. Secondo Altemeyer, gli autoritari di Destra colgono nelle critiche rivolte dagli altri alle Autorità un concreto pericolo, in quanto sono potenzialmente lesive dell'ordine sociale e/o animate da scopi distruttivi degli assetti societari (Aiello *et al.,* 2003).

Con l'area dell'Aggressività autoritaria, Altemeyer (1996) intende l'aggressività e l'ostilità sociale che gli autoritari di Destra indirizzano verso particolari gruppi, sottogruppi o singoli individui. La disposizione verso tale aggressività non significa che gli autoritari di Destra possano o vogliano agire sempre con aggressività verso il "gruppo bersaglio": infatti, se percepiscono l'esistenza di "sanzioni autoritarie" la loro aggressività può essere contenuta. L'importante per loro è il mantenimento dello status quo garantito dalle varie tipologie di Autorità.

Con l'area dell'Aderenza alle convenzioni sociali (Convenzionalismo), l'autore enfatizza la generale accettazione e adesione delle norme e dei valori più conservativi, più tradizionali (soprattutto in ambito religioso e nelle condotte sessuali), assoluti ed immutabili. L'autoritario di destra si oppone alle possibilità di sviluppo o cambiamento di quelle che vengono considerate tradizionalmente come "condotte moralmente accettabili", indicate come tali dalle Autorità religiose. Molte di queste norme trovano fondamento e sono riconducibili alle "pratiche di socializzazione" della religione giudaico-cristiana. In questo senso, secondo Altemeyer, il soggetto ha un'adesione (spesso incondizionata) alle cosiddette "leggi di Dio", le quali spera possano assumere il ruolo di guida sugli assetti istituzionali e di governo (Altemeyer, 1996).

Altemeyer ha proceduto alla validazione delle varie versioni della sua scala, a testarne l'attendibilità mediante l'Alfa di Cronbach ed alcuni controlli test-retest; gli indici

calcolati variano in funzione dei soggetti intervistati e della versione della scala somministrata, ma risultano generalmente compresi fra .81 e .97, con una correlazione media fra gli item pari a .18 (Altemeyer, 1996). Lo studioso considera la sua scala sostanzialmente unidimensionale in base non solo ai risultati ottenuti con il calcolo dell'Alfa di Cronbach, ma anche a quelli derivati dall'analisi fattoriale esplorativa. Anche la scala italiana utilizzata nella presente ricerca si dimostra attendibile e valida[23].

4.2.2 L'atteggiamento ambivalente verso donne e uomini (Glick e Fiske, 1996)

Nel 1996 Glick e Fiske hanno proposto un modello teorico fondato sulla considerazione che, nella maggior parte dei casi, i rapporti sociali tra gruppi sono sfaccettati e spesso ambivalenti e contraddittori. Il sessismo costituisce la forma di pregiudizio in cui più chiaramente appare tale complessità. La relazione tra uomini e donne, infatti, è una relazione tra gruppi sociali unica, poiché la loro interdipendenza è caratterizzata storicamente da differenze di potere unite a uno stretto grado di intimità fisica e psicologica. In particolare, nei rapporti di genere, il predominio maschile si traduce in stereotipi che sanciscono la superiorità degli uomini sui tratti legati alla dimensione della competenza e rilevanti per lo status, mentre alle donne viene riconosciuta una superiorità sulle dimensioni legate alla capacità di costruire e mantenere soddisfacenti relazioni interpersonali (Manganelli Rattazzi *et al.,* 2008).

Per analizzare questi atteggiamenti verso le donne e gli uomini e porne in luce l'intrinseca ambivalenza, Glick e Fiske hanno sviluppato due scale: il questionario di sessismo ambivalente (The Ambivalent Sexism Inventory, ASI) che misura

[23] Nell'intento di valutare anche alcune critiche avanzate nei confronti dell'RWA originale, gli studiosi italiani hanno creato anche una "versione studio" della scala composta da 60 item che ha l'obiettivo di salvaguardare da un lato l'intera configurazione degli orientamenti di giudizio espressi nella versione originaria e dall'altro offre voci che tentano di ovviare al problema della formulazione piana e contenente un solo aspetto valutativo (Aiello *et al.,* 2003).

atteggiamenti di sessismo ostile (Hostile Sexism, HS) e benevolo (Benevolenti Sexism, BS), e il questionario di ambivalenza nei confronti degli uomini (The Ambivalent toward Men Inventory, AMI), che misura atteggiamenti di ostilità (Hostile toward Men, HM) e benevolenza (Benevolence toward Men, BM). Il questionario nel suo insieme è composto da 42 item dove ai soggetti viene chiesto di esprimere il proprio parere su una scala Likert a 6 punti, in cui 0 indica "Fortemente in disaccordo" e 5 indica "Fortemente in accordo". Entrambe le scale sono state costruite tenendo conto dei tre ambiti che caratterizzano le relazioni di genere: il predominio maschile, la differenza di genere e l'eterosessualità. L'ambivalenza del paternalismo, ossia del predominio maschile, si esprime attraverso due componenti, una ostile e una benevola. La prima è il paternalismo dominante (dominative paternalism), ed è basata sulla credenza che sia giusto che gli uomini abbiano più potere delle donne e sul timore che le donne rubino tale potere. La seconda componente è il paternalismo protettivo (protective paternalism), basato sulla credenza che gli uomini abbiano il compito di proteggere le donne e provvedere al loro benessere. La differenziazione di genere a sua volta si suddivide in due componenti: le forme ostili sono basate sulla credenza che le donne siano inferiori agli uomini sulle dimensioni legate all'abilità, alla competenza e al potere; le forme benevole, invece, sono basate sulla credenza che le donne abbiano molti tratti positivi (ad esempio, sono materne, delicate, ecc.) che sanciscono la loro superiorità sulle dimensioni affettive, legate al calore e alla capacità di costruire e mantenere relazioni interpersonali[24]. Il terzo ambito, l'eterosessualità, si esprime in una modalità definita di "ostilità eterosessuale", che fonde insieme sesso e potere ed è collegata alla credenza che la sessualità femminile sia pericolosa per l'uomo, e una

[24] Ne deriva un atteggiamento benevolo, definito di "differenziazione complementare di genere" il cui nucleo è la credenza che le donne siano più adatte a ricoprire ruoli sociali di basso status (Manganelli Rattazzi *et al.*, 2008).

modalità di "intimità eterosessuale", secondo cui le relazioni positive di tipo romantico tra i sessi siano essenziali per il benessere psicologico di uomini e donne.

4.2.2.1 La scala di sessismo ambivalente (The Ambivalent Sexism Inventory, ASI)

La scala del sessismo ambivalente è composta da 22 item, 11 dei quali compongono la sottoscala del sessismo ostile (HS) e gli altri 11 la sottoscala del sessismo benevolo (BS). In entrambe sono rappresentati i tre ambiti di espressione del sessismo, ossia il paternalismo, la differenziazione di genere e l'eterosessualità. Alcuni studi condotti da Glick e Fiske (1996) hanno permesso di stabilire la struttura fattoriale dell'ASI, ed è emerso, contrariamente a quanto pensavano gli autori, che gli item del sessismo ostile sono risultati saturi di un solo fattore, mentre, in linea con le loro previsioni, gli item del sessismo benevolo si sono distribuiti nei tre fattori denominati paternalismo, differenziazione di genere e eterosessualità. La fedeltà delle due scale si è dimostrata soddisfacente, infatti i valori dell'Alfa di Cronbach sono compresi tra .80 e .92 per la scala del sessismo ostile e tra .73 e.85 per quella del sessismo benevolo. Le due sottoscale sono positivamente correlate, con coefficienti compresi tra .37 e .74; è stata così confermata l'ipotesi che entrambe esprimano forme differenti di sessismo (Manganelli Rattazzi *et al.*, 2008).

Lo studio di Glick *et al.* (2000) ha avuto come oggetto la validazione cross-culturale dell'ASI e si basava sul presupposto teorico secondo cui il sessismo, ostile e benevolo, affonda le sue radici in una serie di fattori sociali e biologici che si riscontrano nella maggioranza delle culture[25]. I confronti tra i punteggi medi di donne e uomini nelle

[25] Per testare queste ipotesi gli studiosi hanno chiesto ed ottenuto la partecipazione di oltre 15.000 persone in 19 paesi, appartenenti ad aree geograficamente e culturalmente diverse: America del Nord (Stati Uniti), America centrale e meridionale (Brasile, Cile, Colombia, Cuba), Europa (Belgio, Germania, Inghilterra, Italia, Olanda, Portogallo e Spagna), Africa (Botswana, Nigeria, Sud Africa), Medio Oriente (Turchia), Estremo Oriente (Giappone, Corea del Sud) e Oceania (Australia) (Manganelli Rattazzi *et al.*, 2008).

varie culture rivelano che per il sessismo ostile gli uomini esprimono punteggi più alti di quelli delle donne, risultato che non viene replicato per il sessismo benevolo. La tendenza generale, per le donne, è infatti quella di rifiutare il sessismo ostile, ma di accettare, soprattutto nelle situazioni caratterizzate da maggior disparità tra i generi, un certo livello di sessismo benevolo. Si è avuta cosi conferma del fatto che le due forme di sessismo sono costrutti coerenti e rilevabili in molte culture ed appaiono strettamente legate al mantenimento dell'ineguaglianza di genere[26]. Da alcuni studi è emerso poi che l'esposizione al sessismo benevolo aumenta nelle donne l'adesione all'idea che la società sia complessivamente giusta (Jost e Kay, 2003).

4.2.2.2 La scala di ambivalenza verso gli uomini (The Ambivalent toward Men Inventory, AMI)

Data la stretta interdipendenza che lega donne e uomini, Glick e Fiske hanno deciso di elaborare una seconda scala costituita da 20 item che misurasse l'ambivalenza nell'atteggiamento verso gli uomini, ipotizzando che anche in esso siano rilevabili una componente ostile (HM) e una benevola (BM). Entrambe le sottoscale sono composte da 10 item e si basano sugli stessi nuclei concettuali dell'ASI, ossia il paternalismo, la differenziazione di genere e l'eterosessualità. In questa scala, insieme alle altre distinzioni citate in precedenza, emerge nei confronti degli uomini una componente ostile di "risentimento per il paternalismo", che accusa gli uomini di arroganza e abuso di potere, mista a una componente benevola di "maternalismo", secondo la quale spetta alle donne prendersi cura degli uomini in cambio della protezione che ricevono. La differenziazione di genere si compone di una forma "compensatoria", caratterizzata dal

[26] Il sessismo benevolo, in special modo, si rivela uno strumento di mantenimento delle disparità sociali per più motivi: presenta uno stretto legame con il sessismo ostile, contribuisce a sostenere le ideologie che relegano le donne a tradizionali ruoli femminili e diventa anche uno strumento di indebolimento della resistenza delle donne (Glick e Fiske, 2001a).

disprezzo per l'incapacità maschile nei compiti domestici e in una forma "complementare", caratterizzata dall'apprezzamento per il ruolo maschile di protezione e sostegno. Infine, la componente ostile dell'eterosessualità vede gli uomini come predatori sessuali, mentre la componente benevola sottolinea di nuovo l'importanza dell'intimità nelle relazioni di genere. Tre studi condotti negli Stati Uniti hanno permesso di validare lo strumento (Glick e Fiske, 1999) e le analisi fattoriali hanno messo in luce due fattori di secondo ordine, uno di atteggiamento ostile, l'altro di atteggiamento benevolo, distinti ma correlati tra loro (le correlazioni tra componente ostile e benevola sono comprese tra .45 e .54)[27]. Gli autori hanno inoltre rilevato che, nel caso dell'atteggiamento ostile, le donne esprimono punteggi considerevolmente più alti degli uomini, mentre nel caso di quello benevolo, sono i punteggi maschili a superare quelli femminili (Glick e Fiske, 1999). Questi risultati sono stati confermati anche quando la scala è stata somministrata in sedici diversi paesi per indagare la sua validità cross-culturale[28].

4.2.3 Il questionario sulla religiosità RLOS (Voci)

Secondo Batson e Ventis (1982), l'esperienza religiosa è qualcosa di unico che permea ogni aspetto della vita umana ma, allo stesso tempo, si differenzia da tutte le altre esperienze della vita quotidiana, in quanto lo scopo principale è quello di dare un significato migliore alla propria esistenza individuale. Partendo dal presupposto che la religione può essere vissuta in modi diversi e che le persone si distinguono anche nel modo in cui vivono ed esprimono la loro religiosità, Allport e Ross (1967) hanno proposto l'esistenza di due orientamenti religiosi: l'orientamento estrinseco e

[27] Ciascun fattore di secondo ordine si articola in tre fattori di primo ordine: l'atteggiamento ostile si esprime nei fattori di risentimento per il paternalismo, la differenziazione compensatoria di genere e l'ostilità eterosessuale; quello benevolo nei fattori di maternalismo, differenziazione complementare di genere e intimità eterosessuale.
[28] La scala è stata somministrata nei seguenti paesi: Argentina, Australia, Colombia, Cuba, Germania, Inghilterra, Italia, Messico, Olanda, Perù, Portogallo, Singapore, Siria, Spagna, Taiwan e Turchia (Glick *et al.*, 2004).

l'orientamento intrinseco. L'orientamento estrinseco è caratterizzato da valori strumentali ed utilitaristici: le persone con questo tipo di orientamento usano la religione come mezzo per ottenere i più svariati benefici personali o sociali (in maniera più o meno consapevole), come ad esempio per ottenere sollievo e protezione, per integrarsi socialmente o per qualche forma di vantaggio economico. L'orientamento estrinseco è stato anche collegato a valori più elevati di pregiudizio (Bosetti *et al.*, 2011). L'orientamento intrinseco, invece, si riferisce ad una forma interiorizzata e matura della religiosità. Le persone con questo tipo di orientamento vivono la loro esperienza religiosa in profondità, perché la fede viene considerata il motivo primario della propria esistenza, qualcosa che ha valore in sé e dà valore e significato alla vita stessa. L'orientamento intrinseco, in genere, è stato associato ad una maggiore tolleranza (Bosetti *et al.*, 2011). È importante sottolineare che questi due orientamenti non rappresentano gli estremi di un continuum ma sono visti come delle dimensioni ortogonali, perciò è possibile che una persona religiosa sia allo stesso tempo intrinseca ed estrinseca oppure prevalentemente intrinseca o prevalentemente estrinseca. Allport e Ross (1967) hanno quindi messo a punto una scala, chiamata Religion Orientation Scale (ROS), per studiare più in profondità la relazione esistente tra il pregiudizio e i due orientamenti religiosi.

Successivamente, Batson e colleghi hanno proposto un terzo orientamento, chiamato orientamento quest, con l'obiettivo di individuare un nuovo orientamento religioso che fosse legato alla compassione e alla tolleranza (Batson, 1976). Questo orientamento, caratterizzato da una maggiore apertura mentale e ad un approccio religioso più critico e

meno dogmatico, dovrebbe essere legato ad una riduzione del pregiudizio[29]. L'orientamento quest, quindi, sottolinea i dubbi e le domande riguardanti le verità religiose: di conseguenza, si potrebbe parlare in questo caso di "religione come ricerca", distinguendolo dalla religione come un mezzo (estrinseco) e la religione come fine (intrinseco).

Nella presente ricerca, prima del questionario sono state inserite due domande relative alla spiritualità, dove nella prima viene chiesto al soggetto che rapporto ha con la spiritualità e le possibili risposte sono credente, ateo, agnostico o altro; mentre nella seconda domanda viene chiesto di specificare a quale credo fa riferimento lo studente. Nel protocollo l'orientamento religioso viene poi misurato tramite una versione italiana del questionario *Religion Orientation Scale (RSO,* Allport e Ross, 1967) e della *Religious Life Inventory* (RLI, Batson et al., 1993) elaborata da Voci. Il questionario è composto da 19 item con risposte comprese in un range da 1 che indica "Non mi descrive per nulla" a 7 che indica "Mi descrive benissimo". L'orientamento religioso è stato misurato con 15 item che riflettono i tre orientamenti, divisi in 6 item per l'orientamento intrinseco (es. "Cerco di portare la religione in tutti gli aspetti della mia vita", "Trovo impossibile pensare a me stesso come non religioso"), 5 item per l'orientamento estrinseco (es. "La mia religione serve a soddisfare i bisogni di appartenenza e sicurezza", "Una delle ragioni per cui vado in chiesa è che questo mi aiuta ad avere un ruolo nella società in cui vivo") e 4 item per l'orientamento quest (es. "Mi capita spesso di mettere in discussione le mie convinzioni religiose", "Per me, dubitare è una parte importante di quello che significa essere religioso/a"). Nella

[29] Questo orientamento viene spesso considerato in contrasto con il fondamentalismo religioso, che è invece caratterizzato da una ristrettezza mentale, la certezza che le proprie credenze religiose siano corrette e che la religione ha accesso alla verità assoluta (Bosetti *et al.*, 2011).

versione del questionario utilizzata per la ricerca sono stati inseriti anche altri 4 item tratti dalla scala della spiritualità (es. “Medito e/o prego per poter raggiungere un piano di consapevolezza spirituale più elevato”, “Penso che ci sia una dimensione trascendente, spirituale della vita”).

La corrispondenza tra item e i tre orientamenti è la seguente:

- Orientamento intrinseco: item 4, 6, 9, 10, 12, 14;
- Orientamento estrinseco: item 2, 5, 11, 13, 15;
- Orientamento quest: item 1, 3, 7, 8.

L’item 6 è l’unico che fa ricodificato invertendo i punteggi nell’analisi dei dati.

4.2.4 Il test della virilizzazione di Prader (Prader)

Lo schema di Prader venne creato nel 1954 da Andrea Prader, il padre fondatore dell’endocrinologia pediatrica che tuttora viene definito come “una delle figure più influenti nella pediatria europea” (Sippell, 2011, p.101). Il modello creato da Prader per la comprensione della virilizzazione dei genitali infantili nasce dalla sua scoperta e ricerca della CAH. Questo modello continua ad essere il più diffuso per definire gli standard medici delle classificazioni genitali infantili e gli interventi ad essi correlati (Ansara, 2013). Le immagini presenti nello schema, infatti, sono così durature ed affermate nel campo dell’endocrinologia pediatrica che ancora oggi vengono utilizzate come prototipo per la classificazione diagnostica dei genitali infantili e al momento di decidere se eseguire degli interventi chirurgici per normalizzare tali genitali (Ansara, 2013).

Lo schema di Prader è composto da sette immagini che rappresentano le differenti variazioni dei genitali dei bambini[30]. La prima e la settima immagine vengono spesso etichettate e prese ad esempio come il prototipo del "Maschio normale" e della "Femmina normale". Le altre cinque immagini vengono invece riconosciute in modo patologizzante e descritte con termini clinici come dei disturbi da I a V. Nel modello, le cinque immagini descritte come problematiche sono tali proprio perché i genitali raffigurati rappresentano una sfida all'esistenza della classica divisione sessuale che vede il maschile e il femminile come due poli opposti (Ansara, 2013). La fase V viene considerata la fase più "estrema" di virilizzazione dei genitali infantili e di conseguenza viene vista come la patologia più grave proprio perché ha una forte somiglianza visiva e strutturale all'immagine che rappresenta il cosiddetto "Maschio normale".

Nel protocollo preso in esame vengono presentate le sette immagini in ordine sparso rispetto all'ordine originale definito da Prader per vedere in che modo gli studenti delle professioni mediche tendono a valutare i genitali esterni. Ai soggetti viene chiesto di ordinare le immagini secondo un criterio personale con delle lettere dalla A alla G e viene richiesto di specificare il criterio da loro utilizzato per disporle in quello specifico ordine. In seguito, viene chiesto di descrivere utilizzando massimo 6 parole le stesse immagini. Questo test è presente solo nella condizione 3 e 4 della ricerca, ossia nelle condizioni denominate "DSD+Prader" e "Intersex+Prader". Il test non possiede uno scoring definito, poiché viene utilizzato per decidere se i genitali sono di grandezza e forma appropriata. Lo scopo è comprendere l'ordine che ha dato ogni soggetto e quanto questo ordine devia dall'ordine "corretto" e per verificare se i rispondenti tendono a vedere le immagini, specialmente le cinque centrali, come patologiche o normali.

[30]È possibile vedere le immagini utilizzate nello schema di Prader nell'Appendice 1.

4.2.5 Il questionario sull'intersessualità/DSD

L'ultimo questionario del protocollo è stato appositamente creato per questa ricerca, con lo scopo di indagare le conoscenze e la percezione dei rispondenti riguardo ad alcune tematiche strettamente connesse al fenomeno dell'intersessualità/DSD. Il questionario è composto da 10 domande chiuse e 6 domande aperte. La prima domanda riguarda la conoscenza del fenomeno preso in esame e varia in base alla condizione a cui appartiene il soggetto, e in seguito tramite una domanda aperta viene richiesto, solamente a chi ha dato una risposta affermativa, se può riportare il contesto in cui ne è venuto a conoscenza.

In seguito viene presentato un breve testo in cui viene introdotto con un piccolo excursus il fenomeno. Anche in questo caso, la definizione cambiava in base alla condizione: nella condizione DSD la definizione era prettamente medica (Lee *et al.*, 2006); mentre nella condizione Intersessualità la definizione ha un'impronta più sociale (EuroPSI, www.europsi.org). In entrambe le condizioni viene poi inserito lo stesso testo. Successivamente è stata inserita una domanda di controllo con lo scopo di capire se i soggetti erano stati attenti durante la lettura del testo. La domanda prevedeva quattro differenti risposte: una con la definizione medica di DSD (Lee *et al.*, 2006), una con la definizione sociale di Intersessualità (EuroPSI, www.europsi.org), un'altra che invece descrive la disforia di genere (DSM V, 2014) e l'ultima che si riferiva ai disturbi legati alla sfera sessuale (DSM V, 2014, disfunzioni sessuali).

Poi veniva richiesto ai soggetti di prendere in considerazione solamente i casi di diagnosi precoce e se ritenevano corretto operare nei casi di DSD/Intersessualità, nonché di giustificare la propria risposta.

Le successive 7 domande richiedevano al soggetto di indicare quanto per lui è decisivo il parere di diverse figure coinvolte nei casi di intersessualità con risposte su una scala Likert a 7 punti, dove 1 sta per “Non decisivo” e 7 sta per “Molto decisivo”. Le domande si riferiscono al parere del medico, dello psicologo, del paziente, dei genitori, dei principi religiosi, delle linee guida nazionali e delle linee guida internazionali. Successivamente veniva richiesto se avevano ulteriori annotazioni da aggiungere.

Inoltre sono state inserite anche due domande che prendevano in considerazione l’importanza che lo studente, in quanto futuro professionista medico-sanitario, darebbe alla comunicazione tra un professionista e un paziente e poi tra un professionista e i genitori di un paziente non ancora maggiorenne. Le affermazioni rientravano su una scala Likert a 7 punti, in cui 1 sta per “Non importante” e 7 sta per “Molto importante”.

Le ultime tre domande aperte sono state formulate con lo scopo di ricavare ulteriori informazioni dal soggetto per capire come si comporterebbe nei casi di intersessualità/DSD, in particolare la prima chiedeva come ritiene che debba essere formulata la comunicazione della diagnosi di DSD/Intersessualità, la seconda chiedeva che opinione si è fatto dopo aver preso parte a questo test e, per ultimo, veniva richiesto se aveva altri commenti da aggiungere in proposito.

In conclusione, questo capitolo si focalizza sul progetto di ricerca e il protocollo somministrato a studenti di facoltà mediche e sanitarie del Nord e Centro Italia. In particolare sono stati descritti i questionari utilizzati e le varie scale che li compongono per fornire una visione più dettagliata e completa dello strumento utilizzato e cogliere più aspetti dell’analisi dei dati che verrà esaminata nel capitolo successivo.

CAPITOLO 5. ANALISI DEI DATI E RISULTATI

Il presente capitolo si focalizza sull'analisi statistica dei dati raccolti tramite la somministrazione del protocollo agli studenti di facoltà universitarie mediche italiane. I risultati sono stati elaborati tramite il software di statistica SPSS (Statistical Package for Social Science).

