

MATTEO CRESTI

Ricercatore Dipartimento di Filosofia e Scienze dell'Educazione, Università di Torino
matteo.crespi@unito.it

Identità e stereotipi di genere

Argomenti sulla vulnerabilità di donne e minori

■ 1. L'interesse attuale per l'identità di genere

Nel corso degli ultimi anni si è registrato un aumento di interesse per il fenomeno dell'incongruenza di genere. Questo interesse aumentato si colloca a più livelli; da un lato c'è infatti quello clinico che ha portato ad un aumento del numero delle pubblicazioni in merito.

Una semplice ricerca su PubMed con la parola chiave "gender dysphoria" permette di visualizzare questo incremento. Nel 2018 il motore di ricerca elenca 310 pubblicazioni, mentre nel 2023 sono 411 e si può ragionevolmente supporre che il numero continui ad incrementare nei prossimi anni. Al contempo tale interesse clinico ha portato ad alcuni significativi eventi: dall'edizione del DSM-5-TR (APA, 2022) la

dicitura "disturbo dell'identità di genere" viene sostituita da quella "disforia di genere" a sottolineare l'aspetto sociale e non psichiatrico della sofferenza. Allo stesso modo nell'ultima versione dell'ICD (WHO, 2019) si è passati dal parlare di "transsessualismo" come deviazione sessuale a "incongruenza di genere" elencata nella sezione sulla salute sessuale. Infine nel 2022 è stata rilasciata la versione più aggiornata degli *Standard of Care* (Coleman et al., 2022) che segnano una nuova attenzione nei confronti delle persone con incongruenza di genere. Ma non sono solamente i clinici ad aver aumentato il loro interesse. Infatti alcuni studi, così come l'esperienza individuale, mostrano un crescente numero di adolescenti e minori d'età con varianza di genere e incongruenza di genere (de Graaf et al., 2018; Wiepjes et al. 2018). Ipotizzare le cau-

se di questo aumento è molto difficile. Un'ipotesi esplicativa potrebbe essere collegata alla maggiore sensibilità collettiva e l'aumentata inclusione, come in passato è avvenuto anche per le persone omosessuali. Non si tratterebbe dunque di una "moda" come vorrebbe far credere qualcuno, quanto piuttosto del fatto che le persone temono in modo minore lo stigma sociale o riconoscono più facilmente la propria condizione.

Infine anche la politica (intesa in senso ampio, non solo come attività legislativa ma anche come discorsi pubblici) ha riscoperto interesse riguardo al problema dell'incongruenza. Sui corpi dei minori con incongruenza di genere infatti nelle società occidentali si sta combattendo una guerra culturale. I sostenitori dell'esistenza della cosiddetta "ideologia gender" affermano che ci sarebbero

gruppi di persone che vanno nelle scuole a incoraggiare i minori a cambiare genere e che dunque bisognerebbe fare di tutto per impedire che questo accada (Bernini, 2018). In particolare, sia in Italia che altrove nel mondo, ha preso particolare piede il dibattito sull'utilizzo degli ormoni bloccanti la pubertà. Gli ormoni bloccanti la pubertà, o più precisamente gli analoghi dell'ormone di rilascio delle gonadotropine (GnRH), sono farmaci che interferiscono temporaneamente con il processo di maturazione sessuale. Inibendo il rilascio dell'ormone gonadotropina, questi analoghi sopprimono l'attività delle gonadi (ovaie o testicoli) e quindi la produzione di ormoni sessuali come estrogeni e testosterone. La loro azione mira a "mettere in pausa" lo sviluppo puberale, inibendo o sospendendo la comparsa dei cambiamenti fisici tipici della pubertà. Tra di essi ha avuto particolare rilievo la triptorelina, che inizialmente è stata utilizzata per contrastare il tumore alla prostata e il carcinoma alla mammella, e che poi è stata utilizzata anche nei casi di minori con pubertà precoce.

