

**Disordini dello sviluppo sessuale (DSS/DSD):
problematiche di interesse medico legale
(Sarah Gino - Istituto di medicina legale, Torino)**

Sommario

1. Cenni teorici
 - 1.1. Premessa
 - 1.2. Le anomalie sessuali
 - 1.3. Gli stati intersessuati
2. Questioni medico legali
 - 2.1. Il consenso ed il consenso informato
 - 2.1.1. *Generalità*
 - 2.1.2. *Il consenso del soggetto minorenni*
 - 2.1.3. *Il consenso nei “disturbi dello sviluppo differenziale”*
 - 2.2. Il segreto professionale
 - 2.3. Legge 164/1982 e disturbi dello sviluppo differenziale
 - 2.4. Ipotesi di responsabilità professionale nei disturbi dello sviluppo sessuale
3. Allegato 1
4. Allegato 2
5. Allegato 3

1 - Cenni teorici

1.1- Premessa

La *sessuologia* si occupa dello studio del sesso e della sessualità. Diverse sono le discipline interessate alla sessuologia: la medicina per gli aspetti biologici, fisiologici e patologici delle manifestazioni sessuali; il diritto mediante regole penali e civili volte a regolamentare la vita sessuale dei cittadini; la pedagogia per quanto concerne l'educazione sessuale; la sociologia per le ripercussioni sull'ordine sociale; e ancora la teologia, l'antropologia, l'etologia, la letteratura.

La *sessuologia medica*, avvalendosi dell'apporto di numerose altre discipline come la genetica, la biologia, la fisiologia, l'endocrinologia, la ginecologia, l'andrologia, la psicologia, studia i caratteri sessuali normali e patologici e le manifestazioni sessuali nei diversi aspetti. Il medico indaga le caratteristiche sessuali della pubertà, della maturità e dell'età avanzata, le funzioni sessuali dell'uomo e della donna fisiologiche e patologiche; gli stati intersessuali; i comportamenti istintivo-sessuali normali e devianti.

La *sessuologia forense* si occupa di tutte le questioni che sono in riferimento con il diritto costituito, in modo particolare dei reati sessuali, del matrimonio e della filiazione, della legge sul transessualismo,

dell'accertamento e della dichiarazione del sesso nei disturbi dello sviluppo sessuale e di tutte le problematiche relative ai comportamenti sessuali normali e devianti in relazione con il diritto pubblico o privato.

La *sessualità* comprende le manifestazioni legate al sesso. Il sesso è costituito dall'insieme dei caratteri somatici e funzionali che distinguono l'uomo dalla donna. Esiste un sesso genetico, un sesso cromosomico, un sesso anatomico, un sesso gonadico, un sesso endocrino, un sesso psicologico, un sesso anagrafico ed un sesso sociale.

Per *sesso anatomico o morfologico* si intende il sesso definito dai caratteri sessuali primari (testicoli, vie spermatiche, pene, vulva, vagina, utero, tube e ovaie) e secondari (diverso sviluppo scheletrico e delle masse muscolari, diversa distribuzione dell'adipe e delle formazioni pilifere).

Il *sesso gonadico* è definito dai caratteri sessuali primari interni ed esterni. Esso, in condizioni fisiologiche, determina il sesso endocrino, influenzando la produzione di estrogeni e di androgeni.

Il *sesso psicologico* dipende in gran parte dall'attività ormonale, ma è anche influenzato da fattori sociali, culturali, ambientali e dalle esperienze vissute nei primi anni di vita.

Il *sesso anagrafico o legale* è il sesso che viene accertato alla nascita in base all'osservazione dei caratteri sessuali primari esterni e determina l'attribuzione del nome. Esso è alla base dello sviluppo della personalità e del condizionamento ambientale del neonato. La dichiarazione va fatta entro dieci giorni dalla nascita e deve essere corredata dal certificato di assistenza al parto, che deve contenere l'indicazione di un eventuale stato intersessuale (artt. 67 e 71 R.D. 9 luglio 1939, n. 1238 - "Ordinamento dello stato civile").

Il *sesso sociale* è quello relazionale e dipende dal sesso psicologico e da quello anagrafico.

1.2- Le anomalie sessuali

Le *anomalie sessuali* insorgono quando vi sono delle alterazioni dello sviluppo dei caratteri sessuali, che si discostano dalla normalità somato-psichica e comportamentale.

Si suddividono in tre grandi gruppi:

- intersessualità o disordini della differenziazione sessuale (DSD/DSS), quando si verificano degli errori nello sviluppo sessuale;
- transessualismo, se si ha dissociazione tra il sesso somatico e quello psicologico;
- devianze sessuali, quando vi sono comportamenti anomali che si discostano dalla condotta sessuale della maggior parte degli individui.

In questa trattazione ci occuperemo essenzialmente dei disturbi della differenziazione sessuale.

1.3- Gli stati intersessuali

Gli *stati intersessuali*, oggi definiti come disturbi dello sviluppo sessuale (DSS) o disturbi della differenziazione sessuale (DSD), sono caratterizzati da condizioni tra loro molto eterogenee nelle quali lo sviluppo del sesso cromosomico, gonadico o anatomico è atipico.

Essi possono essere suddivisi in tre diversi gruppi:

- disordini associati a una disgenesia gonadica;
- disordini associati a deficit di virilizzazione in individui con cariotipo 46, XY;
- disordini associati a virilizzazione in individui con cariotipo 46, XX.

Alcuni di questi disturbi sono associati ad ambiguità dei genitali alla nascita; altri possono presentare genitali esterni tipicamente femminili o maschili, ma una discordanza con gli organi genitali interni.

Giova ricordare che i fattori responsabili dello sviluppo sessuale sono molteplici. Esistono dei fattori fondamentali, quali:

- il corredo cromosomico dello zigote;
- la differenziazione delle gonadi in ovaio o testicolo;
- la differenziazione degli organi riproduttivi e lo sviluppo dei genitali esterni.

Il sesso genetico, determinato dalla presenza dell'assetto cromosomico 46, XX o 46, XY è il primo evento della differenziazione sessuale. Da esso prendono origine una serie di cambiamenti che portano alla formazione di gonadi femminili o gonadi maschili con la determinazione del sesso gonadico. Le gonadi secernono ormoni che determinano lo sviluppo dei genitali esterni e quindi il sesso fenotipico. Il tutto influenza il sesso di allevamento e il sesso psichico (genere, ruolo).

La differenziazione sessuale inizia nell'embrione a partire dalla sesta settimana di vita intrauterina, anche se il sesso cromosomico è già definito nello zigote.