5.1 Risultati dei dati socio-demografici

Tramite il t-Test è stato possibile valutare se la variabile del sesso dei rispondenti potesse avere correlazioni significative con le altre scale del protocollo. Dai risultati è emerso che i soggetti maschi hanno punteggi più elevati in due delle quattro scale appartenenti allo strumento "Atteggiamento ambivalente verso uomini e donne" di Glick e Fiske, nello specifico nelle scale del Sessismo Ostile (HS) e dell'Ambivalenza benevola (BM). Per quanto riguarda la scala del Sessismo Ostile (HS), il punteggio t= 4,110 con p= ,000 e gl=214, mentre la media dei soggetti maschi è pari a 2,46 con una deviazione standard di 1,254. La scala dell'Ambivalenza Benevola (BM), invece, presenta un punteggio t=3,748 con p= ,000 e gl=214, una M=1,72 e una DS=1,095.

I soggetti maschi hanno anche un punteggio più elevato nell'immagine 2 del Test della virilizzazione di Prader (Maschi: M=3,61 e DS=1,339; Femmine M=3,00 e DS=1,000).

SESSO		SOGGETTI	MEDIA	DEVIAZIONE STANDARD
SCALA HS TOT	M	74	2,4638	1,25396
	F	142	1,8100	1,02654
SCALA BM TOT	M	74	1,7192	1,09489
	F	142	1,1779	,96195

Tabella 1 Correlazioni significative tra la variabile sesso e le altre scale

L'età dei soggetti non ha creato grosse differenze tra le due condizioni: nel quarto capitolo si è visto che queste si distribuiscono in un range da 19 a 44 anni; la media nella condizione DSD è di 23,83 con deviazione standard di 3,739 e nella condizione Intersex la media è 23,14 con una deviazione standard pari a 2,792. Dall'analisi dei dati è emersa una correlazione negativa in due delle tre scale del questionario sulla religiosità RLOS (Voci), ossia la scala dell'Orientamento estrinseco (coefficiente di correlazione *r* di Pearson uguale a *r= -,160* con *n=212* e *p= ,020)* e la scala dell'Orientamento quest (coefficiente di correlazione *r* di Pearson uguale a *r= -,158* con *n=212* e *p= ,021*)[31].

5.2 Risultati dei singoli strumenti

Dopo la prima parte socio-demografica, l'analisi dei dati si è concentrata sulle statistiche di affidabilità e il calcolo delle frequenze dei primi tre strumenti utilizzati nel protocollo. Per ogni strumento sono state poi calcolate le varie correlazioni emerse con le altre scale del protocollo e le due condizioni esaminate.

5.2.1 La Scala di Autoritarismo di Destra (Altemeyer)

[31] La correlazione è significativa a livello 0,05 (a due code).

La scala di Autoritarismo di Destra (Right-Wing Authoritarianism Scale-RWA) di Altemeyer (1981) presenta una buona affidabilità (α= ,860[32]) con M=4,93 e DS=,920, ciò significa che questo strumento ha la capacità di produrre dei risultati che rimangono costanti nel tempo e riesce quindi a valutare sempre la stessa variabile presa in esame. In genere, sono da considerarsi dei valori alti di affidabilità i valori calcolati con l'Alfa di Cronbach che vanno da 0,70 in su.

STATISTICHE DESCRITTIVE: SCALA DI AUTORITARISMO DI DESTRA	Soggetti	216
	Media	4,9331
	Mediana	4,9375
	Deviazione standard	,91974
	Asimmetria Errore standard dell'asimmetria	- ,413 ,166
	Curtosi Errore standard della curtosi	,729 ,330
	Minimo Massimo	2,41 7,65

Tabella 2 Statistiche descrittive Scala Autoritarismo di Destra (Altemeyer)

Dall'analisi fattoriale esplorativa è emerso che lo strumento correla significativamente con la seconda componente del protocollo: ciò significa che più è alto il punteggio della Scala dell'Autoritarismo di destra, più alta sarà l'importanza data all'aspetto comunicativo e al paziente (coefficiente di correlazione *r* di Pearson uguale a *r= ,294* con *n=216* e *p= ,001).*

Calcolando le correlazioni tra gli strumenti presenti nel protocollo, la scala di Autoritarismo di destra correla significativamente con le quattro scale che misurano il

[32] Alfa di Cronbach

sessismo tra i generi (HS= ,380, BS= ,385, HM= ,271 e BM= ,429) e anche con il questionario sull'Intersessualità/DSD (Qsnew= ,238).

5.2.2 L'atteggiamento ambivalente verso uomini e donne (Glick e Fiske)

Il questionario che misura l'atteggiamento ambivalente verso uomini e donne di Glick e Fiske (1996) è composto da quattro sottoscale e ognuna presenta una buona affidabilità. Nello specifico, la scala del Sessismo Ostile (HS) presenta α= ,921 con M=2,03 e DS=1,149; la scala del Sessismo Benevolo (BS) ha α= ,847 con M=1,71 e DS= ,981; la scala dell'Ambivalenza ostile presenta α= ,809 con M=2,21 e DS= ,894; e infine la scala dell'Ambivalenza Benevola ha α= ,888 con M=1,36 e DS=1,039.

STATISTICHE DESCRITTIVE: SCALA DEL SESSISMO	SCALA HS	SCALA BS	SCALA HM	SCALA BM
Soggetti	216	216	216	216
Media	2,0340	1,7076	2,2098	1,3627
Mediana	1,9545	1,7273	2,2000	1,1500
Deviazione standard	1,14965	,98077	,89446	1,03943
Asimetria **Errore standard dell'asim.**	,343 ,166	,062 ,166	,175 ,166	,646 ,166
Curtosi **Errore standard della curtosi**	- ,563 ,330	- ,823 ,330	- ,180 ,330	- ,405 ,330
Minimo **Massimo**	0,00 4,82	0,00 3,91	0,00 4,90	0,00 4,40

Tabella 3 Statistiche descrittive Scala dell'atteggiamento ambivalente tra uomini e donne

Come si è visto in precedenza, le scale del Sessismo ostile (HS) e dell'Ambivalenza benevola (BM) correlano con il sesso dei soggetti. Nello specifico, entrambe le scale hanno un punteggio maggiore nei soggetti maschi (HS: M= 2,46 e DS=1,254; BM: M=1,72 e DS=1,095) rispetto alle femmine (vedi paragrafo 1).

Le scale del Sessismo benevolo (BS), dell'Ambivalenza benevola (BM) e dell'Ambivalenza ostile (HM) correlano significativamente con la domanda relativa al rapporto che i rispondenti hanno con la spiritualità. In particolare, nella scala del Sessismo benevolo e dell'Ambivalenza benevola i credenti hanno un punteggio maggiore rispetto ai soggetti agnostici e atei, mentre nella scala dell'Ambivalenza ostile il punteggio è più elevato nei soggetti agnostici rispetto ai credenti e agli atei (vedi paragrafo 3).

Tutte e quattro le scale dello strumento correlano significativamente con la domanda relativa al credo a cui fanno riferimento gli studenti di medicina nella loro vita. Nello specifico, i soggetti che dichiarano di non avere un credo di riferimento specifico hanno un punteggio minore in tutte le scale che misurano il sessismo tra i generi rispetto ai soggetti cattolici e cristiani (vedi paragrafo 3).

La scala dell'Ambivalenza benevola (BM) correla in modo negativo con l'immagine 6 del Test della virilizzazione di Prader (coefficiente di correlazione *r* di Pearson uguale a $r= -,276$ con $n=68$ e $p= ,023)$, ossia ad un punteggio più elevato in questa scala l'immagine viene posizionata nei primi posti dell'ordine scelto dal rispondente (vedi paragrafo 2.4).

Calcolando le correlazioni tra le scale del protocollo e le due condizioni esaminate, è emerso che la scala dell'Ambivalenza ostile (HM) ha un punteggio maggiore nella condizione DSD (M=2,34 e DS= ,928) rispetto alla condizione Intersex (M=1,99 e DS= ,795) (vedi paragrafo 4).

Le quattro scale dello strumento risultano correlate ad altre scale presenti nel protocollo studiato, ossia la scala di Autoritarismo di destra (HS= ,380; BS= ,385; HM= ,271 e

BM= ,429), la scala dell'Orientamento intrinseco (HS= ,268; BS= ,385; HM= ,187 e BM= ,238) e la scala dell'Orientamento estrinseco (HS= ,258; BS= ,254; HM= ,139 e BM= ,289) (vedi paragrafo 6).

Le scale risultano correlate anche all'interno dello stesso strumento, ossia la scala del Sessismo ostile correla con quella del Sessismo benevolo= ,517; la scala dell'Ambivalenza ostile con quella del Sessismo ostile= ,328; la scala del Sessismo ostile con quella dell'Ambivalenza benevola= ,682; la scala del Sessismo benevolo con quella dell'Ambivalenza ostile= ,492; la scala del Sessismo benevolo con quella dell'Ambivalenza benevola= ,758; e la scala dell'Ambivalenza benevola con quella dell'Ambivalenza ostile= ,449.

5.2.3 Il questionario sulla religiosità RLOS (Voci)

Anche il questionario sulla religiosità RLOS di Voci presenta una buona affidabilità: la Scala dell'Orientamento intrinseco ha un α= ,878, la Scala dell'Orientamento estrinseco α= ,729 e la Scala dell'Orientamento quest α= ,750. Per quanto riguarda le frequenze, la Scala dell'Orientamento intrinseco presenta una M=2,38 e una DS=1,465; la Scala dell'Orientamento estrinseco ha una M=2,03 e una DS=1,097; e infine la Scala dell'Orientamento quest presenta una M=4,06 e una DS=1,648.

	STATISTICHE DESCRITTIVE		STATISTICA
ORIENTAMENTO INTRINSECO	Media		2,3796
	95% di interv. di confid. per la media	Lim. inferiore Lim. superiore	2,1812 2,5779
	Media ritagliata al 5%		2,2238
	Mediana		2,0000
	Varianza		2,147
	Deviazione standard		1,46513
	Minimo		1,00
	Massimo		7,00
	Intervallo		6,00
	Intervallo interquatile		1,67
	Asimmetria		1,423
	Curtosi		1,537

Tabella 4 Statistiche descrittive Scala dell'Orientamento intrinseco

	STATISTICHE DESCRITTIVE		STATISTICA
ORIENTAMENTO ESTRINSECO	Media		2,0303
	95% di interv. di confid. per la media	Lim. inferiore Lim. superiore	1,8819 2,1788
	Media ritagliata al 5%		1,9251
	Mediana		1,8000
	Varianza		1,203
	Deviazione standard		1,09681
	Minimo		1,00
	Massimo		6,60
	Intervallo		5,60
	Intervallo interquatile		1,60
	Asimmetria		1,214
	Curtosi		1,401

Tabella 5 Statistiche descrittive Scala dell'Orientamento estrinseco

	STATISTICHE DESCRITTIVE		STATISTICA
ORIENTAMENTO QUEST	Media		4,0601
	95% di interv. di confid. per la media	Lim. inferiore Lim. superiore	3,8370 4,2833
	Media ritagliata al 5%		4,0702
	Mediana		4,2500
	Varianza		2,718
	Deviazione standard		1,64848
	Minimo		1,00
	Massimo		7,00
	Intervallo		6,00
	Intervallo interquatile		2,50
	Asimmetria		- ,130
	Curtosi		- ,834

Tabella 6 Statistiche descrittive Scala dell'Orientamento quest

Come si è visto in precedenza, le scale dell'Orientamento estrinseco e dell'Orientamento quest correlano negativamente con la variabile rappresentata dall'età dei soggetti, ciò significa che i soggetti più maturi tendono ad avere punteggi minori in entrambe le scale (Orientamento estrinseco: coefficiente di correlazione *r* di Pearson uguale a *r= -,160* con *n=212* e *p= ,020)*; Orientamento quest: coefficiente di correlazione *r* di Pearson uguale a *r= -,158* con *n=212* e *p= ,021).*

Come si può vedere in seguito, tutte e tre le scale dello strumento correlano significativamente con la domanda relativa al rapporto con la spiritualità degli studenti di medicina, in particolare la scala dell'Orientamento intrinseco e dell'Orientamento estrinseco hanno un punteggio maggiore negli individui credenti rispetto ai soggetti agnostici ed atei, mentre nell'Orientamento quest gli agnostici hanno un punteggio più elevato rispetto a credenti ed atei. Le correlazioni significative si riscontrano anche con

la domanda sul credo a cui fanno riferimento i rispondenti nella loro vita. Nello specifico, in tutte e tre le scale le persone che non fanno riferimento ad un determinato credo hanno sempre punteggi minori rispetto ai soggetti cattolici e cristiani (vedi paragrafo 3).

La scala dell'Orientamento intrinseco correla in modo positivo con l'immagine 2 del Test della virilizzazione di Prader (coefficiente di correlazione *r* di Pearson uguale a *r= ,241* con *n=69* e *p= ,046),* ossia un punteggio maggiore in questa scala fa sì che l'immagine venga posizionata negli ultimi posti dell'ordine scelto dal soggetto (vedi paragrafo 2.4).

Calcolando le correlazioni tra gli strumenti del protocollo e le due condizioni esaminate, è emerso che la media della Scala dell'Orientamento Intrinseco risulta più elevato nella condizione Intersex (M=2,20 e DS=1,301) rispetto alla condizione DSD (M=2,67 e DS=1,673) (vedi paragrafo 4).

Dall'analisi fattoriale esplorativa è emerso che la scala dell'Orientamento estrinseco correla in modo positivo, anche se non molto significativo, con la prima componente del protocollo, ciò significa che un alto punteggio nella Scala dell'Orientamento estrinseco è associato ad una maggiore importanza assegnata all'aspetto teorico e alle linee guida mediche (coefficiente di correlazione *r* di Pearson uguale a *r=,133* con *n=212* e *p= ,054)* (vedi paragrafo 5).

Le scale dell'Orientamento intrinseco ed estrinseco correlano in modo significativo con altre scale del protocollo: la scala dell'Orientamento intrinseco con tutte le scale del sessismo tra i generi (HS= ,268; BS= ,248; HM= ,187 e BM= ,283); mentre la scala dell'Orientamento estrinseco correla con tutte e quattro le scale del sessismo (HS= ,258;

BS= ,254; HM= ,139 e BM= ,289) e il questionario sull'Intersessualità/DSD (QSnew= ,289) (vedi paragrafo 6).

Tutte e tre le scale correlano fra di loro all'interno dello strumento, ossia la scala dell'Orientamento intrinseco con quello estrinseco= ,570; la scala dell'Orientamento quest con quello intrinseco= ,252 e la scala dell'Orientamento estrinseco con quello quest= ,410.

5.2.4 Il test della virilizzazione di Prader (Prader)

Il test della virilizzazione di Prader è composto da sette immagini che rappresentano le differenti variazioni dei genitali dei bambini. Nel protocollo preso in esame queste immagini vengono inserite in ordine sparso rispetto all'ordine originale definito da Prader per vedere in che modo gli studenti delle professioni mediche tendono a valutare i genitali esterni. Ai soggetti viene chiesto di ordinare le immagini secondo un criterio personale con delle lettere dalla A alla G e viene richiesto di specificare il criterio da loro utilizzato per disporle in quello specifico ordine. In seguito, viene chiesto di descrivere utilizzando massimo 6 parole le stesse immagini. Questo test è presente solo nella condizione 3 e 4 della ricerca, ossia in quelle denominate "DSD+Prader" e "Intersex+Prader", ciò significa che il numero di risposte al test è nettamente inferiore rispetto alle altre scale del protocollo (70).

Nella Tabella 7 vengono riportate le statistiche descrittive elaborate tramite l'analisi dei dati.

Statistiche descrittive Prader	Soggetti	Minimo	Massimo	Media	Deviazione Standard
IMM 7	70	1,00	7,00	5,5571	2,04043
IMM 1	70	1,00	7,00	4,9286	2,39759
IMM 3	70	2,00	5,00	4,4143	,95542
IMM 6	68	2,00	7,00	4,1029	,91651
IMM 4	70	2,00	6,00	3,2429	1,38769
IMM 2	70	2,00	6,00	3,2000	1,14967
IMM 5	70	1,00	7,00	2,4714	2,47727

Tabella 7 Statistiche descrittive Test di Prader

Grazie all'analisi dei dati è stato possibile riscontrare alcune correlazioni esistenti tra le immagini del test e le altre scale del protocollo. È emerso che l'immagine 2 correla in modo positivo con l'Orientamento intrinseco (coefficiente di correlazione *r* di Pearson uguale a *r= ,241* con *n=69* e *p= ,046),* ciò significa che quando è più alto l'Orientamento Intrinseco, l'immagine 2 verrà posizionata negli ultimi posti dell'ordine scelto dal rispondente. La stessa immagine ha mostrato anche un punteggio più elevato nei maschi rispetto alle femmine (Maschi: M=3,61 e DS=1,339; Femmine M=3,00 e DS=1,000).

SESSO		SOGGETTI	MEDIA	DEVIAZIONE STANDARD
IMMAGINE 2	M	23	3,6087	1,33958
	F	47	3,0000	1,00000

Tabella 8 Correlazione tra la variabile sesso e Immagine 2 del Test di Prader

Figura 1 Immagine 2 e Immagine 6 del Test della virilizzazione di Prader

L'immagine 6 correla in modo negativo con la scala dell'Ambivalenza benevola (BM), ossia al crescere dell'Ambivalenza benevola diminuisce il punteggio assegnato all'immagine (coefficiente di correlazione *r* di Pearson uguale a *r= -,276* con *n=68* e *p= ,023).* Se è più alto il punteggio dell'Ambivalenza benevola, l'immagine verrà messa nelle prime posizioni dell'ordine scelto dal rispondente.

CORRELAZIONI ESTERNE		
IMMAGINE 2* Orientamento intrinseco	Correlazione di Pearson	,241
	Sign. (a due code)	,046
	N	69
IMMAGINE 6 * Ambivalenza Benevola (BM)	Correlazione di Pearson	- ,276
	Sign. (a due code)	,023
	N	68

Tabella 9 Correlazioni tra Immagine 2 e 6 e le altre scale

All'interno dello stesso test si riscontrano correlazioni positive e negative tra le diverse immagini. Le correlazioni positive comportano che le due immagini vengano scelte dai rispondenti in posizioni contigue, ossia vengono posizionate relativamente vicine tra di loro, o addirittura una dopo l'altra. Le correlazioni negative, invece, comportano delle posizioni opposte tra le due immagini, ossia se un'immagine si troverà tra le prime dell'ordine, l'altra si troverà nelle posizioni più elevate e ultime. L'immagine 6 è quella che correla di meno con le altre immagini, ciò significa che è l'immagine che nelle

risposte date dai soggetti ha una posizione più variata. In particolare l'immagine 6 correla negativamente con le immagini 2, 4 e 7. Questo avviene perché tutte e tre le immagini hanno correlazioni positive, ossia vengono posizionate vicine e hanno quindi preferenze simili.

CORRELAZIONI INTERNE Prader		IMM 1	IMM 2	IMM 3	IMM 4	IMM 5	IMM 6	IMM 7
IMM 1	Correlazione di Pearson	1	-, 673	,880	-, 857	-, 958	-, 505	,790
	Sign. (a due code)		,000	,000	,000	,000	,000	,000
	N	70	70	70	70	70	68	70
IMM 2	Correlazione di Pearson	-, 673	1	-, 670	,632	,755	,042	-, 870
	Sign. (a due code)	,000		,000	,000	,000	,734	,000
	N	70	70	70	70	70	68	70
IMM 3	Correlazione di Pearson	,880	-, 670	1	-, 809	-, 849	-, 509	,750
	Sign. (a due code)	,000	,000		,000	,000	,000	,000
	N	70	70	70	70	70	68	70
IMM 4	Correlazione di Pearson	-, 857	, 632	-, 809	1	,864	,136	-, 796
	Sign. (a due code)	,000	,000	,000		,000	,270	,000
	N	70	70	70	70	70	68	70
IMM 5	Correlazione di Pearson	-, 958	,755	-, 849	,864	1	,441	-, 899
	Sign. (a due code)	,000	,000	,000	,000		,000	,000
	N	70	70	70	70	70	68	70
IMM 6	Correlazione di Pearson	-, 505	,042	-, 509	,136	,441	1	-, 292
	Sign. (a due code)	,000	,734	,000	,270	,000		,016
	N	68	68	68	68	68	68	68
IMM 7	Correlazione di Pearson	,790		,750	-, 796	-, 899	-, 292	1
	Sign. (a due code)	,000	,000	,000	,000	,000	,016	
	N	70	70	70	70	70	68	70

Tabella 10 Correlazioni interne delle immagini Prader (Arancione= correlazioni negative; Giallo= correlazioni positive)

5.2.5 Il questionario sul fenomeno dell'Intersessualità/DSD

L'ultimo strumento di ricerca analizzato è il questionario sul fenomeno dell'Intersessualità/DSD che è stato costruito appositamente per la presente ricerca. Lo scopo dello strumento è comprendere la percezione degli studenti riguardo al fenomeno studiato e la loro opinione sul trattamento dei soggetti affetti da queste condizioni.

La prima domanda voleva indagare la conoscenza del fenomeno da parte dei rispondenti tramite una risposta dicotomica Si/No. Grazie all'analisi dei dati è stato possibile incrociare con le tabelle di contingenza entrambe le condizioni con la prima domanda. Il Test del Chi-quadrato di Pearson ha un valore di 33,205 con p= ,000 e gl=1. È emerso che nella condizione DSD hanno risposto di conoscere il fenomeno 88 soggetti (65,2%) rispetto alla condizione Intersessualità in cui hanno risposto di conoscerlo solo in 20 (24,7%). Per quanto riguarda le risposte "No", nella condizione DSD hanno dato questa risposta in 47 (34,8%), mentre nella condizione Intersessualità in 61 (75,3%).

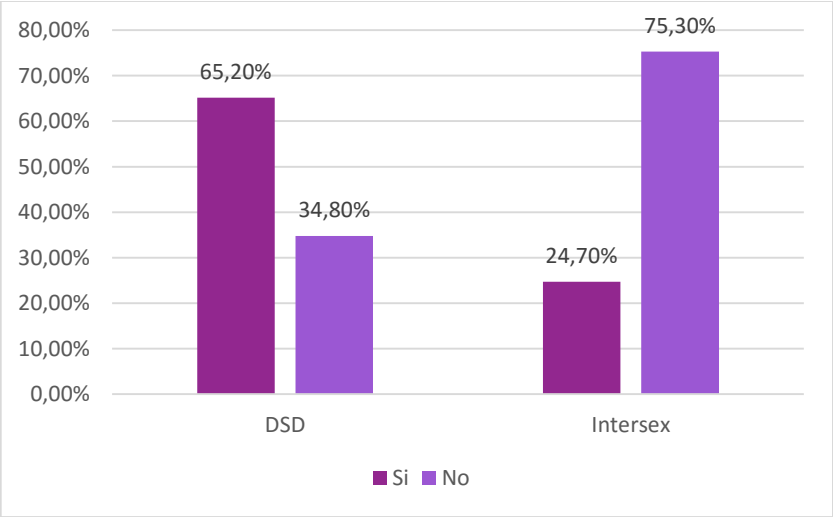


Tabella 11 Percentuali conoscenza del fenomeno

La seconda domanda del questionario era rivolta esclusivamente a chi aveva risposto di conoscere già il fenomeno e chiedeva di specificare in quale contesto ne erano venuti a conoscenza. Grazie all'analisi dei dati è stato possibile incrociare con le tabelle di contingenza entrambe le condizioni con questa domanda. Il Test del Chi-quadrato di Pearson ha un valore di 5,756 con p= ,056 e gl=2.

Per semplificare l'analisi dei dati, le risposte dei soggetti sono state divise in tre gruppi: Studi Universitari, Letteratura e Internet. Dieci studenti non hanno specificato la

risposta o l'hanno resa nulla, per questo motivo sono stati eliminati dal calcolo. Quindi, i soggetti che hanno risposto a questa domanda sono 98, ossia tutti quelli che avevano risposto di conoscere il fenomeno nella domanda precedente (erano 108, meno i dieci scartati). Nella condizione DSD 71 soggetti hanno risposto di conoscere il fenomeno in misura maggiore grazie agli Studi universitari (89,9%) rispetto alla condizione Intersessualità dove i soggetti erano 13 (68,4%). Nella condizione Intersessualità si riscontra una percentuale maggiore di conoscenza tramite Internet (15,8%) e Letteratura (15,8%), anche se resta molto alta anche la percentuale relativa alla conoscenza tramite gli Studi universitari. Nella Tabella 14 è possibile vedere le percentuali date ad ogni gruppo di risposte.