Utilizzati inizialmente in ambito pediatrico per il trattamento della pubertà precoce, gli analoghi del GnRH sono diventati uno strumento fondamentale nel trattamento dell'incongruenza di genere nei minori. Per i giovani con incongruenza di genere, questa sospensione temporanea consente di ritardare il manifestarsi di caratteristiche sessuali non desiderate, spesso fonte di intenso

disagio psicologico. La temporaneità del trattamento permette di offrire ai minori e alle loro famiglie tempo aggiuntivo per esplorare la propria identità e per valutare in maniera ponderata gli eventuali trattamenti successivi, inclusi i percorsi di affermazione di genere con ormoni sessuali (estrogeni o testosterone) che, invece, inducono cambiamenti fisici irreversibili.

In questo contributo voglio concentrarmi su alcuni argomenti più di ordine pubblico e di etica pubblica, che trascendono il dibattito strettamente bioetico e clinico, ma che comunque influenzano la nostra percezione del problema dell'identità di genere. Mostrerò alcuni problemi contemporanei riguardo all'incongruenza di genere: la supposta ideologia gender, la questione dei bagni inclusivi e i



Il dibattito sulla liceità dell'uso dei bloccanti è molto esteso. La letteratura medica è comunque concorde nel loro utilizzo quantomeno in casi in cui la disforia, cioè il dolore percepito dalla non congruenza tra sesso e genere, è molto forte e refrattaria al trattamento psicologico. In ogni caso, sebbene abbiano come tutti i farmaci controindicazioni, i benefici superano di gran lunga i costi (Coleman et al, 2022; Giordano, 2023; Nave & Cresti, 2024).

bloccanti puberali. Farò vedere la relazione che hanno questi argomenti con la condizione di essere minori d'età e di essere donna. Mostrerò come uno degli stereotipi che stanno alla base della riduzione dei diritti delle persone transgender ci sia la tesi che minori e donne siano intrinsecamente vulnerabili. Infine spiegherò perché occuparsi di identità di genere non riguardi solo una minoranza, ma una questione che riguarda tutti e tutte.

2. Difendere i minori?

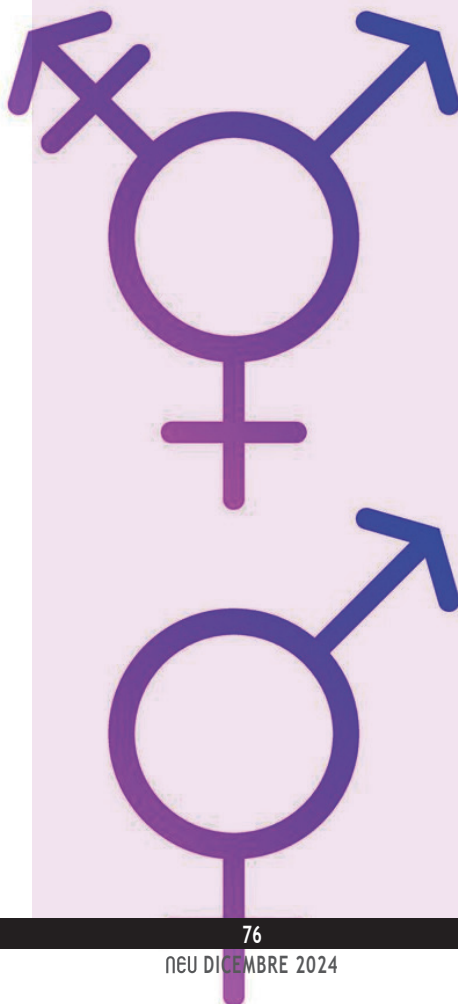
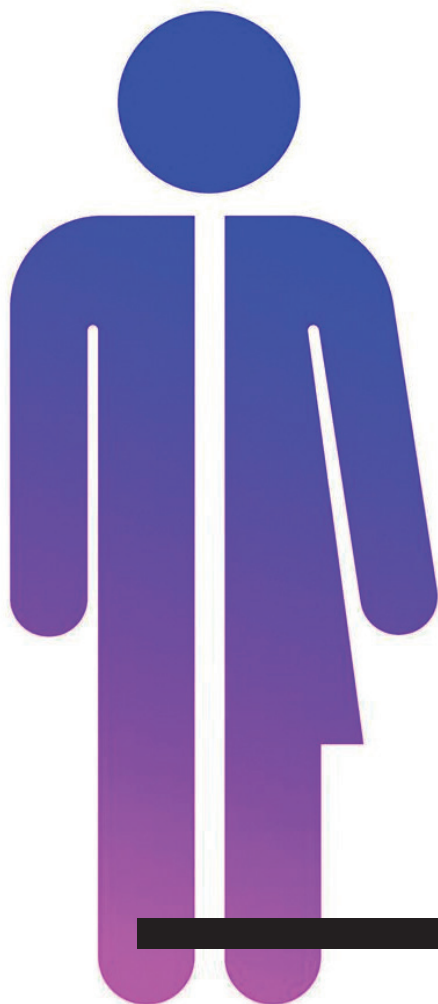
L'argomento dei bloccanti puberali mette insieme due questioni estremamente spinose nella nostra società: quella del genere e quella dei minori. In Italia i minori d'età nella maggioranza dei casi non sono considerati competenti e quindi non possono prendere decisioni che riguardano la propria integrità corporea in modo autonomo, ma tali interventi devono essere autorizzati almeno da un adulto. Al comma 2 dell'articolo 3 della legge 219/2017 si può infatti leggere che "Il consenso informato al trattamento sanitario del minore è espresso o rifiutato dagli esercenti la responsabilità genitoriale o dal tutore tenendo conto della volontà della persona minore, in relazione alla