L'*incidenza* dei DSD è di circa 1:4.500 – 1: 5.000 nati vivi. Sono fenomeni rari, ad esordio prevalentemente nel periodo perinatale con quadri variabili di ambiguità dei genitali con difficile assegnazione del sesso. Talvolta possono essere accompagnati da deficit endocrini che possono mettere in pericolo la vita del neonato o possono comprometterne lo sviluppo fisico e/o intellettuale. Oggi la diagnosi è spesso prenatale e deriva dalla non concordanza tra quanto rilevato con l'amniocentesi e quanto osservato con l'ecografia.

Sicuramente uno dei problemi più importanti al momento della nascita risulta essere l'attribuzione del sesso. Essendo il quadro dei DSD molto composito, si ritiene che la sessualità non possa essere ricondotta unicamente ad un aspetto: essa ha componenti fisiche e psichiche. L'assegnazione del sesso deve dunque tenere in considerazione sicuramente gli indici somatici in quanto l'aspetto dei genitali è determinante per la registrazione anagrafica, per una vita sessuale soddisfacente e per l'elaborazione psichica della auto-identificazione sessuale. Il sesso gonadico è importante per la "sessualizzazione cerebrale", per l'elaborazione ormonale e per la fecondità. Inoltre, grande importanza deve essere attribuita agli indici psichici, ossia all'identità personale e al ruolo sociale.

Secondo le linee guida di Diamond e Sigmundson del 1997 la valutazione diagnostica deve essere effettuata in modo accurato prima e dopo la nascita da un'equipe medica costituita da endocrinologi pediatri, radiologi, urologi, genetisti e la scelta del sesso deve essere guidata dalla diagnosi e non dalla funzionalità sessuale o dall'apparenza esteriore.

Le linee guida della *Intersex Society of North America* del 2006 sottolineano la necessità di un criterio diagnostico nelle ambiguità sessuali e dell'importanza, oltre che degli indici somatici e funzionali, anche di quelli

genetici ed endocrini. Gli interventi medico-chirurgici dovrebbero essere eseguiti solo se vi è una minaccia attuale e reale per l'integrità fisica del soggetto; negli altri casi è auspicabile posticipare eventualmente gli interventi sino a quando il soggetto non sia in grado di partecipare attivamente alla decisione. È necessario promuovere nei confronti del soggetto e della sua famiglia un aiuto psico-sociale per supportarli ad affrontare la verità.

Tutte le linee guida più recenti sono concordi nell'affermare la necessità di formare un'equipe multidisciplinare in grado di affrontare la situazione.

Il Comitato Nazionale per la Bioetica italiano si è espresso sulle problematiche relative ai DSD nel febbraio del 2010. Le scelte devono essere valutate caso per caso considerando l'individuo nel suo insieme. Se la diagnosi è prenatale, devono essere messi in atto tutti gli interventi possibili e disponibili. Se viceversa la diagnosi è precoce ma post-natale, l'intervenire o meno deve essere guidato da criteri obiettivi, come il criterio terapeutico, il criterio di urgenza medica, di gradualità, di prevedibilità di beneficio e di minimizzazione del danno.

Il Comitato ritiene opportuno che sia riconosciuto l'interesse del bambino ad essere cresciuto in senso maschile o femminile; in caso di ambiguità l'assegnazione sessuale deve avvenire dopo consulto tra i genitori e con i medici. Devono essere evitati interventi chirurgici che determinino nel bambino mutilazioni non necessarie o che comportino la perdita di fecondità e delle possibili condizioni per una vita sessuale soddisfacente. Il quadro clinico va studiato tenendo anche conto di fattori ambientali, sociali e culturali e nell'attesa dell'intervento il minore deve essere seguito da uno psicologo.

2- Questioni medico legali

2.1- Il consenso ed il consenso informato

2.1.1- Generalità

I trattamenti sanitari, siano essi diagnostici o terapeutici, necessitano al giorno d'oggi, per essere leciti, del consenso informato dell'interessato o di un suo legale rappresentante. Il diritto all'autodeterminazione viene riconosciuto come fondamentale dal Consiglio d'Europa nel 1997. Nella nostra Costituzione viene sancito che nessuno può essere obbligato a sottoporsi ad un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge (art. 32).

Il termine consenso, "*consent*", venne introdotto per la prima volta in ambito giudiziario nel 1914 negli Stati Uniti, quando nel caso Schloendorf il giudice condannò il medico in quanto non aveva chiesto il consenso ad un intervento chirurgico.

Il concetto di "consenso informato" venne introdotto sempre negli Stati Uniti nel 1957 quando, nel caso Salgo, la Corte Suprema della California introdusse il principio del dovere del medico di informare il proprio paziente.

In Italia la nozione di consenso informato è entrata nella pratica medica solo a metà degli anni Novanta, ricollegandolo agli artt. 13 e 32 della Costituzione. Fino a quel momento la relazione medico-paziente era

sovrapponibile a quella tra padre-figlio: il medico aveva il potere di decidere, in scienza e coscienza, cosa era bene per il suo paziente, prescindendo talvolta anche dalla volontà dello stesso.

Storica è la sentenza della Corte d'Assise di Firenze del 18/10/1990 (caso Massimo) che definì come obbligo specifico e vincolante il consenso informato nella pratica medica.

Il Comitato Nazionale di Bioetica ha prodotto nel 1992 un documento fondamentale in tema di consenso dal titolo "Informazione e consenso informato", in cui si sottolinea come il consenso informato costituisca la legittimazione e il fondamento dell'atto medico.

L'acquisizione di un consenso valido risulta dunque un obbligo indiscusso per il medico prima di compiere qualunque atto sul paziente. Solo con l'acquisizione del consenso l'atto medico diviene lecito. È importante ricordare quanto espresso dagli artt. 50 e 54 del nostro codice penale: nel primo si asserisce che non è punito chi lede o pone in pericolo un diritto con il consenso di chi dispone del diritto stesso, tenendo in considerazione quanto riportato all'art. 5 del Codice Civile; il secondo viceversa prevede che il sanitario possa agire a prescindere dal consenso nel caso in cui vi sia la necessità di salvare il paziente da un pericolo attuale ed inevitabile di un danno grave. Questo concetto viene supportato dall'art. 36 del Codice di deontologia medica e dall'art. 8 della Convenzione sui diritti dell'uomo e della biomedicina (Oviedo, 4 aprile 1997).