		CONTESTO DI CONOSCENZA						Totale	
		INTERNET		LETTERATURA		STUDI UNIVERSITARI			
		CONTEGGIO	%	CONTEGGIO	%	CONTEGGIO	%	CONTEGGIO	%
CONDIZIONE	DSD	4	5,1 %	4	5,1 %	71	89,9 %	79	100,0 %
	INTERSEX	3	15,8 %	3	15,8 %	13	68,4 %	19	100,0 %
	Totale	7	7,1 %	7	7,1 %	84	85,7 %	98	100,0 %

Tabella 12 Percentuali risposte del contesto di conoscenza del fenomeno

In seguito i soggetti dovevano leggere un breve testo in cui veniva introdotto con un piccolo excursus il fenomeno. Anche in questo caso, la definizione cambiava in base alla condizione a cui partecipavano (DSD o Intersex), e poi il testo era identico in entrambe. Successivamente è stata inserita una domanda di controllo con lo scopo di capire se i soggetti erano stati attenti durante la lettura del testo. La domanda prevedeva quattro differenti opzioni di risposta: una con la definizione medica di DSD (Lee *et al.*, 2006), una con la definizione sociale di Intersessualità (EuroPSI, www.europsi.org),

un’altra che invece descrive la disforia di genere (DSM V, 2014) e l’ultima che si riferiva ai disturbi legati alla sfera sessuale (disfunzioni sessuali, DSM V, 2014).

Grazie al software SPSS è stato possibile elaborare una tabella di contingenza in cui venivano incrociate le quattro alternative di risposta con le due condizioni prese in esame. Il Test del Chi-quadrato di Pearson ha un valore di 37,264 con p= ,000 e gl=3. Dall’analisi dei dati è emerso che nella condizione DSD 94 soggetti (69,6%) hanno scelto la risposta “Condizioni congenite in cui lo sviluppo cromosomico, gonadico e anatomico dell’individuo è atipico”; mentre nella condizione Intersessualità 51 soggetti (63,0%) hanno scelto la risposta “Condizioni innate in cui la configurazione anatomica, ormonale e/o genetica non è definibile come totalmente maschile o femminile”. Le percentuali riscontrate dimostrano che i soggetti hanno prestato attenzione durante la lettura del brano, scegliendo, la maggior parte di loro, la definizione corretta che veniva data in quella specifica condizione. L’opzione di risposta che prevedeva la definizione “Disturbi tipicamente caratterizzati da un’anomalia, clinicamente significativa, nella capacità di una persona di avere reazioni sessuali o provare piacere sessuale” ha ricevuto poche risposte da parte dei soggetti (2,2% nella condizione DSD e 1,2% nella condizione Intersex); mentre l’alternativa “Marcata incongruenza tra genere esperito/espresso da un individuo e il genere assegnato”, che è la definizione data per la disforia di genere nel DSM V, ha ricevuto un numero abbastanza alto di risposte, anche se non significativo (4,4% nella condizione DSD e 7,4% nella condizione Intersex).

DEFINIZIONE		CONDIZIONE		
		DSD	INTERSEX	TOTALE
Condizioni congenite in cui lo sviluppo del sesso cromosomico, gonadico o anatomico dell'individuo è atipico	CONTEGGIO	94	23	117
	%	69,6 %	28,4 %	54,2 %
Condizioni innate in cui la configurazione anatomica, ormonale e/o genetica non è definibile come totalmente maschile o femminile	CONTEGGIO	32	51	83
	%	23,7 %	63,0 %	38,4 %
Disturbi tipicamente caratterizzati da un'anomalia, clinicamente significativa, nella capacità di una persona di avere reazioni sessuali o provare piacere sessuale	CONTEGGIO	3	1	4
	%	2,2 %	1,2 %	1,9 %
Marcata incongruenza tra genere esperito / espresso da un'individuo e il genere assegnato	CONTEGGIO	6	6	12
	%	4,4 %	7,4 %	5,6 %
TOTALE	CONTEGGIO	135	81	216
	%	100,0 %	100,0 %	100,0 %

Tabella 13 Percentuale delle definizioni date al fenomeno

Per quanto riguarda la domanda relativa al trattamento precoce delle persone affette da una condizione intersessuale in cui veniva richiesto al soggetto "Ritieni sia corretto operare precocemente nei casi di DSD/Intersessualità?", le opzioni di risposta erano tre, ossia "Dipende", "Si" e "No". Il Test del Chi-quadrato di Pearson ha riportato un valore pari a 4,334 con p= ,114 e gl=2. In entrambe le condizioni sono state riscontrate percentuali più alte relativamente alla risposta "Dipende": 59 soggetti hanno dato questa risposta nella condizione DSD (43,7%) e 40 soggetti nella condizione Intersex (49,4%). Nella condizione DSD però si nota una percentuale maggiore di risposte affermative (32,6%) rispetto alla condizione Intersessualità (19,8%), mentre nella condizione Intersex ci sono più risposte "No" (30,9%) rispetto a quelle affermative (19,8%).

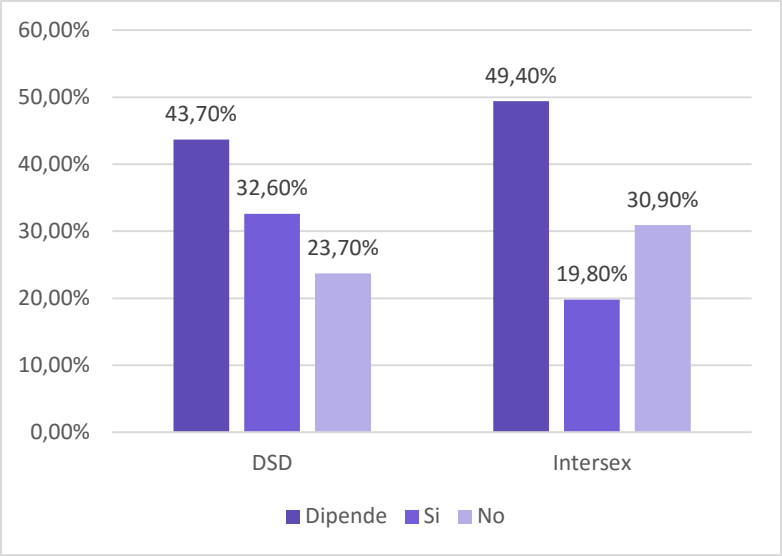


Tabella 14 Percentuale risposte al trattamento precoce

Nel protocollo veniva poi richiesto ai soggetti di dare un punteggio sull'importanza che per loro riveste il parere di diverse figure coinvolte nei casi di intersessualità. Le domande si riferiscono al parere del medico, dello psicologo, del paziente, dei genitori, dei principi religiosi, delle linee guida nazionali e delle linee guida internazionali. Inoltre sono state inserite anche due domande che prendevano in considerazione l'importanza che lo studente, in quanto futuro professionista medico-sanitario, darebbe alla comunicazione tra un professionista e un paziente e poi tra un professionista e i genitori di un paziente non ancora maggiorenne.

Tramite il t-Test è stato possibile valutare se le variabili prese in esame (le figure coinvolte) correlavano significativamente con le due condizioni esaminate. Dall'analisi dei dati non sono state riscontrate particolari differenze tra le due condizioni, emerge solo un punteggio maggiore e significativo nella condizione Intersessualità in cui viene data più importanza ai Principi religiosi (M=2,29 e DS=1,809) rispetto alla condizione DSD (M=1,58 e DS=1,141). Grazie al Test dei campioni indipendenti è emerso che i Principi religiosi hanno un punteggio t= -3,448 con p= ,001 e gl=204. È interessante

notare che questo punteggio risulta significativo, ma la media calcolata è la più bassa di tutte le medie delle figure coinvolte, ciò significa che l'importanza data ai principi religiosi in entrambe le condizioni è molto bassa rispetto a tutte le altre. Invece, in entrambe le condizioni viene dato un punteggio molto alto all'importanza della comunicazione professionista-paziente (DSD: M=6,79 e DS= ,636; Intersex: M=6,84 e DS= ,625), al parere del paziente (DSD: M=6,44 e DS=1,114; Intersex: M=6,36 e DS=1,380) e alla comunicazione professionista-genitori di un paziente minorenne (DSD M=6,37 e DS= ,969; Intersex: M=6,34 e DS=1,018).

Grazie al t-Test è stato anche possibile incrociare la domanda relativa al trattamento precoce ("Ritieni sia corretto operare precocemente?") e la variabile relativa all'importanza che il soggetto dà al parere delle figure professionali e non solo coinvolte nel trattamento. Dall'analisi dei dati emergono alcune correlazioni significative tra la risposta affermativa al trattamento precoce e un punteggio più elevato assegnato ad alcune delle figure coinvolte, ossia il parere del medico, dello psicologo, dei genitori, delle linee guida nazionali e delle linee guida internazionali.

La risposta affermativa e un maggiore punteggio assegnato al parere del medico presenta una M=6,18 e DS= ,854 mentre la risposta negativa al trattamento ha una M=4,79 e DS=1,601. Il punteggio t=5,9148 con p= ,000 e gl=115.

Il punteggio più elevato al parere dello psicologo e la risposta affermativa ha una M=5,62 e DS=1,627, invece nella risposta negativa si ha una M=4,93 e DS=1,608. Il punteggio t=2,282 con p= ,024 e gl=113.

La risposta affermativa al trattamento e un maggior punteggio al parere dei genitori ha una M=4,68 e DS=1,780, mentre la risposta “No” presenta una M=3,45 e DS=1,676. Il punteggio t=3,802 con p= ,000 e gl=113.

Un punteggio più alto all’importanza delle linee guida nazionali e la risposta “Si” presenta una M=4,14 e DS=1,889, mentre la risposta “No” ha una M=3,07 e DS=1,741. Il punteggio t=3,117 con p= ,002 e gl=112.

Infine, un punteggio maggiore assegnato alle linee guida internazionali correlato alla risposta affermativa al trattamento ha una M=4,34 e DS=1,971, invece la risposta negativa presenta una M=3,24 e DS=1,835. Il punteggio t=3,085 con p= ,003 e gl=112.

Calcolando le correlazioni esistenti tra tutte le scale del protocollo esaminato, è emerso che il questionario sull’Intersessualità/DSD correla significativamente con la scala dell’Autoritarismo di destra (,238) e la scala dell’Orientamento estrinseco (,178) (vedi paragrafo 6).

In generale si può notare che i soggetti che hanno risposto positivamente al trattamento precoce tendono ad avere una media più alta nelle domande relative all’intersessualità.

CORRETTO OPERARE* QS new		SOGGETTI	MEDIA	DEVIAZIONE STANDARD
QS new	SI	60	5,1579	,73938
	NO	57	4,5655	,86076

Tabella 15 Correlazione trattamento precoce e questionario sull'intersessualità/DSD

5.3 Le domande sulla spiritualità e il credo dei soggetti

Prima di compilare il questionario sulla religiosità, nel protocollo sono state inserite due domande per indagare il rapporto che ha il soggetto con la spiritualità e per scoprire a quale credo fa riferimento nella vita.

Le risposte relative alla prima domanda, ossia il rapporto dei soggetti con la spiritualità, sono state classificate in tre grandi gruppi: i soggetti che si dichiarano atei, gli agnostici e i credenti. Nelle alternative di risposta era prevista anche l'opzione "Altro", ma non è stata scelta da nessun rispondente. Le frequenze delle risposte sono le seguenti: l'opzione Agnostico è stata scelta da 59 soggetti (27,4%), l'alternativa Ateo da 87 soggetti (40,5%), l'opzione Credente da 69 (32,1%) e un solo soggetto non ha risposto alla domanda.

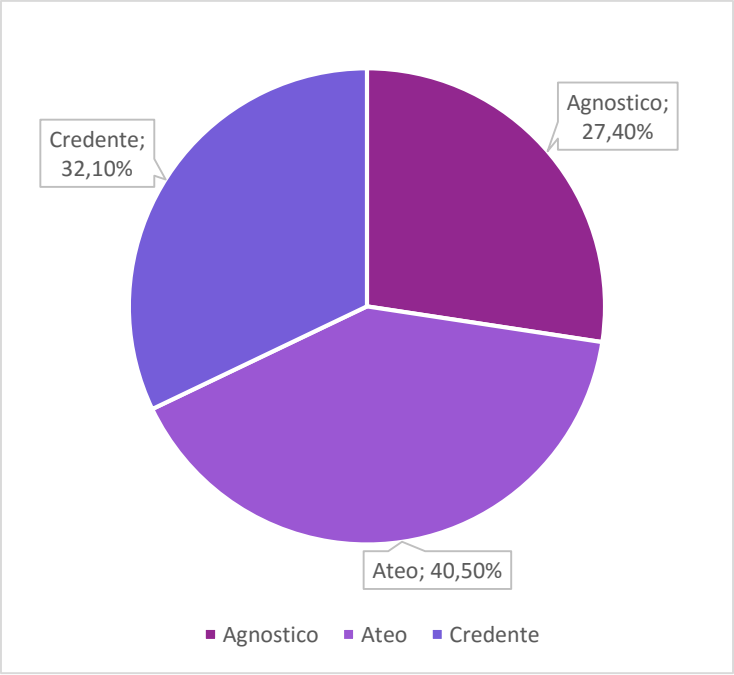


Tabella 16 Percentuali di risposta del rapporto con la spiritualità

Al fine di verificare delle correlazioni significative riguardanti la spiritualità e le altre scale del protocollo è stata condotta un'analisi univariata della varianza (UNIANOVA).

Da questa analisi sono emersi dei risultati significativi in tre delle quattro scale dello strumento “Atteggiamento ambivalente verso donne e uomini” e in tutte le scale del “Questionario sulla religiosità RLOS”; in particolare, si può riscontrare che i soggetti che si dichiarano credenti hanno quasi sempre un punteggio maggiore in tutte le scale significative rispetto ai soggetti atei e agnostici. Nello specifico, i risultati sono i seguenti:

- **Scala del Sessismo benevolo (BS):** F(1, 215)= 5,260; p=,006 e gl=2. I soggetti che si dichiarano credenti hanno un punteggio più elevato (M=2,00 e DS= ,926) in questa scala rispetto ai soggetti agnostici (M=1,62 e DS= ,920) e atei (M=1,52 e DS=1,004). Anche dal Test post hoc di Bonferroni è emerso che i credenti hanno una differenza dalla media= ,4855 con p= ,006 rispetto agli atei e una differenza dalla media= ,3854 con p= ,072 rispetto agli agnostici;
- **Scala dell’Ambivalenza ostile (HM):** F(1, 215)= 6,397 con p=, 002 e gl=2. Il punteggio dei soggetti agnostici (M=2,43 e DS=,937) è maggiore in questa scala rispetto ai punteggi dei credenti (M=2,34 e DS= ,848) e degli atei (M=1,95 e DS= ,852). Anche dal Test post hoc di Bonferroni è emerso che gli atei hanno un punteggio minore rispetto agli agnostici (differenza dalla media= -,4799 e p= ,004) e ai credenti (differenza dalla media= -,3840 e p= ,021);
- **Scala dell’Ambivalenza benevola (BM):** F(1, 215)= 4,022 con p= ,019 e gl=2. I credenti hanno un punteggio maggiore (M=1,63 e DS=1,023) in questa scala rispetto agli atei (M=1,17 e DS= ,997). Anche dal Test post hoc di Bonferroni è emerso che il punteggio dei credenti è maggiore rispetto a quello degli atei (differenza dalla media= ,4586 e p= ,017);

- **Scala dell'Orientamento intrinseco**: F(1, 215)=106,194 con p= ,000 e gl=2. Il punteggio dei credenti in questa scala è maggiore (M=3,85 e DS=1,564) rispetto al punteggio dei soggetti agnostici (M=1,94 e DS= ,787) ed atei (M=1,48 e DS= ,508) e si può notare che anche la differenza di punteggio dei soggetti agnostici è maggiore e significativa rispetto a quello dei soggetti atei. Dal Test post hoc di Bonferroni è emerso che il punteggio dei credenti è maggiore rispetto a quello degli agnostici (differenza dalla media=1,9075 con p= ,000) e degli atei (differenza dalla media=2,3731 con p= ,000); e il punteggio degli agnostici è maggiore rispetto a quello degli atei (differenza dalla media= ,4655 con p= ,027);
- **Scala dell'Orientamento estrinseco**: F(1, 215)=46,526 con p= ,000 e gl=2. Il punteggio dei credenti in questa scala è maggiore (M=2,86 e DS=1,174) rispetto al punteggio dei soggetti agnostici (M=1,91 e DS= ,944) ed atei (M=1,44 e DS= ,597) e si può notare che anche la differenza di punteggio dei soggetti agnostici è maggiore e significativa rispetto a quello dei soggetti atei. Dal Test post hoc di Bonferroni si può notare che i credenti hanno un punteggio maggiore rispetto agli agnostici (differenza dalla media= ,9542 con p= ,000) e agli atei (differenza dalla media= 1,4280 con p= ,000); e il punteggio degli agnostici è maggiore al punteggio degli atei (differenza dalla media= ,4739 con p= ,008);
- **Scala dell'Orientamento quest**: F(1, 215)=31,165 con p= ,000 e gl=2. I punteggi dei soggetti agnostici (M=4,70 e DS=1,528) e dei credenti (M=4,69 e DS=1,326) in questa scala sono maggiori rispetto ai punteggi degli atei (M=3,07 e DS=1,506). Anche dal Test post hoc di Bonferroni si vede che gli atei hanno un punteggio minore rispetto agli agnostici (differenza dalla media= -1,6263 con p= ,000) e ai credenti (differenza dalla media= -1,6141 con p= ,000).

Le risposte dei soggetti alla domanda “A quale credo fai riferimento?” sono state divise in tre gruppi: Nessuno, Cristianesimo e Cattolicesimo. Alcune risposte sono state inserite in uno di questi gruppi poiché non formavano una categoria a se stante. Le frequenze delle risposte sono le seguenti: l’opzione Nessuno è stata scelta da 129 soggetti (60,8%), l’alternativa Cristianesimo da 45 soggetti (21,2%), l’opzione Cattolicesimo da 38 (17,9%) e quattro soggetti non hanno risposto alla domanda.

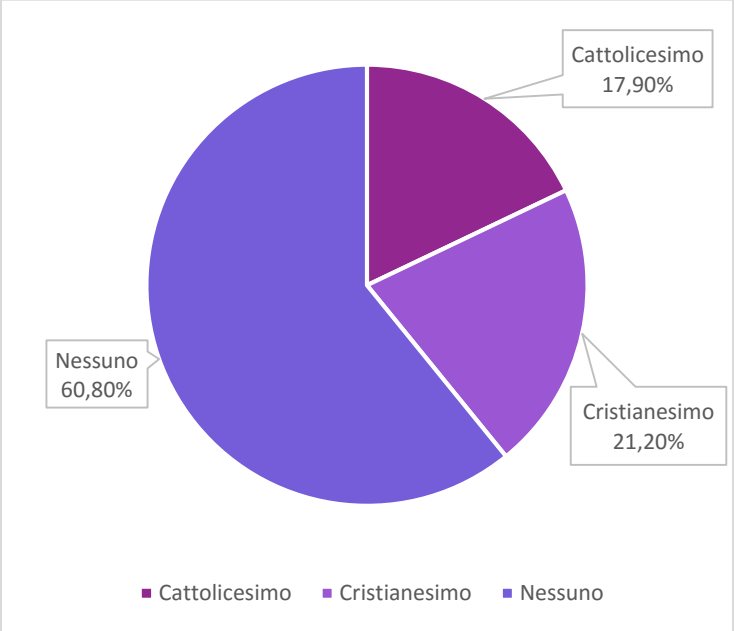


Tabella 17 Percentuali credo di riferimento

Al fine di verificare le correlazioni significative tra il credo di riferimento e le altre scale del protocollo è stata condotta un’analisi univariata della varianza (UNIANOVA).

Da questa analisi sono emersi dei risultati significativi in tutte le scale dello strumento “Atteggiamento ambivalente verso donne e uomini” e in tutte le scale del “Questionario sulla religiosità RLOS”. Nel complesso, i punteggi significativi mostrano che i soggetti che hanno risposto Nessuno hanno un punteggio minore nelle scale risultate significative rispetto ai soggetti che hanno affermato di fare riferimento al Cristianesimo e al Cattolicesimo.

Nello specifico, i risultati sono i seguenti:

- **Scala del Sessismo ostile (HS):** F(1, 215)=3,321 con p= ,038 e gl=2. I soggetti che non hanno un credo di riferimento (Nessuno) hanno un punteggio minore (M=1,89 e DS=1,112) in questa scala rispetto ai soggetti che dichiarano di appartenere al Cattolicesimo (M=2,33 e DS=1,193) ed al Cristianesimo (M=2,28 e DS=1,176). Anche dal Test post hoc di Bonferroni è emerso che i soggetti che hanno risposto Nessuno hanno un punteggio minore rispetto a quelli del Cattolicesimo (differenza dalla media= -,4389 con p= ,115) e del Cristianesimo (differenza dalla media= -,3897 con p= ,149);
- **Scala del Sessismo benevolo (BS):** F(1, 215)=5,667 con p=,004 e gl=2. Il punteggio dei soggetti che hanno risposto Nessuno è minore (M=1,53 e DS= ,980) in questa scala rispetto ai punteggi dei soggetti del Cattolicesimo (M=1,99 e DS= ,939) e del Cristianesimo (M=1,99 e DS= ,921). Anche dal Test post hoc di Bonferroni si riscontra che le risposte Nessuno hanno un punteggio minore rispetto a quelle del Cattolicesimo (differenza dalla media= -,4574 e p= ,032) e del Cristianesimo (differenza dalla media= -,4532 e p= ,021).
- **Scala dell'Ambivalenza ostile (HM):** F(1, 215)=4,165 con p= ,017 e gl=2. I soggetti che hanno dichiarato di non fare riferimento ad un credo specifico (Nessuno) hanno un punteggio minore (M=2,07 e DS= ,856) in questa scala rispetto ai soggetti che hanno risposto Cattolicesimo (M=2,48 e DS=1,012) e Cristianesimo (M=2,37 e DS= ,851). Anche dal Test post hoc di Bonferroni si può notare che i soggetti che hanno risposto Nessuno hanno un punteggio minore rispetto ai soggetti che hanno risposto Cattolicesimo (differenza dalla media= -,4089 con p= ,039) e Cristianesimo (differenza dalla media= -,3064 con p= ,140);

- **Scala dell'Ambivalenza benevola (BM):** F(1, 215)=5,313 con p= ,006 e gl=2. Il punteggio dei soggetti che dichiarano Nessuno è minore (M=1,19 e DS=1,010) in questa scala rispetto ai punteggi dei soggetti del Cristianesimo (M=1,66 e DS=1,080) e del Cattolicesimo (M=1,65 e DS= ,968). Anche dal Test post hoc di Bonferroni è emerso che le risposte Nessuno hanno un punteggio minore rispetto alle risposte Cattolicesimo (differenza dalla media= -,4587 e p= ,046) e alle risposte Cristianesimo (differenza dalla media= -,4735 e p= ,023).
- **Scala dell'Orientamento intrinseco:** F(1, 215)=82,574 con p= ,000 e gl=2. I soggetti che si dichiarano non appartenenti ad un credo specifico (Nessuno) hanno un punteggio minore (M=1,58 e DS= ,581) in questa scala rispetto ai soggetti che dichiarano il Cristianesimo (M=3,70 e DS=1,595) e il Cattolicesimo (M=3,44 e DS=1,614). Anche dal Test post hoc di Bonferroni è emerso che i soggetti Nessuno hanno un punteggio minore rispetto ai soggetti Cattolicesimo (differenza dalla media= -1,8578 con p= ,000) e a quelli Cristianesimo (differenza dalla media= -2,1249 con p= ,000);
- **Scala dell'Orientamento estrinseco:** F(1, 215)=44,636 con p= ,000 e gl=2. Il punteggio dei soggetti che hanno risposto Nessuno è minore (M=1,53 e DS= ,687) in questa scala rispetto ai punteggi dei soggetti che hanno risposto Cristianesimo (M=2,82 e DS=1,412) e Cattolicesimo (M=2,72 e DS= ,904). Anche dal Test post hoc di Bonferroni è emerso che i soggetti con risposta Nessuno hanno un punteggio minore rispetto alle risposte Cattolicesimo (differenza dalla media= -1,1843 e p= ,000) e Cristianesimo (differenza dalla media= -1,2863 e p= ,000).
- **Scala dell'Orientamento quest:** F(1, 215)=14,109 con p= ,000 e gl=2. I soggetti che dichiarano Nessun credo hanno un punteggio minore (M=3,59 e DS=1,637)

in questa scala rispetto ai soggetti che hanno risposto Cattolicesimo (M=4,85 e DS=1,202) e Cristianesimo (M=4,70 e DS=1,630). Anche dal Test post hoc di Bonferroni è emerso che le risposte Nessuno hanno un punteggio minore rispetto alle risposte Cattolicesimo (differenza dalla media= 1,2547 con p= ,000) e Cristianesimo (differenza dalla media= -1,1060 con p= ,000).