sua età e al suo grado di maturità, e avendo come scopo la tutela della salute psicofisica e della vita del minore nel pieno rispetto della sua dignità". Al contrario altrove nel mondo al minore maturo viene riconosciuta la possibilità di prendere decisioni per se stesso, difatti il criterio della maggiore età è un criterio solo presuntivo della capacità di decidere autonomamente, che può presentarsi ben prima della maggiore età, come anche mai (Bignamini et al., 2019).

Nel contesto italiano il minore d'età viene ancora visto come qualcuno da proteggere, sia dalle influenze del mondo esterno che da se stesso. Questo perché da un lato non gli si riconosce la competenza per comprendere le conseguenze delle sue azioni, sia perché la sua volontà

viene considerata instabile, influenzabile, preda delle volontà altrui, di mode, tendenze e manipolazioni. Un soggetto debole, che più che essere attore è spesso pensato come *vittima*, o comunque oggetto delle azioni altrui. Quando la questione della libera scelta sul corpo del minore si accompagna al genere ecco allora che le polemiche esplodono.

Questa non è certo una questione recente. I primi accenni di polemiche riguardo alle questioni del genere e minori risalgono ai primi anni '90, quando si affrontò per la prima volta il tema dell'intersessualità. Come ricostruisce Bernini (2018: 91-93; De Leo, 2021: 302-303) fu in occasione della Conferenza mondiale sulla condizione delle donne organizzata dall'ONU a Pechino nel 1995, che comparve per la prima volta il termine "ideologia gender" e il tema della protezione dei minori da parte di fantomatiche teorie che li volevano convincere a cambiare il proprio genere. Infatti, nei forum preparatori delle ONG circolò un documento dal titolo "Gender, the Deconstruction of Women" che provocò la reazione indignata di vari ambienti conservatori soprattutto legati alla Chiesa Cattolica. In particolare Dale O'Leary, giornalista di *Hearth - Journal of the Authentic Catholic Woman*, se la prende con la sostituzione del termine "sex" con quello di "gender" immaginando che in questo modo si proponesse un allargamento delle classificazioni di sesso/genere tradizionalmente binario. Queste critiche troveranno poi sistemazione in un