Inoltre è bene ricordare che il medico non necessita del consenso del paziente quando si tratta di trattamenti sanitari obbligatori (es. TSO per le patologie mentali, le malattie infettive e diffuse, le vaccinazioni ...).

Il consenso per essere ritenuto valido deve essere fondato su alcuni requisiti indispensabili:

- deve essere personale: deve essere espresso dal paziente stesso o nei casi specifici dal tutore, dai genitori o da un legale rappresentante. Il soggetto deve essere maggiorenne, capace di intendere o volere (idoneità a comprendere la valenza delle proprie azioni e/o omissioni e prevedere le conseguenze che da queste possono scaturire). Nel caso di un soggetto minorenni o incapace di intendere o volere (art. 414 c.c.) il consenso va chiesto ad entrambi i genitori o al tutore;
- deve essere attuale ed è revocabile in ogni momento ad eccezione di quei pochi casi per cui viene stabilito il termine per legge (es. legge 40/2004);
- deve essere libero, ossia non condizionato da pressioni psicologiche, minacce;
- deve essere esplicito: va manifestato in maniera chiara e non equivoca. Il consenso implicito viene considerato solo in caso di trattamenti banali o routinari;
- può essere specifico o allargato. Quest'ultima caratteristica è praticamente d'obbligo quando non è possibile fare una previsione certa e definita dell'intervento;
- può essere orale o scritto: il consenso in Italia è obbligatoriamente scritto per legge solo in pochi casi come le trasfusioni o le somministrazioni di emoderivati, la terapia sperimentale, la procreazione medicalmente assistita. Il codice deontologico sottolinea però come sia importante acquisire un consenso scritto tutte quelle volte in cui sia necessario intraprendere interventi di una certa complessità;

- deve essere informato: al paziente vanno fornite tutte le indicazioni sul trattamento sanitario cui sarà sottoposto, illustrandone i rischi, i benefici, le possibili complicanze e le eventuali alternative. Tutto ciò deve essere comunicato utilizzando un linguaggio comprensibile dal paziente. L'informazione dovrebbe inoltre essere data da colui che effettuerà il trattamento.

2.1.2 - Il consenso del soggetto minorenni

Per i trattamenti sanitari che coinvolgono un soggetto minorenni il consenso andrebbe fornito da chi detiene la potestà genitoriale e va dunque richiesto ad entrambi i genitori; se i genitori sono separati va richiesto al genitore affidatario; se non esercitano più la potestà genitoriale o sono deceduti il consenso viene dato dal tutore. In casi di opposizione a trattamenti necessari e indifferibili, il medico può rivolgersi al Tribunale per i Minorenni competente o al Giudice Tutelare.

Tuttavia, in coerenza con il principio secondo cui il diritto alla salute è personale e la sua tutela non può essere affidata ad altri, il minore, se dimostra di essere “emancipato”, viene chiamato ad esprimere il proprio parere. La sua volontà deve prevalere su quella dei genitori, sentito il Giudice Tutelare.

In particolare, se il minore ha meno di 14 anni, si ritiene che non sia in grado di comprendere pienamente il significato e le problematiche di un intervento medico. Se l'età è compresa tra i 14 e i 16 anni è necessario dare rilevanza alla sua volontà e se il soggetto ha più di 16 anni la sua volontà prevale su ogni altra decisione.

2.1.3 - Il consenso nei “disturbi dello sviluppo differenziale”

Nel caso di disordini dello sviluppo sessuale è importante ricordare come la Corte Europea per i diritti umani nel 2001 ha definito il diritto all'identità sessuale come diritto personalissimo per cui non è disponibile di suscettibilità mediante rappresentazione legale: neppure i genitori potrebbero decidere sull'identità sessuale dei figli, ancorché minorenni. Questo implica che qualunque decisione riguardante l'attribuzione del sesso dovrebbe essere rinviata al momento in cui l'interessato è in grado di decidere autonomamente, a meno che non si tratti di patologie che possono determinare un serio pericolo per la salute psico-fisica del minore.

Tutto ciò in realtà non è possibile in quanto risulterebbe in contrasto con le leggi complementari sullo stato civile e libretto di famiglia, ove si prevede che la dichiarazione di nascita venga fatta entro dieci giorni dalla nascita stessa. Il Comitato Nazionale per la Bioetica nel 2010 ha sottolineato la necessità di integrare la normativa in vigore sulla dichiarazione del sesso alla nascita (D.P.R. 3 novembre 2000, n. 396) con una “annotazione” riservata fondata su certificazione medica della patologia del minore, in modo da consentire in seguito una rettificazione dell'indicazione anagrafica del sesso attraverso procedure semplificate rispetto a quanto previsto dalla legge n. 164/1982. Lo stesso Comitato ribadisce la necessità di un consenso informato per gli interventi medici, che nasca da una consulenza adeguata in grado di dare sia ai genitori che al minore informazioni complete e chiare.

Le Linee Guida della *Intersex Society of North America* del 2006 invitano, nei casi in cui non vi sia una urgenza medica o non vi siano elementi obiettivi per la decisione, a rimandare gli interventi sia chirurgici che ormonali, per consentire al soggetto di partecipare in modo attivo alla decisione.

2.2 - Il segreto professionale

Il segreto professionale è un dovere deontologico e giuridico per il medico; costituisce una ragione sufficiente e necessaria alla tutela della confidenzialità del rapporto tra il medico ed il paziente.

Il segreto medico non riguarda unicamente le notizie di carattere sanitario che il medico apprende nell'esercizio della sua professione, ma contempla anche tutto ciò di cui il medico viene a conoscenza.

L'interesse alla riservatezza viene protetto dalla legge penale (art. 622 c.p.) che punisce coloro che in virtù del proprio stato o ufficio, professione o arte, svelano quanto hanno appreso senza giusta causa o per trarne profitto.

Si tratta di un reato di pericolo: non necessariamente deve derivare un nocumento dal fatto, basta che ve ne sia la mera possibilità.

La rivelazione del segreto riguarda il medico libero professionista; viceversa, nel caso in cui il sanitario sia un dipendente pubblico, si configurerebbe il reato di "rivelazione di segreto d'ufficio" (art. 326 c.p.).