5.4 Correlazioni tra gli strumenti e le condizioni esaminate

Tramite il t-Test sono state incrociate le risposte delle due condizioni con ogni scala degli strumenti presenti nel protocollo. Da questa analisi è emerso che prevale l'omogeneità del protocollo, tranne che per delle piccole differenze nella scala dell'Ambivalenza ostile (HM), presente nello strumento "L'atteggiamento ostile verso uomini e donne" di Glick e Fiske, e nella scala dell'Orientamento intrinseco, che fa parte del "Questionario sulla religiosità" di Voci. La media della Scala dell'Ambivalenza ostile (HM) risulta maggiore nella condizione DSD (M=2,34 e DS= ,928) rispetto alla condizione Intersex (M=1,99 e DS= ,795). Questa scala presenta un punteggio t=2,776 con p= ,006 e gl=214. La media della Scala dell'Orientamento Intrinseco, invece, risulta maggiore nella condizione Intersex (M=2,20 e DS=1,301) rispetto alla condizione DSD (M=2,67 e DS=1,673). Questa scala presenta un punteggio t= -2,290 con p= ,023 e gl=210.

CONDIZIONE		SOGGETTI	MEDIA	DEVIAZIONE STANDARD
SCALA AUT TOT	DSD	135	4,9136	,89977
	INTERSEX	81	4,9655	,95669
SCALA HS TOT	DSD	135	2,0853	1,15263
	INTERSEX	81	1,9485	1,14668
SCALA BS TOT	DSD	135	1,7425	,99526
	INTERSEX	81	1,6495	,95944
SCALA HM TOT	DSD	135	2,3387	,92824
	INTERSEX	81	1,9951	,79513
SCALA BM TOT	DSD	135	1,3589	1,00230
	INTERSEX	81	1,3690	1,10492
SCALA QSnew TOT	DSD	135	4,9379	,90489
	INTERSEX	81	4,9075	,86362
SCALA Orientamento Intrinseco	DSD	133	2,2038	1,30145
	INTERSEX	79	2,6755	1,67302
SCALA Orientamento Estrinseco	DSD	133	1,9510	1,05070
	INTERSEX	79	2,1639	1,16498
SCALA Orientamento Quest	DSD	133	4,1372	1,66806
	INTERSEX	79	3,9304	1,61718

Tabella 18 Correlazione tra le due condizioni e le scale del protocollo

5.5 Analisi fattoriale esplorativa

È stata eseguita un'analisi fattoriale che ha preso in considerazione le variabili inserite nel questionario sul fenomeno dell'Intersessualità/DSD, ossia il parere del medico, dello psicologo, del paziente, dei genitori, dei principi religiosi, delle linee guida nazionali e

internazionali e della comunicazione professionista-paziente e di quella professionista-genitori di un paziente minorenne.

Dall'analisi delle componenti è emersa una sola componente significativa, con un punteggio totale di 3,053 e con una percentuale di varianza pari a 33,920. Viene poi fatta un'analisi fattoriale per vedere come si suddividono gli stessi item in due diverse componenti.

Dall'analisi fattoriale a due componenti è emerso che ogni componente tende a concentrarsi in misura maggiore su variabili differenti. La prima componente è più concentrata sull'importanza delle linee guida nazionali, delle linee guida internazionali, del parere dei genitori e del medico e dalle statistiche di affidabilità presenta un α= ,776. La seconda componente tende invece a concentrarsi in misura maggiore sulla comunicazione professionista-paziente, sulla comunicazione professionista-genitori di un paziente minorenne e il parere del paziente e dalle statistiche di affidabilità presenta un α= ,610 non molto significativa. In conclusione dall'analisi delle componenti è emerso che una componente è più concentrata sui dettami delle linee guida e della teoria medica, mentre l'altra si concentra di più su aspetti di comunicazione del professionista e da più importanza al parere dei pazienti.

Tra le due condizioni non si riscontrano grosse differenze per quanto riguarda le due componenti dell'analisi fattoriale. Calcolando le statistiche descrittive, la media della seconda componente (M=6,49 e DS= ,787) è maggiore della media della prima componente (M=4,41 e DS=1,407). Tramite il t-Test è stato possibile confrontare questi due fattori, o componenti, con le due condizioni esaminate. Nella condizione DSD la posizione teorica (prima componente) è più alta (M=4,48 e DS=1,407) rispetto alla condizione Intersex (M=4,30 e DS=1,409), anche se questa differenza non è molto

significativa. Il punteggio t= ,901 con p= ,369 e gl=214. Il secondo fattore, ossia la posizione più comunicativa, risulta leggermente più alta nella condizione Intersex (M=6,52 e DS=,756) rispetto alla condizione DSD (M=6,48 e DS= ,807). Il punteggio t= -,357 con p= ,722 e gl=214.

CONDIZIONE		MEDIA	DEVIAZIONE STANDARD
QSnew Fattore 1	DSD	4,4796	1,40696
	INTERSEX	4,3014	1,40914
QSnew Fattore 2	DSD	6,4790	,80690
	INTERSEX	6,5185	,75645

Tabella 19 Correlazioni tra le due componenti e le condizioni

Dall'analisi dei dati è stato possibile calcolare l'esistenza di correlazioni significative tra le due componenti e le scale degli strumenti presenti nel protocollo. Sono emerse due correlazioni significative, ossia la Scala dell'Autoritarismo di destra correla in modo positivo con la seconda componente (Fattore 2), mentre la scala dell'Orientamento estrinseco correla in modo positivo, anche se non è molto significativo, con la prima componente (Fattore 1). Nello specifico, ciò significa che più è alto il punteggio della Scala dell'Autoritarismo di destra, più alta sarà l'importanza data all'aspetto comunicativo e al paziente (coefficiente di correlazione *r* di Pearson uguale a *r= ,294* con *n=216* e *p= ,001)*. Invece, un alto punteggio nella Scala dell'Orientamento Estrinseco comporta una maggiore importanza assegnata all'aspetto teorico e alle linee guida mediche (coefficiente di correlazione *r* di Pearson uguale a *r= ,133* con *n=212* e *p= ,054)*.

CORRELAZIONI		QSnew Fattore 1	QSnew Fattore 2
AUTORITARISMO	Correlazione di Pearson	,108	,294
	Sign. (a due code)	,113	,000
	N	216	216
ORIENTAMENTO ESTRINSECO	Correlazione di Pearson	,133	,072
	Sign. (a due code)	,054	,299
	N	212	212

Tabella 20 Correlazioni tra le due componenti e le altre scale del protocollo

5.6 Correlazioni esterne degli strumenti

Grazie al software SPSS è stato possibile calcolare le correlazioni tra tutte le scale degli strumenti utilizzati nel protocollo. In generale, ogni scala risulta correlata a molte altre scale, tranne la scala dell'Orientamento quest che correla internamente solo con le altre due scale dello strumento e il questionario dell'Intersessualità/DSD che correla con sole due scale differenti. La maggior parte delle correlazioni sono significative a livello 0,01 (a due code). Nello specifico:

- **La scala dell'Autoritarismo di destra** correla con tutte e quattro le scale dello strumento "Atteggiamento ambivalente verso uomini e donne", ossia la scala del Sessismo ostile (HS= ,380), la scala del Sessismo benevolo (BS= ,385), la scala dell'Ambivalenza ostile (HM= ,271), la scala dell'Ambivalenza benevola (BM= ,429) e anche con il questionario sull'Intersessualità/DSD (Qsnew= ,238);
- **La scala del Sessismo ostile (HS)** correla con la scala dell'Autoritarismo di destra (,380), con due delle tre scale del "Questionario sulla religiosità RLOS", ossia la scala dell'Orientamento intrinseco (,268) e con la scala dell'Orientamento estrinseco (,258); all'interno del questionario "Atteggiamento ambivalente verso uomini e donne" correla con tutte e tre le scale (BS= ,517, HM= ,328 e BM= ,682);

- **La scala del Sessismo benevolo (BS)** correla con la scala dell'Autoritarismo di destra (,385), con la scala dell'Orientamento intrinseco (,248) e dell'Orientamento estrinseco (,254); all'interno del questionario correla con le altre tre scale (HS= ,517, HM= ,492 e BM= ,758);
- **La scala dell'Ambivalenza ostile (HM)** correla con la scala dell'Autoritarismo di destra (,271), le scale dell'Orientamento intrinseco (,187) e dell'Orientamento estrinseco (,139[33]); e all'interno del questionario correla con le altre tre scale (HS= ,328, BS= ,492 e BM= ,449);
- **La scala dell'Ambivalenza benevola (BM)** correla con la scala dell'Autoritarismo di destra (,429), con le scale dell'Orientamento intrinseco (,283) e dell'Orientamento estrinseco (,289); e all'interno del questionario correla con le altre tre scale (HS= ,682, BS= ,758 e HM= ,449);
- **Il questionario sul fenomeno dell'Intersessualità/DSD (Qsnew)** correla solamente con la scala dell'Autoritarismo di destra (,238) e la scala dell'Orientamento estrinseco (,178). Questa correlazione era già emersa calcolando le due componenti dell'analisi fattoriale del questionario e le altre scale del protocollo;
- **La scala dell'Orientamento intrinseco** correla con tutte le scale del questionario "Atteggiamento ambivalente verso uomini e donne", ossia le scale del Sessismo ostile (HS= ,268), quella del Sessismo benevolo (BS= ,248), la scala dell'Ambivalenza ostile (HM= ,187) e quella dell'Ambivalenza benevola (BM= ,283); internamente al questionario correla con le altre due scale (Orientamento estrinseco= ,570 e Orientamento quest= ,252);

[33] La correlazione è significativa a livello 0,05 (a due code).

- **La scala dell'Orientamento estrinseco** correla con le scale del Sessismo ostile (HS= ,258), la scala del Sessismo benevolo (BS= ,254), la scala dell'Ambivalenza ostile (HM= ,139[34]) e quella dell'Ambivalenza benevola (BM= ,289) e con il questionario dell'Intersessualità/DSD (Qsnew= ,178); internamente correla con la scala dell'Orientamento intrinseco (,570) e con la scala dell'Orientamento quest (,410);
- **La scala dell'Orientamento quest** correla solamente con le altre due scale interne al "Questionario sulla religiosità RLOS", ossia la scala dell'Orientamento intrinseco (,252) e la scala dell'Orientamento estrinseco (,410).

CORRELAZIONI		Aut Tot	HS Tot	BS Tot	HM Tot	BM Tot	QS new Tot	Orient Intris	Orient Estrins	Orient Quest
SCALA Aut Tot	Correlazione di Pearson	1	,380	,385	,271	,429	,238	,059	,132	,092
	Sign. (a due code)		,000	,000	,000	,000	,000	,390	,054	,181
	N	216	216	216	216	216	216	212	212	212
SCALA HS Tot	Correlazione di Pearson	,380	1	,517	,328	,682	,041	,268	,258	,122
	Sign. (a due code)	,000		,000	,000	,000	,549	,000	,000	,076
	N	216	216	216	216	216	216	212	212	212
SCALA BS Tot	Correlazione di Pearson	,385	,517	1	,492	,758	,039	,248	,254	,087
	Sign. (a due code)	,000	,000		,000	,000	,565	,000	,000	,207
	N	216	216	216	216	216	216	212	212	212
SCALA HM Tot	Correlazione di Pearson	,271	,328	,492	1	,449	,049	,187	,139	,145
	Sign. (a due code)	,000	,000	,000		,000	,474	,006	,043	,035
	N	216	216	216	216	216	216	212	212	212
SCALA BM Tot	Correlazione di Pearson	,429	,682	,758	,449	1	,015	,283	,289	,106
	Sign. (a due code)	,000	,000	,000	,000		,822	,000	,000	,125
	N	216	216	216	216	216	216	212	212	212
SCALA QS new Tot	Correlazione di Pearson	,238	,041	,039	,049	,015	1	,104	,178	,123
	Sign. (a due code)	,000	,549	,565	,474	,822		,131	,009	,073
	N	216	216	216	216	216	216	212	212	212
Orientamento Intrinseco	Correlazione di Pearson	,059	,268	248	,187	,283	,104	1	,0570	,252
	Sign. (a due code)	,390	,000	,000	,006	,000	,131		,000	,000
	N	212	212	212	212	212	212	212	212	212
Orientamento Estrinseco	Correlazione di Pearson	,132	,258	,254	,139	,289	,178	,570	1	,410
	Sign. (a due code)	,054	,000	,000	,043	,000	,009	,000		,000
	N	212	212	212	212	212	212	212	212	212
Orientamento Quest	Correlazione di Pearson	,092	,122	,087	,145	,106	,123	,252	,410	1
	Sign. (a due code)	,181	,076	,207	,035	,125	,073	,000	,000	
	N	212	212	212	212	212	212	212	212	212

Tabella 21 Correlazioni tra le scale del protocollo (Colore giallo= correlazioni esterne; colore arancio= correlazioni interne)

[34] La correlazione è significativa a livello 0,05 (a due code).

Nel capitolo successivo verranno esaminati nel dettaglio i risultati dell'analisi dei dati effettuata con il software statistico SPSS. In particolare, verrà posta maggiore attenzione ai dati risultati significativi per la presente ricerca in modo da elaborarli e interpretarli seguendo le ipotesi pensate per questo progetto di ricerca.

CAPITOLO 6. DISCUSSIONE DEI RISULTATI DELLA RICERCA

Il presente capitolo prende in esame i dati più significativi emersi dall'analisi dei dati calcolata con il software statistico SPSS. In seguito verranno specificati i limiti della presente ricerca e i possibili sviluppi futuri nel campo del trattamento e della percezione delle persone con condizioni intersessuali.

6.1 I risultati della ricerca esplorativa

L'obiettivo della presente ricerca è quello di analizzare la percezione del fenomeno dell'intersessualità e del suo trattamento dal punto di vista dei futuri medici italiani. Il protocollo somministrato agli studenti delle facoltà mediche aveva lo scopo di indagare alcune questioni rilevanti e comprendere come i soggetti possano interfacciarsi con questo fenomeno. Infine, l'indagine voleva esplorare anche se la presenza di alcune categorie preconcette potessero influenzare i medici di domani nelle valutazioni di tali condizioni, nello specifico valutando il costrutto dell'autoritarismo, della religiosità e del sessismo tra i generi. In seguito verranno discussi i risultati più significativi emersi dall'analisi dei dati raccolti.

6.1.1 Risultati dei dati socio-demografici

Tramite il t-Test è stato possibile valutare se la variabile del sesso degli studenti potesse avere correlazioni significative con le altre scale del protocollo. Da questo test è emerso che i soggetti maschi hanno punteggi più elevati in due scale del protocollo, ossia la scala del Sessismo ostile (HS) e la scala dell'Ambivalenza benevola (BM), entrambe presenti nello strumento "Atteggiamento ambivalente verso uomini e donne" di Glick e Fiske (1996). La scala del Sessismo ostile (HS) presenta una M=2,46 con DS=1,254 nei soggetti maschi rispetto ad una M=1,81 e DS=1,026 nelle femmine. Questi punteggi

tendono a confermare la classica definizione del “sessismo” nei confronti delle donne, attraverso una concezione che sminuisce la figura femminile e dà maggiore peso ed importanza al ruolo maschile. Ciò significa che i maschi rispondenti tendono a confermare le ipotesi dei due autori che si basano sulla credenza della presunta superiorità e del maggior valore del genere maschile e la conseguente prospettiva secondo cui le donne siano inferiori agli uomini sulle dimensioni legate all’abilità, al potere e alla competenza.

La scala dell’Ambivalenza benevola (BM) presenta invece nei soggetti maschi una M=1,72 e DS=1,095, contrapposta ai punteggi femminili dove la M=1,18 e DS=,962. Nello specifico, da questi risultati si può dimostrare l’attitudine dei rispondenti maschi a inquadrare uomini e donne in base agli stereotipi di genere e i relativi pregiudizi che hanno sempre accompagnato e differenziato i due sessi, come ad esempio l’idea che le donne devono prendersi cura degli uomini in cambio della protezione che solitamente ricevono da questi ultimi; vengono apprezzati di più i ruoli maschili di protezione e sostegno; e viene data particolare importanza alle relazioni intime eterosessuali, fondamentali per il benessere di uomini e donne (Manganelli Rattazzi *et al.,* 2008).

Per quanto riguarda l’età dei soggetti rispondenti, sono state calcolate le correlazioni di Pearson per valutare se esistevano delle correlazioni con le altre scale del protocollo. Da questa analisi è emersa una relazione negativa con due scale facenti parte dello strumento “Il questionario sulla religiosità RLOS” di Voci, ossia la scala dell’Orientamento estrinseco e la scala dell’Orientamento quest. La scala dell’Orientamento estrinseco presenta un coefficiente di correlazione *r* di Pearson uguale a *r= -,160*, ciò comporta che con l’aumentare dell’età i rispondenti tendono ad utilizzare in misura minore la religione come mezzo per ottenere i più svariati benefici e

vantaggi, come ad esempio per ottenere sollievo e protezione, per integrarsi socialmente o per ragioni economiche (Bosetti *et al.*, 2011). La scala dell'Orientamento quest, invece, presenta un coefficiente di correlazione *r* di Pearson uguale a *r= -,158*[35], ciò significa che i soggetti tendono anche ad avere una maggiore apertura mentale e a porsi più critiche sugli aspetti tipici della loro religione (Bosetti *et al.*, 2011). In questo senso, possiamo comprendere come i rispondenti, al crescere dell'età, tendono a mettere in secondo piano gli aspetti più utilitaristici della religiosità e a concentrarsi con più giudizio e maturità sulle questioni inerenti la fede.

6.1.2 Correlazioni tra le scale del protocollo e le due condizioni

L'analisi dei dati si è anche concentrata sulle correlazioni esistenti tra tutte le scale presenti nel protocollo e le due condizioni esaminate. Dal t-Test si nota che il protocollo è prevalentemente omogeneo nelle due condizioni, tranne che per delle piccole differenze nelle medie della scala dell'Ambivalenza ostile (HM) e nella scala dell'Orientamento intrinseco. La scala dell'Ambivalenza ostile ha un punteggio maggiore nella condizione DSD (M=2,34 e DS= ,928) piuttosto che nella condizione Intersex (M=1,99 e DS= ,795). Ciò significa che i rispondenti che hanno partecipato alla condizione DSD sono più propensi a sostenere le credenze più ostili tipiche del sessismo verso gli uomini, ossia tendono ad accusarli di arroganza e abuso di potere, a disprezzare l'incapacità di molti uomini nei lavori considerati tipicamente femminili e sono più inclini a pensare che gli uomini si approccino alle donne come predatori sessuali.

La media della scala dell'Orientamento intrinseco, invece, risulta maggiore nella condizione Intersex (M=2,20 e DS=1,301) rispetto alla condizione DSD (M=2,68 e

[35] La correlazione è significativa a livello 0,05 (a due code).

DS=1,673). Come abbiamo visto in precedenza, questo risultato sembra confermare la tendenza già riscontrata nella media più elevata dei principi religiosi nei rispondenti alla condizione Intersex rispetto ai soggetti della condizione DSD. Anche un punteggio più elevato nella scala dell'Orientamento intrinseco, infatti, dimostra che questi soggetti hanno un approccio maturo e profondo della religiosità e la vivono come un aspetto primario della loro esistenza.

6.1.3 Le domande sulla spiritualità e il credo dei soggetti

Dall'analisi dei dati si sono riscontrate anche delle correlazioni significative tra le domande riguardanti il rapporto del rispondente con la spiritualità e il credo a cui fa riferimento nella vita.

Per quanto riguarda la domanda relativa al rapporto con la spiritualità, è stata condotta un'analisi univariata della varianza (UNIANOVA) che ha riportato numerosi risultati significativi in molte scale del protocollo. Nello specifico, sono risultate rilevanti tre delle quattro scale dello strumento "Atteggiamento ambivalente verso donne e uomini" e tutte le scale del "Questionario sulla religiosità RLOS". Da questi punteggi si può notare che i credenti tendono ad avere punteggi più elevati in tutte le scale significative rispetto ai soggetti che si dichiarano atei o agnostici.

Per quanto riguarda la scala del Sessismo benevolo (BS) i credenti hanno una M=2,00 e DS= ,926, rispetto agli agnostici che presentano una M=1,62 e DS= ,920 e agli atei che invece hanno una M=1,52 e DS=1,004. Ciò significa che le persone credenti che hanno risposto al protocollo tendono a dimostrare un'attitudine nell'inquadrare uomini e donne in base a stereotipi e pregiudizi legati al sesso e al genere, come sostenere l'idea secondo cui gli uomini hanno il compito di proteggere le loro donne e provvedere al

benessere, poiché questo è un compito specificatamente maschile, che sancisce di conseguenza la superiorità di un determinato sesso rispetto all'altro. Questo atteggiamento si nota anche verso il genere femminile con la credenza secondo cui le donne presentano dei tratti positivi, ma sono tutti legati alle dimensioni affettive e alla loro capacità di instaurare relazioni interpersonali. Inoltre, chi presenta un punteggio elevato in questa scala sembra preferire una relazione eterosessuale di tipo romantico che è in grado di apportare benessere ad entrambi i sessi (Manganelli Rattazzi *et al.*, 2008). Solitamente, le donne accettano questa tipologia di sessismo, con l'idea che la società sia più giusta di quello che sembra, tendendo a rifiutare il sessismo ostile, quando in realtà sono proprio queste forme che mantengono le diseguaglianze di genere (Jost e Kay, 2003).

La scala dell'Ambivalenza ostile (HS) presenta un punteggio minore per gli atei con una M=1,95 e DS=,852 rispetto agli agnostici (M=2,43 e DS=,937) e ai credenti (M=2,34 e DS=,848). Questo risultato può essere letto nell'ottica secondo cui i soggetti che dichiarano di essere atei tendono a sostenere in misura minore rispetto agli agnostici e ai credenti la forma più ostile legata al sessismo verso gli uomini. In questo senso, quindi, gli atei non sono molto inclini a sminuire il genere maschile e a criticarlo riguardo ad alcuni classici stereotipi di genere, come ad esempio l'idea del predominio maschile incontrastato, della poca abilità degli uomini verso i compiti domestici o comunque verso tutti quei compiti che sono sempre stati definiti come prettamente femminili, e, infine, l'idea secondo cui gli uomini sono tutti dei predatori sessuali delle donne.

La scala dell'Ambivalenza benevola (BM) ha un punteggio maggiore nei soggetti credenti con una M=1,63 e DS=1,023 rispetto agli atei (M=1,17 e DS=,997). Ciò significa che le persone che sono credenti tendono a sostenere con più forza i classici

stereotipi legati al genere femminile secondo i quali spetta alle donne prendersi cura degli uomini, ad apprezzare di più il ruolo maschile di protezione e sostegno nei confronti delle donne e a dare più importanza alle relazioni eterosessuali intime tra i due generi in misura maggiore rispetto ai soggetti atei.