testo che è diventato canonico tra i sostenitori dell'esistenza di una teoria gender: *The Gender-Agenda: Redefining Equality* (O'Leary, 1997). In particolare O'Leary se la prende contro Anne Fausto-Sterling, e il suo articolo uscito qualche anno prima, ampiamente citato nel documento, *The Five Sexes* (Fausto-Sterling, 1993). Fausto-Sterling poneva tra le prime il problema dell'intersessualità: se guardiamo ai caratteri biologici delle persone, le etichette "maschio" e "femmina" non bastano, perché ci sono individui che nascono con tratti sessuali ambigui o misti. Ecco allora che il binarismo, cioè la presenza di sole due opzioni mutualmente esclusive, non è adeguato a descrivere non solo la realtà del genere, cioè della propria identità sessuale (il come io mi percepisco) e della sua espressione (il ruolo di genere), ma anche del sesso, cioè il tratto biologico (Cresti, Nave & Lala, 2018).

Questi pensatori conservatori, a dire il vero più presenti nel

tessuto opinionistico, giornalistico o politico che in quello filosofico, sostengono che ci troviamo dinanzi a un tentativo di un'élite o di una *lobby* di scardinare un dato pacifico, oggettivo, naturale e scientifico del mondo, che ci sono le donne e gli uomini, i maschi e le femmine, e che i termini delle due coppie siano sostanzialmente sinonimi. Inoltre i propagatori di questa fantomatica ideologia vorrebbero convincere i bambini ad abbandonare la propria identità di genere naturale, convincendoli a cambiare i loro corpi. I minori andrebbero dunque protetti da una forma di violenza, quella che cerca di attentare alla loro "naturalità" in cui identità di genere e sesso biologico sono naturalmente e necessariamente coincidenti. La questione si è riproposta più recentemente con una *querelle* riguardante i bagni e gli spogliatoi.

La questione è stata soprattutto statunitense, ma ha trovato eco anche in Italia. In molti edifici pubblici, scuole e palazzi istituzionali, ma anche privati, come le fabbriche, tra la fine del 1800 e i primi del 1900 mancavano bagni per le donne. Fu così che in quasi tutti gli Stati Uniti furono emanate leggi che regolamentavano la presenza di bagni per uomini e per donne, garantendo a tutti e tutte la possibilità di utilizzare un servizio igienico in privacy. Questo però ha avuto come effetto la cristallizzazione della presenza di luoghi adibiti solo agli uomini e di altri solo alle donne.

Quando le persone transgender hanno incominciato ad essere più numerose e visibili, hanno chiesto *quale* bagno o spogliatoio dovessero utilizzare e se non fosse meglio avere spazi *gender neutral*. Da questione di buon senso, è diventata un caso politico. Una donna transgender è una donna, anche se magari possiede ancora

l'apparato riproduttivo



re maschile, e dunque può andare nel bagno delle donne. Coloro che si oppongono al fatto che le persone transgender utilizzino i bagni secondo il loro genere di elezione, sollevano varie obiezioni. Essi sostengono che la maggior parte delle persone cisgender sia dotata di un naturale senso di pudore (in base al quale facciamo i nostri bisogni in privato), mentre le persone transgender sarebbero disinibite, esibizioniste o ipersessualizzate. Si può notare che più volte la stessa obiezione è stata sollevata in precedenza anche verso le persone omosessuali. Da questa ipersessualità ne deriva che bisogna difendere le persone cisgender da possibili assalti commessi da parte delle persone transgender.

A dover essere difese sono soprattutto le donne, considerate come intrinsecamente più deboli e preda continua dell'ipersessualità maschile. Infatti bisognerebbe salvarle da possibili assalti sessuali, molestie, stupri che possono essere commessi nei bagni da persone trans.

Gli argomenti sono giunti ad un livello tale da sostenere che se si permette alle persone transgender di utilizzare i bagni secondo il loro genere di elezione, allora nulla impedirà a uno stupratore seriale di dichiarare che in questo momento lui si sente donna (pur non assomigliando in nulla nell'aspetto a una donna), utilizzare questa dichiarazione per avere il legittimo diritto di entrare nel bagno delle donne, e stu-

prare qualche povera vittima innocente (Barnett et al. 2018; Vanaman & Chapman, 2020; Jones & Slater, 2020). Vediamo qui all'opera alcuni pregiudizi e stereotipi. Innanzitutto si può notare come il pregiudizio sia diretto soprattutto verso le persone trans AMAB (*assigned male at birth*, cioè le persone che sono nate maschio e hanno fatto un qualche tipo di transizione).