La rivelazione del segreto professionale può avvenire con modalità differenti, quali dichiarazioni verbali, dichiarazioni scritte, atteggiamenti silenziosi, ammiccamenti. Essa non va confusa con la trasmissione di un segreto, che consiste nel riferire notizie sullo stato di salute del paziente ad altri soggetti tenuti al segreto con la sola finalità della prestazione. In tale caso, vale a dire se vi è una giusta causa di rivelazione, non vi è reato; in particolare possono sussistere dei doveri legali del medico (giuste cause imperative), quali la denuncia ed il referto all'Autorità Giudiziaria, le perizie e le consulenze tecniche d'ufficio; oppure delle giuste cause permissive come le scriminanti previste dal codice penale, quali il consenso dell'avente diritto (art. 50 c.p.), lo stato di necessità (art.54 c.p.), il caso fortuito o forza maggiore (art. 45 c.p.).

2.3 - Legge 164/1982 e disturbi dello sviluppo differenziale

Prima dell'emanazione di questa legge sul cambiamento del sesso, la correzione chirurgica che portava ad essere diversi rispetto a quanto determinato cromosomicamente era considerata illecita, in quanto in contrasto con l'art. 5 del codice civile. Solo la correzione del sesso anagrafico era consentita secondo quanto riportato nell'art. 454 del medesimo codice: chi era stato vittima di un errore al momento della denuncia di nascita e di iscrizione nei registri di stato civile poteva rettificare il sesso, se questo non corrispondeva alla realtà biologica.

La legge permette di adeguare il proprio sesso anagrafico all'assetto psico-sessuale: viene dunque autorizzato l'adeguamento medico-chirurgico e, una volta avvenuto ciò, con una sentenza è possibile la

rettificazione dello stato civile, che è concessa unicamente nei casi in cui vi siano stati dei cambiamenti dei caratteri sessuali.

La domanda di rettificazione va proposta al Tribunale competente: il Presidente del Tribunale affida il caso ad un Giudice Istruttore, che può richiedere una consulenza volta ad accertare le condizioni psico-sessuali dell'interessato. Ottenuta l'autorizzazione, possono essere richiesti gli interventi medico-chirurgici per modificare i connotati sessuali.

Secondo la giurisprudenza più attuale, la legge 164/1982 si applica unicamente ai casi di transessualismo e non ai casi di intersessualismo: in quest'ultima situazione si sarebbe verificato un errore materiale nella formazione degli atti di stato civile, per cui può essere richiesta la rettificazione in base all'art. 454 del c.c.. Detta rettificazione ha una valenza retroattiva per cui, a differenza di quanto capita per la legge 164/1982, automaticamente vi è la nullità o l'inesistenza dei rapporti che, come il matrimonio, esigevano che il soggetto appartenesse al sesso erroneamente indicato alla nascita. Difatti la situazione rettificata era presente sin dall'inizio, non si tratta dunque di un vero e proprio "mutamento".

2.4- Ipotesi di responsabilità professionale nei disturbi dello sviluppo sessuale

Sempre più neo-formate "associazioni intersessuali" pongono l'accento sulla rivendicazione del diritto individuale di appartenenza ad un terzo sesso, da vivere come normalità. Tutto ciò porterà ad un aumento delle querele e delle richieste di risarcimento di danni subiti ingiustamente per colpa medica, dovuti a errori di attribuzione del sesso da erronea interpretazione di dati clinici o alla mancanza di un consenso valido.

Alcuni autori ritengono che la colpa relativa agli stati di intersessualità sia una colpa specifica, in quanto si tratterebbe di un iter clinico con regole precise adottate dai componenti di un'equipe. L'equipe risponderebbe di colpa specifica, in caso di mancata o incorretta attuazione del protocollo scelto. Il medico legale ed il giudice devono valutare l'operato nel suo insieme, valutando dapprima il metodo applicato per fini diagnostici e in secondo luogo il trattamento deciso e messo in pratica. La diagnosi va posta dopo aver effettuato indagini cliniche e strumentali a partire dall'anamnesi, dall'esame obiettivo e da esami complementari (radiologici, ecografici, genetici, ematochimici).

Si rileva come in questo ambito si senta sia da parte degli operatori, che costituiscono il team che prende in carico i pazienti portatori di questa patologia, sia da parte dei medici legali e dei giudici una mancanza di linee guida diagnostico-terapeutiche approvate dalla comunità scientifica all'unanimità.

Allegato 1

Codice di deontologia medica

Art. 10 - Segreto professionale

Il medico deve mantenere il segreto su tutto ciò che gli è confidato o di cui venga a conoscenza nell'esercizio della professione.

La morte del paziente non esime il medico dall'obbligo del segreto.

Il medico deve informare i suoi collaboratori dell'obbligo del segreto professionale. L'inosservanza del segreto medico costituisce mancanza grave quando possa derivarne profitto proprio o altrui ovvero nocimento della persona assistita o di altri.

La rivelazione è ammessa ove motivata da una giusta causa, rappresentata dall'adempimento di un obbligo previsto dalla legge (denuncia e referto all'Autorità Giudiziaria, denunce sanitarie, notifiche di malattie infettive, certificazioni obbligatorie) ovvero da quanto previsto dai successivi artt. 11 e 12.

Il medico non deve rendere al Giudice testimonianza su fatti e circostanze inerenti il segreto professionale.

La cancellazione dall'albo non esime moralmente il medico dagli obblighi del presente articolo.

Art. 11 Riservatezza dei dati personali

Il medico è tenuto al rispetto della riservatezza nel trattamento dei dati personali del paziente e particolarmente dei dati sensibili inerenti la salute e la vita sessuale. Il medico acquisisce la titolarità del trattamento dei dati sensibili nei casi previsti dalla legge, previo consenso del paziente o di chi ne esercita la tutela.

Nelle pubblicazioni scientifiche di dati clinici o di osservazioni relative a singole persone, il medico deve assicurare la non identificabilità delle stesse.

Il consenso specifico del paziente vale per ogni ulteriore trattamento dei dati medesimi, ma solo nei limiti, nelle forme e con le deroghe stabilite dalla legge.

Il medico non può collaborare alla costituzione di banche di dati sanitari, ove non esistano garanzie di tutela della riservatezza, della sicurezza e della vita privata della persona.

Art. 12 - Trattamento dei dati sensibili

Al medico è consentito il trattamento dei dati personali idonei a rivelare lo stato di salute del paziente previa richiesta o autorizzazione da parte di quest'ultimo, subordinatamente ad una preventiva informazione sulle conseguenze e sull'opportunità della rivelazione stessa.