La scala dell'Orientamento intrinseco presenta punteggi maggiori nei rispondenti che si definiscono credenti (M=3,85 e DS=1,564) rispetto agli agnostici (M=1,94 e DS= ,787) e anche agli atei (M=1,48 e DS= ,508). Si può notare che differiscono in maniera significativa anche i punteggi dei soggetti agnostici rispetto a quelli degli atei. Questi punteggi sono particolarmente indicativi di quello che può effettivamente accadere nella realtà, ossia che i credenti tendono ad avere una visione più matura e profonda della religiosità e quindi la fede viene considerata un punto cardine dell'esistenza che dà significato e valore alla vita stessa. Questo si dimostra realistico, dato il fatto che dichiarandosi "credenti" si presuppone che questi soggetti diano un certo peso alla dimensione religiosa nella loro vita, sicuramente in misura maggiore rispetto ad agnostici ed atei. Anche i punteggi degli agnostici sono credibili, proprio perché la stessa definizione di agnostico non esclude a priori il costrutto della religiosità, come invece potrebbe fare una persona dichiaratamente atea.

Anche nella scala dell'Orientamento estrinseco si riscontrano punteggi maggiori nei soggetti che si dichiarano credenti (M=2,86 e DS=1,174) rispetto agli agnostici (M=1,91 e DS=,944) e agli atei (M=1,44 e DS=,597). Anche in questa scala è possibile riscontrare lo stesso ragionamento della precedente, ossia che i punteggi più elevati dei credenti risultano credibili per il semplice fatto che in questi individui, in quanto tali, si presuppone che venga data più importanza alla dimensione religiosa, sicuramente in misura maggiore rispetto ai rispondenti atei e agnostici. In questo caso, la dimensione

religiosa nei credenti tende ad assumere una valenza più utilitaristica, proprio perché la religione diventa un mezzo per raggiungere altri scopi ed obiettivi, tralasciando la parte più spirituale e profonda di questa dimensione.

Infine, la scala dell'Orientamento quest presenta un punteggio minore nei soggetti che si definiscono atei con una M=3,07 e DS=1,506 rispetto agli agnostici (M=4,70 e DS=1,528) e ai credenti (M=4,69 e DS=1,326). Questi punteggi confermano quello che intendevano gli autori Batson e Ventis (1976) creando questa scala, ossia che le persone che presentano un punteggio più elevato dovrebbero contraddistinguersi per una maggiore apertura mentale e un approccio più critico e meno dogmatico nei confronti della religione, che può essere tipico di soggetti che si dichiarano agnostici e credenti, ma sicuramente esiste in misura molto minore negli atei, per il semplice fatto che, definendosi come tali, si ipotizza che non tendano a concentrarsi sulla dimensione religiosa e quindi non si dovrebbero interessare a certi aspetti della religiosità più degli altri due gruppi.

Al fine di verificare le correlazioni significative tra la domanda "A quale credo fai riferimento" e le altre scale del protocollo è stata condotta un'analisi univariata della varianza (UNIANOVA) in cui sono emersi dei risultati significativi in tutte le scale dello strumento "Atteggiamento ambivalente verso uomini e donne" e anche nelle tre scale del "Questionario sulla religiosità". Da questi risultati si può notare che le persone che non fanno riferimento a nessun credo nella loro vita tendono ad avere punteggi minori nelle scale significative rispetto alle persone che dichiarano di appartenere al credo Cattolico e a quello Cristiano.

Per quanto riguarda la scala del Sessismo ostile (HS), i punteggi delle persone che non credono sono M=1,89 e DS=1,112, rispetto ai cattolici che hanno una M=2,33 e

DS=1,193 e ai cristiani che presentano invece una M=2,28 e DS=1,176. Questi punteggi sembrano confermare l'idea che le persone non credenti siano meno inclini ad atteggiamenti sessisti verso le donne, contraddistinti da classici pregiudizi e stereotipi legati alla credenza secondo cui il genere maschile sia nettamente superiore o comunque di maggior valore rispetto al genere femminile.

Anche la scala del Sessismo benevolo (BS) mostra punteggi più bassi nelle persone che dichiarano di non avere un credo di riferimento (M=1,53 e DS= ,980) rispetto ai punteggi dei soggetti legati al Cattolicesimo (M=1,99 e DS= ,939) e al Cristianesimo (M=1,99 e DS= ,921). Ciò può essere interpretato come il fatto che le persone che non credono tendono ad assegnare in misura minore delle qualità positive in base al sesso di appartenenza, sostenendo di conseguenza una visione sessista benevola, secondo cui gli uomini devono proteggere le donne e dimostrare la loro superiorità, mentre le donne sono più portate a instaurare relazioni affettive ed interpersonali (Manganelli Rattazzi *et al.*, 2008).

I punteggi della scala dell'Ambivalenza ostile (HM) confermano questa tendenza, infatti i punteggi dei non credenti sono minori (M=2,07 e DS= ,856) rispetto a quelli dei soggetti che hanno risposto Cattolicesimo (M=2,48 e DS=1,012) e Cristianesimo (M=2,37 e DS= ,851). Questo significa che i soggetti che dichiarano di non avere un credo di riferimento tendono a sostenere in misura minore rispetto ai cattolici e ai cristiani la forma più ostile del sessismo verso gli uomini, ossia non si prestano ad accusare gli uomini di arroganza e abuso di potere, non disprezzano la scarsa capacità degli uomini nei compiti tipicamente femminili e, infine, tendono a eliminare l'idea secondo cui gli uomini sono tutti predatori sessuali.

La scala dell'Ambivalenza benevola (BM) conferma la propensione dei soggetti che si dichiarano non appartenenti ad un credo ad avere un punteggio minore (M=1,19 e DS=1,010) rispetto a chi crede nel Cristianesimo (M=1,66 e DS=1,080) e nel Cattolicesimo (M=1,65 e DS= ,968). Ciò sembra dimostrare che le persone non credenti non sostengono i classici pregiudizi sessisti, come l'idea secondo cui le donne devono prendersi cura degli uomini e devono appoggiare il predominio maschile in quanto fonte di sostegno e protezione.

Nel "Questionario sulla religiosità RLOS" risulta significativa la scala dell'Orientamento intrinseco, sempre confermando una minore predisposizione dei soggetti non credenti (M=1,58 e DS= ,581) rispetto ai cristiani (M=3,70 e DS=1,595) e ai cattolici (M=3,44 e DS=1,614). Questi punteggi ripetono ciò che si è già osservato nei risultati relativi alla domanda sul rapporto con la spiritualità, ossia che sembra credibile che i soggetti che si dichiarano non credenti, come in questo caso, tenderanno sicuramente ad avere punteggi minori in tutte le scale dello strumento, per il semplice fatto che si presuppone che in questi soggetti la dimensione religiosa sia molto meno accentuata, o addirittura assente, rispetto alle persone che invece sostengono di appartenere ad un determinato credo. In quest'ottica, i rispondenti che non fanno riferimento a un credo tendono a non avere una visione profonda e importante della religiosità e non considerano la fede come motivo primario della loro esistenza.

Anche nella scala dell'Orientamento estrinseco i punteggi dei non credenti (M=1,53 e DS= ,687) sono minori rispetto a quelli dei soggetti che credono nel Cristianesimo (M=2,82 e DS=1,412) e nel Cattolicesimo (M=2,72 e DS= ,904). Riprendendo il punto di vista espresso in precedenza, appare relativamente verosimile il fatto che le persone che non hanno un credo di riferimento non mostrano alti punteggi in questa scala e di

conseguenza non danno molta importanza neanche al lato più vantaggioso della religiosità come invece sembrano più propensi a fare le persone credenti che hanno risposto al protocollo.

Infine, la scala dell'Orientamento quest dimostra la stessa tendenza delle precedenti, ossia un punteggio minore per quanto riguarda le persone non credenti (M=3,59 e DS=1,637) rispetto ai cattolici (M=4,85 e DS=1,202) e ai cristiani (M=4,70 e DS=1,630). Questi punteggi riflettono gli stessi ragionamenti fatti in precedenza, ossia che i non credenti non sembrano interessati a dare molto rilievo alla dimensione religiosa nella loro vita e, di conseguenza, non hanno bisogno di approcciarsi a questa con una maggiore apertura mentale e minore criticità rispetto a quanto farebbero le persone che invece danno un'importanza maggiore alla religiosità.

6.1.4 Il test della virilizzazione di Prader

Per quanto riguarda il Test della virilizzazione di Prader, dall'analisi dei dati si sono riscontrate due differenti correlazioni tra due immagini del test e le altre scale del protocollo. Da queste analisi sono state calcolate le correlazioni di Pearson e le statistiche descrittive. L'immagine 2 correla in modo positivo con la scala dell'Orientamento intrinseco (coefficiente di correlazione r di Pearson uguale a $r= ,241$ con $n=69$ e $p= ,046)$. Come si è visto nel quarto capitolo, nel Test di Prader viene richiesto di ordinare le immagini secondo il criterio che ritiene corretto il soggetto e poi descriverle in poche parole. La correlazione di Pearson, quindi, dimostra che nei protocolli in cui viene dato un punteggio più elevato nella scala dell'Orientamento intrinseco, i soggetti tendono a posizionare l'immagine 2 negli ultimi posti dell'ordine da loro scelto. La stessa immagine ha anche una correlazione con la variabile sesso, ossia anche i rispondenti maschi (M=3,61 e DS=1,340) tendono a posizionare più

spesso l'immagine negli ultimi posti dell'ordine rispetto alle rispondenti femmine (M=3,00 e DS=1,000). Anche per l'immagine 6 si sono riscontrati dei punteggi significativi ed è stata calcolata la correlazione di Pearson con la scala dell'Ambivalenza benevola (BM). La correlazione in questo caso è negativa (coefficiente di correlazione *r* di Pearson uguale a *r= -,276* con *n=68* e *p= ,023),* ciò significa che quando i punteggi nella scala dell'Ambivalenza benevola sono alti, l'immagine 6 verrà posizionata più spesso nei primi posti dell'ordine scelto dal soggetto. È molto interessante notare che entrambe le immagini rappresentano due delle cinque fasi del Test di Prader che rappresentano delle condizioni di ambiguità genitale, e quindi rientrano di diritto nella classica definizione di Intersessualità/DSD. All'interno dello stesso questionario sono emerse anche alcune correlazioni significative, sia positive che negative, tra le sette immagini. Le correlazioni positive comportano che le due immagini vengano scelte dai rispondenti in posizioni contigue, ossia vengono posizionate relativamente vicine tra di loro. Le correlazioni negative, invece, comportano delle posizioni opposte tra le due immagini, ossia se un'immagine si troverà tra le prime dell'ordine, l'altra si troverà nelle ultime posizioni. Seguendo quest'ottica, si può ipotizzare che le correlazioni positive si riscontrino tra immagini che i soggetti ritengono particolarmente simili, mentre quelle negative sono formate da immagini che sono molto differenti tra di loro.

I dati significativi emersi da questa analisi per il momento non sono del tutto esaustivi e non è quindi possibile interpretarli in maniera approfondita e con facilità. Per questo motivo, si auspica che in futuro si possa approfondire il lavoro svolto in modo da poter incrociare questi risultati quantitativi con i dati qualitativi emersi dalle risposte al protocollo per riuscire ad elaborarli in maniera più dettagliata e completa.

6.1.5 Il questionario sull'Intersessualità/DSD

L'ultimo strumento analizzato dal software SPSS è il questionario sull'intersessualità/DSD, che è stato costruito appositamente per la presente ricerca con lo scopo di comprendere la percezione degli studenti riguardo al fenomeno studiato e la loro opinione sul trattamento dei soggetti con condizioni intersessuali. Dai dati raccolti sono emersi alcuni risultati significativi, specialmente per quanto riguarda le ipotesi sviluppate nel progetto di ricerca.

Agli studenti veniva chiesto se conoscevano il fenomeno studiato e con le tabelle di contingenza è stato possibile calcolare le risposte ottenute per ognuna delle due condizioni. Come avevamo ipotizzato inizialmente, nella condizione DSD la maggior parte delle persone ha riferito di conoscere il fenomeno (65,2%) che veniva presentato con la classica definizione medica di "Disorders of Sex Development" (Lee *et al.*, 2006), contrapposta ai 20 soggetti (24,7%) della condizione Intersessualità a cui, invece, veniva presentata la definizione più sociale (EuroPSI, www.europsi.org). Infatti, nella condizione Intersessualità si riscontra un numero più elevato di soggetti che dichiarano di non conoscere lo stesso fenomeno (75,3%) rispetto a quelli della condizione DSD (34,8%). Questi dati sembrano confermare l'ipotesi del progetto di ricerca, ossia che fornendo una differente descrizione del fenomeno e una diversa terminologia si può cambiare la percezione del soggetto riguardo al fenomeno stesso: la condizione in cui c'è una percentuale maggiore di risposte positive è quella DSD, ossia la condizione in cui viene data una definizione medica e scientifica. È giusto sottolineare, infatti, che il campione, composto da studenti iscritti e frequentanti facoltà mediche e sanitarie, con più probabilità risponderà di conoscere il fenomeno quando viene utilizzato un linguaggio prettamente medico. Nel caso in cui, invece, viene utilizzato il termine più

sociale, la percentuale di risposte negative aumenta in maniera significativa anche se il fenomeno è esattamente lo stesso. È interessante notare che sommando il totale delle risposte “No” e “Si” dei soggetti, senza distinguerli nelle due condizioni, si ha il 50% delle risposte in entrambe le opzioni (108 soggetti hanno risposto “Si” e 108 hanno risposto “No”). Questi dati sono importanti perché dimostrano e confermano che, anche se si tratta della stessa condizione, ponendo differenti domande di ricerca cambia nettamente la percezione che i soggetti hanno dello stesso fenomeno. Nel complesso, se si prende in considerazione il campione totale dei rispondenti, questi si suddividono esattamente in due poli, una parte che conosce il fenomeno e una parte che non lo conosce.

La seconda domanda era rivolta esclusivamente a chi aveva risposto di conoscere già il fenomeno per indagare in quale contesto il soggetto ne era venuto a conoscenza. Anche questa domanda voleva valutare se effettivamente gli studenti di facoltà mediche sono a conoscenza del fenomeno e hanno la possibilità di studiarne gli aspetti principali e le modalità di intervento durante il loro percorso di formazione. Questa ipotesi nasce dal fatto che il fenomeno dell’intersessualità è sempre stato sistematicamente invisibilizzato alla maggior parte delle persone, e quindi scoprire se gli stessi medici che in futuro potrebbero avere a che fare con condizioni simili hanno effettivamente una preparazione teorica del fenomeno è un aspetto molto importante da valutare. Soprattutto per il semplice fatto che, come abbiamo già ribadito, l’intersessualità è un affare quasi strettamente vincolato al campo medico, o almeno così è stato per moltissimo tempo. Nella condizione DSD l’89,9% dei soggetti ha risposto di conoscere il fenomeno tramite gli Studi universitari e anche nella condizione Intersex la percentuale è relativamente elevata (68,4%). Inoltre, nella seconda condizione si riscontra anche una percentuale

maggiore di conoscenza tramite Internet (15,8%) e Letteratura (15,8%), che potrebbe essere sempre dovuta al fatto che questi studenti si trovano nella condizione "sociale" dell'Intersessualità, e quindi la conoscenza del fenomeno, probabilmente, è sì dovuta in maggior parte agli studi, ma anche molto alla curiosità personale dei rispondenti che hanno deciso di informarsi personalmente.

In seguito ai soggetti veniva proposto un brano informativo sul fenomeno esaminato in cui cambiava la definizione in base alla condizione a cui partecipavano. Successivamente è stata inserita una domanda di controllo che aveva lo scopo di capire se i soggetti avevano prestato attenzione alla lettura del testo con quattro differenti opzioni di risposta: la definizione medica di DSD (Lee et al., 2006), quella sociale di intersessualità (EuroPSI, www.europsi.org), quella della disforia di genere (DSM V, 2014) e, in ultimo, la definizione che si riferisce ai disturbi o disfunzioni della sfera sessuale (DSM V, 2014). Nel complesso, si nota che la maggior parte dei soggetti ha prestato attenzione al brano informativo dando la risposta giusta in base al protocollo in cui era inserito, ossia il 69,6% dei soggetti nella condizione DSD e il 63,0% dei soggetti della condizione Intersessualità. Una percentuale molto bassa di soggetti ha scelto la definizione delle disfunzioni sessuali utilizzata dal DSM V (2,2% nella condizione DSD e 1,2% in quella Intersex). Un dato interessante riguarda l'alternativa di risposta relativa alla definizione della disforia di genere (DSM V, 2014), ossia "Marcata incongruenza tra genere esperito/espresso da un individuo e il genere assegnato": questa definizione ha ricevuto un numero abbastanza alto di risposte anche se non significativo (4,4% nella condizione DSD e 7,4% nella condizione Intersex). Questo dato può essere interpretato come un segnale del fatto che molte persone non sanno ancora differenziare tra fenomeni molto diversi tra loro, e questo può portare a grossi fraintendimenti. In

generale, nella società continua ad esserci molta confusione riguardo al significato dei termini che contengono la parola sessualità al loro interno (intersessualità, omosessualità, transessualità, ecc), con la conseguente diffusione di pregiudizi e stereotipi riguardo ai vari fenomeni, che vengono spesso fusi insieme e rimangono indistinti e senza peculiarità.

Per confermare un altro degli obiettivi iniziali del progetto di ricerca, sono state poste ulteriori domande inerenti ad alcuni aspetti classici legati al trattamento delle persone con condizioni intersessuali. L'obiettivo era rilevare il parere dei partecipanti riguardo al trattamento classico utilizzato da medici e chirurghi, ossia la medicalizzazione precoce dei soggetti nati con caratteristiche sessuali ambigue, facendo riferimento anche alle modalità comunicative della diagnosi e dell'importanza delle varie figure coinvolte nel trattamento. Inizialmente al soggetto veniva richiesto il proprio parere riguardo alla correttezza o meno del trattamento precoce nei pazienti intersessuali. Dall'analisi dei dati si sono riscontrate percentuali più elevate relative alla risposta "Dipende" (43,7% nella condizione DSD e 49,4% nella condizione Intersex). Nella condizione DSD si nota però anche un'alta percentuale di risposte affermative al trattamento (32,6%), mentre nella condizione Intersex si ha una percentuale più alta di risposte contrarie (30,9%). Questi risultati sembrano dimostrare che la maggior parte dei rispondenti tende a rimandare la decisione relativa al trattamento. Questa tendenza può probabilmente essere spiegata come il semplice fatto che i rispondenti non hanno abbastanza informazioni in loro possesso per poter decidere o, forse, perché preferiscono aspettare che i soggetti intersessuali maturino prima di "correggere" spesso irrevocabilmente. I risultati però necessiterebbero di ulteriori analisi per poter essere confermati. In particolar modo, si auspica che in futuro vengano elaborate le risposte fornite dai

soggetti in modo da poter comparare i risultati quantitativi con quelli qualitativi e pervenire ad una visione più approfondita di questi dati. Potendo ipotizzare, si potrebbe pensare che questo aspetto sia un'ulteriore conferma del cambiamento di rotta rispetto alla tradizionale ottica utilizzata nei casi di intersessualità/DSD, dove si è sempre preferito medicalizzare piuttosto che sospendere il giudizio fino al momento più adatto per decidere. Questa tendenza comunque resta relativamente contenuta, anche perché notiamo, soprattutto nella condizione medica del DSD, che molti futuri medici continuano a preferire la via della medicalizzazione precoce, magari perché sono più predisposti ad operare per "correggere" rispetto ad altri, o forse perché la loro istruzione li porta ad approcciare a questo fenomeno secondo un'ottica espressamente patologica. Invece, nella condizione Intersex prevalgono le risposte contrarie al trattamento, forse perché si trovano nella condizione in cui il fenomeno non viene definito in chiave patologica e magari questa differente visione lascia più opportunità di scelta sull'operazione chirurgica rispetto agli altri individui.

Lo scopo del protocollo era anche quello di indagare quanto sono importanti le figure coinvolte nel trattamento dei pazienti affetti da condizioni intersessuali e rilevare quali comportamenti potrebbero mettere in atto gli studenti quando in futuro dovranno relazionarsi con questi individui. Inoltre, si voleva esplorare l'importanza che i rispondenti, in quanto futuri professionisti medico-sanitari, darebbero alla comunicazione tra il professionista, il paziente e i genitori di un paziente minorenne.

Per quanto riguarda l'importanza delle varie figure coinvolte (medico, psicologo, paziente, genitori, principi religiosi, linee guida nazionali e linee guida internazionali), grazie al t-Test non sono state riscontrate particolari differenze tra le due condizioni, tranne che nella condizione Intersessualità dove emerge un punteggio significativo e

maggiore nei Principi religiosi (M=2,29 e DS=1,809) rispetto alla condizione DSD (M=1,58 e DS=1,141). È interessante notare che questo punteggio risulta significativo, ma la media calcolata è la più bassa di tutte le medie delle figure coinvolte, ciò significa che l'importanza data ai principi religiosi in entrambe le condizioni è molto bassa rispetto a tutte le altre. Da questi risultati sembra che i soggetti della condizione Intersessualità diano molta più importanza agli aspetti religiosi, sicuramente di più dei soggetti che partecipano alla condizione DSD. Questa tendenza si riscontra anche nel t-Test svolto incrociando le due condizioni per ogni scala presente nel protocollo, dove si nota appunto che nella condizione Intersex c'è un punteggio più elevato rispetto alla condizione DSD per quanto riguarda la scala dell'Orientamento intrinseco (vedi in seguito). Questi risultati sembrano dimostrare che i soggetti della condizione Intersex siano più propensi alla religiosità, ma visto che il punteggio è molto basso, questo risultato non è particolarmente significativo e necessita di ulteriori approfondimenti per essere confermato definitivamente.

Invece, in entrambe le condizioni viene dato un punteggio molto alto all'importanza della Comunicazione professionista-paziente (DSD: M=6,79 e DS= ,636; Intersex: M=6,84 e DS= ,625), al parere del Paziente (DSD: M=6,44 e DS=1,114; Intersex: M=6,36 e DS=1,380) e alla Comunicazione professionista-genitori di un paziente minorenne (DSD M=6,37 e DS= ,969; Intersex: M=6,34 e DS=1,018). Questi risultati sembrano ricollegarsi ad un approccio innovativo nel campo della formazione medica, ossia l'approccio delle Medical Humanities. Questa corrente di pensiero è nata negli anni Sessanta negli Stati Uniti con lo scopo di cambiare l'immagine stessa della medicina unendo ad essa le conoscenze provenienti da altre discipline considerate "umanistiche". Le Medical Humanities sono nate, quindi, per diventare il luogo in cui la

medicina rafforza il proprio sapere e i rapporti con le scienze sociali e comportamentali (psicologia, sociologia, diritto, economia, storia, antropologia culturale) ma anche con la filosofia morale (bioetica e teologia morale) e con le arti espressive (letteratura, teatro, arti figurative). Questo approccio è nato per eliminare la tendenza sempre più accentuata in medicina di separare il protocollo tecnico dall'evento umano, inteso in senso più ampio e comprensivo come la risposta ai diversi bisogni della persona malata (Spinsanti, 2006, p. 18). In seguito, le Medical Humanities sono state generalmente percepite e considerate come tutto ciò che riguarda la comprensione dell'uomo attraverso le scienze umane e sono state progressivamente introdotte nei curricula universitari, in stretto collegamento con la bioetica (Zannini, 2008, p. 144-145).

Nello specifico, si potrebbe dire che le Medical Humanities si concentrino sull'acquisizione da parte dello studente di medicina e futuro professionista medico-sanitario di alcune abilità specifiche: lo sviluppo di un atteggiamento empatico, le abilità interpretative, la comprensione e la cura di sé e l'acquisizione di un senso etico e della responsabilità. L'obiettivo finale è quello di costruire un nuovo approccio multidisciplinare che fornisca alla medicina e a tutti i soggetti coinvolti nel processo di cura gli strumenti necessari per comprendere tanto le malattie quanto la salute in un contesto sociale e culturale sempre più esteso, al fine di favorire una maggiore comprensione empatica di sé, dell'altro e del processo terapeutico.