In sostanza le donne trans non sono vere donne, perché hanno un pene.

Il secondo pregiudizio all'opera è quello che le persone LGBTQ sarebbero intrinsecamente ipersessuali, mosse costantemente da un impulso ad avere rapporti sessuali a prescindere dal luogo, dalla persona e dalle altre varie situazioni.

Il terzo pregiudizio è che le donne cisgender sarebbero intrinsecamente deboli e vittime di possibili assalti sessuali da parte degli uomini. Sappiamo in realtà che questi sono solo stereotipi e pregiudizi.

Alcune evidenze mostrano anzi come la parte debole, che può subire aggressioni, più a carattere violento o verbale, che sessuale, siano invece proprio le persone transgender (Cavanagh, 2010).

In ogni caso, nonostante le evidenze che premevano per l'inclusione delle persone transgender, molti Stati USA hanno approvato leggi che proibiscono, quantomeno negli edifici pubblici, alle persone transgender di utilizzare i bagni secondo il loro genere di elezione.

Cito la polemica sui bagni, perché non ha riguardato solo gli adulti, ma anche i minori.



Le polemiche più accese si sono infatti concentrate soprattutto su spogliatoi e bagni scolastici, paventando aggressioni e traumi, sempre subiti dai ragazzi e ragazze cisgender.

Infine come ultimo punto c'è proprio quello dell'uso degli ormoni bloccanti la pubertà. In questo caso il dibattito chiaramente etico e politico si associa a un uso strumentale di argomenti medici.

Infatti si dice che manchino i dati scientifici a lungo termine o *follow up* dei pazienti, che i bloccanti agiscano sul il normale sviluppo psicologico degli adolescenti, che poi questi adolescenti potrebbero pentirsi (Morresi, 2018). Non mi concentrerò qui sul dibattito etico clinico, che ha una lunga storia.

In ogni caso, nella comunità scientifica medica e psicologica esiste una quasi unanimità nel sostenere che tutto sommato, in alcuni casi adeguatamente valutati in cui la disforia è molto forte, l'utilizzo dei bloccanti sia più che appropriato, in quanto sollevano temporaneamente l'adolescente dal dolore insopportabile di vedere un corpo che cambia nelle direzioni diametralmente opposta a quella desiderata.

Come nel caso precedente, il dibattito pubblico si è concentrato sulla presunta violenza e coercizione che è stata fatta sui minori.

I minori infatti verrebbero *convinti* di essere transgender, sui loro corpi si farebbe propaganda e ideologia, utilizzati per dimostrare che essere uomini e donne non è questione di biologia, ma è come sentirsi draghi, fate o gnomi.



3. Intrinsecamente vulnerabili?

Il *dilagare* del fenomeno transgender ha prodotto quello che viene chiamato *gender panic*: una resistenza a tutti gli argomenti che riguardano una riflessione più inclusiva sulle questioni di genere. Il dibattito sulle persone transgender è interessante perché è l'estremizzazione di un dibattito più ampio che parte dalle questioni di genere più tradizionali, come quella della differenza tra uomini e donne. Si tratta di una cartina al tornasole, o di un *case study*, che mette in evidenza in modo chiaro argomenti che si vedono anche altrove.

Nei tre casi che ho riportato una costante è quella della vulnerabilità. Bisogna difendere i minori dagli attacchi dell'ideologia gender. Bisogna difendere le donne e i minori da eventuali stupratori e pedofili che possono invadere i loro spazi

sicuri come i bagni. Bisogna difendere i minori dalla scienza impazzita e ideologizzata che vuole trasformare i loro corpi o che li utilizza come cavie da laboratorio. Non è inappropriato mettere insieme donne e minori d'età. Entrambe le categorie infatti vengono presentate come vulnerabili (Carpenter, 2005; Mackenzie, Rogers & Dodds, 2014). Si pensi a un esempio classico: una nave sta affondando. Chi mettiamo nelle scialuppe di salvataggio? La risposta intuitiva, la frase fatta che ci viene subito in mente è: "donne e bambini". Perché? Perché in un'ipotetica catastrofe finale dell'umanità loro potrebbero garantire il prosieguo della specie. Ma anche perché sono gli esseri più fragili e più vulnerabili.