Al medico peraltro è consentito il trattamento dei dati personali del paziente in assenza del consenso dell'interessato solo ed esclusivamente quando sussistano le specifiche ipotesi previste dalla legge ovvero quando vi sia la necessità di salvaguardare la vita o la salute del paziente o di terzi nell'ipotesi in cui il paziente

medesimo non sia in grado di prestare il proprio consenso per impossibilità fisica, per incapacità di agire e/o di intendere e di volere; in quest'ultima situazione peraltro, sarà necessaria l'autorizzazione dell'eventuale legale rappresentante laddove precedentemente nominato. Tale facoltà sussiste nei modi e con le garanzie dell'art. 11 anche in caso di diniego dell'interessato ove vi sia l'urgenza di salvaguardare la vita o la salute di terzi.

Art. 33 - Informazione al cittadino

Il medico deve fornire al paziente la più idonea informazione sulla diagnosi, sulla prognosi, sulle prospettive e le eventuali alternative diagnostico-terapeutiche e sulle prevedibili conseguenze delle scelte operate.

Il medico dovrà comunicare con il soggetto tenendo conto delle sue capacità di comprensione, al fine di promuoverne la massima partecipazione alle scelte decisionali e l'adesione alle proposte diagnostico-terapeutiche.

Ogni ulteriore richiesta di informazione da parte del paziente deve essere soddisfatta.

Il medico deve, altresì, soddisfare le richieste di informazione del cittadino in tema di prevenzione.

Le informazioni riguardanti prognosi gravi o infauste o tali da poter procurare preoccupazione e sofferenza alla persona, devono essere fornite con prudenza, usando terminologie non traumatizzanti e senza escludere elementi di speranza.

La documentata volontà della persona assistita di non essere informata o di delegare ad altro soggetto l'informazione deve essere rispettata.

Art. 34 - Informazione a terzi

L'informazione a terzi presuppone il consenso esplicitamente espresso dal paziente, fatto salvo quanto previsto all'art. 10 e all'art. 12, allorché sia in grave pericolo la salute o la vita del soggetto stesso o di altri.

In caso di paziente ricoverato, il medico deve raccogliere gli eventuali nominativi delle persone preliminarmente indicate dallo stesso a ricevere la comunicazione dei dati sensibili.

Art. 35 - Acquisizione del consenso

Il medico non deve intraprendere attività diagnostica e/o terapeutica senza l'acquisizione del consenso esplicito e informato del paziente.

Il consenso, espresso in forma scritta nei casi previsti dalla legge e nei casi in cui per la particolarità delle prestazioni diagnostiche e/o terapeutiche o per le possibili conseguenze delle stesse sulla integrità fisica si renda opportuna una manifestazione documentata della volontà della persona, è integrativo e non sostitutivo del processo informativo di cui all'art. 33.

Il procedimento diagnostico e/o il trattamento terapeutico che possano comportare grave rischio per l'incolumità della persona, devono essere intrapresi solo in caso di estrema necessità e previa informazione sulle possibili conseguenze, cui deve far seguito una opportuna documentazione del consenso.

In ogni caso, in presenza di documentato rifiuto di persona capace, il medico deve desistere dai conseguenti atti diagnostici e/o curativi, non essendo consentito alcun trattamento medico contro la volontà della persona.

Il medico deve intervenire, in scienza e coscienza, nei confronti del paziente incapace, nel rispetto della dignità della persona e della qualità della vita, evitando ogni accanimento terapeutico, tenendo conto delle precedenti volontà del paziente.

Art. 36 - Assistenza d'urgenza

Allorché sussistano condizioni di urgenza, tenendo conto delle volontà della persona se espresse, il medico deve attivarsi per assicurare l'assistenza indispensabile.

Art. 37 - Consenso del legale rappresentante

Allorché si tratti di minore o di interdetto il consenso agli interventi diagnostici e terapeutici, nonché al trattamento dei dati sensibili, deve essere espresso dal rappresentante legale.

Il medico, nel caso in cui sia stato nominato dal giudice tutelare un amministratore di sostegno deve debitamente informarlo e tenere nel massimo conto le sue istanze.

In caso di opposizione da parte del rappresentante legale al trattamento necessario e indifferibile a favore di minori o di incapaci, il medico è tenuto a informare l'autorità giudiziaria; se vi è pericolo per la vita o grave rischio per la salute del minore e dell'incapace, il medico deve comunque procedere senza ritardo e secondo necessità alle cure indispensabili.

Art. 38 - Autonomia del cittadino e direttive anticipate

Il medico deve attenersi, nell'ambito della autonomia e indipendenza che caratterizza la professione, alla volontà liberamente espressa della persona di curarsi e deve agire nel rispetto della dignità, della libertà e autonomia della stessa.

Il medico, compatibilmente con l'età, con la capacità di comprensione e con la maturità del soggetto, ha l'obbligo di dare adeguate informazioni al minore e di tenere conto della sua volontà.

In caso di divergenze insanabili rispetto alle richieste del legale rappresentante deve segnalare il caso all'autorità giudiziaria; analogamente deve comportarsi di fronte a un maggiorenne infermo di mente.

Il medico, se il paziente non è in grado di esprimere la propria volontà, deve tenere conto nelle proprie scelte di quanto precedentemente manifestato dallo stesso in modo certo e documentato.

Codice penale

Art. 45 - Caso fortuito o forza maggiore.

Non è punibile chi ha commesso il fatto per caso fortuito o per forza maggiore.

Art. 50 - Consenso dell'avente diritto.

Non è punibile chi lede o pone in pericolo un diritto, col consenso della persona che può validamente disporre.

Art. 51 - Esercizio di un diritto o adempimento di un dovere.

L'esercizio di un diritto o l'adempimento di un dovere imposto da una norma giuridica o da un ordine legittimo della pubblica autorità, esclude la punibilità.

Se un fatto costituente reato è commesso per ordine dell'autorità, del reato risponde sempre il pubblico ufficiale che ha dato l'ordine.

Risponde del reato altresì chi ha eseguito l'ordine, salvo che, per errore di fatto abbia ritenuto di obbedire a un ordine legittimo.

Non è punibile chi esegue l'ordine illegittimo, quando la legge non gli consente alcun sindacato sulla legittimità dell'ordine.

Art. 54 - Stato di necessità.

Non è punibile chi ha commesso il fatto per esservi stato costretto dalla necessità di salvare sé od altri dal pericolo attuale di un danno grave alla persona, pericolo da lui non volontariamente causato, né altrimenti evitabile, sempre che il fatto sia proporzionato al pericolo.

Questa disposizione non si applica a chi ha un particolare dovere giuridico di esporsi al pericolo.

La disposizione della prima parte di questo articolo si applica anche se lo stato di necessità è determinato dall'altrui minaccia; ma, in tal caso, del fatto commesso dalla persona minacciata risponde chi l'ha costretta a commetterlo.