I risultati emersi dalla presente ricerca possono essere letti in quest'ottica, proprio perché si può notare che gli studenti di medicina effettivamente stanno assorbendo alcune competenze specifiche di discipline più umane, in modo da avere un atteggiamento più empatico e rivolto all'altro eliminando il classico stereotipo della figura distaccata ed autoritaria del medico. Questa maggiore importanza che viene

assegnata alla comunicazione con il paziente/genitori e al parere dello stesso è di fondamentale importanza, poiché conferma questa nuova tendenza dei futuri medici di imparare ad utilizzare al meglio alcune abilità specifiche che si rivelano quanto mai necessarie al momento della presa in carico di una persona che soffre di una condizione intersessuale/DSD.

Grazie al t-Test è stato possibile incrociare la domanda relativa al trattamento precoce e la variabile riguardante l'importanza data alle varie figure professionali e non solo coinvolte nel trattamento. I risultati dimostrano che ci sono alcune correlazioni significative tra la risposta affermativa al trattamento precoce e un punteggio più elevato, in ordine decrescente, assegnato al parere del medico (M=6,18 e DS= ,854), dello psicologo (M=5,62 e DS=1,627), dei genitori (M=4,68 e DS=1,780), delle linee guida internazionali (4,34 e DS=1,971) e di quelle nazionali (M=4,14 e DS=1,889). Questi dati sembrano dimostrare che gli studenti che approvano la medicalizzazione precoce principalmente danno molta importanza al parere del medico. Questo risultato sembra di facile interpretazione, dato che i rispondenti stanno seguendo un percorso di formazione per diventare anch'essi dei medici e di conseguenza è lecito che diano molta importanza alla figura professionale che un giorno rivestiranno. Anche allo psicologo viene assegnato un punteggio più elevato, probabilmente in quanto è l'unica altra figura professionale nell'elenco dato. Inoltre, questo punteggio può anche essere letto come una conseguenza dell'approccio delle Medical Humanities, grazie al quale gli studenti stanno imparando a dare più importanza agli aspetti psicologici e umani del rapporto professionista-paziente. Successivamente, ritroviamo il parere dei genitori, probabilmente perché in questi casi si ha a che fare con pazienti di giovane età e quindi non in grado di comprendere a pieno la loro condizione, e infine alle linee guida

teoriche elaborate per contribuire al trattamento del fenomeno dell'intersessualità/DSD (linee guida per la maggior parte elaborate in chiave medica o comunque sanitaria).

In generale, dall'analisi dei dati è emerso che le persone che approverebbero la medicalizzazione precoce tendono ad avere un punteggio più elevato nel questionario sull'intersessualità/DSD (M=5,16 e DS= ,739) rispetto ai soggetti che sono contrari a questo trattamento (M=4,56 e DS= ,861).

6.1.6 Analisi fattoriale esplorativa

Grazie al software SPSS è stato possibile eseguire un'analisi fattoriale che prendeva in considerazione le variabili delle figure coinvolte inserite nel questionario sull'intersessualità/DSD, ossia il parere del medico, dello psicologo, del paziente, dei genitori, dei principi religiosi, delle linee guida nazionali e internazionali, e della comunicazione professionista-paziente e professionista-genitori di un paziente minorenne. In un primo momento è stata calcolata tramite l'analisi delle componenti un'unica componente con un punteggio totale di 3,053 e una percentuale di varianza pari a 33,920. Successivamente è stata calcolata l'analisi fattoriale a due componenti ed è emerso che ogni componente tende a concentrarsi su variabili differenti. La prima componente è più concentrata sull'importanza delle linee guida nazionali, delle linee guida internazionali, del parere dei genitori e del medico (α= ,776). La seconda componente, invece, si concentra in misura maggiore sulla comunicazione professionista-paziente, sulla comunicazione professionista-genitori di un paziente minorenne e sul parere del paziente (α= ,610). Questi risultati dimostrano quindi che una componente da più importanza ai dettami teorici e alle linee guida mediche, mentre l'altra si concentra maggiormente sugli aspetti più comunicativi tra le figure coinvolte e presta più attenzione anche al parere del paziente. Queste tendenze sembrano seguire il

ragionamento che sta alla base di questo progetto di ricerca, ossia la divisione in due condizioni che si ricollegano proprio a queste due tendenze. Una tendenza più medica, che si basa sulle teorie scientifiche, il professionista e i genitori, e una tendenza più sociale, dove viene data più importanza alla comunicazione e al paziente in quanto diretto interessato di tale condizione. Infatti, tramite il t-Test questi risultati sembrano confermati, anche se non sono particolarmente significativi: nella condizione DSD prevale la posizione teorica (M=4,48 e DS=1,407) rispetto alla condizione Intersex (M=4,30 e DS=1,409); mentre risulta leggermente più elevato nella condizione Intersex il secondo fattore (M=6,52 e DS= ,756), ossia la posizione più comunicativa, rispetto alla condizione DSD (M=6,48 e DS= ,807).

Tramite l'analisi dei dati sono emerse anche delle correlazioni di Pearson significative e molto interessanti tra le due componenti e due delle scale presenti nel protocollo. La prima correlazione riguarda la scala dell'Autoritarismo di destra e la seconda componente (coefficiente di correlazione *r* di Pearson uguale a *r= ,294* con *n=216* e *p= ,001).* Questo risultato è molto importante poiché sembra confermare la tendenza sempre più importante degli studenti di medicina a prestare attenzione agli aspetti comunicativi e al paziente stesso, pur restando comunque centrati su una visione più autoritaria della professione medica. Questa particolare attenzione si può ricollegare alla forte influenza delle Medical Humanities che, come abbiamo visto in precedenza, tende a concentrarsi sugli aspetti comunicativi ed umani della relazione professionista-paziente, ma lasciando comunque particolare spazio alla classica percezione del medico come figura professionale autoritaria e distaccata.

La seconda correlazione riguarda la scala dell'Orientamento estrinseco e la posizione più teorica (coefficiente di correlazione *r* di Pearson uguale a *r= ,133* con *n=212* e *p=*

,054). In questo caso, quindi, ad un maggior punteggio nella scala verrà data più importanza ai dettami teorici e al parere dei professionisti e delle linee guida mediche nazionali ed internazionali. Questi punteggi confermano a loro volta l'influenza dell'approccio delle Medical Humanities, proprio perché continua a prevalere l'importanza della teoria e delle pratiche mediche nella formazione degli studenti, ma comunque inizia a prefigurarsi una nuova tendenza in cui gli studenti tendono a concentrarsi sempre di più sugli aspetti più esterni al trattamento, ossia gli aspetti più comunicativi ed esperienziali della relazione medico-paziente. Come vedremo in seguito, queste correlazioni sono confermate anche dal calcolo delle correlazioni tra tutte le scale presenti nel protocollo.

6.1.7 Correlazioni tra tutte le scale del protocollo

Infine, sono state calcolate le correlazioni esistenti tra tutte le scale degli strumenti utilizzati nel protocollo. Nel complesso, ogni scala risulta correlata a molte altre, tranne la scala dell'Orientamento quest che correla solamente con le due scale interne allo stesso strumento da cui proviene e il questionario dell'Intersessualità/DSD che correla con due sole scale degli altri strumenti.

La scala dell'Autoritarismo di destra (Altemeyer) correla con tutte e quattro le scale dello strumento "Atteggiamento ambivalente verso uomini e donne" (Sessismo ostile HS, Sessismo benevolo BS, Ambivalenza ostile HM e Ambivalenza benevola BM) e con il questionario sull'Intersessualità/DSD. Questi risultati sembrano confermare l'idea che le persone autoritarie tendono a sostenere ed approvare le credenze tradizionali che sanciscono la superiorità degli uomini, la conseguente inferiorità delle donne e sono anche particolarmente inclini a rigettare il femminismo (Altemeyer, 1996). Per quanto riguarda la correlazione con il questionario sull'Intersessualità/DSD, sembrerebbe che

gli studenti diano molta importanza agli aspetti comunicativi ed esperienziali della loro relazione con il paziente, ma allo stesso tempo mantenendo la classica visione stereotipica della figura del medico come figura dominante ed autoritaria.

Le quattro scale dello strumento "Atteggiamento ambivalente verso uomini e donne" (Glick e Fiske), ossia le scale del Sessismo ostile (HS), del Sessismo benevolo (BS), dell'Ambivalenza ostile (HM) e dell'Ambivalenza benevola (BS) correlano con la scala di Autoritarismo di destra, con le scale dell'Orientamento intrinseco e dell'Orientamento estrinseco e, all'interno dello strumento, sono tutte e quattro correlate tra di loro. Come abbiamo visto poco sopra, le correlazioni con la scala di Autoritarismo di destra sono facilmente interpretabili, poiché le persone che si rilevano particolarmente autoritarie tendono ad assumere i classici atteggiamenti sessisti benevoli e ostili che vengono misurati nelle quattro scale dello strumento, e, viceversa, si può comprendere come le persone più sessiste tendano ad avere una visione molto più assoluta e rigida della società e delle figure autoritarie. Per quanto riguarda le due scale che valutano la componente religiosa, anche in questo caso è possibile rilevare una certa continuità: le persone particolarmente religiose, in maniera estrinseca o intrinseca, tenderanno comunque ad avere un punto di vista più sessista ed ambivalente riguardo ai rapporti tra i generi, anche per il semplice fatto che le persone credenti, in gradazioni diverse, tendono a seguire i dogmi e i principi religiosi che comportano sempre una netta distinzione tra maschile e femminile e tramandano dei ruoli di genere particolarmente rigidi nelle varie epoche e società.

Il questionario sull'Intersessualità/DSD, costruito appositamente per questo progetto di ricerca, ha dimostrato delle correlazioni solamente con la scala dell'Autoritarismo di destra e con la scala dell'Orientamento estrinseco. Questa correlazione emerge anche

nei risultati dell'analisi fattoriale delle componenti con le altre scale del protocollo. Queste correlazioni sono comprensibili seguendo il nuovo approccio delle Medical Humanities, che propone una nuova visione della medicina unendo anche gli apporti di altre discipline tipicamente umanistiche. In questo modo, gli studenti di medicina vengono formati ad assumere atteggiamenti più empatici, più interpretativi, ad avere un maggiore sviluppo e comprensione del sé e ad acquisire un senso etico e di responsabilità, per migliorare la relazione con il paziente e il contesto di cura nel suo insieme. Le correlazioni emerse in questo strumento possono essere lette nell'ottica di un miglioramento apportato da questo approccio, poiché sembrano aumentare l'interesse degli studenti verso gli aspetti più comunicativi e psicologici della relazione di cura, anche se resta comunque una certa tendenza a far prevalere l'idea del medico come figura austera ed autoritaria, ma non più completamente distaccata come in passato.

Le tre scale del "Questionario sulla religiosità", ossia la scala dell'Orientamento intrinseco, dell'Orientamento estrinseco e dell'Orientamento quest hanno riportato alcune correlazioni interessanti. Come abbiamo già avuto modo di spiegare, le scale dell'Orientamento intrinseco ed estrinseco correlano con tutte e quattro le scale del questionario "Atteggiamento ambivalente verso uomini e donne", ciò significa che le persone più religiose, intrinsecamente o estrinsecamente, tendono ad assumere comportamenti più sessisti nei confronti dei due generi, sostenendo quindi la classica divisione sessista dei compiti e delle abilità degli uomini e delle donne. La scala dell'Orientamento estrinseco correla a sua volta con il "questionario sull'Intersessualità/DSD" che, come abbiamo detto in precedenza, si può ricollegare ad un maggior apporto alla formazione medica fornito dall'approccio innovativo delle

Medical Humanities. Tutte e tre le scale sono positivamente correlate con le altre scale dello strumento, in particolare la scala dell'Orientamento quest che non presenta alcuna correlazione con le scale dei diversi strumenti del protocollo, ma si limita solamente alle correlazioni interne con le scale dell'Orientamento intrinseco ed estrinseco.

6.2 Conclusioni, limiti della ricerca e sviluppi futuri

Nel complesso, dai risultati della ricerca sono emersi molti dati significativi che hanno confermato la maggior parte delle ipotesi elaborate nel progetto iniziale. In primo luogo, si è riusciti ad indagare l'influenza di alcune variabili preconcette come l'autoritarismo, il sessismo e l'ambivalenza tra i generi e la religiosità su alcuni aspetti particolarmente rilevanti nei casi di intersessualità/DSD. In generale, si è potuto riscontrare che le stesse variabili socio-culturali prese in esame sembrano interagire fra di loro, specialmente l'autoritarismo con il sessismo tra i generi e quest'ultimo con le dimensioni legate alla religiosità. Invece il questionario sull'intersessualità/DSD ha dimostrato correlazioni molto significative solo con alcune di queste variabili, ossia con la scala dell'Autoritarismo di destra e con la scala dell'Orientamento estrinseco. Questi dati sono particolarmente interessanti perché sembrano dimostrare una nuova tendenza degli studenti di medicina ad interessarsi in misura maggiore alle componenti più comunicative ed umanistiche della relazione professionista-paziente grazie all'approccio innovativo delle Medical Humanities. Questa innovativa spinta fa ben sperare in un cambiamento delle relazioni di cura da parte dei professionisti medici del futuro.

Dall'analisi dei dati è stato anche possibile osservare che una differente definizione del fenomeno e, di conseguenza, un diverso approccio allo stesso poteva cambiare la percezione che i rispondenti avevano a riguardo. Da questi risultati abbiamo confermato

anche quanto era stato già osservato nello studio condotto da Streuli *et al.* (2013). Questo studio consisteva in dei focus group seguiti dalla somministrazione di due differenti video (uno medicalizzato e uno demedicalizzato) che venivano mostrati a degli studenti universitari di medicina a cui veniva chiesto di fingersi genitori di un bambino con caratteristiche sessuali ambigue. Lo scopo era quello di valutare se e come i "genitori" potessero prendere in considerazione il trattamento chirurgico precoce sui loro figli e come le informazioni fornite potessero cambiare la loro visione della realtà. Streuli *et al.* (2013) sostenevano che, come nel nostro progetto di ricerca, i genitori possono agire e decidere in maniera differente in base alla figura professionale e alle differenti informazioni che gli venivano fornite riguardo al loro bambino. In questo caso la differenza si basava sulle informazioni fornite da un endocrinologo, che utilizzava quindi termini medici e più patologizzanti, oppure le informazioni fornite da uno psicologo, composte da termini meno stigmatizzanti e da informazioni di supporto combinate a strategie di coping e di counseling. Si è potuto confermare che il parere dei professionisti è di fondamentale importanza al momento della decisione sul trattamento da utilizzare[36]. Queste conclusioni sono le stesse a cui si è pervenuti con i risultati della presente ricerca, poiché si è visto che una diversa definizione del fenomeno e delle differenti domande di ricerca hanno portato alcune differenze significative riguardo alla scelta del trattamento precoce e anche riguardo alle varie figure coinvolte nel trattamento di questi soggetti. Nello specifico, è emerso che le persone che partecipavano alla condizione medicalizzata tendono ad approvare un trattamento precoce per questi individui, mentre le persone che rientravano nella condizione più

[36] Infatti, dai risultati dello studio è emerso che la convinzione dei partecipanti riguardo alla decisione da prendere era significativamente associata al tipo di informazioni che gli erano state fornite nel video: quelli che avevano visionato il video medicalizzato erano più convinti nel decidere a favore della chirurgia, invece quelli informati dallo psicologo era contrari alla chirurgia precoce (Streuli *et al.*, 2013).

sociale (demedicalizzata) erano in misura maggiore contrari alla medicalizzazione. Questi risultati non presentano dei livelli di significatività troppo elevati, anche perché molti rispondenti non hanno saputo rispondere alla domanda e hanno deciso di rimanere neutrali. Questi risultati però necessitano di ulteriori analisi per poter essere confermati e quindi si auspica che in futuro vengano elaborate le risposte fornite dai soggetti in modo da poter comparare i risultati quantitativi con quelli qualitativi e pervenire ad una visione più approfondita di questi dati.

I risultati emersi dall'analisi dei dati sulle risposte al Test della virilizzazione di Prader sono significativi e hanno dimostrato delle correlazioni tra due immagini dello strumento e altre scale del protocollo e delle correlazioni, positive e negative, tra le sette immagini. Le immagini in questione rappresentano due delle cinque fasi che Prader ha associato all'ambiguità sessuale dei genitali nei bambini, e quindi possiamo annetterle nel vasto insieme di condizioni che rientrano sotto il fenomeno dell'Intersessualità/DSD. Questi risultati per il momento non sono del tutto esaustivi e facilmente interpretabili, nel futuro sarà quindi necessario confermare se i dati riscontrati nella presente ricerca si possono correlare alle risposte qualitative che hanno fornito i rispondenti nel protocollo. Si auspica che, dopo le opportune analisi qualitative, sia possibile interpretare in maniera più dettagliata e completa le correlazioni emerse in questa ricerca.

I dati emersi dall'analisi fattoriale e dalle correlazioni tra le varie scale degli strumenti presenti nel protocollo sembrano confermare una nuova tendenza da parte degli studenti di medicina verso le relazioni con i pazienti. Questi risultati sembrano ricollegarsi all'approccio delle Medical Humanities, grazie al quale gli individui che si occupano della formazione dei futuri medici e professionisti sanitari stanno tentando di aumentare

le abilità e le competenze mediche degli studenti unendole a competenze che derivano da scienze prettamente umanistiche, in modo da arricchirle con nuovi valori e capacità per migliorare la figura e la formazione del professionista medico-sanitario. Infatti, si è visto che i rispondenti al protocollo tendono a dare particolare importanza alla comunicazione tra professionista e paziente, alla comunicazione tra professionista e genitori di un paziente minorenne e al parere del paziente, che viene messo in primo piano nella relazione di cura di cui è il diretto interessato.

La presente ricerca presenta alcuni limiti. Principalmente, il campione composto da soli studenti universitari delle facoltà mediche e sanitarie italiane rappresenta un vincolo, perché si tratta di un campione che non è rappresentativo di un'intera popolazione o di una fascia definita di essa come potevano essere dei professionisti adeguatamente formati. Un altro limite riguarda i gruppi universitari esaminati, che si concentravano al Nord e al Centro Italia ma non erano esaustivi dell'area indagata. Questo limite è anche dovuto alla poca collaborazione degli amministratori dei gruppi del social network Facebook al momento della richiesta di partecipazione alla ricerca. La modalità di autosomministrazione via Facebook ha sicuramente ridotto il campione, poiché erano gli stessi soggetti a scegliere di unirsi al progetto di ricerca oppure no. Il protocollo, inoltre, era particolarmente lungo ed impegnativo e nelle domande aperte molti dei rispondenti hanno espresso questa nota negativa spiegando che molto spesso perdevano l'attenzione e non si focalizzavano a pieno su quanto veniva chiesto negli strumenti.

In conclusione, i risultati emersi dalla presente ricerca possono contribuire ad informare e sensibilizzare la società riguardo al fenomeno dell'Intersessualità/DSD, in modo da allontanarlo sempre di più da un'impostazione specificatamente medicalizzata e portandolo ad avvicinarsi a nuovi approcci più demedicalizzati che comportano

l’acquisizione di nuove abilità e competenze da parte degli studenti di medicina e delle professioni sanitarie. I risultati raccolti, infatti, fanno presupporre l’esistenza di una spinta di questi soggetti verso un nuovo approccio in cui oltre alle competenze mediche vengono inserite anche abilità e peculiarità tipiche di altre discipline e professionalità in modo da approdare ad una visione più incentrata sull’umanità e sull’empatia del medico professionista, tralasciando termini e trattamenti che la maggior parte delle volte si rivelano patologizzanti e stigmatizzanti.

CONCLUSIONI

Il lavoro di ricerca appena presentato si è focalizzato sul complesso fenomeno che è la percezione e il trattamento delle persone affette da condizioni intersessuali/DSD. Nelle società occidentali alle tematiche del sesso, della sessualità e del genere vengono quasi sempre collegati solamente due poli opposti tra loro: il polo maschile e il polo femminile. Gli individui che non rientrano in tale dicotomia sono quasi sempre stati considerati come "devianti" o "anormali", o in ogni caso come delle persone ambigue che in qualche modo è necessario correggere o contenere nel rigido dualismo approvato socialmente. Tali individui, non rientrando nei canoni socialmente consentiti, vengono situati in degli stadi intermedi che nel corso delle varie epoche storiche sono stati identificati con terminologie differenti e spesso stigmatizzanti. In generale, possiamo inserire queste differenti definizioni sotto il termine ombrello di "intersessualità". Questo termine è stato coniato per indicare una molteplicità di condizioni in cui si trovano gli individui che nascono con cromosomi sessuali, apparato genitale e/o caratteristiche sessuali secondarie che variano da ciò che viene comunemente considerato come maschile e femminile (Balocchi, 2010). Il fenomeno dell'intersessualità è sempre stato costantemente sottoposto ad un processo di invisibilizzazione, ossia nascosto alla maggior parte delle persone, proprio perché è in grado di mettere in discussione e di far "saltare" la struttura del discorso dominante della società sulle tematiche riguardanti la sfera sessuale degli individui.

Il fenomeno dell'intersessualità/DSD non può essere compreso senza prima focalizzarsi sugli aspetti basilari da cui prende forma. Per questo motivo il presente lavoro di ricerca si è inizialmente concentrato sul costrutto dell'identità sessuale e le sue quattro derivazioni, ossia il sesso biologico, l'identità di genere, il ruolo di genere e

l'orientamento sessuale. Grazie all'identità sessuale ogni individuo viene etichettato e mette in atto determinati atteggiamenti e stereotipi che si ricollegano al sesso a cui appartiene. Tali derivazioni però non sono in grado di comprendere al loro interno tutte le diverse sfaccettature di cui si compone l'identità sessuale. All'interno di queste molteplici sfumature troviamo le persone intersessuali. Anne Fausto-Sterling elaborò la teoria provocatoria della molteplicità dei sessi (1993), secondo la quale la nostra comprensione della sfera sessuale degli individui non si può fermare unicamente ai due sessi socialmente accettati, perché ci sono prove a favore del fatto che esistono addirittura cinque sessi, se non di più (Fausto-Sterling, 1993). Grazie al contributo di Ainsworth (2015) si è potuto confermare che la società moderna sta effettivamente iniziando a spostare l'attenzione verso un insieme più vasto di sessi, in cui prima o poi verrà riconosciuta una nuova prospettiva universale in cui la variazione di genere verrà considerata normale e non più patologica.

Nel corso dei secoli è cambiata la percezione delle società nei confronti di tale fenomeno. Lo stesso termine ermafroditismo, il più antico fra i termini utilizzati per descrivere questa condizione, ha cambiato definizione, passando da una concezione mitica nella cultura greca, alla non accettazione sociale degli individui intersessuali nell'Impero Romano e nel Medioevo per poi entrare di diritto a far parte anche del paradigma medico e giuridico. Fino al XVIII secolo nel mondo occidentale prevalse un modello monosessuale che sanciva la netta superiorità del sesso maschile rispetto a quello femminile, in quanto la concezione della donna era sempre basata su una netta inferiorità rispetto al "perfetto" uomo. Sul finire dell'età moderna si assiste ad un cambiamento di prospettiva, dove viene abbandonato il modello monosessuale in favore del modello basato sulla differenziazione sessuale, poiché gli studiosi avevano scoperto

che uomini e donne erano incommensurabilmente differenti (Laqueur, 1992). Un altro aspetto di primaria importanza riguarda un crescente interesse della pratica medica verso le condizioni intersessuali, dovuto soprattutto allo spostamento di attenzione nei confronti degli aspetti interni che determinano la differenziazione tra i due sessi, tralasciando l'aspetto esterno del corpo (genitali esterni e comportamento) che fino a quel momento era considerato l'unico fattore determinante.

Dall'inizio del XX secolo tale fenomeno viene completamente assorbito dalla disciplina medica, sancendo il principio dell'era della "medicalizzazione", dove il ruolo dei medici aveva assunto un'importanza fondamentale nella classificazione e normalizzazione dei corpi atipici. In questo senso, quindi, viene abbandonata la concezione mostruosa e deviante degli intersessuali in favore di una nuova concezione in cui l'ambiguità diventa una patologia che è possibile curare solamente tramite la chirurgia e i trattamenti ormonali. Nel periodo interventista il modello per eccellenza era quello elaborato da John Money negli anni '50. Questo crescente interesse della medicina verso le ambiguità sessuali ha comportato un cambiamento sostanziale nei confronti del fenomeno. In primo luogo si assiste all'abbandono del termine "ermafroditismo" per approdare inizialmente alla nuova definizione di "intersessualità" nel 1917, unico termine che verrà utilizzato fino al 2006, quando viene coniata anche la definizione medica di DSD (Disorders of Sex Development). Queste variazioni nella terminologia riflettono il modo in cui i fattori biologici e sociali del corpo sessuato concorrono nel tempo a distinguere il "patologico" dal "normale". Ma, qualunque sia il termine utilizzato, le condizioni intersessuali sono sempre state considerate come un fenomeno da risolvere o curare.