Ora possiamo interpretare la vulnerabilità in almeno due modi: una essenziale e una posizionale. Nel primo caso un essere è intrinsecamente vulnerabile se possiede delle

caratteristiche che lo rendono più esposto a rischi, danni o violazioni dei suoi diritti. Nel secondo caso, la vulnerabilità non è dovuta ad alcune caratteristiche intrinseche, ma al fatto che quell'essere si trova in una posizione, in un ruolo, in una relazione o condizione che lo rende più esposto a rischi, danni o violazioni dei suoi diritti. Si può argomentare che almeno presuntivamente i minori d'età si trovino in una condizione di vulnerabilità essenziale. Un neonato non sa fare nulla senza l'aiuto di un *caregiver*. Un bambino non è in grado di comprendere molte delle conseguenze delle sue azioni. Un adolescente deve ancora maturare alcuni aspetti del suo carattere.

Bisogna sottolineare però che la condizione di vulnerabilità essenziale è solo presuntiva. Ciò è dovuto al fatto che la minore età qui è un termine ambiguo: legale ed etico. Dal punto di vista legale infatti i minori sono tutti uguali, sino al compimento del diciottesimo anno di età non sono considerati competenti per fare le proprie scelte.

Dal punto di vista etico però possiamo prendere in considerazione non tanto l'età anagrafica, che pur essendo un indicatore chiaro e oggettivo, non rende conto delle effettive capacità di prendere decisioni dei minori. Quindi per l'etica si esce dalla minore età via via che si matura, che si perde quella vulnerabilità intrinseca di non essere in grado di provvedere a se stessi. Per questo la vulnerabilità del minore è solo presuntivamente essenziale. È sempre possibile verificare se il minore d'età è capace di prendere decisioni consapevoli e ponderate su se stesso e la propria vita. Si potrà allora trovare in una condizione di vulnerabilità posizionale, ma gli ostacoli

all'esercizio autonomo della sua volontà potranno sempre essere rimossi.

Le donne invece non si trovano in questo stato di vulnerabilità essenziale. Le differenze biologiche tra uomini e donne, sebbene esistano, non sono sufficienti a giustificare una differenza di diritti o di status giuridico e morale (Tripodi 2011). Se sono vulnerabili è dovuto a condizioni contingenti: perché esiste un sistema pervasivo di oppressione e di limitazione delle loro possibilità. Una donna sola non è vulnerabile di per sé, ma perché nelle nostre società per lo più mancano strumenti che garantiscano la parità dei diritti e delle possibilità, perché esiste una cultura che le considera più *oggetti* che *soggetti*.

Accostare le donne e i minori di età gioca un ruolo argomentativo strategico. Serve a mostrare che le donne sono come i bambini: devono essere protette perché intrinsecamente vulnerabili, possono costantemente essere preda di assalti sessuali, violazioni della loro integrità corporea e anche psicologica, plagate, convinte a fare cose che non vogliono fare. La cosa interessante è che non devono essere difese solo (o soprattutto) dai maschi bianchi eterosessuali, ma da *finte donne*. Le donne trans sono infatti uomini *travestiti* da donne, pronti a sopraffarle in qualsiasi momento. Questo argomento lo vediamo non solo nella questione sui



bagni, ma anche nello sport (si veda il caso di Imane Khelif alle Olimpiadi di Parigi 2024) o nei diritti sanitari (si veda in proposito i commenti su Twitter di J. K. Rowling). L'idea è che si è donne solo se si hanno i giusti ormoni, le giuste gonadi, i giusti organi genitali, e il giusto aspetto.