Art. 326 - Rivelazione ed utilizzazione di segreti di ufficio.

Il pubblico ufficiale o la persona incaricata di un pubblico servizio, che, violando i doveri inerenti alle funzioni o al servizio, o comunque abusando della sua qualità, rivela notizie di ufficio, le quali debbano rimanere segrete, o ne agevola in qualsiasi modo la conoscenza, è punito con la reclusione da sei mesi a tre anni.

Se l'agevolazione è soltanto colposa, si applica la reclusione fino a un anno.

Il pubblico ufficiale o la persona incaricata di un pubblico servizio, che, per procurare a sé o ad altri un indebito profitto patrimoniale, si avvale illegittimamente di notizie d'ufficio, le quali debbano rimanere segrete, è punito con la reclusione da due a cinque anni. Se il fatto è commesso al fine di procurare a sé o ad altri un ingiusto profitto non patrimoniale o di cagionare ad altri un danno ingiusto, si applica la pena della reclusione fino a due anni.

Art. 622 - Rivelazione di segreto professionale.

Chiunque, avendo notizia, per ragione del proprio stato o ufficio, o della propria professione o arte, di un segreto, lo rivela, senza giusta causa, ovvero lo impiega a proprio o altrui profitto, è punito, se dal fatto può derivare nocumento, con la reclusione fino a un anno o con la multa da euro 30 a euro 516.

La pena è aggravata se il fatto è commesso da amministratori, direttori generali, dirigenti preposti alla redazione dei documenti contabili societari, sindaci o liquidatori o se è commesso da chi svolge la revisione contabile della società.

Il delitto è punibile a querela della persona offesa.

Codice civile

Art. 414 - Persone che devono essere interdette

Il maggiore di età e il minore emancipato, i quali si trovano in condizioni di abituale infermità di mente che li rende incapaci di provvedere ai propri interessi, devono essere interdetti.

Art. 415 - Persone che possono essere inabilitate

Il maggiore di età infermo di mente, lo stato del quale non è talmente grave da far luogo all'interdizione, può essere inabilitato.

Possono anche essere inabilitati coloro che, per prodigalità o per abuso abituale di bevande alcoliche o di stupefacenti, espongono sé e la loro famiglia a gravi pregiudizi economici.

Possono infine essere inabilitati il sordomuto e il cieco dalla nascita o dalla prima infanzia, se non hanno ricevuto un'educazione sufficiente, salva l'applicazione dell'art. 414 quando risulta che essi sono del tutto incapaci di provvedere ai propri interessi.

Art. 416 - Interdizione e inabilitazione nell'ultimo anno di minore età

Il minore non emancipato può essere interdetto o inabilitato nell'ultimo anno della sua minore età. L'interdizione o l'inabilitazione ha effetto dal giorno in cui il minore raggiunge l'età maggiore

Costituzione della Repubblica Italiana

Articolo 13

La libertà personale è inviolabile.

Non è ammessa forma alcuna di detenzione, di ispezione o perquisizione personale, né qualsiasi altra restrizione della libertà personale, se non per atto motivato dell'autorità giudiziaria e nei soli casi e modi previsti dalla legge.

In casi eccezionali di necessità ed urgenza, indicati tassativamente dalla legge, l'autorità di pubblica sicurezza può adottare provvedimenti provvisori, che devono essere comunicati entro quarantotto ore all'Autorità giudiziaria e, se questa non li convalida nelle successive quarantotto ore, si intendono revocati e restano privi di ogni effetto.

E' punita ogni violenza fisica e morale sulle persone comunque sottoposte a restrizioni di libertà.

La legge stabilisce i limiti massimi della carcerazione preventiva.

Articolo 32

La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti.

Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana.

Convenzione sui diritti dell'uomo e della biomedicina (Oviedo, 4 aprile 1997)

Art. 8 - Situazioni d'urgenza

Allorquando in ragione di una situazione d'urgenza, il consenso appropriato non può essere ottenuto, si potrà procedere immediatamente a qualsiasi intervento medico indispensabile per il beneficio della salute della persona interessata.

Legge 14 aprile 1982, n. 164. Norme in materia di rettificazione di attribuzione di sesso (G.U. n. 106 del 19 aprile 1982)

Art. 1

La rettificazione di cui all'articolo 454 del codice civile si fa anche in forza di sentenza del tribunale passata in giudicato che attribuisca ad una persona sesso diverso da quello enunciato nell'atto di nascita a seguito di intervenute modificazioni dei suoi caratteri sessuali.

Art. 2

La domanda di rettificazione di attribuzione di sesso di cui all'articolo 1 è proposta con ricorso al tribunale del luogo dove ha residenza l'attore.

Il presidente del tribunale designa il giudice istruttore e fissa con decreto la data per la trattazione del ricorso e il termine per la notificazione al coniuge e ai figli.

Al giudizio partecipa il pubblico ministero ai sensi dell'articolo 70 del codice di procedura civile.

Quando è necessario, il giudice istruttore dispone con ordinanza l'acquisizione di consulenza intesa ad accertare le condizioni psico-sessuali dell'interessato.

Con la sentenza che accoglie la domanda di rettificazione di attribuzione di sesso il tribunale ordina all'ufficiale di stato civile del comune dove fu compilato l'atto di nascita di effettuare la rettificazione nel relativo registro.

Art. 3

Il tribunale, quando risulta necessario un adeguamento dei caratteri sessuali da realizzare mediante trattamento medico-chirurgico, lo autorizza con sentenza.

In tal caso il tribunale, accertata la effettuazione del trattamento autorizzato, dispone la rettificazione in camera di consiglio.

Art. 4

La sentenza di rettificazione di attribuzione di sesso non ha effetto retroattivo. Essa provoca lo scioglimento del matrimonio o la cessazione degli effetti civili conseguenti alla trascrizione del matrimonio celebrato con rito religioso. Si applicano le disposizioni del codice civile e della legge 1° dicembre 1970, n. 898, e successive modificazioni. (giurisprudenza)

Art. 5

Le attestazioni di stato civile riferite a persona della quale sia stata giudizialmente rettificata l'attribuzione di sesso sono rilasciate con la sola indicazione del nuovo sesso e nome.

Art. 6

Nel caso che alla data di entrata in vigore della presente legge l'attore si sia già sottoposto a trattamento medico-chirurgico di adeguamento del sesso, il ricorso di cui al primo comma dell'articolo 2 deve essere proposto entro il termine di un anno dalla data suddetta.

Si applica la procedura di cui al secondo comma dell'articolo 3.