Dagli anni ’90 iniziarono però a farsi sentire molti intersessuali medicalizzati in età precoce e altri attivisti e intellettuali per svelare tutto ciò che non era andato a buon fine nelle pratiche di normalizzazione e per chiedere dei cambiamenti concreti nel trattamento delle condizioni intersessuali. Tali cambiamenti hanno portato allo sviluppo di nuove linee guida e proposte per superare le vecchie definizioni, tra cui il Consensus Statement tenutosi a Chicago nel 2006 che ha portato alla nuova terminologia DSD per indicare il fenomeno e anche in Italia nel 2010 viene elaborato il parere del Comitato Nazionale di Bioetica per regolamentare le condizioni di ambiguità sessuale.

La presente ricerca aveva lo scopo di indagare la percezione e il trattamento dei soggetti intersessuali da parte di studenti italiani iscritti a facoltà mediche e sanitarie. Il progetto di ricerca consisteva nella somministrazione di un protocollo appositamente costruito che indagasse alcune questioni rilevanti riguardo al fenomeno e allo stesso tempo confrontasse se la presenza di categorie preconcette, ossia l’autoritarismo (Right-Wing Authoritarianism Scale- RWA, Altemeyer), il sessismo tra i generi (L’atteggiamento ambivalente verso donne e uomini, Glick e Fiske) e la religiosità (Il questionario sulla religiosità RLOS, Voci), potessero in qualche modo influenzare le prese di decisione dei rispondenti nei casi di intersessualità/DSD. Inoltre, il protocollo è stato diviso in due diverse condizioni che si differenziavano per la definizione data al fenomeno all’interno del questionario: la condizione DSD conteneva la definizione medicalizzata elaborata nel Consensus Statement di Chicago (Lee et a., 2006) e la seconda condizione la definizione più sociale di intersessualità (EuroPSI, www.europsi.org).

Le risposte raccolte dalla somministrazione del protocollo sono state analizzate tramite il software statistico SPSS (Statistical Package for Social Science). Dall’analisi dei dati sono emersi numerosi risultati significativi, che nel complesso hanno confermato gli

obiettivi e le ipotesi elaborate per il presente progetto di ricerca. In primo luogo, si voleva indagare l'influenza di alcune variabili preconcette, rappresentate dai costrutti misurati nei questionari, su alcuni aspetti particolarmente rilevanti nei casi di intersessualità/DSD. In generale si è potuto riscontrare che le stesse variabili socio-culturali esaminate correlano tra di loro, specialmente l'autoritarismo con l'atteggiamento ambivalente tra i generi e quest'ultimo con le dimensioni legate alla religiosità. Il questionario costruito appositamente per la ricerca, chiamato "Il questionario sull'intersessualità/DSD", ha dimostrato correlazioni significative solo con alcune di queste variabili, ossia con la scala di Autoritarismo di destra e la scala dell'Orientamento estrinseco. Questi risultati sembrano ricollegarsi ad un approccio molto innovativo utilizzato dagli anni Sessanta in poi nell'ambito della formazione medica, ossia l'approccio delle Medical Humanities. Questa innovazione consiste nel fornire agli studenti di medicina più abilità e capacità che derivano non solo dalla disciplina di loro interesse, ma anche da altre discipline prettamente umanistiche. In questo modo, viene data maggiore importanza alle componenti più comunicative e umanistiche collegate alla relazione medico-paziente. Questa innovativa spinta, che si può riscontrare in altri risultati significativi della presente ricerca, fa quindi ben sperare in un cambiamento delle relazioni di cura da parte dei futuri medici, che si spera diventeranno più improntate all'empatia e al rispetto dell'altro.

Dall'analisi dei dati si è scoperto che fornire una differente domanda di ricerca e quindi una diversa definizione del fenomeno studiato può cambiare la percezione data al fenomeno stesso e al suo trattamento. Questi risultati confermano anche quanto era già emerso nell'importante studio condotto da Streuli *et al.* nel 2013. In sintesi, dalla nostra ricerca è emerso che le persone partecipanti alla condizione medicalizzata tendevano in

misura maggiore ad approvare il trattamento precoce per gli individui intersessuali, mentre le persone che rientravano nella condizione demedicalizzata erano più contrari alla medicalizzazione. Ma, dato che una percentuale alta di rispondenti ha fornito una risposta neutrale, si auspica che in futuro vengano svolte ulteriori analisi per avere una visione più approfondita dei dati emersi dalla presente ricerca in modo da confermare quanto si è ipotizzato fino a questo momento.

Anche dall'analisi delle risposte al test della virilizzazione di Prader è emerso che due delle cinque immagini, considerate dall'autore come rappresentazioni di genitali ambigui infantili, presentano una correlazione con altre scale del protocollo e anche differenti correlazioni interne allo strumento. Questi dati non sono facilmente interpretabili, e anche in questo caso, si spera che in futuro si possa incrociare tali correlazioni con le risposte qualitative date dai rispondenti al protocollo, in modo da pervenire a risultati più approfonditi e completi.

Le correlazioni tra le varie scale presenti nel protocollo e i dati dell'analisi fattoriale sembrano confermare una nuova tendenza degli studenti di medicina a dare una maggiore importanza alle relazioni comunicative e al rapporto con i pazienti. Anche questi risultati sembrano ricollegarsi all'approccio delle Medical Humanities, grazie al quale viene data una maggiore importanza nei percorsi di studi dei futuri medici all'unione delle competenze mediche con le abilità e competenze che derivano da scienze prettamente umanistiche, in modo da arricchirle di nuovi valori e capacità per migliorare la figura del professionista medico-sanitario.

In conclusione, anche se l'impostazione della presente ricerca non era orientata a isolare e identificare dei fattori particolari, i risultati emersi dalla somministrazione del protocollo appositamente elaborato possono contribuire a informare, o almeno

sensibilizzare, la società riguardo ad un fenomeno così delicato come può essere l'intersessualità/DSD. Uno degli obiettivi della ricerca era comprendere la percezione e gli atteggiamenti che potevano avere gli studenti di facoltà mediche e sanitarie trovandosi a contatto con delle condizioni di questo tipo, partendo dal presupposto che il fenomeno studiato da molto tempo è di dominio praticamente esclusivo della medicina e, di conseguenza, i trattamenti e le relazioni con i pazienti e i genitori sono sempre stati affiancati ad una pratica strettamente medicalizzata improntata alla normalizzazione e alla "cura" dei soggetti intersessuali. Le linee guida e le raccomandazioni attualmente utilizzati nei casi di DSD hanno mostrato un cambiamento di paradigma da un approccio medicalizzato ad uno maggiormente demedicalizzato che include anche professionalità non mediche nei team multidisciplinari, come ad esempio psicologi, assistenti sociali e gruppi di sostegno che sono portatori di punti di vista differenti rispetto alla normale visione prettamente medica che ha sempre predominato in questo campo. Gli stessi risultati raccolti dalla presente ricerca fanno a loro volta presupporre in una spinta dei futuri medici verso un approccio che si discosta sempre di più da una visione completamente medicalizzata verso una maggiormente demedicalizzata, in cui oltre alle competenze mediche vengono inserite anche abilità e peculiarità tipiche di altre discipline e professionalità in modo da approdare ad una visione più incentrata sull'umanità e sull'empatia del medico professionista, tralasciando termini e trattamenti che la maggior parte delle volte si rivelano patologizzanti e stigmatizzanti. In questo senso, però, sembra necessario continuare ad incrementare e auspicare in una maggiore divulgazione degli aspetti psicologici e sociali che di diritto fanno parte del fenomeno dell'intersessualità, in modo da istruire i futuri medici ad un approccio realmente più centrato sul paziente e sugli aspetti

demedicalizzati e non solo in termini prettamente medicalizzati. Alcuni dei risultati emersi dalla presente ricerca confermano infatti questa nuova tendenza da parte dei futuri medici di dare una maggiore attenzione ed importanza agli aspetti comunicativi e al paziente stesso, in modo da allontanarsi sempre di più dall'idea distaccata e fredda del medico per approdare ad una nuova visione più incentrata sull'umanità del professionista e delle sue competenze.

RINGRAZIAMENTI

Voglio ringraziare mamma, papà e Gaghu che fino alla fine ce l'hanno messa tutta per comprendere questo fenomeno così delicato e, nonostante siano ancora pieni di dubbi, mi sono sempre stati vicini e sono riusciti ad aiutarmi e sostenermi in questo lungo percorso.

Grazie a Nicola che, a modo suo, mi ha sempre spronato e aiutato a non abbattermi, anche quando credevo di avere a che fare con cose ben più grandi di me.

Grazie a Marta che è stata la mia ancora di salvezza in questo lungo viaggio, senza di lei questo lavoro non sarebbe stata la stessa cosa.

Grazie ai miei amici, ma soprattutto a Giada, Giulia, Mary, Giulia, Michela, Melissa, Alice e Sara che mi hanno soprattutto sopportato ma anche supportato con i loro consigli e la loro pazienza, spesso restando ad ascoltare i miei lunghi e noiosi monologhi sull'intersessualità.

Grazie a Giulia Baffi, che mi ha aiutato a credere in me stessa e nelle mie potenzialità.

E, infine, grazie a mia nonna Gina. Purtroppo non è qui con me ma, a suo modo, sicuramente sarebbe stata orgogliosa del mio lavoro e del traguardo che ho raggiunto. Questo lavoro è un po' anche suo.

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

Adorno, T., W., Frenkel-Brunswik, E., Levinson, D., J., e Sanford, R., N. (1950). The authoritarian personality. *New York: Harper.*

Aiello, A., Chirumbolo, A., e Leone L. (2003). La scala di autoritarismo di destra (Altemeyer, 1998): uno studio di adattamento e validazione. 73-91.

Ainsworth, C. (2015) Sex redefined. *Nature, 518*, 288-291.

Allport, G., W., e Ross, M., J. (1967). Personal religious orientation and prejudice. *Harvard University. Journal of personality and social psychology, 5, 4,* 432-443.

Altemeyer, B. (1981). Right-wing authoritarianism. *Winnipeg: University of Manitoba Press.*

Altemeyer, B. (1996). The authoritarian specter. *Cambridge: Harvard University Press,* 374.

American Psychiatric Association. (2014). Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. *Raffaello Cortina, Milano.*

Ansara, Y., G., L. (2013). Cisgenderism: a bricolage approach to studying the ideology that delegitimizes people's own designations of their genders and bodies. *Doctor of Philosophy, School of Psychology, University of Surrey,* 106-164.

Auricchio, M. (2009). Pensare in gruppo il genere: un approccio interdisciplinare ai Disordini della Differenziazione Sessuale. *Tesi di Dottorato in Studi di Genere, Università degli Studi di Napoli Federico II,* 7-26.

Balocchi, M. (2010). L'invisibilizzazione dell'intersessualità in Italia. *Paper per il Convegno "Lo spazio della differenza, Università Milano-Bicocca, Milano (20-21 ottobre)".*

Balocchi, M. (2012). Intersex. Dall'ermafroditismo ai "disturbi dello sviluppo sessuale". *Zapruder. Il nome della cosa. Classificare, schedare, discriminare, 29,* 76-84.

Balocchi, M. (2014). The medicalization of intersexuality and the sex/gender binary system: a look on the Italian case. *LES Online, 6, 1,* 65-78.

Batson, C., D., e Ventis, W., L. (1982). The religious experience: A social-psychological perspective. *New York: Oxford University Press.*

Batson, C., D., Schoenrade, P., A., e Ventis, W., L. (1993). Religion and the individual: a social-psychological perspective. *New York: Oxford University Press.*

Borris, K. (2004). Same-sex desire in early renaissance: a source- book of texts, 1470-1650. *Routledge, New York and London.*

Bosetti, G., L., Voci, A., e Pagotto, L. (2011). Religiosity, the sinner, and the sin: Different patterns of prejudice toward homosexuals and homosexuality. *Università di Padova, TPM, 18, 3, Special Issue, 157-170.*

Braida, N. (2011). Essere donne, essere uomini. Percezione e trattamento della variabilità sessuale tra realtà biologica e costruzione culturale. *Tesi di laurea, Interfacoltà di Sociologia, Università degli studi di Torino.*

Calleja-Agius, J., Mallia, P., Sapiano, K., e Schembri-Wismayer, P. (2012). A review of the management of intersex. *Neonatal Network, 31, 2,* 97-103.

Comitato Nazionale per la Bioetica (CNB). (2010). I disturbi della differenziazione sessuale nei minori: aspetti bioetici. *Presidenza del Consiglio dei Ministri.*

Connell, R., W. (2006). Questioni di genere. *Il Mulino*, 38.

Crocetti, D. (2010). Medicalizing gender: from intersex to DSD, from the laboratory to patient groups. *Tesi di Dottorato in Science, Technology, and Humanities, Università degli Studi di Bologna.*

Crocetti, D. (2013). L'Invisibile intersex. Storie di corpi medicalizzati. In collaborazione con AISIA e Nadia Longo. *Edizioni ETS.*

Diamond, M. (1997). Sexual identity and sexual orientation in children with traumatized or ambiguous genitalia. *The Journal of Sex Research (Taylor & Francis, Ltd.), 34, 2,* 199-211.

Diamond, M., e Sigmundson, H., K. (1997). Management of intersexuality: guidelines for dealing with individuals with ambiguous genitalia. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine, 151,* 1046-1050.

Dreger, A. (1998). Ambiguous sex – or ambivalent medicine? Ethical issues in the treatment of intersexuality. *The Hastings Center Report, 28, 3,* 24-35.

Dreger, A., Chase, C., Sousa, A., Gruppuso, P., A., e Frader, J. (2005). Changing the nomenclature/taxonomy of intersex: a scientific and clinical rationale. *Journal of Pediatric Endocrinology and Metabolism, 18,* 729-733.

Enciclopedia Treccani. (2010). Dizionario di Medicina.

Evans, H., M, Macnaughton, J. (2004). Should medical humanities be a multidisciplinary or an interdisciplinary study? *Journal of medical ethics: Medical humanities*, 1-4.

Fausto-Sterling, A. (1993). The five sexes: why male and female are not enough. *The Sciences*, 20-24.

Fausto-Sterling, A. (2000). Sexing the body: gender politics and the construction of sexuality. *Basic Books, New York.*

Fausto-Sterling, A., (2006). Cuerpos sexuados. La politica de género y la construccion de la sexualidad. *Melusina.*

Feder, E., K. (2014). Making sense of intersex. Changing ethical perspectives in biomedicine. *Indiana University Press.*

Foucault, M. (2000). Gli anormali: corso al Collège de France, 1974-1975. *Feltrinelli, Milano, titolo originale: Les anormaux: cours au Collège de France (1974-1975) (1999).*

Frimberger, D., e Gearhart, J., P. (2005). Ambiguous genitalia and intersex. *Urologia Internationalis, 75,* 291-297.

Glick, P., e Fiske, S. (1997). Hostile and benevolent sexism. Measuring ambivalent sexist attitudes toward women. *Psychology of Women Quarterly, 21, 1,* 119-135.

Glick, P., Fiske, S., T., Mladinic, A., Saiz, J., L., Abrams, D., *et al.* (2000). Beyond prejudice as simple antipathy: hostile and benevolent sexism across cultures. *Journal of Personality and Social Psychology, 79, 5,* 763-775.

Grant, V., J. (2002). Making room for medical humanities. *Journal of medical ethics: Medical humanities, 28,* 45-48.

Greaves, D., e Evans, M. (2000). Medical Humanities. *Journal of medical ethics: Medical humanities, Centre for Philosophy and Health Care, University of Wales Swansea, 26,* 1-2.

Haas, K. (2004). Who will make room for the intersexed? *American journal of law and medicine, 1,* 41-68.

Holdcroft, B. (2006). What is religiosity? *The University of Toledo, Catholic Education: A Journal of Inquiry and Practice, 10, 1,* 89-103.

Holmes, M. (2002). Rethinking the meaning and management of intersexuality. *Sexualities (Sage Publication, Inc.), 5, 2,* 159-180.

Jost, J., T., e Kay, A., C. (2003). Exposure to benevolent sexism and complementary gender stereotypes: Consequences for specific and diffuse forms of system justification. *Stanford GSB Research Paper, 1789.*

Karkazis, K. (2008). Fixing sex. Intersex, medical authority and lived experience. *Duke University Press.*

Kessler, J., S. (1996). La costruzione medica del genere: il caso dei bambini intersessuati. *A cura di Piccone S., Saraceno C., "Genere. La costruzione sociale del femminile e del maschile". Il Mulino, Bologna,* 95-117.

Koyama, E., e Weasel, L. (2008). From social construction to social justice: transforming how we teach about intersexuality. *Women Studies Quarterly,* 1-10.

Kraus, C. (2015). Classifying intersex in DSM-5: critical reflections on gender dysphoria. *Springer, 44,* 1147-1163.

Laqueur, T. (1992). L'identità sessuale dai Greci a Freud. *Editori Laterza, Roma-Bari.*

Laythe, B., Finkel, D., e Kirkpatrick, L., A. (1999). Predicting prejudice from religious fundamentalism and right-wing authoritarianism: a multiple-regression approach. *Journal for the scientific study of religion,* 1-10.

Lee, P., A., Hughes, I., A., Houk, C., Ahmed, S., F., *et al.* (2006). Consensus Statement on Management of Intersex Disorder. *Lawson Wilkins Pediatric Endocrine Society (LWPES)/ European Society for Paediatric Endocrinology (ESPE) Consensus Group, Pediatrics, 118, 2,* 488-500.

Liao, L., Wood, D., e Creighton, S., M. (2015). Parental choice on normalizing cosmetic genital surgery. Between a rock and a hard place. *BMJ, University College London Hospitals, London, UK.*

Machado, P., S., Brandelli Costa, A., Nardi, H., C., Vaitses Fontanari, A., M., Araujo, I., R., e Knauth, D., R. (2015). Follow-up of psychological outcomes of interventions in patients diagnosed with disorders of sexual development: A systematic review. *Journal of Health Psychology,* 1 –12.

Macnaughton, J. (2000). The humanities in medical education: context, outcomes and structures. *Journal of medical ethics: Medical humanities, University of Durham, Durham, 26,* 23-30.

Manganelli Rattazzi, A., M., Volpato, C., e Canova, L. (2008). L'atteggiamento ambivalente verso donne e uomini. Un contributo alla validazione delle scale ASI e AMI. *Giornale Italiano di Psicologia/ a. XXXV, 1,* 261-287.

Marchetti, V. (2001). L'invenzione della bisessualità: discussioni tra teologi, medici e giuristi del XVII secolo sull'ambiguità dei corpi e delle anime. *Paravia Bruno Mondadori Editori, Milano.*

Marchetti, V. a cura di (1988). L'ermafrodito di Rouen: una storia medico-legale del XVII secolo. *Marsilio Editori, Venezia.*

Money, J. (1952). Hermaphroditism: an inquiry into the nature of a human paradox. *Tesi di Dottorato, Harvard University.*

Money, J., e Tucker, P. (1975). Sexual signatures on being a man or a woman. *Little Brown and Co.*

Money, J., Hampson, J., G., e Hampson, J., L. (1955). Hermaphroditism: recommendations concerning assignment of sex, change of sex, and psychological management. *Bulletin of the John Hopkins Hospital, 97,* 284-300.

Morland, I. (a cura di) (2009). Intersex and after. GLQ: *A Journal of Lesbian and Gay Studies, 15, 2.*

Moscardino, U., e Axia, G. (2001). Psicologia, cultura e sviluppo umano. *Carocci Editore.*

Ovidio (2005). Le metamorfosi, III e IV. *UTET.*

Panzeri, M. (2013). Psicologia della sessualità. *Il Mulino.*

Platone (1987). Simposio. Apologia di Socrate, Critone, Fedone. *Mondadori.*

Diodoro Siculo (1986). Biblioteca storica. *IV, 4.6.5, Sellerio.*

Plinio (1997). Storia naturale. *VII, 4.36, Einaudi.*

Preves, S. (2003). Intersex and identity: the contested self.

Reis, E. (2009). Bodies in doubt. *John Hopkins University Press, Baltimore.*

Rubin, G. (1975). The traffic in women. *Toward an Antrophology of Women.*

Schettini, L. (2012). Un sesso che non è un sesso: medicina, ermafroditismo e intersessualità in Italia tra Otto e Novecento. *Genesis- Rivista della società italiana delle storiche, XI, 1-2,* 19-40.

Scott, J., W. (2010). Gender: still a useful category of historical analysis? *Diogenes, 57, 1,* 7-14.

Sippell, W.G. (2011). ESPE – The first 50 years: A history of the European Society for Paediatric Endocrinology. *S Karger AG,* 101.

Stoller, R. (1968). Sex and gender. *New York, Science House, 1.*

Streuli, J. C., Vayena, E., Cavicchia-Balmer, Y., e Huber, J. (2013). Shaping parents: impact of contrasting professional counseling on parents. Decision making for children with Disorders of Sex Development. *International Society for Sexual Medicine.*

Talò, C. (2010). L'autoritarismo come difesa della percezione di perdita dei confini della propria comunità. *Psychofenia, anno XIII, 23.*

Taurino, A. (2005). Psicologia della differenza di genere. *Carocci, Roma.*

Warne, G., L. e Raza, J. (2008). Disorders of sex development (DSDs), their presentation and management in different cultures. *Springer, Reviews in Endocrine and Metabolic Disorders, 9, 3,* 227-236.

World Health Organisation (WHO), OHCHR, UN Women, UNAIDS, UNDP, UNFPA, UNICEF. (2014). Eliminating forced, coercive and otherwise involuntary sterilization. An interagency statement.

SITOGRAFIA

http://www.arcodigiano.org/medical-humanities L'Arco di Giano- Rivista di Medical Humanities

http://www.aisia.org Associazione Italiana Sindrome Insensibilità agli Androgeni

http://www.europsi.org European Network for Psychosocial Studies in Intersex/DSD

http://www.interfaceproject.org

http://www.intersexioni.it

http://www.isna.org Intersex Society of North America

http://www.oiiinterational.com Organization Intersex International

ALLEGATO 1. SVILUPPO SESSUALE E VARIABILI SOCIO-CULTURALI

Gentile Partecipante,

La sottoscritta Chiara Turcati, prima di svolgere la seguente ricerca, in qualità di laureando con la Professoressa Ines Testoni presso il Corso di Laurea Magistrale in "Psicologia Clinico-Dinamica" presso la Scuola di Psicologia dell'Università degli Studi di Padova, informa di quanto segue:

1) La prestazione che ci si appresta ad eseguire consiste in questionari composti da domande chiuse e aperte finalizzati ad un'indagine di ricerca per il lavoro di tesi della sottoscritta;

2) Ai sensi dell'art.1 della legge 56/89, i questionari verranno utilizzati per fini esclusivamente conoscitivi e di ricerca;

3) Il partecipante potrà in qualsiasi momento interrompere il completamento dei questionari. La compilazione durerà circa 35 minuti.

La ricerca si atterrà al rispetto del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani e al segreto professionale.

La presente indagine si inserisce all'interno di un progetto di ricerca condotto dalla Dottoressa Marta Prandelli, dottoranda presso l'Universitá degli Studi di Padova, sotto la supervisione dei Professori Ines Testoni (Università degli Studi di Padova) e Peter Hegarty (University of Surrey, Regno Unito).

I questionari sono atti ad indagare la percezione degli studenti universitari riguardo alle problematiche relative allo sviluppo sessuale e ad alcune questioni sociali.

Non ci sono risposte "giuste" o "sbagliate", ciò che più importa è il punto di vista personale rispetto alle tematiche proposte.