Ciò è in parte confermato dal fatto che tali argomenti si presentano solo per quanto riguarda le persone trans AMAB. Nulla di simile si verifica con le AFAB (*assigned female at birth*), ciò perché l'idea è che gli uomini non debbano difendersi da nulla, non sono vulnerabili, e quindi possono anche essere esposti a rischi, perché sanno come difendersi e dimostrare la loro superiorità.

4. Conclusione

In questo breve excursus abbiamo visto come la questione delle persone transgender da minoritaria e di nicchia sta diventando una questione *mainstream*, e che attraverso di essa passano questioni più ampie che investono il ruolo e la natura della donna e dei minori. Parlare di persone trans, dei loro diritti e delle questioni etiche della loro gestione clinica, non vuol dire occuparsi di un piccolo gruppo di persone. Parlare di trans vuol dire parlare di che cosa sia una *donna* o un *uomo* o di qualsiasi altra cosa ci sia oltre a questi due generi. Il problema non è di certo nuovo (Cavarero & Guaraldo, 2024). Tuttavia nelle analisi che vengono fatte si fa spesso il percorso che parte dalle donne cisgender fino alle

donne transgender. Ma è anche importante fare il percorso anche al contrario, dalle donne transgender a quelle cisgender, per verificare che i dispositivi di oppressione e di ingiustizia sono spesso i medesimi.

In questo articolo ho esplorato il dibattito intorno all'incongruenza di genere, soffermandomi su alcune questioni di attualità. L'associazione di minori e donne come categorie vulnerabili, per esempio, è stata spesso usata come argomento per limitare l'autodeterminazione di questi gruppi in nome della loro protezione. In questo senso, il discorso sui bloccanti puberali e sul riconoscimento dell'identità di genere dei giovani evidenzia un persistente conflitto tra l'idea di vulnerabilità come stato essenziale, che definisce minori e donne come soggetti fragili da tutelare, e una visione contestuale, in cui vulnerabilità e oppressione sono frutto di condizioni sociali e culturali. Nel caso delle donne cisgender, accostarle ai minori implica che anche loro, come i bambini, necessitano di protezione da possibili minacce esterne, spesso rappresentate da persone transgender, rafforzando così stereotipi di debolezza e paura. Un discorso analogo può essere fatto per la propaganda gender nelle scuole e nelle istituzioni, che viene vista o come un tentativo di indottrinamento dei giovani o un tentativo di svuotare le protezioni legali per le donne.

Questa stessa dinamica si ripresenta nel dibattito sulla presenza delle persone transgender in spazi pubblici come bagni e spogliatoi. La rappresen-

tazione delle donne cisgender come intrinsecamente vulnerabili e delle persone transgender come potenziali minacce è una costruzione che non trova conferma nelle evidenze, ma alimenta un "gender panic" che polarizza ulteriormente la discussione. I timori che nascono da stereotipi, anziché da dati oggettivi, rafforzano le barriere tra gruppi sociali e contribuiscono a una narrazione che rende difficile riconoscere l'esperienza individuale di ciascuno, soprattutto nei contesti pubblici e istituzionali.

Bisogna allora riconoscere che spesso gli argomenti utilizzati contro le persone transgender svolgono anche la funzione di rafforzamento della cultura patriarcale, che opprime donne e altre minoranze. Essere in grado di leggere i dispositivi concettuali messi in campo, ci può aiutare a capire chi siano davvero le persone vulnerabili e perché lo siano. Non sono le donne cisgender ad essere messe in pericolo da una donna transgender che entra nel bagno delle donne. Le evidenze mostrano che troppo spesso sono proprio le donne transgender a subire aggressioni, verbali e fisiche. Non sono nemmeno le o i minori transgender nelle scuole, che sono spesso vittima di bullismo. Non sono gli e le adolescenti che chiedono i bloccanti puberali. Loro sanno cos'è che gli provoca dolore e cosa si sentono, chiedono solo di essere aiutati. Così le donne non hanno bisogno di essere protette perché sono deboli, ma perché la società le mette in una condizione di svantaggio e inferiorità.