Art. 7

L'accoglimento della domanda di rettificazione di attribuzione di sesso estingue i reati cui abbia eventualmente dato luogo il trattamento medico-chirurgico di cui all'articolo precedente.

D.P.R. 3 novembre 2000 n. 396 - Regolamento per la revisione e la semplificazione dell'ordinamento dello stato civile, a norma dell'articolo 2, comma 12, della Legge 15 maggio 1997, n. 127 (G.U. n. 303, 30 dicembre 2000).

Art. 29 (Atto di nascita)

1. La dichiarazione di nascita è resa nei termini e con le modalità di cui all'articolo 30.
2. Nell'atto di nascita sono indicati il luogo, l'anno, il mese, il giorno e l'ora della nascita, le generalità, la cittadinanza, la residenza dei genitori legittimi nonché di quelli che rendono la dichiarazione di riconoscimento di filiazione naturale e di quelli che hanno espresso con atto pubblico il proprio consenso ad essere nominati, il sesso del bambino e il nome che gli viene dato ai sensi dell'articolo 35.
3. Se il parto è plurimo, se ne fa menzione in ciascuno degli atti indicando l'ordine in cui le nascite sono seguite.
4. Se il dichiarante non dà un nome al bambino, vi supplisce l'ufficiale dello stato civile.
5. Quando si tratta di bambini di cui non sono conosciuti i genitori, l'ufficiale dello stato civile impone ad essi il nome ed il cognome.
6. L'ufficiale dello stato civile accerta la verità della nascita attraverso l'attestazione o la dichiarazione sostitutiva di cui all'articolo 30, commi 2 e 3.
7. Nell'atto di nascita si fa menzione del modo di accertamento della nascita.

Art. 30 (Dichiarazione di nascita)

1. La dichiarazione di nascita è resa da uno dei genitori, da un procuratore speciale, ovvero dal medico o dalla ostetrica o da altra persona che ha assistito al parto, rispettando l'eventuale volontà della madre di non essere nominata.
2. Ai fini della formazione dell'atto di nascita, la dichiarazione resa all'ufficiale dello stato civile è corredata da una attestazione di avvenuta nascita contenente le generalità della puerpera nonché le indicazioni del comune, ospedale, casa di cura o altro luogo ove è avvenuta la nascita, del giorno e dell'ora della nascita e del sesso del bambino.
3. Se la puerpera non è stata assistita da personale sanitario, il dichiarante che non è neppure in grado di esibire l'attestazione di constatazione di avvenuto parto, produce una dichiarazione sostitutiva resa ai sensi dell'articolo 2 della legge 4 gennaio 1968, n. 15.
4. La dichiarazione può essere resa, entro dieci giorni dalla nascita, presso il comune nel cui territorio è avvenuto il parto o in alternativa, entro tre giorni, presso la direzione sanitaria dell'ospedale o della casa di cura in cui è avvenuta la nascita. In tale ultimo caso la dichiarazione può contenere anche il riconoscimento

contestuale di figlio naturale e, unitamente all'attestazione di nascita, è trasmessa, ai fini della trascrizione, dal direttore sanitario all'ufficiale dello stato civile del comune nel cui territorio è situato il centro di nascita o, su richiesta dei genitori, al comune di residenza individuato ai sensi del comma 7, nei dieci giorni successivi, anche attraverso la utilizzazione di sistemi di comunicazione telematici tali da garantire l'autenticità della documentazione inviata secondo la normativa in vigore.

5. La dichiarazione non può essere ricevuta dal direttore sanitario se il bambino è nato morto ovvero se è morto prima che è stata resa la dichiarazione stessa. In tal caso la dichiarazione deve essere resa esclusivamente all'ufficiale dello stato civile del comune dove è avvenuta la nascita.

6. Ai fini dell'applicazione delle disposizioni del presente articolo, gli uffici dello stato civile, nei loro rapporti con le direzioni sanitarie dei centri di nascita presenti sul proprio territorio, si attengono alle modalità di coordinamento e di collegamento previste dal decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri di cui all'articolo 10, comma 2.

7. I genitori, o uno di essi, se non intendono avvalersi di quanto previsto dal comma 4, hanno facoltà di dichiarare, entro dieci giorni dal parto, la nascita nel proprio comune di residenza. Nel caso in cui i genitori non risiedano nello stesso comune, salvo diverso accordo tra di loro, la dichiarazione di nascita è resa nel comune di residenza della madre. In tali casi, ove il dichiarante non esibisca l'attestazione della avvenuta nascita, il comune nel quale la dichiarazione è resa deve procurarsela presso il centro di nascita dove il parto è avvenuto, salvo quanto previsto al comma 3.

8. L'ufficiale dello stato civile che registra la nascita nel comune di residenza dei genitori o della madre deve comunicare al comune di nascita il nominativo del nato e gli estremi dell'atto ricevuto.

Art. 31 (Dichiarazione tardiva)

1. Se la dichiarazione è fatta dopo più di dieci giorni dalla nascita, il dichiarante deve indicare le ragioni del ritardo. In tal caso l'ufficiale dello stato civile procede alla formazione tardiva dell'atto di nascita e ne dà segnalazione al procuratore della Repubblica.

2. Nel caso in cui il dichiarante non produca la documentazione di cui all'articolo 30, commi 2 e 3, o non indichi le ragioni del ritardo, la dichiarazione di nascita può essere ricevuta solo in forza di decreto dato con il procedimento della rettificazione. A tale fine l'ufficiale dello stato civile informa senza indugio il procuratore della Repubblica per il promovimento del relativo giudizio.

Art. 32 (Omessa dichiarazione)

1. L'ufficiale dello stato civile, quando viene a conoscenza che la dichiarazione di nascita non è stata fatta neppure tardivamente, ne riferisce al procuratore della Repubblica ai fini del promovimento del giudizio di rettificazione. Dopo che ne ha riferito al procuratore della Repubblica, non può più ricevere la dichiarazione tardiva di nascita, ma forma l'atto di nascita soltanto in base al relativo decreto.

Art. 35 (Nome)

1. Il nome imposto al bambino deve corrispondere al sesso e può essere composto da uno o da più elementi onomastici, anche separati, non superiori a tre. In quest'ultimo caso, tutti gli elementi del prenome dovranno essere riportati negli estratti e nei certificati rilasciati dall'ufficiale dello stato civile e dall'ufficiale di anagrafe.

R.d. 9 luglio 1939, n. 1238 – Ordinamento dello Stato Civile

Art. 67.