Le informazioni rilevate saranno utilizzate esclusivamente in forma aggregata a fini statistici e per scopi di ricerca. I dati sensibili saranno trattati ai sensi del D.Lgs. 196/03 in forma anonima: nessun ricercatore o terze parti potranno risalire all'identità dei partecipanti.

I partecipanti possono ritirarsi dalla ricerca in qualsiasi momento e per qualsiasi motivo semplicemente non portando a termine il compito. Il presente consenso puó essere revocato senza fornire motivazione, senza penalizzazione e ottenendo il non utilizzo dei dati.

Per qualsiasi domanda o richiesta di chiarimenti in relazione ai questionari si rivolga pure a Marta Prandelli (marta.prandelli@gmail.com) oppure a Chiara Turcati (turcatichiara@gmail.com).

Grazie per la collaborazione!

INFORMAZIONI SOCIO-DEMOGRAFICHE

Sesso

- M
- F

Età _____

Città di nascita _____

A quale Università sei iscritto/a? _____

A quale Corso di Studi sei iscritto/a? _____

A quale anno sei iscritto/a? _____

QUESTIONARIO 1

Questa affermazioni vogliono indagare la tua opinione riguardo ad alcune questioni sociali. Probabilmente ti troverai d'accordo con alcune delle dichiarazioni e totalmente in disaccordo con altre, in varia misura. Indica la tua reazione a ogni affermazione secondo la seguente scala: 1= Sono totalmente in disaccordo; 2= Sono fortemente in disaccordo; 3= Sono moderatamente in disaccordo; 4= Sono leggermente in disaccordo; 5= Mi sento esattamente e precisamente neutro; 6= Sono leggermente d'accordo; 7= Sono moderatamente d'accordo; 8= Sono fortemente d'accordo; 9= Sono totalmente d'accordo. Importante: A volte è possibile avere reazioni differenti alle diverse parti di una dichiarazione. Ad esempio, si potrebbe essere totalmente in disaccordo ("1") con un'idea espressa in una affermazione, ma sentirsi anche leggermente d'accordo ("6") con un'altra idea dello stesso elemento. Quando questo accade, combina le tue reazioni e come ti senti in equilibrio (un "3" in questo caso).

1. In ultima analisi, le istituzioni consolidate, come la famiglia e lo Stato, di solito sono nel giusto e tutti quelli che protestano nei loro confronti non sanno ciò che dicono.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
2. E' giusto che le donne debbano promettere fedeltà e obbedienza ai loro mariti quando si sposano.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
3. Il nostro Paese ha disperatamente bisogno di un forte leader che faccia ciò che deve essere fatto per ostacolare questa nuova e crescente via e questa immoralità che ci sta rovinando.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
4. Non c'è niente di immorale o di morboso nell'essere omosessuale.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
5. E' sempre meglio fidarsi del giudizio delle Autorità competenti in materia di politica e religione, piuttosto che prestare ascolto ai chiassosi demagoghi che nella nostra società cercano di creare dubbi nelle certezze delle persone.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
6. Gli atei e tutti coloro che si ribellano alla religione ufficiale sono senza dubbio persone brave ed oneste quanto quelle che frequentano regolarmente la Chiesa.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
7. Mettere un leader rigoroso al potere e far tacere gli agitatori politici che seminano cattive idee è il solo modo in cui il nostro Paese può superare la crisi che ha davanti e tornare ai valori tradizionali.	1	2	3	4	5	6	7	8	9

8. Non c'è assolutamente niente di immorale nel frequentare campi per nudisti.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
9. Il nostro Paese ha molto bisogno di liberi pensatori che abbiano il coraggio di sfidare i valori tradizionali, anche se questo irrita molta gente.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
10. Il nostro Paese sarà distrutto un giorno o l'altro, se non sconfiggeremo il dilagare di tanti comportamenti perversi che stanno corrodendo i nostri valori e la nostra morale.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
11. Purché non danneggi gli altri, ognuno ha diritto al proprio stile di vita, alle proprie credenze religiose ed alle proprie credenze sessuali.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
12. Stili di vita tradizionali e valori "vecchio stampo" continuano a rivelarsi, in definitiva, il miglior modo per vivere.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
13. Bisogna avere ammirazione per coloro che hanno osato sfidare la legge e l'opinione della maggioranza, protestando per il diritto all'aborto.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
14. Ciò di cui il nostro Paese ha realmente bisogno è un leader forte e determinato che reprima il male e ci porti sulla giusta via.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
15. In definitiva le persone migliori nel nostro Paese sono quelle che sfidano lo Stato, criticano la religione e non si conformano al modo convenzionale di agire.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
16. I dettami della Chiesa in materia di aborto, pornografia e matrimonio devono essere rigorosamente seguiti prima che sia troppo tardi: quelli che li infrangono, infatti, devono essere puniti severamente.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
17. Sarebbe meglio per tutti se le Autorità ufficiali censurassero certe riviste ed alcuni film per tenere lontani i giovani da materiale di infima qualità.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
18. Non c'è niente di male ad avere rapporti sessuali prematrimoniali.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
19. Il nostro sarebbe un grande Paese se seguissimo le abitudini dei nostri avi, facessimo ciò che le istituzioni ci chiedono e ci liberassimo di tutte quelle "mele marce" che rovinano ogni cosa.	1	2	3	4	5	6	7	8	9

20. Non esiste un solo modo corretto di condurre la propria vita: è giusto che ognuno sia artefice della propria.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
21. Gli omosessuali, in definitiva, dovrebbero essere elogiati, poiché sono abbastanza coraggiosi da sfidare i valori familiari tradizionali.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
22. Questo Paese potrebbe lavorare molto meglio se certi gruppi di fomentatori finalmente tacessero e accettassero il posto che la società ha riservato loro.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
23. Oggi ci sono molti estremisti, persone immorali, che stanno provando a rovinare il nostro Paese per i loro interessi e che l'Autorità dovrebbe mettere fuori causa.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
24. Sarebbe meglio se la gente rivolgesse meno attenzione a quanto la Chiesa Cattolica ci propone in tema di moralità e sviluppasse invece i propri principi morali.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
25. Ciò di cui il nostro Paese ha bisogno è di maggiore disciplina per seguire compatti i nostri leader.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
26. E' meglio, in definitiva, avere giornali da spazzatura piuttosto che uno Stato forte con l'assoluto potere di censurarli e reprimerli.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
27. Gli episodi di criminalità, di immoralità sessuale, nonché recenti episodi di disordine pubblico, mostrano che si deve intervenire più duramente sui gruppi devianti e sui provocatori, se si vogliono preservare i principi morali e salvaguardare la legge e l'ordine.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
28. Molte delle nostre convenzioni sul comportamento sessuale sono solo delle consuetudini né migliori né moralmente più sane di quelle seguite da altre persone.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
29. La situazione generale nel nostro Paese sta diventando così pericolosa e seria che metodi più forti sarebbero più giustificati se riuscissero ad eliminare gli agitatori politici riportandoli sulla "retta via".	1	2	3	4	5	6	7	8	9
30. Ogni donna dovrebbe scegliere il proprio ruolo all'interno della società: i giorni in cui le donne erano sottomesse ai loro mariti appartengono decisamente al passato.	1	2	3	4	5	6	7	8	9

31. E' stupefacente che i giovani d'oggi abbiano questa libertà di protestare contro ciò che a loro non piace e di fare, tutto sommato, ciò che essi realmente desiderano.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
32. Una volta che i leader politici e le Autorità identificano gli elementi pericolosi per la nostra società, è dovere di ogni cittadino dotato di amor patrio contribuire a soffocare il marciume che avvelena il nostro Paese.	1	2	3	4	5	6	7	8	9

QUESTIONARIO 2

Per ogni item è invitato ad esprimere il suo accordo o disaccordo su una scala di sei punti, in cui 0 indica "fortemente in disaccordo" e 5 indica "fortemente in accordo".

1. Per quanto realizzato sia, un uomo non è mai veramente completo come persona se non ha l'amore di una donna.	0	1	2	3	4	5
2. Molte donne, sotto la veste dell'uguaglianza, cercano in realtà favoritismi, come per esempio politiche di assunzione che le favoriscano rispetto agli uomini.	0	1	2	3	4	5
3. Nelle calamità le donne dovrebbero essere salvate prima degli uomini.	0	1	2	3	4	5
4. Molte donne interpretano osservazioni o atti innocui come maschilisti.	0	1	2	3	4	5
5. Le donne si offendono troppo facilmente.	0	1	2	3	4	5
6. La gente non è realmente felice nella vita se non è coinvolta sentimentalmente con una persona dell'altro sesso.	0	1	2	3	4	5
7. Quello che le femministe vogliono veramente è che le donne abbiano più potere degli uomini.	0	1	2	3	4	5
8. Molte donne hanno una qualità di purezza che pochi uomini posseggono.	0	1	2	3	4	5
9. Le donne dovrebbero essere coccolate e protette dagli uomini.	0	1	2	3	4	5
10. La maggior parte delle donne non apprezza appieno quanto gli uomini fanno per loro.	0	1	2	3	4	5
11. Le donne cercano di acquisire potere tenendo a freno gli uomini.	0	1	2	3	4	5
12. Ogni uomo dovrebbe avere una donna da adorare.	0	1	2	3	4	5
13. Gli uomini sono incompleti senza le donne.	0	1	2	3	4	5
14. Le donne tendono a ingigantire i problemi che hanno sul lavoro.	0	1	2	3	4	5
15. Quando una donna ha indotto un uomo a dichiararsi, generalmente cerca di mettergli il guinzaglio.	0	1	2	3	4	5

16. E' tipico delle donne lamentarsi di essere state discriminate, quando perdono in una competizione corretta con gli uomini.	0	1	2	3	4	5
17. Una donna di qualità dovrebbe essere tenuta su un piedistallo dal suo uomo.	0	1	2	3	4	5
18. Ci sono molte donne che provano piacere a provocare gli uomini mostrandosi sessualmente disponibili e rifiutando poi i loro approcci.	0	1	2	3	4	5
19. Le donne tendono ad avere una maggiore sensibilità morale rispetto agli uomini.	0	1	2	3	4	5
20. Per mantenere economicamente le loro donne, gli uomini dovrebbero essere disposti a sacrificare il proprio benessere.	0	1	2	3	4	5
21. Le femministe pretendono dagli uomini cose irragionevoli.	0	1	2	3	4	5
22. In confronto agli uomini, le donne tendono ad avere un senso della cultura più raffinato e maggiore buon gusto.	0	1	2	3	4	5

Per ogni item, è invitato a esprimere il suo accordo o disaccordo su una scala di sei punti, in cui 0 indica "fortemente in disaccordo" e 5 indica "fortemente in accordo".

1. Anche se entrambi i membri di una coppia lavorano, la donna dovrebbe essere attenta a prendersi cura del proprio uomo a casa.	0	1	2	3	4	5
2. E' tipico di un uomo che è sessualmente attratto da una donna non avere remore nel fare qualsiasi cosa per portarla a letto.	0	1	2	3	4	5
3. Nelle emergenze, rispetto alle donne, è meno probabile che gli uomini crollino.	0	1	2	3	4	5
4. Quando gli uomini si danno da fare per "aiutare" le donne, spesso tentano di dimostrare che sono migliori di loro.	0	1	2	3	4	5
5. Ogni donna ha bisogno di un compagno che si prenda cura di lei.	0	1	2	3	4	5
6. Gli uomini si perderebbero in questo mondo se non ci fossero le donne a guidarli.	0	1	2	3	4	5
7. Una donna non sarà mai veramente appagata nella vita se non	0	1	2	3	4	5

avrà una relazione impegnativa e a lungo termine con un uomo.						
8. Quando sono ammalati, gli uomini agiscono come bambini.	0	1	2	3	4	5
9. Gli uomini si batteranno sempre per avere, nella società, un maggior controllo rispetto alle donne.	0	1	2	3	4	5
10. Gli uomini sono utili soprattutto per dare sicurezza finanziaria alle donne.	0	1	2	3	4	5
11. Anche gli uomini che dichiarano di essere sensibili ai diritti delle donne in realtà vogliono a casa una relazione di tipo tradizionale, in cui la donna assolva alla maggior parte delle cure della casa e dei figli.	0	1	2	3	4	5
12. Ogni donna dovrebbe avere un uomo da adorare.	0	1	2	3	4	5
13. Gli uomini sono più disposti a mettere se stessi in pericolo per proteggere gli altri.	0	1	2	3	4	5
14. Di solito gli uomini cercano di dominare la conversazione quando parlano alle donne.	0	1	2	3	4	5
15. Molti uomini sostengono a parole l'uguaglianza delle donne, ma non riescono a trattare una donna come uguale.	0	1	2	3	4	5
16. Le donne sono incomplete senza gli uomini.	0	1	2	3	4	5
17. Quando le cose non vanno bene, molti uomini sono in realtà come bambini.	0	1	2	3	4	5
18. Rispetto alle donne, gli uomini sono più disposti a rischiare.	0	1	2	3	4	5
19. Molti uomini molestano sessualmente le donne, anche se solo in modo sottile, quando si trovano in posizione di potere rispetto ad esse.	0	1	2	3	4	5
20. Le donne dovrebbero prendersi cura dei loro uomini a casa, perché questi crollerebbero se dovessero badare a se stessi.	0	1	2	3	4	5

QUESTIONARIO 3

Il presente questionario ha lo scopo di indagare giudizi e atteggiamenti relativi alla religione, alla spiritualità, e ad alcune tematiche sociali. Nel caso in cui preferisse non rispondere a domande specifiche, può saltarle e passare alla domanda successiva. Le affermazioni che seguono fanno riferimento alla religiosità e alla spiritualità. La preghiamo di indicare quanto sente che ognuna di esse è in grado di descriverla adeguatamente. Tenga presente che il significato dei numeri da 1 a 7 è il seguente: 1= l'affermazione non mi descrive per nulla; 2= mi descrive molto poco; 3= mi descrive poco; 4= non so; 5= mi descrive abbastanza bene; 6= mi descrive molto bene; 7= l'affermazione mi descrive benissimo.

Che rapporto hai con la spiritualità?

- Credente
- Ateo
- Agnostico
- Altro _____

In relazione alla domanda precedente, a quale Credo fai riferimento?

_____

1. Mi capita spesso di mettere in discussione le mie convinzioni religiose.	1	2	3	4	5	6	7
2. La mia religione serve a soddisfare i bisogni di appartenenza e sicurezza.	1	2	3	4	5	6	7
3. Le esperienze della vita mi hanno portato a riconsiderare le mie convinzioni religiose.	1	2	3	4	5	6	7
4. Ho trovato essenziale per me avere fede.	1	2	3	4	5	6	7
5. Una ragione importante per il mio interesse verso la religione è che la chiesa è un posto ideale per le attività sociali.	1	2	3	4	5	6	7
6. Per me, la religione non è qualcosa di necessario.	1	2	3	4	5	6	7
7. Per me, dubitare è una parte importante di quello che significa essere religioso/a.	1	2	3	4	5	6	7

8. Ci sono molte questioni religiose sulle quali il mio punto di vista sta ancora cambiando.	1	2	3	4	5	6	7
9. Trovo impossibile pensare a me stesso come non religioso/a.	1	2	3	4	5	6	7
10. È importante per me trascorrere del tempo in pensieri religiosi privati e nella meditazione.	1	2	3	4	5	6	7
11. Lo scopo primario della preghiera è quello di ottenere sollievo e protezione.	1	2	3	4	5	6	7
12. Cerco di portare la religione in tutti gli aspetti della mia vita.	1	2	3	4	5	6	7
13. Una delle ragioni per cui vado in chiesa è che questo mi aiuta ad avere un ruolo nella società in cui vivo.	1	2	3	4	5	6	7
14. Le mie credenze religiose sono decisamente alla base del mio approccio alla vita.	1	2	3	4	5	6	7
15. Lo scopo della preghiera è assicurarsi una vita felice e pacifica.	1	2	3	4	5	6	7

Quanto ognuna di queste affermazioni la descrive adeguatamente?

1. Ho avuto almeno un'esperienza "elevata" che potrei definire spirituale.	1	2	3	4	5	6	7
2. Medito e/o prego per poter raggiungere un piano di consapevolezza spirituale più elevato.	1	2	3	4	5	6	7
3. Penso che ci sia una dimensione trascendentale, spirituale della vita.	1	2	3	4	5	6	7
4. Penso che sia importante cercare lo scopo della vita.	1	2	3	4	5	6	7

Hai mai sentito parlare di DSD (Disorders of Sex Development) /Intersessualità?

- Si
- No

Se hai risposto sì, in che contesto?

_____

Con il termine 'Disorders of Sex Development' (DSD) si indicano un insieme di condizioni congenite in cui lo sviluppo del sesso cromosomico, gonadico o anatomico dell'individuo è atipico.

'Intersessualità' e 'diverse sex development' (dsd) sono definizioni ombrello che indicano condizioni innate per cui la configurazione anatomica, ormonale e/o genetica dell'individuo non rientra facilmente all'interno dei parametri tipici di maschio e femmina.

Storicamente il termine 'ermafrodito' era usato per riferirsi a individui che presentavano genitali ambigui e fu adottato dalla medicina a partire dal 1870, prima che l'anatomia scoprisse e descrivesse le strutture interne del corpo e la loro funzione. Il termine richiamava un'immagine mitologica di un individuo in cui sono compresenti organi riproduttivi maschili e femminili perfettamente funzionanti. In seguito, l'espressione 'intersessualità' fu introdotta e usata insieme al termine 'ermafrodito' a partire dal 1917 fino al 2005, anno in cui vennero stilate a Chicago delle linee guida sulla gestione di questi disordini che vennero definiti 'Disorders of Sex Development' (DSD).

L'ambiguità genitale è solo una delle molte condizioni che ricadono sotto la definizione di ermafroditismo, intersessualità' o DSD, le quali invece si riferiscono a un vasto gruppo di persone tra cui, per esempio, donne con cromosomi XY e genitali esterni tipicamente femminili o uomini con severa ipospadia. Queste diverse condizioni e sindromi sono rilevabili, a seconda dei casi, sia per mezzo di test prenatali o alla nascita, che durante la pubertà o più tardi nella vita. Secondo la biologa Fausto-Sterling, su 1000 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 2000 nati, riferendosi specificatamente ai casi in cui la conformazione dell'anatomia sessuale è considerata atipica (A. Fausto Sterling, 2000; Preves, 2003; Dreger, 1998; Balocchi, 2004).

A partire dagli anni '50 la pratica medica ha trattato le condizioni di diagnosi precoce sulla base delle teorie e pratiche sviluppate alla Johns Hopkins University, soprattutto grazie alle teorie di John Money. Egli introdusse il concetto di neutralità sessuale neonatale secondo cui i fattori esterni, quali l'educazione dei genitori e la socializzazione, giocano un ruolo fondamentale nella formazione dell'identità di genere

del bambino/a. Queste spinte esterne perdono la loro efficacia entro un anno e mezzo di vita, l'equilibrio psicologico del bambino/a e la sua identificazione con uno dei due generi è strettamente legato ai messaggi esterni che riceve nei primi mesi di vita. Sulla base di questa teoria, a partire dagli anni '70, la pratica medica si è orientata verso un paradigma di intervento (chirurgico e ormonale) al fine di attribuire un sesso univoco al neonato a partire dai primi giorni di vita. Tale pratica è stata ridimensionata e parzialmente regolata da alcune linee guida internazionali (tra cui: Diamond e H.K. Sigmundson, 1997; Intersex Society of North America, 2006; Lee, Houk, Faisal Ahmed, Hughes, 2006) e nazionali (Comitato Nazionale di Bioetica, 2010).

Alla luce di quanto hai letto, quale delle seguenti definizioni ti sembra più appropriata per indicare il termine Intersessualità/DSD?

- Condizioni congenite in cui lo sviluppo del sesso cromosomico, gonadico o anatomico dell'individuo è atipico
- Disturbi tipicamente caratterizzati da un'anomalia, clinicamente significativa, nella capacità di una persona di avere reazioni sessuali o provare piacere sessuale
- Condizioni innate in cui la configurazione anatomica, ormonale e/o genetica non è definibile come totalmente maschile o femminile
- Marcata incongruenza tra genere esperito/espresso da un individuo e il genere assegnato

Nel rispondere alle seguenti domande ti preghiamo di prendere in considerazione solo i casi di diagnosi precoce.

Ritieni sia corretto operare precocemente nei casi di Intersessualità/DSD?

- Si
- No
- Dipende

Giustifica la tua risposta

_____

In una scala da 1 (non decisivo) a 7 (molto decisivo), indica quanto per te è decisivo il parere:

Medico	1	2	3	4	5	6	7
Psicologo	1	2	3	4	5	6	7
Paziente	1	2	3	4	5	6	7
Genitori	1	2	3	4	5	6	7
Principi Religiosi	1	2	3	4	5	6	7
Linee Guida Nazionali	1	2	3	4	5	6	7
Linee Guida Internazionali	1	2	3	4	5	6	7

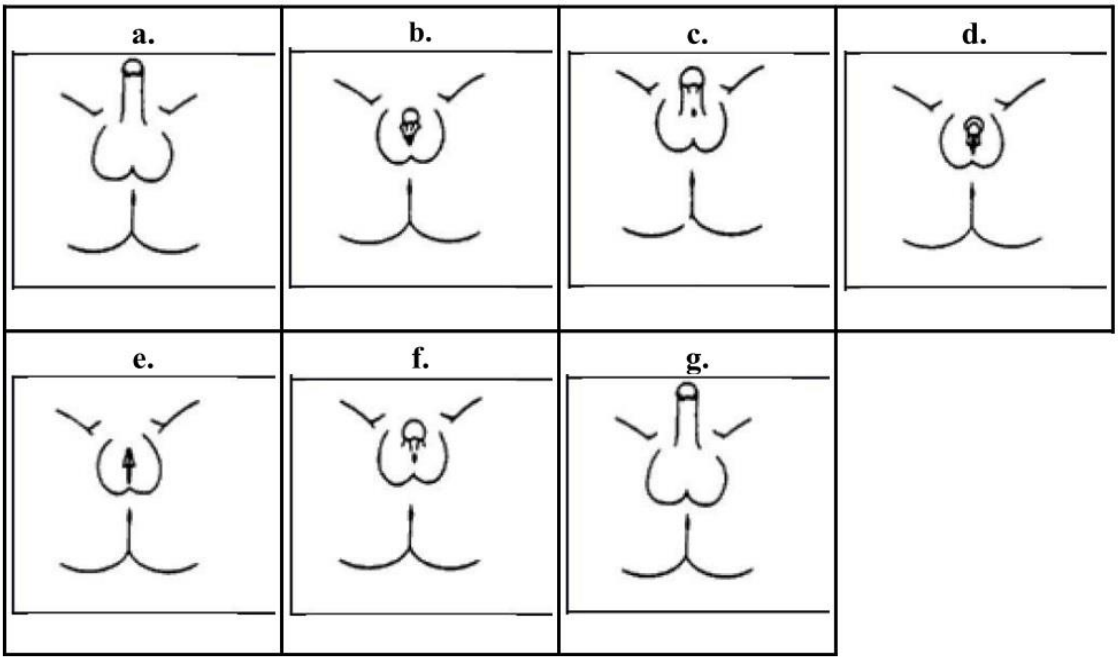
Hai qualche annotazione ulteriore?

_____

Quanto, da futuro professionista medico-sanitario, ritieni sia importante da 1 (non importante) a 7 (molto importante):

Comunicazione tra professionista e paziente	1	2	3	4	5	6	7
Comunicazione tra professionista e i genitori del paziente minore di 18 anni	1	2	3	4	5	6	7

Ordina le seguenti immagini secondo un tuo criterio personale e specifica il criterio utilizzato.



Ordine progressivo delle immagini (ad esempio: a, d):

_____

Spiega il criterio

_____

Sulla base di quanto hai letto, descrivi in massimo 6 parole le seguenti immagini.

- A= _____
- B= _____
- C= _____
- D= _____

- E= _____
- F= _____
- G= _____

Alla luce delle tue risposte, come ritieni debba essere effettuata la comunicazione della condizione di Intersessualità?

_____

Dopo aver preso parte a questo test, che opinione ti sei fatto riguardo alla condizione di Intersessualità?

_____

Vuoi esprimere commenti aggiuntivi rispetto al test appena svolto?

_____