BIBLIOGRAFIA

- APA (2022), *DSM-5-TR: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, APA, Washington DC.
- Barnett, B. S., Nesbit, A. E., & Sorrentino, R. M. (2018). The transgender bathroom debate at the intersection of politics, law, ethics, and science. *The journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 46(2), 232-241.
- Bernini, L. (2018). *Le teorie queer: un'introduzione*. Mimesis.
- Bignamini, E., Mori, M., Nave, E., Amoroso, A., Baldelli, A., Marco, B., ... & Verzé, L. (2019). Procedura del consenso informato al trapianto di polmoni nei pazienti minorenni. *BIOETICA*, 27(1), 95-156.
- Carpenter, R. C. (2005). "Women, children and other vulnerable groups": Gender, strategic frames and the protection of civilians as a transnational issue. *International Studies Quarterly*, 49(2), 295-334.
- Cavanagh, S. L. (2010). *Queering bathrooms: Gender, sexuality, and the hygienic imagination*. University of Toronto Press.
- Cavarero, A., & Guaraldo, O. (2024). *Donna si nasce*. Mondadori.
- Coleman, E., Radix, A. E., Bouman, W. P., Brown, G. R., De Vries, A. L., Deutsch, M. B., ... & Arcelus, J. (2022). Standards of care for the health of transgender and gender diverse people, version 8. *International journal of transgender health*, 23(sup1), S1-S259.
- Cresti, M., Nave, E., & Lala, R. (2018). Intersexual births: the epistemology of sex and ethics of sex assignment. *Journal of bioethical inquiry*, 15, 557-568.
- De Graaf, N. M., Carmichael, P., Steensma, T. D., & Zucker, K. J. (2018). Evidence for a change in the sex ratio of children referred for gender dysphoria: Data from the Gender Identity Development Service in London (2000-2017). *The Journal of Sexual Medicine*, 15(10), 1381-1383.
- De Leo, M. (2021). *Queer. Storia culturale della comunità LGBT+*, Einaudi.
- Fausto-Sterling, A. (1993). The five sexes. *The sciences*, 33(2), 20-24.
- Giordano, S. (2023). *Children and Gender: Ethical issues in clinical management of transgender and gender diverse youth, from early years to late adolescence*. Oxford University Press.
- Jones, C., & Slater, T. (2020). The toilet debate: Stalling trans possibilities and defending 'women's protected spaces'. *The Sociological Review*, 68(4), 834-851.
- Mackenzie, C., Rogers, W. & Dodds, S. (Eds.). (2014). *Vulnerability: New essays in ethics and feminist philosophy*. Oxford University Press.
- Morresi A., (2018) Postilla. In Comitato Nazionale di Bioetica, *In merito alla richiesta di AIFA sull'eticità dell'uso del farmaco trip-torelina per il trattamento di adolescenti con disforia di genere*, Roma.
- Nave, E., & Cresti, M. (2024). Controversie e conflitti etici nell'incongruenza di genere: una disamina bioetica. In Graglia M. (ed.) *L'incongruenza di genere in adolescenza. Pratiche cliniche ed educative*, (Vol. 298, pp. 209-227). Carocci.
- O'Leary, D. (1997). *The gender agenda: redefining equality*. Lafayette: Vital Issues Press.
- Tripodi, V. (2011). *Filosofia della sessualità*. Carocci.
- Vanaman, M. E., & Chapman, H. A. (2020). Disgust and disgust-driven moral concerns predict support for restrictions on transgender bathroom access. *Politics and the Life Sciences*, 39(2), 200-214.
- WHO (2019), *ICD-11: International Statistical Classification of Disease and Related Health Problems*, WHO, Ginevra.
- Wiepjes, C. M., Nota, N. M., de Blok, C. J., Klaver, M., de Vries, A. L., Wensing-Kruger, S. A., ... & den Heijer, M. (2018). The Amsterdam cohort of gender dysphoria study (1972-2015): trends in prevalence, treatment, and regrets. *The Journal of Sexual Medicine*, 15(4), 582-590.