1. La dichiarazione di nascita si deve fare all'ufficiale dello stato civile nei dieci giorni successivi alla nascita. Se il bambino non gli è presentato, l'ufficiale dello stato civile deve altrimenti accertarsi della verità della nascita e può anche, quando lo reputa necessario, esigere la presentazione del neonato.

2. Nell'atto di nascita si fa menzione della presentazione del neonato o degli altri modi di accertamento della nascita.

Art. 71.

1. L'atto di nascita enuncia il comune, la casa, il giorno e l'ora della nascita, il sesso del bambino e il nome che gli è dato.

2. Se il parto è plurimo, se ne fa menzione in ciascuno degli atti indicando l'ordine in cui le nascite sono seguite.

3. Se il dichiarante non dà un nome al bambino, vi supplisce l'ufficiale dello stato civile.

4. Quando si tratta di bambini di cui non sono conosciuti i genitori, l'ufficiale dello stato civile impone ad essi il nome ed il cognome.

Allegato 2

Classificazione dei DSD tratta da:

HUGHES I.A., HOUK C., AHMED S.F., LEE P.A., LWPES/ESPE Consensus Group, "Consensus statement on management of intersex disorders", *Archives in Disease in Childhood*, 91(7):554-63, 2006.

Sex Chromosome DSD	46,XY DSD	46,XX DSD
A: 45,X (Turner Syndrome and variants) B: 47,XXY (Klinefelter Syndrome and variants) C: 45,X/46,XY (mixed gonadal dysgenesis, ovotesticular DSD) D: 46,XX/46,XY (chimeric, ovotesticular DSD)	A: Disorders of gonadal (testicular) development 1. Complete gonadal dysgenesis (Swyer syndrome) 2. Partial gonadal dysgenesis 3. Gonadal regression 4. Ovotesticular DSD	A: Disorders of gonadal (ovarian) development 1. Ovotesticular DSD 2. Testicular DSD (eg SRY+, dup SOX9) 3. Gonadal dysgenesis
	B: Disorders in androgen synthesis or action 1. Androgen biosynthesis defect (eg 17 Hydroxysteroid dehydrogenase deficiency, 5 α reductase deficiency, StAR mutations) 2. Defect in androgen action (eg CAIS, PAIS) 3. LH receptor defects (eg Leydig cell hypoplasia, aplasia) 4. Disorders of AMH and AMH receptor (Persistent Mullerian Duct Syndrome)	B: Androgen excess 1. Fetal (eg 21 hydroxylase deficiency, 11 hydroxylase deficiency) 2. Fetoplacental (aromatase deficiency, POR) 3. Maternal (luteoma, exogenous, etc)
	C: Other (eg severe hypospadias, cloacal extrophy)	C: Other (eg cloacal extrophy, vaginal atresia, MURCS, other syndromes)

Bibliografia

Argo A., Vella M., Zagra M., 2011 “Segreto professionale e diritto alla privacy”. In: Zagra M., Argo A., Madea B., Procaccianti P. (a cura di), *Medicina legale orientata per problemi*, Elsevier, pp. 189-196

Auricchio M., “Pensare in gruppo il genere: un approccio interdisciplinare ai Disordini della Differenziazione Sessuale”. Tesi di dottorato - Scuola di Dottorato in Scienze Psicologiche e Pedagogiche Dottorato in Studi di Genere (XXII ciclo) - Università degli Studi di Napoli Federico II:
http://www.fedoa.unina.it/4152/1/Tesi_Dottorato_Auricchio.pdf

Baima Bollone P.L., 2008, *Medicina Legale*, Torino: Giappichelli Editore

Cecchi R, Marrocco G., 2009 “Stati intersessuali e questioni medico legali”, *Rivista Italiana di Medicina Legale*, 1: 101-111.

Comitato Nazionale per la Bioetica, 20 giugno 1992 “Informazione e consenso all’atto medico”
<http://www.governo.it/bioetica/pdf/9.pdf>

Comitato Nazionale per la Bioetica, 25 febbraio 2010 “I Disturbi della Differenziazione Sessuale nei Minori: Aspetti Bioetici”: http://www.governo.it/bioetica/pareri_abstract/disturbi_sessuale%20_minori_20100225.pdf

Diamond M, Sigmundson HK, 1997 “Management of Intersexuality: guidelines for dealing with individuals with ambiguous genitalia”, in: *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 151: 1046-1050.

Hughes I.A., Houk C., Ahmed S.F., Lee P.A., LWPES/ESPE Consensus Group, 2006 “Consensus statement on management of intersex disorders”, *Archives in Disease in Childhood*, 91(7):554-63.

Intersex Society of North America, 2006 “Clinical Guidelines for the management of Disorders of Sex Development in Childhood”, in *Consortium on the Management of Disorders of Sex Development*.
<http://dsgguidelines.org/files/clinical.pdf>

Iorio M., Rocchietti G., Serafini P., 2000 *Sessualità e legge*, Edizioni Minerva Medica, Torino

Lee P.A., Houk C.P., Ahmed S.F., Hughes I.A., 2006 “Consensus Statement on Management of Intersex Disorders”, *Pediatrics*, 118, 2, pp488-500.

Puccini C., 2003 *Istituzioni di Medicina Legale*, Rozzano: Casa Editrice Ambrosiana

Turillazzi E., 2009 “Principi di deontologia medica” in: Giusto Giusti (a cura di), *Trattato di medicina legale e scienze affini*, Cedam, Padova, vol. I, pp. 497-540.

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

Wiesemann C., 2010 “Linee guida etiche per la gestione clinica di casi di intersessualità”, *Sexual Development*
<http://www.sindromedimorris.org/txt/pdf/ETICALitaliano.pdf> .

Zagra M., Argo A., Triolo V., 2011 “Consenso informato” in: Zagra M., Argo A., Madea B., Procaccianti P. (a cura di), *Medicina legale orientata per problemi*, Elsevier, pp. 165-188

Codice di deontologia medica

Codice penale

Codice civile

Costituzione della Repubblica Italiana

Convenzione sui diritti dell'uomo e della biomedicina (Oviedo, 4 aprile 1997)

Legge 14 aprile 1982, n. 164 - Norme in materia di rettificazione di attribuzione di sesso

D.P.R. 3 novembre 2000 n. 396 - Regolamento per la revisione e la semplificazione dell'ordinamento dello stato civile, a norma dell'articolo 2, comma 12, della Legge 15 maggio 1997, n. 127 (G.U. n. 303, 30 dicembre 2000)

R.d. 9 luglio 1939, n. 1238 – Ordinamento dello Stato Civile.